

il nuovo Anestesista Rianimatore

AAROI EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Bollettino dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica

Direzione e Redazione: Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli - Tel. 081.558.51.60 - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

GENNAIO-FEBBRAIO
2013
1/2
Anno XXXV

I MEDICI SOTTO PROCESSO

OGNI ANNO 1 MILIARDO DI EURO DI RISARCIMENTI PER CAUSE DI MALASANITÀ

Hanno tutti ragione. I medici e gli ospedali alle prese con polizze di responsabilità civile professionale, obbligatorie per legge, troppo costose e, a volte, difficili da ottenere. Gli assicuratori, perché vendendo queste coperture perdono quattrini (su 100 euro incassati ne pagano 159 di sinistri). I magistrati che difendono la loro autonomia di giudizio: pazienza se una stessa tipologia di danno può valere dieci in una città e 20 in un'altra. E, naturalmente, i cittadini, che hanno diritto a essere curati nel miglior modo possibile e vogliono avere a che fare con medici bravi e sicuri anche perché a loro volta tutelati. Se tutti hanno ragione e tutti stanno male vuol dire che c'è qualcosa che non va e che bisogna risolvere. Come? Facendo sistema, con l'aiuto di una normativa chiara che obblighi tutti a fare bene il proprio lavoro, con tempi di risarcimento più contenuti e costi definiti. Per portare un esempio concreto,

con tabelle di risarcimento predeterminate il magistrato sarebbe più sereno e le compagnie potrebbero fare una corretta pianificazione finanziaria delle spese che dovranno sostenere. Anche perché è esploso negli ultimi anni il contenzioso tra medici e pazienti. Parlano i dati: contro le 9.500 denunce del 1994, nel 2010 se ne contano 34 mila, ad un costo medio dei sinistri pari a 28.000 euro. E, vista la maggiore consapevolezza dei cittadini su questo fronte, i medici hanno l'80% di possibilità di ricevere una richiesta di risarcimento nel corso della loro carriera. Non solo. Cresce il costo medio del danno: per colpa del protrarsi del sinistro negli anni e delle inevitabili azioni legali, l'incremento della stima del costo medio tocca picchi del 200%, come si evince dai dati esposti dall'Ania (l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici). Questo andazzo ha portato il costo totale annuo dei risarcimenti fino a quota 1

miliardo, a fronte di una raccolta premi di 500 milioni. C'è da dire tuttavia che le Compagnie assicuratrici contabilizzano come perdite nei loro bilanci annuali le riserve accantonate per la liquidazione dei sinistri che si concretizzeranno solo negli anni successivi. La conseguenza di queste perdite è l'inevitabile aumento del costo delle polizze e l'adozione di più stringenti condizioni contrattuali per gli assicurati.

Se gli assicuratori piangono, non se la passano meglio gli assicurati: la RC professionale costa molto, in particolare per alcune specialità mediche, come chirurgia generale, cardiocirurgia, anestesia e rianimazione, ortopedia. I liberi professionisti che operano in questi rami e vogliono una copertura assicurativa che intervenga nei casi di colpa lieve e grave si imbattono in polizze che costano da 3.500 a 10 mila euro e anche più. Per non parla-

continua a pagina 3

Bilancio di 13 mesi di governo Monti

A MARZO NUOVO GOVERNO O RITORNO ALLE URNE

Nel mese di novembre 2011 nasceva il Governo dei tecnici guidato dal prof. Mario Monti, senza legittimazione democratica e fortemente voluto da Giorgio Napolitano e da Angela Merkel.

Ma vediamo in cosa si è distinto il Governo Monti.

Facendo "il lavoro sporco" con l'abolizione di provvedimenti necessari per sistemare i conti dell'Italia ed evitare il baratro, il Premier Monti avrebbe dovuto favorire l'impegno dei Partiti che lo hanno sostenuto sulle questioni politico - istituzionali più urgenti.

Ed invece nulla è stato fatto sulla diminuzione dei parlamentari, sulla soppressione delle Province, sulle intercettazioni telefoniche, sulle norme anticorruzione e sulla legge di riforma elettorale (stimolata quotidianamente dal Presidente Napolitano).

Rispetto all'ultima parte del Governo Berlusconi, invece, lo spread (differenziale di rendimento dei BTP decennali italiani rispetto ai bund tedeschi di analoga durata) è sceso da 500 a

poco meno di 300 punti ridimensionando un fenomeno paradossale che i Paesi in difficoltà come Spagna e Italia finanziavano quelli che stanno meglio di loro.

E che dire delle Riforme del Ministro del lavoro prof.ssa Elsa Fornero. Quella della previdenza è così grossolana ed iniqua che costringe al lavoro, alla soglia del pensionamento, i vecchi lavoratori stanchi e demotivati e, nello stesso tempo, esclude dal lavoro le giovani generazioni di disoccupati.

Ed inoltre che dire dei cosiddetti "esodati", migliaia di lavoratori relegati per anni nel "limbo" di ex lavoratori senza più retribuzione, ma ancora senza pensione? Per sistemare questi lavoratori occorreranno 6-7 miliardi di euro.

Gli ultimi due Governi hanno anche calpestato i diritti acquisiti: dalla liquidazione (IPS o TFS), scaglionata a rate differite nel tempo, al blocco della indicizzazione delle pensioni in godimento, fino all'abbattimento del 5% e

continua a pagina 7

Il tariffario di minima delle prestazioni libero professionali in Anestesia e Rianimazione Anno 2013

IL TARIFFARIO È A PAGINA 4

AAROI EMAC

S.I.A.R.E.D.

SimuLearn
CENTRO DI SIMULAZIONE AVANZATA
PER LA FORMAZIONE DEL MEDICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

American Heart Association
AUTHORIZED TRAINING CENTER

Calendario del 1° semestre 2013 dei Corsi di Simulazione medica avanzata e dei Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare certificati American Heart Association

IL CALENDARIO È A PAGINA 5

La diffida promossa dall'AAROI-EMAC e dalla SIAARTI per la corretta articolazione delle Strutture Semplici e Complesse

- Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
- Agli Assessori Regionali alla Sanità
- Al Ministro della Salute

ATTO DI DIFFIDA

L'AAROI EMAC E LA SIAARTI

premessi che:

- nel comparto della Sanità, la "spending review" in corso deve realizzare una razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ai fini di una maggiore efficienza ed economicità, mantenendo però fermi i "cardini" del sistema normativo della sanità pubblica;

- con riferimento alla dirigenza medica, in particolare, occorre che venga rigorosamente rispettato il principio di specialità, in quanto "l'interesse sostanziale in vista del quale è prevista la specializzazione" è "l'obiettivo raggiungimento di un adeguato livello delle prestazioni sanitarie" (Cons. Stato Sez. VI decisione n. 2187 dell'8 aprile 2011), onde il rispetto di quel principio non è invocato per mero "spirito di categoria" - pur nella ferma volontà di salvaguardare gli interessi professionali di tutti i medici Anestesiisti e Rianimatori - ma perché esso costituisce uno specifico modo di realizzare il diritto alla salute, costituzionalmente tutelato;
- coesistente al rispetto del principio di specializzazione è la corretta

articolazione delle Strutture, Semplici e Complesse, nelle quali gli specialisti sono chiamati ad operare, di modo che sia possibile stabilire e concretamente rispettare chiare ed effettive ripartizioni di responsabilità, a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria;

- tanto è vero che la razionalizzazione della organizzazione sanitaria non può prescindere da un rispetto rigoroso della linea di demarcazione tra Strutture Semplici e Strutture Complesse, e delle caratteristiche proprie di questi due tipi di strutture, che già l'art. 79 del d.l. n. 112 del 2008, convertito nella legge n. 133 del 2008, al fine di tale razionalizzazione impegnava le Regioni, tra l'altro, alla "fissazione di

continua a pagina 6

LE PROTESTE DEI MEDICI INFIAMMANO LA SPAGNA

L'annunciato progetto del governo spagnolo di introdurre elementi di privatizzazione nel servizio sanitario pubblico regionale sta scatenando proteste in tutto il Paese. Tra queste emerge, clamorosa, la decisione di oltre 300 direttori di circa 140 reparti ospedalieri di Madrid di rassegnare le loro dimissioni. Il governo regionale della capitale iberica intende affidare in outsourcing ai privati la gestione di sei delle venti grandi strutture ospedaliere presenti sul suo territorio e, complessivamente, 27 centri su 270. La decisione è stata presa per far fronte alla situazione economica pesantemente critica dei servizi sanitari della comunità autonoma di Madrid. Lo stato di crisi non si limita alla capitale, ma interessa la maggior parte delle 17 comunità autonome - le regioni in cui è suddiviso il Paese iberico - a cui è affidata un'ampia autonomia nella gestione della sanità. La crisi in Spagna si è scatenata in modo clamoroso nel 2008, con lo scoppio della bolla immobiliare che ha trascinato al ribasso tutta l'economia. Ora il ministero del Tesoro spagnolo comunica che la cura draconiana messa in atto per appianare la situazione finanziaria sta ottenendo dei successi. La banca centrale europea ha acquistato i bond spagnoli a breve termine e lo spread sta diminuendo anche in Spagna. Il tasso di interesse sui bonos a dieci anni è sceso dal 7,54% dello scorso luglio all'attuale 5,05%, dando una boccata di respiro alla spesa per interessi sostenuta dal governo iberico. Ma le misure sono state particolarmente pesanti per la popolazione: il tasso di disoccupazione è salito oltre la soglia del 26% e le manifestazioni infiammano da mesi le piazze spagnole. La decisione dei medici di Madrid non è l'unica protesta ad aver coinvolto i professionisti della salute, che lo scorso lunedì hanno marciato attraverso la capitale per denunciare i numerosi tagli di budget che stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria pubblica.

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

Una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, dal 1952 a tutela degli interessi dei Medici Anestesisti Rianimatori, dell'Emergenza e dell'Area Critica, riserva, a titolo completamente gratuito e soltanto per i propri iscritti, i seguenti servizi:

- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA LEGALE** che prevede la consulenza giuridico amministrativa.
- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA PREVIDENZIALE** che prevede la ricostruzione della posizione previdenziale e del trattamento di fine rapporto.
- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA MANAGERIALE** che prevede la consulenza operativa su problematiche relative al controllo di gestione.
- ▶ **PARERI DEI NOSTRI ESPERTI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ECC. CON IL SUPPORTO DELLO STAFF TECNICO.**
- ▶ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI ORGANIZZATI DALL'AAROI-EMAC E DALLA SIARED CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM.**
- ▶ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE MEDICA AVANZATA**
- ▶ **INVIO DEL PERIODICO "Il Nuovo Anestesista Rianimatore" bollettino ufficiale dell'Associazione.**
- ▶ **INVIO DELLA RIVISTA SCIENTIFICA "AMC - Anestesia e Medicina Critica" pubblicata a cura della SIARED.**
- ▶ **CONVENZIONE ASSICURATIVA PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE del Medico Anestesista Rianimatore (Copertura di 2° rischio) e sistema di protezione professionale e tutela legale. Servizio di consulenza telefonica in caso di incidente professionale selezionando il numero 334.2480994.**
- ▶ **SITO INTERNET completamente rinnovato: www.aaroiemac.it con spazi dedicati anche alle Sezioni Regionali**
- ▶ **SERVIZIO DI DOCUMENTAZIONE PARLAMENTARE E RACCOLTA DELLE GAZZETTE UFFICIALI.**

**È IL MOMENTO DI INVESTIRE NELL'AAROI-EMAC
NON PERDERE ALTRO TEMPO
ISCRIVITI ANCHE TU!**

Per l'iscrizione all'AAROI-EMAC anno 2013 occorre compilare e firmare il modulo-delega in triplice copia e consegnarlo al Presidente della Sezione Regionale di appartenenza.

puoi scaricare il modulo-delega anche dal sito www.aaroiemac.it

SEDE NAZIONALE • Via XX Settembre, 98/E • 00187 Roma • Tel. 06.47825272 • Fax 06.47882016 • aaroiemac@aaroiemac.it

PRESIDENTE NAZIONALE • Dott. VINCENZO CARPINO • Via E. Suarez, 12 • 80129 Napoli • Tel. 081.5585160 • Fax 081.3606204 • carpino@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE NORD • Dott.ssa Teresa MATARAZZO • Via De' Romiti, 16 • 44100 Ferrara • Tel. 393.7248088 • emilia-romagna@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE CENTRO • Dott. MARCO CHIARELLO • C.da S.Andrea, 38 • 62029 Tolentino(MC) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • marche@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE SUD • Dott. MARIO RE • Via Michelangelo, 450 • 90145 Palermo • Tel. 339.4241469 • Fax 091.227982

PRESIDENTE SIARED • Dott. GIUSEPPE MARRARO • Via Marco Polo, 55 • 20049 Concorezzo (Mi) • Tel. 039.6042128 • Fax 02.700404589 • marraro@aaroiemac.it

PRESIDENTE SIAARTI • Prof. Vito Aldo PEDUTO • Osp. S. Maria della Misericordia • S. Andrea delle Fratte • 06156 Perugia • Tel. 075.5782420 • Fax 075.5783252 • peduto@aaroiemac.it

COORDINATORE UFFICIO ESTERI • Dott. Paolo NOTARO • Via Durazzo, 5 • 20134 Milano • Tel. 02.64442310-02.26411676 • ufficioesteri@aaroiemac.it

SEGRETARIO • Dott. UMBERTO VINCENTI • Corso Garibaldi, 47 • 84123 Salerno • Tel. 089.223093 • Fax 081.3606204 • u.vincenti@aaroiemac.it

TESORIERE • Dott. MAURIZIO GRECO • Via A. Minichini, 8 (IV Traversa) • 80035 Nola(Na) • Tel. 081.5585160 - 081.5124497 • Fax 081.5585161 • m.greco@aaroiemac.it

ABRUZZO • Dott. Stefano MINORA • Via Galilei, 13 • 64015 Nereto (Te) • Tel. 0861.855371 • Tel. e fax 0861.810476 • abruzzo@aaroiemac.it

BASILICATA • Dott. Francesco ALLEGRINI • Via Pretoria, 247 • 85100Potenza • Tel. e fax 097135106 • basilicata@aaroiemac.it

CALABRIA • Dott. Vito CIANNI • Via Poseidone, 77 • 87023 Diamante(CS) • Tel. 098581554 • calabria@aaroiemac.it

CAMPANIA • Dott. Giuseppe GALANO • Via M.da Caravaggio, 143 • 80126 Napoli • Tel. 081.2394820 • Fax 081.7801501 • campania@aaroiemac.it

EMILIA ROMAGNA • Dott.ssa Teresa MATARAZZO • Via De' Romiti, 16 • 44100 Ferrara • Tel. 393.7248088 • emilia-romagna@aaroiemac.it

FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dott. Sergio CERCELLETTA • Via S. Slataper, 2/A • 33100 Udine • Tel. 0432.530144-0432.552428 • Fax 0432.231977 • friuli@aaroiemac.it

LAZIO • Dott. Quirino PIADEVOLI • Via Andrea Barbazza, 154 • 00168 Roma • Tel. e Fax 06.6149007 • lazio@aaroiemac.it

LIGURIA • Dott.ssa Marialuisa POLLAROLO • Scalo Maria Giusti Colombo, 7/7 • 16016 Cogoleto (GE) • Tel. 010 6449868-9941 • liguria@aaroiemac.it

LOMBARDIA • Dott. Alessandro VERGALLO • Via Moretto, 1/A • 25012 Calvisano(BS) • Tel. 0303995330 • lobbardia@aaroiemac.it

MARCHE • dott. Marco CHIARELLO • C.da S. Andrea, 38 • 62029 Tolentino(MC) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • marche@aaroiemac.it

MOLISE • Dott. Roberto GRAMEGNA • Via delle Orchidee, 23 • 86039 Termoli (Cb) • Tel. 0875.83660-0875.7159323 • Fax 0875.702484 • molise@aaroiemac.it

PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dott. Arturo CITINO • Corso Tanaro, 4 • 13100 Vercelli • Tel. e Fax 0113186439 • piemonte-aosta@aaroiemac.it

PROVINCIA DI BOLZANO • Dott. Massimo BERTELLI • Via Hoertmoos, 33 • 39018 Terlano(Bz) • Tel. 0471.933267-0471.908675 • bolzano@aaroiemac.it

PROVINCIA DI TRENTO • Dott. Alberto MATTEDI • Via Delle Laste, 37/24 • 38100 Trento • Tel. 0461231033 • trento@aaroiemac.it

PUGLIA • Dott. Antonio AMENDOLA • Piazza A. Diaz, 11 • 70121 Bari • Tel. e Fax 080.5540557 • puglia@aaroiemac.it

SARDEGNA • Dott. Cesare IESU • Via S. Tommaso D'Aquino, 8 • 09134 Pirri (CA) • Tel. e Fax 07042939 • sardegna@aaroiemac.it

SICILIA • Dott. Emanuele SCARPUZZA • Viale Michelangelo, 1004 • 90135 Palermo • Tel. 339.4241469 • Tel. e Fax 091.227982 • sicilia@aaroiemac.it

TOSCANA • Dott. Fabio CRICELLI • Via S. Donato, 24-4 • 50127 Firenze • Tel. 055.3245661 • Fax 055.39069595 • toscana@aaroiemac.it

UMBRIA • Dott. Alvaro CHIANELLA • Via della Ferrovia, 3 • 06034 Foligno(PG) • Tel. 074220818 • umbria@aaroiemac.it

VENETO • Dott. Attilio TERREVOLI • Via Berlendis, 9 • 36100 Vicenza • Tel. 0444.753438 • Fax 0444.302583 • veneto@aaroiemac.it

L'A.A.R.O.I. - E.M.A.C. su INTERNET: www.aaroiemac.it

il nuovo
Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione

Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile

VINCENZO CARPINO

Vice Direttori

MARCO CHIARELLO
MARIO RE
TERESA MATARAZZO

Comitato di Redazione

GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

**Direzione, Redazione,
Amministrazione**

VIA E. SUAREZ, 12 - 80129 NAPOLI
Tel. 081.5585160 - Fax 081.3606204
e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it

**Progetto grafico
realizzazione e stampa**

INK & PAPER s.r.l.
Via Censi dell'Arco, 22 - 80040 Cercola (Na)
e-mail: inkpaper@fastwebnet.it

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

Chiuso in Redazione il
14 febbraio 2013
Tiratura: 10.000 copie
Spedito il
21 febbraio 2013

Continua dalla prima pagina

I medici sotto processo

re dei ginecologi, costretti a inseguire assicuratori che scappano a gambe levate. Più in generale si può dire che il contenzioso maggiore riguarda specialità in cui il risultato della prestazione è immediatamente visibile, come nel caso della chirurgia estetica. Se sbaglia uno psichiatra, lo si può scoprire solo nel tempo ed è più difficile da dimostrare.

Le aziende sanitarie (specie le più grandi) lamentano di pagare in polizze assicurative (RC/sanitaria) fino a 6-9 milioni di euro/anno di premi a fronte di indennizzi annuali che non superano il milione di euro.

I medici, essendo in trincea sul fronte dell'assistenza sanitaria, in quanto titolari dell'ultimo definitivo passaggio produttivo del danno eventuale, vengono abitualmente bersagliati come capri espiatori, in luogo dell'azienda sanitaria di appartenenza, anche in presenza di evidenti difetti di organizzazione o di carenze strutturali, che vanno dalla mancata asepsi della sala operatoria o inadeguata messa a norma dei molteplici impianti (elettrici, idrici, di aerazione, ecc.) alla insufficienza di strumenti ed apparecchiature, dalla carenza di manutenzione alla mancanza di personale di supporto, dalla mancata adozione delle misure di sicurezza alla omessa previsione di sistemi di vigilanza, ecc., rispetto ai quali (difetti e carenze) l'azienda sanitaria è certamente titolare di una "responsabilità per fatto proprio". C'è una crescente convinzione, avallata da alcune pronunce della Magistratura, secondo cui le prestazioni sanitarie sono obbligazioni di risultato

e non già di mezzi, senza tener conto che la medicina non è matematica e che c'è una notevole variabilità individuale di risposte rispetto a cure identiche.

Il consenso informato ha ampliato la responsabilità medica quando anche la condotta del medico sia stata del tutto corretta sul piano dell'approccio clinico classico e tradizionale, cioè diagnostico, terapeutico, riabilitativo.

Da un lato, si chiede al medico di intervenire anche quando ci siano scarse possibilità di successo, e quindi elevati rischi nella sua azione terapeutica, dall'altro si è ormai invertito il cosiddetto "onere della prova": non è più il paziente che deve dimostrare errore e colpa del medico, ma è il sanitario (o l'ospedale) che deve dimostrare che la prestazione è stata eseguita correttamente e che gli eventuali esiti negativi (eventi avversi) derivano da cause imprevedibili.

I giudici non sono solitamente specialisti in materia sanitaria e si avvalgono, a loro volta, di consulenti (Ctu) privi della necessaria qualificazione ed esperienza pratica specifica nelle diverse branche specialistiche oggetto del contenzioso. In questo quadro, è ben difficile prevenire e contenere la "sindrome da risarcimento" che si impadronisce di un certo numero di pazienti, così da indurli ad attivare, specie se istigati da avvocati altrettanto interessati, vere e proprie "liti temerarie" perché non sostenute da alcun danno o, comunque, da nessuna colpa o responsabilità del medico.

Tanto le assicurazioni, pur di non andare in giudizio, patteggiano quasi sempre una forma di risarcimento: così ci guadagnano sia gli avvocati che i pazienti che, con il cosiddetto "patto di quota lite" si spartiscono gli introiti. Mentre per i medici i costi lievitano.

Le conseguenze della medicina difensiva

La consapevolezza dei medici di svolgere una professione estremamente rischiosa matura tardi (certamente dopo i 30 anni, vista la lunga fase di formazione prelaborativa), a cui si associa la presa d'atto di non essere adeguatamente tutelati sul piano assicurativo della responsabilità civile, nonché sul piano delle regole nel sistema giuridico e giudiziario. L'attribuzione al medico dipendente della qualifica di "dirigente", assieme alla trasformazione dell'ospedale in azienda, ha fatto assumere al nuovo medico-manager ulteriori responsabilità che lo vincolano ad operare, oltre che a bassissimo rischio di insuccesso e complicanze, anche in maggior economia possibile (l'ossessione del risparmio "a tutti i costi").

Tutto ciò determina gravi conseguenze sul piano dell'equilibrio psicofisico della persona-medico, che è impotente a modificare "da se" la pesantezza della propria condizione di lavoro.

Ne derivano spesso: depressione, abuso di alcool e/o stupefacenti, problemi familiari, burn out, addirittura suicidio, ecc.

Ma altrettanto gravi sono le conseguenze (o le reazioni, più o meno consapevoli quindi difficilmente controllabili) sul piano professionale, cioè il rifugio nella cosiddetta "medicina difensiva" praticata da più del 60% dei medici italiani.

Ecco le principali conseguenze del fenomeno:

- 1) la paura del rischio incontrollato porta ad approfondire in modo ossessivo e ridondante ogni caso clinico (da cui un abuso di esami e accertamenti diagnostici non necessari e una richiesta di consulenze specialistiche inu-

tili) e non sulla base di un vero convincimento scientifico, ma con scelte dettate prevalentemente dal timore di ricevere una denuncia da parte dei pazienti;

- 2) la paura dell'errore spinge sempre più chirurghi e anestesisti rianimatori a non operare casi di complessità medio alta con indubbio nocimento per i pazienti affetti da gravi e complesse patologie. È come se in Sala Operatoria ci fosse un avvocato pronto a intervenire in caso di errore. Di riflesso i medici specialisti in formazione saranno sempre meno preparati e sempre più riluttanti a curare patologie complesse;
- 3) i ricoveri vengono prolungati in modo ingiustificato e si tende a "dirottare altrove" i casi più rischiosi (con una selezione inversa, cioè a favore del basso rischio);
- 4) si eseguono verbalizzazioni del consenso informato in cui si esasperano tutti i possibili rischi e sequele, così che sia il paziente stesso a rinunciare alle cure;
- 5) si depaupera il sapere e l'esperienza medica su tematiche difficili e rischiose; si deprime la ricerca e l'innovazione;
- 6) si dilatano le liste d'attesa e cresce a dismisura la spesa sanitaria con il rischio di far crollare il nostro sistema sanitario pubblico; si stima in più di 12 miliardi all'anno il costo della medicina difensiva (circa il 10% della spesa sanitaria del nostro Paese);
- 7) si determina, infine, la fuga anticipata dei medici da alcune specialità per l'alta sinistrosità che le caratterizza, con mancato subentro di nuovi specialisti.

Vincenzo Carpino

Dilaga la medicina difensiva

La medicina difensiva si manifesta quando il medico ordina esami, procedure o visite, o evita pazienti a rischio, o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la propria esposizione al contenzioso legale. Nei casi in cui i medici effettuano esami o procedure in eccesso, praticano la c.d. medicina difensiva positiva. Tale fenomeno è strettamente collegato all'aumento del contenzioso medico-legale, all'aumento delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti. Una recente indagine sulla rilevanza del fenomeno della medicina difensiva nei Dipartimenti di Emergenza è stata promossa dalla Academy of emergency medicine and care (Acemc). L'obiettivo dell'indagine è stato quello di misurare la frequenza dei comportamenti di medicina difensiva e di comprendere i fattori che inducono i medici dei Dipartimenti di Emergenza a modificare il proprio comportamento professionale in tale direzione. All'indagine hanno risposto (via web, posta elettronica e fax) 1.327 medici di diverse specialità di tutte le Regioni italiane. Il 90,5% dei medici intervistati ammette di aver adottato almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro. Nello specifico: il 77,7% di essi ha richiesto esami di laboratorio non necessari; il 72,8% ha inserito annotazioni inutili in cartella clinica; il 67,3% ha richiesto consulenze di altri specialisti non necessarie; il 64,1% ha richiesto esami invasivi inutili per non

contrastare il parere del consulente interpellato; il 63,3% ha richiesto un ricovero non necessario solo per assecondare le pressioni dei familiari del paziente; il 61,2% ha richiesto un ricovero per un paziente gestibile ambulatorialmente; il 51,8% ha enfatizzato alcuni aspetti clinico-anamnestici per giustificare la correttezza della propria diagnosi.

Tra le motivazioni principali dichiarate che hanno indotto a tali comportamenti: il 69% ha timore di un contenzioso medico-legale; il 50,4% ha timore di ricevere una richiesta di risarcimento; il 50% risente dell'influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi; il 34,3% è influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso. La presenza della "cultura della colpa" non favorisce l'apprendimento dagli errori da parte del personale sanitario, genera comportamenti di medicina difensiva, una minore qualità dei servizi, una minore sicurezza del paziente, un aumento dei costi. È necessario un cambiamento che rompa questo circolo vizioso, superando la cultura della colpa verso approcci sistemici volti a limitare la ripetizione degli stessi errori in futuro, anche attraverso la promozione di sistemi di segnalazione che facilitino i ritorni di esperienza e la discussione aperta. Si tratta di un cambiamento culturale, organizzativo e non soltanto tecnico.

In questo processo di cambiamento da una cultura blame (falsa)

a una cultura just (equa, giusta), il ruolo strategico e di governo del risk manager è rilevante. La just culture è una cultura in cui gli operatori vengono puniti esclusivamente per gli atti di grave negligenza, per le violazioni dannose e per le azioni distruttive considerate non tollerabili.

Si tratta di una cultura che promuove le segnalazioni degli errori, dei problemi e l'apprendimento organizzativo. Solo raccogliendo, analizzando e disseminando le informazioni sugli eventi passati, e sui segnali di pericolo presenti, un'organizzazione può migliorare le condizioni di sicurezza e di affidabilità.

Senza questa «memoria organizzativa critica», un sistema non può apprendere, non può individuare ed eliminare le trappole di errore, non può migliorare e rafforzare le difese.

Emerge, dunque, l'importanza di ridisegnare l'attuale modello di attribuzione della responsabilità penale e civile, che limiti la responsabilità penale del sanitario ai soli eventi avversi realizzati con «colpa grave», accompagnata dall'introduzione di programmi di giustizia ripartiva.

L'obiettivo è quello di ricercare un equo bilanciamento tra l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie che troppo spesso vengono avvertite come arbitrarie e ingiuste e la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di medical malpractice.

Comunicato stampa

GLI OSPEDALI DEVONO ESPORRE IL "CERTIFICATO ASSICURATIVO"

L'AAROI-EMAC appoggia la proposta dell'Ordine dei Medici di Milano

"Finalmente una proposta che va incontro a quanto l'AAROI-EMAC chiede da anni. Le ASL, le Aziende Ospedaliere e Universitarie dovrebbero essere obbligate ad esporre il "Certificato assicurativo" che consenta di conoscere le principali caratteristiche della polizza assicurativa dell'Ente, quali il nome della Compagnia, la data di scadenza, il massimale, le eventuali franchigie o scoperti. Ciò risponderrebbe ad un principio di trasparenza e civiltà che dovrebbe essere la parte nobile di una Struttura Pubblica".

È quanto dichiara Vincenzo Carpino, presidente dell'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica, sulla proposta presentata qualche giorno fa dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, Roberto Carlo Rossi.

"È da anni che chiediamo ai nostri iscritti di rivolgersi, senza timore, alle loro Direzioni Generali per avere un estratto della polizza di assicurazione della Responsabilità Civile; ma tutte le volte che un collega ha agito in questa direzione - sottolinea Carpino -, si è sempre sentito rispondere che si trattava di documentazione che non lo riguardava.

Se i dati esistono perché non sono accessibili? - si chiede il presidente AAROI-EMAC -. Certo che ci riguarda, quella "documentazione"! È quella la "documentazione" che ci consente di capire se e come il nostro Ospedale ha scelto di proteggersi e di proteggere i suoi dipendenti.

E poi, se i professionisti hanno l'obbligo di assicurarsi, lo stesso dovrebbe valere per le strutture sanitarie, a maggior ragione oggi dove si assiste a raccapriccianti scenari con assicuratori improvvisati e con garanzie assicurative che spesso penalizzano il medico a vantaggio della copertura assicurativa dell'Ospedale."

"Il fatto che ci venga spesso negata la possibilità di avere conoscenza delle caratteristiche delle polizze di Responsabilità Civile degli Ospedali - conclude Carpino - ci induce poi a pensare che, dietro a questa reticenza, si nascondano chissà quali interessi particolari mentre, molto spesso, si cela la evidente necessità dell'Ente di tutelarsi in caso di danno a terzi in quanto "è meglio non mettere nelle mani dell'avversario le proprie armi". **Ben venga, dunque, questa proposta che l'AAROI-EMAC appoggerà con forza, in ogni sede, per ottenerne la concreta applicazione.**"

Il tariffario di minima delle prestazioni libero professionali in Anestesia e Rianimazione Anno 2013

Il tariffario di minima delle prestazioni libero professionali in Anestesia e Rianimazione è uno strumento agile a disposizione di tutti gli iscritti dell'AAROI-EMAC, con lo scopo di individuare il costo della singola prestazione, intesa esclusivamente come costo professionale, senza tenere conto cioè dei costi legati alla gestione della prestazione stessa (personale infermieristico, farmaci, materiali di consumo, ammortamento delle attrezzature, ecc.).

È importante precisare che le tariffe, di seguito riportate, devono essere incrementate fino al 100% nei casi di pazienti appartenenti alle classi di età pediatrica e geriatrica per i pazienti con classe di rischio ASA III o IV.

ANESTESIA

VISITA ANESTESIOLOGICA	100,00
ANESTESIA GENERALE.....	per interventi di breve durata280,00
	per interventi di media durata340,00
	per interventi di lunga durata500,00
ANESTESIA LOCOREGIONALE.....	blocchi per infiltrazione150,00
	blocchi tronculari230,00
	blocchi centrali340,00
	blocchi continui500,00
SEDAZIONE IN CORSO DI PROCEDURE AMBULATORIALI	per ora100,00
SEDUTA OPERATORIA	
a) Prestazione aggiuntiva interna alla Azienda di appartenenza	
(art. 55 c. 2 CCNL 8/6/2000 e linee guida regionali applicative dell'art. 9 del CCNL 3/11/2005)	
.....	per ora60,00
b) Prestazione esterna alla Azienda di appartenenza	
.....	durata sei ore500,00
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN ANESTESIA	
Solo in caso di prestazione esterna all'Azienda di appartenenza	
.....	per ora70,00

RIANIMAZIONE

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN RIANIMAZIONE E T. I.	
Solo in caso di prestazione esterna all'Azienda di appartenenza	
.....	per ora80,00
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE RIANIMATORIA PER IL 118	
Solo in caso di prestazione esterna all'Azienda di appartenenza	
.....	per ora80,00
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE RIANIMATORIA PER L'ELISOCORSO	
Solo in caso di prestazione esterna all'Azienda di appartenenza	
.....	per ora90,00
CONSULENZA RIANIMATORIA.....	150,00

L'Anestesista Rianimatore garantisce la continuità assistenziale per la guardia attiva di Anestesia e per la guardia attiva nei reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva interni all'azienda di appartenenza in orario di servizio.

Non vengono quindi indicate tariffe Libero Professionali di minima per attività di questo tipo, il cui valore orario non potrebbe comunque essere diverso da quello indicato dal CCNL vigente e dalle linee guida regionali applicative dell'art. 9 - quadriennio normativo.

TERAPIA DEL DOLORE

VISITA AMBULATORIALE	100,00
VISITA DOMICILIARE.....	170,00
ANALGESIA PER IL PARTO	650,00
BLOCCO ANESTETICO NERVO PERIFERICO	150,00
BLOCCO ANESTETICO TRONCULARE.....	230,00
SOMMINISTRAZIONE PERIDURALE SINGOLA	340,00
SOMMINISTRAZIONE PERIDURALE CONTINUA	500,00
CONTROLLO CATETERE PERIDURALE + RIFORNIMENTO	90,00
POSIZIONAMENTO ELETTROCATETERE STIMOLATORE MIDOLLARE (SCS)	850,00
POSIZIONAMENTO/SOSTITUZIONE GENERATORE DI IMPULSI PER SCS	450,00
BLOCCO ANESTETICO DEL SIMPATICO LOMBARO	340,00
NEUROLISI DEL SIMPATICO LOMBARO (CHIMICA O A RADIOFREQUENZE).....	850,00
BLOCCO ANESTETICO DEL GANGLIO STELLATO	450,00
BLOCCO REGIONALE ENDOVENOSO DEL SIMPATICO CON GUANETIDINA.....	285,00
BLOCCO ANESTETICO DEL GANGLIO CELIACO	850,00

NEUROLISI DEL GANGLIO CELIACO O DEI NERVI SPLANCNICI.....	1.100,00
BLOCCO ANESTETICO DEL GANGLIO DI GASSER	850,00
NEUROLISI DEL GANGLIO DI GASSER (CHIMICA O A RADIOFREQUENZE).....	1.100,00
MAGNETOTERAPIA.....	per seduta50,00
ELETTROANALGESIA TRANSCUTANEA (TENS).....	per seduta50,00
LASERTERAPIA	per seduta50,00
IONOFRESI.....	per seduta50,00
ULTRASUONI	per seduta50,00
RADARTERAPIA	per seduta50,00
MESOTERAPIA.....	per seduta50,00
IONTOFORESI	per seduta60,00
AGOPUNTURA (riflessoterapia, tradizionale, elettroagopuntura, moxa)	
	prima seduta60,00
	sedute successive50,00
ANALGESIA PER IPNOSI	per seduta100,00
INFILTRAZIONI PUNTI TRIGGER	50,00
INFILTRAZIONE PERIARTICOLARE	60,00
INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE (senza rx-scopia).....	90,00
INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE (con rx-scopia)	170,00
INFILTRAZIONE "FACCETTE" ARTICOLARI LOMBARI O CERVICALI (con rx-scopia)	340,00
DENERVAZIONE "FACCETTE" ARTICOLARI LOMBARI (con rx-scopia)	450,00
IMPIANTO SPINALE PERMANENTE CON PORT SOTTOCUTANEO	850,00
IMPIANTO POMPA DI INFUSIONE PERMANENTE.....	550,00
CORDOTOMIA CERVICALE PERCUTANEA	2.200,00
TEST FARMACOLOGICI E.V. (xilocaína, ketamina, fentolamina, morfina, ecc.).....	280,00

TERAPIA IPERBARICA

VISITA AMBULATORIALE	100,00
MEDICAZIONE ED ANALGESIA	120,00
ASSISTENZA ALL'INTERNO DELLA CAMERA IPERBARICA	per ora90,00
ASSISTENZA DALL'ESTERNO DELLA CAMERA IPERBARICA	per ora60,00

PRESTAZIONI PROFESSIONALI DI SPECIALITÀ

VISITA AMBULATORIALE PER FOLLOW UP	100,00
CONSULTO SPECIALISTICO IN ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE	220,00
TRASPORTO PAZIENTE CRITICO	per ora150,00
TRASPORTO PAZIENTE CRITICO CON ELICOTTERO.....	per ora300,00
ASSISTENZA IN CORSO DI PROCEDURE ED ESAMI SPECIALI	per ora100,00
ACCESSI VENOSI CENTRALI	180,00
ACCESSI VENOSI CENTRALI PERMANENTI	500,00
PROGRAMMAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE O PARENTERALE	250,00
ASSISTENZA DOMICILIARE	prima ora350,00
	ore successive150,00
SPESE DI ACCESSO	indennità di trasferta90,00
	rimborso chilometrico € 0,35 al km più spese di pedaggio

Per le prestazioni di urgenza il costo va incrementato del 100% rispetto al valore della singola prestazione.



CENTRO DI SIMULAZIONE AVANZATA
PER LA FORMAZIONE DEL MEDICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

CALENDARIO DEI CORSI DEL 1° SEMESTRE 2013

GENNAIO 2013		FEBBRAIO 2013		MARZO 2013		APRILE 2013		MAGGIO 2013		GIUGNO 2013	
1	Mar		1 Ven Corso Itinerante ACLS Cagliari	1	Ven Corso Itinerante ACLS Vicenza	1	Lun	1	Mer	1	Sab
2	Mer		2 Sab Corso Itinerante ACLS Cagliari	2	Sab Corso Itinerante ACLS Vicenza	2	Mar	2	Gio	2	Dom
3	Gio		3 Dom	3	Dom	3	Mer Corso ACLS Bologna	3	Ven	3	Lun Anestesia Ped Bologna
4	Ven		4 Lun Anestesia Ped Bologna	4	Lun Aritmie Cardiache Bologna	4	Gio Corso ACLS Bologna	4	Sab	4	Mar Anestesia Ped Bologna
5	Sab		5 Mar Anestesia Ped Bologna	5	Mar Aritmie Cardiache Bologna	5	Ven	5	Dom	5	Mer Corso PALS Bologna
6	Dom		6 Mer Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	6	Mer	6	Sab	6	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	6	Gio Corso PALS Bologna
7	Lun		7 Gio Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	7	Gio	7	Dom	7	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	7	Ven
8	Mar		8 Ven	8	Ven	8	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	8	Mer Corso ACLS Milano	8	Sab
9	Mer		9 Sab	9	Sab	9	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	9	Gio Corso ACLS Milano	9	Dom
10	Gio		10 Dom	10	Dom	10	Mer Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	10	Ven Corso BLS-D Bologna	10	Lun Aritmie Cardiache Bologna
11	Ven		11 Lun Aritmie Cardiache Bologna	11	Lun Aritmie Cardiache Bologna	11	Gio Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	11	Sab	11	Mar Aritmie Cardiache Bologna
12	Sab		12 Mar Aritmie Cardiache Bologna	12	Mar Aritmie Cardiache Bologna	12	Ven Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	12	Dom	12	Mer
13	Dom		13 Mer Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	13	Mer Corso Itinerante ACLS Lametia T.	13	Sab Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	13	Lun Aritmie Cardiache Bologna	13	Gio
14	Lun		14 Gio Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	14	Gio Corso Itinerante ACLS Lametia T.	14	Dom	14	Mar Aritmie Cardiache Bologna	14	Ven
15	Mar		15 Ven Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	15	Ven Corso Itinerante ACLS Lametia T.	15	Lun Aritmie Cardiache Bologna	15	Mer Aritmie cardiache per specializzandi Bologna	15	Sab
16	Mer	Corso Itinerante ACLS Bologna	16 Sab Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	16	Sab Corso Itinerante ACLS Lametia T.	16	Mar Aritmie Cardiache Bologna	16	Gio Aritmie cardiache per specializzandi Bologna	16	Dom
17	Gio	Corso Itinerante ACLS Bologna	17 Dom	17	Dom	17	Mer Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	17	Ven	17	Lun
18	Ven	Corso Itinerante ACLS Bologna	18 Lun Aritmie Cardiache Bologna	18	Lun Anestesia Ped Bologna	18	Gio Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	18	Sab	18	Mar
19	Sab	Corso Itinerante ACLS Bologna	19 Mar Aritmie Cardiache Bologna	19	Mar Anestesia Ped Bologna	19	18 e 19 Corso PALS Biella	19	Dom	19	Mer Corso BLS-D Brindisi
20	Dom		20 Mer Corso BLS-D Milano	20	Mer Corso Lettura ECG Bologna	20	Sab	20	Lun Anestesia Ped Bologna	20	Gio Corso ACLS Brindisi
21	Lun	Aritmie Cardiache Bologna	21 Gio	21	Gio Gestione delle vie aeree Bologna	21	Dom	21	Mar Anestesia Ped Bologna	21	Ven Corso ACLS Brindisi
22	Mar	Aritmie Cardiache Bologna	22 Ven	22	Ven Gestione delle vie aeree Bologna	22	Lun Anestesia Ped Bologna	22	Mer Corso ACLS Roma	22	Sab
23	Mer	Corso BLS-D Milano	23 Sab	23	Sab	23	Mar Anestesia Ped Bologna	23	Gio Corso ACLS Roma	23	Dom
24	Gio		24 Dom	24	Dom	24	Mer	24	Ven	24	Lun
25	Ven		25 Lun Aritmie Cardiache Bologna	25	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	25	Gio	25	Sab	25	Mar
26	Sab		26 Mar Aritmie Cardiache Bologna	26	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	26	Ven	26	Dom	26	Mer Corso ACLS Milano
27	Dom		27 Mer Corso Itinerante ACLS Vicenza	27	Mer	27	Sab	27	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	27	Gio Corso ACLS Milano
28	Lun	Anestesia Ped Bologna	28 Gio Corso Itinerante ACLS Vicenza	28	Gio Corso BLS-D Bologna	28	Dom	28	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	28	Ven
29	Mar	Anestesia Ped Bologna		29	Ven	29	Lun	29	Mer Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	29	Sab
30	Mer	Corso Itinerante ACLS Cagliari		30	Sab	30	Mar	30	Gio Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	30	Dom
31	Gio	Corso Itinerante ACLS Cagliari		31	Dom			31	Ven		

LEGENDA DEL CALENDARIO

“Gestione delle aritmie cardiache durante l’intervento chirurgico con sistemi di simulazione” **Aritmie Bologna** – Centro SimuLearn.

“Gestione delle problematiche anestesilogiche in pediatria con sistemi di simulazione” **Anestesia Ped. Bologna** – Centro SimuLearn.

“Gestione della ventilazione non invasiva domiciliare con sistemi di simulazione” **Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna** - Centro SimuLearn.

Corsi Itineranti ACLS riservati agli iscritti dell’AAROI-EMAC:

Corsi Itineranti ACLS + sede. Per l’iscrizione gratuita rivolgersi ai rispettivi Presidenti Regionali.

Corsi residenziali BLS-D – ACLS – PALS – Gestione vie aeree – Lettura ECG con pagamento della quota di iscrizione (per iscriversi contattare la dott.ssa Laura Bendoricchio 335- 7217103). **Corso + sede.**

Il “Centro SimuLearn” dove si svolgono sia i Corsi di Simulazione medica avanzata sia i Corsi AHA (American Heart Association) si trova a Bologna in via Piero Gobetti, 52.

Per ulteriori informazioni contattare la Segreteria dell’AAROI-EMAC di Roma al numero 06 47825272.

CONVENZIONE ALBERGHIERA

Per venire incontro alle necessità dei colleghi che frequentano i Corsi di Simulazione medica avanzata ed i Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare, in particolare per quanto riguarda la sistemazione alberghiera, l’AAROI-EMAC ha stipulato una convenzione con il SAVHOTEL – via Parri, 9 – 40128 Bologna – usufruendo delle seguenti tariffe agevolate:

- camera doppia uso singola: 69 euro
- camera doppia: 79 euro
- tariffa per la cena di lunedì: 25 euro
- garage: 5 euro al giorno

Le camere verranno riservate fino a 15 giorni prima della data di arrivo.

Servizi inclusi: – American buffet breakfast – Connessione internet WI-FI – Accesso area fitness 24 ore – Coffee station dalle ore 10 alle ore 18

SAVHOTEL



BOLOGNA

per prenotare:

Tel. 051-361361 – Fax 051-373511

reservation@savhotel.it – www.savhotel.it

Continua dalla prima pagina

La diffida promossa dall'AAROI-EMAC e dalla SIAARTI per la corretta articolazione delle strutture semplici e complesse

parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale;

- pertanto, in buona sostanza, allo stato della legislazione attuale, se, nell'ambito della *spending review*, sarà possibile ridurre il numero delle Strutture Complesse, ove la situazione sanitaria e organizzativa lo renda necessario e possibile, non è invece possibile procedere ad operazioni che tendano a rendere incerta e opinabile la linea di demarcazione tra Strutture Semplici e Complesse;

premessato altresì che:

- si assiste invece ad un preoccupante e crescente fenomeno di confusione - "incoraggiato" proprio dai processi di *spending review*, come se quest'ultima potesse autorizzare ogni stravolgimento dei principi cardine della professione medica e dell'organizzazione del SSN - nelle modalità con le quali molte Aziende Sanitarie ritengono di poter regolamentare alcuni profili fondamentali relativi agli incarichi di direzione delle Strutture Semplici e Complesse;
- tale fenomeno - che è trasversale e coinvolge quindi pressoché tutte le discipline - presenta per la disciplina di Anestesia e Rianimazione profili problematici specifici, connessi alle peculiarità tipiche della nostra disciplina;

premessato, in particolare, che:

- esistono strutture complesse aventi denominazioni diverse rispetto a quelle delle discipline previste dal d.p.r. n. 484 del 1997 e dal d. m. 30 gennaio 1998;
- esistono strutture semplici riconducibili alla disciplina di "Anestesia e Rianimazione" dirette da dirigenti medici specializzati in tale disciplina, che sono inserite all'interno di Strutture Complesse o di Dipartimenti appartenenti ad altre discipline;
- in molti ospedali il servizio di "Anestesia e Rianimazione" prima organizzato secondo la modalità della Struttura Complessa di "Anestesia e Rianimazione", è stato "derubricato" a Struttura Semplice, e inserito in un'unica Struttura Complessa che copre ambiti territoriali anche molto ampi;

rilevato, con riferimento alla problematica della denominazione delle Strutture Complesse che:

- il sistema normativo non consente assolutamente di "piegare" le nozioni di "struttura semplice" e "struttura complessa" alle più diverse ed eterogenee esigenze;
- infatti, già l'art. 15 del d.lgs. n. 502 del 1992, laddove stabilisce che "gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484," pone un chiaro nesso tra responsabilità di strutture complesse e specializzazione, (tanto che alla stessa specializzazione devono appartenere i componenti della Commissione di cui all'art. 15-ter, comma 2 del D. Lgs. n. 502 del 1992);
- l'art. 4 del d.p.r. n. 484 del 10 dicembre 1997 prevede chiaramente che "gli incarichi di secondo livello dirigenziale per i profili professionali del ruolo sanitario possono essere conferiti esclusivamente nelle discipline stabilite con decreto del Ministro della sanità" e, cioè, nelle discipline di cui al d.m. 30 gennaio 1998 e successive modifiche;
- la necessità di una stretta correlazione tra specializzazione ed ambiti organizzativi nei quali l'attività deve essere esercitata è confermata sia dall'art. 5 del DPR n. 487 del 1997 ("requisiti"), in base al quale "l'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici" è riservato a coloro che sono in possesso, di... "anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina"; sia dal successivo art. 6 ("specificità attività professionale"), in base al quale "l'aspirante all'incarico di secondo livello dirigenziale in una delle discipline di cui all'articolo 4 deve aver svolto una specifica attività professionale nella disciplina stessa dimostrando di possedere" "una casistica di specifiche esperienze e attività professionali come stabilito, per ogni disciplina e categoria professionale, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità"; sia dall'ancora successivo art. 8, che detta i "criteri sul colloquio ed il curriculum professionale", laddove è ribadito che ogni valutazione è relativa alle capacità professionali del candidato nella "specificità disciplina", alla quale ogni titolo deve essere "strettamente pertinente". Ed infatti, tali norme - laddove individuano le caratteristiche del percorso professionale per giungere ad in-

carichi di direzione - devono essere lette alla luce dell'art. 10 dello stesso DPR. n. 487 del 1994, secondo il quale "ai fini della valutazione dei servizi prestati e delle specializzazioni possedute dal candidato si fa riferimento alle rispettive tabelle stabilite con decreto del Ministro della sanità";

- pertanto, tale sistema normativo indica inequivocabilmente che **le Strutture Complesse esistenti all'interno di ciascuna Asl devono avere denominazioni corrispondenti alle discipline previste dall'art. 4 del D. P. R. 484 del 1997.**
- ed infatti, il termine "disciplina" utilizzato all'interno delle norme appena richiamate deve essere necessariamente letto in coordinamento con quanto disposto dall'art. 4 del d.p.r. n. 484 del 1997, norma che, come detto, contiene la specificazione delle **uniche discipline rilevanti ai fini dell'attribuzione di incarichi di direzione di struttura complessa;**
- di conseguenza, si deve anche ritenere che la "disciplina" a cui si fa riferimento nelle citate disposizioni debba necessariamente rientrare tra una di quelle elencate dal suddetto art. 4;
- con l'ulteriore conseguenza che non vi è spazio, secondo le intenzioni del legislatore, per strutture complesse in discipline diverse da quelle contemplate da tale norma;
- peraltro, ciò appare anche ragionevole e coerente in quanto, in caso contrario, si rischierebbe - come in effetti sta avvenendo - la creazione di strutture complesse aventi **le più disparate denominazioni e ambiti di disciplina**, con conseguenti disuguaglianze organizzative nell'ambito del sistema sanitario nazionale tra una Asl ed un'altra;
- è solo da aggiungere che il d.lgs. n. 502 del 1992 (e il DPR N.484/97 ivi richiamato), per costante giurisprudenza, detta, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, **principi fondamentali**, riservati alla legislazione dello Stato, onde non possono essere introdotte a livello regionale delle norme che contrastino con quei principi;

rilevato, con riferimento alla problematica della collocazione organizzativa delle Strutture Semplici che:

- sebbene per le Strutture Semplici non esista una norma che, come l'art. 4 del DPR n. 484 del 1997, ponga una stretta correlazione tra incarico e disciplina, è però vero che i citati artt. 5, 6, 8 e 10 dello stesso DPR pongono la necessità di una stretta correlazione tra specializzazione ed ambiti organizzativi nei quali l'attività specialistica è esercitata;
- ed infatti i Responsabili di Strutture Semplici sottostanno al Direttore di Struttura Complessa (dal punto di vista organizzativo e clinico) o al Direttore di Dipartimento (solo dal punto di vista organizzativo) in base al tipo di Struttura Semplice alla quale sono preposti (se dipendente da Struttura Complessa o dipartimentale);
- esistono Strutture Semplici dirette da specialisti di Anestesia e Rianimazione che sottostanno a Direttori di Struttura Complessa o di dipartimento di altre branche;
- in base alle normative attuali, ciò determina rilevanti problemi in ordine alla corretta attribuzione della responsabilità clinica;
- ed infatti, i Direttori di Struttura Complessa sono gli esclusivi titolari delle responsabilità professionali che tutt'ora derivano dai compiti del Primario di cui al DPR 128/69, e che si sommano ai compiti gestionali che sono stati loro attribuiti dal DLG. 502/92;
- solo il responsabile di Struttura Complessa, come la precedente figura del Primario, tutt'ora "ha la responsabilità dei malati" della Struttura che dirige, e, in tale veste, deve avere "informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri medici cui il paziente sia stato affidato, indipendentemente dalla responsabilità degli stessi, tanto al fine di vigilare sulla esatta impostazione ed esecuzione della terapia, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze" (Cass. Sez. III n. 24144 del 29 novembre 2010);
- pertanto i Dirigenti Medici Anestesisti Rianimatori, responsabili di Strutture Semplici, devono dipendere, per quanto riguarda la responsabilità clinica dei pazienti, da Dirigenti medici responsabili di Strutture Complesse, appartenenti alla medesima disciplina, in quanto, altrimenti, non ci sarebbe la possibilità di corretta attribuzione della responsabilità clinica sulla loro attività;
- ciò, naturalmente, non significa voler "ingessare" i necessari processi di integrazione professionale e di multidisciplinarietà, ma significa rilevare che tali processi devono essere attuati, in base alla normativa vigente, tenendo ferme le "catene di responsabilità" proprie di ogni disciplina;

rilevato altresì, con riferimento alla problematica della trasformazione delle Strutture Complesse in Strutture Semplici che:

- si assiste ad un fenomeno sempre più diffuso, in base al quale Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione esistenti presso presidi ospedalieri vengono "declassificate" a Strutture Semplici, mantenendo però sostanzialmente invariati compiti ed attività, e vengono contestualmente "create" Strutture Com-

plesse che comprendono più Strutture Semplici "ex complexe", spesso dislocate su un territorio ampio, a distanza anche di decine di chilometri l'una dall'altra, con rilevanti problemi logistici ed impossibilità di una effettiva e continuativa presenza del Responsabile;

- la conseguenza è che, al di là di operazioni "cosmetiche" più o meno efficaci, che vorrebbero "dipingere" un quadro di effettiva riorganizzazione e ridistribuzione delle responsabilità, quel che avviene nella realtà è che i responsabili delle Strutture Semplici "declassificate" si trovano a dover affrontare giornalmente gli stessi gravosi compiti professionali ed organizzativi di prima, senza però avere più lo stesso formale "ruolo" e, ovviamente, nemmeno lo stesso trattamento economico;
- senonché, da un lato, l'autonomia organizzativa delle ASL non può essere spinta sino a giustificare operazioni meramente "nominalistiche", lasciando immutate le modalità concrete con le quali compiti ed attività vengono svolti;
- dall'altro lato, la configurazione delle Strutture Complesse deve essere tale, sotto il profilo anche dimensionale e logistico, da consentire al suo responsabile di esercitare in modo concreto la responsabilità clinica, e questo non è possibile se quella configurazione impedisce la "prossimità" del responsabile ai malati;
- ciò è tanto più vero per le attività afferenti alla disciplina di Anestesia e Rianimazione, per le quali spesso la tempestività dell'intervento è essenziale ai fini della sua efficacia (si pensi a scelte che devono essere fatte durante un intervento chirurgico in sala operatoria, o in una fase critica del paziente in rianimazione);
- pertanto, in una Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione che accorpi più "Strutture Semplici" (ex Complesse) dislocate in diversi Ospedali, il Responsabile della Struttura Complessa non può esercitare effettivamente la "responsabilità dei malati", in quanto, come ricordato, ciò implica la possibilità concreta ed effettiva di "vigilare sulla esatta impostazione ed esecuzione della terapia, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze" (Cass. Sez. III n. 24144 del 29 novembre 2010);

tutto ciò premeato e rilevato

si diffidano codeste Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in persona dei rispettivi Direttori Generali:

- dall'istituire o mantenere (se già istituite) Strutture Complesse afferenti alla Disciplina di Anestesia e Rianimazione con denominazioni diverse e comunque non rispettose dell'elencazione contenuta nel d.m. 30 gennaio 1998 e successive modifiche;
- dal regolamentare l'organizzazione delle Strutture Semplici afferenti alla Disciplina di Anestesia e Rianimazione, in modo da non consentire che le stesse dipendano, per quanto riguarda la responsabilità clinica dei pazienti e l'organizzazione, da Direttori di Strutture Complesse afferenti ad altre Discipline;
- dal procedere alla "declassificazione" (o dal mantenere la "declassificazione" già attuata) come Strutture Semplici, di Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione già esistenti presso presidi ospedalieri nei quali la necessità della presenza del Responsabile di Struttura Complessa discende indefettibilmente dall'esigenza di garantire il concreto esercizio da parte di quest'ultimo della responsabilità clinica, connotata nella specifica disciplina da particolari esigenze di tempestività;
- dal mantenere comunque situazioni organizzative, che impediscano al Responsabile di Struttura Complessa il concreto, continuativo ed effettivo esercizio dei compiti di cura, prevenzione e presidio delle emergenze, connaturali alla responsabilità clinica che gli compete su tutti i pazienti affidati alla Struttura Complessa, ovunque dislocati;

inoltre si invitano codesti Assessori Regionali alla Sanità e codesto Ministro della Salute, ciascuno per quanto di rispettiva competenza:

- a porre in essere tutte le iniziative necessarie per garantire il rispetto di quanto sopra indicato;
- ad attivarsi in particolare per rimuovere le situazioni anomale già esistenti sul territorio;
- a dettare specifici criteri per evitare che situazioni analoghe si ripetano in futuro.

Con l'avvertenza che, in difetto, verranno portate avanti in tutte le competenti sedi, le iniziative ritenute più opportune per la tutela della categoria e degli assistiti.

dott. Vincenzo Carpino
Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC

prof. Massimo Antonelli
Presidente Nazionale della SIAARTI

Continua dalla prima pagina

Bilancio di 13 mesi di governo Monti

del 10% sugli importi che superano rispettivamente i 90.000 e i 150.000 euro lordi annui. Anche sulle pensioni future (non solo su quelle in godimento) incombono incognite pesanti quali: gli adeguamenti periodici dei requisiti anagrafici e contributivi all'incremento dell'aspettativa di vita; la rivalutazione degli accantonamenti previdenziali annuali sulla base del PIL quinquennale; la revisione periodica, in peggio, dei coefficienti di trasformazione delle pensioni contributive. Il Premier Monti ha più volte ribadito che gli obiettivi che il nostro Paese deve perseguire sono, oltre al vigore, la crescita del nostro PIL (Prodotto Interno Lordo) e la lotta alla disoccupazione. Se non si centreranno questi due obiettivi non potrà essere rispettato l'impegno preso da Monti con la sottoscrizione del fiscal compact, che prevede per il nostro Paese, in

20 anni, la riduzione del deficit dal 120% circa del PIL al 60%. Ed ecco l'incoerenza del Governo rispetto alle dichiarazioni. Per quanto riguarda la crescita del PIL sono state incrementate le tasse di ogni tipo, la benzina, l'IVA, è stata reintrodotta l'ICI nella forma appesantita dell'IMU ed è stato bloccato il rinnovo dei contratti del pubblico impiego per 5 anni, provvedimenti che hanno indotto a stagnazione, recessione e riduzione dei consumi determinando malessere sociale. Rispetto alla lotta alla disoccupazione (crescita dell'occupazione) il Governo Monti ha sensibilmente incrementato l'età pensionabile degli attuali occupati (anche di 3-4 anni per chi è nato negli anni 1952, 1953, 1954) nonché ha perseverato nel blocco delle assunzioni in tutto il pubblico impiego che sta desertificando le corsie ospedaliere delle professionalità necessarie. Ma anche sul fronte del rigore, tanto sbandierato, non mancano le incoerenze, le omissioni, le contraddizioni. Nulla su una patrimoniale sui grandi capitali e sulle grandi rendite; nulla sulla

riduzione dei costi della politica; nulla sulla lotta agli sprechi, alle clientele ed al malaffare; nulla sulla dismissione del patrimonio immobiliare pubblico inutilizzato per iniziare a ridurre il nostro debito pubblico; nulla sulla riforma della legge elettorale; nulla su una chiamata severa ai loro obblighi e responsabilità anche per Banche e Assicurazioni che, pur non tutelando i risparmiatori, pretendono di essere poste in salvo in caso di fallimento; poco o nulla contro l'evasione fiscale. Ma andiamo a vedere cosa ha fatto il Governo Monti sulla sanità. Tre i provvedimenti approvati: il primo è il Decreto "Cresci Italia" del Ministro per lo Sviluppo Corrado Passera che ha messo mano al settore delle farmacie. Poi è arrivata la "Spending review" con i suoi tagli lineari e con una riduzione delle risorse di 6,8 miliardi di euro fino al 2015. Terzo intervento il decreto voluto fortemente dal Ministro della Salute Balduzzi, un provvedimento che si propone di riorganizzare il SSN, ma senza spendere un euro in più. La legge ha affrontato alcuni nodi fra cui la rifor-

ma delle cure primarie (con una medicina del territorio a disposizione 24 ore su 24 e per tutti i giorni della settimana) la libera professione intramoenia, la copertura assicurativa per utenti e operatori del SSN, la scelta meritocratica dei dirigenti di vertice della ASL ed è intervenuta anche su scelte personali (giocare, bere, fumare) e sulla sicurezza alimentare. La Legge Balduzzi deve fare comunque i conti con la limitatezza delle risorse e con la resistenza delle Regioni che non tollerano intrusioni nella loro sfera di competenze. Un anno molto duro per la Sanità, al limite della sostenibilità, che ha generato la grande manifestazione unitaria dalla dirigenza medica dello scorso 27 ottobre a Roma a cui hanno partecipato 20 mila camici bianchi. Dopo la cura da cavallo il sistema vacilla. È in gioco la sostenibilità di un servizio sanitario equo, universale, solidale e gratuito per la difficoltà di reperire risorse economiche per la copertura del fabbisogno. Ne sapremo sicuramente di più dopo il 25 febbraio.

Vincenzo Carpio

L'EREDITÀ DI BALDUZZI

Che cosa resta e quali punti sono ancora in sospeso dopo 13 mesi dell'ultimo inquilino al dicastero della salute

Per capire quale sarà il suo futuro bisognerà attendere l'esito delle elezioni politiche ormai alle porte. Ma in un anno e poco più di passaggio alla guida della Salute, il ministro "tecnico" Renato Balduzzi ha già cercato di lasciare una traccia. In primis con quella che ha definito "manutenzione straordinaria" del Servizio sanitario nazionale. Azione resa indispensabile dal contesto di scarse, anzi scarsissime, risorse. Che ha imposto una rivisitazione del sistema della Sanità pubblica puntando a stanare disorganizzazioni e sprechi (che il commissario Enrico Bondi aveva stimato in tre miliardi di euro l'anno) e a generare maggiore efficienza. Con l'obiettivo ambizioso di mantenere inalterati i servizi.

Un obiettivo raggiunto per il ministro, che ha fatto prima di Natale un bilancio dell'attività soprattutto sul fronte dei tagli (o risparmi) imposti alla Sanità che alla fine, dopo anni di spese incontrollate, si è riusciti a riportare sotto controllo: con circa 13 miliardi di risorse in meno nel prossimo biennio il Ssn, ha chiarito Balduzzi, è sostenibile, perché i margini per intervenire su sprechi, inefficienze, quando non vere e proprie sacche di illegalità, ci sono eccome. E attraverso la Spending review e il decreto Salute e Sviluppo si sono indicati anche gli strumenti attraverso cui pervenire a una spesa più virtuosa. La clausola indispensabile è però quella di lavorare "con il massimo di condivisione possibile" con le Regioni, vero tasto dolente visto che con i governatori non si è riusciti a raggiungere intesa su quasi niente altro.

E così dalla riorganizzazione della rete ospedaliera alla "rivoluzione h24" della medicina generale, passando per la riforma dei ticket, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e il (mancato) rinnovo del Patto per la Salute è pesante l'eredità di azioni e interventi che rischiano di rimanere incompiuti. C'è un elenco lungo di questioni sospese, guardando fuori ma anche dentro il Parlamento, dove non vedranno mai la luce interventi come la riforma degli ordini professionali o della responsabilità del medico. Senza considerare le questioni di bioetica, dalla legge sul fine vita (ormai definitivamente archiviata), alle linee guida della legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita, più volte sottoposta al giudizio della Corte Costituzionale.

Ma sul fronte dei provvedimenti approvati in attesa di attuazione, ci sono anche i nuovi concorsi per le farmacie, che le Regioni stanno attivando in queste settimane, la revisione del prontuario farmaceutico che l'Agenzia italiana del farmaco dovrebbe completare entro giugno 2013, l'adozione dei prezzi di riferimento per l'acquisto di beni e servizi (sanitari e non) e dei dispositivi medici. Per questi ultimi la procedura è attualmente sospesa dal Tar, che si pronuncerà in via definitiva a marzo, e nel frattempo ha chiesto chiarimenti all'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (Avcp). Tutto il comparto farmaceutico, comunque, ha contribuito in modo corposo alla tenuta dei conti pubblici. Sommando l'ultima manovra Tremonti del 2011 e la Spending review la spesa farmaceutica ha subito una sforbiciata, secondo gli ultimi numeri forniti dal ministero della Salute, di 325 milioni nel 2012, che salgono a 1.474 miliardi nel 2012 e nel 2013. In particolare per lo scorso anno, oltre alla modifica dei tetti per la spesa territoriale ospedaliera, sono aumentati gli sconti a carico di farmacie (al 2,25%) e aziende (al 4,1%), chiamate anche a ripianare gli eventuali sforamenti di spesa, in attesa della definizione del nuovo sistema di remunerazione (sul quale al momento si registra uno stallo). Sui farmaci si è consumata in Parlamento anche la "battaglia dei generici", con il tentativo da parte dei parlamentari di smontare la norma introdotta con la Spending review per spingere il mercato (e la "cultura", come ha più volte sottolineato Balduzzi)

del farmaco equivalente. Alla fine è rimasto l'obbligo di indicare sempre in ricetta il principio attivo del farmaco, in presenza di equivalenti, anche quando il medico scelga di indicare una specifica marca di medicinale.

Per venire incontro alle difficoltà denunciate dalle aziende, intanto, al ministero dello Sviluppo Economico è stato aperto un tavolo sulla farmaceutica, con l'obiettivo di disegnare nuove strategie di rilancio per il settore che consegnerà un'agenda di lavoro per il prossimo esecutivo.

E i tecnici lasceranno in eredità anche i nuovi livelli essenziali di assistenza, tassello fondamentale per valutare il fabbisogno sanitario da garantire alle Regioni, che includeranno per la prima volta l'epidurale per il parto indolore tra le prestazioni rimborsate del servizio sanitario, così come 110 nuove malattie rare che da anni aspettano di essere riconosciute, insieme a cinque altre nuove patologie croniche. Nulla di quanto garantito prima uscirà dai Lea, ma il lavoro si è concentrato sull'appropriatezza delle prestazioni: ecco allora che, ad esempio, non saranno più rimborsati ricoveri inutili e alcune prestazioni passeranno da ospedaliera ad



ambulatoriali (come gli interventi per cataratta o tunnel carpale). Il documento dovrà però ricevere il parere delle commissioni parlamentari competenti (che possono esprimersi anche a Camere sciolte) e superare l'intesa (mai facile) con le Regioni.

Se gli strumenti per il governo della spesa messi a disposizione dall'esecutivo dei tecnici sono numerosi ma tutti da verificare, ad essere assicurati al momento sono proprio i nuovi tagli alle risorse del servizio sanitario (600 milioni nel 2013, un miliardo a regime nel 2014), che si aggiungono a quelli della Spending review e delle ultime manovre 2011, e che portano a 13,8 miliardi di euro nel biennio il defanziamento della Sanità pubblica. Proprio l'ultimo provvedimento targato Tremonti lascia in eredità al prossimo governo una delle questioni più spinose: la "bomba" (come l'ha definita qualche settimana fa Balduzzi), di 2 miliardi aggiuntivi che andranno recuperati a partire da gennaio 2014 attraverso i ticket. Riformare il sistema di compartecipazione della spesa è stato un obiettivo rilevante per Balduzzi sin dal suo insediamento. Ma fino ad oggi, più in là di simulazioni di un nuovo sistema a franchigia (con soglie basate sul reddito o sull'Isee, l'indicatore della situazione economica equivalente) non si è andati. Ma il ministro lascia un documento "di indirizzo politico" che tiene conto

del monito del presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, che ha indicato con lo slogan "chi ha di più paghi di più" la direzione in cui ci si deve muovere per rinnovare, mantenendo sostenibile, il servizio sanitario nazionale. Per rispondere a questa indicazione, ha però sottolineato Balduzzi, "è necessaria una maggiore fedeltà fiscale e sanitaria, per evitare di premiare gli evasori anche con la gratuità delle cure". Per questo si sta studiando uno strumento "più forte e incisivo", puntando sull'incrocio di banche dati (compresa la nuova ricetta elettronica) per scovare gli evasori e i falsi esenti.

Sarà comunque compito del prossimo esecutivo tradurre l'indirizzo in atti concreti, perché anche questo nodo va affrontato con le Regioni, in trincea permanente contro i tagli al Fondo sanitario, talmente incisivi da rendere "impossibile" il Patto per la Salute, la cornice di lavoro e di priorità comuni tra governo e autonomie, scaduto a fine 2012. Le Regioni aspettano il nuovo governo per affrontare l'argomento (con la speranza che magari si possano ammorbidire le sforbiciate alle risorse). Altro tema che scotta su questo fronte la definizione dei costi standard. Saltata l'intesa, il Governo (su spinta dell'Economia) ha varato il Dpcm con i criteri per l'individuazione delle cinque Regioni tra cui scegliere le tre benchmark per la definizione di costi e fabbisogni standard per la spesa regionale nel settore sanitario. I criteri indicati dall'esecutivo sono di fatto quelli della virtuosità economica e non hanno tenuto conto di una delle principali richieste dei governatori, il criterio geografico che permettesse la rappresentanza anche di una Regione del Sud (la candidata era la Basilicata). Ora, sulla carta, il riparto del Fondo sanitario dovrà avvenire sulla base dei costi standard già da quest'anno.

E mentre saranno alle prese con la nuova definizione dei criteri per dividersi un tesoretto che per il 2013 è fissato in oltre 107 miliardi, le Regioni dovranno anche avviare il processo di riduzione progressiva dei posti letto imposto dalla Spending review, fino ad arrivare a 3,7 posti letto per mille abitanti (di cui 0,7 per post-acute, lungodegenza e riabilitazione). A regime nel 2015 ci saranno in totale 7.389 posti in meno, ma non tutte le Regioni dovranno tagliare. La maggior parte del processo infatti, interesserà la riconversione di letti per acuti (cioè tutti quelli che servono ai ricoveri ad esempio per gli interventi di emergenza o programmati) a letti per la lungodegenza e la riabilitazione, con un saldo che per i primi registrerà un -4.043 e per i secondi un +6.653. Le Regioni dovranno procedere alla riduzione-riconversione, attraverso la soppressione di unità operative, che dovranno rispondere ai nuovi requisiti fissati dal regolamento sugli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Un processo legato a doppio filo alla revisione della rete della medicina territoriale, l'altra linea portante dell'azione di Balduzzi sull'architettura della Sanità pubblica, che dovrebbe portare ad avere medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, associati in maxi-ambulatori aperti h24 sette giorni su sette per garantire l'assistenza di base. Un filtro anche contro l'accesso inappropriato al Pronto Soccorso e un tentativo di dare risposte di salute il più possibile vicino al cittadino. Una piccola "rivoluzione" delineata dal decreto Balduzzi e che deve passare per il rinnovo a costo zero della convenzione coi professionisti (alle battute iniziali e tutta in salita). Fermo restando che le Regioni potranno utilizzare i risparmi generati dalla riorganizzazione della rete ospedaliera per rinnovare anche quella della medicina territoriale. Con l'obiettivo finale di dare concretezza alla tanto decantata, ma mai realizzata davvero finora, continuità ospedale-territorio.

DEFINIZIONE

Il termine anafilassi è stato usato per tutte le patologie che pongono in pericolo la vita, innescate da un'alterata sensibilità (ipersensibilità) a un agente scatenante e per attacchi apparentemente spontanei con caratteristiche simili (anafilassi idiopatica). Questo ha reso difficile la definizione. La commissione sulla nomenclatura dell'EAACI (L'Accademia Europea di Allergologia e Immunologia Clinica) ha proposto la seguente definizione:

L'anafilassi è una grave reazione d'ipersensibilità sistemica che pone in pericolo la vita.

Le reazioni minori localizzate o non sistemiche sono escluse dalla definizione di anafilassi. L'anafilassi può essere divisa in "anafilassi allergica" e "anafilassi non allergica": le caratteristiche cliniche dell'anafilassi allergica e dell'anafilassi non-allergica possono essere simili. La commissione EAACI propone che il termine "anafilassi allergica" deve essere usato solo quando la reazione è mediata da un meccanismo immunitario (come ad esempio IgE, IgG, o attivazione del complemento da immunocomplessi). Una reazione anafilattica mediata da anticorpi IgE, come da amoxicillina, è indicata come "anafilassi allergica IgE mediata". Il termine anafilatoide è stato introdotto per le reazioni non IgE mediate. In queste linee guida si fa riferimento alla nomenclatura europea (EAACI).

L'anafilassi non è un processo omogeneo: la via, i mediatori, il tempo e la risposta al trattamento dipendono dall'agente scatenante, la via e la velocità di somministrazione, il tipo d'ipersensibilità del paziente e il suo stato di salute comprese patologie presenti come malattie respiratorie e cardiovascolari e l'effetto della somministrazione concomitante di farmaci come i -bloccanti e gli ACE-inibitori. Sebbene l'anafilassi comunemente comporti modificazioni respiratorie, cutanee e circolatorie, sono possibili varianti con shock con disturbi gastrointestinali o shock solo. In alternativa le manifestazioni possono essere mortali in assenza di uno shock importante se non nella manifestazione terminale dopo l'arresto respiratorio.

L'angioedema e l'orticaria possono essere caratteristiche dell'anafilassi ma comunemente sono dovuti a meccanismi diversi dall'anafilassi. *La distribuzione del volume intravascolare è un'importante componente dello shock anafilattico. La portata cardiaca può essere ridotta come conseguenza di una riduzione della pressione di perfusione coronarica o per un ritorno venoso compromesso.*

La liberazione di mediatori locali può determinare spasmo delle coronarie e conseguente insufficienza ventricolare acuta destra o sinistra. Ci si deve aspettare un'ischemia miocardica entro pochi minuti dalla comparsa di uno shock anafilattico grave. L'asfissia può essere dovuta all'occlusione delle vie aeree superiori da angioedema o broncospasmo con produzione di muco delle basse vie aeree; quest'ultima manifestazione si ha soprattutto in pazienti in terapia per asma. Entrambi questi processi si possono manifestare contemporaneamente in pazienti con allergia agli alimenti, al latte, agli antibiotici -lattamici, all'aspirina. L'anafilassi di solito si risolve in 2-8 ore ma le manifestazioni secondarie del quadro clinico e il suo trattamento possono prolungarsi. Si ha una risoluzione completa ad eccezione dei casi in cui l'ipossia cerebrale durante la fase più critica del quadro clinico, causa un danno cerebrale o quando alterazioni della coagulazione determinano un sanguinamento.

EPIDEMIOLOGIA

Variazioni geografiche

Molti quadri clinici di anafilassi sono stati descritti in Francia, Australia, Nuova Zelanda e Regno Unito. Altri casi gravi sono stati descritti in Scandinavia e USA. La vera incidenza e la morbilità e mortalità che si accompagnano sono poco note. L'accuratezza e la completezza delle descrizioni non sono ottimali. Il 10% delle reazioni anafilattiche descritte dall'Agenzia per il Controllo Medico (MCA) nel Regno Unito sono state mortali. Questi dati devono essere interpretati con cautela poiché è possibile che alcune reazioni meno gravi non siano state descritte. Le manifestazioni che si ritengono siano effetti secondari di alcuni farmaci, per esempio, reazioni istaminergiche dovute all'atracurio, al mivacurio, non sempre sono descritte. Durante un periodo di tempo di 6 anni sono state comunicate alla MCA solo 361 reazioni allergiche. In 2 anni sono stati segnalati in Francia 789 reazioni allergiche su una popolazione analoga in cui è molto consolidata la cultura di segnalare le reazioni allergiche associate all'anestesia. *Facendo riferimento agli studi eseguiti in Australia e Francia si ritiene che l'incidenza dell'anafilassi in anestesia sia*

compresa tra 1 caso ogni 10.000-20.000 anestesie. La vera incidenza dell'anafilassi durante l'anestesia nel Regno Unito è sconosciuta. Estrapolando i dati della Francia e dell'Australia da quelli del Regno Unito, si ritiene che vi siano almeno 500 reazioni allergiche ogni anno. Le reazioni anafilattiche sono più frequenti quando si usano farmaci endovenosi. In un ampio studio una base immunologia è stata dimostrata in 2/3 dei pazienti studiati per anafilassi: i restanti comprendono casi d'anafilassi non allergica e meccanismi diversi dall'anafilassi. I test comunemente disponibili per la diagnosi di anafilassi in anestesia sono imprecisi. I test cutanei e quelli sul sangue hanno una sensibilità e specificità limitata e la loro capacità predittiva varia con i diversi farmaci.

Caratteristiche dei pazienti

I bloccanti neuromuscolari (curari) e il latte sembrano le cause più comuni di anafilassi nei soggetti di sesso femminile in anestesia. Sembra ci sia una relazione tra il fumo e l'anafilassi da antibiotici, probabilmente perché i fumatori si sarebbero sensibilizzati in seguito ad esposizioni ripetute agli antibiotici nel trattamento delle infezioni delle vie aeree. I soggetti con anamnesi positiva per atopìa, asma e allergia ad alcuni alimenti sembrano avere un rischio maggiore per l'allergia al latte ma non all'anafilassi, ai bloccanti neuromuscolari o agli antibiotici. L'anafilassi da mezzi di contrasto radiologici sembra associata all'atopia. I pazienti asmatici che fanno uso di -bloccanti possono presentare un aggravamento del quadro clinico. Alcune di queste manifestazioni possono essere refrattarie alla comune terapia.

Possibili sensibilizzazione con sostanze ambientali

La prevalenza di manifestazioni anafilattiche ai bloccanti neuromuscolari è almeno sei volte più frequente in alcune regioni.

È notevolmente più frequente in Norvegia rispetto alla Svezia. *Si ritiene che il gruppo ammonio quaternario è l'epitopo causa dell'allergia ai bloccanti neuromuscolari. Sostanze chimiche comuni presenti nell'ambiente come dentifrici, detersivi, shampoo, farmaci per la tosse presentano questo gruppo chimico in comune con i bloccanti neuromuscolari. Per un soggetto predisposto esistono diverse possibilità di sensibilizzazione al gruppo ammonio quaternario e essere pertanto a rischio per manifestare anafilassi ai bloccanti neuromuscolari durante anestesia. In uno studio recente scandivano si è evidenziato che l'uso di alcuni farmaci per il trattamento della tosse costituiva la sola differenza nell'esposizione chimica ambientale. In Norvegia ma non in Svezia gli sciroppi per la tosse contenenti codeina sono acquistabili liberamente senza prescrizione. Nel 6% della popolazione generale (dei donatori di sangue) erano presenti anticorpi IgE verso la codeina in Norvegia ma non in Svezia.*

Miorilassanti

Circa il 60% dei casi di anafilassi durante l'anestesia sono dovuti ai bloccanti neuromuscolari evidenziati con gli skin tests. Il mivacurio e l'atracurio determinano quadri di anafilassi non allergica in cui la liberazione di mediatori (istamina) dai mastociti imita in maniera precisa l'anafilassi non allergica.

Il cistracrium, sebbene presenti una struttura con benzilisoquinolinio non presenta manifestazioni di anafilassi non allergica, sebbene siano stati descritti numerosi casi di anafilassi allergica.

Si ritiene che la succinilcolina sia un bloccante neuromuscolare associato ad anafilassi allergica; il rocuronio è stato coinvolto in Francia in un numero di casi analoghi. La prevalenza della sensibilizzazione ai bloccanti neuromuscolari nella popolazione è maggiore di quella che l'incidenza delle reazioni può suggerire. In uno studio, circa il 10% della popolazione generale ha evidenziato una reattività cutanea ai bloccanti neuromuscolari, un'incidenza che eccede la frequenza dell'anafilassi che si manifesta somministrando questi farmaci durante l'anestesia. Non è necessaria una precedente esposizione al farmaco soprattutto per i bloccanti neuromuscolari. Una precedente esposizione si rileva in meno del 50% dei pazienti allergici ai miorilassanti. Al contrario un'esposizione occasionale può sensibilizzare un soggetto a una successiva somministrazione del farmaco. Una sensibilità crociata tra diversi bloccanti neuromuscolari è relativamente comune, probabilmente perché presentano un ammonio quaternario come epitopo. Se si sospetta un'anafilassi a un bloccante neuromuscolare il paziente deve essere sottoposto a prick test cutaneo con tutti i bloccanti neuromuscolari in uso. Se il paziente evidenzia uno skin test positivo (SPT) a un bloccante neuromuscolare, deve essere

le Pagine

Reazioni allergiche as

avvertito per evitare future esposizioni se possibile a tutti i bloccanti neuromuscolari. Se in futuro fosse indispensabile l'uso di un bloccante neuromuscolare in anestesia, sarebbe corretto permettere l'uso di un bloccante neuromuscolare verso il quale il paziente presenta uno skin test negativo, tenendo presente che uno skin test negativo non garantisce sulla non comparsa di anafilassi. L'apparente eccesso di casi di anafilassi al rocuronio in alcuni paesi deve essere preso con cautela fino a quando non saranno stati raccolti molti più dati. Sono necessari campioni di grandi dimensioni per valutare l'incidenza vera: se l'incidenza vera è di 1:5000, può essere necessario un campione di 7 milioni di soggetti per avere il 95% di probabilità che il valore trovato sia compreso entro il 5% del valore reale. È necessario eseguire altri studi epidemiologici.

Lattice

L'ipersensibilità al lattice è in molti studi la seconda causa più comune di anafilassi associata all'anestesia (più del 20% dei casi). Tuttavia l'incidenza dell'anafilassi al lattice è inferiore a quanto suggerito dalla prevalenza degli skin tests positivi o dai tests positivi alle IgE. L'incidenza è in calo, almeno in alcuni paesi, probabilmente come conseguenza di un cambiamento o di un ridotto uso di quanti in lattice. Alcuni gruppi di pazienti sono più suscettibili all'allergia al lattice.

Antibiotici

Circa il 15% delle anafilassi associate all'anestesia, è dovuto agli antibiotici. Questa percentuale è aumentata negli ultimi anni e può essere un riflesso di un'aumentata esposizione della popolazione agli antibiotici. L'anamnesi preoperatoria è importante. Sebbene solo una minoranza dei pazienti che riferisce allergia agli antibiotici abbia un'allergia vera, le conseguenze di un'anafilassi alla somministrazione endovenosa di antibiotici potrebbero essere catastrofiche, e deve essere preso in seria considerazione quanto riferito dai pazienti. I tests cutanei sono predittivi d'ipersensibilità clinica solo nel 60% dei casi. Le penicilline e le cefalosporine che condividono l'anello -lattamico sono responsabili del 70% dei casi di anafilassi indotta dagli antibiotici. Molti antibiotici possiedono un anello -lattamico:

- benzilpenicillina e fenossimetilpenicillina
- flucloxacillina, temocillina
- amoxicillina, ampicillina
- co-fluampicil
- piperacillina, ticarcillina
- pivmecillina
- cefalosporine
- aztreonam
- ertapenem, imipenem con cilastina, meropenem.

Peraltro è importante la struttura della catena laterale attaccata all'anello -lattamico nel determinare la risposta al sistema immunitario. Le cefalosporine di prima generazione e il cefamandolo hanno in comune con la penicillina e l'amoxicillina, una catena laterale simile.

Una recente meta-analisi suggerisce che i pazienti allergici alla penicillina o all'amoxicillina hanno un'alta incidenza di reazioni allergiche alle cefalosporine di prima generazione e al cefamandolo ma non alle altre cefalosporine. Il problema è complicato dal fatto che le cefalosporine sono classificate sulla base della loro attività antibatterica piuttosto che della loro struttura chimica.

CEFALOSPORINE DI PRIMA GENERAZIONE

- cefalexin
- cefaloridina
- cefalotina
- cefazolina
- cefradine
- cefadroxil

CEFALOSPORINE DI SECONDA GENERAZIONE

- cefaclor
- cefamandolo
- cefuroxime

CEFALOSPORINE DI TERZA GENERAZIONE

- cefixime
- cefotaxime
- cefpodoxime
- ceftazidime
- ceftriaxone

CEFALOSPORINE DI QUARTA GENERAZIONE

- cefepime
- cefpirome

Anestetici locali

Le reazioni anafilattiche agli anestetici locali sono molto rare.

Gli esteri provocano più facilmente degli amidi reazioni allergiche di tipo IV. I conservanti come il metil-paraben, metabisolfito possono essere i responsabili in molti casi.

È stato ipotizzato che l'iniezione intravascolare inavvertita di anestetico locale o l'assorbimento sistemico di adrenalina possono essere responsabili di alcune reazioni descritte. Le manifestazioni allergiche che si hanno sulla poltrona del dentista possono essere dovute ad angioedema idiopatico o allergia al lattice.

Opioidi

Gli oppioidi sono una causa poco frequente di reazioni allergiche associate all'anestesia. La diagnosi è difficile e la vera incidenza è sconosciuta. È noto che *la morfina, la petidina e la codeina possono causare liberazione aspecifica d'istamina che non permette la diagnosi con gli skin tests.* La diagnosi di anafilassi da oppioidi spesso si basa su un'attenta anamnesi e sull'esclusione di altre possibilità. Può in alcuni casi essere utile il test di stimolazione che deve essere comunque eseguito in centri specializzati.

Anestetici d'induzione

L'anafilassi al propofol è assolutamente poco frequente. L'antigene determinante può essere il gruppo isopropil. Si è visto che i pazienti con allergia all'uovo o alla soia devono evitare il propofol, anche se non c'è una forte evidenza di questo.

È stato ipotizzato che l'anafilassi al propofol è più probabile se si aggiunge lidocaina per ridurre il dolore all'iniezione: non esiste una chiara evidenza a supporto di quest'ipotesi.

L'anafilassi al tiopentone è molto rara probabilmente in conseguenza del suo uso sempre più raro. È stato descritto un piccolo numero di casi di anafilassi al midazolam.

FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei)

Diversi meccanismi possono essere responsabili delle reazioni allergiche ai FANS. L'inibizione della via delle PGE₂ determina un'eccessiva sintesi di leucotrieni e conseguente liberazione di mediatori, determinando orticaria o broncospasmo. Le reazioni IgE mediate si possono manifestare con alcuni FANS. È stata descritta un'anafilassi mortale dopo somministrazione orale di FANS.

Alogenati e anestetici per inalazione

Sono state descritte delle reazioni anafilattiche agli anestetici volatili. La rara forma di epatite fulminante associata alla somministrazione di alotano non è su base anafilattica.

Colloidi

I colloidi endovenosi sono responsabili di circa il 4% di tutte le reazioni anafilattiche perioperatorie. In uno studio, le soluzioni di gelatina sono state responsabili del 95% delle reazioni endoveneose ai colloidi. Si è visto che l'incidenza è maggiore con le gelatine con legame ureico rispetto alle gelatine fluide modificate. Le soluzioni endoveneose di gelatine devono essere evitate nei pazienti con anamnesi positiva di allergia ai vaccini contenenti gelatine. È stata descritta un'anafilassi al destrano endovenoso con un'incidenza simile a quella delle gelatine fluide modificate. L'anafilassi all'amido idrossietilico è rara.

Antisetici e disinfettanti

Le reazioni alla clorexidina sono diventate più frequenti negli ultimi anni. Sembra che ci sia una differenza nelle diverse nazioni. Le reazioni variano tra dermatiti da contatto fino all'anafilassi con pericolo di vita. Le anafilassi si sono manifestate quando la clorexidina è stata utilizzata come antisettico per interventi ginecologici o urologici o per il posizionamento di cateteri venosi centrali o epidurale. Il rive-

me Utili

a cura di Cosimo Sibilla

ssociate all'anestesia

stimento di clorexidina di alcuni cateteri venosi centrali è stato implicato in queste reazioni. È prudente asciugare completamente la pelle disinfettata prima di iniziare una manovra invasiva. L'anafilassi al polivinilpirrolidone come povidone iodato o come eccipiente a farmaci orali è estremamente rara.

Sostanze varie

Molti agenti cui il paziente è esposto durante l'anestesia possono essere coinvolti nell'anafilassi comprese l'aprotinina, la protamina, l'eparina, mezzi di contrasto radiologico, coloranti e ossitocina. Raramente può manifestarsi anafilassi al glicopirrolato e alla neostigmina.

RICONOSCIMENTO E DIAGNOSI CLINICA DELL'ANAFILASSI

Quando in un paziente con monitoraggio continuo come durante l'anestesia, si rileva una caduta della pressione arteriosa, modificazione della frequenza cardiaca e difficoltà alla ventilazione, l'anafilassi ne è la causa tanto raramente che inevitabilmente si esegue un trattamento per una diagnosi diversa prima che si riconosca l'anafilassi; la risposta a questo trattamento spesso ritarda o talvolta impedisce di riconoscere la vera causa. È peraltro probabile che alcune reazioni allergiche a farmaci anestetici di grado I e II, restino misconosciute. Al contrario, cause diverse dall'anafilassi allergica sembrano possibili in almeno 1/3 di pazienti inviati a un centro specialistico per essere studiati per sospetta anafilassi durante anestesia.

Anamnesi

Ogni indizio che permette di conoscere in anticipo una reazione anafilattica può essere utile. Un'anamnesi positiva per reazioni anafilattiche a farmaci anestetici, antibiotici, altri farmaci, clorexidina o lattice può ovviamente evitarle. Poiché talvolta è possibile identificare la vera sostanza scatenante, durante la valutazione pre-operatoria si dovrebbero ricercare i dettagli esatti di esposizione per qualsiasi precedente reazione. Reazioni crociate tra farmaci anestetici come la codeina o sostanze chimiche ambientali contenenti gruppo di ammonio quaternario come cosmetici e detergenti sono state proposte come fonte di sensibilizzazione agli oppioidi e ai bloccanti neuromuscolari: un'anamnesi positiva di sensibilizzazione ai cosmetici o rash cutanei con l'uso di farmaci per la tosse dovrebbe far aumentare la cautela. L'anafilassi all'amoxicillina e alle cefalosporine è più comune nei fumatori asmatici che hanno eseguito cicli ripetuti di questi antibiotici senza reazioni: è molto probabile che in questi pazienti i sintomi di anafilassi siano inizialmente interpretati erroneamente (abbastanza ragionevolmente) come quelli attesi per l'anestesia in un paziente fumatore asmatico.

Caratteristiche cliniche

Sebbene l'anafilassi associata all'anestesia normalmente si realizza con la somministrazione endovenosa di farmaci, potrebbe essere responsabile la somministrazione attraverso altre vie, per esempio cutanea, mucoso/vescicale, peritoneale, intra-articolare o intramuscolare.

Le caratteristiche cliniche comprendono ipotensione, tachicardia, o bradicardia; eritema cutaneo o prurito; broncospasmo, ipossia, angioedema e arresto cardiaco. Se si manifesta un evento avverso come ipotensione o broncospasmo durante l'anestesia è opportuno sospettare l'anafilassi sempre che non sussista una causa molto più probabile. La tachicardia non è sempre presente: si manifesta bradicardia nel 10% dei pazienti con anafilassi allergica durante l'anestesia. L'ipotensione si manifesta come solo sintomo clinico nel 10% dei pazienti ed è possibile che sia molto più intensa nei pazienti sottoposti ad anestesia con blocco centrale.

Un eritema diffuso e il prurito sono presenti nella maggior parte dei pazienti ma l'assenza di segni cutanei non esclude l'anafilassi. Il broncospasmo può manifestarsi con maggiore frequenza nei soggetti asmatici. Le caratteristiche cliniche normalmente compaiono entro pochi minuti ma possono ritardare per più di un'ora. Le sostanze che possono determinare un ritardo del quadro clinico comprendono il lattice, gli antibiotici, i colloidali endovenosi e il cidex (utilizzato per disinfettare gli strumenti chirurgici). Tuttavia una manifestazione clinica immediata non esclude queste sostanze come causa dell'anafilassi. Le caratteristiche cliniche dell'anafilassi ai bloccanti neuromuscolari di solito si manifestano rapidamente. Lo sgonfiaggio di un manicotto chirurgico può indurre l'anafilassi se gli allergeni sono stati sequestrati nell'arto.

Trattamento immediato

Queste linee guida di trattamento presuppongono che il paziente sia assistito da un anestesista esperto e siano disponibili tutti gli strumenti di rianimazione e di monitoraggio delle funzioni vitali. Esiste una grande variabilità di gravità e di combinazioni di manifestazioni cliniche. Sebbene il trattamento debba essere personalizzato al singolo paziente, esiste un consenso unanime sul fatto che l'adrenalina deve essere somministrata prima possibile. Oltre ad avere un'attività -mimetica l'adrenalina è un importante -mimetico isotropo e broncodilatatore e riduce una nuova liberazione di mediatori. Altre cause d'ipotensione o di difficoltà di ventilazione devono essere escluse per esempio una dislocazione del tubo tracheale o mal funzionamento degli strumenti.

TRATTAMENTO IMMEDIATO

1. Utilizzare il metodo dell'ABC (Airway, Breathing, Circulation). Il lavoro di squadra permette di eseguire diverse attività contemporaneamente.
2. Allontanare tutte le sostanze che potrebbero essere potenzialmente la causa compresi i colloidali endovenosi, il lattice e la clorexidina e mantenere l'anestesia, se necessario con anestetici per inalazione.
3. Chiamare aiuto e prendere nota dell'ora.
4. Mantenere il controllo delle vie aeree e somministrare ossigeno al 100%; eseguire l'intubazione se necessario e ventilare i polmoni con ossigeno.
5. Sollevare le gambe del paziente se c'è ipotensione.
6. Se necessario, iniziare immediatamente la rianimazione cardiopolmonare, secondo le Linee Guida del Supporto Vitale Avanzato.
7. Somministrare adrenalina endovena. Una dose iniziale di 50 mg, (0,5 ml di una soluzione 1:10.000) va bene per un adulto: possono essere necessarie diverse dosi se è presente un'ipotensione e un broncospasmo grave.
8. Se sono necessarie diverse dosi di adrenalina, prendere in considerazione la possibilità di iniziare un'infusione endovenosa di adrenalina (l'adrenalina ha un'emivita breve);
9. Somministrare soluzione salina allo 0,9% o ringer lattato ad alto flusso endovenoso con una cannula di calibro adeguato (possono essere necessari grandi volumi).

TRATTAMENTO SUCCESSIVO

1. Somministrare endovena 10 mg di clorfenamina (dose per adulto).
2. Somministrare endovena 200 mg d'idrocortisone (dose per adulto).
3. Se la pressione arteriosa non si normalizza nonostante la somministrazione di adrenalina, prendere in considerazione l'uso di un vasopressore endovenoso diverso in base all'esperienza dell'anestesista (per esempio metaraminolo).
4. Trattare un broncospasmo che non recede con un'infusione endovenosa di salbutamolo. Se è disponibile un adeguato raccordo al circuito respiratorio, è opportuno somministrare per inalazione una dose precisa. Prendere in considerazione la somministrazione di aminofillina o di solfato di magnesio.

5. Prepararsi a trasferire il paziente in una Terapia Intensiva.
6. Prelevare un campione di sangue (5-10 ml di sangue coagulato) per determinare la triptasi dei mastociti nel modo seguente:

- a) un campione iniziale appena possibile dopo l'inizio della rianimazione; non ritardare la rianimazione per prelevare il campione;
- b) un secondo campione 1-2 ore dopo l'inizio dei sintomi;
- c) un terzo campione dopo 24 ore o durante la convalescenza (per esempio durante il follow-up nella clinica allergologica). Questa è una determinazione di base della triptase, in quanto alcuni soggetti hanno un valore di base alto.
- d) controllare che il campione siano etichettati con la data e l'ora.

7. Prendere contatto con il laboratorio dell'ospedale.

Dosi dei farmaci nei bambini

ADRENALINA

- intramuscolare

- >12 anni: 500 g IM (0,5 ml di una soluzione 1:1000); se il bambino è piccolo 300 g IM (0,3 ml di una soluzione 1:1000);
- 6-12 anni: 300 g IM (0,3 ml di una soluzione 1:1000);
- < 6 anni: 150 g IM (0,15 ml di una soluzione 1:1000)

- endovenosa

L'adrenalina per via endovenosa può essere somministrata nei bambini in ambienti adatti al trattamento per acuti come la sala operatoria o la terapia intensiva, da esperti e alla presenza di un accesso venoso. Una grande attenzione deve essere rivolta a evitare errori nelle dosi e nelle diluizioni del farmaco. Preparare una siringa contenente 1 ml/10 Kg di peso corporeo di una soluzione di 1:10.000 di adrenalina (0,1 ml.Kg⁻¹ di una soluzione di adrenalina 1:10.000 = 10 g.Kg⁻¹). Titolare la risposta, iniziando con una dose di 1/10 del contenuto della siringa cioè 1 g.Kg; talvolta il bambino può rispondere con una dose ridotta di 1 g.Kg⁻¹. Nei bambini più piccoli, un'ulteriore diluizione può rendersi necessaria per permettere la titolazione della dose (controllare accuratamente i punti decimali e gli errori di concentrazione). La via intramuscolare è da preferire quando manca un accesso venoso o quando realizzare un accesso venoso può comportare un ritardo nella somministrazione del farmaco.

IDROCORTISONE

- > 12 anni: 200 mg IM o ev lentamente
- 6-12 anni: 100 mg IM o ev lentamente
- <6 anni: 25 mg IM o ev lentamente

CLORFENAMINA (TRIMETON®)

- >12 anni: 10 mg IM o ev lentamente
- 6-12 anni: 5 mg IM o ev lentamente
- da 6 mesi a 6 anni: 2,5 mg IM o ev lentamente.

Successive ricerche per identificare la causa

Ogni paziente che ha presentato una sospetta reazione anafilattica associata all'anestesia deve essere studiato a fondo, ma l'indagine non deve interferire con il trattamento immediato del paziente.

L'anestesista che somministra gli anestetici o l'anestesista responsabile cui fa riferimento il paziente ha la responsabilità dello studio della reazione del paziente.

Il paziente deve essere indirizzato a uno specialista di allergologia o a un centro d'immunologia clinica che ha un'esperienza nello studio di questo tipo di problemi.

La Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione deve individuare un anestesista referente per le problematiche riguardanti l'allergia in anestesia. Si deve concordare preventivamente il percorso con un centro specialistico di riferimento.

CRITERI PER RIVOLGERSI A UN CENTRO DI RICERCA SPECIALISTICO

Un paziente in cui si sospetta un'anafilassi allergica o non allergica deve essere inviato a un centro specialistico per essere studiato, in particolare se compare uno dei segni seguenti:

1. arresto cardiaco non spiegabile durante l'anestesia;
2. ipotensione non spiegabile ed inattesa (per esempio una riduzione della pressione arteriosa media di più di 30 mmHg) che richiede un trattamento attivo;
3. broncospasmo imprevisto e non spiegabile, soprattutto se il broncospasmo è grave, determina una riduzione rilevante della saturazione di ossigeno ed è relativamente resistente al trattamento;
4. orticaria, arrossamento o eritema cutaneo diffuso;
5. angioedema.

Si deve eseguire un'analisi dettagliata degli eventi che vi sono stati durante la reazione anafilattica. Il tempo d'inizio della reazione riguardo all'induzione o ad altri eventi costituisce l'informazione più importante. Devono essere registrati tutti i farmaci e le altre sostanze cui il paziente è stato esposto prima e durante l'anestesia ed anche il tempo rispetto alla reazione anafilattica.

I dettagli da fornire al centro specialistico devono comprendere:

- una fotocopia leggibile della cartella d'anestesia;
- una fotocopia leggibile della cartella di terapia intensiva;
- una fotocopia leggibile dell'elenco dei farmaci usati;
- una descrizione della reazione e il tempo d'inizio rispetto all'induzione dell'anestesia;
- i risultati degli esami del sangue e i tempi di prelievo rispetto alla reazione;
- recapiti del chirurgo e del medico di base;

è utile utilizzare un modulo standard d'invio.

TEST ESEGUITI IN UN CENTRO SPECIALISTICO

Tests cutanei

I pazienti devono eseguire i test cutanei prima possibile dopo l'evento clinico. I test cutanei devono essere eseguiti non appena il paziente ha avuto una completa guarigione clinica e siano terminati gli effetti degli antistaminici somministrati per il trattamento della reazione. I tests cutanei possono confermare la sensibilizzazione a un farmaco specifico, ma devono essere interpretati in un contesto clinico. Esistono svariate tecniche e sono utilizzati numerosi criteri per la positività, per cui i tests devono essere eseguiti da personale ben addestrato e molto esperto. Una soluzione d'istamina e di soluzione fisiologica è utilizzata rispettivamente come controllo positivo e negativo. I farmaci con attività antistaminica devono essere interrotti alcuni giorni prima del test. Non è necessario sospendere i cortisonici per via orale o per inalazione.

Il prick test cutaneo di solito si esegue sulla faccia volare dell'avambraccio. Una goccia del farmaco è posta sulla pelle e la pelle è punta con una lancetta attraverso la goccia. I risultati sono pronti dopo 15-20 minuti. I tests intradermici si possono eseguire quando i prick test sono negativi. Sebbene siano più sensibili, sono meno specifici, più difficili da interpretare e con maggiore facilità scatenano una reazione sistemica. I test intradermici di solito si eseguono sull'avambraccio o sul dorso. S'iniettano nell'intraderma 0,02-0,005 ml di una soluzione diluita e il risultato è pronto dopo 20-30 minuti. Entrambi i test cutanei, skin test e intradermico sono usati nella diagnosi delle reazioni allergiche IgE mediate, anche se il valore diagnostico di un test positivo è limitato dall'assenza di manifestazioni in seguito ad una somministrazione successiva. Se il meccanismo allergico non è noto, un test negativo non è attendibile. I test cutanei sono più utili per l'allergia al lattice, agli antibiotici beta-lattamici e ai miiorilassanti.

Peraltro sono anche utili per i farmaci dell'induzione dell'anestesia per la protamina e la clorexidina. Per il propofol possono essere più affidabili i tests intradermici. Non è utile eseguire i tests cutanei per gli oppioidi poiché spesso danno dei risultati falsi positivi. Tuttavia i prick tests sembrano fornire informazioni per l'allergia agli oppioidi sintetici fentanyl e remifentanyl. I tests cutanei non sono utili per i FANS, destrano e mezzi di contrasto iodati per uso radiologico, poiché l'anafilassi scatenata da queste sostanze di solito non è IgE mediata.

I patch tests (test da contatto) sono lo strumento di diagnosi delle reazioni allergiche da contatto e possono essere d'aiuto per la diagnosi delle reazioni allergiche esantematose da farmaci ma non servono a individuare la causa di sospette reazioni anafilattiche durante l'anestesia.

Esami del sangue

L'esecuzione di appropriati esami del sangue dipende dal farmaco in causa, e dall'esperienza dei laboratori specialistici. I campioni del sangue per la determinazione di IgE specifici possono essere eseguiti durante la reazione allergica, o subito dopo il ricovero. Se i risultati sono negativi, questi devono essere ripetuti quando il paziente è studiato dal centro specialistico nell'eventualità che i risultati iniziali fossero falsamente negativi per il possibile consumo di grandi quantità di anticorpi IgE durante la reazione. Il test più frequentemente utilizzato per rilevare IgE per uno specifico allergene utilizza un allergene specifico o farmaco legato a una matrice solida tridimensionale simile a spugna o "CAP" e un sistema di rilevazione a fluorescenza. Il RAST test utilizza un sistema di rilevazione radioattivo: ora è poco usato ma si è conservato il nome nell'uso comune. Anticorpi IgE specifici contro la succinilcolina (estere della tiocolina) possono essere misurati nel siero ma la sensi-

bilità è relativamente scarsa (30-60%). Si possono determinare gli anticorpi IgE contro molti antibiotici; questi comprendono l'amoxicillina, l'ampicillina, la penicillina G, la penicillina V e il cefaclor, tuttavia il valore diagnostico di questi test non è ben definito. Sono disponibili i test per anticorpi specifici contro il lattice, la clorexidina e le gelatine bovine. La presenza nel siero di anticorpi IgE specifici è l'evidenza di una sensibilizzazione allergica in un individuo e offre una possibile spiegazione del meccanismo e del farmaco responsabile della reazione. Tuttavia non è essa stessa la prova che il farmaco è responsabile della reazione. È importante porre in risalto che l'attribuzione di una causa-effetto è un giudizio prodotto dopo aver preso in considerazione tutte le informazioni cliniche e di laboratorio importanti per la reazione.

Test sperimentali

Esistono molti studi sul modo di migliorare la comprensione in vitro dell'anafilassi. Inoltre sono anche coinvolti nell'anafilassi i mastociti legati ai tessuti, e i basofili circolanti. In corso di anafilassi, le proteine come CD63 e CD203c sono presenti sulla superficie dei basofili. Questi possono essere individuati con la citometria a flusso che è alla base del test sperimentale di stimolazione dei basofili indotto da farmaci.

Domande più frequenti

DEVE ESSERE ESEGUITO UNA DOSE TEST DEGLI ANTIBIOTICI PER VIA ENDOVENOSA?

NO. I test predittivi richiederebbero prove in serie con dosi crescenti, iniziando con una dose minima e aspettando almeno 30 minuti tra una dose e l'altra.

Quest'approccio è incompatibile con i limiti di una lista operatoria.

DEVO EVITARE LE CEFALOSPORINE IN UN SOGGETTO CON ANAMNESI SUGGERITIVA DI ALLERGIA ALLA PENICILLINA?

La maggior parte dei pazienti che presentano un'anamnesi positiva con arrossamento associato all'assunzione di penicillina non sono allergici alle cefalosporine. Tuttavia esistono adesso alcune valide alternative alle cefalosporine e, a meno che non vi siano strette indicazioni batteriologiche, è opportuno evitare le cefalosporine di prima e seconda generazione. Se esiste un'anamnesi convincente di anafilassi associata alla penicillina, la necessità di evitare le cefalosporine di prima e seconda generazione è più forte.

NEL TRATTAMENTO IMMEDIATO DELL'ANAFILASSI DEVO USARE COLLOIDI O CRISTALLOIDI?

Non esiste alcuna evidenza che l'uno sia migliore dell'altro. Se è stato somministrato un colloide per via endovenosa al paziente prima della comparsa dei segni clinici d'anafilassi, questo deve essere interrotto e sostituito con cristalloidi o con un colloide di classe diversa; per esempio sostituire un colloide a base di gelatina con un colloide a base di amido-idrossietilico.

SI DEVE SOMMINISTRARE UN FARMACO ANTI H₂ COME TERAPIA IMMEDIATA NEL TRATTAMENTO DELL'ANAFILASSI?

Non esiste evidenza che supporta l'uso di anti H₂ in questa situazione.

CHE COSA DEVO FARE SE UN PAZIENTE, CON UN'ANAMNESI POSITIVA PER VEROSIMILE COLLASSO CARDIORESPIRATORIO DURANTE UNA PRECEDENTE ANESTESIA, SI PRESENTA PER UN RIORINTERVENTO URGENTE SENZA ESSERE STATO STUDIATO IN PRECEDENZA?

1. Dovrebbero essere trattate le patologie cardiache e respiratorie in accordo con la normale pratica preoperatoria.
2. Se è possibile escludere l'allergia al lattice con un'anamnesi dettagliata. Se questo è impossibile, si deve realizzare un ambiente privo di lattice (latex-free);
3. gli anestetici per inalazione sono più sicuri sempre che il precedente collasso non sia stato causato dall'ipertermia maligna;
4. Se sono disponibili le precedenti cartelle di anestesia:

- a) è opportuno evitare di somministrare tutti i farmaci utilizzati durante la precedente anestesia prima della comparsa del collasso cardio-vascolare, con l'eccezione degli anestetici per inalazione.
- b) Se al paziente è stato somministrato un miorelaxante prima del collasso, allora se è possibile, occorre evitare tutti i miorelaxanti in quanto è frequente una sensibilizzazione crociata.
5. Se non sono disponibili le precedenti cartelle d'anestesia:

- a) è opportuno, se possibile, evitare tutti i miorelaxanti (l'anestesista deve eseguire una valutazione del rischio);
- b) i farmaci utilizzati in anestesia locale o regionale sono sicuri; l'allergia agli anestetici locali amidici è estremamente rara;
- c) è opportuno evitare, se possibile, l'uso di preparati a base di clorexidina; l'allergia alle soluzioni iodate al povidone è meno frequente di quella alla clorexidina;
- d) la precedente reazione può essere dovuta ad una anafilassi non allergica; può essere opportuno evitare farmaci che liberano istamina, per esempio la morfina;
- e) non esistono evidenze che il trattamento con idrocortisone o farmaci che bloccano la liberazione di istamina possano ridurre la gravità dell'anafilassi;

CHE COSA DOVREI DIRE A UN PAZIENTE CHE CHIEDE DI ESSERE VALUTATO PER ALLERGIA AGLI ANESTETICI?

Salvo che non vi sia un'anamnesi suggestiva di una precedente anafilassi in corso d'anestesia, lo studio preoperatorio non è di alcun valore. La sensibilità e la specificità dei test cutanei e degli esami del sangue è relativamente bassa. Se gli elementi di probabilità sono molto esigui, vale a dire non vi è un'anamnesi positiva, né un test negativo né uno positivo possono essere predittivi.

OCCORRE EVITARE IL PROPOFOL NEI PAZIENTI ALLERGICI ALLE UOVA ALLA SOIA O ALLE NOCI?

Non è stata pubblicata alcuna evidenza che indica che il propofol deve essere evitato nei pazienti allergici all'uovo, alla soia e alle noci. Il propofol contiene fosfatide d'uovo purificata e olio di soia. È possibile che il processo di produzione rimuova o denaturi le proteine responsabili dell'allergia all'uovo e alla soia. Tuttavia sembra opportuno un approccio prudente nei pazienti con allergia all'uovo e alla soia.

NON DISPONGO DI UN CENTRO ALLERGICOLOGICO SPECIALISTICO VICINO: DEVO ESEGUIRE IO I TEST CUTANEI?

I risultati dei test cutanei dipendono molto dalla tecnica e la loro interpretazione richiede una formazione specialistica ed esperienza.

Allergia al lattice

Il lattice è una gomma naturale derivata dalla linfa di un albero (Hevea brasiliensis), si trova in Asia e contiene numerose proteine idrosolubili denominate Hev b1- Hev b13. Il contatto del paziente con il lattice della gomma naturale (NRL) durante l'anestesia può avvenire attraverso diverse vie comprese le vie aeree, la membrana delle mucose, la parete chirurgica e l'iniezione parenterale. Una reazione anafilattica alla NRL durante l'anestesia può essere immediata o ritardata per più di un'ora. La manifestazione clinica dell'anafilassi da NRL durante l'anestesia tende a essere meno grave rispetto all'anafilassi da bloccanti neuromuscolari.

CLASSIFICAZIONE DELL'ALLERGIA AL LATTICE

1. Reazione sistemica: reazione d'ipersensibilità di tipo I che coinvolge IgE specifiche verso proteine Hev, soprattutto Hev b 5 e 6. Questa è la reazione più grave ma meno frequente e coinvolge soggetti geneticamente predisposti. I sintomi consistono in prurito, edema, rinite asma e anafilassi. Questa dura tutta la vita. Un certo numero di soggetti sensibilizzati, manifesta reazione ad alcuni frutti, per una reazione crociata con le proteine del lattice.
2. Dermatite da contatto: reazione ritardata da ipersensibilità di tipo IV consiste in una reazione eczematosa che inizia 24-48 ore dopo ripetuti contatti cutanei o mucosi con additivi usati durante la produzione della gomma. Questa è una reazione mediata dalle cellule T, e non pone in pericolo la vita. Essa può tuttavia predisporre l'individuo a una grave reazione sistemica.
3. Reazione clinica non immuno-mediata: dermatite da irritazione dovuta a un leggero effetto irritante della polvere presente nei guanti dei disinfettanti, sudorazione, ecc. Questa è la reazione più frequente è limitata all'area di contatto ed è caratterizzata da prurito, irritazione e vesciche nella zona di contatto.

SOGGETTI AD ALTO RISCHIO

Circa l'8% della popolazione è sensibilizzata al lattice ma solo l'1,4% manifesta allergia al lattice. I gruppi seguenti presentano un rischio più alto:

- Pazienti con atopia
- Bambini sottoposti a ripetuti interventi chirurgici come per la spina bifida, o bambini sottoposti a chirurgia in età molto giovane.
- Soggetti con dermatite delle mani grave.

- Operatori sanitari.
- Pazienti con allergia ai frutti; soprattutto banana, castagna e avocado
- Lavoratori dell'industria che utilizzano indumenti protettivi.
- Esposizione professionale al lattice.

VALUTAZIONE PREOPERATORIA

Un'anamnesi positiva di sintomi preoperatori suggestiva di allergia al lattice è presente in circa 1/4 dei pazienti che manifestano durante l'intervento anafilassi alla NRL. Un'anamnesi approfondita compresa un'anamnesi professionale dovrebbe far parte della valutazione preoperatoria. È utile chiedere in modo dettagliato se il contatto con palloni, preservativi o guanti in lattice provocano prurito, arrossamento o angioedema.

TESTS PREOPERATORI

Se l'anamnesi clinica è positiva o dubbia, il paziente deve essere sottoposto prima dell'intervento ai test e l'intervento deve essere eseguito solo in caso d'emergenza. Nel preoperatorio è importante soprattutto escludere una sensibilizzazione IgE mediata. La scelta del test: sia un test sul sangue per la ricerca di IgE specifiche per il lattice o un test cutaneo dipende dalla disponibilità locale. I test attuali hanno una sensibilità del 75-90%; il prick test può avere una maggiore sensibilità dei test ematici per la ricerca delle IgE specifiche. È importante che il prick test cutaneo sia eseguito da persone addestrate. Può essere indicato in alcuni soggetti eseguire il test di provocazione.

PRECAUZIONI PREOPERATORIE

- Se nel preoperatorio è diagnosticata l'allergia all'NRL è indispensabile evitare il lattice;
- L'allergia al lattice deve essere riportata in una nota clinica e il paziente deve essere fornito di un braccialetto al polso;
- L'equipe chirurgica e gli infermieri e tutto il personale di supporto all'anestesista devono essere informati;
- Non esiste evidenza clinica che la premedicazione con antistaminici o steroidi sia utile;
- La sala operatoria deve essere preparata la notte precedente per evitare la liberazione di particelle di lattice e il paziente deve essere programmato per primo nella lista chirurgica. Esiste scarsa evidenza clinica relativa alla necessità di realizzare questo livello di precauzioni quando tutti i guanti di lattice sono del tipo senza polvere;
- Un cartello di avviso di "allergia al lattice" dovrebbe essere messo sulla porta della sala di preparazione all'anestesia e della sala operatoria.
- Il passaggio del personale dovrebbe essere limitato al massimo;
- Devono essere utilizzati guanti sintetici nella preparazione dell'attrezzatura, durante l'anestesia e nell'assistenza postoperatoria;
- Gli strumenti non essenziali devono essere allontanati dal paziente;
- La zona d'anestesia e chirurgica devono contenere solo prodotti privi di lattice;
- Devono essere usati solo bendaggi e medicazioni privi di lattice;
- Gli strumenti nella zona di rianimazione e i carrelli devono contenere solo materiale privo di lattice.

STUDIO POSTOPERATORIO DI POSSIBILE ANAFILASSI DA LATTICE

Se i test cutanei e le IgE specifiche sono negativi o vi sono dubbi in presenza di un "anamnesi suggestiva per allergia", può essere utile eseguire il test di provocazione con un dito di guanto di lattice: questo deve essere eseguito da personale addestrato e devono essere immediatamente disponibili gli strumenti di rianimazione. L'esecuzione effettuata da personale esperto del test da contatto è utile per la diagnosi d'ipersensibilità ritardata di tipo IV alla gomma.

POLITICA OSPEDALIERA SULL'ALLERGIA AL LATTICE

È auspicabile che tutti gli ospedali abbiano un programma per l'allergia al lattice che prenda in considerazione i seguenti punti:

- Nomina di un responsabile clinico per l'allergia al lattice;
- Istruzioni per eseguire i test per l'allergia al lattice;
- Istruzioni sulle precauzioni per l'allergia al lattice in sala operatoria e in ambito clinico;
- Prevenire la sensibilizzazione al lattice dei dipendenti;
- Collegamento con la farmacia e con il servizio di economato per l'acquisto dei presidi.

Triptasi mastocitaria

1. I mastociti sono presenti in alcuni tessuti compresi i polmoni, l'intestino e la cute. Esistono due tipi di triptasi: a e b, ognuna con diversi sottotipi. La triptasi b è immagazzinata sotto forma di granuli nei mastociti ed è secreta durante l'anafilassi con un meccanismo calcio-dipendente. La triptasi a, è secreta normalmente dai mastociti ed è la forma che normalmente si trova nel sangue dei soggetti sani. La triptasi a, è aumentata nella mastocitosi sistemica. Anche la triptasi b è normalmente secreta dai mastociti.
2. La funzione normale della triptasi comprende la modulazione del calcio intracellulare e il trasporto del cloro intestinale oltre alla mediazione del rilasciamento della muscolatura liscia dell'endotelio vascolare e della muscolatura bronchiale. Durante l'infiammazione la triptasi stimola la liberazione d'interleukina proinfiammatoria e stimola un'ulteriore secrezione di triptasi dai mastociti delle zone vicine.
3. Una varietà di vie possono determinare la realizzazione dell'anafilassi, a secondo dello stimolo che la innesca e della reattività del paziente. Tipicamente l'anafilassi si ha con l'attivazione dei mastociti, e tipicamente questo può determinare la liberazione di triptasi b in circolo.
4. L'anafilassi può essere la conseguenza dell'attivazione dei basofili o del complemento entrambi non accompagnati da un aumento della triptasi mastocitaria. Un aumento della concentrazione di triptasi è un indice di anafilassi, ma l'anafilassi non sempre determina un aumento della concentrazione della triptasi. Maggiore è l'incremento della concentrazione, maggiore è la probabilità che questa sia stata causata da una reazione anafilattica, ma una concentrazione normale non esclude l'anafilassi.
5. Un aumento nella triptasi serica indica semplicemente una degranulazione dei mastociti e non distingue tra anafilassi allergica e non allergica. È stato scritto che un aumento della concentrazione di triptasi serica può essere meno importante nelle reazioni anafilattiche non allergiche.
6. Durante l'anafilassi, il picco della triptasi è circa di 1 ora e 1/2 e l'emivita in circolo è circa di 2 ore: la concentrazione tuttavia cade rapidamente dopo una reazione anafilattica.
7. Il test più utilizzato per la determinazione della triptasi è l'immuno-dosaggio a fluorescenza che misura la somma della concentrazione della triptasi a e b. Un aumento della concentrazione a riposo è normalmente dovuto alla triptasi a, secreta normalmente da un numero di mastociti aumentato nella mastocitosi sistemica.
8. Sebbene l'attuale determinazione della triptasi ha un'elevata specificità, la sensibilità è relativamente bassa e alcuni casi di anafilassi possono non essere rilevati.
9. La sensibilità e la specificità della determinazione della triptasi dipende dal punto di cut-off scelto per indicare l'anafilassi. Poiché esiste una grande variazione nella concentrazione basale plasmatica della triptasi, la modificazione della concentrazione plasmatica della triptasi è più utile della concentrazione assoluta per fare diagnosi.
10. Normalmente è richiesta la somministrazione endovenosa di liquidi durante il trattamento della reazione. Questi liquidi possono diluire il plasma e determinare una caduta della concentrazione della triptasi misurata.
11. Dopo la morte, la circolazione si arresta e la triptasi non è più allontanata dal circolo; i campioni prelevati dopo la morte sono utili per stabilire se la morte è stata causata dall'anafilassi. Un aumento della concentrazione di triptasi rilevato all'autopsia, ha un valore predittivo minore di un campione preso in vita. La triptasi può aumentare dopo un trauma o un infarto del miocardio.

Siti internet utili:

<http://www.aagbi.org> (Associazione degli anestesisti della gran Bretagna e dell'Irlanda)

<http://www.bsaci.org> (Società inglese di allergia e immunologia clinica)

<http://www.immunology.org> (Società inglese d'immunologia)

<http://www.eaaci.net> (Accademia europea di allergologia e immunologia clinica)

<http://www.mhra.gov.uk> (Agenzia di controllo dei farmaci e dei presidi sanitari del Regno Unito)

Nuove regole sui servizi sanitari negli impianti sportivi

L'AAROI-EMAC SCRIVE ANCHE AL PRESIDENTE DELLA F.I.G.C.

Prot. 344/2012 Roma, 18 ottobre 2012

Egregio Presidente della F.I.G.C.
dott. Giancarlo Abete

Oggetto: Notizie di stampa relative a nuove regole sui Servizi Sanitari negli impianti sportivi e considerazioni urgenti relative alle criticità del Progetto MOSESS-FMSI

Egregio Presidente,

Come sicuramente di Sua conoscenza, l'opinione pubblica è stata attonita spettatrice "in diretta" di eventi caratterizzati da ripercussioni drammatiche sulla vita di alcuni atleti avvenuti sui campi di gioco ad ogni livello dell'attività calcistica.

I dibattiti mediatici che ne sono seguiti ed i recenti interventi della magistratura (che hanno ipotizzato reati di rilevanza penale da parte dei sanitari coinvolti) hanno ormai evidenziato in modo incontrovertibile la necessità di un sistema omogeneo ed adeguato che possa garantire il miglior intervento sanitario all'interno degli impianti sportivi italiani, a partire dal terreno di gioco.

Sinora le Società Scientifiche e le Organizzazioni professionali da noi rappresentate non sono intervenute ufficialmente sulla tematica perché non ritenevamo corretto fornire valutazioni e proposte partendo dall'emotività suscitata dai fatti sopraccitati; probabilmente ciò avrebbe potuto essere interpretato come un'operazione strumentale e difensiva di posizioni lobbistiche e di categoria.

Gli eventi ai quali ci riferiamo sono epidemiologicamente rari, sia in termini assoluti sia in termini percentuali, in rapporto al numero delle manifestazioni sportive che si svolgono ogni anno. Pur tuttavia gli esiti spesso luttuosi rendono indispensabile un approfondimento tecnico, ponderato e qualificato, alla ricerca delle soluzioni migliori che siano nel contempo adeguate e sostenibili nelle differenti situazioni ambientali e strutturali che caratterizzano il "Sistema Sport".

Le soluzioni proposte dovrebbero tener conto del livello scientifico ed organizzativo raggiunto nel nostro Paese nell'ambito degli interventi ai quali ci si riferisce.

Come però è chiaramente emerso recentemente nel Convegno "La morte improvvisa dello sportivo", tenutosi lo scorso 17 luglio a Roma presso la Sala Biblioteca del Senato della Repubblica, gli interventi sanitari di Medicina preventiva e di Medicina sportiva italiana sono all'avanguardia a livello internazionale. Ciò purtroppo non avviene comparabilmente nella Medicina dell'Emergenza/Urgenza effettuata all'interno degli impianti sportivi, sia sul terreno di gioco e nelle aree sportive sia nei settori dedicati agli spettatori.

Ecco perché riteniamo non solo opportuno ma anche indispensabile fornirLe in senso propositivo la nostra opinione tecnica in proposito, richiamando la Sua attenzione sui gravi rischi connessi alla applicazione integrale di una proposta sperimentale che, secondo recenti notizie di stampa, sta per essere approvata dalla Federazione da Lei presieduta: il Progetto MOGESS-FMSI.

Se approvate ed applicate, così come sono a noi giunte e come sono state successivamente valutate dai nostri esperti, le regole contenute nel Progetto Mogess non garantirebbero l'effettuazione di intervento di Emergenza/Urgenza in linea con le più recenti indicazioni scientifiche, sia riguardo gli interventi sugli atleti che quelli rivolti a tutti coloro (arbitri, tecnici, ufficiali di gara, addetti alla sicurezza etc) che operano nella cosiddetta area sportiva degli impianti durante le manifestazioni (ad es. terreno di gioco, spogliatoi e aree di accesso e deflusso al campo di gioco).

Il punto tecnicamente più critico del Progetto Mogess è quello che prevede l'istituzione di una nuova figura professionale medica, il **Match Doctor**, unico medico deputato a garantire e gestire l'Emergenza Urgenza nelle aree sportive degli impianti, introducendo un principio di "barrage di accesso" al ruolo. In particolare l'adozione di questo concetto, non certo basato su presupposti scientifici, normativi e di prassi consolidata, non garantirà ai medici professionalmente più qualificati nel settore dell'Emergenza di poter in futuro svolgere la funzione di "Match doctor" durante gli eventi sportivi.

Se apprezziamo e sosteniamo la istituzione di questa nuova figura medica nei suoi presupposti generali (è già di fatto presente in molti impianti sportivi da anni), pur tuttavia non comprendiamo e non condividiamo il principio secondo il quale da tali attività e ruolo

vengano esclusi i medici che per formazione e per titoli professionali acquisiti e certificati da Istituzioni nazionali e regionali sono già abilitati a svolgere, e di fatto svolgono, tali attività non solo negli Ospedali ma, soprattutto, sul territorio (ad es. medici specialisti in Anestesia e Rianimazione, medici dell'Emergenza Urgenza operanti nelle reti territoriali o in Ospedale).

Come dimostrano lo sviluppo e l'efficienza raggiunti dalla **Rete di Emergenza Urgenza sanitaria** in questi ultimi vent'anni, **la presenza dei medici specialisti (quindi, non solo "esperti") impegnati quotidianamente nella Rete dell'Emergenza Urgenza è ormai capillare su tutto il territorio nazionale (h. 24 e per 365 giorni l'anno) e migliaia sono ormai i medici qualificati e realmente esperti.**

Non vi sarebbe perciò nessuna difficoltà perciò a coinvolgerli nelle attività sui campi di gioco, inizialmente almeno nei tornei di livello professionistico, come dimostrano numerose e pluriennali esperienze ormai in atto nel nostro Paese.

Va tenuto inoltre presente che, di fatto, questi medici già intervengono sui campi di gioco amatoriali in tutta Italia per il tramite della rete Emergenza/Urgenza territoriale nazionale e regionale.

Analizzando più nello specifico la criticità segnalata, desideriamo richiamare la Sua attenzione sul meccanismo contenuto nel Progetto Mogess che di fatto restringe e limita la possibilità di accesso alla figura del "Match doctor" (definito dalla Uefa "Pitch doctor").

Esso è strettamente collegato alla creazione dell'"**Albo nazionale dei Match Doctor**", breve paragrafo inserito al termine del Progetto. L'inserimento nell'Albo, così come indicato attualmente nel Progetto, di fatto prevederebbe la **esclusione all'Albo per i medici dell'E/U**: infatti subordina la possibilità di accesso all'Albo Nazionale al possesso del titolo di Medico specialista in Medicina dello Sport e alla obbligatoria iscrizione alla FMSI, ciò senza alcuna possibilità di deroga o di equipollenza fra titoli.

Oltretutto nessuna regolamentazione del CONI, attualmente vigente, limita gli interventi di E/U sanitaria sul campo di gioco ai medici tesserati alla FMSI, limitandosi a riferirsi alle responsabilità del medico della Società.

Ciò rappresenterebbe, a nostro avviso, l'applicazione di un **principio discriminante ed ingiusto** che, oltretutto, limita l'applicabilità del Progetto in relazione alla evidente sproporzione tra numero di eventi e numero dei Match Doctor disponibili all'interno dell'Albo Nazionale.

Il "barrage di accesso" si fonda oltretutto sul presupposto errato che esistano basi scientifiche in grado di differenziare gli interventi di Emergenza-Urgenza in Medicina dello Sport rispetto a quelli

rivolti, più in generale, alla popolazione: **senza possibilità di smentita, nel settore della rianimazione cardio-polmonare e della grave traumatologia (le aree di eventi sanitari gravi percentualmente più frequenti sui campi di gioco) non esistono criteri scientificamente validati che differenzino le linee guida sanitarie di diagnosi ed intervento fra quelle rivolte agli atleti e quelle rivolte ai cittadini.** Un arresto cardiaco va trattato in egual modo nell'atleta e nel cittadino comune, sia che si verifichi rispettivamente durante un match/allenamento oppure in casa, per strada e in qualsiasi altro luogo, al chiuso o all'aperto.

Un grave trauma al capo o alla colonna (cervicale, toracica, lombare) presuppone la identica tipologia e sequenza di interventi sia sul campo di gioco sia in tutte le altre aree del territorio nazionale. Forse che un incidente stradale offre alle equipe sanitarie di E/U difficoltà minori o diverse rispetto ad un intervento per un trauma che avviene durante un incontro sportivo?

Ciò che fa la differenza, come tutti i casi recenti hanno dimostrato, non è solo l'attrezzatura, i mezzi di soccorso, le strutture e il materiale sanitario messe a disposizione nell'impianto (defibrillatori, ambulanze, barelle, sistemi di immobilizzazione, farmaci, etc). A garantire la qualità e la correttezza degli interventi sono soprattutto la specifica formazione (non quella ottenuta partecipando a Corsi di poche ore mai più ripetuti nel tempo e gestiti da Enti formativi non sempre certificati), la qualificazione professionale certificata dalle Istituzioni pubbliche a ciò deputate e l'esperienza "sul campo dell'E/U e continua" dei professionisti delegati ad intervenire, non solo medici ma anche infermieri e soccorritori.

Che senso avrebbe dotarsi di un Mezzo di Soccorso definito Centro Mobile di Rianimazione, previsto dal Progetto Mogess così come dal Regolamento Uefa attualmente in vigore, se a bordo non è previsto, durante il trasporto sanitario, un Medico abilitato e capace all'utilizzo delle strumentazioni e dei farmaci (Anestesista e Rianimatore o Medico dell'E/U) oltre, naturalmente, agli infermieri e ai soccorritori?

Dunque, Le chiediamo il perché si voglia procedere all'**esclusione a priori dall'attività sanitaria "sul campo" di una intera categoria di medici** che in questi anni ha imparato, con la formazione teorica e nella prassi quotidiana, a salvare vite umane e ad evitare, se possibile, gravi invalidità, essendo stato a ciò abilitato da parte di Istituzioni (Università, Stato, Regioni, Enti Formatori autorizzati).

E non certo per motivazioni economiche perché le attività di uno Specialista in Anestesia e Rianimazione o di un Medico dell'Emergenza Urgenza

con esperienza pluriennale non sono certo caratterizzate da un costo maggiore di quello di un Medico dichiarato "esperto" da un soggetto privato. **Non certo per motivazioni relative alla ipotizzata carenza di personale specialistico** perché, come già riferito, la Rete di Emergenza Urgenza è ormai diffusa capillarmente in tutta Italia, sia all'interno degli Ospedali che sul territorio, ed i medici che in essa operano sono in grado di essere coinvolti nella maggior parte degli impianti nel corso delle manifestazioni sportive, almeno professionistiche, in tutta Italia.

Molte altre sarebbero poi le considerazioni tecniche che riguardano il Progetto e la sua applicabilità: Ne citiamo tra tutte le seguenti:

1. **la criticità della reale integrazione, per ciò che riguarda responsabilità e gli specifici ambiti di intervento degli operatori**, fra il Piano Sanitario "in campo" e quello definito dal Piano di Sicurezza negli impianti sportivi, ormai da anni obbligatorio per legge;

2. **la effettiva sostenibilità economica del Progetto** da parte dei Soggetti delegati ad applicarlo (innanzitutto le Società Sportive). I costi della sua applicazione non riguardano infatti solo la figura del Match doctor ma anche quella dei 2 Infermieri in campo, delle due Squadre di soccorritori, della équipe infermieristica operante sul Centro Mobile di Rianimazione, dei Mezzi di Soccorso, dei farmaci, del materiale e delle strumentazioni sanitarie (acquisto, gestione del materiale di consumo e manutenzione), del Sistema di telemedicina negli spogliatoi. Da una stima approfondita, basata su esempi concreti nei quali tale modello è presente da anni, tali costi sono ben più elevati dei 300 euro previsti nell'articolo relativo Progetto Mogess.

Per esprimere in modo approfondito le nostre considerazioni, valutazioni e proposte, siamo disponibili, ed anzi sollecitiamo, un incontro tecnico urgente.

Le chiediamo però di tenere in giusta considerazione le valutazioni sopra espresse in quanto, un "semaforo verde" al Progetto Mogess da parte della FIGC, così come esso è attualmente, **umenterebbe i costi gestionali del Servizio Sanitario negli impianti sportivi senza dare una risposta sanitaria adeguata agli atleti e a chiunque operi nell'area sportiva.**

Non si farebbe sicuramente giustizia in relazione a ciò che è recentemente avvenuto e a chi ne è stato coinvolto.

Rimaniamo in attesa di un Suo cortese riscontro e cogliamo l'occasione per porgerLe

Distinti saluti

dott. Vincenzo Carpino

Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC
(Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica)

ITALIA
FIGC

Roma, 24 ottobre 2012

Il Presidente

Egregio Presidente,

ho ricevuto la Sua comunicazione del 23 ottobre u.s. che ho trasmesso all'attenzione della Commissione Medico-scientifica per la tutela della salute nel sistema calcio insediata presso la Federazione e coordinata dal Professor Paolo Zeppilli.

Detta Commissione, come probabilmente Le è noto, opera in sintonia con la Commissione Medico Scientifica insediata presso il CONI e presieduta dal Professor Luigi Frati.

Assicuro fin da ora attenzione da parte della Federazione su quanto rappresentato.

Con via cordiale

Federico Molteni

Preg.mo
Dott. Vincenzo Carpino
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO
Via Gregorio Allegri, 14 00198 Roma
tel. +39 06 84912540-41 fax +39 06 85355905

14-15 Marzo 2013
GRATUITO

Malattia Dolore e
Rete Territoriale

Accreditamento ECM - CPD - 12,75 CREDITI

Segreteria Organizzativa

TEC S.r.l. Soc. Unip
Piazza Vittoria, 5 - 35043 Monselice (PD)
Tel. 0429-760294 Fax 0429 762075
info@turismoeventicongressi.it

AULA MAGNA Area Ingresso, Pad.1
A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda
P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

Ospedale Niguarda Ca' Granda Regione Lombardia



Viaggio nelle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione

AZIENDA USL 8 AREZZO - OSPEDALE SAN DONATO

L'Azienda USL 8 di Arezzo comprende cinque presidi ospedalieri: Ospedale San Donato di Arezzo, Ospedale Santa Maria della Gruc-
cia - Valdarno, l'Ospedale di Bibbiena - Casentino, Ospedale Santa Margherita - Valdichiana, Ospedale Sansepolcro - Valtiberina. L'intero Dipartimento Area Critica, diretto dal dott. Marco Feri, ha un organico di 52 anestesisti rianimatori. Il bacino di utenza complessivo è di circa 350.000 persone, di cui poco più di 100.000 nella città di Arezzo.

L'Ospedale San Donato è un DEA di II livello con diverse specialità. Comprende 8 sale operatorie e una chirurgia robotica che viene utilizzata a rotazione. Oltre alle attività di elezione, la Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione, diretta sempre dal dott. Marco Feri, gestisce un Centro Rianimazione di 8 posti letto. È presente inoltre una Struttura Semplice di Terapia Antalgica con tre anestesisti rianimatori dedicati. In totale ad Arezzo lavorano 24 anestesisti rianimatori. Dieci di questi, grazie ad un progetto finanziato dall'Azienda USL 8, riescono a garantire la partook-anestesia H24 con un sistema di reperibilità a chiamata.

MARCO FERI

Direttore del Dipartimento Area Critica Azienda Usl 8 Arezzo e della Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione



- dott. Feri, quali sono i rapporti interpersonali e di socializzazione all'interno della Unità Operativa?

Sono tornato ad Arezzo da circa 8 mesi, dopo 11 anni. Ero andato via per dirigere un'altra struttura in Toscana. Ho ritrovato colleghi con cui avevo già lavorato e che mi hanno accolto con affetto. I rapporti sono decisamente buoni. È naturale che nei gruppi numerosi sia difficile gestire nella stessa maniera tutti i rapporti: ci sono situazioni più collaborative, alcune meno, altre da recuperare come ho intenzione di fare. In linea di massima è un ambiente lavorativo con un sufficiente grado di tranquillità interna dove l'elemento di disturbo è rappresentato dalla parte "esterna" a cui dobbiamo far fronte e che è legato talvolta all'organizzazione di altre unità operative, soprattutto per la parte chirurgica.

- Quali sono i motivi di soddisfazione (o insoddisfazione) professionale?

Le soddisfazioni sono tante, a partire proprio dall'accoglienza calorosa che ho ricevuto da parte dei colleghi. Un'accoglienza che si è espressa anche con la condivisione di progetti collaborativi di ricerca che ho cominciato a proporre e che hanno trovato un seguito immediato. Da questo punto di vista la soddisfazione è assoluta sia per quel che riguarda i medici, sia per gli infermieri. Al momento, a livello professionale, non saprei indicare insoddisfazioni.

- Quali sono i rapporti con i vertici Aziendali?

I rapporti con i vertici aziendali sono discreti. L'Azienda ha sempre considerato la nostra Struttura uno dei punti chiave dell'ospedale per cui, anche nei periodi di riduzione dei costi, ha tentato di rispettare gli accordi concordati in termini di organico. Esistono comunque alcuni problemi legati al fatto che nei nostri servizi il turnover del personale è elevato anche perché abbiamo molte donne giovani e fortunatamente molte gravidanze. Nonostante le buone intenzioni, ottenere una sostituzione richiede tempo per le lunghezze

burocratiche che possono portare via mesi. Si hanno quindi carenze di organico che non sono legate alla mancanza di volontà dei vertici aziendali quanto all'iter burocratico e all'elevato turnover a cui siamo sottoposti.

Dal mio punto di vista gradirei, come responsabile di Dipartimento, un maggior coinvolgimento nei tavoli di discussione per quanto riguarda le strategie aziendali. Anche se capisco che in questo momento l'Azienda deve tenere conto di decisioni prese a livello regionale.

- Quali sono i margini di accoglimento e di realizzazione delle vostre richieste?

Dal punto di vista tecnologico non abbiamo mai avuto particolari problemi. Il livello delle nostre attrezzature è recente e sicuramente adeguato. Negli ultimi tempi si fa sentire il problema della spending review, in particolare si sono verificati ritardi nella fornitura dei materiali.

- Quanto è sentito l'interesse per l'aggiornamento professionale?

L'aggiornamento professionale dovrebbe essere uno degli obiettivi principali a cui puntare sia da parte del Direttore, sia da parte dell'Azienda. È evidente che nella situazione che ho appena descritto, promuovere un adeguato processo culturale indirizzato a quelle che sono le caratteristiche dei colleghi e le loro specificità diventa molto difficile. Tentiamo comunque di realizzare un piano annuale sulla base dei principali interessi. Dal mio punto di vista non è tanto importante frequentare corsi o congressi quanto promuovere l'interscambio culturale con la possibilità della frequenza del personale presso altre strutture qualificate dove ritengo che il colloquio tra i clinici possa avere una valenza superiore rispetto alla lezione frontale tipica di un corso di aggiornamento. È chiaro che una simile esperienza richiede del tempo, almeno 4 o 5 giorni, altrimenti è inutile.

- Sono sufficienti il livello e la modalità dell'informazione sindacale?

Ad Arezzo il livello di informazione sindacale è adeguato.

- Quale è il livello di gradimento degli obiettivi e della metodologia delle iniziative che l'AAROI-EMAC promuove soprattutto in sede nazionale?

Gradirei molto che i livelli di collaborazione tra AAROI-EMAC e SIAARTI fossero decisamente più stretti e lo dico anche in veste di Rappresentante Regionale della SIAARTI. La frattura che si è creata, a mio avviso, va sanata tentando di portare avanti un programma di formazione culturale congiunto tra le due associazioni. Una simile divisione all'interno dell'anestesia rianimazione non ha ragione di essere.

DECIO VISCIDI

Rappresentante Aziendale supplente dell'AAROI-EMAC



- dott. Viscidi, quale è la situazione professionale dell'Ospedale di Arezzo?

La nostra azienda ha diverse specialità soprattutto chirurgiche e quindi raccoglie una complessità professionale notevole. Complessità che si riflette sulle nostre attività quotidiane: abbiamo colleghi esperti in anestesia loco regionale, così come colleghi esperti nella chirurgia pediatrica o in chi-

urgia vascolare piuttosto che in chirurgia toracica, anche se da pochi mesi quest'ultima è stata eliminata dalle specialità chirurgiche dell'Azienda. In generale, esistono gruppi prevalenti in ciascuna specificità chirurgica e un gruppo dedicato prevalentemente alla rianimazione. Formalmente abbiamo tutti un incarico professionale con specificità differente e complessità crescente. Una simile organizzazione fa sì che ci sia una buona graduazione degli incarichi in modo tale che tutti vengano valorizzati nella maniera migliore. Ovviamente quando veniamo coinvolti nelle urgenze H24, siamo tutti in grado di farci carico delle necessità richieste.

- Quale è il vostro rapporto di categoria con l'Azienda?

I rapporti con l'Azienda in assoluto sono positivi soprattutto con la Direzione sanitaria che riconosce il ruolo fondamentale dell'anestesista rianimatore. Purtroppo paghiamo la presenza di Direttive regionali legate al contesto storico in cui ci muoviamo. In pratica tutto viene deciso in altri livelli e anche la Direzione sanitaria deve rispettare le decisioni prese dalla Regione.

Non a caso, a livello regionale, le trattative sindacali sono molto fredde. Abbiamo avuto anche uno stato di mobilitazione che non è arrivato allo sciopero regionale ma che ha portato allo sciopero intersindacale dell'Ospedale di Empoli in cui è stata eliminata un'unità di guardia.

- Qual è il grado di sindacalizzazione aziendale al vostro interno?

L'adesione al sindacato è ottima con 41 iscritti su 52 dirigenti medici, circa l'80% del totale. Abbiamo avuto anche numeri superiori che oggi sono diminuiti a causa di alcuni pensionamenti. Non tutti i nuovi arrivati sono iscritti al sindacato. Il lavoro che stiamo facendo è proprio quello di coinvolgere sempre di più tutti gli anestesisti rianimatori in modo che l'iscrizione sia la naturale conseguenza. Ad esempio abbiamo creato una mailing list per comunicare con tutti i colleghi anestesisti rianimatori, a prescindere dall'iscrizione, perché è necessario informarli che qualcuno si occupa di loro. Nel passato abbiamo organizzato anche molte riunioni rese necessarie da difficoltà interne poi risolte con l'arrivo del dott. Feri.

- C'è unione fra i vostri iscritti?

L'unione tra gli iscritti sicuramente esiste anche se con cinque presidi ospedalieri siamo sparsi nel territorio. È quindi difficile una comunicazione capillare e altrettanto complicato è riunirsi. In generale, la partecipazione è più facile per i colleghi dei presidi più grandi, Arezzo e Valdarno, dove lavora il rappresentante AAROI-EMAC titolare.

- Quali sono i rapporti con gli altri sindacati?

Nella realtà aziendale di Arezzo abbiamo costruito nell'ultimo anno un'intersindacale compatta, ad eccezione di una sigla poco presente che però non ha molti iscritti. Grazie a questa unità siamo riusciti ad organizzare in ottobre, in occasione della manifestazione nazionale, un'assemblea sindacale locale con 82 medici partecipanti. Tra Intersindacale ed Azienda i rapporti stanno migliorando dopo una fase di contrasto dovuto allo scarso coinvolgimento. Adesso stiamo cominciando a calendarizzare incontri di carattere sindacale, ma siamo solo all'inizio di un percorso attraverso il quale speriamo di fare un po' di strada in più. Rimane la difficoltà delle direttive nazionali e regionali che vincolano la nostra attività perché di fatto ci lasciano poco spazio di trattativa. I temi di reale interesse sindacale, come l'orario di lavoro, sono di fatto congelati. Abbiamo stimato, ad esempio, che attualmente esiste una carenza di circa 30 medici. Carenza valutata sui dati forniti dall'azienda (aggiornati al 30 settembre 2012): su un totale di 696 medici le ferie arretrate complessive ammontano ad oltre 30mila giorni.

Nonostante questi dati, qualsiasi richiesta di incremento dell'organico al momento non può essere soddisfatta anche perché siamo in una fase di riorganizzazione della rete ospedaliera. In Toscana è previsto il taglio di circa 2000 posti letto - da 3,7 posti letto per 1000 abitanti a 3,15 per 1000 abitanti - sulla base di criteri che si spera vengano fissati anche in accordo con le organizzazioni sindacali e che saranno legati ai livelli di occupazione di posti letto. Si parla di una soglia dell'85% di occupazione. Una riduzione che naturalmente potrebbe incidere anche sugli organici. Il Direttore generale della nostra azienda, in una recente riunione, ha sostenuto di non voler accettare un taglio netto dei letti ospedalieri ma piuttosto una conversione dei posti letto in letti territoriali. Spostando quindi la degenza sull'assistenza territoriale.

Ad Arezzo esiste già un progetto del genere, denominato MO-DICA, che prevede circa 20 posti letto a gestione territoriale,

affidati al medico di famiglia, ma collocati all'interno dell'ospedale. Si tratta di un reparto in cui però il medico non è presente H24 e nel quale in caso di emergenza, per un fatto logistico, si ricorre ai medici ospedalieri. Metodo prontamente contestato all'Azienda per un discorso di competenze e di responsabilità. È infatti difficile, se non impossibile, giustificare, anche da un punto di vista amministrativo, l'intervento di un medico ospedaliero su pazienti che di fatto non sono ricoverati.

- Quali sono i rapporti con gli altri operatori sanitari?
Abbiamo difficoltà soprattutto con le Unità operative chirurgiche in particolare per l'organizzazione, la gestione delle liste operatorie e per la gestione dei casi più complicati. In generale non si può dire che ci sia una stretta collaborazione.

Dal punto di vista dei rapporti con le altre strutture mediche spesso veniamo chiamati anche per casi che non ci dovrebbero vedere coinvolti oppure per risolvere problemi logistici. Alcune volte, ad esempio, veniamo interpellati per la sistemazione di pazienti difficili che non sarebbero propriamente da rianimazione ma che alla fine lo diventano per la mancanza di un gradino intermedio. Dunque ci troviamo coinvolti nella gestione di casi di pertinenza sub intensiva piuttosto che da rianimazione.

- Che cosa pensa degli obiettivi e dei metodi di trattativa che l'AAROI-EMAC promuove sia in ambito regionale che nazionale?

Attualmente i margini di trattativa sindacale sono minimi. Sono soddisfatto del lavoro che a livello regionale sta svolgendo l'AAROI-EMAC, sia autonomamente che nell'Intersindacale. Condivido anche tante iniziative nazionali che la nostra Associazione ha portato avanti in questi anni. Rimangono le perplessità sul futuro legate alle difficoltà contingenti e mi auguro che lo sblocco dei contratti nei prossimi anni possa ridare al sindacato la possibilità di recuperare il suo ruolo.



Gli Anestesisti Rianimatori della Struttura Complessa di Anestesia dell'Ospedale San Donato di Arezzo

MEDICI "NON MEDICI" ED INFERMIERI "NON INFERMIERI"

L'imminente collasso del servizio sanitario nazionale pubblico, equo ed universale come l'abbiamo conosciuto, è sotto gli occhi di tutti.

La causa di questo tracollo sta in precise situazioni socio-economiche cui sono seguite scelte distruttive, fatte nel corso degli anni da personaggi che con la sanità hanno poco o niente a che fare, con la corresponsabilità (o sarebbe meglio dire complicità) più o meno consapevole di figure che invece al mondo sanitario dovrebbero appartenere, almeno per formazione.

Primi fra tutti, ammettiamolo, ci sono tanti laureati in medicina che da lungo tempo (o mai) non frequentano ambulatori, corsie e sale operatorie, perché stabilmente seduti dietro scrivanie di aziende e ministeri o dietro le cattedre di un asfittico mondo accademico.

Ora si alzano nuove voci che reclamano l'accesso a quelle scrivanie e cattedre, ma non per salvare quello che è stato, e nonostante tutto è ancora, uno fra i migliori modelli assistenziali del mondo.

Anzi queste voci infarcite di concetti quali il "prendersi cura invece che curare", il "superamento dei percorsi diagnostico-terapeutici", il "recepire il nuovo" o una non meglio definita "etica postmoderna", ignorano l'emergenza in atto e preferiscono impegnarsi in una crociata contro la "dirigenza" medica, dimostrando di non sapere bene cosa sia.

La "dirigenza", imposta ai medici dalla riforma del pubblico impiego, significa precarietà del rapporto di lavoro, obiettivi imposti e valutazioni arbitrarie e ricattatorie, licenziabilità senza giusta causa, orari "flessibili" con fiumi di ore di lavoro non riconosciuto o al massimo sottopagato, cumuli di ferie non fruiti ed ora anche a rischio di essere perdute.

Tutto ciò a fronte di una dignità dirigenziale inesistente perché la sanità, sia chiaro, non la governano i medici come non la governeranno gli infermieri, almeno non quelli che realmente lavorano con e per gli ammalati.

Nemmeno i direttori di struttura o di dipartimento hanno una reale autonomia, ostaggi come sono delle direzioni generali che su di loro hanno potere assoluto.

Niente di diverso accade o accadrebbe per la dirigenza infermieristica.

Se dunque a gestire la sanità, insieme a politici o tecnici "laici", sono medici che non fanno i medici e/o infermieri che non fanno gli infermieri, forse sarebbe il caso gettare la maschera e identificare queste figure per quel che sono: amministratori, gestori, burocrati su commissione che, almeno oggi come oggi, hanno altre priorità rispetto alla salute e non necessitano di esperienza o capacità assistenziale, per cui alla fin fine non servirebbe neanche che fossero medici o infermieri... appartengono ormai al mondo di un management che di sanitario ha solo il nome.

Mentre ormai da qualche anno il mondo medico recalcitra, prende le distanze, si ribella, contesta, denuncia, arriva a manifestare con migliaia di medici in piazza contro lo smantellamento del sistema sanitario, i vertici delle associazioni infermieristiche (ma forse non altrettanto la base) hanno evidentemente altre preoccupazioni, in nome delle quali accondiscendono ad una riforma che crea devastanti conflitti di competenza, attribuendo funzioni proprie del medico ad altre figure professionali solo perché, diciamo la verità, costano di meno.

È triste ma normale che una ristretta cerchia cavalchi le giuste aspirazioni di riconoscimento professionale dei propri colleghi per costruire spazi al vertice della piramide, la cui base avrebbe nuovi oneri ma non gli onori, che restano comunque riservati a pochi eletti, ebbri di "management".

Niente di nuovo, dunque: ognuno vuole la sua fetta di potere.

Solo che in questo caso il potere sta nell'allinearsi, eseguire gli ordini o essere buttati fuori... cosa pensavate?

Attilio Terrevoli



Sezione Regionale
PUGLIA

16 marzo 2013
GIORNATA DI ORIENTAMENTO SINDACALE
ORE 09:00 - 17:00



NO alle imposizioni
SI alle regole




BARI  **Hotel Excelsior Congressi**

Diritti e Doveri del Medico Ospedaliero
Presiederà il Presidente Nazionale A.A.R.O.I.-EM.A.C.
Dott. Vincenzo Carpino

Relatori:
Dott. A. Citino - Presidente Sezione Regionale Piemonte-Valle d'Aosta A.A.R.O.I.-EM.A.C.
 * l'orario di lavoro/servizio e la dotazione organica necessaria
 * la pronta disponibilità e il lavoro straordinario
Dott. A. Vergallo - Presidente Sezione Regionale Lombardia A.A.R.O.I.-EM.A.C.
 * gli incarichi professionali: conferimento e responsabilità
 * la mobilità aziendale e inter-aziendale
Dott. M. Chiarello - Presidente Sezione Regionale Marche A.A.R.O.I.-EM.A.C.
 * la costituzione e la gestione dei fondi contrattuali
 * la corresponsione delle voci stipendiali fondamentali e accessorie

NEL CORSO DEI LAVORI POTRA' ESSERE DATA RISPOSTA A QUESITI GENERALI E SPECIFICI

LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA
PER I RAPPRESENTANTI SINDACALI E PER GLI ISCRITTI A.A.R.O.I.-EM.A.C.

Coffee-break e Lunch offerti dalla Sezione Regionale A.A.R.O.I.-EM.A.C. Puglia

Per partecipare è necessario pre-iscriversi, inviando una richiesta completa di tutti i dati seguenti:
 - Cognome e Nome
 - Indirizzo e-mail personale e Recapito telefonico personale
 - Eventuale carica sindacale ricoperta
 - via e-mail alla casella di posta elettronica: puglia@aaroiemac.it
 - oppure via fax al n° 080.5540557 (dalle 8 alle 20)

Le pre-iscrizioni saranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili.
Sarà inviata conferma di iscrizione al recapito email indicato nella richiesta di pre-iscrizione.

Referente: Dott. Antonio Amendola - Presidente Sezione Regionale AAROI-EMAC Puglia
Tel: 333.5938900 - 080.5540557



L'ONAOSI VERSO IL FUTURO

Ad un anno dall'insediamento dei nuovi Organi Collegiali, espletata un'attenta ed approfondita verifica sulla situazione economico-patrimoniale della Fondazione e dopo una disamina articolata delle criticità che stanno interessando l'ONAOSI, il Consiglio di Amministrazione, presieduto dal Presidente Serafino Zucchelli, ha elaborato un piano di razionalizzazione e di rilancio dell'ONAOSI predisponendo le linee strategiche da portare avanti durante la Consigliatura 2011-2016.

Alla base di esse sta in particolare l'esigenza di migliorare e accrescere l'offerta assistenziale a favore dei figli dei sanitari contribuenti e delle loro famiglie. Lo scopo prioritario da perseguire è rilanciare e migliorare la mission della Fondazione, che è quella di promuovere il conseguimento di un titolo di studio, o l'acquisizione di un'arte o lavoro, da parte degli orfani, o equiparati tali, dei sanitari italiani, assistendoli nel loro percorso educativo e formativo, fornendo aiuti economici, servizi, assistenza e strutture residenziali. Obiettivo primario è mettere al centro dell'interesse della Fondazione gli assistiti e le loro famiglie, potenziando i servizi, aumentando le prestazioni, estendendo l'attività del Servizio Sociale, ampliando l'assistenza sul territorio (è già stata riaperta la sede di Bari), ma soprattutto portando avanti iniziative che migliorino e modernizzino l'offerta formativa messa a loro disposizione; tutto ciò anche nell'intento di sviluppare gli aspetti pedagogico-educativi tipici dell'attività della Fondazione, che nel tempo hanno favorito e sviluppato quel senso di appartenenza

così diffuso tra i nostri utenti (assistiti e paganti) e che ha contribuito a rendere negli anni così apprezzato e grande il "prodotto formativo-ONAOSI".

I Centri Formativi Universitari che l'ONAOSI mette a disposizione degli orfani ed equiparati tali (gratuitamente) e dei figli dei sanitari viventi (a pagamento) costituiscono un'esperienza certamente di studio ma anche occasione di socializzazione, di formazione e di maturità.

Un modo moderno e stimolante di vivere l'università al meglio in un contesto protetto. Non solo una soluzione abitativa, ma un'opportunità di esperienza di vita in cui vengono favoriti momenti di aggregazione e di confronto con lo scopo di educare e accompagnare nel loro percorso i nostri ragazzi.

L'idea che accumuna e che ispira i Centri Formativi ONAOSI è di una formazione integrativa a quella universitaria, che non attiene unicamente all'ospitalità e allo studio, ma che si estende anche allo sviluppo delle potenzialità dello studente e alla crescita della sua "persona".

Le numerose opportunità dedicate agli studenti in ambito culturale, accademico e professionale favoriscono l'emergere della personalità e del talento di ciascuno di essi. Un ricco ventaglio di strumenti didattici; innumerevoli occasioni di incontri con professionisti; momenti di svago, dallo sport ai viaggi, con mostre, teatro, concerti... rappresentano alcune delle tante occasioni che l'ONAOSI mette a disposizione dei suoi studenti nell'intento primario di investire nel loro futuro. Una rete di residenze universitarie di qualità sparsa sul territorio nazionale (Bologna, Mes-

sina, Padova, Pavia, Perugia, Torino) caratterizzata da:

- un servizio di tutorship per il supporto allo studio;
- un contatto con il mondo accademico;
- un ponte con il mondo del lavoro;
- una community per stringere nuove amicizie e scambiare esperienze.

I Centri Formativi ONAOSI sono all'avanguardia nell'offerta di servizi studiati appositamente per garantire le migliori condizioni abitative, di studio e di svago. Le strutture sono dotate di comfort di standard elevato, di ambienti a uso privato e aree comuni attrezzate per facilitare e incentivare lo svolgimento delle molteplici attività offerte: camere singole o doppie confortevoli e adeguatamente arredate anche con angolo-cottura; aule studio e di tutorship; biblioteca e internet point; servizio wireless diffuso; sale relax dotate di sistemi audiovisivi, ecc...

Uno sforzo particolare andrà rivolto ad una maggiore tutela delle famiglie, che passa anche attraverso l'implementazione di nuovi tipi di assistenza che l'attuale Statuto impone, a beneficio delle sempre più diffuse fragilità che colpiscono i sanitari italiani costringendoli a vivere purtroppo talora in condizioni di grande disagio e di marginalità (è stata stanziata una prima somma di € 500.000,00 e sta per essere emanato il bando per sostenere i Sanitari in condizioni di fragilità). A tale scopo viene portato avanti un progetto innovativo di medio-lungo termine che mira a potenziare ed arricchire l'offerta formativa ONAOSI, sia creando un nuovo Centro Formativo

in una città universitaria del Sud, sia ammodernando e riconvertendo gli attuali gloriosi Collegi e Convitti di Perugia, con la creazione di un nuovo e prestigioso Collegio-Convitto, più competitivo e maggiormente rispondente ai moderni standard formativi e di accoglienza.

Tutto ciò passa attraverso un'azione di riqualificazione e razionalizzazione del patrimonio immobiliare a Perugia che prevede anche la dismissione di quelle strutture ritenute non più strategiche e che non rispondono più alle attuali esigenze di economicità e convenienza necessarie (ed anzi costituiscono un peso non produttivo per l'Ente).

Nel frattempo è necessaria una fase intermedia della durata di 5-6 anni in cui saranno disponibili a Perugia due differenti tipologie di strutture: l'attuale Collegio Maschile con la disponibilità dei servizi più tradizionali e l'attuale Collegio Femminile senza servizio di ristorazione ma con connotazioni simili ai moderni Centri Formativi di Torino, Bologna e Padova.

Saranno i ragazzi, prima gli assistiti ed a seguire i paganti, a scegliere tra le due opzioni. Diverse saranno ovviamente le condizioni economiche di accesso. Il CdA e il CdI ritengono che, sia nella fase transitoria che a fine progetto, la qualità e la quantità dell'offerta ricettiva saranno decisamente superiori.

Luoghi accoglienti e confortevoli, socializzazione più matura, ma sempre vigilata, favoriranno l'attività pedagogico-formativa.

Naturalmente le fasi del cambiamento saranno vissute coinvolgendo gli ospiti e le loro famiglie.

Umberto Rossa

Entrato in un collegio Onaosi all'età di dieci anni

UN ESEMPIO DI COME SI POSSANO COSTRUIRE LE BASI PER UN SOLIDO FUTURO

Suo padre aveva 38 anni quando lo ha lasciato solo con la mamma e un fratello più piccolo. Prisco allora aveva da poco festeggiato il terzo compleanno. L'attività svolta dal papà come guardia medica e come oncologo libero professionista non comportava l'obbligo di iscrizione all'Onaosi. I due orfani si sono così ritrovati senza diritto all'assistenza. È stato grazie ad amici medici che la madre, casalinga, viene a sapere delle borse di studio messe a disposizione dall'Enpam. L'ente previdenziale dei medici e degli odontoiatri le eroga quando il reddito della famiglia è al di sotto di una certa soglia. Un salvataggio in corner. Oggi, all'età di 26 anni, Prisco Palmiero rappresenta l'esempio di come, grazie all'aiuto della categoria, si possano costruire le basi per una professione.

A nove anni infatti la mamma decise di portarlo a Perugia a visitare il Collegio Onaosi: "Collegio per modo di dire racconta Prisco più che altro un grande agriturismo: enorme parco, campi da tennis, di calcio, di basket. Un posto ideale per studiare e, nello stesso tempo, divertirsi". Detto, fatto: la borsa di studio dell'Enpam venne usata per pagare la retta dell'Onaosi. Nella città umbra Prisco Palmiero frequenta le scuole medie, il liceo scientifico e l'università. Dice: "Il Collegio Onaosi di Perugia lo



considero la mia seconda casa. Mi sono trovato molto bene e non mi sono mai sentito abbandonato sia da un punto di vista umano che da un punto di vista scolastico. Rivedo ancora volentieri i miei insegnanti e, soprattutto, i miei istitutori che mi hanno sempre seguito con la dovuta attenzione e discrezione. È anche grazie a loro che negli studi ho sempre ottenuto buoni risultati, che mi hanno consentito, anno dopo anno, di avere i crediti formativi utili alla concessione delle borse di studio Enpam. Addirittura, quando frequentavo le superiori, l'Onaosi, ogni anno, offriva agli studenti più meritevoli la settimana bianca. Non ne ho persa una". Nel 2012 il traguardo finale: laurea specialistica in Farmacia e Farmacia industriale e abilitazione alla professione. Oggi è iscritto all'albo della provincia di Caserta, pronto per la prima occupazione. "I Collegi Onaosi sono strutture formative ed educative di primo livello in grado di offrire ai loro ospiti un iter scolastico completo - dice il neo-dottore. Chiunque avesse i requisiti necessari per usufruire del binomio **Borse di studio Enpam - Centri studi Onaosi** può garantirsi un'istruzione seria e adeguata. In questo modo il complicato mondo del lavoro di oggi fa meno paura".

Marco Vestri

DIETRO LA MASCHERA

A carnevale un mondo di cartapesta tinge l'Italia da nord a sud

Rompere l'ordine costituito e tornare al caos: a Carnevale si può. La regola è infrangere le regole. Lanciare arance, immergersi nella calca e divertirsi. Succede, ma solo una volta l'anno. A febbraio e marzo in tutt'Italia si scatena la mania dello scherzo: dal Piemonte alla Sicilia, dal Friuli alla Toscana, dall'Emilia alla Campania, dalla Sardegna al Veneto. Il desiderio di evasione fa parte dell'uomo fin dalle origini, le stesse in cui si perdono le prime tracce del Carnevale. Una tradizione nata addirittura nella preistoria con riti sciamanici consumati tra volti mascherati. In Italia e in tutto il Mediterraneo, invece l'impronta genetica della Grecia e dell'antica Roma fa ancora parlare di sé. Cerimonie e riti sfrenati si celebravano già 2000 anni fa in onore di Saturno o Bacco, alias Dionisio dio del vino, bevanda propizia per lasciarsi andare. D'altra parte occorre compiacere le divinità per assicurarsi che il ciclo della natura ripetesse il suo corso regolare e la primavera non si facesse troppo aspettare, dopo il silenzio e il freddo sterile dell'inverno. Con l'arrivo del Cristianesimo il Carnevale diventa il tempo che precede la Quaresima.

Un carro colorato e gigantesco. Di meglio non c'è per entrare nel Carnevale di Viareggio, tappa obbligata del divertimento, dove la satira e il sarcasmo la fanno da padroni. La cartapesta, forgiata dalle mani di esperti artigiani, si trasforma in caricature e allegorie. Ce n'è per tutti e nessuno si offenda.

Una scia di coriandoli e stelle filanti dal centro Italia arriva in Piemonte. A Ivrea i preparativi sono iniziati il giorno della Befana a suon di pifferi e tamburi. Si parte a febbraio e si chiude il mercoledì delle Ceneri, come vuole la tradizione, con la distribuzione di polenta e merluzzo, per compensare gli eccessi ipercalorici del martedì grasso prodigo di dolci e delizie prelibate. Sono invece di bassa qualità, anche se selezionati nelle dimensioni, i 6mila quintali di agrumi della Sicilia e della Calabria, munizioni per l'irrinunciabile battaglia delle arance. A rendere invece unico il "più bel Carnevale di Sicilia" ad Acireale, vicino Catania, sono i carri infiorati e i "lilliput", veicoli di piccole dimensioni guidati da bambini, ospiti privilegiati della festa, che invadono le strade cittadine spesso assolate anche fuori stagione.

Dal sole allo spazio: il Carnevale Galattico di Cento in Emilia-Romagna fa vedere le stelle. Le parole d'ordine sono trasgressione, eccesso, irriverenza e sberleffo, personificate da magnifiche e grandiose creature di cartapesta, i mille colori sgargianti, che giocano con la satira e l'ironia.

Cambio di scena e ritorno al tempo delle crociate dei Saraceni a Oristano, palcoscenico della spettacolare Sartiglia, una delle tradizionali corse all'anello che si giocano in tutt'Italia. Ispirata alle storiche giostre di Spagna. Da occidente a nord est il viaggio lungo lo Stivale carnevalesco passa anche in Friuli nella piccola Sauris, in compagnia di Rolar, maschera di fuliggine che agita i sonagli perché la gente prepari il rito del travestimento.

Il carnevale tricolore naturalmente approda a Venezia dove è difficile tenere il broncio a febbraio. È tempo di cambiare, faccia e abito, lasciandosi sedurre dalla maestra dei travestimenti. La città lagunare si veste a festa per mettere in scena l'evento più atteso e seguito d'Italia. Che quest'anno ha un'anima ottocentesca e torna alla tradizione delle maschere a tema. La Serenissima si sposa con cittadini e turisti nei teatri, nei musei e lungo calli e canali, in un tête-à-tête irripetibile di concerti, spettacoli, rappresentazioni storiche, gran balli e proiezioni cinematografiche. Un'esperienza sensoriale a 360°, in corsa tra i Sestieri per non perdere gli eventi clou e i tradizionali appuntamenti mondani. Bando ai convenevoli si entra nel vivo della tradizione con l'omaggio dei gioielli nuziali del Doge a 12 fanciulle, le Marie. La damigella più dolce e aggraziata viene incoronata il martedì grasso. La spettacolarità ha il suo momento sovrano quando dal campanile di San Marco il volo dell'Angelo esige nasi all'insù e fiato sospeso. Un ospite segreto con indosso un magnifico costume si lancia al centro della piazza, in un abbraccio scenografico con il Doge ed il pubblico.

Anche i bambini hanno il loro Carnevale parallelo a quello degli adulti, con tanto di eventi e iniziative speciali. Ogni pomeriggio Campo San Paolo si anima di colori e maschere, storiche e di fantasia. Una grande pista per pattinare sul ghiaccio e un divertente bus londinese completano il cartellone tra esibizioni e sorprese costruite ad arte da saltimbanchi, clown e burattinai. Ma il gioco piace anche ai grandi e non c'è luogo più adatto del Casinò di Venezia per trascorrere momenti memorabili.

Come ogni kermesse allegorica che si rispetti, si attende con trepidazione la maschera più bella. Sul palco di San Marco salgono le migliori tra celebrità, artisti ed esperti pronti a votare. Un premio si assegna anche al miglior travestimento stile Ottocento. Silenzio, la festa finisce, il sipario si abbassa alla mezzanotte di martedì 12 febbraio. Chiusura in grande stile, ma senza clamore, con la Vogata, una quieta e lunga processione di gondole e imbarcazioni a remi lungo il Canal Grande.

Le note di una tromba segnalano la partenza del corteo sull'acqua. All'arrivo, centinaia di piccole mongolfiere di carta illuminate si librano nel cielo. Il Carnevale se n'è andato, comincia la Quaresima.



X CONGRESSO NAZIONALE DELL'AAROI-EMAC

Riccione 20-21-22 giugno 2013

