

il nuovo Anestesista Rianimatore

LUGLIO - AGOSTO - SETTEMBRE
2016
3
Anno XXXVII

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 Imparato n° 140 - 80146 Napoli - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

Le partite aperte per l'Autunno alle porte

I prossimi mesi saranno tutt'altro che facili: dalla trattativa per il Contratto al confronto sull'Art. 22 del Patto per la Salute, dai Nuovi LEA al tema del 118, diversi sono i nodi da sciogliere



Alcune pagine di questo numero sono dedicate ai principali temi "caldi" che dovranno essere affrontati nei prossimi mesi. Il CCNL pubblico non è infatti l'unica partita aperta. Ancora in alto mare il tavolo sull'Articolo 22 del Patto per la Salute, mentre si continua a lavorare su delicate questioni che riguardano da vicino i nostri Iscritti. Tra queste, l'organizzazione del 118 e l'inserimento del parto indolore nei Nuovi LEA di prossima approvazione. (Foto da La Repubblica del 17 Agosto 2016)

alle pagine 2, 3, 4, 5

ONAO SI: vince la Lista N. 1!

Agli elettori il ringraziamento dell'Associazione

La "LISTA N. 1 - UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAO SI DI TUTTI" si è aggiudicata i 2/3 dei voti nelle elezioni per il rinnovo delle Cariche di gestione dell'Ente. A tutti gli elettori che con il loro voto a favore della Lista N. 1 hanno reso possibile la permanenza dell'AAROIEMAC



nella Fondazione va un sentito ringraziamento. Il Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo, è nel nuovo Consiglio di Amministrazione, mentre Antonio Amendola, Tesoriere Nazionale e Presidente AAROIEMAC Puglia, è nel nuovo Comitato di Indirizzo. Il nuovo CdA si è riunito lo scorso 27 Luglio per i primi atti di gestione, dopo la sua nomina da parte del nuovo CdI, a sua volta insediato il 23 Luglio per gli adempimenti di rito.

Contenzioso Medico-Legale

I dati preliminari dello Studio AAROIEMAC



L'AAROIEMAC ha istituito un Osservatorio finalizzato all'analisi dei contenziosi medico-legali, allo scopo di contribuire concretamente alla riduzione dei loro ormai insostenibili impatti sull'assistenza sanitaria del nostro Paese.

A pagina 6 sono pubblicati alcuni dati preliminari di un primo studio, già resi noti in occasione dell'ultimo Congresso SIARED, elaborati esaminando i contenziosi che hanno coinvolto gli Iscritti all'AAROIEMAC nel periodo compreso tra il primo Gennaio e il 31 Dicembre 2014.

a pagina 6

Il racconto di un Collega

Un intervento al cardiopalma



"Ci sono storie che vanno raccontate. Perché sono tra quelle che pensi di non dover vivere mai. Pensi che possano accadere solo agli altri o che facciano parte dell'immaginario collettivo. Eppure, quando meno te lo aspetti, bussano alla tua porta e semplicemente... accadono".

È l'incipit del racconto di un Collega che descrive un "Sabato adrenalinico" vissuto in prima persona.

a pagina 14

Pagine Utili

Sindromi aritmogene ereditarie

I pazienti con alterazioni ereditarie della conduzione cardiaca sono ad alto rischio per aritmie ereditarie perioperatorie. Un buon monitoraggio emodinamico, un'adeguata anestesia e analgesia, il mantenimento perioperatorio della normocapnia, della normotermia e della normovolemia sono importanti. In questo numero l'approfondimento su "Gestione perioperatoria delle sindromi aritmogene ereditarie".



alle pagine 7, 8, 9

Congresso SIARED 2016

Le immagini di Roma

Una breve rassegna fotografica del 12° Congresso Nazionale SIARED svoltosi a Roma dal 10 al 12 Giugno 2016, per un'intensa tre giorni di grande successo, che ha riunito oltre 600 partecipanti giunti nella Capitale per confrontarsi sul programma congressuale, sviluppato in 7 Aree Tematiche complessivamente divise in 12 Sessioni e 3 Workshop.



alle pagine 10 e 11

Esclusione AR dal 118? La pazienza è finita!

Il ruolo dei Medici Ospedalieri (in primis degli AR) nell'Emergenza-Urgenza

L'AAROI-EMAC ha deciso di "scoperchiare il vaso di Pandora", riguardando tutto il territorio nazionale, costituito dal Sistema di Emergenza-Urgenza così com'è congegnato nelle diverse Regioni del nostro Paese. Le questioni aperte riguardano soprattutto il Sistema 118 e i Pronti Soccorso.

In molte Regioni vi è oggi il tentativo di riorganizzare i rispettivi Sistemi 118 in modo tale da appaltarli a Medici di Base, a Cooperative, a Misericordie varie. L'obiettivo di un simile piano è di escludere dal Settore dell'Emergenza-Urgenza i Medici Ospedalieri (e in particolare gli Anestesiisti Rianimatori).

L'estromissione dei Medici Ospedalieri dal Sistema 118 è da tempo una realtà in Puglia (come descritto nell'articolo di Doctor33 pubblicato in questa pagina), ma si sta verificando anche altrove, per esempio in Campania e in Sicilia (della situazione siciliana si parla a pagina 12), ed è pronta all'esportazione in tutte le Regioni italiane anche attraverso l'invasione degli ambiti del CCNL della Medicina Ospedaliera perpetrata dagli AACNN della Medicina di Base e della Medicina Specialistica Ambulatoriale.

Abbiamo più volte denunciato la paradossale esclusione, in molte Regioni, degli Specialisti in Anestesia e Rianimazione dal Sistema 118, solo perché la loro disciplina specialistica non è "equipollente" a quella di "Medicina e Chirurgia d'accettazione e Urgenza".

In sostanza, per un fattore puramente burocratico (le equipollenze definite dal MIUR) si escludono dai Concorsi per il Sistema 118 i Medici che più di tutti, nel nostro SSN, sono regolarmente chiamati ad assistere i Pazienti nelle condizioni cliniche più gravi dell'emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliera, mentre a tali Concorsi possono partecipare, p. es., specialisti in endoscopia, epatologia, neurologia.

La richiesta AAROI-EMAC di revisione delle ridicole affinità ed equipollenze alla "vecchia" specializzazione in "medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza" (valevoli unicamente per i PS ma non per il Sistema 118)

è stata finora unica e sola. C'era da aspettarsi: in questo specifico ambito di rivendicazione di ruolo professionale, la nostra Associazione è sola contro gli interessi di troppe altre categorie, mediche e non mediche, mentre ad oggi manca ogni riscontro concreto dei miracolosi risultati propagandati all'epoca della creazione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza.

Ultimamente, diverse altre OOSS si fanno portavoce di istanze finalizzate alla "stabilizzazione" dei Medici "precari" attualmente impiegati come tali nel Sistema 118. Sotto le apparenze lodevoli di questa iniziativa si nasconde un obiettivo molto meno nobile: quello di voler rendere l'Emergenza-Urgenza un terreno di conquista ad esclusivo appannaggio di Collegi il cui percorso professionale nella Medicina di Base (da loro scelto in piena libertà) non ha avuto l'esito di ottenere la titolarità di un posto da "Medico di Famiglia titolare", e perciò, sic et simpliciter, si riversano nel Sistema 118 previo l'ottenimento di un "patentino" conseguito in poche ore di "formazione" roboante nella sua articolazione formale ma spesso ridicola nella sua attuazione concreta.

L'AAROI-EMAC ritiene che la stabilizzazione dei Medici Convenzionati attualmente titolari di "incarichi a tempo determinato" nel Sistema 118, facenti capo alla Medicina di Base o alla Medicina Specialistica Ambulatoriale, potrebbe essere un obiettivo comune delle OOSS che rappresentano precipuamente i Medici Pubblici Dipendenti del SSN, a patto che tale stabilizzazione avvenga attraverso il passaggio di TUTTI i suddetti Medici "convenzionati" al CCNL della Medicina Ospedaliera, e a condizione che tale passaggio riguardi i Collegi realmente competenti nel settore dell'Emergenza-Urgenza, e non certo coloro i quali vi si sono inseriti alla stregua di "lavoratori socialmente utili".

Naturalmente l'AAROI-EMAC potrebbe appoggiare tale obiettivo solo nel caso in cui venisse garantito il pieno e almeno paritario accesso degli Anestesiisti Rianimatori al Sistema

118 rispetto ai Collegi in possesso di altre specializzazioni, e a maggior ragione rispetto a coloro i quali NON ne possiedono alcuna.

La Medicina di Base, inoltre, collateralmente all'invasione del Sistema 118, sta attuando una analoga invasione di altri settori ospedalieri, ad iniziare dai Pronti Soccorso, nei quali si sta diffondendo la moda di far operare "in convenzione" (ma come se fossero Medici Dipendenti) Collegi senza alcuna specializzazione, in possesso unicamente della abilitazione come "Medici di Famiglia", e che anch'essi non trovano lo sbocco professionale sperato in tale ambito.

In conseguenza di deliberazioni aziendali quantomeno fantasiose, analoghe invasioni di campo nella Medicina Ospedaliera Pubblica, per quanto riguarda sia il Sistema 118 sia i Pronti Soccorso, avvengono da parte di Cooperative e/o di Società di Servizi spesso costituite ad hoc.

L'AAROI-EMAC ritiene che sia vergognoso, oltre che illegale, ricorrere a Medici "generalisti" o "occasionalisti" per le attività di Pronto Soccorso e di 118.

Per quanto riguarda i Pronti Soccorso (come per tutte le altre Unità Operative Ospedaliere), ai posti di lavoro negli Ospedali Pubblici si deve accedere come Dipendenti Pubblici, a seguito di partecipazione a Concorso Pubblico per incarico a tempo indeterminato, o (nei casi previsti dalla normativa vigente) a seguito di Selezione Pubblica per incarico a tempo determinato.

Per quanto riguarda il Sistema 118, esso altro non è che

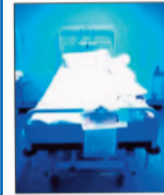
un'estensione ospedaliera (in quanto rientrante nel complesso Sistema dell'Emergenza-Urgenza) dell'assistenza sanitaria al cittadino; perciò, anche ai posti di lavoro nel Sistema 118 si deve accedere come Dipendenti Pubblici.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

Al Sud le maggiori criticità

Doctor33

6
2016
Ps a rischio chiusura d'estate al Sud. Urgono assunzioni e riordino rete



La Puglia come paradigma del Sud. Quest'estate, complice il turismo, è previsto un aumento di presenze nei presidi sanitari, dalla guardia turistica al Pronto Soccorso, ma gli organici già carenti delle strutture saranno falciati dalle vacanze del personale e c'è il rischio che chiudano i pronti soccorso "di punta". Nelle strutture mancheranno 60 Medici e 140 Infermieri, con punte nel Barese e a Lecce). Distaccare personale, procedere a nuove assunzioni? Il dipartimento salute diretto da Giovanni Gorgoni che ha incontrato Cgil Cisl e Uil avrebbe a disposizione 50 milioni. «Non si possono impiegare queste somme senza programmazione, ingaggiando a tempo ed indiscriminatamente Medici convenzionati, partite Iva, cooperative. Si deve prevedere una ristrutturazione del sistema a partire dagli ospedali e dai Servizi di Anestesia e Rianimazione, Area Critica ed Emergenza Urgenza», ammonisce Antonio Amendola presidente del Sindacato degli Anestesiisti-Rianimatori Aaroi-Emac in Puglia.

«In Lombardia, regione a mio avviso da prendere a modello, sono state incentivate assunzioni di Medici dell'emergenza e territorio prioritariamente Anestesiisti-Rianimatori e ospedale e territorio risultano ben integrati. C'è un'auto medica ogni tot auto infermieristiche, se l'infermiere sul territorio giudica che ci sia bisogno del medico lo chiama e l'auto medica giunge in pochi minuti, a differenza ad esempio che in Emilia Romagna dove le auto infermieristiche sono l'unica risorsa per ampie fette di territorio. E a differenza che in Puglia, dove la Regione, per la medicina ospedaliera, ascolta solo i Sindacati Confederati, aggiungendovi quelli della Medicina Convenzionata quando si tratta della emergenza-urgenza territoriale, con il risultato di aver affidato tutte le postazioni del 118 a medici di medicina generale in possesso del diploma triennale di "Medico di Famiglia" e di un patentino "ad hoc" per il 118 conseguibile solo da questi ultimi in appena 4 mesi. Questa "conquista" del 118 da parte della Medicina Convenzionata ha creato un distacco tra Ospedale e Territorio nella emergenza-urgenza. Inoltre in soli quattro mesi non può certamente conseguirsi la stessa professionalità acquisita con specifiche Specializzazioni per questo settore, come in primis quella in Anestesia e Rianimazione. Che fare, ora? «Correttivi a "isorisore" non ce ne sono: bisogna solo assumere professionisti competenti», dice Amendola.

«E bisogna farlo subito, eliminando l'illegalità imperante di tutti i contratti atipici. Al pubblico impiego devono accedere, per concorso pubblico come per legge, professionisti competenti che non devono essere sostituiti da mercenari in qualunque modo, falsamente, inquadri come liberi professionisti. Le carenze di personale riguardano soprattutto specifici settori tra cui l'Anestesia e Rianimazione, le Sale Parto e i Pronti Soccorso; proprio quelli a cui la Regione Lombardia ha riservato il ricambio del turn over al 100%, tracciando così la strada più ovvia e meno percorsa in altre Regioni: assumere i Medici che servono dove servono.» Se si firmasse oggi la convenzione dei medici di famiglia che nelle regioni ipotizza quando possibile una copertura notturna (24-8) a carico dei medici del 118 «Sarebbe un disastro, che nemmeno la integrazione all'Atto di Indirizzo formulata dal Ministero della Salute potrebbe evitare, perché sul 118 si riverserebbero comunque da una parte richieste che nulla atengono alla emergenza-urgenza e dall'altra una pleora di "Medici con patentino". In un paese civile l'emergenza-urgenza non può essere organizzata con gli stessi criteri della "continuità assistenziale", ma necessita sia di una specifica competenza professionale che di una organizzazione mirata e adeguata».

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI

Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti

CONSULENZE MANAGERIALI

Sul controllo di gestione dei servizi sanitari

PARERI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ETC.

A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia

CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AAROI-EMAC E DALLA SIARED, PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM

INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore", rinnovato e aggiornato

CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:

- Responsabilità Civile e Professionale
- Tutela Legale
- Responsabilità Amministrativa
- Altri Settori (in corso di attivazione)

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il
6 Settembre 2016
Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
9 Settembre 2016

Verso il rinnovo del Contratto

UNA STRADA IN SALITA

Si apre la trattativa tra poche luci e molte ombre

La firma dell'Accordo per la definizione delle Aree Contrattuali e dei Comparti: il primo passo per la riapertura della contrattazione

Il 13 Luglio è stato siglato l'Accordo Quadro su Aree Contrattuali e Comparti. Di seguito le dichiarazioni della COSMED diffuse alla stampa:

La firma odierna del Contratto Quadro sulle Aree e i Comparti segna il definitivo completamento di un lungo iter legislativo e negoziale che ha portato al riconoscimento dell'area autonoma della dirigenza medica e sanitaria che disporrà di un proprio contratto autonomo, specifico e distinto. È stata accolta pertanto la richiesta fondamentale della Confederazione - commenta Giorgio Cavallero, Segretario Generale della COSMED (Confederazioni Medici e Dirigenti) - e di tutte le sigle che la compongono (tra cui AAROI-EMAC, ndr) con il riconoscimento della specificità della dirigenza medica e sanitaria.

Continueranno a far parte del contratto della dirigenza sanitaria del SSN anche i medici e i dirigenti sanitari delle ARPA. Viceversa la dirigenza tecnica, professionale ed amministrativa del SSN trova adeguata collocazione nell'area della dirigenza delle Regioni e delle autonomie locali; le sigle della dirigenza amministrativa di Regioni e SSN mantengono la loro rappresentatività e tutte le loro prerogative negoziali in uno specifico e distinto contratto. È stata ribadita la collocazione nelle aree dirigenziali dei medici e dei sanitari del Ministero della salute e degli enti pubblici (AIEA, CRI) nonché dei medici e dei sanitari che operano negli Enti pubblici non economici (INAIL e INPS) e tutti i professionisti aggregati in precedenza alla dirigenza. Tutti questi soggetti faranno parte della dirigenza delle Funzioni Centrali.

La firma del contratto quadro rende possibile l'apertura dei tavoli negoziali per il rinnovo di tutti i contratti di categoria che nel pubblico impiego sono fermi da 7 anni: adesso - prosegue Cavallero - non ci sono più alibi o ostacoli normativi per la riapertura della stagione negoziale, fermo restando la necessità di adeguare le disponibilità economiche per i rinnovi contrattuali.

Appare decisivo un intervento nella prossima Legge di Stabilità che implementi le risorse disponibili sia direttamente che indirettamente mediante decontribuzioni e detassazioni delle parti variabili dei salari e degli aumenti stipendiali, l'estensione al settore pubblico delle agevolazioni del cosiddetto "welfare aziendale", il recupero dei tagli lineari ai fondi contrattuali aziendali che in questi anni hanno ridotto le retribuzioni effettive. Parallelamente dovranno cessare i tagli al pubblico impiego che in questi anni ha perso oltre 300.000 posti di lavoro e ha visto aumentare il lavoro precario. La spesa complessiva per le retribuzioni dei dipendenti pubblici si è ridotta di 13 miliardi annui.

Se il lavoro pubblico non deve essere la vittima sacrificale per altre operazioni, i tagli devono cessare e i risparmi vanno redistribuiti per difendere i servizi pubblici e la dignità dei dipendenti che vi lavorano.

La questione è strettamente politica e implica delle scelte immediate da parte dell'esecutivo.

L'informativa COSMED sull'incontro tra OO.SS. e la Funzione Pubblica

L'incontro del 26 Luglio con il Ministro Marianna Madia presso la Funzione Pubblica, presenti anche il Sottosegretario Rughetti e il Presidente dell'ARAN Gasparri, si è svolto in un clima di apertura al confronto che speriamo rappresenti l'inizio di un cambiamento dei rapporti tra Governo e dipendenti pubblici.

Il Ministro ha esplicitamente manifestato l'intenzione di "superare il blocco dei salari e delle assunzioni" dichiarandosi disponibile a "costruire un nuovo modello di pubblica amministrazione sulla base di ciò che serve ai cittadini" e di una prospettiva che veda "crescere le professionalità".

Il Ministro non ha certo garantito un incremento delle risorse per il rinnovo dei contratti, ma non lo ha nemmeno escluso, affermando che la crisi è ormai alle spalle per cui è ragionevole pensare che ad un miglioramento della finanza pubblica debbano corrispondere maggiori risorse per il lavoro e i servizi pubblici. È verosimile che il Governo abbia compreso come il raggiungimento di un contratto condiviso non possa prescindere da interventi nella prossima Legge di Stabilità per integrare le scarse risorse al momento disponibili.

È stato annunciato un tavolo di confronto tecnico presso ARAN che entro il 15 Settembre dovrà formulare proposte per la Legge di Stabilità ed è stata assicurata disponibilità al confronto sul precariato e sul decreto delegato sul lavoro pubblico che deve produrre un testo unico sul pubblico impiego da emanare entro il 15 febbraio 2017.

COSMED, auspicando che la riunione segni l'inizio di un cambiamento di clima nelle relazioni sindacali, ha apprezzato l'impostazione ed in particolare l'idea di uno stretto collegamento tra Legge di Stabilità e rinnovi contrattuali le cui condizioni dipendono sempre più strettamente dalla Legge di Stabilità. Del resto se la crisi è alle spalle lo deve essere anche per il servizio pubblico e i suoi dipendenti, i quali hanno

contribuito al risanamento del Paese con una riduzione della massa salariale di oltre 10 miliardi all'anno. La grave condizione di sotto finanziamento del servizio sanitario non consente a dieci milioni di cittadini il pieno accesso alle cure e si ripercuote negativamente sulle condizioni di lavoro.

COSMED ha invitato il Governo ad intervenire in particolare su:

- Definizione delle tipologie di lavoro atipico compatibili con il lavoro pubblico, come previsto dalla Legge Biagi del 2003, per ridurre il precaria-

- Staffetta generazionale, part time e provvedimenti di flessibilità in uscita, vista la consapevolezza del Governo dell'elevata età media dei dipendenti pubblici.

- Fine delle "leggi speciali" che discriminano il lavoro pubblico da quello privato in numerose materie.

- Proroga graduatorie concorsuale fino ad un nuovo assetto della PA.

COSMED ha anche lamentato la mancata consultazione sull'Articolo 11 del decreto delegato sulla dirigenza, che peraltro non riguarda la dirigenza



to. Si tratta di fermare il ricorso a forme di lavoro atipico di dubbia regolarità, come il ricorso improprio a contratti libero professionali che nascondono rapporti di lavoro subordinato. Il numero dei precari nella PA è intollerabilmente in continuo aumento e ha raggiunto (come si evince dall'ultimo conto economico) la cifra di 107.000 unità.

- Estensione al lavoro pubblico e alla dirigenza, senza tetti retributivi, delle agevolazioni fiscali per il salario accessorio e per gli aumenti contrattuali.

- Estensione al lavoro pubblico delle previsioni del welfare aziendale di cui alla circolare dell'agenzia delle entrate del 15 Giugno 2016.

sanitaria e scolastica, e inviato una nota nella quale si chiede un confronto e una limitazione alla discrezionalità politica per le nomine e gli incarichi dirigenziali, senza estendere il corso-concorso dove non attualmente previsto (enti locali e regionali). È stato, infine, ricordato che non si è compreso quale modello contrattuale il Governo voglia adottare, dando regole e stabilità agli assetti negoziali e alle relazioni sindacali.

In definitiva, in attesa di fatti concreti un incontro incoraggiante a partire dall'idea di un tavolo politico di proposte per la prossima Legge di Stabilità, che si presenta come un appuntamento decisivo per i rinnovi contrattuali e la tenuta del servizio pubblico.

Rappresentatività sindacale: risultato lusinghiero!

Le valutazioni del Presidente Nazionale AAROI-EMAC sulla Rilevazione ARAN

Perciò, per avere un'idea oggettiva di come sia evoluto ad oggi il rapporto tra i dirigenti medici e sanitari del SSN pubblico e le relative Organizzazioni Sindacali di afferenza, i dati da considerare a confronto sono quelli "aggregati" della pregressa rilevazione (biennio 2008-2009), così come risultanti dalla somma dei dirigenti medici sindacalizzati appartenenti all'ex Area IV e dei dirigenti sanitari sindacalizzati appartenenti all'ex Settore "S" di Area III.

Va inoltre ricordato che il rientro nei dati utili ai fini ARAN della rappresentatività dei Colleghi a tempo determinato, valevole per tutte le OOSS, che ha finalmente reso giustizia ad una penalizzante pregressa esclusione dei Colleghi precari, ha avuto certamente molto minor peso numerico dei tagli che hanno subito le dotazioni organiche a causa del blocco del turn-over, e, soprattutto, a causa del proliferare sempre più incontrollato dei contratti atipici nelle Unità Operative degli Ospedali, intendendosi, per il pubblico impiego della dirigenza medica, come atipici non solo quelli falsamente libero-professionali e quelli esternalizzati al caporalato, ma anche quei rapporti di lavoro che illegittimamente e vergognosamente vengono utilizzati in luogo delle assunzioni tramite CCNL, con il beneplacito, quando non con il collaborazionismo, di alcune Sigle Sindacali firmatarie degli ACN della "specialistica ambulatoriale" e della "medicina di base".

Non ci stancheremo di ripetere che per tali Unità Operative Ospedaliere deve valere esclusivamente il CCNL ospedaliero, e

ci batteremo affinché sia ripristinata la liceità istituzionale e la correttezza di rapporti anche intersindacali con la medicina convenzionata, che non può pensare di continuare impunemente ad interferire in modo arrogante ed autoreferenziale negli assetti organizzativi della medicina ospedaliera.

Per quanto riguarda l'AAROI-EMAC, i risultati della rilevazione di rappresentatività valevole per il triennio 2016-2018 sono lusinghieri, in quanto abbiamo acquisito ben 495 nuovi Iscritti (quasi il 7% in più rispetto ai 7.292 della precedente rilevazione) confermando, tra tutte le OOSS della nuova Area, un trend in continua crescita non solo in raffronto con l'ultima precedente rilevazione, ma anche, in un'analisi retrospettiva di più lungo periodo, con quelle ancora precedenti.

Quindi, anche se l'operazione di accorpamento Aree ci ha danneggiato, l'ingresso di moltissimi Colleghi neoiscritti alla nostra Associazione e la permanenza dei nostri Iscritti "storici" ci hanno brillantemente consentito di mantenere praticamente invariato il nostro peso all'interno di un sistema pluri-professionale. Aver pagato un dazio irrisorio, in questi nuovi assetti, pari ad appena lo 0,21% (10,03-9,82) rispetto alla rilevazione precedente è stato oggettivamente un grande successo, a conferma della congruità e dell'adeguatezza delle nostre scelte strategiche, che perseguiremo con ancora maggior impegno a tutela delle peculiari competenze professionali dei nostri Iscritti, ai quali tutti va il nostro ringraziamento per la fiducia accordataci.



La lettura dei dati risultanti dall'ultima rilevazione di rappresentatività ARAN valevole per il triennio 2016-2018, riguardante la nuova Area contrattuale sanitaria in cui sono confluite sia l'ex Area IV (Dirigenza Medica e Veterinaria) e il Settore "S" dell'ex Area III (Dirigenza SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica, Amministrativa) deve tener conto che il confronto con la precedente rilevazione va fatto prendendo in considerazione alcuni fattori di primaria importanza.

Innanzitutto, in questa rilevazione, tale accorpamento (avvenuto "grazie" alla cosiddetta "semplificazione delle Aree Contrattuali"), avrebbe potuto mettere in seria difficoltà, in termini di rappresentatività, le Organizzazioni Sindacali che per loro scelta di principio continuano a rappresentare soltanto i medici, e che quindi non hanno potuto "beneficiarne".

INTERSINDACALE

Obiettivi non condivisi tra Governo e Regioni

La strada per la definizione dell'articolo 22 del Patto per la Salute sembra essere ancora lunga. Dopo gli incontri pre estivi ed una bozza ministeriale ritenuta "condivisibile" dalle OO.SS., il testo ha incontrato nuovi ostacoli che hanno spinto l'Intersindacale a diffondere un nuovo comunicato unitario per chiedere "lumi" sul futuro del SSN. Di seguito il testo:

"L'Intersindacale Medica, Veterinaria e Sanitaria, nella sua piena compattezza, ha urgenza di capire quale destino Governo e Regioni vogliano riservare al SSN, ed ai professionisti che operano al suo interno.

La vicenda del confronto in merito all'art. 22 ha mostrato mancanza di condivisione di obiettivi tra Ministero della Salute e Regioni, le quali hanno, di fatto, eluso ogni tentativo di modifica sostanziale del sistema formativo, per riproporre l'accesso al SSN di medici senza specializzazione, con l'obiettivo, neppure tanto mascherato, di avere forza lavoro sottopagata per coprire i turni di guardia. Il tutto accompagnato da un richiamo al Ministro Lorenzin a riportare l'art. 22 ad un confronto tra istituzioni, negando ogni ruolo ai Sindacati Medici, ancora in attesa di una risposta alla richiesta di incontro da tempo inoltrata alla Commissione Salute. L'Intersindacale ha obiettivi unitari chiari e solidi:

- assicurare i migliori livelli di prevenzione e assistenza sanitaria ai cittadini, partendo dall'inversione delle politiche di defianziamento del SSN, fermando l'arretramento della sanità pubblica che va a discapito dei cittadini, cui viene negato un diritto, e dei professionisti, destinatari di un finanziamento contrattuale al massimo ribasso e di un peggioramento delle condizioni di lavoro.

- prosciugare la palude del precariato e dei contratti atipici, creata dalle Regioni, e garantire il turn over del personale medico, veterinario e sanitario, anche al fine di assicurare il trasferimento di preziose competenze professionali.

- mettere a punto un modello organizzativo che realizzi in maniera contestuale una reale integrazione ospedale-territorio, in un percorso di continuità assistenziale in cui i due settori siano considerati come parti diverse ma non separate di uno stesso sistema.

- aprire il confronto sulla definizione di standard di personale, o livelli essenziali organizzativi, validi per tutto il territorio nazionale.

- garantire la applicazione piena ed omogenea della normativa in tema di orario di lavoro.

Centrale è infine il tema del rinnovo della Convenzione e del Contratto di lavoro della dirigenza, che, attivate le aree, non può essere rimandato oltre, facendo chiarezza sulle disponibilità economiche, nonchè sul mantenimento dell'integrità dei fondi per la parte accessoria degli stipendi, evitando il rischio di cumulare una sottrazione sostanziosa con un finanziamento esiguo. Elementi indispensabili per iniziare a ragionare sul contratto, altrimenti non si va da nessuna parte.

L'Intersindacale ha accettato di non irrigidire e di razionalizzare le proprie molteplici rivendicazioni, ha favorito la riorganizzazione dei servizi di molte Regioni, ha sopportato l'eclissi di corrette relazioni sindacali. Grazie ad una volontà comune di trovare soluzioni in un campo reso difficile dalle oggettive condizioni economiche, dove molti si affacciano e opportunisticamente giocano di rimessa.

È tempo che le promesse fatte dal Governo nella Sala Verde di Palazzo Chigi il 9 Marzo, trovino attuazione, iniziando, quanto prima, dalla trasformazione, che tocca al Ministro Lorenzin, della sintesi largamente condivisa sull'art. 22, in un disegno di legge delega.

Governo e Regioni sappiano che i medici, i veterinari e i sanitari che lavorano nella e per la sanità pubblica sono stanchi di lavorare male e di essere trattati sempre peggio. E i cittadini, quando sono chiamati al voto, giudicano i governi, sia Nazionale che Regionale, anche in relazione a quello che è stato fatto, o non fatto, per proteggere la loro salute.

Tutti documenti integrali diffusi dall'Intersindacale sono disponibili al link:
www.aaroiemac.it/website/news.php?categoria=intersindacale

Art. 22 Patto per la Salute, lavori al rallenty La delusione delle OO.SS. e le puntualizzazioni dell'AAROI-EMAC



Nonostante la condivisione di massima sulla Bozza di testo inerente l'articolo 22 del Patto per la Salute presentato dal Ministero, l'AAROI-EMAC ha tuttavia sottolineato alcuni punti dai quali non è possibile prescindere.

«Il Lavoro degli Specialisti in Anestesia e Rianimazione ha caratteristiche di assoluta peculiarità rispetto a tutte le altre discipline specialistiche mediche - ha affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC anche a nome della Società Scientifica SIARED, che condivide pienamente tale posizione con

SIAARTI e CPAR (Collegio dei Professori di Anestesia e Rianimazione), organi che rappresentano quindi tutti gli Specialisti (ospedalieri e universitari) italiani della Disciplina -.

A differenza di tutti gli altri Medici, infatti, ogni Anestesista Rianimatore interviene sui pazienti affidati alle sue competenze da solo, e perciò è inaccettabile la sostituzione degli Anestesisti Rianimatori Specialisti con Specializzandi in sala operatoria, nelle "Non Operating Room" o nei turni di guardia comunque siano organizzati.

Uno Specializzando in una sala operatoria o in un turno di guardia "affiancato" da uno Specialista impegnato in un'altra attività non è e non sarà ammissibile.

Il fatto che in certe Università e in certe aziende "miste" ospedaliero-universitarie purtroppo siano avvenuti e continuino a verificarsi abusi non legittima le illecità che finora abbiamo contestato in modo fermo ma fin troppo pacato. È ora di smascherare uno per uno tutti coloro i quali affermano a parole di essere contrari all'utilizzo degli specializzandi in attività autonome, salvo poi sfruttarli come "ghost specialists".

Intendiamo cogliere l'occasione per confermare le nostre proposte di iniziative concrete e trasparenti a beneficio dell'efficienza dell'intera organizzazione ospedaliera - sottolinea Vergallo - finalizzate ad implementare l'efficienza delle Sale Operatorie e delle Rianimazioni attraverso gli Specializzandi impiegati in attività di minor impegno e responsabilità, come per esempio (ma ci sono molte altre poten-

zialità) quelle di assistenza nelle Recovery Room e di supporto nelle Rianimazioni. Questo intendiamo debba essere inderogabilmente il significato, per la disciplina di Anestesia e Rianimazione, di quanto prevede il testo in questione nel prevedere "l'affiancamento del professionista specializzando e formando, per tutta la durata della formazione specialistica, da parte di un medico specialista nella medesima disciplina, o di un medico di medicina generale appositamente formato, o di un medico veterinario o di un dirigente sanitario specialista nella medesima disciplina con incarico di tutor, in servizio attivo".

Nel corso dell'incontro, considerando la concertazione sull'art. 22 del Patto per la Salute prodromica al rinnovo del CCNL, l'AAROI-EMAC non ha mancato di denunciare le assurdità relative al Sistema di Emergenza-Urgenza e il ricorso da parte delle Aziende Sanitarie a contratti atipici (compresi quelli di "specialistica ambulatoriale") e ad appalti a Cooperative così come spiegato nell'editoriale di pagina 3.

LE DISAMINE SUGLI ISTITUTI CONTRATTUALI

Il sistema degli incarichi per la dirigenza medica

Come vengono conferiti e da chi? Le risposte a tutti gli interrogativi sul tema

Il Contratto Collettivo Nazionale 1998/2001 della Dirigenza medica declinava all'articolo 27 gli incarichi professionali che possono essere conferiti ai medici.

Esiste, tutt'ora, la diffusa convinzione che ogni incarico debba essere ritagliato sulla misura del singolo dirigente, ed è certo che questa convinzione, figlia di una discutibile consuetudine, stravolge completamente i concetti di valutazione, merito e performance che noi stessi medici, di concerto con la parte pubblica e sposando le tesi del legislatore, abbiamo condiviso.

Contrariamente alla ratio infatti, spesso l'Azienda, sanitaria od ospedaliera che sia, non individua le proprie articolazioni strutturali o funzionali analizzando la richiesta di salute da parte del territorio. Le ritaglia invece cucendole addosso al singolo dirigente, stravolgendo completamente il senso di mission e vision. Il conferimento di un incarico, infatti, non può - non dovrebbe - essere inteso come momento di premialità per il dirigente, essendo quest'ultima semmai, dovuta al raggiungimento degli obiettivi assegnati. Né può essere conferito, come spesso accade, sulla base di criteri puramente anagrafici. L'incarico dovrebbe, al contrario, essere individuato strategicamente dall'Azienda in risposta ad una ben precisa "domanda di salute" proveniente dal proprio bacino d'utenza ed alla quale, su indicazione del responsabile del Dipartimento o dell'unità Operativa, il Direttore Generale interfaccia il nome del dirigente il cui curriculum evidenzia maggiori know how ed expertise nel settore specifico.

Il processo di riforma del S.S.N. che con il D. lgs 502/92 ha introdotto i concetti di aziendalizzazione e di dirigenza medica, ha richiesto l'implementazione di due tipologie di incarico, uno dei quali - un'innovazione - è caratterizzato dal viraggio da un compito esclusivamente clinico ad uno ibrido, a metà tra il professionale ed il gestionale. Questo genere di incarico è appannaggio dei dirigenti responsabili di Dipartimento e di Struttura Complessa. Ma anche i responsabili di Struttura Semplice, dipartimentale e non, cui sia riconosciuta valenza strategica all'interno dell'Azienda e che abbiano in carico la gestione di risorse economiche, finanziarie, tecnologiche ed umane, cui sia pertanto stato affidato un budget, hanno tra i propri obiettivi risultati di tipo produttivo. Per tutti costoro è necessaria una verifica gestionale, oltre che professionale, della loro attività.

La seconda tipologia d'incarico ricomprende quella di natura professionale, anche di alta specializzazione ex art. 27 lettera "c" CCNL 2000 o quella conferibile ai dirigenti che non abbiano ancora maturato cinque anni di anzianità di servizio (lettera "d" dello stesso articolo). Per costoro è prevista esclusivamente una valutazione che è orientata solo alle qualità cliniche, tecnologiche e comportamentali

del Dirigente, non essendo contemplati, per questo genere d'incarico, l'affidamento e la gestione di un budget.

Ma come vengono conferiti gli incarichi?

La riforma ter del S.S.N., il cosiddetto decreto Bindi (D. lgs. 229/1999), introduce il concetto di ruolo unico della Dirigenza Medica. Finisce così l'era dei dirigenti di II livello (gli ex primari) e di I livello (ex aiuti/assistenti); vedremo più avanti con quali implicazioni.

L'incarico di Direttore di Dipartimento è di natura fiduciaria, e viene conferito dal Direttore Generale, ex art. 17 bis D.lgs. 502/1992, sulla scorta della valutazione dei curricula dei Direttori delle Strutture Complesse che afferiscono al Dipartimento di che trattasi.

Il conferimento dell'incarico di Direttore Struttura Complessa è normato dall'art. 5 del DPR 484/1997 e dal D. lgs. 158/2012 (c.d. Balduzzi), cui si rimanda per gli aspetti più specifici. Le implicazioni qui facevamo riferimento riguardo al ruolo unico della dirigenza sono legate alla valutazione del Direttore di Struttura Complessa che, se negativa, comporta la revoca dell'incarico ed il conferimento di uno nuovo, di valenza economica anche inferiore.

Gli incarichi di Struttura Semplice a valenza dipartimentale sono conferiti dal Direttore Generale su indicazione del Direttore del Dipartimento di appartenenza. Analogamente, su indicazione del Direttore della Struttura Complessa cui la Struttura Semplice è articolazione interna, si procede per il conferimento dell'incarico di quest'ultima.

Anche gli incarichi professionali lettera "c" art. 27 (consulenza, alta specializzazione, ecc.), sono affidati su indicazione del Direttore di Struttura Complessa (o, se previsti nel contesto di una Struttura Semplice dipartimentale, dal responsabile di quest'ultima).

Per il conferimento degli incarichi di struttura semplice o per quelli professionali è necessario che il Dirigente abbia compiuto senza soluzione di continuità, anche in Aziende differenti, cinque anni di anzianità di servizio a tempo indeterminato ed abbia ottenuto, allo scadere degli stessi, la valutazione positiva da parte del Collegio Tecnico.

Ai Dirigenti neoassunti, infine, superato il semestre di prova e fino al compimento del quinto anno di anzianità di servizio possono essere conferiti solo incarichi professionali di base.

Domenico Minniti
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

Science & Conscience Corner
di Terry Peacock

Staccare la spina

Molti si chiedono perché si usi l'espressione "staccare la spina". La risposta più ovvia è il riferimento alle macchine che tengono in vita una persona, una sorta di sineddoche energetica, ma la realtà dei fatti è ben diversa e affonda le radici nella leggenda dei Monitor Triluxis, realizzati dalla RomedLab una famosa azienda romana di apparecchi elettromedicali nei lontani anni 70, una sorta di Grundig del monitoraggio multiparametrico, con una spruzzatina di Mivar.

Il loro modello di punta Triluxis era il preferito del dottor Passatubbi, e lui stesso ne aveva curato il settaggio e i messaggi di allarme. E fu anche a causa di questo che il dispositivo cadde in disuso.

Per stessa ammissione del dottore Passatubbi, il monitor dava il meglio di sé durante i convulsi momenti seguenti a un arresto cardiaco. In caso di ritmo defibrillabile, il monitor lanciava all'operatore il messaggio: DAJE!!! (con i punti esclamativi rossi). Era un acronimo: Defibrillatore A Jastema Estera, che induceva il dottor Passatubbi a lanciarsi in ogni sorta di esortazioni multilingua, dal normale "Riparti, te pòssino..." al più aulico "me stanno a cresce li funghi addosso... te vò dà 'na mossa?!?" soprattutto in caso di successo della rianimazione. Il monitor rispondeva con messaggi critici come "Gajardo, dotto!", oppure il sempreverde "De lusso!"

Il dottor Passatubbi era orgoglioso di questa sua interpretazione del monitoraggio esortativo, e impose che tutti i suoi sottoposti usassero il prototipo Triluxis di RomedLab. Purtroppo, più lo si usava, più il monitor IMPARAVA, tanto da modificare il suo comportamento, soprattutto quando la rianimazione prendeva una brutta piega: di fronte a una fiala di adrenalina che non risultava in nessun effetto, il monitor commentava: "A dotto, j'arrimbalza!", provocando frustrazione nel capo-équipe, oppure: "E dätte da fa! E che è? Er massaggio sbàzzu!", oppure ancora: "Ma chi t'ha mparato, 'a cinesina de Tor Pignattara?". Comunque, la scritta DAJE non comparve mai più.

Vi starete chiedendo: che c'entra tutto questo con la spina da staccare?

Arriviamo subito al punto. Il monitor fu usato quando il dottor Passatubbi andò in arresto. Anche a lui l'adrenalina j'arrimbalzava, 'a cinesina de Tor Pignattara stava dando il meglio di sé con il suo massaggio shatsu, e poi quando tutto sembrava perduto, ecco che comparve uno spike.

Purtroppo, il dottor Tracheopalla, discepolo del dottor Passatubbi, decise che non c'era più niente da fare...

Intervenire il monitor Triluxis, dalle retrovie.

"Aho, Mica stamo a asciugà li scoji! Ce vòle er manico pe' fa' certe cose, dottò!"
Tracheopalla rimase basito. "Ma come si permette. Ormai è finita!"

Triluxis: "Te stacco 'e recchie e te 'e metto 'n bocca, così senti 'e fres@###e che stài a di!"

Tracheopalla: "Ma questo è oltraggioso, non vedo cosa possiamo fare ancora!"

Triluxis: "Sei così stupido ch'èr còre tuo se sta a domannà se vale 'a pena de pompà tutto quel sangue ar cervello!"

Tracheopalla: "Ma... ma... Da dove vengono queste parole?"

Triluxis: "Ma ar posto der dna che ciai, 'a catenella de lo sciacquone arotolata?"

Tracheopalla: "BASTA! INFERMIERA, FACCIAMOLA FINITA, STACCHI LA SPINA!"

E così ora sappiamo perché si usa questa pittoresca interiezione, quando finalmente ci accorgiamo che forse abbiamo tirato per le lunghe certi discorsi tediosi e soprattutto destinati a non portare nessun risultato.

Grazie per l'attenzione...

Nuovi LEA

Per il parto senza dolore quali novità?

Tutto rinviato a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010

I Nuovi LEA dovrebbero essere molto vicini al traguardo. Lo schema d'Intesa, vistato dal MEF, è stato inviato dal Ministero della Salute alla Conferenza Stato-Regioni nel mese di Agosto. Fissata una riunione straordinaria in Settembre per l'approvazione definitiva.

Al momento della chiusura del giornale, l'incontro - previsto per il 7 Settembre - non si è ancora svolto, ma è difficile pensare che verranno apportati grandi cambiamenti alla bozza ormai licenziata dal MEF dopo mesi di "tira e molla" tra la Salute e le Regioni.

Per quel che riguarda l'inserimento del parto senza dolore, l'AAROI-EMAC - come descritto nel numero precedente del Nuovo Anestesista Rianimatore - è più volta intervenuta per sottolineare l'impossibilità di garantire la Partoanalgesia a tutte le donne che ne facciano richiesta, a meno che non si intervenga con investimenti appropriati.

In altri termini, è impossibile considerare il parto indolore un diritto erogabile sempre e comunque se non si prevede, da una parte l'assunzione di Anestesiisti Rianimatori là dove necessario, dall'altra la riorganizzazione dei Punti Nascita nel rispetto della sicurezza per la donna e per il bambino.

Di questo secondo aspetto sembra aver tenuto conto il Ministero della Salute nel momento in cui è stato formulato l'articolo - ad oggi definitivo - con il quale il parto indolore viene inserito nei LEA:

Art. 38 - Comma 3:
«Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", all'interno di appositi programmi

volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse».

In pratica viene tutto rinviato a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010, nel quale tra le altre cose è specificato «La riorganizzazione delle strutture ospedaliere prevista dall'Intesa del 3 dicembre è, infatti, un'occasione per le Regioni di migliorare la rete dei Punti nascita».

Inoltre, fissando il numero di 1.000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, può assicurare la presenza/disponibilità di specialisti in Anestesia e Rianimazione e quindi garantire la sicurezza e la implementazione delle procedure analgesiche, nelle strutture individuate dalle regioni e all'interno di appositi programmi volti a diffonderne l'utilizzo».



Nel merito della questione, l'AAROI-EMAC ritiene opportuno delineare alcuni possibili criteri in base ai quali la Partoanalgesia può essere organizzata ed erogata:

«L'impegno per la Partoanalgesia può agevolmente svolgersi:

- nei Punti Nascita con oltre 4.000 parti annui totali con due Anestesiisti Rianimatori dedicati all'intera Sala Parto;
- nei Punti Nascita tra 2.000 e 4.000 parti annui con almeno un Anestesista Rianimatore dedicato all'intera Sala Parto;
- nei Punti Nascita tra 1.000 e 2.000 parti annui con un Anestesista Rianimatore dedicato all'intera Sala Parto oppure con l'Anestesista Rianimatore di guardia anestesilogica (se la frequenza di chiamate per S.O., eventuali trasferimenti, PS, etc. non è eccessiva);
- nei Punti Nascita fino a 1.000 parti annui con l'Anestesista Rianimatore di guardia anestesilogica;
- nei Punti Nascita con meno di 500 parti annui, NON si ritiene erogabile la Partoanalgesia come offerta standard, sia per rapporto insufficiente tra risorse impiegate e risultati, sia per impossibilità di mantenere skill adeguato».

L'AAROI-EMAC su "La Repubblica"

Viaggio nel Paese del parto indolore "Al Sud è ancora una chimera"

MICHELE DI COI
Nelle sale parto italiane si soffre più del dovuto, oppure si paga. L'epidurale in molte strutture pubbliche, soprattutto al Sud, è ancora una chimera a meno che dove è disponibile i dati sono spesso molto distanti dal cosiddetto "gold standard", che prevede l'utilizzo dell'analgesia per almeno il 20% delle partorienti (comprendendo anche quelle che fanno le cesaree). Capita spesso che trattamenti già programmati saltino all'ultimo momento perché gli anestesisti occupati di altri casi urgenti. Così facile capire per essere sicuri di farla al momento di parto o alla libera professione nel pubblico.
Il trattamento che quasi annulla i dolori del travaglio oggi non è mai fatto. I livelli minimi di assistenza che tutte le Regioni devono garantire ai cittadini. Il costo inserito in questi esoneri, se mai atteso da un paio d'anni e il malinteso volto all'approvazione. «Il servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle Regioni», recita il provvedimento. Tuttavia, infatti le varie amministrazioni possono decidere in quali ospedali dare il servizio, ad esempio uno per provincia. L'introduzione dell'epidurale per il parto avviene a costo zero, non sono state rimborsate le aggiunte per altri esami. Il trattamento potrebbe servire anche a ridurre un po' i costi, anche se non tanto. Questo perché le donne che hanno molto dolore "collaborano" meno durante il travaglio, cosa che può portare a complicazioni e richiedere appunto l'intervento chirurgico.
«L'Italia è ancora indietro nel campo dell'epidurale, lo abbiamo detto al ministro e alle Regioni», spiega Alessandro Vergallo, presidente di Aaroi, il sindacato degli anestesisti. «I problemi hanno a che fare anche con i soldi, oltre che con l'organizzazione del sistema. Sarebbero infatti necessari più anestesisti per garantire la copertura del turno e in generale molti ospedali dovrebbero essere strutturati meglio per permettere a questi professionisti di svolgere il loro lavoro alternandosi tra sale travaglio e sale parto chirurgiche. «Risorse - dice Vergallo - si potrebbero recuperare dalla razionalizzazione dei punti nascita. In Italia sono aperte ancora troppe piccole maternità, di quelle da meno di 500 nascite all'anno. Riguardo agli anestesisti, negli ospedali medio grandi, da 2mila parti all'anno in su, deve esserci una presenza costante in sala parto, anche per assicurare a tutti l'epidurale. E invece questo non succede ovunque».

Intervistato dal quotidiano La Repubblica, il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, ha ribadito le criticità per la diffusione della Partoanalgesia.

"L'Italia è ancora indietro nel campo dell'epidurale, lo abbiamo detto al ministro e alle Regioni", spiega Alessandro Vergallo, presidente di Aaroi, il sindacato degli anestesisti. I problemi hanno a che fare anche con i soldi, oltre che con l'organizzazione del sistema. Sarebbero infatti necessari più anestesisti per garantire la copertura dei turni e in generale molti ospedali dovrebbero essere strutturati meglio per permettere a questi professionisti di svolgere il loro lavoro alternandosi tra sale travaglio e sale parto chirurgiche. "Risorse - dice Vergallo - si potrebbero recuperare dalla razionalizzazione dei punti nascita. In Italia sono aperte ancora troppe piccole maternità, di quelle da meno di 500 nascite all'anno. Riguardo agli anestesisti, negli ospedali medio grandi, da 2mila parti all'anno in su, deve esserci una presenza costante in sala parto, anche per assicurare a tutti l'epidurale. E invece questo non succede ovunque".

L'articolo integrale al link:
<http://www.aaroiemac.it/website/rassegna-stampa-n912.html>

LA RECENSIONE

I dubbi di Ippocrate

Storie di malati illustri e di epocali malattie raccontate dal Dr. Mariano Marmo



Mariano Marmo
I dubbi di Ippocrate
Storie di malati illustri e di epocali malattie
JUPITER EDIZIONI

«Un vero gioiello dal titolo suggestivo: "I dubbi di Ippocrate", l'ultima fatica di Mariano Marmo, Medico Anestesista Rianimatore presso l'A.O. "Cardarelli" di Napoli.

Un libro da leggere tutto d'un fiato e da rileggere, poi, pian piano e meditare - quasi una sorta di Via Crucis.

Cammino che è insieme riflessione sull'esistenza, sul dolore, sulla morte, sulla scrittura che diviene - in Marmo - estremo baluardo delle memorie e dell'amore. L'obiettivo a cui l'autore tende è quello di tracciare,

a grandi linee, le coordinate della storia della medicina (storie di malati illustri e di epocali malattie) e ha scelto Ippocrate, medico nato sull'Isola di Coe nel 460 A.C., maestro di medicina in Atene ed in Tessaglia.

Platone e Aristotele affermano che fu il medico più famoso della sua epoca.

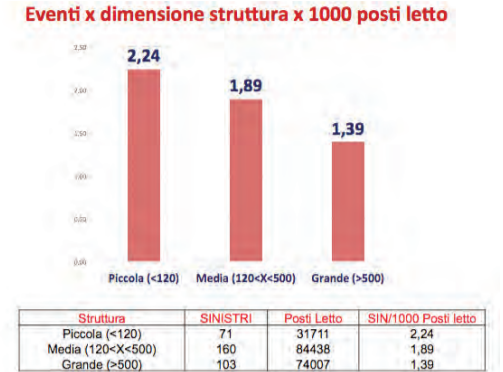
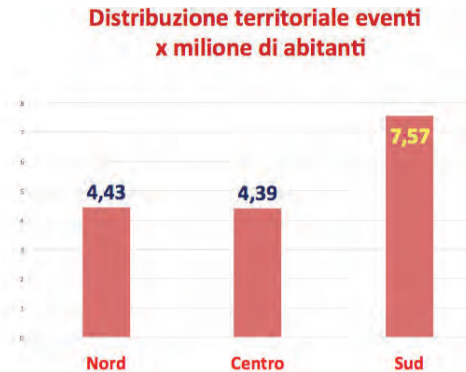
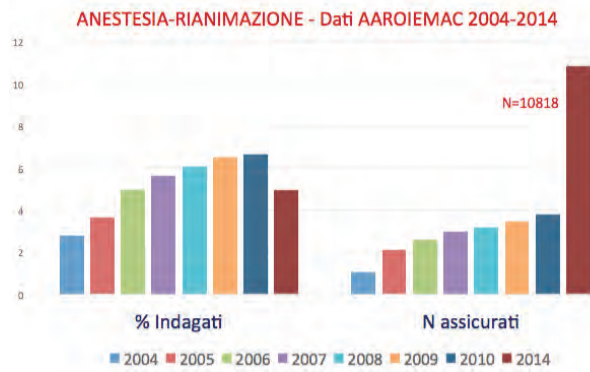
Mariano traccia a grandi linee le tappe della medicina, senza trascurare fatti e protagonisti di una microstoria altrettanto utile a comprendere senso e ragioni di eventi che hanno segnato il destino della medicina italiana e del mondo.

Vicende private personali, pagine meravigliose sul grande Recanatese raccontate da testimoni; epoche di famiglie i cui destini si sono incrociati in una quotidianità segnata da grandi tragedie. La peste in Italia e a Napoli nel 1764: il flagello della Nera Signora.

Libro di intensità straordinaria, che ammalia anche quando ci parla di licantropi e di sifilide.

Insomma un libro da assaporare e da godere dalla prima all'ultima pagina».

Giuseppe Galano
Presidente AAROI-EMAC Campania



I dati AAROIE-EMAC sul contenzioso Medico-Legale

Presentati al 12° Congresso SIARED di Roma e istituito un Osservatorio permanente

Valutazione "a tutto tondo" dei contenziosi medico-legali attraverso un Osservatorio Nazionale permanente, che può contare su un campione di oltre 10mila Medici, altamente omogeneo e perciò precisamente rappresentativo di categorie specialistiche impegnate ogni giorno "in prima linea" nell'assistenza ai pazienti, e diffusione della formazione scientifica e professionale improntata anche al clinical risk management.

Sono questi i due punti cardine di un progetto portato avanti dall'AAROIE-EMAC e presentato al 12° Congresso Nazionale SIARED di Roma.

Il contenzioso medico-legale resta uno dei temi più attuali in Sanità: sono circa 40.000 ogni anno in Italia le denunce che riguardano presunti casi di malasanità, e oltre 20.000 i medici coinvolti. I settori dell'anestesia, della rianimazione, dell'emergenza e dell'area critica sono, evidentemente, strategici per la funzionalità degli ospedali, e necessitano di qualità e sicurezza, che sono le finalità dello Studio, a beneficio di operatori e cittadini.

Per questi motivi, l'AAROIE-EMAC ha dato il via ad un articolato sistema di valutazione dei contenziosi (alla base dello studio le denunce nei confronti dei medici iscritti all'Associazione), continuando a puntare sulla formazione (specialmente in progetti culturali e addestramento in simulazione) allo scopo di contribuire concretamente alla riduzione di fenomeni (denunce facili da una parte e medicina difensiva dall'altra) che stanno negativamente incidendo sull'assistenza sanitaria del nostro Paese.

I dati preliminari dello Studio AAROIE-EMAC, resi noti a Roma, si riferiscono ai contenziosi dei Medici iscritti all'Associazione (oltre 10.000) nel periodo compreso tra il primo gennaio e il 31 dicembre 2014. In totale sono state esaminate 490 denunce relative a 323 sinistri. Le denunce sono state presentate su un apposito modulo standardizzato fornito dal Broker assicurativo, che ha consentito di raccogliere, nel massimo rispetto della privacy, informazioni dettagliate su dati anagrafici e professionali dei medici coinvolti, tipologia di denuncia e di danno contestato, struttura in cui è accaduto l'incidente, luogo in cui è avvenuto l'evento e, più nello specifico, attività svolta in quel momento dal medico coinvolto.

Dall'analisi dei dati è emerso che dei 323 sinistri denunciati 101 (31%) si sono verificati in sala operatoria, 113 (35%) in terapia intensiva, 89 (28%) in un reparto ospedaliero, 20 (6%) sul territorio (domicilio del paziente 67%, casa di riposo 17%, centri di riabilitazione 16%).

I pazienti ricoverati in terapia intensiva provenivano per il 44% dalla sala operatoria, per il 29% dai reparti ospedalieri e per il 21% dal territorio. Riguardo agli eventi avversi verificatisi in sala operatoria, le specialità chirurgiche più frequentemente coinvolte sono state: chirurgia generale (17%), chirurgia ginecologica (14%), chirurgia ortopedica (12%), neurochirurgia (5%) e chirurgia otorinolaringoiatrica (5%). Nella maggior parte dei casi (46%) non è stato specificato, nel modulo di denuncia, il tipo di chirurgia praticata.

Le attività oggetto di contenzioso hanno riguardato nel 52% dei casi (44) l'esecuzione di una anestesia generale, nel 36% (31) di una anestesia loco-regionale, nell'11% dei casi (9) un intervento in condizioni di emergenza, nell'1% (1) procedure di sedazione. Le fasi di induzione e mantenimento dell'anestesia sono state quelle in cui si sono verificati in misura maggiore gli eventi avversi, che però nella fase di mantenimento (48%) sono dipesi più dall'operato del chirurgo che dell'anestesista-rianimatore (fase intra-operatoria), mentre si è attribuita una responsabilità pressoché esclusiva all'anestesista-rianimatore nel 35% degli eventi avversi riguardanti l'induzione dell'anestesia generale o l'esecuzione dell'anestesia loco-regionale (fase pre-operatoria). Infine la percentuale di eventi avversi al risveglio e durante il monitoraggio del paziente in recovery room è risultata essere del 17% (9 casi).

Il tipo di danno contestato nel 70% (342) dei casi è stato un decesso, nel 9% (45) lesioni neurologiche, nel 4% (21) infezioni, nel 2% (7) avulsioni dentarie, nell'8% (41) danno di altro genere. Nel 7% (34) delle schede non è stato specificato il tipo di danno. L'Anestesista-Rianimatore è stato coinvolto nel 64% (313) delle

denunce per responsabilità di equipe, nel 25% (120) per responsabilità diretta, nel 3% (17) per il ruolo di Responsabile dell'U.O. Nel rimanente 8% non si è riusciti a risalire al tipo di responsabilità per carenza di informazioni.

I dati sono stati analizzati anche rispetto alla tipologia di struttura e all'ambito territoriale.

L'incidenza degli eventi critici si è rivelata maggiore nelle piccole strutture, dove il numero di sinistri sono stati il doppio (2,24 per 1000 posti letto) nelle strutture con meno di 120 posti letto rispetto a quelle con più di 500 posti letto (1,39 per 1000 posti letto).

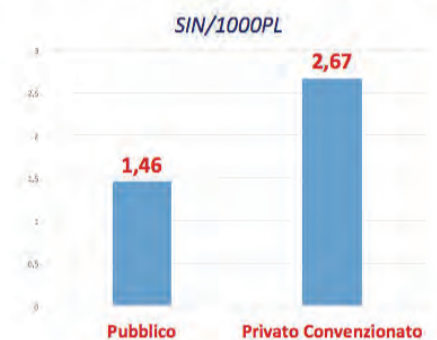
Prendendo in considerazione la distribuzione territoriale, i dati rivelano che nel 2014 il numero di eventi critici è stato doppio al sud rispetto al Nord sia nella valutazione per posti letto che per milioni di abitanti: 1,36 per 1000 posti letto al Nord, 1,35 al Centro e 2,62 al Sud, pari a 4,43 eventi critici per milione di abitanti al Nord, 4,39 al Centro e 7,57 al Sud.

Altro dato significativo è il minor numero di denunce portate avanti nei confronti dei Medici donna (189) rispetto agli uomini (345), nonostante ci sia una sostanziale parità di genere di Iscritti all'AAROIE-EMAC, mentre, in generale, l'età media del medico denunciato è di 50 anni.

"I numeri evidenziano il coinvolgimento pressoché costante della figura dell'Anestesista-Rianimatore, sebbene soltanto in pochi casi responsabile in via esclusiva - afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROIE-EMAC - Il nostro scopo è quello di andare in fondo alla questione per non trovarci continuamente di fronte a dati allarmistici rilanciati dai media non supportati da analisi adeguate. Non a caso, lo Studio AAROIE-EMAC ha mostrato tipologie di denuncia al limite dell'incredibile. Il tema del contenzioso medico-legale va affrontato con la massima serietà, che è quanto si sta facendo con questo studio, il primo che nel nostro paese si focalizza su categorie specifiche di Medici Specialisti non limitandosi ad analizzare i dati economici, ma andando ad approfondire in forma aggregata gli aspetti tecnici di ogni caso specifico. Da una parte per arginare con dati certi la forte incidenza di denunce che rappresentano solo il tentativo - per lo più vano - di ottenere risarcimenti milionari; dall'altra per valutare al meglio le dinamiche che conducono ad un sinistro in modo da evitare che lo stesso possa verificarsi nuovamente".

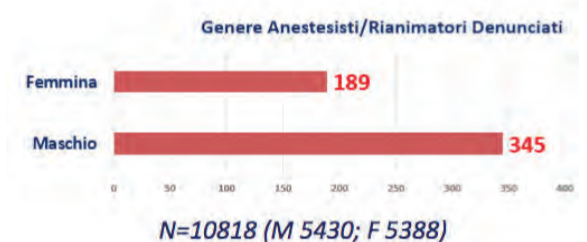
"Lo Studio ha permesso di indirizzare in maniera più adeguata la formazione in simulazione avanzata che AAROIE-EMAC garantisce agli Iscritti presso il Centro SimuLearn di Bologna - spiega Franco Marinangeli, Consigliere SIARED e Responsabile Scientifico del Centro - e, insieme ai dati che saranno elaborati per gli anni successivi, rappresenta una base strategica su cui lavorare per indirizzare i percorsi formativi che il Sindacato intende mettere in campo per ridurre il contenzioso medico-legale. Ciò, al fine di soddisfare appieno la sua mission, che è quella di migliorare la qualità di vita (e di lavoro) degli Iscritti, oltre che quella di lavorare per il contratto di lavoro. Fermo restando l'obiettivo che per un Medico è sempre il principale: la tutela del Paziente. Non bisogna, comunque, dimenticare che le procedure anestesologiche negli ultimi anni hanno fatto passi da gigante in termini di sicurezza. Senza timore di smentita si può dire che l'anestesia è oggi un atto sicuro, con un'incidenza della mortalità che si è ridotta negli ultimi 50 anni in maniera esponenziale raggiungendo un tasso di 0,4-0,8 decessi ogni 100.000 procedure. I dati sui progressi di cura nelle Rianimazioni e nei Pronto Soccorso sono meno facili da tradurre in numeri, ma di certo anche tali progressi sono innegabili. Un percorso da continuare, riducendo al minimo gli eventi dannosi, ma soprattutto riconducendo alla definizione di "dannosi" quegli eventi che sono realmente tali, cioè quelli che si sarebbero potuti evitare. Allo stesso tempo, proprio in questa prospettiva, occorre anche informare e sensibilizzare la popolazione per arginare il fenomeno delle denunce facili oltre che inutili".

Distribuzione eventi (n=334) x tipo struttura

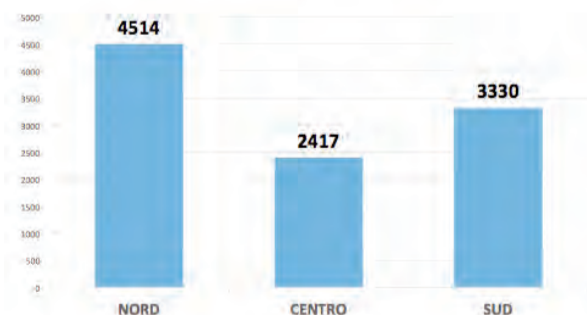


Anestesiisti denunciati: differenze di genere

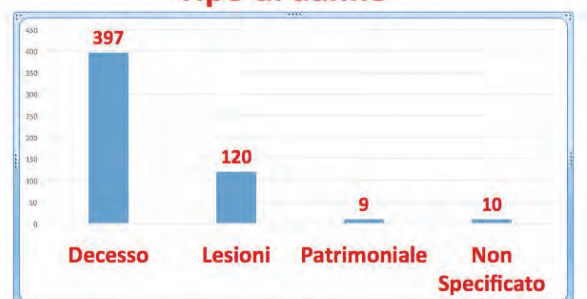
Età Media ANNI	50,72	Maschio	345
Moda ANNI	41	Femmina	189



Anestesiisti Rianimatori Distribuzione sul territorio



Tipo di danno



le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Gestione perioperatoria delle sindromi aritmogene ereditarie

Da: *British Journal of Anaesthesia* 108 (5): 730-44 (2012)

PUNTI CHIAVE

- I pazienti con alterazioni ereditarie dei canali di conduzione delle cellule cardiache sono ad alto rischio per una grave aritmia perioperatoria.
- I farmaci che si usano per il trattamento o che devono essere evitati variano nelle diverse sindromi e nei loro sottotipi.
- È necessario conoscere l'azione possibile sul sistema neurovegetativo dei diversi farmaci anestesiológicos nelle diverse condizioni.
- Sono indispensabili l'ottimizzazione preoperatoria e la preparazione dei farmaci necessari per un'eventuale emergenza.

I pazienti con alterazioni ereditarie della conduzione cardiaca sono ad alto rischio per aritmie ereditarie perioperatorie. Un buon monitoraggio emodinamico, un'adeguata anestesia e analgesia, il mantenimento perioperatorio della normocapnia, della normotermia e della normovolemia sono importanti.

Nella sindrome congenita del QT lungo si può prevenire la torsione di punta con l'infusione di solfato di magnesio ed evitando farmaci come il droperidolo, la succinilcolina, la ketamina e l'ondasetron. Il propofol e l'anestesia epidurale sono una scelta sicura, mentre occorre attenzione con i farmaci per inalazione.

Nella sindrome di Brugada si devono evitare farmaci β -bloccanti, α -agonisti, e farmaci colinergici mentre l'isoproterenolo antagonizza le alterazioni dell'ECG. Il propofol, il tiopentone e gli anestetici per inalazione sono stati usati senza problemi.

Nella sindrome del nodo del seno una bradicardia grave resistente all'atropina può richiedere l'uso d'isoproterenolo o adrenalina. Sono da preferire gli anestetici con proprietà vagolitiche, mentre il propofol e il vecuronio devono essere utilizzati con attenzione per il rischio d'indurre bradiaritmia. I blocchi centrali dovrebbero determinare una minore alterazione neurovegetativa.

La cardiomiopatia displasica ventricolare sinistra aritmogena dovrebbe essere trattata con β -bloccanti.

In genere si dovrebbero evitare gli stimolanti β -adrenergici e le catecolamine. L'alotano e il pancuronio sono controindicati mentre grandi dosi di anestetici locali e di adrenalina devono essere evitati nei blocchi centrali.

Si dovrebbe evitare la somministrazione di β -stimolanti come l'isoproterenolo. Il propofol e il remifentanil probabilmente sono sicuri, mentre l'alotano e il pancuronio sono controindicati. L'anestesia regionale senza adrenalina è relativamente sicura. Il caso di sospetta morte cardiaca si raccomanda l'autopsia e lo screening famigliare.

Le aritmie ereditarie comprendono un gruppo eterogeneo di alterazioni dei canali cardiaci che si manifestano in pazienti con un cuore apparentemente normale. Il sottotipo 3 della sindrome del QT lungo, la sindrome congenita del QT lungo (LQTS), la sindrome di Brugada, e la sindrome congenita del nodo del seno (SSS) sono dovute all'alterazione dei canali del sodio. Il recettore cardiaco della rianodina-2 della liberazione di calcio è responsabile della cardiomiopatia displasica aritmogena del ventricolo destro (ARVD/C) e della tachicardia ventricolare polimorfica catecolaminergica (CPVT). La perdita di

funzione dei canali del calcio tipo L è coinvolta nella sindrome di Brugada/QT corto e un'alterazione dei canali del potassio nel sottotipo LQTS. Una sovrapposizione fenotipica e le combinazioni cliniche di molte patologie dei canali probabilmente indicano una condizione di sovrapposizione tra le alterazioni genetiche e i meccanismi molecolari.

Le sindromi aritmogene ereditarie sono sottostimate poiché restano asintomatiche per un lungo periodo. Tuttavia esse rappresentano la principale causa di morte improvvisa nei giovani. L'anestesia e la chirurgia possono smascherare queste sindromi che di solito si presentano come aritmie che mettono in pericolo la vita in pazienti in assenza di anamnesi patologica.

Un'analisi retrospettiva di 1.700 morti cardiache improvvise ha evidenziato che 50 tra queste si sono avute nel perioperatorio in soggetti giovani senza una storia di cardiopatia. In caso di morte da patologia della conduzione dei canali ereditaria si devono eseguire altri accertamenti e uno screening sui famigliari.

Le implicazioni anestesiológicas specifiche e un intervento terapeutico pronto necessario in questi casi rende la gestione perioperatoria di questi pazienti una sfida per gli anestesisti.

SINDROME DEL QT LUNGO CONGENITO (LQTS).

La LQTS è un'alterazione congenita (c-LQTS) o acquisita dei canali ionici delle fibre miocardiche, caratterizzata da un'eterogeneità della ripolarizzazione cellulare che precipita in tachiaritmia.

Jervell-Lange-Nielson e Romano-Ward sono stati i primi a descrivere l'alterazione congenita della sindrome del QT lungo. Sono stati identificati 6 genotipi con 6 sottogruppi di c-LQTS (LQT1-LQT6) rispettivamente. La prevalenza del c-LQT si ritiene sia $<1/5000$, e compresa tra 1/200-2500 nei bambini di razza bianca. La sindrome è caratterizzata da una trasmissione autosomica dominante, mentre raramente può avere un carattere recessivo come la sindrome di Jervell-Lange-Nielson. I sottotipi di c-LQT si accompagnano a differenti alterazioni della conduzione dei canali e hanno un quadro clinico diverso. Nella c-LQT1 e c-LQT2 è interessato il passaggio del potassio mentre nell'c-LQT3 è coinvolto il passaggio del sodio. I pazienti con c-LQT1 tendono a manifestare aritmie dopo l'attivazione simpatica come gli esercizi fisici, mentre nei pazienti con c-LQT2 le aritmie possono essere scatenate da stimoli uditivi come lo squillo del telefono o l'allarme dei monitor. Al contrario i pazienti con c-LQT3 tendono a manifestare disturbi cardiaci a riposo o durante il sonno con una tachicardia ventricolare polimorfa (torsione di punta) indotta dalla bradiaritmia.

La diagnosi di c-LQT può essere difficile poiché circa il 40% dei casi rilevati, geneticamente, non hanno evidenziato segni clinici al momento della diagnosi e hanno un QT normale o appena allungato nell'ECG a riposo. Se l'intervallo QT varia con la frequenza cardiaca il calcolo del QT corretto è un elemento più affidabile.

L'ECG può essere un utile strumento diagnostico per l'individuazione delle sottocategorie del c-LQT.

In LQT1, le onde T sono a base ampia con al-

tezza da normale ad alta e inizio indifferente, in LQT2 le onde T sono di solito bifide a bassa ampiezza, mentre in LQT3 le onde T sono allungate con insorgenza tardiva e un segmento ST allungato. Un QT allungato (≥ 430 ms), sintomi clinici sospetti e una familiarità di morte improvvisa sono caratteri specifici della sindrome.

Gli individui affetti sono a rischio di sviluppare torsione di punta, che può essere seguita da fibrillazione ventricolare e morte improvvisa. Il trattamento della c-LQTS richiede l'inserimento di un pacemaker a permanenza e/o di un defibrillatore e di una denervazione simpatica cardiaca sinistra. I β -bloccanti possono essere utili nei pazienti con LQT1 e LQT2. Nei pazienti con c-LQT3 sono di aiuto i bloccanti dei canali del sodio mentre sono controindicati i β -bloccanti. È stato evidenziato che il blocco del ganglio stellato di sinistra riduce temporaneamente l'intervallo QT nei pazienti con la sindrome di Romano-Ward e potrebbe eventualmente essere presa in considerazione in casi d'emergenza.

Nei pazienti con c-LQTS è indispensabile ridurre il rischio della torsione di punta se le alterazioni emodinamiche sono gravi, anche se gli episodi sono di solito brevi e autolimitanti.

Il solfato di magnesio (bolo iniziale di 30 mg/Kg seguito da un'infusione di 2-4 mg/Kg) è il farmaco di scelta per prevenire e trattare la torsione di punta. Se si manifesta una fibrillazione ventricolare possono essere necessari un defibrillatore asincrono e una rianimazione cardiopolmonare. Si deve prendere in considerazione la somministrazione di un β -bloccante rapido e a breve durata d'azione come l'esmololo nell'LQT1 e LQT2, mentre un pacemaker cardiaco può essere utile nei pazienti con LQT3. La somministrazione di 1,5 mg di lidocaina endovena con dosi ripetute di 0,5-0,75 mg/Kg ogni 5 minuti per un massimo di 3 mg/Kg può essere utile. Non bisogna somministrare amiodarone poiché prolunga l'intervallo QT.

Considerazioni anestesiológicas

Poiché l'eterogeneità clinica e farmacologica della c-LQTS rendono gli effetti dei diversi farmaci imprevedibili, i dati disponibili non permettono di trarre alcuna conclusione. I pazienti in terapia con β -bloccanti devono continuare la loro terapia nel perioperatorio. La preparazione preoperatoria dei pazienti deve essere realizzata in un ambiente tranquillo e confortevole per il paziente, per evitare stimoli scatenanti la torsione di punta. Il midazolam e il fentanyl sono stati usati per i soggetti ansiosi senza complicanze negli adulti e nei bambini affetti da c-LQTS.

Molti farmaci normalmente utilizzati nel perioperatorio prolungano l'intervallo QT e bisogna evitarli: droperidolo, ondasetron, dolasetron, clorpromazina, amiodarone, efedrina, adrenalina, do-butamina, dopamina, isoproterenolo, fenilefrina, midodrine, difenilidramina, ossitocina, e alcuni antibiotici.

Tra i farmaci cardiovascolari l'atropina, il gli-copirronio, l'etilefrina, e il meteraminolo non hanno determinato un prolungamento del QT e non sono controindicati nei pazienti con la sindrome del c-LQT. La somministrazione perioperatoria di solfato di magnesio (30 mg/Kg) è raccomandata come profilassi per la torsione di punta. Devono esseri pronti all'uso un defibrillatore e un pacemaker inseribile per via venosa. Sono state ritenute adeguate sia l'anestesia generale sia i blocchi centrali. Si deve evitare l'ipoter-

mia poiché prolunga il QT per un ritardo nel recupero dei canali del sodio inattivi.

Si ritiene che i blocchi centrali siano vantaggiosi poiché riducono lo stress e producono un'analgesia efficace. L'anestesia combinata spinale epidurale è stata utilizzata con sicurezza, ma è stato descritto un prolungamento dell'intervallo QTc durante l'anestesia spinale nei pazienti senza patologia cardiovascolare. L'anestesia epidurale con un graduale blocco simpatico e minori rischi d'ipotensione e necessità di farmaci vasopressori è preferibile rispetto all'anestesia spinale in bolo singolo.

L'efedrina e la fenilefrina sono comprese tra i farmaci che prolungano il QT ma entrambi sono stati usati senza effetti secondari nelle partorienti con c-LQT per il trattamento dell'ipotensione dopo anestesia combinata spinale epidurale per il parto cesareo senza complicanze. La bupivacaina, la levobupivacaina e la lidocaina sono state utilizzate nei blocchi centrali senza problemi in pazienti con c-LQTS.

In anestesia generale si deve evitare la liberazione di catecolamine. Il tiopentone prolunga l'intervallo QT ma è stato usato senza problemi per il parto cesareo in 2 casi.

Si deve evitare l'uso della ketamina per il suo effetto di stimolazione simpatica e prolungamento dell'intervallo QT. Al contrario il propofol è considerato sicuro e raccomandato nei pazienti con QT prolungato; l'induzione e il mantenimento dell'anestesia con propofol può ridurre l'intervallo QT.

Gli anestetici per inalazione allungano l'intervallo QT e le descrizioni sulla loro sicurezza sono contrastanti. L'isoflurano è stato utilizzato senza problemi nei pazienti con c-LQTS. Il sevoflurano determina una significativa aritmia nei pazienti pediatrici con c-LQTS se usato per l'induzione e il mantenimento dell'anestesia. Nei bambini e negli adulti con QT normale, il sevoflurano ha evidenziato un significativo prolungamento sia del QT e sia dell'intervallo QTc. L'induzione e il mantenimento dell'anestesia con desflorano nella popolazione sana si accompagna ad un prolungamento immediato del QTc. Il significato clinico di questi dati nei pazienti con LQTS non è chiaro, ma molti autori raccomandano di evitare questi farmaci.

Il protossido d'azoto è stato associato a effetti secondari in pazienti con c-LQTS mentre i dati riguardanti i suoi effetti sulla conduzione cardiaca sono scarsi. Deve essere utilizzato con attenzione per le sue proprietà simpaticomimetiche.

La manovra di Valsalva allungando l'intervallo medio QTc in volontari sani e nei pazienti con LQTS, suggerisce che è meglio evitare elevate pressioni positive delle vie aeree.

Si deve anche evitare l'uso della succinilcolina poiché può prolungare l'intervallo QTc e provocare una stimolazione vagale ed ha determinato un'asistolia dopo l'inibizione del pacemaker da fascicolazioni. Il rocuronio, il vecuronio, il cis-tracrium non prolungano l'intervallo QTc e sono considerati sicuri. Un'analgesia adeguata riduce la liberazione di catecolamine; il fentanyl, il remifentanil e l'alfentanil, la morfina e il diamorfone sono stati usati con successo durante l'induzione dell'anestesia per ridurre la risposta simpatica e il conseguente prolungamento del QT durante la laringoscopia. Al contrario gli α -2 agonisti come la clonidina e la desmetomidina possono sopprimere la risposta simpatica all'in-

tubazione tracheale e non modificano l'intervallo QT. L'anestesia locale sulle corde vocali può essere utile. L'associazione di farmaci anticolinesterasici anticolinergici (neostigmina o edrofonio con atropina o glicopirronio) allunga l'intervallo QTc e sono state descritte aritmie dopo la loro somministrazione. Tuttavia un altro studio ha evidenziato che l'associazione neostigmina e glicopirronio non causa nessuna complicanza. Questi farmaci devono essere somministrati con cautela per evitare forti modificazioni della frequenza cardiaca. La morfina il dimorfone, il paracetamolo, e il diclofenac possono essere usati per l'analgia postoperatoria. L'antiemetico droperidolo, domperidone e numerosi altri antagonisti della 5-HT₃ (ondansetron, dolasetron, granisetron) allungano l'intervallo QT e devono essere evitati nei pazienti con c-LQTS diagnosticata o sospetta. Tuttavia l'ondansetron è stato utilizzato senza complicanze. La metoclopramide non è controindicata, ma l'uso di desametasone come antiemetico è probabilmente la scelta più sicura.

SINDROME DI BRUGADA

La sindrome di Brugada è un'aritmia ereditaria caratterizzata da una trasmissione autosomica dominante con penetrazione incompleta. Essa colpisce soprattutto i maschi adulti provenienti dal Sud-Est asiatico e si presenta con sincope e/o morte improvvisa causata da fibrillazione ventricolare in soggetti apparentemente sani.

La fisiopatologia e le basi molecolari della sindrome di Brugada non sono chiare. Sono stati identificati in 20-30% dei pazienti con sindrome di Brugada mutazioni nel gene SCN5A dei canali del sodio cardiaci e sono correlate a LQTS. Lo sviluppo di extrasistoli e tachicardia ventricolare polimorfa si pensa sia dovuto a un possibile squilibrio tra l'epicardio e l'endocardio. La dispersione della ripolarizzazione produce una pre-eccitazione locale, come se le diverse parti del miocardio fossero predisposte a riattivazione in tempi diversi.

I criteri diagnostici della sindrome di Brugada comprendono specifiche alterazioni caratteristiche dell'ECG come una sopraelevazione del tratto ST \geq 0,1 mV, arrotondato o a sella nelle derivazioni V1-V3 con o senza blocco di branca destra. In presenza di una tachiaritmia maligna inducibile il rischio di morte improvvisa è del 5-10%/anno. I rilievi caratteristici dell'ECG sono peraltro intermittenti e si manifestano durante il sonno, quando il tono parasimpatico è aumentato. I farmaci antiaritmici di classe IA come l'aimalina e la procainamide e gli antiaritmici di classe IC come il pilsicainide sono utilizzati per il test di provocazione farmacologica in quanto inducono le caratteristiche modificazioni dell'ST. Attualmente non è disponibile un trattamento farmacologico per la prevenzione e la cura della sindrome di Brugada e i pazienti a rischio di aritmie sono trattati con il posizionamento di un defibrillatore cardiaco impiantabile.

Considerazioni anesthesiologiche

Le interazioni farmacologiche durante l'anestesia e lo squilibrio neurovegetativo possono facilitare la comparsa delle alterazioni ECG della sindrome di Brugada.

Occorre evitare i β -bloccanti e gli α -agonisti in quanto possono aumentare la sopraelevazione del tratto ST. Le modificazioni dell'ECG si risolvono generalmente quando s'interrompe la somministrazione del farmaco scatenante.

Occorre evitare sia gli antiaritmici di classe IA e IC come anche gli anticolinergici come la neostigmina. Sebbene non siano disponibili dati specifici un α -agonista come la clonidina e il dexmedetomidina, probabilmente, si devono evitare poiché determinano depressione dell'attività simpatica e aumento della stimolazione vagale del cuore. Al contrario i β -stimolanti o gli α -bloccanti si devono prendere in considerazione se compare una sopraelevazione dell'ST in assenza di aritmie. L'isoproterenolo è il β -mimetico di scelta ed è stato evidenziato che ristabilisce la sopraelevazione dell'ST causata da un pretrattamento in pazienti sottoposti a un test di provocazione con pilsicainide.

Per il trattamento della bradicardia e dell'ipotesione sono state utilizzate l'atropina e l'efedrina rispettivamente senza complicanze. La maggior parte degli anestetici è stata utilizzata senza complicanze in pazienti con sindrome di Brugada. Il propofol, il tiopentone e il midazolam sono stati utilizzati senza

complicanze. Anche il fentanyl è stato utilizzato senza complicanze. I dati relativi all'uso del remifentanyl sono limitati, ma non è controindicato e può essere utilizzato nelle procedure brevi, come nell'impianto di un defibrillatore. Il protossido d'azoto è stato utilizzato senza complicanze nei pazienti con sindrome di Brugada, in associazioni con il propofol o con gli anestetici per inalazione. L'isoflurano e il sevoflurano sono stati usati senza effetti collaterali. Tuttavia l'uso degli anestetici volatili pone alcuni problemi poiché la mutazione nel gene SCN5A può essere legata sia alla sindrome di Brugada sia alla LQTS e produrre un prolungamento del QT.

I blocchi centrali sono stati usati nella sindrome di Brugada. La bupivacaina per via epidurale è stata implicata in una sindrome di Brugada. Tuttavia altri autori descrivono l'uso della bupivacaina per via epidurale o spinale senza effetti secondari.

La bupivacaina deve essere usata con cautela poiché non è disponibile un'evidenza certa sulla sua sicurezza.

La somministrazione endovenosa della lidocaina (antiaritmico di classe IB) sebbene blocchi i canali del sodio, non induce sopraelevazione del tratto ST ed è stata utilizzata senza conseguenze per attenuare le modificazioni emodinamiche associate all'intubazione.

Il mivacurio, la succinilcolina, l'atracurio, il cisstracrium, il vecuronio sono stati utilizzati tutti senza effetti collaterali.

Molti autori suggeriscono di evitare l'uso della neostigmina per eliminare il blocco neuromuscolare, poiché può innescare le modificazioni caratteristiche dell'ECG, ma altri hanno utilizzato la neostigmina insieme all'atropina o glicopirronio senza complicanze.

Il fentanyl, il ketorolac e la meperidina sono stati utilizzati senza problemi per l'analgia postoperatoria in pazienti con sindrome di Brugada.

Il droperidolo e gli antagonisti della 5HT₃ non sono controindicati come antiemetici nella sindrome di Brugada, ma occorre ricordarsi del possibile legame tra QT lungo e sindrome di Brugada. La metoclopramide è preferibile evitarla o usarla con molta attenzione.

SINDROME DEL NODO DEL SENO (SSS)

La SSS comprende diverse alterazioni che originano dalle disfunzioni del nodo del seno. Sebbene la maggior parte dei casi sia stata descritta negli anziani, l'incidenza nei neonati, nei bambini e negli adulti giovani è importante e la SSS è una delle cause principali di morte improvvisa in questa popolazione. La malattia di solito è sporadica, ma sono stati descritti casi di familiarità e congeniti. La forma familiare è caratterizzata da una trasmissione autosomica-dominante con penetranza variabile. La forma congenita anche se associata a una morte improvvisa del neonato è ritenuta meno grave delle forme sporadiche. C'è una possibile relazione tra la SSS ereditaria e il polimorfismo del gene del recettore β -adrenergico.

Nella maggior parte dei casi l'esame istologico ha evidenziato un piccolo nodo o un'estesa sostituzione fibrosa nel nodo atriale. Le disfunzioni del nodo del seno progrediscono gradualmente e i pazienti sono peraltro asintomatici soprattutto nella fase precoce della malattia. I sintomi comprendono vertigini, affaticamento, alterazioni della memoria, sincope, paresi e edema polmonare.

Le evidenze elettrocardiografiche della SSS comprendono bradicardia sinusale, blocco del seno senza un ritmo di scappamento, blocco seno-atriale o alternanza di tachicardia sopraventricolare e bradicardia sinusale, nota come sindrome tachicardica-bradicardica. ECG, Holter (12-24 h) e valutazione della risposta all'esercizio possono evidenziare il disturbo. Il test di provocazione con l'atropina o l'isoproterenolo può essere d'aiuto nella diagnosi differenziale tra SSS ed eccessivo tono vagale. La frequenza cardiaca nella SSS raramente aumenta sopra 90-100 battiti al minuto; essendo meno sensibile all'atropina, un altro test diagnostico è l'inibizione del nodo del seno dopo una stimolazione atriale a 150 battiti al minuto. La valutazione elettrofisiologica dell'attività diretta del nodo del seno e il test prima e dopo la somministrazione di atropina e ropanololo può evidenziare l'anomalia di fondo che può essere una disfunzione intrinseca del nodo del seno o un

disturbo di regolazione neurovegetativo. È necessario un pacemaker a doppia camera a permanenza in presenza di sintomi clinici e della sindrome bradicardia-tachicardia. Il trattamento di una grave bradicardia con i farmaci non è sempre efficace.

Sebbene sia stato rilevato che l'atropina è in grado di ristabilire la frequenza cardiaca nella sindrome SSS con forte bradicardia o asistolia, di solito è inefficace o solo transitoriamente efficace. Pertanto è necessario un trattamento rapido con isoproterenolo e se non efficace con adrenalina insieme con la compressione del torace nei pazienti con sospetta grave bradicardia dovuta a SSS.

D'altra parte un trattamento aggressivo della tachiaritmia può determinare una forte bradicardia. In entrambi i casi è necessario uno stimolatore cardiaco esterno temporaneo transvenoso per la stabilizzazione emodinamica e per minimizzare il rischio di aritmie recidive nel perioperatorio.

Considerazioni anesthesiologiche

Anche se in anestesia si possono manifestare casi di SSS non diagnosticati in precedenza, una precedente anestesia senza complicanze ha scarsa importanza, poiché i sintomi possono essere lievi, non specifici o assenti. Un Holter ECG preoperatorio di 24 ore, la valutazione della risposta ai β -agonisti o un'esagerata risposta al massaggio del seno atriale può evidenziare una SSS sospettata. Tuttavia, la SSS si è avuta anche dopo l'induzione dell'anestesia generale in un paziente con un normale Holter ECG preoperatorio.

Un'inattesa grave bradicardia resistente all'atropina è un segno comune dell'SSS ed un segnale che dovrebbe allertare il medico. Se si sospetta la sindrome durante l'anestesia, devono essere prontamente disponibili un β -agonista come l'isoproterenolo e un pacemaker cardiaco esterno.

Lo squilibrio neurovegetativo associato all'anestesia può causare gravi alterazioni della conduzione anche in pazienti con un pacemaker impiantato funzionante. Il blocco atrioventricolare completo è stato descritto in un paziente con SSS e un pacemaker a camera singola dopo la somministrazione epidurale di mepivacaina e successivo blocco simpatico.

Nei pazienti asintomatici con SSS diagnosticata senza un pacemaker impiantato, è stato raccomandato l'inserimento attraverso una vena di un pacemaker temporaneo poiché l'anestesia di per sé o le manovre chirurgiche possono indurre gravi aritmie resistenti al trattamento farmacologico convenzionale.

D'altra parte, è stato suggerito che tali misure profilattiche non sono indicate nei pazienti con anestesia spinale, soprattutto se non è stato eseguito un esame elettrofisiologico per la determinazione della sottocategoria di SSS, e se il blocco neurassiale non è esteso ai dermatomeri toracici superiori.

La SSS perioperatoria, di solito si manifesta come bradicardia grave refrattaria, o asistolia inaspettata. Durante l'anestesia generale sono state descritte complicanze in pazienti che hanno ricevuto anestetici volatili o endovenosi. Lunghe pause sinusali impreviste o imprevise asistolia sono state descritte in pazienti non diagnosticati trattati con alotano, enflurano, e isoflurano. Gli anestetici volatili vecchi come l'alotano, il metossiflurano, l'enflurano e l'isoflurano deprimono l'automaticità del cellule nodali senoatriali. Il protossido d'azoto non è stato implicato nelle aritmie nei pazienti con SSS. Tuttavia quando il protossido è associato ai vecchi anestetici volatili può essere facilitata la comparsa di ritmi giunzionali atrioventricolari. Probabilmente il sevoflurano non altera la frequenza senoatriale. In associazioni con il remifentanyl è stato utilizzato senza complicanze in un paziente con SSS che presentava un blocco senoatriale. Tuttavia il remifentanyl causa bradicardia e si è visto che deprime in modo rilevante la funzione del nodo del seno e prolunga il tempo di conduzione senoatriale. Il propofol ha determinato bradicardia e morte inattesa per asistolia. Nei cani con blocco neurovegetativo non agisce direttamente sul nodo del seno e con il sistema di conduzione cardiaca, ma altri ricercatori hanno dimostrato che causa una depressione dell'attività del nodo del seno atriale correlata alla dose, e della conduzione del fascio di His-Purkinje nel cuore normale di maiale.

Nei pazienti con SSS, è stato descritto un arresto del seno con scappamento atrionodale dopo l'induzione dell'anestesia con propofol, ketamina e fentanyl. È stata osservata una profonda bradicardia quando è stata somministrata una piccola dose di lidocaina endovena prima del propofol per ridurre il dolo-

re. È opportuno evitare gli agonisti degli α -2 adrenergici in quanto possono indurre arresto del seno, bradicardia giunzionale e blocco atrioventricolare. Nella maggior parte dei casi descritti di complicanze associate alla SSS è stato usato il vecuronio come bloccante neuromuscolare. Il vecuronio è stato associato a una maggiore incidenza di gravi bradicardie (<40 battiti/minuto) rispetto all'atracurio.

Un confronto tra vecuronio e rocuronio evidenzia che si ha una profonda bradicardia solo nel gruppo con vecuronio e nel 5% del gruppo del vecuronio si ha un periodo di asistolia transitoria.

Questo suggerisce che nei pazienti con SSS si devono usare i bloccanti neuromuscolari con proprietà vagolitiche come il rocuronio.

Sono state descritte gravi bradicardie in pazienti con SSS non sospettata sottoposti ad anestesia generale associata all'epidurale. L'iniezione epidurale cervicale di lidocaina all'1,5% ha determinato episodi ripetuti di arresto del seno in anestesia con isoflurano.

Sono stati descritti episodi ripetuti di bradicardia e asistolia nei pazienti in anestesia generale con propofol/fentanyl/vecuronio associato con la somministrazione epidurale di ropivacaina allo 0,75%. Simili episodi sono stati osservati durante e qualche ora dopo l'anestesia spinale con bupivacaina 0,5% o lidocaina al 5% e con un blocco al di sopra di T8-T10. Il blocco centrale può determinare ipotensione per il blocco delle fibre vasomotorie simpatiche (T5-L1) e conseguente vasodilatazione. È possibile che pazienti con SSS non possano avere una tachicardia come compenso all'ipotensione. L'anestesia spinale e epidurale possono alterare la frequenza cardiaca se le fibre acceleratrici cardiovascolari simpatiche (T1-T4) sono bloccate. In presenza di SSS il sistema nervoso neurovegetativo gioca un ruolo importante sia aumentando l'attività parasimpatica basale sia aumentando il tono simpatico mascherando le disfunzioni del nodo del seno. In questi pazienti il blocco del simpatico determina un predominio del tono parasimpatico non controbilanciato che può determinare una bradicardia e un collasso cardiovascolare.

La risposta vagale alle manovre chirurgiche può anche aggravare una bradicardia pericolosa per la vita nei pazienti con SSS. Il successo nel trattamento della nausea e vomito riduce il rischio di bradicardia secondario alle manovre che aumentano il tono vagale. La metoclopramide può indurre una grave bradicardia mediata dai recettori muscarinici colinergici e della 5-HT₃. L'ondansetron probabilmente è preferibile sebbene possa anche alterare il ritmo cardiaco bloccando l'attività serotoninergica dei recettori 5HT nel sistema neurovegetativo.

DISPLASIA/CARDIOMIOPATIA DEL VENTRICOLO DESTRO ARITMOGENA (ARVD)

L'ARVD/C è un disturbo miocardico congenito caratterizzato soprattutto da alterazioni strutturali e da instabilità elettrica del ventricolo destro sebbene sia possibile una progressione dell'insufficienza cardiaca dal ventricolo destro al sinistro.

La prevalenza dell'ARVD/C è di 1:5.000-10.000. È la causa principale di aritmia ventricolare e probabilmente la causa più frequente di morte cardiaca improvvisa in giovani adulti apparentemente sani.

La malattia ereditaria in più del 50% dei casi è caratterizzata da una trasmissione autosomica dominante. Le caratteristiche fisiopatologiche comprendono un assottigliamento della parete ventricolare destra, con conseguente dilatazione e formazione di aneurismi, insieme a modificazioni della depolarizzazione/ripolarizzazione. La malattia può essere asintomatica, per un lungo tempo o può manifestarsi come palpitazioni, dispnea, episodi sincopali, aritmie pericolose per la vita, o morte cardiaca improvvisa durante sforzi o esercizi fisici.

La diagnosi di ARVD si basa sui criteri della Task Force per l'ARVD, e può essere difficile nelle forme lievi o nei primi stadi della malattia. Poiché i sintomi sono indotti soprattutto dall'esercizio, la valutazione clinica a riposo può essere normale; di solito nel 50% dei casi è presente un blocco di branca destra e/o una T invertita nelle derivazioni V1-V3, un prolungamento del QRS o un'onda epsilon, o può essere presente nelle derivazioni V1-V3 una tacca terminale nel complesso QRS per la conduzione intraventricolare lenta.

L'ECG e l'holter ECG possono rilevare frequenti extrasistoli ventricolari o tachicardia ventricolare con morfologia di blocco di branca sinistra. Le immagini ecocardiografiche e della risonanza magnetica possono rilevare una sincronia alterata nella contrazione, discinesie o aree di acinesia o aneurismi nel ventricolo destro. Gli studi elettrofisiologici possono essere necessari, e l'anamnesi famigliare può essere un criterio diagnostico rilevante. L'angiografia del ventricolo destro è il gold standard diagnostico anche se la diagnosi definitiva è possibile con la rilevazione attraverso la biopsia endomiocardica del ventricolo destro della sostituzione delle fibre del miocardio con tessuto fibroadiposo. Tuttavia la distribuzione irregolare delle lesioni rende questa tecnica inaffidabile per i risultati falsi negativi. La mortalità è stimata tra il 2% e il 4% l'anno nonostante il trattamento che consiste nel posizionamento di un defibrillatore permanente, l'ablazione con radiofrequenza e la somministrazione di farmaci. Si deve evitare lo sport competitivo e gli esercizi intensi. I defibrillatori sono raccomandati nei pazienti sintomatici, con un'anamnesi di episodi sincopali, aritmie ventricolari persistenti, o improvviso arresto cardiaco, quando i farmaci non sono efficaci o quando è presente nell'anamnesi familiare una morte improvvisa.

L'ablazione è un'alternativa al defibrillatore nella tachicardia ventricolare refrattaria, nonostante il trattamento farmacologico. I farmaci antiaritmici come il sotalolo, l'amiodarone e i β -bloccanti come il metoprololo sono usati per bloccare episodi di tachicardia ventricolare, mentre gli angiotensina-inibitori e i diuretici possono essere di aiuto. La plastica miocardica e il trapianto di cuore sono le scelte nei casi di mancata risposta alle altre terapie.

Considerazioni anestesologiche

I pazienti con ARVD/C non diagnosticata sono ad alto rischio per morte improvvisa perioperatoria. Uno studio retrospettivo ha rilevato che 18 su 50 morti cardiache improvvisate perioperatorie in pazienti che anamnesticamente non presentavano malattie cardiache erano state causate dall'ARVD/C. Un'anamnesi anestesologica senza complicanze ha scarso significato prognostico, mentre la presenza all'ECG di un'inversione dell'onda T nelle derivazioni V1-V3 nei soggetti giovani deve essere approfondita con un'ecocardiografia. Nei soggetti ad alto rischio con ARVD/C, la soppressione preoperatoria della tachicardia è essenziale. Tutti i pazienti devono continuare a prendere la loro terapia antiaritmica nel perioperatorio. È corretta la premedicazione con una benzodiazepina.

L'ecografia transesofagea deve essere presa in considerazione durante gli interventi di chirurgia maggiore e di lunga durata.

La cateterizzazione dell'arteria polmonare probabilmente è da evitare per l'elevato rischio di aritmie ventricolari e la perforazione della parete ventricolare destra. Molti casi di ARVD/C che si sono manifestati nel perioperatorio sono stati descritti come non diagnosticati.

Nei pazienti con ARVD/C è stato somministrato tiopentone, propofol e isoflurano senza che fossero coinvolti in nessuna delle complicanze osservate. L'isoflurano è stato utilizzato nei pazienti con grave ARVD/C.

Il protossido d'azoto non ha evidenziato complicanze nei 2 pazienti con ARVD/C in cui è stato utilizzato, ma il significato clinico del suo effetto simpaticomimetico nell'ARVD/C non è conosciuto.

Il fentanyl e il sufentanil sono stati utilizzati senza complicanze. Non sono disponibili dati sull'uso del remifentanyl. Non si sono avute complicanze con l'uso del vecuronio e dell'atracurio. La succinilcolina e gli anestetici volatili non sono controindicati nei pazienti affetti da ARVD/C. Invece è meglio evitare l'alotano e il pancuronio per la loro possibile aritmogenicità. L'analgia epidurale non ha determinato complicanze nei pazienti con ARVD/C. Dosi elevate di anestetico locale si devono evitare per la possibile cardiotoxicità come anche l'aggiunta di adrenalina.

È necessaria attenzione se c'è la necessità di somministrare vasopressori per il trattamento dell'ipotensione. Gli agonisti α -adrenergici come la fenilefrina e la noradrenalina sono da preferire in quanto la somministrazione di β -adrenergici può scatenare un'aritmia.

Occorre evitare la metoclopramide, l'ondansetron e gli altri farmaci che possono produrre un prolungamento della depolarizzazione ventricolare per l'antagonismo dei recettori 5-HT₃. Devono essere usati con cautela β -bloccanti come l'osmo-

lo in quanto sopprimono la tachicardia in caso di necessità. Il droperidolo che previene la tachiaritmia indotta dalla somministrazione di alotano-adrenalina, può essere utile nei pazienti con ARVD/C.

Sono stati descritti 6 casi di gravidanza e parto in donne affette da ARVD/C in terapia con antiaritmici. In tutti i casi, le modificazioni indotte dalla gravidanza sono state ben tollerate senza peggioramento dei sintomi. In quattro casi è stato eseguito il parto cesareo in anestesia epidurale senza complicanze ma non sono stati riferiti i dettagli nelle tecniche d'anestesia messi in atto.

È necessaria una stretta osservazione clinica durante il periparto per l'elevato rischio di aritmie ventricolari pericolose per la vita.

Nei pazienti con insufficienza cardiaca destra sottoposti a trattamento chirurgico per l'ARVD/C congenita sono utilizzati vasodilatatori vascolari polmonari come la prostaglandina E1, la nitroglicerina e la dobutamina e sono importanti un'ossigenazione ottimale, una ridotta ventilazione e un'estubazione precoce.

Il collasso cardiovascolare nei pazienti con ARVD/C può non rispondere alla rianimazione con i liquidi e gli inotropi per l'apoptosi dei miociti del cuore.

La maggior parte delle morti perioperatorie descritte si è avuta nei pazienti non diagnosticati. I farmaci usati per l'anestesia generale e regionale non sono stati implicati in queste morti. Grandi perdite di liquidi, l'emorragia e l'acidosi metabolica si sono accompagnate alla maggior parte delle complicanze nelle morti di pazienti con ARVD/C. In due casi non diagnosticati la morte improvvisa postoperatoria si è avuta senza causa evidente.

L'autopsia dopo la morte ha evidenziato alterazioni della struttura cardiaca diagnosticate come ARVD/C.

TACHICARDIA VENTRICOLARE POLIMORFICA CATECOLAMINERGICA

La CPVT è una rara malattia maligna ereditaria caratterizzata da tachiaritmia adrenergica-dipendente in soggetti con struttura cardiaca normale. Un'anamnesi famigliare di sincope o morte improvvisa è positiva in più del 30% dei pazienti con CPVT. La malattia si presenta tipicamente con episodi sincopali dopo uno sforzo fisico o stress emozionale acuto. La sincope si può accompagnare a perdita di continenza portando a un'errata diagnosi di epilessia. La diagnosi si basa sulle modificazioni dell'ECG durante l'esercizio, in quanto l'ECG a riposo di solito è normale.

Durante l'esercizio l'ECG evidenzia battiti ventricolari prematuri a normale morfologia. Queste modificazioni sono riproducibili con l'infusione di isoproterenolo. Poiché la sindrome è adrenalina-dipendente tutti i pazienti sono istruiti ad evitare l'attività competitiva, e l'attività sotto sforzo.

Si devono evitare gli stress emozionali. Il trattamento farmacologico del CPVT sono i β -bloccanti, o se inefficaci l'amiodarone. Il nadololo (40-80 mg al giorno) è il β -bloccante preferito, per la sua emivita prolungata.

È indispensabile sottolineare la necessità di non interrompere il β -bloccante nel perioperatorio. È stato descritto un episodio sincopale in un paziente trattato con nadololo dopo l'omissione di una dose. Può essere necessario l'impianto di un defibrillatore nei pazienti con aritmie pericolose per la vita o episodi di arresto cardiaco. Sono stati riferiti risultati positivi con l'aggiunta di un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina in un paziente con CPVT refrattaria ai β -bloccanti e al defibrillatore.

Considerazioni anestesologiche

Sono disponibili pochi studi riguardanti la gestione anestesologica dei pazienti con CPVT. Il mantenimento perioperatorio dei β -bloccanti è importante. Si deve evitare lo stress e l'ansia preoperatoria somministrando ansiolitici come il tamazepam.

Il propofol e il remifentanyl sono stati usati come farmaci d'induzione e mantenimento nei pazienti affetti da CPVT, senza complicanze. I farmaci simpaticolitici ad azione centrale come la clonidina e la dexmedetomidina possono essere utili in una sindrome adrenergica-dipendente, come la CPVT. I farmaci bloccanti neuromuscolari con l'eccezione del pancu-

ronio possono essere somministrato con sicurezza a questi pazienti.

I pazienti con CPVT e con mutazioni nel gene del recettore cardiaco rianodina (RyR2) non sono in grado di scatenare l'ipertermia maligna con l'uso della succinilcolina e gli anestetici volatili. In questi pazienti si deve evitare l'alotano per il suo effetto aritmogeno. L'ipotensione causata dal trattamento con β -bloccanti di questi pazienti può essere accentuata dalla ventilazione in pressione positiva. In una partorienta con CPVT è stata descritta un'anestesia combinata spinale-epidurale senza problemi. La bupivacaina allo 0,5% è stata somministrata per via spinale ed epidurale, mentre il fentanyl è stato somministrato a livello spinale. L'aggiunta di adrenalina agli anestetici locali è controindicata.

Nel perioperatorio indipendentemente dalla tecnica d'anestesia lo scopo è di evitare la stimolazione adrenergica con liberazione di catecolamine che può provocare aritmie. Per la stessa ragione sono controindicati i farmaci β -adrenergici come l'isoproterenolo. La tachicardia intraoperatoria deve essere prontamente trattata con un β -bloccante come l'esmololo o il labetalolo endovena. Se compare ipotensione è preferibile un α -adrenergico puro. È indispensabile un'adeguata analgesia postoperatoria e si deve somministrare un antiemetico poiché la nausea e il vomito possono determinare uno stress importante. È stato utilizzato con successo l'ondansetron endovena in pazienti affetti da CPVT.

PRINCIPI GENERALI

I pazienti in cui è stata diagnosticata una sindrome aritmogena ereditaria devono essere valutati con attenzione nel perioperatorio in relazione alla gravità e frequenza dei sintomi e all'efficacia del trattamento. Prima della chirurgia d'elezione i pazienti devono essere ottimizzati clinicamente con un trattamento farmacologico o invasivo con lo scopo di sopprimere le aritmie e controllare i sintomi.

Si raccomanda un approccio multidisciplinare comprendente una consulenza cardiologica per una gestione perioperatoria modulata sulle necessità del paziente.

Gli effetti dei farmaci comunemente utilizzati sono riportati nella tabella 1. Prima dell'intervento il pacemaker deve essere programmato in modalità non sensibile (ad esempio V00 o D00) e il defibrillatore deve essere disattivato per evitare qualsiasi interferenza elettromagnetica e diatermica. Durante l'intervento possono essere applicate le piastre esterne con il supporto di un ECG a 5 elettrodi e un monitoraggio della pressione non invasiva. Il controllo dell'ansia, un'adeguata profondità dell'anestesia e analgesia, il mantenimento della normocapnia, della normotermia, e della normovolemia, un risveglio tranquillo e un'analgia postoperatoria adeguata sono indispensabili, soprattutto se si deve evitare la sti-

Tabella 1 Effetti sull'elettrofisiologia cardiaca degli anestetici più usati (AV: atrioventricolare; SA: senoatriale; AP: potenziale d'azione)

Farmaco	Effetto elettrofisiologia cardiaca	Livello evidenza
Isoflurano	<ul style="list-style-type: none"> • Prolunga l'intervallo QT • Deprime il nodo del seno atriale • Deprime conduzione del ventricolo • Prolunga il tempo di conduzione atrioventricolare 	B C C
Sevoflurano	<ul style="list-style-type: none"> • Prolunga l'intervallo QT • Prolunga il tempo di conduzione atrioventricolare 	B C
Propofol	<ul style="list-style-type: none"> • Può ridurre o non avere alcun effetto sul QT • Si accompagna a episodi di bradicardia sinusale; blocco AV, asistolia 	B C
Desfurano	<ul style="list-style-type: none"> • Prolunga il QT • Prolunga la conduzione atrioventricolare 	B C
Tiopentone	<ul style="list-style-type: none"> • Riduce l'altezza del potenziale d'azione • Prolunga il potenziale d'azione • Prolunga in modo importante il periodo refrattario atriale senza modificare la velocità di conduzione 	
Ketamina	<ul style="list-style-type: none"> • Può prolungare l'intervallo QT attraverso la stimolazione simpatica • Rispetto agli altri anestetici prolunga meno la conduzione atrioventricolare • Non modifica la frequenza intrinseca del nodo del seno atriale 	
Midazolam	<ul style="list-style-type: none"> • Non ha un effetto o può ridurre il QT allungato. 	
Diazepam	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la frequenza del seno e la conduzione AV senza modificare la conduzione ventricolare • Può facilitare le aritmie di rientro AV 	
Morfina	<ul style="list-style-type: none"> • Può avere un effetto cronotropo e dromotropo negativo 	
Fentanyl	<ul style="list-style-type: none"> • Prolunga la conduzione atrioventricolare 	
Alfentanyl	<ul style="list-style-type: none"> • Previene l'allungamento del QT al momento dell'intubazione tracheale 	
Remifentanyl	<ul style="list-style-type: none"> • Deprime la funzione del SA e dell'automatismo; prolunga il tempo di conduzione SA; deprime la conduzione AV 	
Vecuronio	<ul style="list-style-type: none"> • Può causare bradicardia (soprattutto se è presente una stimolazione vagale) 	
Rocuronio	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun effetto sull'elettrofisiologia 	
Atracurio	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun effetto sull'elettrofisiologia 	
Cistracrium	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun effetto sull'elettrofisiologia 	
Succinilcolina	<ul style="list-style-type: none"> • Può prolungare l'intervallo QT • Può indurre bradicardia attraverso la stimolazione dei recettori muscarinici SA e del nodo AV • Può produrre un effetto cronotropo positivo/negativo attraverso i recettori adrenergici/muscarinici del nodo del seno 	

molazione simpatica. Inoltre le alterazioni elettrolitiche e dell'equilibrio acido-base devono essere corretti rapidamente. Dopo l'intervento, i presidi impiantati devono essere riattivati e regolati come nel preoperatorio. È fortemente raccomandato per almeno 24 dopo l'intervento un monitoraggio emodinamico in un ambiente ad assistenza intensiva. L'esame autoptico dopo la morte deve essere sempre eseguito dopo una morte cardiaca improvvisa perioperatoria e se si sospetta una patologia ereditaria dei canali si raccomanda uno screening familiare del fenotipo.

La gestione perioperatoria dei pazienti con patologie ereditarie dei canali è difficile, soprattutto se non sono diagnosticati e trattati rapidamente. Questi pazienti sono ad alto rischio di aritmie perioperatorie pericolose per la vita, e d'improvviso arresto cardiaco. Il rischio non è ridotto nei pazienti con precedenti anestesi senza complicanze. Si deve sospettare una sindrome aritmogena ereditaria nei pazienti con un'anamnesi di gravi episodi di aritmie sincopali, arresti e quando si è verificata una morte improvvisa di un familiare. È indispensabile un'accurata programmazione della gestione perioperatoria. La collaborazione tra gli specialisti coinvolti, un buon monitoraggio emodinamico, e una forte vigilanza per un pronto intervento farmacologico o invasivo è di grande importanza. Nel sospetto di una morte cardiaca perioperatoria, si deve eseguire l'autopsia e uno screening familiare.

Test d'apprendimento - Quesiti

1) La sindrome di Brugada è conseguenza dell'alterazione dei canali:	a) del Ca, b) del Na; c) del HCO ₃
2) La forma congenita della sindrome del QT lungo è trasmessa	a) da geni presenti nel cromosoma X; b) da geni autosomici recessivi; c) da geni autosomici dominanti
3) La morte improvvisa nei soggetti affetti da sindrome del QT lungo è conseguenza di:	a) sincope; b) torsione di punta; c) fibrillazione ventricolare
4) Nella sindrome del QT lungo in presenza di una torsione di punta occorre somministrare:	a) amiodarone; b) solfato di magnesio; c) boli diluiti di adrenalina endovena
5) Nella sindrome del QT lungo in anestesia:	a) il propofol è controindicato; b) la ketamina è controindicata; c) la bupivacaina è controindicata.
6) Nella sindrome di Brugada sono da evitare:	a) l'aimalina; b) l'isoproterenolo; c) il fentanyl
7) nel trattamento della sindrome del nodo del seno sono sicuramente efficaci:	a) l'a somministrazione in quantità adeguata di atropina; b) la somministrazione di adrenalina; c) la manovra di Valsalva
8) Quali farmaci si possono usare con sicurezza nei pazienti affetti da SSS:	a) il vecuronio; b) l'atracurio; c) alotano
9) Nell'ARVD/C la terapia di prima scelta è:	a) farmacologica; b) l'impianto di un defibrillatore; c) l'impianto di un pacemaker
10) Per l'anestesia nei pazienti affetti da ARVD/C è da evitare:	a) il fentanyl; b) il protossido d'azoto; c) il pancuronio.

Le risposte corrette sono sottolineate

Il 12° Congresso Nazionale SIARED attraverso

Dal 10 al 12 Giugno si è svolto a Roma il 12° Congresso Nazionale SIARED con la partecipazione di oltre 600 Anestesisti Rianimatori, Specialisti di altre discipline mediche e Relatori di ambito non sanitario. Tre giorni di formazione e confronto in cui sono state approfondite sette Aree Tematiche, suddivise in dodici Sessioni, e tre Workshop.

L'arrivo



La Lettura Magistrale



Padre Rocco D'Ambrosio, Ordinario di Filosofia Politica, Pontificia Università Gregoriana Roma

I saluti della Presidente SIARED e del Presidente Nazionale AAROI-EMAC



Verso le immagini dei tre giorni di confronto

Anche quest'anno, come per la precedente edizione, le Relazioni sono state inserite nell'APP MySIARED, disponibile per iOS e Android.

Di seguito alcune immagini del Congresso. Una selezione più ampia è online al link: <https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/albums/72157667558416414>

In aula



I Premi



Memorial Marco Rambaldi Seconda edizione del Premio

Una Guida pratica per Anestesisti Rianimatori, dedicata alla "Profilassi Antibiotica in Chirurgia". È ATB-Pro, il Progetto - che diventerà una APP - vincitore della seconda edizione del Memorial Marco Rambaldi. Il Premio è stato consegnato nell'ambito del 12° Congresso Nazionale SIARED a Giorgia Montrucchio della Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Università di Torino, Project Leader del Gruppo di lavoro vincitore. Per il Premio, l'AAROI-EMAC Emilia Romagna ha stanziato 5.000 euro per lo sviluppo e la realizzazione dell'APP.

Il Congresso SIARED è stata anche l'occasione per presentare "Block Us", la APP - scaricabile su iOS e Android -, progetto vincitore della prima edizione del Memorial Marco Rambaldi, diventato realtà concreta per tutti.

Il Memorial Marco Rambaldi, nato per promuovere lo sviluppo della tecnologia in ambiti direttamente collegati all'Anestesia e Rianimazione, è intitolato a Marco Rambaldi, già Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Agostino Estense di Modena.

Due Premi Poster "Vota il Poster" e "Miglior Poster"

Una grande novità è stata introdotta quest'anno al 12° Congresso Nazionale SIARED. Il Premio destinato al Poster è stato sdoppiato attraverso un doppio canale di voto. Nella cerimonia di chiusura sono stati, infatti, assegnati il Premio per la sezione "Vota il Poster" (foto in basso a destra) e il Premio "Miglior Poster" (foto in basso a sinistra). La scelta del primo è stata determinata dal voto dei partecipanti al Congresso che hanno espresso la propria preferenza attraverso l'APP MySIARED, l'altro premio è stato invece assegnato dal Comitato Scientifico del Congresso.

Vincitore del Premio "Vota il Poster" è stato: "Influenza delle fasi del ciclo mestruale sulla percezione del dolore in giovani donne sottoposte ad intervento di laparoscopia. studio osservazionale - dati preliminari". Realizzato dal Gruppo di Lavoro composto dai Dottori: Alfonsi (U.O.S.D. Anestesia e Rianimazione Ospedale San Salvatore di L'Aquila), Testa (U.O.S.D. Anestesia e Rianimazione Ospedale San Salvatore di L'Aquila); Ciarla (Scuola di Specializzazione Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore di L'Aquila); Pasquale (Scuola di Specializzazione Ginecologia e Ostetricia di L'Aquila), Paladini (Cattedra di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore. Dipartimento di Scienze della Salute. Università degli Studi di L'Aquila), Pirolì (Cattedra di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore. Dipartimento di Scienze della Salute. Università degli Studi di L'Aquila), Carta (U.O.C. Ginecologia e Ostetricia di L'Aquila), Marinangeli (Cattedra di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore. Dipartimento di Scienze della Salute. Università degli Studi di L'Aquila).

Il Premio "Miglior Poster" è stato invece assegnato al Poster: "DIV POST-INEARTUALE: COME MONITORIZZO LO SHUNT Sx vs Dx?" realizzato dai Dottori: Collacchi, Iaconi, Carriero, Di Persio, D'Egidio, Manganelli, Tritapepe.



AAROI-EMAC Sicilia

Criticità del 118 in Sicilia e non solo

Su *Quotidiano Sanità* il dibattito su un tema di primo piano per gli AR

Sul tema della fondamentale presenza degli Anestesisti Rianimatori nel Sistema 118, approfondito anche nell'editoriale di pag. 2, la testata online *Quotidiano Sanità* ha riportato un dibattito iniziato con una lettera di Gianluigi Morello, Anestesista Rianimatore presso l'Azienda Ospedaliera Garibaldi di Catania, e proseguito, tra altri interventi, con quella di Alessandro Conti, Anestesista Rianimatore dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania - 118 Catania, entrambe riportate sul sito web della nostra Associazione e disponibili ai link: <http://www.aaroiemac.it/website/in-sicilia-ambulanze-senza-medici-anestesisti-rianimatori-n868.html> e <http://www.aaroiemac.it/website/ristabilire-la-verit-sul-servizio-di-emergenza-territoriale-in-sicilia-n870.html>

A chiudere il confronto mediatico, almeno per il momento, è stato Emanuele Scarpuzza, Presidente AAROI-EMAC Sicilia e Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC Area Sud, con la lettera di seguito riportata.

Gentile Direttore,
Criticità del 118 in Sicilia e non solo in qualità di Presidente AAROI-EMAC Sicilia, nonché di Vice Presidente Nazionale Area Sud della suddetta Associazione, mi corre l'obbligo di chiedere ospitalità per intervenire nel dibattito scatenatosi dopo una lettera del Dr Gianluigi Morello in cui viene contestata la progressiva esclusione degli Anestesisti Rianimatori dal Sistema 118 Siciliano.

Alle affermazioni di Morello è prontamente seguita una lettera di protesta del Dr Di Gesù, tanto accurata quanto, nelle argomentazioni addotte, debole e in parte strumentale.

Accorata perché - si evince chiaramente - è comprensibile l'impatto emotivo di tali affermazioni su chi ha scelto da tempo, consapevolmente, responsabilmente, ed acquisendone le

specifiche competenze, di dedicarsi "full time" al Sistema di Emergenza-Urgenza Territoriale. Deboli perché ogni qualvolta, a proposito della qualità di alcuni settori del nostro SSN, qualcuno ha il coraggio di affermare - a ragion veduta e dimostrata - che "il re è nudo", viene inesorabilmente fatto oggetto di confutazioni che non affrontano le questioni sollevate in una logica di sistema, ma più o meno miope in base a situazioni personali. Strumentali allorché a difesa di tali situazioni personali viene puntato un dito accusatorio.

Le ombre che caratterizzano il 118 Siciliano, sottolineate da Morello, sono molto diffuse anche sull'intero territorio nazionale. È innegabile (e infatti non viene negato, anzi, viene forse ignorato) il fatto che i Medici di Emergenza Territoriale con i quali (in quasi tutta l'Italia) il Sistema 118 sta sostituendo gli Anestesisti Rianimatori "posseggono le più svariate specializzazioni, dalla dermatologia alla genetica, dalla biocimica alla medicina dello sport, che con un corso di sei mesi ... son divenuti possessori di un brevetto abilitante alla emergenza extraospedaliera". Questo paradosso deriva da una precisa volontà politica che orienta le proprie scelte strategiche (non solo nel 118, ma in tutti i settori sanitari, soprattutto per quanto riguarda il costo del personale medico) subordinandole alla logica del low cost.

«Le ombre che caratterizzano il 118 Siciliano sono molto diffuse anche sull'intero territorio nazionale»

"Basta che funzioni", è in pratica il principio fondamentale di tale volontà, con l'apoggio determinante, e il condizionamento interessato, di chi da tale volontà si ritiene legittimato a far valere competenze che di rado vanno oltre un patentino. E questo patentino a volte è una buffonata, ancor peggio quando il suo conseguimento viene subordinato al possesso dell'abilitazione all'esercizio della "Medicina di famiglia", come già da tempo avviene in Pu-



glia, e come inizia ad essere scimmiettato in altre Regioni.

Il Collega Morello, inoltre, propone che "sarebbe possibile, senza difficoltà, attuare il virtuoso modello in vigore in Lombardia che prevede come attività elettiva (non remunerata in extra) i turni svolti dagli Anestesisti Rianimatori sulle ambulanze del 118". Ebbene, anche questa affermazione, nella prima lettera del Dr Di Gesù, viene ignorata.

Non solo: Di Gesù risponde a sproposito su questo preciso punto, accusandolo di un interesse personale (che a suo giudizio pretestuoso sarebbe "la cuccagna del plus orario") dal quale la suddetta proposta è evidentemente immune nella sua stessa formulazione. Ma tant'è, a volte la fretta di confutare una tesi può portare a stravolgerne, artatamente o meno, i contenuti.

Bene ha fatto il Collega Dr Conti, in un'altra lettera, a precisare alcuni altri dettagli sull'argomento. Molti altri ce ne sarebbero, e gli "addetti ai lavori", sia Anestesisti Rianimatori che "Medici EST", li conoscono perfettamente. Il Dr Di Gesù, finalmente, se ne dichiara "amareggiato" con una replica. Vogliamo qui tralasciare, per nostro sincero desiderio di collaborare e non di contrapporci, i suoi espliciti riferimenti ad una diffamazione che esiste solo nella sua immaginazione fuorviata dal comprensibile impatto emotivo personale come sopra ipotizzato. Il Collega Medico EST Di Gesù propone di percorrere insieme l'inquadramento dei Medici EST nel CCNL della Dirigenza Medica, invece che il loro accaparramento da parte delle Medicina Conven-

«L'Emergenza-Urgenza, lo ribadiamo, non può essere nemmeno utilizzata come un ufficio di collocamento per "lavoratori socialmente utili"»

zionata in un ACN che per il settore dell'Emergenza-Urgenza, come per altri settori (si pensi all'ACN della "specialistica ambulatoriale", che ha da tempo invaso il campo della medicina ospedaliera dei servizi, a cui l'Anestesia e Rianimazione - orgogliosamente - ancora appartiene) ha creato, già da molti anni, un mostro contrattuale.

La nostra risposta è la seguente: sarebbe cosa buona e giusta, a patto di stabilizzare i non pochi Collegi EST in possesso dei reali requisiti di professionalità, di competenza, e - last but not least - di esclusivo esercizio dell'attività di 118 e non, magari, di medicina estetica o di simili "integrazioni" lavorative. Le ombre che caratterizzano il 118 Siciliano, sottolineate dai Collegi Morello e Conti, sono molto diffuse anche sull'intero territorio nazionale. Non si può pensare di continuare ad libitum una politica di "sanatoria professionale" basata soltanto sulla buona volontà (quando c'è) di acquisire competenze "sul campo" da parte di chi inizia a svolgere attività di 118 come ripiego pseudo-

specialistico. Anche per questo non trascurabile motivo siamo invece contrari - ma immaginiamo che anche l'Associazione Convedem 118, di cui egli fa parte, lo sia - a stabilizzazioni sanitarie "urbi et orbi", o ad altre soluzioni assimilabili, che da altri sono proposte (SISAC, più o meno subite e/o teorizzate (talune OOSS della Medicina Convenzionata) e/o attuate (Governi Regionali vari). Anche perché soccorso sanitario d'Emergenza-Urgenza non significa sovrabbondanza di mezzi medicalizzati rispetto alle chiamate appropriate, né scarico sul 118 di chiamate da gestirsi con modalità di "taxi sanitario" o attraverso una "continuità assistenziale", che si vuol far passare sempre più come estensione al 118 della Medicina di Famiglia. L'Emergenza-Urgenza extraospedaliera altro non è che la messa a disposizione sul territorio, a beneficio dei cittadini, di risorse di uomini e mezzi tipicamente specialistici, quindi ospedalieri per loro stessa natura.

L'Emergenza-Urgenza, lo ribadiamo, non può essere nemmeno utilizzata come un ufficio di collocamento per "lavoratori socialmente utili". Quanto ai costi di una "stabilizzazione ponderata" di professionisti realmente competenti, aggiungiamo che il Sistema 118 lombardo, come altri (sebbene questi altri talora applichino distortamente il virtuoso principio della "integrazione multiprofessionale" tra medici ed infermieri sotto forma di una vera e propria sostituzione dei primi con

i secondi) prevede una distribuzione dei mezzi di soccorso medicalizzati ed infermieri tali da aver ampiamente risolto anche questo falso problema.

Certamente l'ipotesi di un transito di un numero congruo di Collegi (limitatamente a quelli realmente competenti) da un ACN di medici generici "con patentino" ad un CCNL di medici specialisti pone diversi problemi di difficile soluzione, che però forse non è impossibile risolvere.

Parliamone, caro Collega Di Gesù, e verifichiamo se vi sia modo di percorrere questa strada insieme.

Emanuele Scarpuzza
Presidente AAROI-EMAC Sicilia
Vice Presidente Nazionale
AAROI-EMAC Area Sud

Il tema in questione aveva provocato, da parte di un Medico non AR ritenutosi leso anche da altri interventi mediatici nel merito, una richiesta di provvedimenti ordinistici disciplinari. Abbiamo poi avuto il piacere di apprendere che tale richiesta è stata ritirata dopo qualche giorno.

La Presidenza Nazionale

AAROI-EMAC Toscana

Condotta antisindacale: seconda condanna per l'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Seconda condanna per condotta antisindacale nei confronti dell'Azienda Usl Toscana Centro, quale successore dell'Azienda Usl 3 di Pistoia. Il Tribunale di Pistoia ha infatti accolto il ricorso contro cui l'AAROI-EMAC, la FP CGIL Medici e la FESMED avevano presentato ricorso contro il comportamento dell'Amministrazione in occasione dello sciopero del 16 dicembre 2015.

Con Decreto del 5 luglio 2016, LA SEZIONE LAVORO DEL TRIBUNALE CIVILE DI PISTOIA HA DICHIARATO ANTISINDACALE LA CONDOTTA TENUTA DALL'ASL per aver "omesso di comunicare alle organizzazioni ricorrenti - entro il quinto giorno precedente la data di effettuazione dello sciopero - i nominativi dei dirigenti inclusi nei contingenti tenuti alle prestazioni necessarie".

Come lo scorso marzo il Tribunale di Firenze aveva accolto il ricorso AAROI-EMAC nei confronti dell'ex AZIENDA USL n. 11 di EMPOLI (oggi AZIENDA USL TOSCANA CENTRO), anche il Giudice del Lavoro di Pistoia ha riconosciuto la violazione da parte dell'Azienda del termine previsto dalla legge, avendo comunicato i nominativi necessari a coprire i contingenti minimi soltanto il giorno prima dello sciopero. "La tardiva comunicazione - si legge nel Decreto - ha leso il diritto dell'Organizzazione Sindacale - come riconosciuto dall'accordo collettivo vigente - e le prerogative di AAROI-EMAC nell'ambito del diritto di sciopero, pregiudicando con ciò l'immagine della stessa nei confronti dei propri iscritti".

Per effetto di tale decisione il Tribunale di Pistoia ordina all'Azienda di astenersi per il futuro dal reiterare tale condotta e la condanna ad affiggere il Decreto in luogo accessibile ai dipendenti e di darne comunicazione ai dipendenti stessi.

«Questa seconda pronuncia dimostra che in occasione dello sciopero dello scorso dicembre, la condotta antisindacale non è stata un'eccezione bensì un comportamento diffuso che ha coinvolto le Aziende Usl di due ambiti territoriali della Toscana, oggi parte integrante dell'Azienda Usl Toscana Centro - afferma il Dr Fabio Cricelli, Presidente AAROI-EMAC Toscana e Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC Area Centro -. Un comportamento che ha sicuramente leso il diritto di sciopero dei lavoratori e precluso a molti la possibilità di partecipare ad una giornata di mobilitazione importante. Fatto ancora più grave se si pensa che proprio per evitare simili eventualità, le OO.SS. della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria avevano inviato regolare diffida ai legali rappresentanti delle Aziende ed Enti del SSN affinché venissero correttamente applicate le disposizioni dettate in materia di garanzia delle prestazioni essenziali».

AAROI-EMAC Lazio

Firmato il Contratto della Fondazione Gemelli

Abbiamo il piacere di ospitare questa buona notizia! Un ottimo risultato nei suoi contenuti che, rientrando nell'ambito della contrattazione privatistica, è ancora più pregnante, e potrà contribuire anche alla preparazione della piattaforma AAROI-EMAC per il rinnovo del CCNL della dipendenza pubblica in alcuni importanti aspetti riguardanti diversi istituti contrattuali.

La Presidenza Nazionale

La vicenda del Contratto Collettivo di Lavoro della Fondazione Policlinico Agostino Gemelli si è chiusa il 25/07/2016, con la nostra firma dopo ben nove mesi di trattative molto serrate.

L'AAROI-EMAC, mantenendo fede agli impegni presi con i propri iscritti, ha sottoscritto il contratto solo dopo una consultazione con tutti i suoi associati, alla luce della massima trasparenza e democraticità.

Riteniamo che, come già più volte sottolineato, un contratto ex novo, di natura totalmente privata, sia stato un impegno estremamente difficile da portare avanti per tutti. Comunque in nove mesi di trattative con la parte datoriale, l'AAROI-EMAC è riuscita ad imporre al tavolo contrattuale argomenti e normative, estremamente premianti e rilevanti non solo per la nostra specificità professionale, ma anche a salvaguardia dei complessivi interessi di tutti i Dirigenti Medici dipendenti della Fondazione.

La prima preoccupazione dell'AAROI-EMAC è stata quella di evitare fin dall'inizio l'applicazione di contratti privati in essere presso altre strutture private, sicuramente meno garantisti e soprattutto non così tutelanti i diritti dei lavoratori.

Pertanto alla luce di quanto detto, l'AAROI-EMAC ha sempre sollecitato l'amministrazione della Fondazione Policlinico Gemelli a prendere come riferimento il Contratto del SSN, per quanto applicabile.

Tale risultato è stato raggiunto e confermato addirittura dal verbale d'accordo sottoscritto da tutte le parti riguardante il personale docente universitario operante in convenzione.

La seconda preoccupazione dell'AAROI-EMAC è stata quella di mantenere in vita un dialogo con la parte datoriale molto stringente e puntuale, attraverso le forme tipiche previste in ambito pubblico, dell'informazione, della concertazione e della consultazione, su tutti gli argomenti inerenti il contratto stesso.

Questo riteniamo sia un risultato di grande garanzia e soprattutto di grande tranquillità per il futuro dei Dirigenti Medici della Fondazione stessa.

Sono state altresì recepite tutte le normative per quanto riguarda i particolari aspetti della vita lavorativa, quali quelli inerenti il mobbing, i soggetti sindacali, la composizione delle delegazioni, e ogni altro aspetto utile al fine di una corretta applicazione del CCL.

Per quanto riguarda il rapporto di lavoro, altro grosso tema, le posizioni tra la parte datoriale e quella della nostra Associazione, inizialmente molto lontane per quanto riguarda il periodo di prova, le assunzioni a tempo determinato, si sono sempre più avvicinate sulla nostra posizione fino al raggiungimento di un onorevole compromesso.

L'orario di lavoro dei Dirigenti Medici riconfermato nelle 38 ore settimanali, è stato sicuramente uno degli scogli più duri della trattativa stessa, soprattutto per quanto riguarda la riserva di ore da dedicare ad attività non assistenziale, che la parte datoriale non voleva concedere in alcun modo.

Alla fine si è trovata una mediazione, per cui 2 ore settimanali potranno essere dedicate all'attività di ricerca clinica della Fondazione

ed inoltre quale supporto a quella universitaria.

Tale riserva di ore dedicata ad attività non assistenziale, potrà inoltre essere utilizzata anche nelle modalità prescelte dai singoli, per partecipare in qualità di relatore a congressi.

Occorre inoltre precisare che è stata introdotta ulteriore regolamentazione a nostro favore e che prevede che: *"I Dirigenti che partecipano alle attività di formazione obbligatoria sono considerati in servizio a tutti gli effetti e tale partecipazione dovrà essere resa compatibile con gli orari di servizio emanati"*.

Altri 15 giorni per ragione di anno, sono previsti per partecipazione a congressi, convegni, corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazioni professionali facoltativi, connessi all'attività di servizio e per le attività di aggiornamento professionale o formazione continua.

Altro tema caldo è stato il Servizio di Guardia che, pur essendo considerato in *"Orario di Servizio"*, ha dovuto prevedere necessariamente l'utilizzo di 6 ore di orario aggiuntivo, comunque 2 ore in meno dell'attuale previsto, ovviamente con il medesimo meccanismo ove possibile. Tuttavia le guardie che, teniamo a ribadire, sono solo quelle Notturne e Festive, avranno una valorizzazione economica diversa e mag-



giorata rispetto alla situazione attuale.

La trattativa su questo tema è stata lunga ed articolata fino all'ultimo giorno, ma il risultato raggiunto ci sembra un ragionevole compromesso tra le differenti istanze pervenute dai colleghi e quanto la parte datoriale era disposta a mettere sul tavolo della trattativa.

Anche per quanto riguarda il problema della esenzione dalle guardie e dalle guardie notturne in particolare, la trattativa è stata ardua.

L'accordo raggiunto consentirà comunque al Personale medico, non avente incarico di Direzione di struttura complessa, di non effettuare servizio di guardia se di età superiore a 63 anni. Inoltre, al compimento dei 57 anni, il Personale medico potrà essere esonerato dal servizio di guardia notturna ai sensi di quanto definito nel CCL.

Ci preme sottolineare che nel Pubblico (SSN) tutti i dirigenti medici devono partecipare al servizio di guardia.

Per quanto riguarda il servizio di pronta disponibilità non vi sono sostanziali differenze rispetto all'attuale, eccetto che per il tempo minimo retribuito per la sola chiamata.

In merito alla normativa sui riposi risultano applicate le normative di legge ed in particolare la recente normativa europea.

Le assenze retribuite e quelle per malattia risultano conservate sostanzialmente nella formulazione attuale ed, in alcuni casi, sono maggiormente favorevoli rispetto ad analoghi contratti di natura privata.

Per quanto riguarda la regolamentazione dell'aspettativa senza assegni, si è ottenuta la concessione di una durata di due anni, addirittura eventualmente rinnovabile per una sola volta, a tutela di quei colleghi che dovessero risultare vincitori di un incarico di direzione di struttura complessa al di fuori della Fondazione.

Inoltre aspetto qualificante è stata l'introduzione all'art. 34 *"Passaggio ad altra funzione per inidoneità fisica"*, che nell'intento di evitare il licenziamento, prevede che l'inquadramento del dirigente permanentemente inidoneo alle proprie funzioni, potrà avvenire anche in posizioni di minor contenuto professionale.

Le procedure disciplinari sono state attentamente vagliate e comunque rese più garantiste e tutelanti nei confronti dell'eventuale soggetto del provvedimento disciplinare stesso.

La tipologia degli incarichi di cui all'art. 40 sarà oggetto di apposito regolamento da stilarsi nel prossimo autunno tra la parte datoriale e le OO.SS.

La struttura economica, stante la tipologia del datore di lavoro, è stata sicuramente una priorità assoluta al fine di garantire il più possibile, nonostante una diversa impostazione delle sue voci sostitutive, un trattamento retributivo che avesse le seguenti caratteristiche:

- Sostanzialmente rispettoso del pregresso economico percepito.
- Congruo rispetto all'incarico attribuito.
- In linea dal punto di vista economico con gli obiettivi assegnati dalla Fondazione.

Inoltre che la parte retributiva fosse legata al risultato ed il più possibile correlata ad indicatori certi e non interpretabili unilateralmente dalla parte datoriale

È stato istituito, su proposta della Fondazione, ex novo il *"Premio attività scientifica"* per i dipendenti della Fondazione stessa.

Sono stati riconosciuti dalla Fondazione aspetti qualificanti e tipici degli Anestesisti Rianimatori quali il rischio radiologico, ove spettante, il congedo aggiuntivo per l'esposizione ai gas anestetici, l'imprescindibilità del servizio di guardia in ambito rianimatorio/intensivo, non sostituibile con il servizio di reperibilità, la mancata sottrazione dei 20 minuti per la pausa, prevista per contratto per tutti gli altri Dirigenti.

Uno degli ultimi punti da sottolineare è quello di avere ottenuto contrattualmente che la Fondazione si impegnasse a garantire una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dei Dirigenti, ivi compresa l'attività libera professionale intramuraria.

In conclusione sicuramente si sarebbe potuto fare di più e meglio, ma viste le condizioni e le dinamiche esistenti al tavolo della trattativa ed il nuovo assetto giuridico della Fondazione, ritengo che gli aspetti positivi da cogliere, in primis la stabilizzazione delle relazioni sindacali per il prosieguo dell'applicazione dei singoli argomenti previsti nel CCL ed in secondis la garanzia di un trattamento economico comunque in linea con i vecchi canoni, siano da valutare positivamente.

Cordiali saluti

Quirino Piacevoli
Presidente AAROI-EMAC Lazio

Antonio Mascia
Rappresentante Aziendale Policlinico Gemelli

La Lettera

La perquisizione dei Medici in Tribunale

I CT non vengono considerati come il personale e gli avvocati

Di seguito la lettera inoltrata dal Dr Mariano Marmo (Autore del Libro recensito a pag. 5 dal Dr G. Galano) alla Redazione del Nuovo Anestesista Rianimatore con richiesta di pubblicazione per approfondire la questione che descrive nel testo inviato e che viene riportato integralmente.

Come è noto, la nomina di un medico, iscritto all'Albo dei Consulenti Tecnici presso il Tribunale di Napoli è effettuata tramite una precisa convocazione nominale e fiduciaria inviata direttamente dal Giudice alcuni mesi prima la data di udienza.

Da quel momento, il medico-consulente è ufficialmente considerato un Ausiliario del Magistrato. Infatti, il CTU oltre alla competenza necessaria per compiere il suo delicato ruolo, necessita anche di specchiata condotta morale, non essendo sufficiente neanche la mancanza di precedenti giudiziari.

Fatta questa necessaria premessa, ciò che accade nel momento in cui il C.T. si reca in Tribunale, ha sicuramente aspetti inquietanti. L'accesso nel Tribunale può avvenire attraversando due entrate: la principale, designata con il nome "Cenni", oppure quella più interna al centro direzionale, che prende il nome, anch'essa, da un noto Giurista: "Porzio". I medici convocati dai Magistrati nonostante un preciso appuntamento da rispettare sono costretti ad incolonnarsi in una affollata fila composta dal pubblico di ogni giorno, per poi essere perquisiti da solerti guardie penitenziarie che, con efficienza pari alla polizia aeroportuale indagano sul contenuto di borse e vestiario con metal-detector.

Ma accanto a questa, vi è il varco per il personale del Tribunale (Cancellieri, Impiegati, Personale delle Pulizie e dei Bar, etc.) ove transitano anche gli Avvocati, mostrando il tesserino del loro Ordine Professionale al personale di controllo.

Insomma, senza essere perquisiti.

Sicuramente è giustificabile attuare le misure di sicurezza per garantire la sorveglianza in un luogo così a rischio quale quello di un Tribunale, ma quale è il fondamento di una accurata perquisizione ad un medico, Ausiliario del Magistrato che, non solo mostra (come l'avvocato) il proprio tesserino d'iscrizione all'albo, ma anche la precisa convocazione di nomina del Giudice in quel giorno?

È, un medico convocato dal Magistrato, un potenziale attentatore alla sicurezza del Tribunale più di un avvocato?

Nell'aprile dello scorso anno, al Palazzo di Giustizia di Milano, un folle, imputato per bancarotta fraudolenta esplose 13 colpi di pistola, uccidendo oltre il Giudice, l'ex avvocato dell'omicida ed un coimputato nel processo. Vi furono altri due feriti molto gravi. L'omicida, entrò serenamente con una pistola in tasca e due caricatori esibendo un falso tesserino di avvocato!

L'incongruenza è evidente, la perdita di tempo notevole, inutile l'impegno della Polizia Penitenziaria e, aggiungo, offensiva la incomprensibile discriminazione tra professionisti che operano nell'interesse dell'Autorità Giudiziaria.

Certo di interpretare il disagio dei numerosi colleghi che lavorano in questo delicato settore, chiedo l'autorevole intervento del Nostro Presidente dell'Ordine al fine di garantire l'accesso paritario dei medici in Tribunale così come avviene per le altre figure professionali.

Mariano Marmo

Dir. Resp. - Linea di Attività in Terapia Iperbarica AORN "A.Cardarelli"



“Un sabato adrenalinico”

Il racconto di un intervento di equipe per salvare una paziente

Ci sono storie che vanno raccontate. Perché sono tra quelle che pensi di non dover vivere mai. Pensi che possano accadere solo agli altri o che facciano parte dell'immaginario collettivo. Eppure, quando meno te lo aspetti, bussano alla tua porta e semplicemente ... accadono.

Sabato pomeriggio, Guardia di Anestesia. Ho appena finito l'assistenza per un intervento di ernia crurale in urgenza. Nulla di ché ... solo un'assistenza di sala per anestesia locoregionale.

A seguire abbiamo un'appendicectomia in un bambino. Beh per essere un sabato pomeriggio ... iniziamo bene! Dico agli infermieri di fare arrivare il bambino in sala in modo da poter proseguire col programma operatorio. C'è qualche minuto di break tra un intervento ed un altro. Giusto il tempo di assistere agli ultimi cinque minuti della grande impresa di Nibali nel prendersi la maglia rosa in finale di Giro. Grande emozione. Era da tempo che uno sportivo italiano non mi emozionava così. Nulla in confronto a quello che sta per accadere. Squilla il telefono. È Manuela, la mia collega di rianimazione che è stata appena chiamata in PS per un'insufficienza respiratoria. Mi accenna ad una giovane signora con acalasia esofagea. Onestamente non capisco il nesso. Si sarà fatta un'ab ingestis? Corpo estraneo nelle vie respiratorie? Boh!!!! Ancora il bambino non è in sala, ho qualche minuto per andare a vedere la situazione. Mi fiondo in PS, nella stanza dell'emergenza. Apro la porta e trovo una signora, seduta sul lettino, dispnoica. Un dito, il suo indice destro, infilato nel naso quasi per intero. Capisco ancora meno la situazione. La saturazione è buona, ma l'EGA appena eseguito mostra acidosi mista con PH 7.0 e qualche centesimo. Sintomatologia insorta poco prima in seguito ad un pasto.

Pensiamo ad un possibile corpo estraneo nelle vie aeree, ma il marito ci riferisce di almeno un episodio simile, meno grave, trattato endoscopicamente dal nostro gastroenterologo un annetto prima. Per un attimo penso: che c'entra il gastroenterologo con un'ostruzione delle vie aeree superiori! È solo un attimo. In quello seguente si apre nella mia mente uno scenario: il peggiore. Quello che nemmeno il lato oscuro del mio cervello più pessimistico avrebbe mai nemmeno potuto lontanamente immaginare.

Come prima cosa facciamo chiamare in urgenza la nostra gastroenterologa reperibile. Quasi quasi mandiamo le teste di cuoio a prelevarla... ma questa è un'altra storia. Intanto la signora continua ad essere agitata sul lettino, non riesce a tollerare la maschera di Venturi. Di tanto in tanto si infila il dito nel naso ... quasi per intero provocandosi anche un po' di sangue. Non riesce a parlare, si fa capire con qualche cenno della testa e qualche flebile suono pronunciato a fatica. Capiamo che cerca di stimolarsi il vomito senza risultato. Cerchiamo di agevolare la cosa con un sondino naso-gastrico. Impossibile posizionarlo: ha stimolo di vomito ... ma inefficace. Più che altro aggraviamo la sua dispnea. Desistiamo.

Decidiamo con la mia collega di assisterla con un “va e vieni” assecondando il suo respiro senza forzare. Va meglio. Si tranquillizza. Abbiamo il tempo di ragionare. Eseguiamo un altro EGA. Abbiamo guadagnato almeno un 7.1 o giù di lì. Arriva la lastra del torace fatta all'arrivo in PS della paziente. Nulla di che, a parte la preesistente acalasia. Ragioniamo se sia il caso di intubare la paziente subito. Valutiamo i pro ed i contro. Troppo rischioso. Siamo praticamente alla cieca. Non sappiamo dove e di che tipo sia l'ostruzione. Valutiamo se fare noi una fibroscopia delle vie aeree almeno per capire qualcosa in più, magari riusciamo ad intravedere l'ostruzione. Ci rendiamo conto che è praticamente impossibile. Perderemmo quasi certamente l'attività respiratoria spontanea che consente alla paziente di sopravvivere. Decidiamo per una TAC. Stanno allestendo la sala per l'esofagoscopia ed abbiamo il tempo ... se la paziente non fa altri scherzi. È più tranquilla ... cerchiamo di spiegarle il tutto. Spieghiamo la cosa ai radiologi. Sono bravissimi: preparano la TAC, la centrano senza paziente. La paziente sembra capire ... ma quando la mettiamo sul lettino della TAC si agita di nuovo. Vuole scendere, si infila il dito in continuazione nel naso. Non riesce a stare ferma. La aiutiamo di nuovo con il “va e vieni”. Si tranquillizza. Di bocca mi esce: “Signora mia bella, ci deve aiutare ... solo 30 secondi. Deve stare ferma solo 30 secondi. È importante”. Logicamente di sedarla non se ne parla nemmeno. Ci guarda per un attimo.

Si posiziona di lato sul lettino della TAC. Respira nella maschera di O2. TUTTI FUORI!!! 30 secondi di TAC spirale. TUTTI DENTRO. Abbiamo le immagini. Ora passiamo dalle paure ... all'incredulità. Trachea pervia fin poco sotto le corde vocali. Dalla base del collo alla biforcazione, il lume tracheale è praticamente inesistente. Sarà al massimo 2 mm, con trachea quasi totalmente colabita dentro il torace.

Abbiamo a che fare con “un'ostruzione critica della trachea intratoracica dovuta a compressione ab-extrinseca da materiale alimentare in paziente con acalasia dell'esofago”. Una diagnosi che solo a scriverla ... mette terrore!!! Calma e gesso. Ora dobbiamo ragionare rapidamente. Dove sono le linee guida per queste situazioni? Gli scienziati che si divertono a scrivere fiumi di parole, dove sono? Li vorrei vedere all'opera ora. Lasciamo perdere le linee guida. Meno male che siamo medici ... e ci possiamo permettere ancora il lusso di ragionare con la nostra testa. Ragioniamo. Dobbiamo svuotare in urgenza l'esofago ... e contemporaneamente far respirare la paziente durante la procedura di certo non breve e di certo non semplice. Il tutto con una trachea praticamente inesistente ed un esofago pieno come un uovo fino al faringe. A questo punto due Anestesisti Rianimatori sono pochi. Ci serve aiuto. Chiamiamo il nostro Direttore ... Luigi. Chiudiamo il telefono e lo vediamo aprire la porta. Superman ci avrebbe messo più tempo ad arrivare. Con la mia collega gli spieghiamo la situazione. Ragioniamo ancora. La sala operatoria è ormai pronta per la gastroscopia. Tutti di corsa in sala. Ci sono i chirurghi che fremono. Sì!! Ma perché ... hanno fretta di iniziare l'appendicite del bambino. Chiedo loro se il quadro del bambino può attendere almeno un'altra oretta, anche due. Dicono di sì. Il bambino può attendere ... ed i chirurghi pure.

E allora tutti a capofitto sulla signora. Logicamente abbiamo preparato un arsenale di laringo, tubi, fibroscopi, Airtraq, mandrini di ogni genere, triktrak e bombe a mano. Possiamo partire per una guerra, ma siamo consapevoli che intubando la paziente avremo un solo colpo in canna. La paziente (quando seduta o indotta) diverrebbe, con quella situazione tracheale, certamente non ventilabile. Un punto di non ritorno. In altri centri ... si potrebbe predisporre un ECMO pre-operatorio. Noi non abbiamo ECMO e soprattutto non abbiamo tempo. L'urgenza che abbiamo davanti, anche se volessimo, non ci darebbe la possibilità di far arrivare l'equipe ECMO via elicottero. Trasferire la paziente in quelle condizioni sarebbe semplicemente una pazzia, quasi un omicidio volontario. Parliamo con la gastroenterologa: arriviamo alla soluzione di tentare una esofagoscopia in sola anestesia locale con spray di Xilocaina. Magari decomprimendo anche di poco l'esofago riusciamo a dare alla paziente una buona pervietà tracheale e la situazione cambierebbe, mantenendo il respiro spontaneo. Non ci sono nemmeno le condizioni per provare un'intubazione da sveglia: il problema non è arrivare sulle corde vocali (per fortuna la paziente è magra e con un collo snello), ma arrivare al di là dell'ostruzione. Dovremmo fare tutto senza sedazione e con un esofago pieno che renderebbe impossibile la procedura. E poi, anche col solo fibroscopio andremmo a togliere alla paziente l'unica residuo di trachea con cui si sta mantenendo in vita. Cercare di intubare da sveglia sarebbe follia allo stato puro. Non abbiamo altre strade. Stiamo per iniziare ... ma qui si apre lo scenario “terribilis”.

La paziente va rapidamente in ostruzione pressoché totale. Il “va e vieni” (con il quale non abbiamo mai smesso di assistere e

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

Prognosi

- Buongiorno, Dottore, come sta la mia mamma, quella dell'incidente?
- Sta meglio, Signora: stamattina le abbiamo sciolto la prognosi.
- Perché gliela avete sciolta? Mia madre, le pastiglie, le manda giù tutte intere.
- No, Signora: l'abbiamo sciolta perché era riservata.
- È proprio vero, Dottore. Mia mamma è una persona molto riservata.
- No, Signora. Riservata vuol dire che nutriamo delle riserve ... sull'esito del suo trauma.
- Nutrite delle riserve? E lei esita? Forse la mamma non mangia abbastanza: è per quello che non ha riserve. Ma lei, Dottore, non deve esitare. La faccia mangiare!
- No, Signora. La prognosi di sua madre, da oggi, è di 30 giorni. Naturalmente, salvo complicazioni.
- Sì, Dottore! Cerchi di salvare la mamma dalle complicazioni.
- La salverò, Signora, stia tranquilla. (tra sé) Ma che complicazione parlare coi parenti ...

monitorizzare il volume corrente) non trasmette più. È una frazione di secondo. CI SIAMO. Siamo dove non dovevamo essere. O meglio siamo, noi anestesisti, dove dovevamo essere. La paziente non ha quasi più attività respiratoria spontanea, non è più ventilabile. Sappiamo di avere davanti un muro che va dalle corde vocali alla biforcazione carenale. Abbiamo a disposizione il nostro piano “A”. Purtroppo siamo consapevoli che non c'è un piano “B”. Un solo tentativo. Siamo tutti lì. Tre anestesisti, due chirurghi, la gastroenterologa, infermieri, ausiliari. Tante mani ... un solo pensiero: quello di salvare una vita che sta scorrendo via. Avevamo preparato alla perfezione il “piano A”: induzione rapida con propofol (anche se la paziente era ormai non reattiva), intubazione direttamente con tubo di Frova da posizionare il più distalmente possibile oltre la biforcazione tracheale. Tentativo di andare almeno in ventilazione monopolmonare tramite FROVA. Tubo n° 6 armato già posizionato sul FROVA da far scorrere in un secondo momento sul mandrino stesso usato come guida. Le mani magiche sono quelle di Luigi: laringo, intubazione con FROVA ... giù, al primo tentativo, il Frova fin oltre l'ostruzione. Passa. Qualche ventilazione tramite FROVA. Abbiamo almeno un polmone, ma la ventilazione non è agevole, le pressioni sono troppo alte e soprattutto non vi è un buon ritorno di gas. Giù il tubo armato su Frova come guida. Avevamo valutato che per by-passare l'ostruzione dovevamo inserire tutto il tubo. Passa a stento. Via il Frova. Ventilazione tramite tubo: abbiamo una ventilazione efficace, sebbene ancora monopolmonare (a destra) ... ma pur sempre efficace. Rapido check.

End tidal CO2, SpO2, OK! Ventiliamo qualche minuto in monopolmonare. Personalmente ho i brividi, guardo Luigi e Manuela. Non mi vergogno a dire che trattengo a stento le lacrime in un misto di paura e felicità. Non è momento di sentimenti. Siamo solo all'inizio. Luigi con grande calma (Dio ti benedica) coordina tutto. Sevorange, Esmeron. Le vie aeree sono nostre. Io riprendo a respirare. Credo di essere stato in apnea insieme alla signora per tutto il tempo. Cominciamo ad arrivare i

collegi della notte. Il tempo è volato, per me si è letteralmente fermato. Ora, con calma ci posizioniamo il tubo endotracheale, sotto guida fibroscopica, giusto sopra la carena. Basta ritrarlo di quei pochi cm (2 o 3) per arrivare a monte della carena, ma non dentro l'ostruzione. Posizionamento millimetrico. Riusciamo ad ottenere una ventilazione bipolmonare efficace. Io non credo ai miei occhi e alle mie orecchie. Paralizzo il tubo in quella posizione con non so nemmeno io quanti giri di cerotto. Inizia la procedura endoscopica. Le preoccupazioni di certo non finiscono. Sappiamo che abbiamo davanti, noi e la paziente, un percorso terapeutico ancora lungo e non privo di rischi.

Ma la prima battaglia è nostra!!! Abbiamo superato l'incubo peggiore che un anestesista possa mai avere nelle sue notti più buie. Adesso continuiamo a pensare alla nostra paziente, ma lo facciamo senza incubi e con la massima cura, programmando i passi successivi.

*Stefano Soriano
 Dirigente Medico U.O. Anestesia e Rianimazione
 Ospedale Civile - Ragusa
 Direttore Dr Luigi Rabito*

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 ALLA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE

Quesito: Quando si può avere diritto alla differenza sui minimi e alla retribuzione di posizione variabile aziendale?

Risposta: Superati, con valutazione positiva da parte del Collegio Tecnico, i cinque anni a tempo indeterminato senza soluzione di continuità, si ha diritto alla retribuzione di posizione minima unificata (c.d. parte fissa dello stipendio di posizione).

È possibile inoltre che venga conferito un incarico professionale tra quelli ricompresi alle lettere "c" o "b" dell'art. 27 del CCNL 1998/2001, cui corrisponde, in funzione della consistenza del fondo e della graduazione delle funzioni, una retribuzione detta "variabile aziendale".

La retribuzione di posizione minima unificata rappresenta l'inquadramento "storico" del dirigente.

In caso di conferimento di incarico di maggior valore economico, ad esempio da lettera "c" (incarico professionale) a lettera "b" (struttura semplice), la differenza sui minimi rappresenta quella quota da aggiungere alla retribuzione di posizione minima unificata per equipararla a quella che il contratto prevede per il nuovo incarico.

E, analogamente, è la quota che verrà soppressa, in caso di "retrocessione" da struttura semplice ad incarico professionale.

LP ED ESCLUSIVITÀ DI RAPPORTO

Quesito: Ho due master: uno in medicina estetica ed un altro in terapia del dolore e cure palliative. In costanza di esclusività di rapporto, come posso esercitare la libera professione senza perdere i benefici economici legati all'indennità di esclusività?

Risposta: È possibile chiedere l'autorizzazione alla Azienda all'esercizio dell'ALPI, in accordo con il regolamento aziendale. Non vi saranno difficoltà per la terapia del dolore e la medicina palliativa. Sulla medicina estetica il parere potrebbe essere negativo.

RIENTRO DAL PRIVATO AL PUBBLICO

Quesito: Sono un anestesista e per oltre quindici anni sono stato dipendente a tempo indeterminato e a rapporto esclusivo nella sanità pubblica. Ho interrotto la mia attività per un'esperienza in una struttura privata convenzionata senza però poter godere di aspettativa in quanto non contemplata. Vorrei sapere se posso rientrare nella mia precedente struttura e, in caso affermativo, quale sarebbe il mio stipendio.

Risposta: È possibile rientrare se il posto non è stato ancora occupato entro i due anni successivi all'interruzione del servizio e quindi si può richiedere il reintegro.

L'Azienda risponderà entro sessanta giorni.

Il trattamento economico sarà quello iniziale, con la possibilità che venga comunque riassegnato un incarico professionale ex

art. 27 CCNL 1998/2001 purché fosse stato attribuito in precedenza. La norma è contenuta nell'art. 21 CCNL 2004.

PERDITA INCARICO E TRATTAMENTO ECONOMICO

Quesito: Quando si perde un incarico di struttura semplice o complessa, non si perde il relativo trattamento economico?

Risposta: Nel caso di mancata conferma dell'incarico di Struttura Complessa, viene revocata la relativa indennità.

Nel caso invece in cui non venga confermato, allo scadere, l'incarico di Struttura Semplice, e ne venga conferito ad esempio uno professionale ex lettera "c" art. 27 CCNL 1998/2001, si tornerà alla retribuzione di posizione minima unificata storica del dirigente (la c.d. parte fissa della retribuzione di posizione) eliminando l'eventuale "differenza sui minimi", nonché al ricalcolo della nuova variabile aziendale relativamente al nuovo incarico. I margini di "autonomia" di ogni singola Azienda, sono limitati alla sola variabile aziendale, funzione a sua volta della capienza del fondo per lo stipendio di posizione, della graduazione delle funzioni e della contrattazione integrativa aziendale.

RAPPORTO ESCLUSIVO E CONCORSI

Quesito: Un contratto "a rapporto esclusivo" impedisce solo di fare attività libero professionale o impedisce di fare concorsi per altre aziende?

Risposta: Un contratto di lavoro a rapporto esclusivo impedisce solo di fare attività libero professionale (salvo la libera professione intramoenia che è consentita) ma certamente non impedisce di partecipare a concorsi per altre aziende. In caso di vincita di concorso, si dovranno rispettare i termini di preavviso ex art. 39 CCNL 1994/97.

INCARICO DOPO 5 ANNI DI LAVORO A T.I.

Quesito: Mi risulta che a compimento di 5 anni di lavoro a tempo indeterminato ci possa essere una attribuzione di incarico, che in base al CCNL ha un riscontro economico differente.

Risposta: Dopo cinque anni senza soluzione di continuità, a tempo determinato o indeterminato, spetta la maggiorazione relativa all'indennità di esclusività.

Dopo cinque anni di servizio a tempo indeterminato, svolto anche in aziende differenti, purché senza soluzione di continuità, al dirigente spetta la corresponsione della retribuzione di posizione minima unificata e può essere conferito un incarico professionale ex art. 27 lettera "c" (anche di alta specializzazione), o lettera "b" (struttura semplice) CCNL 1998/2001.

NOTTE PRIMA DEL PERMESSO PER LEGGE 104

Quesito: Esiste qualche incompatibilità ad effettuare pronta disponibilità la notte prima di un permesso Legge 104?

Risposta: Se il permesso Legge 104 è fruito, per quell'occasione, a giornata intera, non si può effettuare alcuna prestazione lavorativa dalle 00:00 alle 24:00.

DIRITTO AGLI 8 GIORNI DI AGGIORNAMENTO

Quesito: È possibile che l'azienda da un giorno all'altro non conceda più gli 8 giorni di aggiornamento? Cosa fare per controbattere?

Risposta: Gli otto giorni ex art. 23 CCNL 1994/97 sono per congressi/concorsi/aggiornamento, e non possono non essere concessi. Sarebbe opportuno chiedere formalmente chiarimenti anche con la collaborazione del rappresentante aziendale AAROI-EMAC.

PERMESSO PER RELATORE CONVEGNO

Quesito: È possibile usufruire del permesso retribuito in occasione della partecipazione ad un congresso in qualità di relatore?

Risposta: Il relatore consegue crediti ECM. L'aggiornamento è un istituto previsto dal comma 4 del CCNL 2002/2005 che recita: "... quattro ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche". Questi sono i motivi per cui la risposta è affermativa.

PASTI DOPO 6 ORE DI LAVORO

Quesito: Dopo le 6 ore di sala operatoria ho diritto di fermarmi a consumare il pasto "stibrato"? E come posso dimostrarlo?

Risposta: La pausa dopo 6 ore di lavoro è un diritto/dovere a norma del Art. 8 del Dgls 66/2003 che recita:

Pause

1. Qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e la cui durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro, ai fini del recupero delle energie psicofisiche e della eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo.

ASPETTATIVA E SCATTO DI INDENNITÀ DI POSIZIONE

Quesito: L'aspettativa in un rapporto di lavoro a tempo indeterminato per transitare su un incarico a tempo determinato fa perdere tempo ai fini dello scatto dell'indennità di posizione/conferimento incarico?

Risposta: Il quesito trova risposta nell'art. 12 del CCNL 2000-2001 che distingue:

a. l'anzianità per la retribuzione di posizione minima unificata, per la quale sono necessari 5 anni di tempo indeterminato effettuati, senza soluzione di continuità, anche in aziende diverse, da

b. quella per l'indennità di esclusività, per la quale i cinque anni, purché senza soluzione di continuità, siano stati maturati, tanto a tempo determinato quanto a tempo indeterminato, anche in aziende differenti.

Di conseguenza una eventuale interruzione della continuità di servizio anche solo di un giorno tra due differenti contratti comporta la necessità di riportare alla situazione iniziale delle due indennità con un nuovo inizio del conteggio dell'anzianità.

ASPETTATIVA PER LAVORO IN ALTRE STRUTTURE

Quesito: Esiste la possibilità di chiedere aspettativa per svolgere attività in altre strutture (pubbliche o private-convenzionate o istituti di ricerca) con contratti a tempo determinato o eventualmente in libera professione?

Risposta: Se ci si sposta in Strutture pubbliche con un incarico a tempo determinato hai diritto all'aspettativa per tutta la durata dell'incarico; se ci si sposta in Strutture private convenzionate è discrezionale da parte dell'Azienda ai sensi LEGGE 4 novembre 2010, n. 183 art.18.

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



ISCRIZIONI 2016

**Collegli Anestesiisti Rianimatori
Collegli di Emergenza-Area Critica
(Pronto Soccorso e 118)**

**per un adeguato riconoscimento
delle nostre qualifiche professionali**

**per una giusta valorizzazione
del lavoro che svolgiamo ogni giorno**

**per una rispettosa applicazione
dei nostri diritti e dei nostri doveri**

**iscrivetevi
all'A.A.R.O.I.-EM.A.C.!**

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

***Istruzioni sulle modalità di iscrizione
al seguente indirizzo web: www.aaroiemac.it***