

il nuovo Anestesista Rianimatore

NOVEMBRE - DICEMBRE
2017
5
Anno XXVIII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

Responsabilità Professionale, l'elenco delle Società Scientifiche Il chiarimento AAROIEMAC

La richiesta di un Collega di sapere se l'AAROIEMAC avesse presentato al Ministero della Salute l'istanza di iscrizione all'elenco previsto dal DM 2 Agosto 2017 recante "Elenco delle società scientifiche e delle as-

sociazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017 n.24", offre l'occasione per dare informazioni in merito a tutti gli Iscritti.

a pagina 14

LAVORI USURANTI

Perché il medico non è nell'elenco?

Le attività usuranti sono caratterizzate da mansioni faticose o pesanti e coinvolgono, tra gli altri, i lavoratori notturni. Tra le attività usuranti sono comprese anche quelle degli infermieri e ostetriche impegnati nei turni o nelle sale operatorie. Ma non i Medici, impegnati negli stessi turni e frequentatori abituali delle stesse sale operatorie. Il parere dell'esperto e la richiesta dell'Intersindacale.



a pagina 13

Statuto AAROIEMAC

Approvato a Bergamo nel corso
dell'XI Congresso dell'Associazione



nell'inserto estraibile a centro giornale

AAROIEMAC è ora su:

facebook 

Metti subito
il tuo:



"Cari Collegi, anche la legge di bilancio 2018 si mostra avara nei confronti dei Medici, dei Veterinari, dei Dirigenti sanitari dipendenti del SSN, del loro lavoro, della Sanità pubblica esclusa dalla ripresa economica".

Inizia così la lettera dell'Intersindacale che, a metà novembre, spiegava le motivazioni della mobilitazione che ha portato nei giorni successivi ad Assemblee in tutte le aziende sanitarie e a una Riunione congiunta degli Esecutivi Nazionali

che si è svolta a Roma il 30 Novembre nella Sala Capranichetta in Piazza Montecitorio. Nel mezzo la proclamazione dello Sciopero Nazionale del 12 Dicembre, primo di un pacchetto di scioperi da calendarizzare. Sul piatto temi che sono di straordinaria importanza - non solo per i Medici, ma per l'intera utenza - come l'impossibilità di garantire i LEA a fronte di una insufficiente disponibilità di risorse, per non parlare del blocco contrattuale che dura da 8 anni.

alle pagine 2-3-4 e 5

Le notizie dalle Regioni Il caso Piemonte SENTENZA SENZA PRECEDENTI A CUNEO

Coinvolta l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle

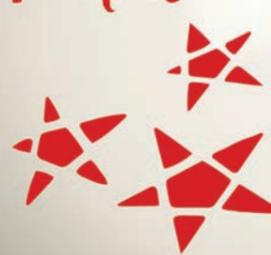
L'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo è stata condannata a ricostituire i Fondi contrattuali di posizione e di risultato. Lo ha stabilito la Sentenza del Tribunale di Cuneo del 20 Ottobre 2017 che rappresenta un precedente di notevole importanza anche a livello nazionale.

La causa era stata promossa nei confronti dell'Azienda da parte di alcuni Dirigenti Medici supportati dall'intervento dell'AAROIEMAC Pie-

monte, dell'ANAAO Piemonte, della CIMO Piemonte e della FP CGIL Cuneo.

La sentenza ha integralmente accolto le domande dei Dirigenti Medici e delle OO.SS. riconoscendo il principio fondamentale (e di portata generale) secondo il quale la disciplina dei trattamenti economici costituisce materia di esclusivo appannaggio della contrattazione collettiva tra OO.SS. e Datori di lavoro pubblici.

a pagina 12

buon
natale 
felice
2018 

AVVISO AGLI ISCRITTI



ATTENZIONE!!! ALCUNI NOSTRI ISCRITTI SI RITROVANO DIMISSIONARI DALL'AAROI-EMAC SENZA VOLERLO, POICHÉ LA TRATTENUTA IN BUSTA PAGA È STATA RIMOSSA A SEGUITO DI ADESIONE AD ALTRE ORGANIZZAZIONI SINDACALI che, all'atto di ISCRIZIONE, o addirittura anche solo contestualmente all'attivazione di patronato fiscale (cioè alla richiesta di SEMPLICE ASSISTENZA PER LE DICHIARAZIONI FISCALI), con un comportamento che per decenza non commentiamo, annullano e revocano le deleghe precedentemente sottoscritte a favore della nostra Associazione.

Le CONSEGUENZE DI TALE PRASSI, per i nostri Iscritti, sono GRAVI, poichè con la disiscrizione si ha IMMEDIATA PERDITA DI EFFICACIA delle POLIZZE ASSICURATIVE DI 2° E DI 1° RISCHIO convenzionate dalla nostra Associazione tramite il Broker AON, in quanto viene a mancare il regolare pagamento della quota associativa.

L'AAROI-EMAC DECLINA OGNI RESPONSABILITÀ INERENTI TALI CONSEGUENZE, POTENDOSI SOLO LIMITARE AD INFORMARNE TUTTI GLI ISCRITTI.

PRESTATE LA MASSIMA ATTENZIONE al fine di evitare la perdita inconsapevole dei benefici legati all'iscrizione all'AAROI-EMAC.

LA SOLUZIONE PIÙ SEMPLICE E PIÙ SICURA PER NON CADERE IN QUESTA TRAPPOLA È UNA SOLA: NON ISCRIVERSI AD ALTRE ORGANIZZAZIONI SINDACALI, RESTANDO COSÌ TUTELATI DALL'AAROI-EMAC IN TUTTI I SERVIZI FORNITI, ED IN CASO DI ASSISTENZA FISCALE PRESTATATA DA ALTRI SINDACATI, AVERE ESTREMA CURA DI NON FIRMARE LA DISISCRIZIONE DALLA NOSTRA ASSOCIAZIONE.

MOBILITAZIONE A OLTRANZA!

Il 12 Dicembre è il primo di una serie di Scioperi!

Ancora una volta un Autunno Bollente in cui siamo costretti ad alzare i toni. Speravamo, a questo punto, di passare il nostro tempo e di dedicare le nostre energie ad un confronto - serrato sì, ma costruttivo - che potesse portarci a siglare il rinnovato dell'agognato contratto di lavoro.

Non è così. Non solo la firma è ben lontana, ma ogni giorno è più distante il momento di inizio della trattativa. Non esistono le condizioni per sederci - qualora fossero convocati - ai tavoli di contrattazione. Nella pagina di fianco, e ancor di più in quelle successive, abbiamo fatto l'exkursus delle azioni portate avanti nell'ultimo periodo in maniera congiunta all'interno dell'Intersindacale della Dirigenza Medica.

Un bimestrale non può certo raccontare l'attualità, ed è per questo che probabilmente, al momento della lettura della versione cartacea, ci saranno già altre novità. Dopo le Assemblee all'interno degli Ospedali e la Manifestazione del 30 Novembre a Roma (nella foto), ad oggi abbiamo la certezza che lo Sciopero del 12 Dicembre è solo il primo di un pacchetto di scioperi da calendarizzare. L'Intersindacale ha, infatti, inserito, nel comunicato di proclamazione dello Sciopero,



la previsione di indire altre giornate di protesta con altri scioperi da proclamarsi a seguire, in modo che la vertenza in atto sia incisiva al massimo possibile. TUTTI gli Iscritti all'AAROI-EMAC hanno un ruolo fondamentale in questi frangenti sia per la potenziale capacità di partecipazione, sia per la possibilità di bloccare davvero le sale operatorie e i servizi ospedalieri più importanti. Occorre quindi una mobilitazione di massa, necessaria ad ottenere ascolto dalle Istituzioni di governo del nostro SSN.

Sappiamo tutti perfettamente che lo sciopero del 12 Dicembre potrebbe ricadere in gran parte sulle nostre spalle di AR, perché le adesioni di altri Colleghi Ospedalieri potrebbero essere non particolarmente massicce, tuttavia, proprio per questo, lo sciopero

è l'occasione preziosa per dimostrare che dietro la voce del Presidente AAROI-EMAC c'è una schiera di Professionisti seri e coerenti con lo spirito associativo che deve dar corpo effettivo alle strategie sindacali che a tale spirito si ispirano per la tutela di tutti gli Iscritti.

E se (speriamo di no) questo del 12 Dicembre sarà IL NOSTRO SCIOPERO, tanto meglio, sapremo farne valere i risultati (se saranno buoni) per alzare ancora di più la voce, e ottenere il rispetto che ci sapremo meritare con un'adesione massiccia.

Ringrazio i tanti che fin dal primo richiamo si mobilitano per organizzare assemblee e incontri e per diffondere le informazioni, ma dobbiamo andare avanti e fare sempre di più! Dobbiamo farlo NOI che abbiamo la forza di bloccare la sanità italiana. È il momento dell'indignazione collettiva e l'adesione di ognuno è importante per far ottenere alla nostra professionalità il rispetto che merita, affinché possiamo pretendere un nuovo CCNL degno di questo nome e non rischiare di subire passivamente il contratto da servi della gleba che la Politica vorrebbe imporci!

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

ADEMPIMENTI STATUTARI SUCCESSIVI ALL'XI CONGRESSO NAZIONALE

Il primo Consiglio Nazionale del quadriennio 2017-2021, riunitosi a Torino il 28 Ottobre scorso, ha nominato **Vice Presidente Nazionale Vicario Emanuele Scarpuzza**, che conserva la carica di Pres. Sez. Reg. Sicilia, ed ha istituito le prime Commissioni di lavoro, conferendo:

- a **Marco Chiarello**, Pres. Sez. Reg. Marche, il coordinamento delle attività inerenti il rinnovo e l'applicazione del CCNL, in collaborazione con **Domenico Minniti**, Pres. Sez. Reg. Calabria;
- a **Teresa Matarazzo**, Vice Presidente Nazionale Area Nord, il coordinamento delle attività inerenti l'organizzazione operativa e la cura dell'immagine dell'Associazione, in collaborazione con **Cristina Mascheroni**, che dal 15 Dicembre p. v. assumerà la carica di Pres. Reg. Lombardia;
- ad **Emanuele Scarpuzza** il coordinamento delle attività inerenti l'erogazione dei servizi previsti per gli Iscritti, in collaborazione con **Carmela Di Giacinto**, Segretario-Tesoriere Sez. Reg. Sicilia;
- a **Luigi Zurlo**, Vice Pres. Sez. Reg. Lazio, il coordinamento delle attività inerenti le questioni legali.

Naturalmente, tali Commissioni potranno avvalersi della collaborazione degli altri Componenti che vi si insedieranno, il cui impegno, trattandosi di attività tutte tra loro correlate, sarà ad esse trasversale.

Sono stati, inoltre, nominati i seguenti Componenti del Comitato di Indirizzo:

- Andrea Patriarca** (Sez. Reg. Lombardia) per l'Area Nord
- Stefano Minora** (Sez. Reg. Abruzzo) per l'Area Centro
- Stefano Bellanca** (Sez. Reg. Sicilia) per l'Area Sud.

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI

Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti

CONSULENZE MANAGERIALI

Sul controllo di gestione dei servizi sanitari

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

A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia

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

INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore", rinnovato e aggiornato

CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:

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

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo
Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
CESARE IESU
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il

Tiratura: 11.200 copie
Spedito il



La Mozione presentata alle Assemblee Con le attuali risorse messe a disposizione, è impossibile avviare la trattativa

Il rinnovo dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro scatti il 31/12/2009 deve avere risorse economiche adeguate e finalizzate anche al recupero del potere di acquisto degli stipendi ridotto dal blocco contrattuale.

La disponibilità delle risorse economiche oggi messe in campo è pari a 300 milioni a regime (0,45% del monte salari 2016 – 1,09% 2017 – 1,45% 2018) che si traducono in 150 euro/mese lordi, pari a 85 euro medi netti al mese.

Se queste sono le risorse messe a disposizione non è possibile avviare alcuna trattativa per il rinnovo contrattuale!

E' NECESSARIO PRETENDERE:

A. L'INCREMENTO DEL 10% DELLO STIPENDIO TABELLARE (da 43.310,93 euro a 47.631,93 euro), COME "UNA TANTUM" PER RIMPIAZZARE LA PERDITA DOVUTA A 8 ANNI DI BLOCCO DEI CONTRATTI;

B. L'INSERIMENTO DELL'AMMONTARE NAZIONALE DELL'INDENNITA' DI ESCLUSIVITA' (CIRCA 1 MILIARDO E 300 MILIONI) NEL CALCOLO DEL MONTE SALARI;

C. APPLICARE LE PERCENTUALI DI INCREMENTO NEL TRIENNIO DOPO AVER PROCEDUTO ALL'APPLICAZIONE DEI PUNTI A) E B).

Va pertanto richiesto ed ottenuto un incontro con il Presidente del Consiglio e con i Ministri Madia e Lorenzin per sbloccare la situazione, affermando con vigore l'indisponibilità all'avvio delle negoziazioni in assenza di ulteriori risorse a disposizione.

E' necessario che l'Intersindacale Nazionale chieda un incontro con l'ARAN per quantificare bene le risorse a disposizione, prima di avviare qualsiasi discussione sulla revisione della parte normativa del contratto.

Si ritiene al momento opportuno che la delegazione trattante nazionale, una volta avviata la trattativa, non accetti la negoziazione di risorse che fossero confermate in quelle, giudicate irrisorie, che ad oggi ci risultano messe a disposizione.

I punti precedenti sono premessa indispensabile proseguire con azioni di protesta come scioperi, i più incisivi possibili per quanto consente la normativa di garanzia vigente.

Rispetto dell'Orario di lavoro contrattuale

Il primo punto della Vertenza Intersindacale in atto prevede, a partire dallo scorso 20 Novembre, il rispetto dell'orario di lavoro contrattuale. Al fine di dar seguito alla protesta, l'AAROIOEMAC ha predisposto un modulo per la Comunicazione relativa ai punti successivamente elencati:

a) comunicazione (con decorrenza immediata) che ogni mese di lavoro dovrà constare di un carico di lavoro computabile con la seguente formula: giorni lavorativi x 7,60 (se settimana lavorativa di 5 giorni) o giorni lavorativi x 6,33 (se settimana lavorativa di 6 giorni), e che pertanto turni mensili di lavoro comportanti esuberanti orari nella media trimestrale saranno rispettati al mittente per la loro correzione.

b) comunicazione (con decorrenza immediata) che ai sensi dell'art. 17 comma 5 CCNL 3.11.2005, in caso di chiamata in pronta disponibilità, l'attività lavorativa effettivamente prestata dovrà essere compensata come recupero orario, e NON remunerata come lavoro straordinario, diffidando l'amministrazione da tale remunerazione.

Inoltre, si rammenta che ai sensi dell'art. 6 CCNL 10.02.2004 (ad integrazione di quanto previsto dall'art. 22 del CCNL 5 dicembre 1996) "l'attività prestata in giorno festivo infrasettimanale - a richiesta dei dirigenti indicati all'art. 14 CCNL 3.11.2005 (Orario di lavoro dei dirigenti) da effettuarsi entro trenta giorni - dà titolo a equivalente riposo compensativo per le ore di servizio prestate o alla corresponsione del compenso per lavoro straordinario con la maggiorazione prevista per i giorni festivi"; per tale ragione, la comunicazione suggerita al precedente punto a potrà ricomprendere anche il lavoro ordinario svolto nei giorni festivi (domeniche comprese).

AAROIOEMAC

Al Sig. Direttore UOC Anestesia e Rianimazione
Al Sig. Direttore UO Gestione del personale

e. p.c.
Al Sig. Direttore Generale
Azienda Ospedaliera/Sanitaria

LORO SEDI

Luogo, data _____

Oggetto: recupero eccedenze orarie

Il/la sottoscritto/a Dr./D.ssa _____ mat. _____
Dirigente Medico in servizio presso l'UO in indirizzo di codesta Azienda Ospedaliera/Sanitaria,
Presidio Ospedaliero di _____

COMUNICA

per lo stato di agitazione sindacale in corso:

a) di voler recuperare le ore di lavoro eccedenti le trentotto ore settimanali contrattualmente dovute, comprensive di quelle destinate alla formazione e all'aggiornamento,
b) di rinviare, ex art. 28 comma 2 CCNL 10 febbraio 2004, a far data dal 01 dicembre 2017 e fino all'eventuale nuova notifica, alla retroazione dello straordinario effettuato in pronta disponibilità, diffidando pertanto sin d'ora codesta Amministrazione dalla sua remunerazione in busta paga sempre a far data dal 01 dicembre 2017.

Tutto quanto sopra esigendo il diritto contrattualmente dovuto alla compensazione oraria, come previsto dalla vigente normativa, con riposo da fruire entro il mese successivo.

Evidenzia altresì, al proposito, che la mancata concessione dei riposi compensativi le eccedenze è in palese disaccordo con la vigente normativa in materia di durata massima dell'orario di lavoro, e si riserva di tutelarsi, ove quest'ultima non fosse rispettata, nelle competenti sedi locali.

Cordiali saluti.

Dr./D.ssa _____

Il modulo è disponibile sul sito dell'Associazione al link:
http://www.aaroiemac.it/uploads/ComunicazioniIscritti/4433_Recupero%20eccedenze%20orarie.pdf

Il Sistema di Protezione Professionale AAROIOEMAC si rinnova a condizioni migliorate!

La Tutela Legale Penale garantita dalla stessa Compagnia che garantisce la Responsabilità Civile

A partire dal 30/12/2017 la Convenzione di Tutela Legale Penale stipulata dall'AAROIOEMAC in favore di tutti gli Iscritti sarà garantita dalla Compagnia AmTrust, che già assicura la Convenzione di Responsabilità Civile Professionale.

I premi resteranno invariati e verrà mantenuta l'attuale impostazione del programma.

Ad integrazione della Polizza compresa nella quota di iscrizione alla nostra Associazione, che prevede un massimale di € 20.000 con franchigia di € 2.000, sono disponibili due coperture ad adesione facoltativa, che vi consigliamo vivamente di scegliere.

La prima integrazione di copertura, con un premio annuale di € 100,00 consente di ridurre la franchigia ad € 1.000 e di incrementare il massimale di polizza ad € 60.000.

La seconda, preferita di gran lunga dalla maggior parte degli Iscritti, prevede un premio annuale di € 250,00 e consente la completa eliminazione della franchigia a carico dell'Assicurato in caso di sinistro, oltre ad incrementare il massimale di polizza ad € 60.000.

Viene naturalmente confermata la polizza dedicata agli specializzandi.

Fra le principali novità, segnaliamo con grande soddisfazione che la Polizza di Tutela Legale con Am Trust, a miglioramento di quella preesistente con Itas, prevede il PAGAMENTO DIRETTO da parte della Compagnia per gli Iscritti assicurati che si rivolgono ai legali selezionati e proposti dall'AAROIOEMAC e da AmTrust. In questo modo, gli Iscritti assicurati - ferme le eventuali franchigie di polizza - non dovranno anticipare gli onorari dei legali, eliminando così eventuali criticità legate ai tempi di liquidazione del sinistro, che finora sono state quelle che i Colleghi coinvolti in procedimenti penali (oggi in aumento "grazie" alla "Legge Gelli") ripetutamente chiedono di risolvere.

Inoltre, coloro che aderiscano all'opzione senza franchigia (quella che prevede il premio annuale di € 250,00) e scelgano un legale proposto da AAROIOEMAC e AmTrust, avranno diritto - oltre al pagamento diretto da parte della Compagnia - all'incremento del 50% del massimale di polizza, per una loro tranquillità ancora maggiore.

I legali proposti da AAROIOEMAC ed AmTrust hanno specifiche competenze ed esperienza nella gestione delle vertenze nell'ambito della "medical malpractice". Viene fatta salva la possibilità di scegliere un diverso consulente legale che dovrà

essere iscritto all'Albo degli Avvocati dell'Ufficio Giudiziario competente oppure del proprio luogo di residenza (altra criticità risolta, per la quale in alcuni casi qualche Collega ci ha chiesto di intervenire). Anche sotto questo profilo, la nuova polizza offre maggiori garanzie. Soltanto in quest'ultimo caso, la copertura opererà a rimborso, come avvenuto sino ad oggi.

Naturalmente abbiamo pensato anche alla garanzia di continuità di tutela per i Colleghi che ad oggi abbiano ancora in corso un sinistro con la Compagnia Itas, che continueranno ad essere tutelati senza alcun problema, sia in virtù della formula "loss occurrence" vigente nel nostro Paese per le Polizze di Tutela Legale Penale, sia, in aggiunta, grazie anche ai buoni rapporti, immutati, tra la nostra Associazione e la stessa Itas attraverso l'intermediazione del nostro Broker AON, con il quale condividiamo i meriti di questo successo.

I fascicoli informativi saranno a breve disponibili sul sito AAROIOEMAC nella pagina dedicata alle convenzioni assicurative ed il numero verde Aon 800.18.60.38 è a Vostra disposizione per ogni chiarimento.

Con questo importantissimo risultato, si conclude, in occasione della scadenza annuale delle vostre polizze, un iter lungo e complesso, che tuttavia siamo riusciti a portare a termine raggiungendo l'obiettivo che ci eravamo prefissi a vostro vantaggio.



STATO DI AGITAZIONE INTERSINDACALE

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

LETTERA APERTA AI MEDICI, VETERINARI, DIRIGENTI SANITARI DEL SSN

15 Novembre 2017

Cari Colleghi,

anche la legge di bilancio 2018 si mostra avara nei confronti dei Medici, dei Veterinari, dei Dirigenti sanitari dipendenti del SSN, del loro lavoro, della Sanità pubblica esclusa dalla ripresa economica.

Sul fronte del finanziamento di parte corrente del SSN per il 2018, la disponibilità reale di risorse, a fronte di un incremento nominale di 1 miliardo, è inferiore a 400 milioni, del tutto inadeguata a garantire i nuovi LEA e l'incidenza dei costi contrattuali. Il FSN, di poco superiore a 113 miliardi, rimane ancora al di sotto della media UE ed all'ultimo posto tra i paesi del G7, insufficiente a promuovere la innovazione tecnologica ed organizzativa, il necessario ricambio generazionale, lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane.

L'entità delle risorse messe a disposizione del CCNL per il triennio 2016-2018, il cui finanziamento, peraltro, privo di un riferimento specifico all'interno della legge di bilancio, è praticamente affidato alla approvazione della imposta sulle sigarette, non è tale da arrestare l'impovertimento e la dilagante demotivazione professionale o migliorare condizioni di lavoro incompatibili con livelli retributivi inchiudati al 2010. Per quanto riusciamo oggi a capire, l'incremento medio mensile netto è vicino ai mitici 80 euro, a regime, nel 2018. Per i quali, con un atto di indirizzo ancora prigioniero dei Ministeri, le Regioni chiedono orario di lavoro minimo, deroghe alla normativa europea, autofinanziamento della flessibilità organizzativa, marginalizzazione delle relazioni sindacali. E procedono senza pudore nella demolizione dei contratti precedenti e nel saccheggio delle nostre risorse accessorie, oggi inferiori a quelle pattuite nel 2010, congelando la indennità di esclusività di rapporto ai valori del 1999, raccontando di volere valorizzare il merito ed incentivare la produttività.

Attraverso blocchi e tagli abbiamo pagato un alto prezzo al risanamento dei conti pubblici, in termini di valore assoluto, potere d'acquisto delle retribuzioni e delle pensioni, riduzione e precarizzazione della occupazione peggioramento delle condizioni di lavoro, non al punto, però, per il Governo, da evitare l'innalzamento della età di quiescenza come altre categorie del mondo sanitario. Mentre le assunzioni e le stabilizzazioni di precari, annunciate con grandi squilli di trombe, appaiono ancora incerte nei tempi e nelle procedure, dotate di stanziamenti esigui rispetto al numero degli aventi diritto ed alle necessità delle dotazioni organiche, ed i precari di lungo corso della ricerca sono ancora in attesa di soluzioni non punitive.

Insomma, non si intravedono le condizioni ed i tempi per una uscita reale da 8 anni di blocco contrattuale.

Eppure, se la sanità pubblica ancora regge, dopo avere perso 9.000 medici e dirigenti sanitari nell'ultimo triennio, è grazie a chi è rimasto in corsia e nei servizi. Nonostante la scure dei tagli lineari sugli organici, sulle strutture semplici e complesse, sui fondi, sui posti letto. Nonostante ritmi e turni di lavoro con mancato rispetto delle pause e dei riposi, milioni di ore lavorate non retribuite e non recuperabili, ferie non godute, innalzamento dell'età media dei medici al vertice mondiale, lavoro notturno oltre i 65 anni. Nonostante l'abuso di contratti atipici e la dilagante precarizzazione del lavoro, che rende una intera generazione terreno di coltura per caporali pubblici e privati, unica alternativa alla fuga dal Paese, non a caso sestuplicata negli ultimi 5 anni.

È il momento di spiegare ai cittadini che i LEA non sono collocati in un virtuale self service della sanità pubblica, separabili da abilità e competenze professionali che, come le nostre, fanno la differenza tra la salute e la malattia e, non di rado, tra la vita e la morte, e che il diritto alla cura non è scindibile dal diritto a curare in dignitose condizioni di lavoro e di esercizio professionale. Senza di noi i LEA semplicemente non esistono, perché il cuore della sanità pubblica sono i suoi profes-

sionisti, ed i Medici in particolare, un capitale umano insostituibile che il Governo espelle dalle politiche di bilancio, se non come camici nelle cui tasche affondare le mani o scudi umani nei conflitti con le Regioni.

Cari Colleghi,

non possiamo guardare come spettatori disinteressati al perseverante definanziamento della sanità pubblica in cui insiste il diritto alla salute dei cittadini e tanta parte della nostra vita professionale. Né subire, con lo stallo delle trattative contrattuali, una ulteriore proroga, di fatto, di un blocco in atto da 8 anni, contestuale al continuo saccheggio dei nostri fondi accessori ed alla mortificazione della nostra professione.

Non intendiamo rinunciare a reclamare un diverso valore, anche salariale, del nostro lavoro, che riporti i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

Abbiamo richiesto un confronto urgente con il Ministro della Salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri, perché il problema è politico ed il Governo deve farsene carico, come ha fatto per altri settori del pubblico impiego.

Saranno convocate nei prossimi giorni Assemblee in tutte le aziende sanitarie, come campagna di ascolto per il contratto ed operazione verità sui fondi aziendali, ed una Riunione congiunta degli Esecutivi Nazionali a Roma il 30 novembre cui affidare la programmazione di una o più giornate di Sciopero nazionale tra dicembre 2017 e febbraio 2018.

- Per la sanità pubblica, il diritto alla cura, il diritto a curare.
- Per un Contratto di lavoro che valorizzi la nostra attività ed il nostro ruolo a garanzia di servizi di qualità per i cittadini.
- Per la fine della precarietà e nuova occupazione.
- Per una civile e forte difesa delle nostre professioni, della loro autonomia e dei loro legittimi interessi.
- Contro le fallimentari scelte politiche riguardanti il SSN ed i nostri destini professionali messe in atto da questo Governo e da quelli che lo hanno preceduto.

PROCLAMAZIONE SCIOPERO 12 DICEMBRE 2017

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

DICHIARANO LO SCIOPERO GENERALE DI 24 ORE DEI MEDICI, VETERINARI E DIRIGENTI SANITARI DIPENDENTI DEL SSN

12 DICEMBRE 2017

riservandosi di individuare successivamente altre giornate e di attivare ulteriori iniziative di protesta.

Le Organizzazioni sindacali:

- denunciano i contenuti della legge di bilancio 2018 all'esame del Parlamento, in quanto reiterano politiche sempre meno orientate all'obbligo di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, secondo principi di equità e sicurezza, ed escludono con pernacchia la sanità pubblica dalla ripresa economica in atto fino a renderla non più sostenibile se non dalle tasche dei cittadini;

- condannano l'assenza di segnali di attenzione ai medici, ai veterinari ed ai dirigenti sanitari dipendenti del Ssn, al valore ed al peso del loro lavoro, alla importanza dei loro sacrifici nella tenuta del servizio sanitario;

- stigmatizzano lo stallo del rinnovo del contratto di lavoro, dopo 8 anni di blocco legislativo, che contribuisce alla mortificazione del ruolo, della autonomia, della responsabilità professionale ed al peggioramento di condizioni di lavoro insostenibili a fronte di livelli retributivi fermi al 2010;

- deplorano l'assenza di politiche nazionali a favore di una esigibilità del diritto alla tutela della salute dei cittadini omogenea in tutto il Paese, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, in una logica di federalismo sanitario di abbandono;

- additano le politiche degli ultimi governi come responsabili di quel fallimento del sistema formativo che sta, contemporaneamente, desertificando ospedali e territori e condannando alla precarietà ed allo sfruttamento decine di migliaia di giovani.

12 DICEMBRE 2017
SCIOPERO NAZIONALE DI 24 ORE DEI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI



ADESSO TOCCA A NOI!

Per la SANITÀ PUBBLICA, il diritto dei cittadini alla cura, il diritto dei medici a curare.

Per un CONTRATTO che riconosca il valore del nostro lavoro e ne migliori le condizioni per la qualità e la sicurezza dei servizi per i cittadini.

Per una civile e forte DIFESA DELLE NOSTRE PROFESSIONI, della loro autonomia, dei loro livelli retributivi, del loro ruolo di garanzia per i cittadini.

Per la fine della PRECARIETÀ in tutti i settori della sanità pubblica e per la creazione di nuova OCCUPAZIONE.

Per l'aumento dei contratti di FORMAZIONE SPECIALISTICA per i giovani laureati.

Contro le FALLIMENTARI SCELTE POLITICHE del Governo sul SSN e sui nostri destini professionali.

12 DICEMBRE SIT-IN A ROMA ORE 11
MINISTERO ECONOMIA VIA XX SETTEMBRE
E MANIFESTAZIONI IN TUTTA ITALIA

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

INTRODUZIONE

L'adattamento della videotecnologia per la laringoscopia sembra essere una scelta interessante e promettente nell'ambito della gestione delle vie aeree.

Il ruolo dell'intubazione videoassistita nella gestione delle vie aeree è ancora da stabilire. Di seguito sono descritte le tecniche di videolaringoscopia e fatte alcune considerazioni sui videolaringoscopi attualmente disponibili.

L'intubazione con le fibre ottiche è il "gold standard" nell'intubazione delle vie aeree difficili previste. Tuttavia è necessaria una notevole preparazione e pratica per sviluppare le capacità necessarie per raggiungere la competenza in endoscopia.

La curva di apprendimento per un'accurata identificazione sequenziale dell'anatomia delle vie aeree per la gestione delle vie aeree difficili o patologiche è lunga.

Inoltre i broncoscopi a fibre ottiche sono costosi, fragili e hanno importanti costi di gestione. Inoltre la broncoscopia potrebbe non essere sempre utilizzabile nel trauma delle vie aeree o nell'ostruzione delle vie aeree superiori. La recente revisione eseguita dalla Società Americana di Anestesia (ASA) sulle richieste di risarcimento per danni da parte dei pazienti, ha evidenziato costantemente una prognosi negativa e frequenti traumi delle vie aeree dopo ripetuti tentativi d'intubazione con i metodi tradizionali.

Si raccomanda di limitare i tentativi d'intubazione a 3 prima di ricorrere ad altre strategie. Nell'eventualità di problemi non previsti nell'intubazione, l'intubazione con fibroscopio richiede tempo per la preparazione e può non essere possibile, se non è prontamente disponibile lo strumento e un operatore esperto. Negli ultimi 10 anni sono stati commercializzati numerosi presidi per colmare il divario tra la laringoscopia diretta e la fibrobroncoscopia.

Tuttavia la ricerca di un dispositivo ideale da utilizzare in modo costante e affidabile in condizioni di vie aeree difficili, soprattutto nelle vie aeree difficili impreviste, da utilizzare come principale laringoscopia non ha ancora avuto successo. L'adattamento della videotecnologia alla laringoscopia sembra essere una scelta interessante e promettente nell'ambito della gestione delle vie aeree.

Il ruolo dell'intubazione della videolaringoscopia assistita nella gestione delle vie aeree non è ancora stato stabilito.

TECNICHE DI VIDEO LARINGOSCOPIA

La laringoscopia tradizionale richiede la visualizzazione da parte dell'operatore dell'ingresso della glottide.

Tradizionalmente per la laringoscopia diretta è raccomandata la posizione di "sniffing" con la flessione della regione cervicale bassa e l'estensione dell'articolazione atlanto-occipitale. Questo permette un allineamento ottimale dei tre assi: bocca, faringe e laringe per ottenere una visione diretta delle corde vocali. Sebbene con questa posizione si raggiunga il successo nella maggior parte dei casi, in circa l'1-4% dei pazienti, la laringoscopia può essere difficile. La maggior parte degli anestesisti sono esperti nell'utilizzo del laringoscopio classico Macintosh per l'intubazione di routine. Al contrario la maggior parte delle intubazioni con un basso grado di Cormack e Lehane non permette la visualizzazione della glottide e richiedono manovre aggiuntive come un aumento della flessione del collo, la manipolazione esterne del laringe o l'uso di introduttori con punta di gomma morbida o di mandrini.

La videolaringoscopia rassomiglia alla laringoscopia tradizionale ed è fornito di una telecamera incorporata sulla punta della lama del laringoscopio. Questa trasmette su uno schermo immagini ingrandite che possono essere visualizzate e registrate.

Dal momento che la telecamera è posizionata a pochi millimetri dalle corde vocali non è indispensabile l'allineamento dell'asse bocca, faringe, laringe per la visualizzazione delle corde vocali. Questo permette all'operatore di "guardare dietro l'angolo" che in precedenza con la laringoscopia tradizionale non era possibile. Questa modalità di laringoscopia è la "modalità indiretta" al contrario della laringoscopia diretta con i laringoscopi tradizionali come il Miller, Macintosh o McCoy. La videolaringoscopia migliora in modo importante la visione del laringe anche in condizioni in cui la laringoscopia diretta può portare a una scarsa visibilità, come nel caso di una colonna cervicale rigida. Le immagini ottenute possono essere registrate riprodotte e visualizzate da molti. Questo facilita l'insegnamento, la ricerca e una documentazione accurata. Per gli anestesisti abituati alla laringoscopia tradizionale, è necessario un coordinamento degli occhi e delle mani e una fase di addestramento per sviluppare la manualità necessaria per l'introduzione endotracheale del tubo durante la visualizzazione sul display del videolaringoscopio.

CLASSIFICAZIONE DEI VIDEO LARINGOSCOPI

In linea generale i videolaringoscopi possono essere classificati in 2 categorie in relazione alle modalità di inserimento del tubo:

- Videolaringoscopio con integrato un canale per l'introduzione del tubo: Airtraq, videolaringoscopio Pentax.
- Videolaringoscopi senza canale integrato per il tubo: Glidescope, McGrath, C-Mac, Gli-descope (GS).

Glidescope (GS)



Figura 1 Videolaringoscopio Glidescope

Il videolaringoscopio Glidescope è disponibile in commercio dal 2001. Lo strumento è provvisto di un manico e una lama non separabile. La lama del laringoscopio è fatta di plastica per uso medico ad alta resistenza ed il terzo distale della lama è angolato verso l'alto di circa 60 gradi. Presenta uno spessore massimo di 18 mm. La videocamera è incorporata sotto la superficie della lama nel punto di angolazione con la vista orientata anteriormente. Due diodi luminosi vicini alla videocamera forniscono una luce regolabile.

Per l'uso del Glidescope, il produttore raccomanda di avanzare il laringoscopio sulla linea mediana, e identificare l'ugola; la lama deve essere inserita anteriormente all'epiglottide fino a evidenziare le corde vocali. Se si rileva una resistenza all'avanzamento del tubo occorre ritirare il Glidescope di 1 o 2 cm. Questo permette alla glottide di scendere rendendo l'angolo d'inserimento del tubo tracheale più favorevole. Per facilitare l'intubazione è raccomandato l'uso di un mandrino premodellato con una curvatura simile a quella della lama. Il Glidescope è disponibile in 4 misure che coprono una gamma di pazienti dal neonato all'adulto di grosse dimensioni. In aggiunta sono disponibili 2 nuove versioni di lame. Il Glidescope cobalto è un laringoscopio con lame di plastica monouso che scorrono sull'asta video flessibile.

Il modello Ranger presenta un monitor portatile più piccolo realizzato soprattutto per l'uso preospedaliero. Il Glidescope richiede una breve fase di apprendimento e offre una visione laringoscopica migliore rispetto alla laringoscopia con laringoscopio Macintosh nei pazienti con un grado Cormack e Lehane maggiore di 1. È stato utilizzato con successo nei pazienti con colonna cervicale bloccata, con spondilite anchilosante e nei grandi obesi.

La principale limitazione del GS rispetto alla laringoscopia è la difficoltà di avanzamento del tubo tracheale. In una valutazione clinica iniziale la frequenza d'insuccesso è stata del 3,7% (26 di 722 pazienti). In seguito si è visto che quattordici di questi 26 pazienti presentavano un grado Cormack e Lehane 1 alla laringoscopia diretta. Nei pazienti con vie aeree normali, Teoh ha incontrato difficoltà all'allineamento del tubo tracheale con l'ingresso del laringe nel 13% dei pazienti. Ha anche descritto un'incidenza alta di trauma della mucosa, sanguinamento e mal di gola con l'uso del Glidescope. Recentemente sono stati descritti danni del palatofaringe con il Glidescope. Questi sono stati attribuiti all'avanzamento alla cieca del tubo endotracheale prima di essere visibile sul monitor. Probabilmente il GS con un monitor separato è più utile in ambito ospedaliero nelle laringoscopie difficili, con una colonna cervicale bloccata e nell'insegnamento della laringoscopia agli specializzandi. L'evidenza disponibile supporta l'uso in età pediatrica.

Il laringoscopio Airtraq

L'Airtraq è un laringoscopio monouso con una lama di forma anatomica con due condotti paralleli: il canale ottico e il canale guida. Una batteria a bassa temperatura fornisce la luce alla punta della lama. Il canale ottico contiene un sistema ottico ad alta definizione che trasmette le immagini nel mirino prossimale utilizzando una combinazione di lenti e prismi. Un sistema anti appannamento è presente nel canale ottico che richiede un tempo di riscaldamento di 30-45 secondi. Sono disponibili lame speciali per l'intubazione pediatrica e il posizionamento di un tubo a doppio lume o nasale.

Per usare l'Airtraq il tubo endotracheale è precaricato in un canale vicino alla via ottica, quindi il laringoscopio è inserito nell'orofaringe. Quando si visualizza la glottide, il tubo endotracheale è avanzato in trachea lungo la guida.

L'Airtraq viene quindi rimosso staccandolo dal tubo endotracheale con un movimento laterale. Se le corde vocali non sono visibili in genere significa che il laringoscopio non si trova sulla linea mediana o è posizionato troppo posteriormente nella vallecchia. Il tubo endotracheale fuoriesce sulla destra e in posizione leggermente



Figura 2 Videolaringoscopio Airtraq

le Pagine

Parte I: Video

Da: Current Anaesthesia & Crit

posteriore al canale ottico. Se s'incontrano difficoltà nell'avanzamento del tubo nonostante una buona visibilità, ritirando indietro il laringoscopio si facilita l'allineamento del tubo.

Nei pazienti grandi obesi può essere difficile inserire l'Airtraq; una manovra di inserimento dell'Airtraq al contrario con una rotazione di 180 gradi nell'orofaringe è più efficace.

L'Airtraq è stato valutato positivamente sui pazienti in diversi studi.

È stato utilizzato con successo dopo fallimento dell'intubazione convenzionale e nell'intubazione da svegli e nei pazienti con colonna cervicale bloccata.

Il laringoscopio Airtraq è di facile uso sia da parte di uno specializzando sia da un anestesista esperto. In ambito preospedaliero l'Airtraq presenta diversi vantaggi. Non necessità di accessori, non richiede manutenzione, e richiede poco tempo per la preparazione all'uso.

Per l'uso in ospedale il costo di questo presidio monouso e i costi per riacquistarlo (ha una vita media di 3 anni) sono alti. L'Airtraq è un dispositivo ingombrante con una larghezza di 1,8 cm e uno spessore di 2,8 cm. È necessario uno spazio interdentale di almeno 16 mm per l'inserimento di un tubo tracheale per adulti. La visione attraverso l'Airtraq è meno panoramica rispetto a quella con il laringoscopio di Macintosh e agli altri videolaringoscopi. È stato descritto un caso in cui la lesione della parete posteriore del faringe non è stata riconosciuta immediatamente per il campo di visibilità limitato.

Sebbene i modelli monouso siano commercializzati da tutti i produttori di videolaringoscopi, attualmente l'Airtraq presenta alcuni vantaggi in ambito preospedaliero nelle laringoscopie difficili e nell'intubazione.

Il laringoscopio McGrath



Figura 3 Videolaringoscopio McGrath

Il videolaringoscopio McGrath ha lame di diversa lunghezza e un monitor integrato a cristalli liquidi (LCD) montato sulla parte alta del manico del laringoscopio, che ruota con un angolo di 90 gradi per consentire una visione ottimale. Lo strumento è alimentato da un'unica pila di 1,5 V posta all'interno del manico; ogni batteria ha una durata maggiore di 60 minuti con un uso non continuo. Il dispositivo pesa 350 grammi. La lama di plastica trasparente monouso larga 13 mm copre l'asta della fotocamera di acciaio che può essere sterilizzata. La videocamera è presente sulla punta dello stelo. Il segnale digitale è processato nello stelo della fotocamera ed è trasmessa al monitor attraverso un morsetto a C alla base del manico. Per utilizzare il McGrath la batteria deve essere inserita nel manico e la lama monouso deve essere fatta scorrere sopra lo stelo della fotocamera fino a bloccarla in modo sicuro.

Il laringoscopio s'inserisce sulla linea mediana, s'identifica l'epiglottide e si dirige la punta nella vallecchia finché si visualizza l'ingresso del laringe. Il McGrath è facile da usare; si ottiene un'elevata frequenza di successo nell'evidenziare in modo ottimale il laringe.

È stato anche descritto il successo nell'uso del McGrath nelle laringoscopie difficili impreviste e in presenza di neoplasia orofaringea con sedazione cosciente.

Analogamente al Glidescope, la principale difficoltà incontrata in molti pazienti è il passaggio del tubo attraverso l'entrata del laringe, nonostante si ottenga una buona visione del laringe. È raccomandato l'uso di un mandrino opportunamente incurvato per facilitare l'intubazione. È stata descritta la perforazione del palato con l'uso del McGrath. Questo può accadere durante il passaggio del tubo endotracheale attraverso la "zona cieca" dopo il passaggio attraverso la bocca prima di essere visibile sul monitor. Con la lama a basso profilo e un basso peso, il videolaringoscopio di McGrath può essere utile nei pazienti con apertura della bocca limitata, dove non è possibile usare il broncofibroscopio e nei casi di colonna cervicale bloccata.

Il videolaringoscopio Pentax

Il videolaringoscopio Pentax è un nuovo laringoscopio con integrato un sistema di avanzamento del tubo. Comprende un manico (ospita una fotocamera integrata e un diodo luminoso alla punta dello strumento) e una lama monouso. È alimentato da 2 batterie da 1,5 V della durata di circa 1 ora; le immagini sono visualizzate su un monitor LCD da 2,4 pollici in-tegrato nella parte superiore del manico.



Figura 4 Videolaringoscopio Pentax

La lama monouso in policarbonato racchiude completamente e protegge il tubo che conduce le immagini e la fotocamera dalla contaminazione orale e presenta due scanalature laterali in cui si precaricano il tubo tracheale (diametro esterno compreso tra 8,5 e 11 millimetri) e il catetere di aspirazione (4 mm o meno di diametro). La lama è stata progettata per passare dietro la lingua. Il canale sul lato destro della lama serve come guida per il tubo.

Il videolaringoscopio Pentax presenta alcune caratteristiche utili. Il suo schermo può essere ruotato completamente per facilitare l'intubazione da una posizione in cui l'operatore si trova di fronte al paziente. È completamente portatile, impermeabile, e alimentato da 2 comuni pile. La lama ha un canale separato attraverso il quale può essere inserito un catetere d'aspirazione per eliminare le secrezioni e migliorare la visibilità. È presente sul monitor una guida per indicare la direzione d'avanzamento del tubo endotracheale e facilitare l'intubazione.

A differenza del Glidescope e del McGrath il tubo endotracheale è attaccato alla lama e la punta del tubo viene evidenziata sul display anche prima dell'inserimento del dispositivo.

Pertanto la posizione della punta del tubo può essere continuamente controllata durante l'intubazione. Il videolaringoscopio Pentax migliora la visibilità del laringe ed è stato dimostrato che il canale guida per il tubo aiuta l'intubazione tracheale. È facile da usare da parte di principianti e di personale esperto; permette di ottenere condizioni d'intubazione migliori rispetto al tradizionale Macintosh nei pazienti con limitati movimenti della colonna cervicale. Occasionalmente con il laringoscopio può essere difficile posizionare la punta della lama dietro all'epiglottide dopo essere ripetutamente entrati nella vallecchia. Quando questo si verifica non è possibile far scorrere il tubo tracheale nella glottide. Questo problema può essere risolto inserendo nella trachea un tubo scambiatore attraverso il tubo tracheale, quindi si stacca il tubo endotracheale dalla lama e lo si fa scorrere sopra il tubo scambiatore. Gli svantaggi del videolaringoscopio Pentax sono le dimensioni e la lunghezza che può rendere difficile il suo uso nei pazienti con torace a botte e grandi seni. La possibilità di ruotare completamente lo schermo presenta evidenti vantaggi in ambiente preospedaliero nel traumatizzato e nella gestione delle vie aeree di un paziente intrappolato.

Videolaringoscopio C-Mac

Nel 2003, Kaplan e Berci hanno introdotto il videolaringoscopio Storz C-Mac nella pratica clinica. Il videolaringoscopio C-Mac è costruito come un laringoscopio Macintosh standard con una videocamera integrata. La videocamera è alloggiata all'interno del manico del laringoscopio e l'immagine ingrandita è proiettata su uno schermo in modo che l'occhio dell'utilizzatore guarda sulla punta dello strumento.

Nel laringoscopio C-Mac un fascio di fibre ottiche è collegato con una videocamera interna orientata a 25 gradi dalla linea della visione.

Il laringoscopio C-Mac è solo una parte del sistema della video intubazione dove le lame sono intercambiabili con lame di Miller dritte e fibrobroncoscopio flessibile.

Il videolaringoscopio è stato progettato per essere



Figura 5 Videolaringoscopio C-Mac

LO STATUTO AAROI-EMAC

Approvato dall'XI Congresso Nazionale dell'Associazione svoltosi a Bergamo dal 28 al 30 Settembre 2017

I. INDICAZIONI STATUTARIE

Art. 1 DENOMINAZIONE

1. Il 22 Novembre 1952 con atto rogato dal Notaio Mario Perron Cabus in Torino è stata costituita l'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (A.A.R.O.I.).

2. A decorrere dal 28 Maggio 2009 la denominazione dell'Associazione è modificata in "Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica" (A.A.R.O.I.-EM.A.C.).

Art. 2 SEDI

1. La sede legale nazionale dell'Associazione è a Roma.
2. L'Associazione può dotarsi di altre sedi funzionali alle sue finalità statutarie.

Art. 3 DURATA

1. Se non interverranno delibere congressuali di proroga, l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. cesserà il 31 Dicembre 2050.

2. La cessazione può essere anticipata con delibera congressuale straordinaria, approvata con almeno i 2/3 dei voti congressuali a favore.

3. La cessazione richiede da parte del Congresso Nazionale la nomina di un liquidatore e di un coadiutore dello stesso e la contemporanea specificazione del termine dei due incarichi, dei poteri conferiti e degli onorari previsti.

Art. 4 IL PATRIMONIO

1. Il patrimonio dell'Associazione è costituito da:
a) quote di associazione;
b) proventi per prestazioni di servizi vari inerenti alle finalità associative, resi ad Iscritti o a Terzi;
c) contributi volontari, lasciti, donazioni;
d) beni immobili da adibire ad esclusivo uso istituzionale.

2. È fatto esplicito divieto di destinare o distribuire - anche in modo indiretto - utili o avanzi di gestione, nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'Associazione, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge, ovvero siano effettuate a favore di Enti che per legge, statuto o regolamento, fanno parte della medesima e unitaria struttura e svolgono la stessa attività ovvero altre attività istituzionali direttamente e specificamente previste dalla normativa vigente; l'Associazione può reinvestire eventuali utili e avanzi di gestione esclusivamente per lo sviluppo delle attività funzionali al perseguimento delle sue finalità.

3. In caso di scioglimento - per qualunque causa - dell'Associazione, al termine della liquidazione, il patrimonio residuo dell'Associazione sarà devoluto ad altre Associazioni senza finalità di lucro, o ad altre Organizzazioni non lucrative aventi fini di utilità pubblica e/o sociale, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge.

4. Le quote associative sono intrasmissibili e non rivalutabili.

II. CARATTERISTICHE

A. CARATTERISTICHE

Art. 5 CARATTERISTICHE

1. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. è un'Organizzazione Sindacale Nazionale e pertanto un'Associazione Privata di persone fisiche, che non ha fini di lucro, è apartitica ed acconfessionale, ed opera secondo la Costituzione della Repubblica Italiana ed in conformità con la legislazione vigente.

2. Tutti gli Iscritti all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. sono tenuti al rispetto dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione, nonché della sua linea sindacale; l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. non risponde dell'operato degli Iscritti, ivi incluso l'ambito professionale.

3. L'anno sociale e quello di esercizio coincidono con l'anno solare. Per ogni esercizio finanziario vengono redatti ed approvati un Bilancio Consuntivo (Rendiconto di Gestione) ed un Bilancio Preventivo.

B. FINALITÀ

Art. 6 FINALITÀ

1. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. ha per fini:
a) la tutela sindacale degli Iscritti sul piano morale, formativo, professionale, giuridico ed economico, sia nell'ambito degli accordi nazionali di lavoro e delle convenzioni nazionali, sia

nell'ambito degli accordi regionali ed aziendali;
b) la promozione della formazione e dell'aggiornamento professionale degli Iscritti in ogni modalità, anche in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le Aziende Sanitarie, nonché lo sviluppo scientifico, tecnico ed organizzativo di: Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore, Cure Palliative, Terapia Iperbarica, Emergenza-Urgenza, e delle discipline che operano nell'ambito della Medicina Critica.

2. Per il conseguimento delle finalità di cui al comma precedente, l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. si fa interprete delle istanze degli Iscritti in tutte le sedi opportune in Italia e all'Estero.

3. Per poter meglio svolgere la propria attività sindacale ed incrementarla, l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. può, quando le circostanze lo richiedano, aderire ad intese e a patti federativi con altre Organizzazioni Sindacali, operanti in Italia ed all'Estero, conservando sempre la propria autonomia rappresentativa, organizzativa ed amministrativa.

III. SOCI ORDINARI, PENSIONATI, ONORARI E SPECIALIZZANDI

Art. 7 CATEGORIE DI SOCI

1. I Soci dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. sono: Ordinari (Dipendenti e Liberi Professionisti), Pensionati e Onorari.

Art. 8 SOCI ORDINARI

1. Possono richiedere di iscriversi all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. come Soci Ordinari i laureati in Medicina e Chirurgia, che svolgono la loro attività professionale nell'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto della Medicina Critica e dell'Emergenza.

2. I Soci Ordinari esercitano l'elettorato attivo e passivo. Essi possono essere:

- Dipendenti: in tal caso la quota associativa viene di norma corrisposta mensilmente tramite l'Ente datore di lavoro.
- Liberi Professionisti: in tal caso la quota associativa viene di norma versata in unica soluzione annuale tramite bonifico bancario.

3. Per l'iscrizione come Soci Ordinari, gli interessati debbono presentare domanda scritta che dovrà essere inviata alla Segreteria Amministrativa dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., la quale provvederà a trasmetterla al Presidente della Sezione di competenza per la sua tempestiva approvazione.

4. La domanda di iscrizione deve essere redatta esclusivamente sul modello appositamente predisposto ed approvato, come definito nel Regolamento Esecutivo del presente Statuto, nel rispetto delle normative vigenti.

5. L'iscrizione respinta dalla Sezione di competenza non può essere ripresentata prima di un anno dal rifiuto.

6. I Soci Ordinari sono tenuti al pagamento della quota associativa nella misura e con le modalità stabilite dal Consiglio Nazionale. Per esercitare l'elettorato attivo e passivo in seno all'Associazione e per usufruire delle tutele e dei servizi erogati dall'A.A.R.O.I.-EM.A.C., i Soci Ordinari devono essere in regola con il pagamento della quota associativa.

Art. 9 SOCI PENSIONATI

1. I Soci Ordinari collocati in pensione, possono richiedere di iscriversi all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. in qualità di Soci Pensionati, rinunciando allo status di Socio Ordinario.

2. Essi versano ogni anno, tramite bonifico bancario, una quota associativa ridotta, il cui importo è determinato dal Consiglio Nazionale dell'Associazione, ed in seno alla stessa esercitano soltanto l'elettorato attivo, ricevono il periodico dell'Associazione e possono usufruire dei servizi offerti agli Iscritti, eccettuati quelli legati alla professione attiva, tra cui le connesse coperture assicurative.

3. Per l'iscrizione come Soci Pensionati, gli interessati debbono presentare domanda scritta che dovrà essere inviata alla Segreteria Amministrativa dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., la quale provvederà a trasmetterla al Presidente della Sezione di competenza per la sua tempestiva approvazione.

4. La domanda di iscrizione come Socio Pensionato deve essere redatta esclusivamente sul modello appositamente predisposto ed approvato, come definito nel Regolamento Esecutivo del presente Statuto, nel rispetto delle normative vigenti.

5. I Soci Pensionati, in qualsiasi momento, possono richiedere di reisciversi come Soci Liberi Professionisti, a condizione che conservino l'iscrizione all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi, corrispondendo la differenza economica rispetto alla quota ordinaria.

Art. 10 SOCI ONORARI

1. I Soci che, almeno per un intero mandato, hanno ricoperto la carica di Presidente Nazionale dell'Associazione, o di Consigliere Nazionale Effettivo, o di Segretario Nazionale, o di Tesoriere Nazionale, o di Componente Effettivo o Supplente del Collegio dei Proibiviri, o di Componente Effettivo o Supplente del pregresso Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti, una volta collocati in pensione, su proposta del Presidente Nazionale, sono nominati dal Consiglio Direttivo Nazionale Soci Onorari.

2. Su proposta del Presidente Nazionale, il Consiglio Direttivo Nazionale può nominare Soci Onorari anche personalità che abbiano contribuito in modo significativo al conseguimento di obiettivi rientranti nei fini istituzionali dell'Associazione.

3. La qualifica di Socio Onorario, essendo conseguente a nomina, non è incompatibile - qualora e fintanto che ne sussistano i rispettivi requisiti di iscrizione associativa - con lo status di Socio Ordinario, né con quello di Socio Pensionato, né con la condizione di Iscritto Medico Specializzando.

4. Il Socio Onorario riceve il Periodico Ufficiale di Informazione dell'Associazione, può partecipare ai Congressi Nazionali, e - qualora possieda i requisiti di cui all'art. 8 comma 1 - ha diritto al solo voto attivo, può usufruire degli stessi servizi che l'Associazione, direttamente o indirettamente, eroga per i Soci Ordinari, eccettuati, a meno che non ne versi il corrispettivo economico, quelli legati alla professione attiva, tra cui le connesse coperture assicurative.

Art. 11 MEDICI SPECIALIZZANDI

1. Possono richiedere di iscriversi gratuitamente all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. come Medici Specializzandi i laureati in Medicina e Chirurgia, iscritti ad una Scuola di Specializzazione italiana o straniera riconosciuta in Anestesia e Rianimazione o inerente discipline che operano nel contesto della Medicina Critica e dell'Emergenza; l'eventuale incompatibilità dell'iscrizione come Medico Specializzando con eventuali rapporti di impiego lavorativo viene stabilita dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto.

2. Per l'iscrizione come Medico Specializzando l'interessato deve presentare domanda scritta che dovrà essere inviata alla Segreteria Amministrativa dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., la quale provvederà a trasmetterla al Presidente della Sezione competente per territorio per la sua tempestiva approvazione.

3. La domanda di iscrizione deve essere redatta esclusivamente sul modello appositamente predisposto ed approvato, come definito nel Regolamento Esecutivo del presente Statuto, nel rispetto delle normative vigenti.

4. I Medici Specializzandi ricevono il Periodico Ufficiale di Informazione dell'Associazione, possono partecipare ai Congressi Nazionali nonché alle Assemblee delle Sezioni di appartenenza, e possono usufruire delle tutele e dei servizi che l'Associazione, direttamente o indirettamente, eroga per la loro condizione.

5. I Medici Specializzandi non esercitano l'elettorato attivo né quello passivo.

6. L'iscrizione come Medico Specializzando decade contestualmente al venir meno delle condizioni di cui al comma 1 o al conseguimento della specializzazione in una tra le discipline previste.

Art. 12 LIBERTÀ DI ASSOCIAZIONISMO

1. Tutti gli Iscritti all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. sono liberi di aderire ad altre Associazioni purché non in conflitto di interessi o in contrasto con le finalità dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. o con la sua linea sindacale.

IV. ORGANIZZAZIONE

Art. 13 ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

1. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. si articola in Sezioni Regionali, nonché in Rappresentanze Aziendali.

2. La giurisdizione delle Sezioni suddette corrisponde a quella delle Regioni dello Stato Italiano, e, per la Regione Trentino-Alto Adige, a quella delle Province di Trento e Bolzano.

3. Quando motivi geografici ed organizzativi lo consiglino, gli Iscritti di più Sezioni confinanti, previa deliberazione del Consiglio Direttivo Nazionale assunta con almeno 2/3 dei voti a favore, possono confluire in una unica Sezione, che sarà pertanto una Sezione Interregionale.

4. Le Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. non possono utilizzare sigle diverse da quelle dell'Associazione né, per la regolamentazione delle loro attività,

LO STATUTO AAROI-EMAC

Approvato dall'XI Congresso Nazionale dell'Associazione svoltosi a Bergamo dal 28 al 30 Settembre 2017

riferirsi a propri Statuti e/o Regolamenti.

5. Per la soluzione di problematiche locali è possibile il coordinamento operativo tra due o più Sezioni limitrofe.

6. Il coordinamento di cui al precedente comma è possibile anche per la soluzione di problematiche comuni in due o più Aziende Sanitarie Locali e/o Ospedaliere.

V. GLI ORGANI DELL'ASSOCIAZIONE

Art. 14

ORGANI CENTRALI E PERIFERICI

1. Gli Organi dell'Associazione si distinguono in Centrali e Periferici.

2. Sono Organi Centrali:

- il Congresso Nazionale;
- il Consiglio Direttivo Nazionale;
- il Presidente Nazionale;
- il Revisore Unico Contabile-Legale;
- il Collegio dei Proviviri;
- il Consiglio Nazionale di Bilancio;
- il Coordinatore Nazionale dei Delegati Scientifici delle Sezioni Interregionali, delle Sezioni Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano.

3. Sono Organi Periferici:

- le Assemblee Interregionali, le Assemblee Regionali, e quelle Provinciali di Trento e Bolzano;
- i Consigli Direttivi delle Sezioni Interregionali, delle Sezioni Regionali, e delle Sezioni Provinciali di Trento e Bolzano;
- i Presidenti delle suddette Sezioni;
- i Collegi dei Revisori dei Conti o il Revisore Unico Contabile-Legale delle stesse Sezioni;
- le Rappresentanze Aziendali dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. in tutte le aziende, istituti o enti sanitari sia in ambito pubblico che privato.

4. Tutti i Componenti degli Organi Centrali e Periferici dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. prestano la loro opera a titolo gratuito ed hanno diritto soltanto al rimborso delle spese sostenute per l'espletamento dell'incarico.

5. Per tutti i Componenti degli Organi Centrali e Periferici è assolutamente incompatibile la contemporanea iscrizione ad altra Organizzazione Sindacale.

A. GLI ORGANI CENTRALI

Art. 15

IL CONGRESSO NAZIONALE

1. Il Congresso Nazionale decide la linea sindacale dell'Associazione e costituisce pertanto l'Organo sovrano dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

2. Il Congresso Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale, in via ordinaria, ogni quattro anni, sentito il Consiglio Direttivo Nazionale, il cui parere non è però vincolante, ed, in via straordinaria, quando egli ne ravvisi la necessità o gliene sia stata fatta motivata richiesta scritta dalla maggioranza dei Componenti il Consiglio Direttivo Nazionale o da almeno un quinto dei Soci in regola con il pagamento della quota associativa.

3. La convocazione del Congresso Nazionale Ordinario è fatta con preavviso di almeno novanta giorni; essa deve essere comunicata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento ai Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali, agli altri Componenti il Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione, ed ai Componenti Effettivi e Supplenti del Collegio dei Proviviri.

4. I Congressi Nazionali, Ordinari e Straordinari, si svolgono in Italia e, nella comunicazione di cui al precedente comma, debbono essere precisati il luogo, il giorno e l'ora dell'inizio dei lavori nonché l'ordine del giorno degli stessi e debbono altresì essere indicate le modalità di rimborso delle spese sostenute dai Delegati e da quanti hanno diritto alla partecipazione.

5. Ai Congressi Nazionali partecipano con diritto di parola e di voto i Delegati delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano, eletti in ragione di uno ogni cinquanta Soci Ordinari in regola con il pagamento della quota associativa al 31 Dicembre dell'anno precedente appartenenti a ciascuna rispettiva Sezione, restando l'ultimo degli eletti di ciascuna Sezione delegato a rappresentare l'eventuale frazione di Soci Ordinari inferiore a cinquanta. Il suddetto rapporto può essere modificato dal Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione con una deliberazione adottata almeno centoottanta giorni prima dell'inizio dei lavori del Congresso Nazionale. I Delegati impediti a partecipare al Congresso Nazionale possono essere sostituiti soltanto dai Soci i cui nominativi seguono quelli degli eletti nelle graduatorie dei voti delle relative elezioni.

6. Ai Congressi Nazionali partecipano con diritto di parola, ma non di voto, salvo che non siano presenti anche in qualità di Delegati, anche i Componenti uscenti e neo-eletti del Consiglio Direttivo Nazionale, il Presidente del Collegio dei Proviviri ed il Direttore Responsabile del Periodico Ufficiale di Informazione dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

7. I Congressi Nazionali sono altresì aperti a tutti i Soci Ordinari e Pensionati in regola con il pagamento delle rispettive quote associative, ai Soci Onorari e ai Medici Specializzandi, che possono intervenire nelle discussioni, ma non hanno diritto di voto.

Art. 16

IL CONGRESSO NAZIONALE ORDINARIO

1. Il Congresso Nazionale Ordinario è presieduto dal Presidente Nazionale dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., che per tutta la durata dei lavori sarà assistito dal Segretario Nazionale dell'Associazione.

2. Il Segretario Nazionale ha il compito di verbalizzare l'intero iter dei lavori congressuali, dettagliando gli argomenti messi ai voti ed i risultati delle votazioni.

3. All'inizio dei lavori il Congresso Nazionale Ordinario nomina, tra i Delegati presenti, una Commissione di tre Componenti, uno per ciascuna delle tre Aree Geografiche d'Italia (Nord, Centro, Sud), alla quale è affidato il compito di verificare i poteri dei Delegati e di controllare, con l'assistenza del Segretario Nazionale, i risultati delle votazioni e delle elezioni. Contro le decisioni della suddetta Commissione è ammesso motivato ricorso al Consiglio Direttivo Nazionale in carica, che, dopo la sospensione dei lavori congressuali, decide immediatamente ed inappellabilmente.

4. Il Congresso Nazionale Ordinario delibera sempre per alzata di mano, ed il voto dei singoli Delegati equivale al numero dei Soci che ognuno di essi rappresenta. Le decisioni dell'Assemblea dei Delegati sono assunte a maggioranza semplice dei voti, tranne che per le modifiche del presente Statuto, che richiedono almeno i 2/3 dei voti a favore. Per l'elezione degli Organi Centrali dell'Associazione si procede invece con votazioni segrete.

5. Oltre a decidere la linea sindacale dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. il Congresso Nazionale Ordinario provvede:

- ad eleggere, con le modalità di cui al successivo art. 17, il Presidente Nazionale dell'Associazione, i tre Vice Presidenti Nazionali, uno per ognuna delle tre Aree Geografiche del Paese, il Coordinatore dell'Ufficio Esteri, ed i Componenti Effettivi e Supplenti del Collegio dei Proviviri;
- a ratificare l'elezione dei Componenti Titolari e Supplenti del Consiglio Nazionale di Bilancio;
- ad esaminare ed approvare le eventuali modifiche statutarie;
- a prendere tutte le iniziative utili ed opportune per il conseguimento delle finalità dell'Associazione.

Art. 17

ELEZIONE DEGLI ORGANI CENTRALI

1. Le elezioni alle cariche associative, di cui al punto 5 lettera a) del precedente articolo 16, avvengono a maggioranza semplice dei voti.

2. Per le stesse elezioni ciascun Delegato dispone di un voto per il Presidente Nazionale, di tre voti per i Vice Presidenti Nazionali delle tre aree geografiche del Paese e per i Componenti Effettivi del Collegio dei Proviviri, e di un voto per il Coordinatore dell'Ufficio Esteri e per il Componente Supplente del Collegio dei Proviviri.

3. Il Vice Presidente Nazionale Vicario dell'Associazione sarà nominato dal Consiglio Direttivo Nazionale, nella sua prima riunione successiva al Congresso Nazionale, che lo sceglierà tra i tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso, con le modalità previste all'art. 20 comma 2 lettera a del presente Statuto.

Art. 18

IL CONGRESSO NAZIONALE STRAORDINARIO

1. Il Congresso Nazionale Straordinario è convocato dal Presidente Nazionale, può avere o meno, in toto o in parte, le finalità del Congresso Nazionale Ordinario di cui all'art. 16 comma 5 del presente Statuto, e/o altre finalità di carattere straordinario, e si svolge con le stesse modalità previste per il Congresso Nazionale Ordinario ai precedenti artt. 16 e 17, fatta eccezione per il preavviso, che è ridotto a 45 giorni, e per le decisioni, che sono adottate nel rigoroso rispetto dell'ordine del giorno, al quale non è consentito apportare variazioni ed integrazioni.

Art. 19

COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

1. Il Consiglio Direttivo Nazionale è costituito da Componenti Effettivi e da Componenti di Diritto.

2. Sono Componenti Effettivi con diritto di voto il Presidente Nazionale dell'Associazione, i tre Vice Presidenti Nazionali delle tre aree geografiche del Paese, il Coordinatore dell'Ufficio Esteri ed i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano.

3. Sono Componenti di Diritto senza potere di voto il Segretario Nazionale ed il Tesoriere Nazionale dell'Associazione, nonché il Direttore Responsabile del Periodico Ufficiale di Informazione dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

4. I Componenti Effettivi del Consiglio Direttivo Nazionale entrano in carica al termine dei lavori del Congresso Nazionale elettivo, durano nella stessa quattro anni e comunque fino al termine dei lavori del successivo Congresso Nazionale, e sono rieleggibili.

5. In caso di impedimento a partecipare alle riunioni del Consiglio Direttivo Nazionale i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano possono farsi rappresentare, a tutti gli effetti ed a mezzo di regolare delega scritta, da un Vice Presidente o da un Consigliere della medesima Sezione. L'assenza ingiustificata o la sostituzione per più di tre riunioni consiliari nazionali consecutive sarà oggetto di valutazione da parte del Consiglio Direttivo Nazionale per eventuali provvedimenti.

6. Alle riunioni del Consiglio Direttivo Nazionale:

- può partecipare, senza diritto di voto, il Coordinatore Nazionale dei Delegati Scientifici Regionali;
- possono essere invitati, senza diritto di voto, Esponenti delle Società Scientifiche di riferimento per le finalità e per le attività associative, nonché Esperti nelle materie di interesse associativo.

Art. 20

COMPETENZE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

1. Il Consiglio Direttivo Nazionale è l'Organo Centrale dell'Associazione che, nel rispetto delle norme statutarie e regolamentari, ha tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

2. Nella sua prima riunione successiva al Congresso Nazionale elettivo, su proposta del Presidente Nazionale dell'Associazione, il Consiglio Direttivo Nazionale:

- nomina il Vice Presidente Nazionale Vicario dell'Associazione, scegliendolo tra i tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso;
- affida con delega scritta a tre Consiglieri Nazionali, preferibilmente ma non necessariamente i Vice Presidenti eletti, sulla base di esperienza, competenze ed attitudini riconosciute al candidato, il compito di coordinare rispettivamente le attività inerenti:
 - alla stipula ed all'applicazione del contratto collettivo nazionale di lavoro;
 - all'erogazione dei servizi previsti per gli Iscritti;
 - all'organizzazione operativa e alla cura dell'immagine dell'Associazione;
- nomina il Direttore Responsabile del Periodico Ufficiale di Informazione dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.;
- nomina il Coordinatore Nazionale dei Delegati Scientifici delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano.

3. Al Consiglio Direttivo Nazionale in carica compete:

- stabilire le linee programmatiche, amministrative ed operative per l'attuazione della linea sindacale definita dal Congresso Nazionale;
- promuovere azioni sindacali per la tutela dei diritti e la realizzazione delle istanze della categoria medica rappresentata;
- deliberare sugli atti non di competenza del Congresso Nazionale nonché su quanto proposto dal Presidente Nazionale;
- ratificare gli eventuali provvedimenti e decisioni, adottati di urgenza dallo stesso Presidente Nazionale;
- determinare le quote associative annuali dei Soci Ordinari e dei Soci Pensionati e stabilire le modalità del loro pagamento e della loro ripartizione tra la Tesoreria Nazionale e le Tesorerie delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano;
- firmare le condizioni e le modalità per il rimborso delle spese sostenute dai Componenti degli Organi Centrali per l'espletamento delle attività istituzionali;
- approvare il Bilancio Preventivo preparato dal Tesoriere Nazionale;
- la facoltà di nominare un Comitato di Indirizzo, formato da tre Componenti, ciascuno scelto tra i Soci appartenenti alle tre aree geografiche del Paese, che su richiesta dello stesso Consiglio Direttivo Nazionale esprime parere non vincolante al Bilancio Preventivo; i Componenti del Comitato di Indirizzo, che possono essere scelti esclusivamente tra i Soci Ordinari con almeno cinque anni di iscrizione continuativa all'Associazione, e che in seno alla stessa non possono ricoprire nessun'altra carica, sono coordinati dai tre Vice Presidenti Nazionali;
- esaminare il Bilancio Consuntivo (Rendiconto di Gestione) predisposto dal Tesoriere Nazionale;
- nominare il Revisore Unico Contabile-Legale Nazionale;
- modificare almeno centoottanta giorni prima dell'inizio dei lavori del Congresso Nazionale il numero dei Soci rappresen-

LO STATUTO AAROI-EMAC

Approvato dall'XI Congresso Nazionale dell'Associazione svoltosi a Bergamo dal 28 al 30 Settembre 2017

tati dai Delegati delle singole Sezioni dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.;

l) nominare i Consulenti Nazionali dell'Associazione ed i Componenti di Delegazioni e di speciali Commissioni, scegliendoli, quando ciò è possibile, tra i suoi Componenti o tra i suoi Iscritti sulla base della loro esperienza e specifica competenza;

m) variare la sede legale nazionale dell'Associazione, nonché istituire e far cessare eventuali sedi di rappresentanza all'estero;

n) decidere inappellabilmente, con almeno i 2/3 dei voti a favore (esclusa la sola sezione interessata), per motivi particolarmente gravi, lo scioglimento del Consiglio Direttivo di una Sezione, provvedendo contestualmente alla nomina di un Commissario a termine, scelto preferibilmente tra i tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso, che per il periodo di tempo stabilito svolgerà tale funzione assumendo in seno al Consiglio Direttivo Nazionale tutti i poteri previsti dal presente Statuto e dal Regolamento Esecutivo per il Presidente della Sezione commissariata, nonché – nella rispettiva giurisdizione territoriale – anche quelli previsti per il Consiglio Direttivo della suddetta Sezione;

o) decidere inappellabilmente sia sui ricorsi presentati avverso le decisioni della Commissione congressuale per la verifica dei poteri dei Delegati, sia sui provvedimenti disciplinari irrogati sulla base delle modalità previste dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto;

p) approvare con almeno i 2/3 dei voti a favore le operazioni di acquisto e vendita di beni immobili.

Art. 21

ATTIVITA' DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

1. Il Consiglio Direttivo Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale ogni volta che egli lo ritenga opportuno o ne faccia richiesta scritta e motivata almeno un terzo dei Componenti Effettivi. Le convocazioni del Consiglio Direttivo Nazionale debbono essere fatte per posta, fax o e-mail e debbono contenere il luogo, il giorno e l'ora della riunione in prima ed in seconda convocazione e l'ordine del giorno dei lavori. In prima convocazione la seduta del Consiglio Direttivo Nazionale è valida se è presente la maggioranza dei suoi Componenti Effettivi; in seconda convocazione la seduta è valida se è presente almeno un terzo degli stessi Componenti Effettivi.

2. Il Consiglio Direttivo Nazionale delibera sempre a maggioranza semplice dei voti, tranne qualora sia espressamente previsto diversamente.

3. Nelle votazioni, i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano dispongono di un numero di voti pari a quello dei Soci delle Sezioni rappresentate, in regola con il pagamento della quota associativa al 31 Dicembre dell'anno precedente. Il Presidente Nazionale, i tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso Nazionale ed il Coordinatore dell'Ufficio Esteri, se non sono contemporaneamente Presidenti di una Sezione Interregionale, Regionale o Provinciale, dispongono di un voto per ciascuno. In caso di parità di voti prevale il voto del Presidente Nazionale.

Art. 22

IL PRESIDENTE NAZIONALE

1. Il Presidente Nazionale è il rappresentante legale dell'Associazione. Egli è eletto dal Congresso Nazionale Ordinario, dura in carica quattro anni, è rieleggibile e può fruire del distacco sindacale con rimborso delle perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto.

2. Il Presidente Nazionale:

- nomina e revoca a sua esclusiva ed inoppugnabile decisione, scegliendoli tra i Soci, il Segretario Nazionale ed il Tesoriere Nazionale.
- concorda con i tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso il lavoro da svolgere per conseguire i migliori risultati nei tre settori di attività affidati dal Consiglio Direttivo Nazionale a norma dell'art. 20 comma 2 lettera a del presente Statuto;
- vigila sul rispetto delle norme statutarie e regolamentari, convoca e presiede i Congressi Nazionali Ordinari e Straordinari, il Consiglio Direttivo Nazionale ed il Consiglio Nazionale di Bilancio, sottoscrivendo, insieme con il Segretario Nazionale, i verbali delle sessioni e delle riunioni;
- cura l'esecuzione delle deliberazioni dei suddetti Organi Centrali.

3. Il Presidente Nazionale, avvalendosi della collaborazione di Legali e Consulenti di sua scelta, agisce e resiste in giudizio in nome e per conto dell'Associazione in qualsiasi sede e grado, ha tutti i poteri per l'ordinaria amministrazione, dispone le riscossioni ed i pagamenti ed opera con firma singola sui conti correnti bancari e/o postali, aperti a nome dell'Associazione.

4. In caso di impedimento, il Presidente Nazionale è a tutti gli effetti sostituito dal Vice Presidente Nazionale Vicario, che gli subentrerà nella carica in caso di dimissioni prima della scadenza del mandato, e vi rimarrà per tutta la durata dello stesso, overosia fino alla conclusione del successivo Congresso Nazionale elettivo.

Art. 23

I VICE PRESIDENTI NAZIONALI

1. I Vice Presidenti Nazionali sono tre. Essi sono eletti dal Congresso Nazionale, che li sceglie, con riferimento alle tre aree geografiche del Paese, tra i Soci Ordinari, durano in carica quattro anni e sono rieleggibili.

2. I tre Vice Presidenti Nazionali eletti coadiuvano il Presidente Nazionale nell'espletamento del suo mandato, lo sostituiscono nelle sue funzioni per esplicita delega e, d'intesa con lui, coordinano le attività e svolgono le funzioni affidate ad ognuno di essi dal Consiglio Direttivo Nazionale o da norme statutarie, in particolare coordinando le Commissioni di Lavoro di volta in volta istituite loro affidate.

3. I tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso possono fruire del distacco sindacale con diritto al recupero delle conseguenti perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto.

Art. 24

IL COORDINATORE DELL'UFFICIO ESTERI

1. Il Coordinatore dell'Ufficio Esteri è eletto dal Congresso Nazionale, che lo sceglie tra i Soci Ordinari, dura in carica quattro anni ed è rieleggibile. Egli rappresenta l'Associazione negli Organi Internazionali, nei quali essa è confederata o comunque presente, e cura i rapporti con le Associazioni mediche di categoria dei Paesi Europei ed Extra-Europei.

Art. 25

IL SEGRETARIO NAZIONALE

1. Il Segretario Nazionale, nominato dal Presidente Nazionale, collabora con lo stesso, con i Vice Presidenti Nazionali e con il Tesoriere Nazionale. Svolge compiti di carattere organizzativo, è responsabile dell'attività burocratica dell'Associazione, cura le pubbliche relazioni.

2. Il Segretario Nazionale partecipa ai Congressi Nazionali, alle riunioni del Consiglio Direttivo Nazionale ed a quelle del Consiglio Nazionale di Bilancio senza diritto di voto, redige e sottoscrive, insieme con il Presidente Nazionale, i verbali delle sessioni congressuali, delle riunioni del Consiglio Direttivo Nazionale e di quelle del Consiglio Nazionale di Bilancio, man-tiene aggiornato l'elenco dei Soci ed ordinato l'archivio ed opera, senza limiti di ammontare e con firma singola, sui conti correnti bancari e/o postali aperti a nome dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. Può fruire del distacco sindacale con rimborso delle perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto.

Art. 26

IL TESORIERE NAZIONALE

1. Il Tesoriere Nazionale, nominato dal Presidente Nazionale, è responsabile dell'amministrazione dell'Associazione e, in particolare, cura la preparazione dei Bilanci Consuntivi (Rendiconti di Gestione) e dei Bilanci Preventivi, che debbono essere predisposti entro il 30 Aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, e si fa carico della loro illustrazione al Consiglio Direttivo Nazionale ed al Consiglio Nazionale di Bilancio, oltre che del loro invio al Revisore Unico Contabile-Legale Nazionale, per quanto di rispettiva competenza e nel rispetto delle norme di legge obbligatoriamente applicabili.

2. Il Tesoriere Nazionale tiene la cassa sociale ed opera, senza limiti di ammontare e con firma singola, sui conti correnti bancari e/o postali, aperti a nome dell'Associazione.

3. Il Tesoriere Nazionale partecipa ai Congressi Nazionali e alle riunioni del Consiglio Direttivo Nazionale senza diritto di voto. Può fruire del distacco sindacale con rimborso delle perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto.

Art. 27

IL REVISORE UNICO CONTABILE-LEGALE NAZIONALE

1. L'attività di revisione e di controllo contabile – legale viene affidata ad un Revisore Unico iscritto nel Registro istituito presso il Ministero competente, nominato dal Consiglio Direttivo Nazionale su proposta del Presidente Nazionale, e portato a conoscenza dei Soci.

2. Tale incarico ha la durata di quattro anni, con rinnovo annuale, e può essere revocato nel rispetto della vigente normativa in materia.

3. Al Revisore Unico spetta il controllo delle entrate e delle uscite di cassa, il riscontro dei documenti giustificativi, nonché l'esame del Bilancio Consuntivo (Rendiconto di Gestione) e del Bilancio Preventivo con la redazione delle rispettive relazioni a corredo degli stessi, nel rispetto delle norme di legge obbligatoriamente applicabili.

Art. 28

IL COLLEGIO DEI PROBIVIRI

1. Il Collegio dei Probiviri è composto da tre Componenti Effettivi ed uno Supplente, eletti dal Congresso Nazionale Ordinario, che li sceglie tra i Soci Ordinari con almeno cinque anni di iscrizione continuativa all'Associazione e preferibilmente appartenenti ad aree geografiche diverse.

2. Tutti i Componenti del Collegio dei Probiviri, Effettivi e Supplente, durano in carica quattro anni, sono rieleggibili e non possono contemporaneamente ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione.

3. Il Presidente Nazionale comunica agli interessati l'avvenuta elezione a Componente Effettivo o Supplente del Collegio dei Probiviri e, in caso di rifiuto dell'incarico, così come in caso di successive dimissioni, provvede alle sostituzioni seguendo le graduatorie dei voti riportati dai candidati alle rispettive cariche di Componenti Effettivi e di Componente Supplente del Collegio.

4. Il Componente Effettivo più anziano per età è di diritto il Presidente del Collegio, le cui riunioni sono valide soltanto se, oltre al Presidente, sono presenti gli altri due Componenti Effettivi del Collegio. Se uno di questi è impedito, il Presidente del Collegio chiamerà a sostituirlo il Componente Supplente.

5. Il Collegio dei Probiviri ha funzione arbitrale e giurisdizionale. Tutte le funzioni del Collegio sono espletate con espresso riferimento alle norme contenute nel Regolamento Esecutivo del presente Statuto.

Art. 29

PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI

1. Gli eventuali provvedimenti disciplinari nei confronti degli Iscritti sono irrogati con espresso riferimento alle norme contenute nel Regolamento Esecutivo del presente Statuto, che disciplina anche le modalità di ricorso avverso i suddetti provvedimenti.

Art. 30

IL CONSIGLIO NAZIONALE DI BILANCIO

1. Il Consiglio di Bilancio è composto dai Rappresentanti Titolari delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano eletti dalle Assemblee delle rispettive Sezioni. La loro nomina è ratificata dal Congresso Nazionale Ordinario. Essi durano in carica quattro anni e sono rieleggibili.

2. Ai Componenti Titolari, in caso di impedimento, subentreranno i Componenti Supplenti, in mancanza dei quali ciascuna Sezione potrà essere rappresentata, su apposita delega, da un Socio appartenente alla medesima Sezione.

3. Il Consiglio Nazionale di Bilancio è presieduto dal Presidente Nazionale, al quale spetta ogni iniziativa per quanto attiene l'attività dell'Organo.

4. Il Consiglio Nazionale di Bilancio procede all'approvazione del Bilancio Consuntivo (Rendiconto di Gestione) entro il 31 Maggio di ogni anno, sulla base dei documenti contabili forniti dal Tesoriere Nazionale e della relazione del Revisore Unico Contabile-Legale Nazionale.

5. Il Consiglio Nazionale di Bilancio è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo posta, fax o e-mail, con un preavviso di almeno venti giorni e con l'indicazione del luogo, della data e dell'ora della riunione in prima ed in seconda convocazione.

6. In prima convocazione la seduta del Consiglio Nazionale di Bilancio è valida se sono rappresentati almeno i due terzi dei suoi Componenti; in seconda convocazione la seduta è valida se sono rappresentati almeno la metà più uno dei suoi Componenti.

7. Il Consiglio Nazionale di Bilancio delibera sempre a maggioranza semplice dei voti. Il voto dei singoli Componenti, espresso sempre per alzata di mano, equivale al numero dei Soci della Sezione rappresentata, in regola con il pagamento della quota associativa al 31 Dicembre dell'anno precedente.

Art. 31

IL COORDINATORE NAZIONALE DEI DELEGATI SCIENTIFICI REGIONALI

1. Il Coordinatore Nazionale dei Delegati Scientifici Regionali ha il compito di coordinare le attività degli stessi per le finalità di cui all'art. 6 comma 1 lettera b.

2. Il Coordinatore, su richiesta del Consiglio Direttivo Nazionale, esprime un parere, obbligatorio ma non vincolante, sulle iniziative dell'Associazione relative a congressi, seminari, simposi e corsi aventi carattere scientifico.

3. Il Coordinatore dura in carica quattro anni, o fino a sostituzione motivata.

B. GLI ORGANI PERIFERICI

Art. 32

LE ASSEMBLEE INTERREGIONALI, REGIONALI, E PROVINCIALI DI TRENTO E BOLZANO

1. Le Assemblee delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano sono convocate in via ordinaria, in occasione del rinnovo delle cariche regionali, almeno 60 giorni prima del Congresso Nazionale, ed inoltre, in via ordinaria o straordinaria, dai Presidenti delle rispettive Sezioni ogni volta che essi ne ravvisino la necessità o ne abbiano ricevuto motivata richiesta scritta dalla maggioranza dei Componenti il Consiglio Direttivo o da almeno un quinto dei Soci della Sezione.

2. Le convocazioni debbono essere inviate ai Soci almeno 20 giorni

LO STATUTO AARO-I-EMAC

Approvato dall'XI Congresso Nazionale dell'Associazione svoltosi a Bergamo dal 28 al 30 Settembre 2017

prima della data dell'assemblea e nelle stesse debbono essere precisati il luogo, il giorno e l'ora dell'inizio dei lavori nonché l'ordine del giorno.

3. Alle Assemblee delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano partecipano i rispettivi Iscritti in regola con il pagamento della quota associativa. Il diritto di voto attivo e/o passivo di ciascun Iscritto è rispettivamente regolato dalla sua qualifica di Socio Ordinario, di Socio Pensionato, di Socio Onorario, o di Medico Specializzando.

4. Ogni Socio avente diritto al voto attivo può rappresentare, al massimo, altri tre Soci aventi il medesimo diritto a mezzo delega, rilasciata dai Soci deleganti ai termini di legge o su carta intestata, controfirmata dal Rappresentante Aziendale del delegante o da un Componente il Consiglio Direttivo della Sezione interessata.

5. Le Assemblee Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano deliberano sempre a maggioranza semplice dei voti e per alzata di mano, fatta eccezione per l'elezione dei Presidenti delle Sezioni, dei Consiglieri, dei Delegati al Congresso Nazionale, dei Componenti il Consiglio Nazionale di Bilancio, e dei Componenti i Collegi dei Revisori dei Conti qualora previsti, che vengono sempre eletti a maggioranza semplice, ma con votazione segreta.

ART. 33

I CONSIGLI DIRETTIVI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI, E PROVINCIALI DI TRENTO E BOLZANO

1. I Consigli Direttivi delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano, oltre che alla gestione e all'amministrazione delle stesse, provvedono ad attuare la linea sindacale dell'Associazione nelle rispettive giurisdizioni.

2. I Consigli Direttivi delle suddette Sezioni sono costituiti dal Presidente, da uno o più Vice Presidenti, dai Consiglieri, che in seno agli stessi entrano in carica al termine dei lavori della rispettiva Assemblea elettiva, durano in carica quattro anni e comunque fino al termine dei lavori della successiva, hanno diritto di voto e sono rieleggibili, nonché dal Delegato Scientifico e dal Segretario-Tesoriere, che in seno agli stessi entrano in carica al momento della nomina, e vi partecipano senza diritto di voto.

3. Possono fare parte di ciascun Consiglio Direttivo delle suddette Sezioni, su delibera della rispettiva Assemblea elettiva, anche:

- un Consigliere Libero Professionista eletto dai Soci Liberi Professionisti, che in seno allo stesso entra in carica al termine dei lavori dell'Assemblea elettiva, dura in carica quattro anni e comunque fino al termine dei lavori della successiva, ha diritto di voto ed è rieleggibile;
- un Medico Specializzando, nominato dal Consiglio Direttivo a maggioranza semplice dei voti su proposta del Presidente, senza diritto di voto, che cesserà automaticamente dall'incarico con il conseguimento della specializzazione.

4. I Vice Presidenti sono eletti a maggioranza semplice dei voti dai Consigli Direttivi delle Sezioni, che li scelgono tra i Consiglieri su proposta del Presidente.

5. Il numero dei Consiglieri delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano va da un minimo di due ad un massimo stabilito dal Consiglio Direttivo competente nella proporzione di un Consigliere ogni venti-settanta Iscritti, garantendo comunque ad ogni Provincia la rappresentanza in seno allo stesso Consiglio Direttivo.

6. In caso di dimissioni, i Componenti dei Consigli Direttivi eletti dalle rispettive assemblee vengono sostituiti sulla base delle graduatorie dei voti riportati nelle ultime elezioni dai candidati alle singole cariche e per le singole Province. Nel caso in cui ciò non dovesse essere possibile, o – per quanto riguarda il Presidente – anche in altri casi particolari valutati come tali dal Consiglio Direttivo Nazionale con almeno i 2/3 dei voti a favore, si provvederà alla sostituzione attraverso nuove elezioni. Tali circostanze non prorogano la durata in carica dei Consigli Direttivi interessati.

7. Le riunioni dei Consigli Direttivi delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano sono valide soltanto se è presente la maggioranza dei loro Componenti. Le deliberazioni, qualora non espressamente previsto diversamente, sono assunte sempre a maggioranza semplice dei voti. In caso di parità di voti prevale il voto del Presidente.

ART. 34

I PRESIDENTI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI, E PROVINCIALI DI TRENTO E BOLZANO

1. Nelle rispettive aree di competenza territoriale i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano godono delle stesse prerogative del Presidente Nazionale dell'Associazione.

2. Essi, scegliendoli tra i Soci delle rispettive Sezioni, nominano e revocano, a loro esclusiva ed inoppugnabile decisione, i Segretari-Tesoriere.

3. I Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano possono fruire del distacco sindacale con diritto

al recupero delle conseguenti perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto.

ART. 35

I SEGRETARI-TESORIERI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI, E PROVINCIALI DI TRENTO E BOLZANO

1. I Segretari-Tesoriere delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano sono nominati dai Presidenti delle rispettive Sezioni, che li scelgono tra i Soci Ordinari delle stesse, li sostituiscono in caso di dimissioni e possono revocarne la nomina.

2. Nelle aree di competenza territoriale i Segretari-Tesoriere hanno contemporaneamente le stesse attribuzioni e gli stessi compiti, previsti per il Segretario Nazionale e per il Tesoriere Nazionale dell'Associazione dai precedenti artt. 25 e 26 del presente Statuto.

3. I Segretari-Tesoriere delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano partecipano alle riunioni dei Consigli Direttivi delle rispettive Sezioni senza diritto di voto.

ART. 36

I DELEGATI SCIENTIFICI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI, E PROVINCIALI DI TRENTO E BOLZANO

1. I Delegati Scientifici delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano, sono nominati, su proposta del Presidente, dal rispettivo Consiglio Direttivo nella sua prima riunione successiva al Congresso Nazionale, a maggioranza semplice dei voti.

2. Essi sono sostituibili con le stesse modalità, con provvedimento motivato, anche prima della scadenza del mandato.

3. Essi hanno il compito di facilitare il perseguimento, a livello periferico, delle finalità di cui all'art. 6 comma 1 lettera b.

ART. 37

BILANCI, REVISIONE E CONTROLLO CONTABILE – LEGALE DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI, E PROVINCIALI DI TRENTO E BOLZANO

1. Gli adempimenti relativi ai Bilanci Consuntivi (Rendiconti di Gestione) ed ai Bilanci Preventivi delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano sono svolti, in ciascuna Sezione, nel rispetto delle norme di legge obbligatoriamente applicabili.

2. L'attività di revisione e di controllo contabile – legale di ciascuna Sezione spetta al Collegio dei Revisori dei Conti i cui Componenti Effettivi e Supplenti sono eletti in occasione delle rispettive Assemblee; in alternativa, tale attività può essere affidata, in analogia a quanto previsto per il livello Nazionale, previa deliberazione del rispettivo Consiglio Direttivo, su proposta del rispettivo Presidente, ad un Revisore Unico Contabile-Legale iscritto nel Registro istituito presso il Ministero competente.

3. Nel caso in cui l'attività di cui al comma 1 resti di competenza del Collegio dei Revisori dei Conti:

- a) il Collegio dei Revisori dei Conti è costituito da tre Revisori Effettivi e due Supplenti, che durano in carica quattro anni, sono rieleggibili, e non possono contemporaneamente ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione;
- b) il Presidente della rispettiva Sezione comunica agli interessati la loro elezione a Componenti il Collegio dei Revisori dei Conti e, in caso di rifiuto dell'incarico, così come in caso di successive dimissioni, provvede alle sostituzioni seguendo le graduatorie dei voti riportati dai candidati alle rispettive cariche di Revisori dei conti Effettivi e Supplenti;
- c) dopo l'accettazione della carica, i Revisori dei Conti Effettivi e Supplenti sono convocati dal Presidente della rispettiva Sezione per l'elezione del Presidente del Collegio, che avviene con voto segreto ed a maggioranza semplice;
- d) per la validità delle riunioni del Collegio dei Revisori dei Conti è necessaria la presenza del Presidente dello stesso Collegio e dei due Revisori Effettivi, che in caso di impedimento saranno sostituiti dai Revisori Supplenti;
- e) nell'ambito di ciascuna Sezione, ogni Collegio dei Revisori dei Conti esercita i controlli amministrativi contabili e di cassa nel rispetto delle norme di legge obbligatoriamente applicabili, e, per quanto si riferisce all'approvazione del rendiconto economico e finanziario predisposto dal Segretario-Tesoriere, ne accompagna l'approvazione o meno con una relazione;
- f) con il consenso del Presidente della rispettiva Sezione, ogni Collegio dei Revisori dei Conti può avvalersi anche di consulenze esterne all'Associazione.

4. Nel caso in cui l'attività di cui al comma 1 venga affidata ad un Revisore Unico iscritto nel Registro istituito presso il Ministero competente, il Revisore è nominato dal Consiglio Direttivo della Sezione interessata su proposta del rispettivo Presidente, e portato a conoscenza dei Soci della medesima Sezione. Tale incarico ha la durata di quattro anni, e può essere revocato nel rispetto della vigente normativa in materia.

5. Al Revisore spetta il controllo delle entrate e delle uscite di cassa, il riscontro dei documenti giustificativi, nonché l'esame del Bilancio

Consuntivo (Rendiconto di Gestione) e del Bilancio Preventivo con la redazione delle rispettive relazioni a corredo degli stessi, nel rispetto delle norme di legge obbligatoriamente applicabili.

6. Sempre nel caso in cui l'attività di cui al comma 1 venga affidata ad un Revisore Unico iscritto nel Registro istituito presso il Ministero competente, contestualmente a tale scelta, il previgente Collegio dei Revisori dei Conti decade automaticamente.

ART. 38

LE RAPPRESENTANZE AZIENDALI

1. Le Rappresentanze Aziendali raccolgono i Soci dipendenti:
 - a) dalle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere ed Ospedaliere-Universitarie integrate;
 - b) dagli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico;
 - c) dagli Ospedali Religiosi;
 - d) dai Policlinici Universitari;
 - e) dalle Case di Cura private.

2. Le Rappresentanze Aziendali attuano la linea sindacale dell'Associazione nelle singole Aziende.

3. I Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano convocano e presiedono le Assemblee dei Soci Ordinari dipendenti dalle singole Aziende per l'elezione dei Rappresentanti Aziendali, Effettivi e Supplenti, presso gli stessi Enti. In caso di impedimento, i suddetti Presidenti possono delegare preferibilmente un Vice Presidente o un Consigliere della medesima Sezione a presiedere le Assemblee.

4. I Rappresentanti Aziendali, Effettivi e Supplenti, sono eletti nel numero congruamente previsto a maggioranza semplice e con votazione segreta, durano in carica quattro anni, e sono rieleggibili.

5. In caso di sfiducia espressa nei confronti di un Rappresentante Aziendale nel corso di un'assemblea aziendale appositamente richiesta da almeno i 2/3 degli Iscritti al Presidente Regionale di afferenza, e regolarmente convocata e presieduta ai sensi del precedente comma 3, si provvede alla sostituzione attraverso nuove elezioni.

VI. DISPOSIZIONI FINALI

ART. 39

RESPONSABILITÀ DELL'A.A.R.O.I.-E.M.A.C.

1. L'A.A.R.O.I.-E.M.A.C. non assume alcuna responsabilità legale ed amministrativa per l'operato degli Organi delle Sezioni Interregionali, Regionali, e Provinciali di Trento e Bolzano. Infatti le suddette Sezioni, fermo restando l'obbligo al rispetto dello Statuto e dei Regolamenti dell'A.A.R.O.I.-E.M.A.C. nonché della sua linea sindacale, godono di un'ampia autonomia gestionale ed amministrativa, ciascuna di esse provvedendo anche a dotarsi di un proprio codice fiscale e di una propria sede stabilita dai rispettivi Presidenti in carica.

ART. 40

REGOLAMENTO ESECUTIVO

1. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Statuto il Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione provvede ad approvare le variazioni eventualmente necessarie al Regolamento Esecutivo che ne disciplina l'applicazione.

ART. 41

RICHIESTA DI MODIFICHE

1. Il presente Statuto può essere modificato in tutto o in parte.
2. Le richieste di modifiche debbono specificatamente indicare gli articoli da modificare, riportare il nuovo testo proposto, ed essere presentate al Presidente Nazionale almeno trenta giorni prima della data di inizio del Congresso Nazionale Ordinario da almeno un terzo dei Componenti Effettivi il Consiglio Direttivo Nazionale o da almeno un quinto dei Soci in regola con il pagamento della quota associativa.
3. Per l'approvazione delle modifiche dello Statuto è necessaria la maggioranza di almeno i 2/3 dei voti congressuali a favore.

ART. 42

FORO COMPETENTE

1. Per le controversie con l'A.A.R.O.I.-E.M.A.C. il Foro competente è quello di Roma.

ART. 43

RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE

1. Per quanto non previsto dal presente Statuto si fa espresso riferimento alle norme di legge che disciplinano la materia.

ART. 44

ENTRATA IN VIGORE

1. Il presente Statuto entra in vigore subito dopo la sua approvazione.

Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Laringoscopia

Critical Care 21 (2010) 199e205

utilizzato come un laringoscopio di Macintosh. Presenta pertanto 2 vantaggi, funzionare come laringoscopio tradizionale e come videolaringoscopio.

Se la laringoscopia diretta è difficile si può utilizzare la versione video. Analogamente sono disponibili lame di Miller per uso pediatrico.

Nei pazienti con tumori orofaringei, con il laringoscopio C-Mac la visibilità dell'entrata del laringe è migliorata in modo significativo con un maggiore successo dell'intubazione tracheale. In uno studio multicentrico di 867 pazienti Kaplan e Berci hanno rilevato che la visibilità con il videolaringoscopio C-Mac sul monitor è migliore rispetto alla visione diretta con lo stesso laringoscopio.

Nei pazienti con vie aeree normali e nei grandi obesi il gruppo gestito con C-Mac ha determinato una maggiore frequenza di successo e ha richiesto un numero di tentativi significativamente minori per il controllo delle vie aeree.

Questo perché con il C-Mac i tessuti molli sono spostati in modo simile al laringoscopio tradizionale e si rende disponibile uno spazio sufficiente per l'inserimento del tubo endotracheale.

Low ha rilevato notevoli vantaggi nel mostrare l'anatomia delle vie aeree durante l'insegnamento della laringoscopia agli studenti alle prime armi con un'esperienza minima d'intubazione endotracheale.

Il dispositivo è essenzialmente un laringoscopio di Macintosh di dimensioni normali; pertanto non può essere utilizzato nei soggetti con apertura della bocca ridotta. La visibilità può essere compromessa dalla secrezione e dal sangue e la posizione distale della camera talvolta richiede il sollevamento dell'epiglottide per facilitare l'esposizione della glottide. L'attacco della telecamera richiede una fonte luminosa e una connessione a un monitor per visualizzare le immagini, rendendolo meno portatile rispetto ad altri videolaringoscopi. La lama è uguale alla lama del laringoscopio di Macintosh, mentre il filo della sorgente luminosa fuoriesce dal manico. Pertanto può essere difficile introdurre la lama in bocca nei pazienti obesi con torace o seno grande. Sebbene la maggior parte degli anestesisti hanno familiarità con un laringoscopio di Macintosh standard, è necessario un periodo di formazione per la sua corretta utilizzazione e per poter trarre i maggiori vantaggi. Il costo del laringoscopio C-Mac è alto e attualmente non esiste una versione monouso.

VANTAGGI DEI VIDEO LARINGOSCOPI

Rispetto al laringoscopio tradizionale la laringoscopia indiretta permette una migliore visibilità della glottide poiché la videocamera si trova a pochi millimetri dalla glottide.

Tabella 1. Vantaggi del videolaringoscopio
Migliora la visione del laringe
Non è necessario un allineamento dell'asse oro-faringo-laringeo
Ridotti movimenti della colonna cervicale
Scelta primaria in ambito preospedaliero
Immagini ad alta risoluzione
Ridotta distorsione delle immagini con le secrezioni e il sangue rispetto al fibroscopio flessibile
Insegnamento diretto della laringoscopia e dell'anatomia delle vie aeree
Immagini video guidate nello scambio del tubo endotracheale

I sistemi di visualizzazione del videolaringoscopio offrono immagini di grandi dimensioni, ad alta risoluzione rispetto alla piccola immagine monoculare ottenuta dal fibrobroncoscopio. Oltre ad essere visibili direttamente a numerose persone presenti, le immagini possono essere memorizzate, e riviste per successive valutazioni. Questo dà al videolaringoscopio un netto vantaggio nella didattica e nella ricerca. Negli ultimi anni con la riduzione delle ore d'insegnamento e con l'uso diffuso di presidi sopra-glottici le opportunità disponibili per l'insegnamento dell'intubazione tracheale ai praticanti si sono molto ridotte.

La tecnologia video permette all'insegnante e all'allievo di vedere contemporaneamente l'anatomia delle vie aeree mentre l'istruttore può allo stesso tempo mostrare la tecnica d'intubazione. È possibile che in futuro questa modalità possa sostituire l'attuale insegnamento diretto della laringoscopia "sopra le spalle" dell'istruttore. Questo miglioramento probabilmente contribuisce a ridurre

la curva di apprendimento degli allievi alle prime armi. La percentuale di successo nell'intubazione tracheale con l'uso del Macintosh è più alta dopo aver appreso l'intubazione con il videolaringoscopio. Può anche rivelarsi utile nella didattica dell'insegnamento dell'intubazione endotracheale in Terapia Intensiva, nei traumi e nelle emergenze che di solito sono poco utilizzati come insegnamento sul campo. Con la laringoscopia videoassistita si determina anche una forte riduzione della forza esercitata sugli incisivi mascellari rispetto alla convenzionale laringoscopia diretta, riducendo così un possibile danno.

Nell'intubazione a fibre ottiche quando la punta del broncoscopio è in trachea, lo scorrimento del tubo endotracheale sul fibroscopio resta una "tecnica alla cieca" e si può avere un danno delle strutture laringee come frequentemente accade quando il tubo urta contro.

Questo si può evitare con la laringoscopia indiretta se la laringe resta visibile durante la manovra d'intubazione. La videolaringoscopia è stata anche utilizzata per l'insegnamento della corretta applicazione della pressione della cricoide e la manipolazione esterna del laringe. Altre modalità d'uso comprendono lo scambio del tubo tracheale nei pazienti ventilati, il posizionamento di sondini nasogastrici difficili e della sonda dell'ecocardiografo transesofageo e la valutazione della funzionalità delle corde vocali. L'acquisizione e il mantenimento delle competenze della laringoscopia da parte di non anestesisti e paramedici sembra essere più rapida se la formazione iniziale è stata eseguita con il videolaringoscopio. La laringoscopia indiretta ha il vantaggio di essere soprattutto una scelta ottimale in ambito preospedaliero per pazienti con possibile lesione della colonna cervicale o con estensione limitata del collo.

Un altro vantaggio in ambito preospedaliero è quello che non è necessario che l'operatore sia "allineato" con il paziente. Pertanto può essere utilizzato per l'intubazione in pazienti intrappolati o in altre posizioni con accesso limitato.

Limitazioni della laringoscopia indiretta

Con la diffusione nel loro uso le limitazioni e i problemi con la videolaringoscopia sono stati individuati. La maggior parte degli anestesisti esperti abituati alla laringoscopia diretta ha bisogno di un'ulteriore formazione per sviluppare il coordinamento mani occhi indispensabile per una corretta gestione del tubo endotracheale mentre si guarda lo schermo invece di guardare direttamente il laringe. Vi è una prova evidente che la laringoscopia indiretta realizza una migliore visibilità delle corde vocali rispetto alla laringoscopia diretta classica. Una migliore visibilità è indispensabile per facilitare l'intubazione, ma l'esperienza attuale dimostra che una buona visibilità del laringe non garantisce necessariamente un facile successo dell'intubazione. In realtà con la maggior parte dei videolaringoscopi nonostante una buona visibilità del laringe l'inserimento del tubo endotracheale frequentemente è difficile.

I produttori del Glidescope e del laringoscopio McGrath raccomandano l'uso di un mandrino premodellato che riproducono la curvatura distale della lama. In teoria un angolo acuto può essere vantaggioso nei pazienti con anatomia difficile, come la micrognatia o nelle ipertrofie delle tonsille sublinguali.

Ci sono soprattutto due fattori che contribuiscono alle difficoltà della laringoscopia indiretta. Innanzitutto l'inserimento del tubo endotracheale mentre si guarda il monitor richiede una diversa abilità rispetto all'intubazione con la laringoscopia diretta.

In secondo luogo si può incontrare difficoltà nell'avanzamento del tubo in trachea poiché visualizzando una regione più anteriore è necessaria un'angolazione del tubo. Ciò comporta che il tubo s'impiglia sulle corde vocali o urta contro la parete anteriore della trachea. L'in-

sistenza nell'inserimento del tubo determina un ulteriore inginocchiamento del tubo invece di entrare in trachea. Questo problema può essere talvolta superato ruotando il tubo di 180 gradi (dopo aver represso il mandrino) se ha superato le corde vocali. Il posizionamento di un videolaringoscopio richiede la presenza di una vallecchia normale; eventuali patologie di questa regione possono essere causa di difficoltà. Inoltre una patologia delle vie aeree può interferire con l'avanzamento del tubo tracheale attraverso l'orofaringe poiché il videolaringoscopio non comprime e non sposta i tessuti.

La difficoltà durante l'inserimento del tubo tracheale può causare un danno nel palato molle, orofaringe e tonsille. Mentre il passaggio del tubo endotracheale dall'imbocco del laringe è ben visibile sul monitor, il passaggio del tubo dalla bocca al laringe è completamente cieco se l'operatore guarda solo il monitor. È durante questo passaggio cieco dell'inserimento del tubo che sono stati descritti questi danni. Il bordo tagliente del mandrino può contribuire a questo danno. Questo induce a pensare che l'inserimento del tubo e l'avanzamento debbano essere il più possibile ben controllati visivamente. Il tubo deve essere controllato visivamente prima che diventi visibile sullo schermo e non occorre esercitare alcuna forza. In alternativa il tubo Parkerflex con punta flessibile e rastremata o un mandrino speciale può ridurre l'incidenza dell'ostacolo alla progressione del tubo.

È stato ipotizzato che la risposta emodinamica all'intubazione potrebbe essere minore con la laringoscopia indiretta per una minore compressione dei tessuti molli. Tuttavia questo vantaggio è, nella migliore delle ipotesi modesto, parzialmente compensato per un tempo necessario alla manovra d'inserimento del tubo endotracheale, soprattutto con il Glidescope e il laringoscopio McGrath. La maggior parte dei videolaringoscopi sono più costosi rispetto al laringoscopio standard. Il costo aggiuntivo e le necessità della manutenzione possono essere giustificati solo se dimostrano che hanno un ruolo quando la laringoscopia standard o l'intubazione a fibre ottiche è difficile.

SINTESI DELLE EVIDENZE DISPONIBILI

Visualizzazione del laringe

È stato dimostrato che un basso grado Cormack e Lehan è un indicatore d'intubazione difficile con la laringoscopia diretta. Con la laringoscopia indiretta è possibile in tutti i casi una buona visibilità della glottide, mentre rappresenta il problema principale l'avanzamento del tubo endotracheale. Tuttavia sistemi il punteggio sull'intubazione difficile sono probabilmente più affidabili del grado di Cormack e Lehan che si basa sul grado di esposizione dell'entrata laringea. La maggior parte degli studi condotti finora ha evidenziato i vantaggi della visibilità del laringe nei pazienti con vie aeree normali o simulate difficili, ma sono stati ignorati parametri più utili come il tempo d'intubazione e la frequenza dell'insuccesso all'intubazione soprattutto nei pazienti veramente difficili. È necessario sviluppare un sistema di valutazione adeguato adattato in modo specifico alla laringoscopia indiretta. Poiché i videolaringoscopi sono disponibili da poco tempo, la maggior parte delle pubblicazioni comprende pochi casi con pochi studi randomizzati e controllati. La maggior parte degli studi di valutazione delle prestazioni del laringoscopio sono stati eseguiti sul manichino che non riproducono in modo preciso le condizioni d'intubazione sul paziente e pertanto non sono fedeli. Inoltre è possibile che alcuni manichini facilitino alcune tecniche come la videolaringoscopia mentre rendono più difficile la laringoscopia tradizionale. Pertanto gli studi di valutazione dei videolaringoscopi eseguiti sul manichino non sono da prendere in considerazione. È difficile programmare studi con l'operatore o l'osservatore cieco. Inoltre sono state utilizzate definizioni diverse delle vie aeree difficili negli studi di confronto.

PROBLEMI PARTICOLARI DELL'INTUBAZIONE

Colonna cervicale instabile

La modalità più appropriata d'intubazione tracheale nei pazienti con lesioni della colonna cervicale sono oggetto di dibattito.

La videolaringoscopia rappresenta un vantaggio teorico nei pazienti con limitati movimenti cervicali poiché per ottenere una buona visibilità, non è indispensabile la flessione del collo e l'estensione atlanto-occipitale. Tuttavia l'evidenza disponibile mostra risultati contrastanti. Wong ha descritto importanti movimenti del rachide cervicale anche con l'applicazione di piccole forze sulla lama del Glidescope. Ha rilevato un maggiore movimento della colonna cervicale con il Glidescope rispetto al fibroscopio flessibile. Nella valutazione fluoroscopica hanno evidenziato che con la stabilizzazione manuale nonostante una riduzione dei movimenti tra le vertebre C2 e C5 il

Glidescope produce circa gli stessi movimenti a livello cervico-occipitale e atlante-assiale. Maruyama ha rilevato che i movimenti a tutti i livelli, compresa la giunzione cranio-vertebrale è stata significativamente inferiore con il videolaringoscopio Pentax rispetto ai laringoscopi di Macintosh e McCoy. È possibile che il videolaringoscopio possa essere utile nei pazienti con colonna vertebrale instabile in caso di rifiuto o d'indisponibilità all'uso del fibroscopio. Tuttavia in assenza di dati clinici che indichino un miglioramento nella prognosi neurologica con l'uso della laringoscopia indiretta il loro esatto ruolo nei pazienti a rischio di lesioni alla colonna vertebrale resta ancora da determinare.

Grandi obesi

Marrel in uno studio prospettico su 80 grandi obesi sottoposti a chirurgia bariatrica ha rilevato che il laringoscopio C-Mac migliora il grado di laringoscopia e riduce il tempo d'intubazione. Questo potrebbe ridurre l'incidenza di desaturazioni gravi durante l'intubazione, sebbene lo studio non sia stato programmato per dimostrare questo.

In un altro studio prospettico di 150 pazienti grandi obesi Maasen ha rilevato che i laringoscopi C-Mac, McGrath e il Glidescope permettono una visibilità migliore rispetto alla laringoscopia diretta tradizionale. Tuttavia il numero di tentativi necessari per l'intubazione della trachea differisce in modo significativo con una media di 2,6 tentativi con il Glidescope, 1,4 per il C-Mac e 2,9 per il McGrath. Il tempo medio d'intubazione è stato di 33 secondi per il Glidescope, 17 secondi per il C-Mac e 41 secondi con il McGrath. È stato necessario utilizzare con minore frequenza il mandrino con il C-Mac.

Anche l'Airtraq è stato utilizzato come strumento di riserva nei grandi obesi.

In sintesi le evidenze recenti dimostrano che il ruolo del laringoscopio C-Mac nei grandi obesi è promettente.

Induzione in sequenza rapida

Walker in uno studio randomizzato di 120 pazienti adulti ha rilevato che un anestesista inesperto impiega 17,5 secondi in più per intubare con il videolaringoscopio di McGrath rispetto al laringoscopio Macintosh. Questo probabilmente è dovuto al tempo aggiuntivo necessario per l'inserimento del tubo endotracheale con il mandrino. Il numero di tentativi necessari per l'intubazione e il tempo richiesto differiscono nei diversi studi. Allo stato attuale sono necessari nuovi dati prima che possano essere formulate ulteriori raccomandazioni valide.

Pazienti ostetriche

Il videolaringoscopio può essere utile come dispositivo di riserva quando s'incontrano difficoltà all'intubazione non previste, per valutare l'edema delle vie aeree superiori prima dell'estubazione nelle preeclamptiche gravi e nelle grandi obese. Tuttavia l'evidenza attuale sulla videolaringoscopia è molto limitata e sono necessarie ulteriori valutazioni prima di formulare delle raccomandazioni.

Cancro dell'orofaringe e trauma delle vie aeree

La larghezza massima della maggior parte dei videolaringoscopi è di circa 18 mm per cui non è escluso che questo potrebbe portare a difficoltà in presenza di limitata apertura della bocca. La presenza di secrezioni e di sangue ha un impatto negativo meno importante rispetto al fibrobroncoscopio. La videolaringoscopia indiretta non è stata ben valutata nei traumi e nei tumori delle vie aeree e sono necessari ulteriori studi in quest'ambito.

CONCLUSIONI

La laringoscopia diretta deve essere considerata come l'esperienza principale; tuttavia il videolaringoscopio è un'alternativa utile nei pazienti con colonna cervicale instabile in ambiente preospedaliero e nell'intubazione difficile non prevista. Ha anche un ruolo nelle intubazioni difficili previste quando non è possibile utilizzare il broncofibroscopio o nei pazienti non collaboranti o quando non è disponibile il broncofibroscopio.

Il ruolo della videolaringoscopia nelle lesioni delle vie aeree superiori e nei tumori dell'orofaringe non è stato ancora chiarito, ma offre interessanti possibilità. Poiché i maggiori costi devono essere giustificati è indispensabile dimostrare che essi sono efficaci nei pazienti che non possono essere intubati con le tecniche standard o solo con un maggiore sforzo e tempo. I diversi videolaringoscopi attualmente disponibili si differenziano in modo importante per il disegno, la facilità d'uso e la necessità di ulteriori dispositivi, anche se la visione dell'aditus laringeo è sostanzialmente simile. È necessario valutare e confrontare l'efficacia di questi nuovi strumenti in una serie di condizioni cliniche prima di attribuire loro un ruolo preciso nella gestione delle vie aeree.

ANCHE IL LAVORO DEL MEDICO E' USURANTE

Le parole dell'Esperto in materia previdenziale

Se per la legge che per prima ha introdotto i benefici pensionistici a favore dei lavoratori impegnati nelle cosiddette attività usuranti e in cui erano state previste alcune prestazioni anche del settore sanitario, in particolare le attività di pronto soccorso, di chirurgia d'urgenza e di rianimazione, è necessario risalire a ben ventiquattro anni addietro (Dlgs. n.374 del 1993), recependo quanto proposto dalla legge di riforma previdenziale, la cosiddetta "Amato", nel tempo si sono avute tutta una serie di altre disposizioni ed interventi legislativi, in particolare in varie leggi finanziarie, che hanno modificato ed annullato questa prospettiva.

Gli appuntamenti, con la richiesta di prepensionamento, interessano i lavoratori che hanno svolto lavorazioni o attività "usuranti", cioè caratterizzate da mansioni faticose o pesanti e coinvolgono, in particolare, i lavoratori impegnati in mansioni particolarmente usuranti, notturni a turni, addetti alla cosiddetta "linea catena", conducenti di veicoli, di capienza complessiva non inferiore a nove posti adibiti a servizio pubblico di trasporto collettivo. E, inoltre, per mansioni particolarmente usuranti s'intendono: lavori nelle cave; lavori nelle gallerie; lavori in cassoni ad aria compressa; lavori svolti dai palombari; lavori ad alte temperature, le mansioni dei soffiatori nell'industria del vetro cavo, lavori espletati in spazi ristretti e in particolare delle attività di costruzione, riparazione e manutenzione navale, ed anche lavori di asportazione dell'amianto.

La più importante novità è stata, però rappresentata dal riferimento quale termine dell'usura al lavoro notturno. E' stato ritenuto, infatti, usurante il lavoro notturno prestato per almeno sei ore, comprensive nell'arco di tempo fra la mezzanotte e le cinque del mattino, ovvero l'attività di quanti, tutte le notti lavorative, sono impegnati per almeno tre ore fra la mezzanotte e le cinque. Adesso che l'ISTAT ha certificato l'aumento della speranza di vita registrato nel nostro Paese, il Governo ha deciso, dopo svariati incontri con le Confederazioni sindacali nettamente contrarie, che questa

condizione porterà, comunque, dal 2019 al posticipo di 5 mesi dell'anzianità anagrafica ed anche contributiva per l'uscita dal lavoro. Il Governo, tuttavia, ha inteso mitigare tale decisione, erga omnes, proponendo una serie di deroghe per alcune categorie di lavorazioni cosiddette usuranti, senza però chiarire i criteri oggettivi di analisi dell'usura lavorativa, al di là della tradizionale distinzione tra lavoro manuale e lavoro intellettuale. Sono state, dunque, indicate le categorie dei marittimi, camionisti, stampatori, conciatori macchinisti, braccianti, gruisti e operai siderurgici, muratori, facchini, addetti alle pulizie e ai rifiuti, maestre d'asilo e di scuola materna e le badanti.

Tra le attività usuranti sono state, inoltre e giustamente, comprese anche quelle degli infermieri e ostetriche impegnati nei turni o nelle sale operatorie. Ma, con un salto illogico, ne sono stati esclusi i Medici, impegnati negli stessi turni e frequentatori abituali delle stesse sale operatorie.

Peraltro è da prevedere che il numero annuo di medici interessati da un'eventuale loro estensione del riconoscimento di attività usurante potrà essere assolutamente modesto essendo stato calcolato in appena 400 su circa 3.000 pensionamenti con una spesa intorno ai 5 milioni di euro.

Numeri a parte sembra, ai rappresentanti della categoria, del tutto legittimo considerare il lavoro del medico un lavoro usurante perché svolge, infatti, attività lavorative spesso organizzate in turni svolti nelle stesse condizioni strutturali ed organizzative di difficoltà e rischiosità che rendono il lavoro altrettanto gravoso. Basti pensare ai turni massacranti, alle guardie, alle reperibilità, al lavoro notturno e festivo.

Sono da aggiungere, inoltre, quelle condizioni di stress correlate ai livelli di alta responsabilità, insito nell'atto medico con elevata esposizione anche a contenziosi di natura legale

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziale
Articolo del 20 Novembre 2017



La Lettera Intersindacale

Il testo della Lettera Intersindacale inviata al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e al Ministro della Salute

"In vista della revisione delle categorie da esonerare dall'innalzamento dell'età pensionabile allo studio del Governo, le sottoscritte organizzazioni sindacali rappresentative della dirigenza medica e sanitaria chiedono che la deroga venga estesa anche al personale medico soggetto a turni al pari di quello infermieristico. Questo anche al fine di scongiurare discriminazioni tra le categorie per quanto riguarda il riconoscimento delle attività usuranti e gravose tra le quali vanno ricomprese molte delle attività proprie della dirigenza medica e sanitaria. Confidando in un positivo accoglimento della nostra richiesta, porgiamo distinti saluti".

Carlo Palermo ANAAO ASSOMED
Guido Quici CIMO
Alessandro Vergallo AAROI-EMAC
Massimo Cozza FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN
Aldo Grasselli FVM
Mauro Mazzoni FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFI-SNR)
Biagio Papotto CISL MEDICI
Giuseppe Ettore FESMED
Raffaele Perrone Donnorso ANPO ASCOTI FIALS MEDICI
Roberto Bonfili COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA E VETERINARIA UIL FPL

L'intervento della FNOMCeO



Sulla revisione delle categorie da esonerare dall'innalzamento dell'età pensionabile, in quanto riconosciute come usuranti si è espressa anche Roberta Chersevani, Presidente FNOMCeO: *"Come si fa a dire che il lavoro del medico non è usurante?"* - si legge sul sito della Federazione -. *"Penso all'operazione che pochi giorni fa ha permesso di separare le due gemelline siamesi, durata dieci ore e che ha coinvolto quaranta persone; penso all'ennesima chiamata durante un turno di notte; penso anche, per rimanere alla mia esperienza di radiologo, a quando inietti un mezzo di contrasto e il paziente comincia a star male."*

"Penso ai turni massacranti, al plus orario e al sovraccarico di lavoro, che ci sono costati un richiamo dall'Europa; alle guardie, alle reperibilità, al lavoro notturno e festivo che ci allontanano dalla famiglia e dagli affetti; ai rischi professionali, al contatto con radiazioni, sostanze chimiche, oggetti taglienti potenziali portatori di infezioni."

"La professione del medico è usurante, dal punto di vista fisico e ancor di più da quello psicologico: se non lo fosse, non avrebbero senso le evidenze cliniche di stress lavorativo e di sindrome da burn out nei medici."

"Porterò all'ordine del giorno del prossimo Comitato Centrale la questione in modo da

unire la nostra voce a quella dell'Intersindacale nel chiedere al Governo che la 'deroga' venga estesa anche ai medici insieme a tutte le garanzie e tutele previste per i lavori usuranti."

"È un'istanza che la FNOMCeO porta avanti da anni e, con i continui innalzamenti dell'età pensionabile, a condizioni di lavoro invariate, sta diventando una questione di giustizia, oltre che di sicurezza delle cure e di salute pubblica: siamo certi che un collega di settant'anni possa fare gli stessi turni di un quarantenne, mantenendo la stessa lucidità e ottenendo gli stessi risultati?"

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

Weekend con il Mirto

Quella che state per leggere è una storia turpe e oscura, che solo noi di *Science&Conscience* potevamo scoprire e non avere paura di pubblicare, perché ci sono cose, situazioni, persone, che non ti danno pace fin quando non finisci di raccontarle.

La vicenda si svolge in Sardegna, dove il Signor Pusunieddu, Franco Pusunieddu, viene sottoposto a un intervento banale di protesi di ginocchio, facile come bere un bicchiere d'acqua a testa in giù su un deltaplano. Il signor Pusunieddu è stato più e più volte rassicurato sul fatto che la protesi è garantita a vita, e non gli avrebbe impedito di svolgere le normali attività quotidiane. Correva l'anno 1998.

L'intervento andò bene (e il paziente non era neanche morto), e il signor Pusunieddu tornò a casa, dove iniziò il suo calvario. Purtroppo apparve chiaro fin da subito che le informazioni circa la sua nuova gamba bionica erano sbagliate, al limite del falso e tendenzioso.

Franco non riusciva a svolgere le normali attività quotidiane come gli era stato promesso. Non era più in grado infatti di saltare su e giù dai treni in corsa come prima, non riusciva a lan-

ciarsi dai balconi del primo piano di notte senza sentire un fastidiosissimo click sotto la rotula che gli mandava in vacca tutto il voto di silenzio. Ma la cosa che più lo lasciava perplesso era che ogni volta che usciva dai supermercati faceva suonare sempre gli allarmi, ed era un gran casino spiegare che quello che aveva in tasca non erano generi alimentari ma la sua protesi. . .

Dopo ben sedici anni di corretto utilizzo, proprio in questi giorni, accade l'irreparabile: nonostante la garanzia a vita, nonostante il buon Franco l'abbia tenuta sempre in allenamento tra corse all'aperto e salti tra i nuraghi, nonostante Pusunieddu avesse la forma e il peso di una lavatrice industriale con le unghie (perfetta per preservare il titanio, che va lavato a 40 gradi senza centrifuga), nonostante tutto, la protesi ha ceduto.

E di lui si sono perse le tracce.

Per fortuna, i seguaci di Obiettivo Rintracciamento, insieme a quelli di Obiettivo Rimbambimento, hanno scoperto l'arcano. Purtroppo ora si può parlare del signor Franco Pusunieddu solo al passato e dobbiamo ringraziare le menti di

Obiettivo Ricostrimento se sappiamo cosa è accaduto.

Ecco i fatti.

Dopo il malfunzionamento della protesi, Franco ha fatto la sola cosa che poteva: si è diretto carponi verso il luogo dove usava consumare i suoi lauti pasti appena presi con destrezza dal supermercato: una radura circondata da cespugli, nell'accaldata piana sarda. Lì, incapace di muoversi oltre per via della protesi ormai inservibile, ha iniziato una dieta a base di bacche di mirto.

Per un intero Week End ha assunto solo bacche fermentate al sole cocente dell'Isola, sprofondando sempre più in un gorgo di disperazione alcolica. Ben presto gli è apparso in sogno il Fantasma delle Parole Passate, il Signor Wernicke, che dalla sua area ha iniziato a parlare strano.

La luce del sole ha spazzato via questa infauستا visione, scambiandola con Mr Korsakoff, il Fantasma delle Cirrosi Presenti. Dai suoi occhi di brace, Korsakoff ha mostrato una grave mancanza al povero Pusunieddu: la TiAmina.

A questo punto, ormai esausto, Franco esplose in un urlo senza precedenti. Senza la TiAmina la sua vita di latin lover impenitente è finita, non

sarebbe più stato in grado di dire TiAmino a nessuno. La carenza di affetto gli fu fatale. Il suo cuore si spezzò e di lui non rimase nulla.

Poco dopo giunsero gli omini verdi di Obiettivo Ritrovamento e lo riportarono alla civiltà, sotto forma di Fantasma delle Stupidaggini Future, quelle che si sarebbero lette sui giornali.

Questi invece sono i fatti nudi e crudi, che solo *Science&Conscience* ha avuto il coraggio di divulgare, una triste pagina della storia della medicina ormai nota come Week End con Il Mirto.

Si vede subito la chiara correlazione tra la protesi di ginocchio dal funzionamento alterato in situazioni estreme e la fine ingloriosa, disumana e senza sentimenti del povero Franco Pusunieddu. D'altronde, se non fosse stata la protesi, sicuramente si poteva additare come causa l'assunzione forzata in età pediatrica di Vaccini, vera grande piaga di questo secolo scellerato, che ha provocato nel povero e imberbe Franco una sete particolare verso il Mirto, inducendolo a rifugiarsi in questo frutto alcolico in ogni momento disponibile.

Ormai, grazie a Obiettivo Rintontimento tutte queste brutture mediche stanno venendo a galla. E i medici non avranno pace, nei secoli dei secoli.

LA LETTERA

Elenco Società Scientifiche ai sensi del DM 2 Agosto 2017: l'AAROI-EMAC non può farne parte

La richiesta di un Collega di sapere se l'AAROI-EMAC abbia presentato al Ministero della Salute l'istanza di iscrizione all'elenco previsto dal DM 2 Agosto 2017 recante "Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017 n. 24", offre l'occasione per dare informazioni in merito a tutti gli Iscritti.

Di seguito la risposta del Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo.

L'AAROI-EMAC NON ha presentato al Ministero della Salute alcuna istanza di iscrizione all'elenco previsto dal DM 2 Agosto 2017.

Nel precisare il fatto che avendo il DM 2 agosto 2017 GU n. 186 del 10/08/2017 ad oggetto l'accreditamento delle "società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017 n. 24", esso intende rispettivamente per "società scientifiche" quelle associazioni di natura meramente scientifica di professionisti CON specifico Ordine Professionale (quali attualmente i medici) e per "associazioni tecnico-scientifiche" quelle associazioni di professionisti sempre di natura meramente scientifica SENZA specifico Ordine Professionale (quali attualmente i sanitari non medici) informiamo che il presentare da parte nostra tale istanza, qualora - come NON intendiamo fare nè oggi nè in futuro - non avessimo rinunciato alla finalità sindacale della nostra Associazione, ci avrebbe coperto di ridicolo, eventualità che ad essere sinceri poco ci piace.

Infatti, tra i requisiti del DM, l'art. 2, comma 2, lettera c) reca "SPECIFICA PREVISIONE CHE L'ENTE NON HA TRA LE FINALITÀ ISTITUZIONALI LA TUTELA SINDACALE DEGLI ASSOCIATI O CHE, COMUNQUE, NON SVOLGE, DIRETTAMENTE O INDIRETTAMENTE, ATTIVITÀ SINDACALE", come facilmente si potrà verificare.

Ecco perchè il quesito ci dà occasione per aggiungere alcune informazioni a tale risposta utili a tutti gli Iscritti ai fini del diretto rapporto con loro, che ha sempre contraddistinto la scrivente Presidenza.

Seguiamo la questione dell'accreditamento delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie sin dall'esordio delle prime bozze primordiali della legge 8 marzo 2017 n. 24 (cd "Legge Gelli"), di cui il DM costituisce uno dei diversi Decreti Attuativi, perchè naturalmente abbiamo a cuore oggi più che mai la tutela globale dei Colleghi nostri Iscritti e di tutti quelli potenzialmente iscrivibili ancorchè non (ancora) iscritti. Tutela che non potrà prescindere dalle famose "linee guida" che solo le società scientifiche accreditate potranno emanare una volta istituito l'albo di cui al DM 2 agosto 2017.

Per tale motivo abbiamo perseguito per tempo e pienamente raggiunto i seguenti obiettivi:



1) la SIARED, anche su precisa e determinata volontà della sua Presidente e dei suoi più stretti collaboratori, è stata messa dall'AAROI-EMAC nelle piene condizioni di accreditarsi (ed infatti siamo stati informati che ha presentato idonea istanza), anche attraverso una modifica statutaria della nostra Associazione (approvata dal suo XI Congresso svoltosi a Bergamo dal 28 al 30 Settembre u. s.) che ha risolto tutte le potenziali interferenze dell'AAROI-EMAC nei confronti della SIARED (che prima di tale modifica erano tali da costituire certo impedimento al suo accreditamento); ovviamente, date le prescrizioni ministeriali (a quelle del DM 2 agosto 2017 altre si aggiungeranno), toccherà alla SIARED direttamente e senza interferenze sindacali (in particolar modo da parte dell'AAROI-EMAC) portare a termine con successo l'obiettivo che tale società scientifica si è data;

2) di concerto con la SIAARTI, sia lo Statuto della stessa, sia quello dell'AAROI-EMAC sono stati idoneamente modificati al fine di eliminare le possibili incongruenze statutarie. In particolare, l'AAROI-EMAC (sempre con una apposita modifica statutaria anch'essa approvata dal suo XI Congresso svoltosi a Bergamo dal 28 al 30 Settembre u. s.) ha risolto tutte le potenziali interferenze dell'AAROI-EMAC nei confronti della SIAARTI (che prima di tale modifica erano tali da costituire potenziale impedimento al suo accreditamento).

Del resto, abbiamo anche notizia che altre società scientifiche minori della disciplina di anestesia e rianimazione si siano più o meno organizzate al fine di poter in qualche modo (magari - ipotizzo - con accorpamenti tra loro e/o con una società scientifica maggiore) mantenere in vita e dare possibilmente nuovo impulso alla loro più o meno consistente attività scientifica storica.

Si coglie l'occasione per informare che spiace alla scrivente Presidenza AAROI-EMAC aver dovuto constatare che non si sia avvertita una convergenza in un'unica società, per l'ambito disciplinare di anestesia e rianimazione, di tutte le forze scientifiche che ne sono espressione. Ci auguriamo comunque, per il miglior avvenire della disciplina, che esse tutte raggiungano gli obiettivi che si sono prefisse.

Quanto all'accreditamento delle società scientifiche di altri ambiti specialistici (in particolar modo quelli legati all'urgenza-emergenza) non abbiamo notizie dettagliate, ma seguiamo con attenzione l'evolversi della situazione anche in questi ambiti.

Or dunque, come intendiamo muoverci in questo panorama in qualità di Organizzazione Sindacale?

Siamo pronti a trarre le debite conclusioni e le opportune modalità di azione una volta che esso si sia chiarito.

Nel frattempo, per l'immediato indomani della procrastinata scadenza delle decisioni ministeriali nel merito delle società che effettivamente saranno inserite nell'albo di cui al DM, stiamo studiando le migliori opportunità di cooperazione - sempre senza alcuna interferenza sindacale - con tutte le società scientifiche di interesse per i nostri Iscritti, delle cui progettualità e dei cui esiti li informeremo tempestivamente.

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale

Il documento della Commissione Stati Vegetativi - OMCeO Lazio

La Presentazione del Coordinatore



L'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e Odontoiatri con la costituzione della Commissione sugli Stati Vegetativi ha inteso approfondire gli aspetti legati alle persone con disturbi della coscienza, indagandone i vari contorni che vanno dalla epidemiologia, alle moderne tecniche neurofisiologiche di diagnosi; dalle nuove teorie sullo stato di coscienza alle linee guida per il trattamento di queste patologie.

Ovviamente non vuole essere una disamina esaustiva, né tanto meno conclusiva, ma un focus, una finestra su di un insieme di aspetti clinico-assistenziali-riabilitativi legati alla patologia, laddove il progredire della scienza modifica continuamente i confini tra il conosciuto e il non conosciuto.

Attenzione particolare è stata dedicata agli stati vegetativi in età pediatrica, agli aspetti sociali e ai caregivers.

Considero questo documento come una testimonianza di grande rilevanza per i contenuti e le indicazioni che esprime. Ma c'è un altro motivo per il quale intendo pubblicamente esprimere la mia soddisfazione, che non è squisitamente politico, ma non meno importante. Mi riferisco alla capacità dei membri della commissione di confrontarsi in modo aperto e costruttivo, indipendentemente dalle appartenenze culturali, professionali e politiche di ciascuno.

Si ringraziano tutti i Componenti e gli Esperti esterni per il loro contributo e la grande professionalità con cui hanno partecipato alla estensione di questo documento, che ha richiesto tempo e notevole impegno.

Un grazie va anche alla segreteria dell'Ordine che ha seguito i lavori della Commissione.

Coordinatore Commissione Stati Vegetativi
 Prof. Dr. Quirino Piacevoli

Il Documento integrale è disponibile sul sito www.aaroiemac.it al link:
<http://www.aaroiemac.it/webside/il-documento-della-commissione-stati-vegetativi-n1408.html>

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

Virosi

- Buongiorno, Dottore. Come sta oggi mio padre?
- Non bene, Signora. Pensiamo che sia stato colpito da virus ribelle al trattamento.
- E' proprio così, Dottore. L'hanno colpito quei giovinastri del quartiere: sono sempre irrosi e ribelli e maltrattano le persone anziane.
- No, Signora. Si tratta di un'infezione virale che è partita dalle alte vie aeree.
- Ecco, lo avevo detto al papà di non prendere l'aereo, ma di andare in treno a Roma.
- No, Signora. Intendo dire che da una banale faringite si è arrivati ad una polmonite, che per ora è so-lo lobare.
- Solo lombare? Meno male, Dottore. Sa, mio papà è abituato al mal di schiena.
- No, Signora. Ho detto lobare: è colpito solo un lobo del polmone. Ma sono già cinque giorni che suo padre è iperpirettico.
- Oh, povero papà! Dopo il febbrone da cavallo, adesso è anche epilettico!
- No, Signora. Iperpirettico vuol dire che ha la febbre alta. Ma la cosa più grave è che continua ad essere ipossiemico perché non scambia per niente.
- Gliel'ho già detto tante volte di non essere polemico e di scambiare quattro chiacchiere con i vicini di letto e con le infermiere, ma lui niente!
- Va bene, Signora. Neanche io voglio essere polemico. Torni da suo padre e buona giornata.

Deambulante

- Buongiorno, Dottore. Ho portato la mamma per il controllo.
- Vediamo un po'. Le fa male il polpaccio, se deambula?
- Mi permetta, Dottore. La mamma non è sonnambula.
- No, Signora. Deambulante è uno che cammina, che fa della strada.
- Lo so, lo so. Noi siamo ambulanti. Quando stava bene, la mamma si faceva tutti i mercati.
- No, Signora. Le ho chiesto se, quando cammina, la parte è dolente.
- Sì, in parte è indolente e pigra, ma in parte vuole guarire e camminare.
- No, Signora. Intendo dire la parte malata. Se è ancora contratta, oppure no.
- Non ancora, Dottore. Finché non torna al suo banchetto, coi clienti non contratta.
- No, Signora. E' il muscolo che è contratto. E sua madre, come va con la riabilitazione?
- E' tutto in ordine, Dottore. Se no, come facciamo a vendere, senza l'abilitazione?!

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

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



ORE PER LA FORMAZIONE

Domanda: Qual è la normativa relativa alle quattro ore da destinare alla formazione?

Risposta: L'articolo contrattuale che affronta il problema è il seguente:

CCNL 1994/97

ART. 23: Assenze retribuite

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

CCNL 2002/2005

ART. 14

4. Nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici e veterinari, quattro ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata ecc. Tale riserva di ore non rientra nella normale attività assistenziale, non può essere oggetto di separata ed aggiuntiva retribuzione. Essa va utilizzata di norma con cadenza settimanale ma, anche per particolari necessità di servizio, può essere cumulata in ragione di anno per impieghi come sopra specificati ovvero, infine, utilizzata anche per l'aggiornamento facoltativo in aggiunta alle assenze previste dall'art. 23, comma 1, primo alinea del CCNL 5 dicembre 1996 al medesimo titolo. Tale riserva va resa in ogni caso compatibile con le esigenze funzionali della struttura di appartenenza e non può in alcun modo comportare una mera riduzione dell'orario di lavoro. Per i dirigenti rimasti con rapporto di lavoro ad esaurimento le ore destinate all'aggiornamento sono dimezzate.

GIORNI DI RISCHIO BIOLOGICO IN ALLATTAMENTO

Domanda: E' possibile che in orario ridotto per allattamento non si maturino i giorni di rischio biologico?

Risposta: La norma contrattuale che affronta la problematica recita:

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

Di conseguenza, se si è "esposti ai gas anestetici" si gode del periodo di riposo di 8 giorni, nel caso contrario, non si ha diritto a goderne.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Domanda: Come vengono retribuite le prestazioni aggiuntive di sala operatoria istituite per abbattere le liste di attesa? Quali gli oneri contributivi sulle somme percepite? Gli aspetti economici possono variare a seconda della regione e dell'Azienda; in base a che cosa? Chi non aderisce ha delle penalità?

Risposta: La remunerazione per le attività aggiuntive in libera professione è di 60 euro/ora che sono sottoposte ad IRPEF e senza oneri contributivi salvo il contributo ENPAM (se dovuto). Gli aspetti economici suddetti sono dettati dal Contratto Nazionale e non possono variare a seconda della regione e dell'Azienda.

Chi non aderisce non subisce alcuna penalità.

DISTRIBUZIONE SEDUTE INCENTIVATE

Domanda: Come devono essere distribuite tra Colleghi, le sedute incentivate?

Risposta: La norma contrattuale che affronta l'argomento non stabilisce come debbano essere distribuite le quote tra i Colleghi.

Ciascun Collega esprime le proprie disponibilità ed il Direttore SC in accordo con il Direttore Generale attribuisce secondo un equo criterio.

TRASFERIMENTO TRA SERVIZI

Domanda: Per essere trasferiti da un servizio all'altro, all'interno della stessa Azienda, c'è bisogno di una mobilità interna?

Risposta: La norma che tratta l'argomento è l'Art. 16 CCNL 10.2.2004 che recita:

Mobilità interna

1. Nell'attuale sistema degli incarichi dirigenziali, la mobilità all'interno dell'azienda dei dirigenti in servizio può essere conseguenza del conferimento di uno degli incarichi previsti dall'art. 27 del CCNL 8 giugno 2000 I biennio economico (Tipologie di incarico) in struttura ubicata anche in località diversa da quella della sede di precedente assegnazione, nel rispetto dell'art. 13, commi 9 e 12 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico (Il contratto individuale di lavoro) dello stesso contratto.

2. La mobilità a domanda si configura come richiesta di un nuovo e diverso incarico, anche se alla dotazione organica della sede prescelta ne corrisponda uno di pari livello a quello rivestito dal richiedente con riguardo alla tipologia e alla graduazione delle funzioni.

L'accoglimento della domanda segue, pertanto, le procedure di conferimento degli incarichi previste dall'art. 28 del CCNL 8 giugno 2000 I biennio economico (Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali - Criteri e procedure).

ORE ECCEDENTI

Domanda: Le ore che si accumulano nell'anno si azzerano al pagamento della retribuzione di risultato?

Risposta: Dipende da quali indicatori si siano condivisi all'atto della sottoscrizione degli obiettivi.

Esistono indicatori di tipo qualitativo (esempio: rispetto dell'orario di lavoro, capacità di utilizzo di innovazioni tecnologiche, customer satisfaction, correttezza nei rapporti tra i colleghi, il rispetto del codice della pubblica amministrazione) ed indicatori di tipo quantitativo (esempio: riduzione percentuale di consumo di un farmaco, numero di partoanalgesie, numero di tracheotomie o, peggio, numero di interventi chirurgici).

Se si sono sottoscritti obiettivi di tipo quantitativo, le ore eccedenti le normali 34+4 potrebbero essere computate come necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato e condiviso.

Per questo motivo, da sempre, consigliamo di evitare la sottoscrizione di obiettivi di tipo quantitativo.

E' comunque opportuno farsi certificare l'eccedenza oraria e successivamente adire un esposto all'Ispettorato del lavoro.

Le ore dovute come debito orario sono 34 + 4 - il CCNL 10.2.2004 all'art. 28 recita: "2. Le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti di cui all'art. 16, comma 1 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico (Orario di lavoro dei dirigenti), per i servizi di guardia e di pronta disponibilità di cui agli artt. 19 e 20 del CCNL 5.12.1996 (Servizio di guardia e Pronta disponibilità) nonché per altre attività non programmabili. Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite".

Di conseguenza è assolutamente da consigliare: 1) la/le richiesta/e (scritta e protocollata) di recupero delle ore in esubero 2) evitare assolutamente sottoscrivere obiettivi di tipo quantitativo che camuffano eventuali carenze di organico preferendo obiettivi di tipo qualitativo 3) evitare di sottoscrivere obiettivi senza porre attenzione a quanto si sottoscrive.

REPERIBILITA' ANESTESIOLOGICA

Domanda: Esiste una normativa contrattuale o altro riferimento che chiarisca precisamente l'organizzazione del servizio di reperibilità Anestesiologica?

Risposta: La norma contrattuale recita:

Art. 17 CCNL 3.11.2005

- 3. Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia dell'art. 16 CCNL 3.11.2005 (Servizio di Guardia) ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa. Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa. Il servizio sostitutivo coinvolge a turno individuale, solo i dirigenti dell'art. 14 CCNL 3.11.2005 (Orario di lavoro dei dirigenti).

- 4. Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore. Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive. Di regola non potranno essere previste per ciascun dirigente più di dieci turni di pronta disponibilità nel mese.

In sintesi: la pronta disponibilità può essere effettuata solo durante la notte ed i festivi e quindi non può essere effettuata nei diurni feriali (dalle 8 alle 20) ed inoltre nei servizi di anestesia può essere effettuata solo la pronta disponibilità integrativa prevedendo, quindi, due (o più) colleghi di guardia negli ospedali che sono forniti di uno o più rianimazioni (anche in base ai posti letto) ed un turno di guardia negli ospedali che forniscono esclusivamente il servizio di anestesia per le urgenze chirurgiche.

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

Centro AAROI-EMAC SimuLearn®

Si amplia ulteriormente l'offerta formativa del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna. Per il primo Trimestre 2018 sono stati proposti dieci percorsi formativi, cinque Corsi Base di Simulazione Medica Avanzata e cinque Corsi Avanzati di Simulazione Medica Avanzata e relative riedizioni. Altri Corsi saranno pronti a breve.

Tutti i Corsi, come per i precedenti, prevedono la priorità riservata agli Iscritti all'AAROI-EMAC da almeno un anno, e il pagamento di una quota di partecipazione alle spese.

Per Informazioni: 051.18899425 - simulearn@aaroiemac.it



www.aaroiemac.it

 **AAROI EMAC**
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

INTESA
PROVIDER **ECM**