

il nuovo Anestesista Rianimatore

MARZO - APRILE
2017
2
Anno XXXVIII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

Nuovi LEA

Il DPCM pubblicato in Gazzetta Ufficiale



Nonostante le ripetute azioni portate avanti dall'AAROIEMAC, la partoanalgesia rientrerebbe - dal 19 Marzo - nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Sebbene il DPCM pubblicato in Gazzetta Ufficiale lo riporti scritto nero su bianco,

l'Associazione è subito intervenuta per avvisare in maniera altrettanto chiara che il Servizio non può essere erogato senza prevedere l'assunzione di Anestesiisti Rianimatori.

a pagina 5

Dati Patrimoniali

Dov'è il Garante della Privacy?

L'ANAC prima esclude dall'obbligo di Comunicazione dei dati Patrimoniali i Dirigenti Sanitari poi ci ripensa. Il risultato è una grande confusione e una storia che non conosce la parola fine. Con Delibera 1388, pubblicata il 2 Febbraio 2017 a firma del Presidente Raffaele Cantone, l'ANAC precisava che l'obbligo non sussisteva per la Dirigenza Sanitaria (e nemmeno per i Direttori Generali!), in quanto la norma non riguardava la dirigenza sanitaria, ma la dirigenza amministrativa. Ma a distanza di pochi mesi l'ANAC ribalta la propria posizione.

LEGISLATION

a pagina 5

Calendario "SimuLearn"

Le date autunnali dei Corsi proposti dal Centro AAROIEMAC "SimuLearn" nei mesi di Settembre, Ottobre, Novembre e Dicembre 2017.

Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile dal prossimo mese di Giugno.

Tutti i Corsi prevedono la priorità riservata agli Iscritti all'AAROIEMAC da almeno un anno.

a pagina 2

Dlgs Pubblico Impiego, non ci siamo!

Intersindacale e COSMED contro il provvedimento-rapina



"Rapina a mano armata alle risorse accessorie del CCNL"

Il Dlgs Madia sul Pubblico Impiego ha suscitato la reazione decisa dell'Intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria della COSMED di cui l'AAROIEMAC fa parte. Impossibile non intervenire di fronte a quella che è stata definita una vera e propria rapina a danno dei Medici.

Sono in corso azioni concrete che mirano ad opporsi con fermezza all'ennesimo provvedimento scellerato.

In particolare, le OO.SS. hanno chiesto una modifica del testo, contestualmente ad una richiesta unitaria di audizione presso le competenti Commissioni Parlamentari.

Il primo incontro si è svolto il 4 Aprile in Commissione Lavoro della Camera dei Deputati durante il quale l'Intersindacale ha esposto le proprie osservazioni.

a pagina 4

Accordo AAROIEMAC LEONARDO

La competenza degli Anestesiisti Rianimatori per l'elisoccorso

L'intesa, che non ha alcuno scopo di lucro per le Parti coinvolte, nasce al fine di sviluppare sinergie per sempre più elevati livelli di capacità operativa e di sicurezza

per il personale del soccorso sanitario impiegato su elicotteri, da sempre in tutto il mondo punta di diamante dell'intero Sistema di Emergenza-Urgenza.

Gli Anestesiisti Rianimatori e i loro colleghi di Emergenza e di Area Critica che svolgono servizio di elisoccorso potranno dare il loro prezioso e disinteressato contributo.



a pagina 6

Il DDL Responsabilità Professionale è Legge



Il 17 Marzo il DDL Gelli "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale e dal primo Aprile è in vigore.

Il commento dell'AAROIEMAC e l'analisi di Claudio Testuzza approfondiscono i diversi aspetti del provvedimento.

a pagina 7

www.aaroiemac.it



@AaroiEmac

follow us on
twitter

Rinnovo Cariche AAROIEMAC

In corso le Assemblee Regionali e Aziendali



Sono in corso fino al 31 Maggio le Assemblee Elettive Regionali ed Aziendali.

Possono partecipare alle votazioni i Soci AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa almeno dal mese di Dicembre 2016 compreso sino al momento del voto.

Nel caso in cui un Socio avente diritto al voto non possa partecipare all'Assemblea, potrà delegare il suo voto ad un altro Socio dell'AAROIEMAC avente diritto al voto a mezzo delega rilasciata ai termini di legge o su carta intestata.

a pagina 3

13° Congresso SIARED

Le novità del Programma 2017 e dei tre giorni di evento

Numerose sono le attrattive scientifiche e culturali del 13° Congresso SIARED che si svolgerà a Roma dal 25 al 27 Maggio.

La più importante riguarda l'organizzazione del Programma, che prevede sia un'implementazione dei Workshop, sia - in tutte le Sessioni - "Incontri con l'Esperto", con momenti di discussione, per favorire l'acquisizione teorica e soprattutto pratica di nuove conoscenze attraverso una maggior interattività tra Docenti e Discenti.

Tra le novità l'allestimento di un'area dedicata alla simulazione con percorsi formativi innovativi.



alle pagine 10 e 11

Controlli? Per gli Anestesisti Rianimatori no problem!

Uno strumento da utilizzare per confermare la carenza cronica degli organici



Di recente alcuni episodi di assenteismo in ambito sanitario sono stati in primo piano sulla stampa, nei telegiornali, in innumerevoli programmi televisivi. Si tratta di un fenomeno, quello dell'assenteismo, che merita - quando accertato - la massima condanna, in particolare quando si verifica a danno della salute dei cittadini.

Partendo da questa indiscutibile premessa, non appare superfluo fare alcune riflessioni con particolare attenzione alla situazione degli Anestesisti Rianimatori.

Da quanto ci è dato sapere, nei fatti di cronaca a cui si fa riferimento - a partire dal caso "Loreto Mare" -, non risultano coinvolti Collegi Anestesisti

esulando dal caso specifico, sintetizzano quanto l'AAROI-EMAC intende ribadire anche in sedi istituzionali.

L'Anestesista Rianimatore (sebbene non manchino purtroppo eccezioni che confermino la regola) è il medico che meno di chiunque altro ha un orario di lavoro che consente "furberie", ancor di più nelle frequenti situazioni in cui viene sovraccaricato di attività per organici insufficienti. Esistono al contrario ambiti in cui le "furberie" sono possibili anche per la presenza di organici pleorici e di una pessima organizzazione degli uffici.

È nostra intenzione far emergere chiaramente questa situazione, soprattutto in questo periodo in cui si dibatte sulle modalità di calcolo del fabbisogno dei Dirigenti Medici. A tal fine la timbratura del cartellino e il controllo puntuale della stessa rimane uno strumento, ad alcuni invisibile, ma per l'AAROI-EMAC indispensabile a chiarire chi lavora e chi no, dove mancano le risorse umane e dove no.

L'AAROI-EMAC è a favore del licenziamento dei "furbetti del cartellino", allo stesso tempo porterà avanti con convinzione la necessità di una corretta analisi degli organici che, supportata da dati esaustivi, non potrà che confermare la carenza ormai cronica di Anestesisti Rianimatori.

Un'ultima nota a supporto di quanto appena detto: se da una parte l'Associazione è convinta dell'utilità di "tracciare" il lavoro dei Medici dipendenti, dall'altra ritiene necessario che lo stesso venga fatto per i Medici in convenzione che lavorano per il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nell'emergenza-urgenza, dove in ballo c'è la vita e non solo la salute dei pazienti. È cronaca dello scorso mese la vicenda di due Medici del 118 arrestati per assenteismo a Messina:

(http://palermo.repubblica.it/cronaca/2017/02/13/news/furbetti_del_cartellino_a_messina_arrestati_due_medici_del_118-158184538/?ref=HREC1-19).

Nel concludere questa breve analisi speriamo sia emerso chiaramente che l'AAROI-EMAC è un Sindacato che lavora per la tutela dei propri Iscritti e per farlo ritiene giusto poter contare anche su strumenti che non devono essere visti come sistemi di controllo, bensì come dispositivi in grado di confermare la correttezza e l'onestà della stragrande maggioranza dei lavoratori. A maggior ragione alla luce della normativa sugli Orari di Lavoro che - al contrario di quanto la FIASO voglia far credere (http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=48633) - è tutt'altro che a regime.

Per quanto possano esserci casi eccezionali, in particolare nell'emergenza, l'Associazione è infatti assolutamente contraria ai cosiddetti eroi della sanità, anch'essi recentemente saliti all'onore della cronaca: (<http://www.lastampa.it/2017/03/11/italia/cronache/stakanovisti-della-sanit-LUDai4vrWPvPWzHnuLu3eP/pagina.html>).

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

La Repubblica
Napoli

LA LETTERA AGLI ANESTESISTI DEL LORETO

"Noi, in prima linea ma delusi dai media e dalle gravi carenze della sanità pubblica"

L'ATTACCO mediatico indirizzato a carico dei lavoratori dell'ospedale Santa Maria di Loreto Mare scatenato dalla maggioranza dei media - con l'eccezione di una stampa democratica che non ha atteso l'inchiesta sull'assenteismo o sui falsi referti medici per parlare, come ha fatto Repubblica anche in tempi recenti, di gravi carenze, di aspetti gestionali e amministrativi critici - sta producendo un effetto devastante nell'opinione pubblica.

Accomunare tutti gli operatori sanitari senza distinguere di ruolo, come responsabili del cattivo funzionamento del nostro ospedale produce una lacerazione profonda con la cittadinanza e compromette gravemente il rapporto di fiducia tra medico e paziente, e la serenità dei pazienti e degli operatori.

L'Ospedale Loreto Mare, chiamato da sempre in prima linea per fronteggiare emergenze e crisi emergenze (vedi incendio della raffineria di San Giovanni a Teduccio e più recentemente il dissesto del teatro della Circumvesuviana), tra piani di rientro e rimodulazione dell'assistenza in città, ha subito nel tempo un declino inesorabile e non più sopportabile da cittadini e operatori.

Togliendo il personale di farmacia, pensionamenti, blocco del turn-over del personale, obsolescenza ed usura di apparecchiature e strumenti non assicurano le norme di sicurezza emanate dal ministero della Salute e dalle società scientifiche.

Un capigno carteggio di denuncia è richiesto in vista ai vertici aziendali per garantire standard di sicurezza per l'assistenza è stato puntualmente disatteso.

Sottacere le gravi carenze infiamma una campagna diffamatoria con interviste a pseudo-pazienti di pazienti, che ledono l'onore e la credibilità degli operatori sanitari, dei tanti che nel lavoro quotidiano mettono cuore, passione, sentimenti, partecipazione sensiva alla sofferenza di pazienti e famiglie. Si offendono i tanti lavoratori onesti, il loro abito, il loro senso del dovere, spesso supplemento a ruoli non previsti per carenza di figure professionali.

Da oltre dieci anni in Campania sono venute meno le unità lavorative in quanto senza alcuna integrazione come sarebbe previsto.

Siamo indignati, arrabbiati, delusi, non tanto perché dobbiamo sopportare una gestione medica senza precedenti, ma perché se così continuano le cose sarà sempre più difficile esercitare la nostra professione. Siamo professionisti onesti, grandi lavoratori della sanità pubblica che viene gradualmente smantellata. Abbiamo scelto anche come missione di curare e alleviare la sofferenza dei concittadini, spesso degli ultimi, i più facoltosi ricorrono all'ospedale privata garantiti da assicurazioni onerose. Noi vogliamo essere protagonisti della sanità pubblica per garantire uguale diritto alla salute per tutti come sancito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana.

Gli anestesisti rianimatori del Loreto Nuovo
Gennaro Sulgano, Franco Cirillo, Francesco Marino, Margherita Palermo, Rosamaria D'Alaria, Roberta Tota, Miriam Piccirilli, Salvatore Stornelli, Paolo Rivetti, Giuseppina Cairi, Iva Cammarota, Francesca Ferraro, Luciana Ferraro, Maria Teresa Minnetto, Tiziana Piume, Andrea Storti

Il nostro ospedale ha subito nel tempo un declino inesorabile

Stop al tum over e tagli hanno compromesso il rapporto medico-pazienti

Articolo disponibile al link: <http://www.aaroiemac.it/website/gli-anestesisti-rianimatori-del-loreto-nuovo-su-la-repubblica-napoli-n1152.html>

Rianimatori.

Al contrario, i Collegi del Presidio Ospedaliero coinvolto nell'inchiesta hanno dovuto sopportare le facili generalizzazioni dei media, sebbene in passato avessero denunciato la situazione di estrema emergenza in cui lavorano quotidianamente (<http://campania.aaroiemac.it/website/rassegna-stampa-n1164.html>).

Per esprimere la propria delusione, gli Anestesisti Rianimatori del Loreto Mare hanno scritto a La Repubblica Napoli una lettera (nella foto a destra) in cui, ancora una volta, hanno sottolineato le gravi carenze di organico e di strumenti necessari a garantire la sicurezza dei pazienti (<http://www.aaroiemac.it/website/gli-anestesisti-rianimatori-del-loreto-nuovo-su-la-repubblica-napoli-n1152.html>). Argomento ripreso poi in un articolo de Il Venerdì di Repubblica del 10 Marzo che ha descritto - anche attraverso la voce di Rappresentanti AAROI-EMAC - la realtà del Loreto Mare, evitando di puntare il dito in maniera indiscriminata sui tutti i lavoratori dell'Ospedale (<http://www.aaroiemac.it/website/cos-hanno-ammazzato-lacuteospedale-degli-sparati-n1166.html>).

Questo breve excursus, ed in particolare le parole dei nostri Collegi, ci portano a fare alcune considerazioni di carattere più generale che,

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 • emilia-romagna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Dr ANTONIO CORCIONE • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • ufficioesteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo
Anestesista Rianimatore
la rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Anestesiologi e Rianimatori

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il
7 Aprile 2017
Tiratura: 10.800 copie
Spedito il
10 Aprile 2017

QUADRIENNIO 2017-2021 RINNOVO DEGLI ORGANI STATUTARI DELL'AAROI-EMAC

Sono in corso fino al 31 Maggio le Assemblee Elettive Regionali ed Aziendali. Possono partecipare alle votazioni i Soci AAROI-EMAC in regola con il pagamento della quota associativa, senza interruzione, almeno dal mese di Dicembre 2016 compreso sino al momento del voto. I Soci aventi diritto al voto risulteranno in un elenco fornito dalla Segreteria dell'Associazione ai Presidenti in carica delle Sezioni Periferiche.

Si ricorda che nel corso delle:

- Assemblee Elettive Regionali

- 1) SU UNA SCHEDA ELETTORALE COMUNE A TUTTI GLI ISCRITTI DELLA SEZIONE si procederà all'elezione:
 - a) del Presidente Regionale
 - b) dei Revisori dei Conti (tre effettivi e due supplenti iscritti da almeno sei anni)
 - c) dei Componenti il Consiglio di Bilancio (titolare e supplente)
 - d) dei Delegati al Congresso Nazionale secondo il rapporto tra Delegati e Iscritti di ogni Sezione deciso dal Consiglio in carica di ciascuna Sezione (1:100 per la Lombardia, 1:75 per la Puglia, 1:50 per le restanti Sezioni); l'ultimo Delegato in ordine di preferenze ottenute rappresenterà in sede di Assemblea Congressuale Nazionale l'eventuale frazione di voti inferiore al suddetto rapporto.
- 2a) SU SCHEDE ELETTORALI DIVERSIFICATE PER PROVINCIA, RISERVATE AGLI ISCRITTI DELLE SINGOLE PROVINCE NON LIBERI PROFESSIONISTI si procederà all'elezione dei Consiglieri Regionali rappresentanti delle Province della Sezione, nel rispetto del numero precedentemente stabilito dal Consiglio Direttivo della stessa Sezione nel rispetto di quanto statutariamente previsto, al fine di garantire la rappresentatività di tutte le Province in seno al Consiglio Direttivo.
- 2b) SU UNA SCHEDA ELETTORALE RISERVATA SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AI SOCI LIBERI PROFESSIONISTI si procederà all'elezione del Consigliere Regionale Libero Professionista.

- Assemblee Elettive Aziendali

- 1) SU UNA SCHEDA ELETTORALE COMUNE A TUTTI GLI ISCRITTI DELL'AZIENDA RISULTANTI NEI RELATIVI TABULATI si procederà all'elezione del Rappresentante Aziendale Titolare e del/i Rappresentante/i Aziendale/i supplente/i.

Tutte le informazioni e i modelli di Delega sul sito www.aaroiemac.it

I Rappresentanti Aziendali rivestono un ruolo sempre più importante

La comunicazione agli Iscritti delle attività svolte dalla nostra Associazione è fondamentale

Il decentramento aziendale di istituti contrattuali sempre più rilevanti, pur restando obbligatoriamente (almeno sulla carta) nei precisi ambiti stabiliti dai contratti nazionali, comporta, come conseguenza logica ed evidente, la crescente importanza delle Cariche Rappresentative Sindacali Aziendali.

Il Rappresentante AAROI-EMAC Aziendale, pertanto, se da una parte è chiamato a svolgere il proprio ruolo in trattative decentrate che hanno un'importanza fondamentale per la tutela di tutti gli Iscritti alla nostra Associazione nell'Azienda di appartenenza, dall'altra deve anche provvedere, di conseguenza, alla necessità di fornire loro un'informazione sul lavoro svolto in tale ambito il più possibile precoce, precisa, chiara e capillare. Si ritiene pertanto consigliabile che ogni Rappresentante Aziendale della nostra Associazione si organizzi al meglio per la stesura di regolari report almeno bimestrali

riguardo alle attività sindacalmente avviate e/o concluse in tale arco di tempo nell'Azienda di appartenenza, da diffondere via email a tutti gli Iscritti della Azienda rappresentata. Naturalmente, a supporto, ogni Presidente di Sezione Periferica AAROI-EMAC potrà coinvolgere, per le comunicazioni in genere agli Iscritti di propria competenza, i Consiglieri Regionali di rispettivo ambito territoriale. Le elezioni dei Rappresentanti Aziendali in corso d'opera in questo periodo, a tal proposito, costituiscono un'occasione preziosa per coinvolgere vicendevolmente Iscritti e Candidati alle Cariche Aziendali nella consapevolezza dell'importanza delle attività AAROI-EMAC svolte anche a livello periferico locale.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

CENTRO AAROI-EMAC "SimuLearn®": CALENDARIO CORSI SECONDO SEMESTRE 2017

*Le date dei corsi proposti nel secondo semestre 2017 dal Centro AAROI-EMAC "SimuLearn®" di Bologna. Si ricorda che per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile dal prossimo mese di Giugno sul sito www.aaroiemac.it, dove saranno pubblicate tutte le informazioni di riferimento. Tutti i Corsi prevedono la priorità riservata agli Iscritti all'AAROI-EMAC da almeno un anno, e il pagamento di una quota di partecipazione alle spese. Tale quota è diversificata in base alla tipologia dei Corsi e ai loro costi sostenuti dall'AAROI-EMAC, che hanno importi di gran lunga maggiori, come evidente in base al raffronto con analoghi eventi formativi offerti da altri.
Per ulteriori raggugli, e possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425*

Corso Base di Gestione delle aritmie cardiache durante l'intervento chirurgico con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 11 / Giovedì 12 Ottobre

Corso Base di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 2 / Martedì 3 Ottobre

Lunedì 6 / Martedì 7 Novembre

Corso Base di Ecografia In Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 13 / Giovedì 14 Settembre

Lunedì 16 / Martedì 17 Ottobre

Lunedì 20 / Martedì 21 Novembre

Corso Base di Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia

Lunedì 23 / Martedì 24 Ottobre

Lunedì 27 / Martedì 28 Novembre

Lunedì 11 / Martedì 12 Dicembre

Corso Coordinamento Ospedaliero Maxi Emergenza (C.O.M.E.)

Mercoledì 15 / Giovedì 16 Novembre

Corso ACLS-CRM

Lunedì 18 / Martedì 19 Settembre

Lunedì 9 / Martedì 10 Ottobre

Lunedì 13 / Martedì 14 Novembre

Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 11 / Martedì 12 Settembre

Lunedì 4 / Martedì 5 Dicembre

Corso Avanzato di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 13 / Giovedì 14 Dicembre

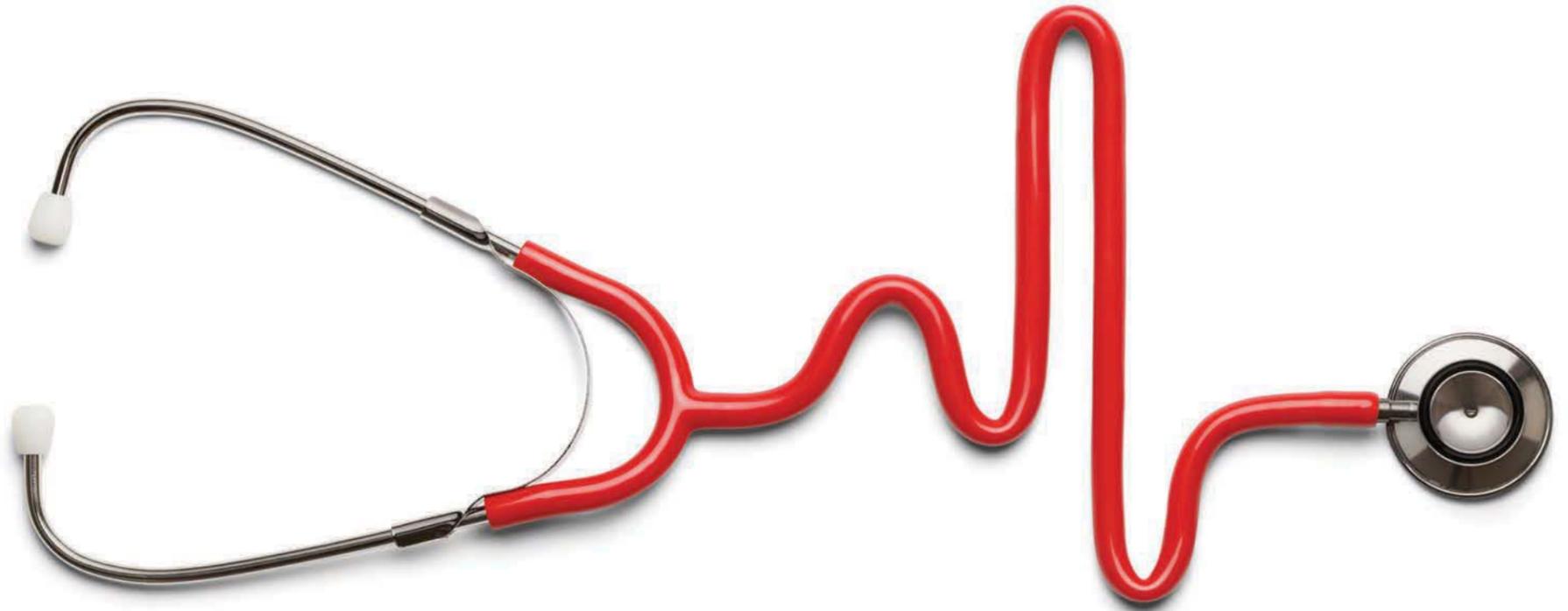
Corso Avanzato di Ecografia nel peri-arresto e nell'arresto cardiocircolatorio con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 8 / Giovedì 9 Novembre

Comunicazione e Umanizzazione in Anestesia, Rianimazione e Medicina del Dolore

Mercoledì 20 / Giovedì 21 Settembre

RIFORMA PA: INTERSINDACALE E COSMED INSORGONO



Attacco alle nostre retribuzioni accessorie

I nostri fondi alle altre Professioni? Ora basta!

E' in atto, da parte del Governo, un tentativo di distrazione di fondi medici a favore del comparto non dirigenziale del SSN: il testo del DLgs Madia sul pubblico impiego è in Parlamento per il parere consultivo prima di essere trasmesso al Consiglio di Stato e divenire definitivo entro il mese di Maggio.

Tra le altre cose, l'art. 23 al comma 2 congela le nostre risorse accessorie al 2016, fino alla firma del CCNL, ed al comma 1 lascia intravedere la possibilità di una distrazione di fondi dalle aree dirigenziali a quelle del comparto:

"1. Al fine di perseguire la progressiva armonizzazione dei trattamenti economici accessori del personale delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, la contrattazione collettiva nazionale, per ogni comparto o area di contrattazione opera, tenuto conto delle risorse di cui al comma 2, la graduale convergenza dei medesimi trattamenti anche mediante la differenziata distribuzione, distintamente per il personale dirigenziale e non dirigenziale, delle risorse finanziarie destinate all'incremento dei fondi per la contrattazione integrativa di ciascuna ammini-

strazione". Il decreto non affronta neanche il problema del precariato medico, visto che la sanatoria proposta non riguarda i dirigenti ma solo il "personale medico tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale" con la possibilità di "concorsi straordinari".

L'Intersindacale della Dirigenza Medica (box in basso) così come la COSMED (box a destra) sono intervenute duramente per segnalare la beffa a danno dei Medici precari, definendo "rapina a mano armata" l'attacco alle risorse accessorie.

Oltre alle parole si stanno preparando anche fatti.

L'Intersindacale sta preparando, infatti, una serie di azioni:

- 1) la richiesta di una modifica del testo, contestualmente ad una richiesta unitaria di audizione presso le competenti Commissioni Parlamentari (la prima si è svolta il 4 Aprile);
- 2) a seguire, in caso di opposizione governativa, un ricorso al TAR per sollevare il problema dell'eccesso di delega;
- 3) una denuncia (dapprima mediatica) del conflitto di interessi del Governo che lucra sui nostri fondi ritardando l'inizio del confronto per il rinnovo contrattuale.

COSMED

Su contratti e precariato non ci siamo: di male in peggio

Il cosiddetto decreto "di riforma della pubblica amministrazione" è una beffa per i Medici e i Dirigenti Sanitari: viene ribadito che la sanatoria non riguarda i dirigenti, viene solo prorogata la possibilità, ma solo per il "personale medico tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale" di "concorsi straordinari" per adeguarsi alla normativa comunitaria sull'orario di lavoro (per la quale peraltro la comunità europea sta valutando la possibilità di riapertura della procedura di infrazione). E' la proroga della legge 208/2015 già dimostratasi largamente insufficiente e in parte inapplicata e inapplicabile per i vincoli finanziari.

Paradossalmente le aziende sanitarie potranno continuare a stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile, non meglio specificati, fino al 31.10.2018.

Non viene nemmeno richiamato il DPCM previsto dalla legge 125/2013 (art.4 commi 6,7,8,9) che prevedeva concorsi riservati estesi a tutta l'area della dirigenza medica e del ruolo sanitario, un provvedimento che ha sortito limitati effetti, ma tuttora valido fino al 31.12.2018.

Per gli oltre 12.000 dirigenti precari della pubblica amministrazione (di cui 9500 medici e sanitari) nulla di buono nessun provvedimento nuovo ma solo una parziale proroga di norme già esistenti e un ulteriore discriminazione rispetto ai restanti comparti del pubblico impiego. Nonostante le rassicurazioni verbali ricevute nell'incontro alla Funzione pubblica del 16 febbraio scorso.

Sul fronte contrattuale si passa dalla beffa alla provocazione: con un articolo fuori delega viene recepito dal governo il reiterato disegno delle Regioni, già architettato senza successo nella legge di bilancio e nel milleproroghe che proroga il blocco dei fondi aziendali fino alla stipula del nuovo contratto. In precedenza il blocco sarebbe scaduto con il varo del testo unico ovvero entro il primo semestre 2017. In pratica le risorse che si libereranno dal salario di quanti andranno in pensione non resteranno nei fondi aziendali per mantenere la massa salariale dei dipendenti rimasti in servizio, ma saranno introitate dalle aziende. Inoltre se vi sarà incremento di personale, la parte accessoria resterà invariata e l'onere delle nuove assunzioni ricadrà per la parte variabile sui dipendenti in servizio. Si tratta della prosecuzione del taglio progressivo degli stipendi già iniziato nel 2010. Incredibili le motivazioni: "assicurare la semplificazione amministrativa, valorizzazione del merito, garantire i livelli di efficienza" per questo il governo procede a tagliare proprio i fondi per il merito, il disagio e la produttività. Un provvedimento assurdo e contraddittorio.

L'entità di questi tagli progressivi dal 2010 è ben superiore agli aumenti contrattuali ipotizzati e rendono praticamente impossibili i rinnovi contrattuali. Chiamano "sperimentazione" la reiterazione della legge Tremonti ma le cavie sono sempre le stesse.

La misura è colma: non consentiremo che la realtà dei fatti venga stravolta dalla propaganda politica, il governo non vuole risolvere i problemi e continua con false promesse, false riforme e tagli veri al servizio pubblico e ai suoi dipendenti.

**ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FVM –
 FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFI-SNR) – FESMED –
 ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI**

"Audace colpo dei soliti noti"

Di seguito il Comunicato Stampa diffuso dall'Intersindacale dei Medici e della Dirigenza Sanitaria.

La rapina a mano armata alle risorse accessorie del CCNL della dirigenza Medica e sanitaria tentata, e sventata dalle organizzazioni sindacali, con il decreto milleproroghe, riuscita con destrezza attraverso il decreto sul pubblico impiego che continua uno scippo in atto da 7 anni. Minando, così, sia il rinnovo del CCNL che la attuazione dell'art.22 del Patto della salute, e mettendo in secondo piano anche il dato positivo del riconoscimento legislativo di una vera area contrattuale per la dirigenza medica e sanitaria del SSN.

In un testo criptico, che comunque non promette niente di buono per i Medici, spicca l'impovertimento della dote contrattuale, alla quale, negli anni di blocco, sono state sottratte, attraverso le leggi e la loro interpretazione di comodo, ingenti risorse per permettere alle Regioni di fare cassa con i sol-

di dei medici e dei dirigenti sanitari dipendenti del SSN. Mentre scarso ed incerto rimane il finanziamento destinato al rinnovo di un CCNL scomparso dall'orizzonte da 8 anni, a dispetto della Corte Costituzionale.

Per di più, si mantengono le norme che tolgono alle organizzazioni sindacali di categoria la possibilità di garantire la sicurezza delle cure e di intervenire a migliorare le condizioni del proprio lavoro, continuando ad omologare nel calderone del pubblico impiego professionalità che operano in servizi ed attività che hanno peculiarità e specificità tali da esigere un adeguato riconoscimento all'interno dei contratti di lavoro, anche in nome della funzione che svolgono a tutela della salute dei cittadini ed a garanzia della esigibilità del loro diritto.

Il Ministro della funzione pubblica si esibisce in un salto mortale quando annuncia trionfante la apertura della stagione contrattuale e, nello stesso tempo, dopo che la legge di bilancio

2017 non ha consentito il recupero, nemmeno parziale, di quanto sottratto in passato, porta via una altra fetta delle risorse necessarie, non senza la premessa d'ufficio di volere valorizzare il merito. Una ricetta stantia cucinata fin dal 2010, nata da una scarsa conoscenza della complessità del mondo sanitario, frutto di un chiaro eccesso di delega, che dimostra quanto le istituzioni per prime abbiano a cuore il rispetto delle leggi.

Dopo il taglio al FSN, ed alla tutela della salute dei cittadini, il taglio delle risorse che valorizzano il lavoro dei professionisti della sanità, oltre a condizionare pesantemente le prospettive di rinnovo del CCNL, non potrà che alimentare la fuga dagli ospedali e la deriva della sanità pubblica.

Facendoci interpreti della rabbia della grande maggioranza dei medici e dirigenti sanitari dipendenti del SSN, facciamo appello alle Commissioni Parlamentari per cancellare l'ennesima norma punitiva.

Nuovi LEA in Gazzetta Ufficiale partoanalgesia diritto inesigibile

L'AAROI-EMAC avverte sull'impossibilità di garantire il Servizio

Nonostante le ripetute azioni portate avanti dall'AAROI-EMAC, la partoanalgesia rientrerebbe - dal 19 Marzo - nei Livelli Essenziali di Assistenza. Sebbene il DPCM pubblicato in Gazzetta Ufficiale lo riporti scritto nero su bianco, l'Associazione è intervenuta avvisando che il Servizio non può essere erogato senza prevedere l'assunzione di Anestesisti Rianimatori. Di seguito il Comunicato Stampa diffuso il 20 Marzo.

«Le dotazioni organiche di Anestesisti Rianimatori negli Ospedali italiani non sono sufficienti per garantire la partoanalgesia in qualità e sicurezza secondo quanto previsto dal DPCM sui Nuovi LEA pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 Marzo. "Giornata storica" è stato detto. Talmente storica - afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC - che la partoanalgesia resterà un diritto fantasma in molti Ospedali. Come nella miglior tradizione della legislazione italiana, i "diritti di carta" sono più importanti di quelli reali».

L'AAROI-EMAC sottolinea senza mezzi termini quanto già manifestato più volte nel corso dell'iter legislativo compiuto dal DPCM, facendo presente che non è mai stato applicato quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni 2010, in base al quale, come ricordato dal DPCM, le Regioni, di concerto con il Ministero della Salute, avrebbero dovuto obbligatoriamente individuare i Punti Nascita ove garantire la Partoanalgesia, oltre che organizzare la razionalizzazione di quelli al di sotto di 500 parti/anno, e rimarcando che in assenza di tale individuazione, e soprattutto in carenza di Medici Anestesisti Rianimatori, laddove non vi sono le risorse necessarie per garantire la Partoanalgesia in sicurezza, il servizio non potrà essere erogato.

«Senza l'adeguamento degli organici delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione - precisa l'Associazione -, è impossibile garantire l'epidurale H24 a tutte le future mamme che vorrebbero partorire senza dolore. Dubbi sulla sostenibilità erano emersi anche nella Nota di Lettura del Servizio Bilancio del Senato attraverso la richiesta di specificare il motivo per il quale le prestazioni per l'analgia epidurale non comporterebbero incrementi di oneri. Domanda più volte posta dall'AAROI-

EMAC al Ministro della Salute e sempre rimasta senza risposta».

L'AAROI-EMAC, infatti, dopo aver inviato più lettere al Ministro Lorenzin, lanciato una petizione online e dopo aver preso atto che le Commissioni parlamentari in corso di Audizione hanno ritenuto di poter far a meno di convocarla, ha predisposto ed inviato nel mese di Novembre alla Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN un documento nel quale si chiarisce ancora una volta quali debbano essere i requisiti minimi affinché un Punto Nascita possa garantire la Partoanalgesia.

«In estrema sintesi, - sottolinea Vergallo - per Punti Nascita realmente sicuri (a maggior ragione se vi si prevede l'analgia del parto) occorre una guardia anestesiológica h24 distinta da quella rianimatoria, che laddove il numero di parti annui è considerevole deve essere "dedicata", cioè comunque aggiuntiva a quella destinata a coprire le urgenze legate alle sale operatorie e ai Pronto Soccorso. Le Sale Parto devono, inoltre, essere adiacenti alle Sale Operatorie destinate ai Parti Cesarei da eseguirsi in Urgenza/Emergenza».

È da terzo mondo pretendere che ancora oggi le urgenze e le emergenze in capo agli Anestesisti Rianimatori, nei Punti Nascita e non solo, siano coperte da personale medico in "pronta disponibilità", obbligato ad accorrere dalla propria casa in ospedale, ad ogni ora della notte, e spesso con condizioni meteorologiche e logistiche rischiose per l'incolumità propria ed altrui, in soccorso di un sistema ospedaliero ridotto ad un colabrodo da amministrazioni che risparmiano sulle risorse umane per aver maggior libertà di spreco su altri fronti di spesa. Prima si adeguino le

LA SALUTE E' IN PERICOLO senza gli Anestesisti Rianimatori



Sicurezza
nei Punti Nascita

Quando la donna ha bisogno, la sicurezza non può attendere! Per l'analgia del parto, per i parti cesarei, nei momenti più critici e nell'emergenza-urgenza, è indispensabile la presenza IMMEDIATA dell'Anestesista Rianimatore. Senza la Guardia H24 dei Medici Anestesisti Rianimatori, i Punti Nascita vanno alla deriva. NOI DICIAMO BASTA!

#AAROIEMACPerLaSicurezza

dotazioni organiche, l'organizzazione del lavoro nelle Sale Parto (oltre che in generale negli Ospedali), nonché le stesse strutture presso le quali sono operanti i Punti Nascita (è indispensabile che possano continuare ad esistere Sale Operatorie distanti diversi piani, e/o diversi corridoi, o addirittura poste in padiglioni diversi, rispetto alle Sale Parto), poi si individuino gli Ospedali dove poter istituire il servizio di Partoanalgesia, ed infine, solo a quel punto si istituisca il servizio; i servizi già istituiti senza tali presupposti vanno ricondotti ai medesimi requisiti.

L'AAROI-EMAC vigilerà affinché le Direzioni Sanitarie non facciano piovere dall'alto decisioni organizzative fantasiose che mettono a rischio non solo i medici, ma anche e soprattutto la salute delle mamme e dei bambini. In caso contrario, non esiterà ad informarne i cittadini».

IO COMUNICO!

Comunicazione e Umanizzazione in Anestesia, Rianimazione e Medicina del Dolore

Due giorni dedicati alla comunicazione a 360°. E' il corso "Comunicazione e Umanizzazione in Anestesia, Rianimazione e Medicina del Dolore - Come costruire ponti per migliorare i risultati e ridurre il contenzioso medico legale" organizzato al Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna il 19 e 20 Giugno.

Lo scopo dell'incontro è di sensibilizzare gli Anestesisti Rianimatori alla comunicazione terapeutica, ovvero ad una comunicazione accurata che diventi essa stessa curante. Grazie a semplici nozioni di ipnosi medica e ai giochi di ruolo, si vuole aprire la strada ad un nuovo modo di operare fatto di attenzioni, di ascolto, di empatia. Il programma è articolato in due giornate, dalle 14 del 19 alle 16,30 del 20 con una speciale "Dinner session on site" dalle 19,30 alle 22,30.

Tutte le informazioni e il form per le iscrizioni sono disponibili sul sito www.aaroiemac.it.

REMINDER

E' online la riedizione dell'Evento EAD "Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente", basato sull'11° Congresso SIARED www.aaroiemac.it

Science & Conscience Corner Rubrica Satirica di Terry Peacock

Emergenze - Direzioni dei Pronto Soccorso off-limits per gli Anestesisti-Rianimatori. La Sivto (Società Italiana Vigili del Traffico Ospedaliero) soddisffatta: "Riconosciuta la nostra particolare abilità nello smistamento telefonico dei pazienti critici".

Trasfigurazioni professionali - Buone notizie in merito ai rapporti tra le professioni sanitarie: il CIDP (Coordinamento Infermieri Dottori e Professori) fa sapere che per i suoi rappresentanti nulla osta a chiamare "colleghi" i Medici. Basta che gli interessati ne facciano semplice richiesta. Al contrario, i Medici renitenti saranno sottoposti d'ufficio a procedimento disciplinare.



Publicazione Dati Patrimoniali dei Medici

L'ANAC prima esclude dall'obbligo i Dirigenti Sanitari poi ci ripensa.

Continua la kafkiana persecuzione governativa delle "ricchezze" dei Medici

stituzionalità e di compatibilità con le norme di diritto comunitario sollevate in ricorso» e «valutata l'irreparabilità del danno patteggiato dai ricorrenti, discendente dalla pubblicazione online, anche temporanea, dei dati per cui è causa, da cui l'esigenza di salvaguardare la res ad hoc integra nelle more della decisione del merito della controversia».

Ma il 08/03/2017 l'ANAC, anche a seguito di una richiesta di chiarimenti - rivelatasi improvvida - avanzata da alcune OO. SS. della Dirigenza Medica (alla quale richiesta l'AAROI-EMAC si era mantenuta estranea, ritenendo invece necessaria - sin dal principio - una mai avvenuta pronuncia del Garante della Privacy, grande assente in questa kafkiana vicenda) ribalta la propria posizione e con una Determinazione emana le proprie "Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016", specificando che i Direttori generali, sanitari e amministrativi, nonché i Responsabili di dipartimento, di struttura semplice e di struttura complessa sono tenuti all'obbligo di comunicare i propri compensi e le altre informazioni contenute all'art. 14. Nel documento ANAC si legge infatti, al proposito della Dirigenza Sanitaria: "Per gli obblighi di pubblicazione da applicarsi ai dirigenti del servizio sanitario nazionale occorre avere riguardo alle disposizioni contenute nell'art. 41 del d.lgs. 33/2013 («Trasparenza del servizio sanitario nazionale»). In particolare, per l'individuazione dei soggetti destinatari degli obblighi, si precisa che con la locuzione "dirigenza sanitaria" introdotta nel co. 3 di detto articolo, devono intendersi i dirigenti del SSN, sia del ruolo sanitario che di altri ruoli, che ricoprono esclusivamente le posizioni specificate al co. 2, dell'art. 41, ovvero direttore generale, direttore sanitario, direttore am-

ministrativo, responsabili di dipartimento e di strutture semplici e complesse».

Con la suddetta Determinazione del 08/03/2017 l'ANAC si sostituisce dunque al Legislatore, che "coraggiosamente" la manda avanti, non avendo avuto la coerenza politica di adempiere alle sollecitazioni della stessa Autorità Nazionale Anti-Corruzione, che nella sua Delibera 1388 del 14 Dicembre 2016 si limitava a sollecitare "Governo e Parlamento a modificare la normativa vigente" al fine di poter esporre a pubblica gogna i dati patrimoniali dei Medici. Un vero e proprio "gioco di ruolo" che però non ha potuto far altro che incassare un risultato a metà (per ora...); così dispone infatti l'ANAC: "in considerazione dell'enumerazione dei soggetti tenuti agli obblighi di pubblicazione e della peculiarità della dirigenza sanitaria nell'ambito delle pubbliche amministrazioni, sono da ritenersi esclusi dagli obblighi di trasparenza previsti all'art. 14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono le posizioni indicate all'art. 41, co. 2.". Traducendo dal burocratese, da tali obblighi restano dunque esclusi i Medici che non sono Direttori di Dipartimento, Direttori di Unità Operative Complesse o Responsabili di Strutture Semplici.

L'AAROI-EMAC ha inviato puntuale informativa a tutti i suoi Iscritti via email, contenente gli ultimi aggiornamenti sulla penosa vicenda, ed ha provveduto ad inviare, il 10 Aprile scorso, una diffida a tutte le Amministrazioni degli Enti Pubblici del SSN invitandole ad astenersi dal dare qualsiasi incongrua applicazione alla Determinazione ANAC n. 241 del 08/03/2017.

Di più, al momento, in un Paese nel quale alcune categorie di Cittadini (in particolare i Medici Ospedalieri) sono "meno uguali" di altre (si pensi a tutte le altre categorie professionali e istituzionali - parimenti remunerate dalle Pubbliche Casse - che restano immuni dal doversi assoggettare agli obblighi in questione), non ci è possibile fare.

«La norma non prevede per i Dirigenti Sanitari l'obbligo di fornire i dati riguardanti la situazione patrimoniale». Questa sembrava la decisione definitiva dell'ANAC rispetto all'obbligo per i Dirigenti Pubblici di comunicare i Dati Patrimoniali. Era il 14 Dicembre 2016 e con Delibera 1388, pubblicata solo il 2 Febbraio 2017 a firma del Presidente Raffaele Cantone, l'ANAC precisava che l'obbligo non sussisteva per la Dirigenza Sanitaria (nemmeno per i Direttori Generali), in quanto esso, ai sensi delle disposizioni del nuovo articolo 14, comma 1-bis, del d.lgs. 14 marzo 2013, "non riguardava" la dirigenza sanitaria (nella quale, con un'arrogante ignoranza a cui i nostri governanti ci hanno purtroppo abituati, venivano annoverati (!) anche i direttori Generali degli Enti Sanitari).

Il 02 Marzo 2017, oltretutto, il TAR del Lazio accoglieva il ricorso di alcuni funzionari dipendenti del Garante per la protezione dei dati personali, i quali si opponevano alla pubblicazione dei loro dati reddituali ai sensi delle disposizioni del nuovo articolo 14, comma 1-bis, del d.lgs. 14 marzo 2013, e tramite l'ordinanza 1030/2017, per i ricorrenti, la sospendeva; nello specifico, il Tribunale Amministrativo Regionale aveva ritenuto sussistenti i presupposti per la concessione della richiesta cautelare rilevando, in particolare, «la consistenza delle questioni di co-

Leonardo e AAROI-EMAC: firmato l'Accordo di collaborazione nell'Elisoccorso

La competenza degli Anestesisti Rianimatori e la tecnologia di Leonardo per un più efficace svolgimento delle missioni di emergenza sanitaria



Daniele Romiti, Capo della Divisione elicotteri di Leonardo e Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC, al momento della firma dell'Accordo

È stato firmato recentemente a Vergiate (VA), un Accordo di collaborazione tra Leonardo, la principale azienda industriale italiana e tra i leader mondiali in campo elicotteristico, e l'AAROI-EMAC, Associazione che rappresenta oltre 10.000 Medici Anestesisti Rianimatori e dell'Emergenza-Area Critica, e che ha tra i suoi obiettivi l'implementazione scientifica, tecnica ed organizzativa nei delicati e fondamentali settori sanitari in cui lavorano i propri iscritti.

L'intesa, che non ha alcuno scopo di lucro per le Parti coinvolte, nasce al fine di sviluppare sinergie per sempre più elevati livelli di capacità operativa e di sicurezza per il personale del soccorso sanitario impiegato su elicotteri, da sempre in tutto il mondo punta di diamante dell'intero Sistema di Emergenza-Urgenza.

Gli Anestesisti Rianimatori e i loro colleghi di Emergenza e di Area Critica che svolgono servizio di elisoccorso potranno dare il loro prezioso e disinteressato contributo affinché, sulla scorta delle loro specifiche competenze ed esperienze professionali, Leonardo possa apportare costanti miglioramenti tecnici ai mezzi HEMS (Helicopter Emergency Medical Service – Elisoccorso) dell'Azienda, mantenendoli sempre aggiornati.

Le indicazioni fornite dagli esperti dell'AAROI-EMAC sull'evoluzione delle tecniche e delle procedure sanitarie nell'elisoccorso, da cui derivano anche le reali esigenze di formazione e aggiornamento del personale sanitario coinvolto in questo servizio, consentiranno di studiare congiuntamente gli standard per soddisfarle, affinché questa delicata e importante missione sia sem-

pre più qualificata: parte integrante dell'accordo, infatti, è anche un progetto di sviluppo di un centro di addestramento a ciò dedicato.

Per il 2017, l'intesa tra Leonardo e l'AAROI-EMAC, che avrà durata quinquennale rinnovabile, prevede anche l'organizzazione di corsi per "Personale Sanitario esperto in Elisoccorso", in vista di una certificazione uniforme su tutto il territorio nazionale, attualmente non esistente, oltre che – anche attraverso l'Osservatorio per la Ricerca, la Formazione e l'Aggiornamento del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® –, studi sull'organizzazione, la sicurezza e le specificità di intervento dell'Elisoccorso in Italia.

Ma le sinergie concordate tra Leonardo e l'AAROI-EMAC prevedono anche la proposta di vere e proprie Linee Guida inerenti il lavoro in Elisoccorso, partendo da un'analisi dell'attuale organizzazione del servizio nel nostro Paese, orientato ad ottimizzarlo tenendo conto, per esempio, dello sviluppo della navigazione a guida satellitare e della possibilità di volare anche in presenza di ghiaccio, capacità che già contraddistinguono gli elicotteri di nuova generazione prodotti da Leonardo e già scelti da operatori HEMS e SAR (Search and Rescue – Ricerca e Soccorso) in tutto il mondo, a testimonianza dell'elevato grado di innovazione tecnologica messa a disposizione del settore sanitario e di emergenza dall'Azienda.

Tutto questo potrà essere utile anche per contribuire alla pubblicazione, con dati scientificamente validati e su scala ancor più ampia, di protocolli dedicati all'intero settore del soccorso e del trasporto sanitario d'urgenza, che il progressivo sviluppo

dell'organizzazione ospedaliera secondo modelli di tipo Hub-Spoke (modello a reti cliniche integrate) rende già oggi indispensabile riformare. Ottenuta la definizione di uno standard nazionale, Leonardo e AAROI-EMAC potranno successivamente presentarla a livello internazionale, in particolare in Europa, facendo tesoro della grande esperienza e della varietà di condizioni ed esigenze operative che caratterizzano l'elisoccorso in Italia, contribuendo alla eventuale definizione di uno standard europeo e divenendo un modello per quei Paesi interessati a sviluppare un proprio servizio di elisoccorso. L'Accordo di collaborazione firmato oggi fa seguito a quello tra Leonardo e il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS) annunciato nel dicembre 2016, e conferma l'impegno dell'Azienda nel settore delle emergenze con una flotta di oltre 600 elicotteri dedicati a compiti di soccorso in più di 50 Paesi nel mondo.

"Da molti anni l'AAROI-EMAC svolge un'importante attività di formazione e aggiornamento professionale basata anche sulla simulazione avanzata, che ha consentito a centinaia di Medici di partecipare a corsi all'avanguardia sia per le metodiche di insegnamento sia per la tipologia dei temi trattati – spiega il Prof. Franco Marinangeli, Direttore scientifico del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® –. La collaborazione con Leonardo consente di aggiungere un altro tassello alle nostre iniziative formative e di offrire la competenza degli Istruttori del Centro in un settore di primaria importanza come quello dell'elisoccorso".

"I medici dell'elisoccorso sono nella quasi totalità Anestesisti Rianimatori, – afferma il Dr Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC –, dato che per acquisire la professionalità e le competenze necessarie per lavorare in quest'ambito occorre possedere una formazione universitaria e ospedaliera specifica e peculiare, oltre che un'esperienza quotidiana altrettanto insostituibile sui pazienti più critici, che nessuno può fingere di poter vicariare ricorrendo a cortocircuiti trans-specialistici, cavalcando spinte economiche o tentativi di deregulation professionale. Questo Accordo rappresenta, quindi, un'occasione importante per mantenere il Sistema Sanitario di Emergenza-Urgenza del nostro Paese, ed in particolare l'elisoccorso, sia nell'attualità di oggi sia in prospettiva, adeguato alle esigenze reali e concrete della popolazione".

Daniele Romiti, Capo della Divisione elicotteri di Leonardo, ha dichiarato *"La domanda crescente in Italia e nel mondo per un sempre più efficiente, rapido e versatile impiego degli strumenti di soccorso, in aiuto di singole vite e intere popolazioni e territori in condizioni di emergenza, dimostra quanto l'elicottero sia un mezzo unico e insostituibile per garantire il pieno soddisfacimento di tali requisiti e aspettative. Siamo convinti che sinergie come quella nata oggi attraverso questo accordo forniscano un contributo fondamentale alla valorizzazione di capacità e risorse, proprio perché industria e istituzioni di settore sono chiamate ad operare e rispondere insieme sul campo al meglio delle possibilità offerte dalle rispettive professionalità e competenze. Siamo pronti a lavorare insieme, presto, verso il conseguimento dei primi importanti risultati della cooperazione".*



RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Passi in avanti ma senza "squilli di tromba"

L'intervento dell'Associazione sui media: "una voce fuori dal coro"

In seguito dell'approvazione definitiva, il 28 Febbraio 2017, del DDL Gelli - "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 17 Marzo)-, l'Associazione è intervenuta con un Comunicato Stampa controcorrente rispetto alle tante dichiarazioni di entusiasmo diffuse dopo il voto finale della Camera. Di seguito il testo:

L'AAROI-EMAC non accoglie con "squilli di tromba" l'approvazione definitiva della "Legge Gelli" sulla Responsabilità Professionale e sulla Sicurezza delle cure. A fronte di alcuni passi in avanti, permangono, secondo l'Associazione, criticità ed ambiguità che potrebbero ancora una volta penalizzare il personale sanitario e non tutelarlo dal rischio della denuncia "selvaggia".

"Nel provvedimento sono del tutto assenti norme finalizzate a prevenire e scoraggiare le richieste di risarcimento pretestuose e/o infondate - spiega Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC -. Sebbene si trattasse di un tema di primaria importanza, non è stato preso in considerazione dal DDL approvato.

Permane, inoltre, l'ambiguità del richiamo alle Linee Guida, che non elimina il rischio di condizionamento da interessi non puramente scientifici, in certi casi già verificatisi, costituiti - ad esempio - da tentativi di annullare autoreferenzialmente i confini tra professioni sanitarie e tra discipline specialistiche mediche, con tutte le incognite derivanti dalle eventuali future "specializzazioni" non mediche. Senza sottovalutare il ri-

schio che possano nascere in modo incontrollato "Linee Guida" sconfinanti in ambiti organizzativi del lavoro, influenzate dai criteri economicistici che ormai imperano in ogni ambito del nostro SSN.

Allo stesso tempo - sottolinea Vergallo - non vengono sciolti i nodi relativi ai casi di punibilità penale, rinviandone l'applicabilità all'onere, che permangono, di provare di aver operato nel rispetto delle Linee Guida e Raccomandazioni e che le stesse siano adeguate al caso concreto. Il provvedimento non esclude inoltre il rischio per l'operatore sanitario di essere coinvolto direttamente in un'azione di risarcimento.



Si tratta soltanto di alcune perplessità - conclude il Presidente Nazionale AAROI-EMAC - che insieme a non poche altre ci impediscono di cantare vittoria. Al momento, non possiamo che accogliere l'approvazione del provvedimento con grande cautela anche in vista dei Decreti che dovranno essere approvati, e su cui speriamo non ci venga impedito di vigilare."

Che cosa cambia con la nuova Legge

Il commento di Claudio Testuzza dopo la definitiva approvazione del DDL



Con la definitiva approvazione della riforma della responsabilità sanitaria sembra essere stato raggiunto, dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, prodotto con la legge Balduzzi, l'obiettivo di normare la materia.

Il Parlamento si era dato l'impegno di dare una risposta complessiva al tema della responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti. Il fine era quello di rispondere, principalmente, a due problematiche quali la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Ma, anche e soprattutto la ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra di garantire ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

La sicurezza nell'ambito dei sistemi sanitari è stata da sempre una criticità posta al centro dell'attenzione dei professionisti della salute, soprattutto dei medici, ma anche da altre figure professionali, più direttamente coinvolti nel rapporto con le persone affidate alle loro cure.

E' innegabile che con questa legge, almeno sulla carta, i medici, rispetto al passato, abbiano raggiunto alcuni importanti obiettivi. Ma è comunque da sottolineare, anche rispettando la grande dedizione che diverse forze politiche e sindacali hanno dimostrato nella sua compilazione, che la applicazione non sarà facile e scontata e che per i medici, ma anche per gli avvocati ed i giudici, non sarà la passeggiata che taluni credono. Infatti è da sottolineare che l'articolo contiene accanto ad una serie di novità di rilievo, alcune indicazioni che dovranno essere rese operative con l'emanazione dei provvedimenti attuativi. Per non dire che molto dovrà essere affinato dalle interpretazioni che la magistratura potrà essere chiamata a dare sulle non poche criticità che ogni legge di rivisitazione di un preesistente impianto normativo porta con sé.

E' soprattutto questa una condizione prevedibile per il fatto, peraltro particolarmente importante, che, con la nuova disciplina della responsabilità dell'operatore sanitario, non solo del medico ma di tutti i soggetti professionali che gravitano attorno al mondo della sanità, la legge ha posto, innanzitutto, un esimente da imputazione di imperizia ogni volta il sanitario avrà rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida ovvero, in assenza di queste, dalle «buone pratiche clinico-assistenziali» così come previsto con l'introduzione del nuovo articolo 590-sexies del Codice penale. L'impiego delle linee guida rappresenta, oggi, un aspetto centrale nell'evoluzione attuale della medicina basata sull'evidenza scientifica ed altresì nel modo di valutare la responsabilità professionale degli operatori sanitari. Tuttavia l'eventuale rigida applicazione di "protocolli" o linee guida può nascondere, a seconda dell'approccio che hanno

generato, talvolta, questi strumenti, ulteriori insidie sia per il medico, che potrebbe essere portato ad utilizzarle in modo pedissequo al fine di giustificare la sua condotta per timore di conseguenze legali, sia per il malato, che, per ragioni anche di adeguatezza economica o altro, potrebbe vedersi negare determinati trattamenti ovvero indirizzare a particolari terapie. A riguardo, con decreto del ministro della Salute, previa intesa con la conferenza Stato Regioni, viene istituito l'osservatorio nazionale delle buone pratiche presso l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Sulla base dei dati ricevuti, l'osservatorio individuerà le misure idonee per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario.

Quanto invece alla responsabilità civile, la legge detta un doppio binario, distinguendo tra responsabilità della struttura sanitaria, sempre di tipo contrattuale, e responsabilità dell'operatore sanitario, dipendente o meno, sempre di natura extracontrattuale, salvo quando lo stesso abbia agito assumendo un espresso impegno contrattuale ovvero di risultato. La distinzione, da tempo e da più parti richiesta, è particolarmente importante perché la responsabilità extracontrattuale porta sempre ad una maggior tutela giudiziale a favore del sanitario, sia sul piano dell'onere della prova che graverà sul paziente danneggiato, sia sul piano della prescrizione quinquennale in luogo di quella decennale alla quale resta esposta l'azienda. Le strutture sanitarie pubbliche o private rispondono per responsabilità civile delle condotte dolose o colpose del personale sanitario, anche se è stato scelto dal paziente. Questo vale anche per le prestazioni di libera professione intramuraria negli ospedali e nell'ambito delle attività di sperimentazione e ricerca clinica.

Prima di intentare causa civile l'articolo 8 della legge pone una doppia e alternativa condizione di procedibilità dell'azione che la vittima di errore dovrà assolvere prima del giudizio, imponendo l'esperimento di un ricorso per accertamento tecnico preventivo a fini conciliativi (Atp), ovvero di una procedura di mediazione.

Anche a tal fine sono previste disposizioni sui consulenti tecnici e periti di ufficio nonché sulla tenuta degli albi dei consulenti tecnici e di quelli dei periti, con riferimento agli esperti nei settori sanitari, disponendo che nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria l'autorità giudiziaria affidi l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia ad un medico specializzato in medicina legale e ad uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento. Avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi dei consulenti tecnici e di quelli dei periti, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

Nuovo è il regime che con-

diziona le rivalse che le strutture sanitarie, l'assicuratore che abbia pagato il danno e la stessa Corte dei conti per il danno erariale, potranno proporre contro gli operatori sanitari dipendenti o strutturati. Tale azione infatti potrà essere promossa solo dopo che sia stato pagato il risarcimento (per sentenza o per transazione) ed entro un anno dal versamento della somma dovuta o concordata. In ogni caso la condanna del sanitario non potrà mai superare le tre annualità lorde di reddito percepito nel periodo più prossimo al momento del sinistro. L'azione di rivalsa verso il medico o chi esercita la professione sanitaria potrà essere esercitata solo se c'è dolo o colpa grave. Tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie dovranno avere copertura assicurativa o simili misure per la responsabilità civile verso terzi e per i prestatori d'opera, anche per danni commessi a qualunque titolo, operante presso le suddette strutture, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica.

La legge demanda a un decreto attuativo l'indicazione dei contenuti minimi obbligatori che le future polizze contratte da strutture e sanitari dovranno avere, con l'indicazione delle classi di rischio, dei massimali e delle altre condizioni generali di operatività (durata, oggetto assicurato, franchigie e altro), normalmente rimessi alla libera trattativa tra contraenti.

Si dispone, tuttavia, che la garanzia assicurativa dovrà prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei 10 anni antecedenti alla conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza.

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i 10 anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura efficace della polizza incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Viene, inoltre, istituito, presso lo stato di previsione del Ministero della salute, un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 1 Marzo 2017



PUNTI CHIAVE

- L'analgisia epidurale:
- può dare un'analgisia ottimale dopo chirurgia addominale;
 - contribuisce positivamente al recupero facilitando la mobilitazione e la ripresa della funzione intestinale;
 - può ridurre le complicanze polmonari, cardiovascolari, tromboemboliche e gastrointestinali dopo chirurgia addominale;
- Lo studio NAP3 ha fornito una valutazione più accurata dei rischi perioperatori dell'analgisia epidurale.
- Tecniche di anestesia locale alternative possono essere utili come parte di un'analgisia multimodale nei pazienti in cui l'analgisia epidurale non è ritenuta appropriata o nei casi in cui non è possibile realizzare l'analgisia epidurale.

Qual è il ruolo dell'analgisia epidurale nella chirurgia addominale?

Molti dei vantaggi di un'analgisia epidurale efficace per la chirurgia addominale aperta sono ben noti. Un'analgisia epidurale ben condotta può fornire un controllo del dolore eccellente nel postoperatorio permettendo al paziente di non avere dolore a riposo e quando si muove. Inoltre il blocco epidurale può ridurre la risposta acuta allo stress chirurgico. Di conseguenza insieme con i vantaggi dell'analgisia si corrono meno rischi di complicanze cardiache, respiratorie e gastrointestinali. Tuttavia l'aumento dell'uso delle tecniche laparoscopiche per molti interventi di chirurgia addominale causa un dolore meno intenso e recupero più rapido rispetto alla chirurgia laparotomica.

Attualmente abbiamo una conoscenza più precisa dei possibili rischi dell'analgisia epidurale. Sono state descritte diverse tecniche d'analgisia utilizzando gli anestetici locali. In conformità a questi progressi si discute se è ancora tempo e se c'è spazio per l'analgisia epidurale in chirurgia addominale con l'epidurale toracica.

Nella continua ricerca dei vantaggi dell'applicazione dell'analgisia epidurale forse il più ovvio, ma spesso il vantaggio più trascurato è l'analgisia (tabella 1). I pazienti che ricevono un'analgisia epidurale efficace possono ottenere un'eccellente e talvolta completa analgesia dopo l'intervento con l'infusione epidurale. I pazienti riferiscono un basso

I pazienti nel postoperatorio presentano un rischio elevato di malattie tromboemboliche. Questo è dovuto alla combinazione dell'immobilità perioperatoria, alle condizioni chirurgiche come neoplasie, alla malattia infiammatoria intestinale e all'ipercoagulabilità per l'attivazione della risposta allo stress. La risposta catabolica determina iperglicemia, bilancio azotato postoperatorio negativo e affaticamento. I pazienti peraltro sono immunocompromessi con conseguente rischio d'infezione postoperatorie aumentato.

Il blocco delle afferenze nervose dalla sede chirurgica con l'analgisia epidurale ha il vantaggio di ridurre la componente neuroendocrina della risposta allo stress chirurgico, con la possibilità di ridurre le complicanze respiratorie, tromboemboliche e cardiovascolari dopo chirurgia maggiore. L'effetto positivo di un'analgisia epidurale efficace sulla funzione respiratoria è ben noto. L'evidenza per una riduzione delle complicanze tromboemboliche deriva soprattutto dalla letteratura ortopedica; gli studi in chirurgia addominale hanno evidenziato solamente una tendenza non significativa verso una riduzione delle complicanze tromboemboliche; la mobilitazione attiva non ha evidenziato alcun vantaggio. Analogamente gli studi che hanno valutato le complicanze cardiovascolari dopo chirurgia addominale suggeriscono un miglioramento della morbilità. Uno studio retrospettivo recente sulle valutazioni di un sottogruppo di pazienti con analgesia epidurale, compreso nello studio POISE ha suggerito un aumento delle complicanze cardiovascolari nel gruppo con epidurale toracica. In questo gruppo è stata rilevata la comparsa di un'ipotensione importante che potrebbe essere la causa di ciò.

Poiché uno degli scopi nella gestione dei pazienti con analgesia epidurale è di evitare l'ipotensione e poiché non sono stati riferiti dettagli specifici del blocco epidurale eseguito, compresa l'estensione del blocco e i farmaci usati, l'importanza di questi dati resta dubbia.

La riduzione delle afferenze neuroormonali alla risposta allo stress postoperatorio con l'analgisia epidurale può migliorare il bilancio azotato, l'affaticamento e la morbilità postoperatoria. Mantenere la normoglicemia ed evitare l'immunodepressione contribuisce a ridurre le complicanze infettive.

La chirurgia addominale con la manipolazione dell'intestino predispone il paziente alla comparsa

Tabella 1 - Vantaggi dimostrati dell'analgisia epidurale (livello di evidenza)

- Ottima analgesia a riposo e in movimento (livello I);
- Ridotte complicanze polmonari/miglioramento della funzionalità respiratoria (livello I)
- Ridotte complicanze tromboemboliche (livello evidenza I)
- Minori complicanze cardiovascolari (livello I)
- Ridotta incidenza d'ileo paralitico (livello I)
- Ridotta richiesta di altri analgesici (come oppioidi per via sistemica, FANS) (livello I)
- Ridotta risposta allo stress chirurgico (livello I)
- Ridotto bilancio azotato negativo e affaticamento (livello II)

punteggio del dolore con la scala analogica visiva a riposo e in movimento, particolarmente utile per una precoce mobilitazione del paziente. I pochi studi che hanno valutato la percezione dell'analgisia epidurale postoperatoria del paziente hanno evidenziato l'elevato livello di soddisfazione e la qualità del recupero postoperatorio. La presenza di un catetere epidurale a permanenza permette sia l'infusione continua sia delle dosi bolo o più frequentemente una combinazione delle due modalità, permettendo il mantenimento dell'analgisia per diversi giorni modulata sulle richieste del paziente.

Dopo il danno tissutale chirurgico, il nostro corpo risponde attraverso complesse modificazioni neuroumorale con lo scopo di sopravvivere al danno acuto e di riparare il danno dei tessuti (fig. 1). Tuttavia nel postoperatorio alcune componenti della risposta allo stress possono essere dannose e contribuire alle complicanze postoperatorie.

Questo può avere una maggiore importanza nei pazienti anziani o in quelli con un maggior numero di comorbidità.

L'iperincretazione di catecolamina può causare un aumento del lavoro del cuore e conseguentemente del fabbisogno di ossigeno del miocardio.

Un mancato apporto delle richieste di ossigeno nei pazienti con coronaropatie può causare ischemia miocardica, infarto, aritmie o insufficienza cardiaca.

della spiacevole e potenzialmente pericolosa complicanza dell'ileo paralitico. La manipolazione chirurgica, l'eccessiva somministrazione endovenosa di liquidi causa edema intestinale, aumenta il tono simpatico e la somministrazione sistemica di oppioidi può contribuire all'ipomobilità dell'intestino e dell'ileo.

Si è visto che nella chirurgia aperta dell'addome l'uso dell'epidurale toracica è uno strumento efficace nella riduzione dell'incidenza e della durata dell'ileo postoperatorio.

Questo è dovuto sia al blocco simpatico pro-

le Pagine

Qual è il ruolo dell'analgisia epidurale nella chirurgia addominale?

Da: Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain Medicine

dotto dagli anestetici locali per via epidurale, sia alla possibilità di evitare la somministrazione di oppioidi per via sistemica. Al contrario si sospetta che l'ipotensione determinata dall'epidurale e/o dall'uso di vasopressori per controllarla possano compromettere la tenuta dell'anastomosi dopo una resezione gastrointestinale. Tuttavia è rassicurante il fatto che non siano disponibili studi che mettono in relazione l'analgisia epidurale e la tenuta delle anastomosi.

Numerosi studi hanno dimostrato una ridotta frequenza di rottura delle anastomosi dopo resezione intestinale nei pazienti con epidurale toracica. La comparsa di edema dell'intestino può essere peraltro una causa di rottura dell'anastomosi e di perdita. È indispensabile che i singoli centri programmino un efficace controllo dell'ipotensione causata dall'epidurale e che non somministrino un'eccessiva quantità di liquidi, superiore a quella necessaria per un riempimento vascolare ottimale.

PROGRAMMA DI RECUPERO MULTIMODALE

È sempre più evidente che nel recupero dopo chirurgia maggiore è indispensabile un'analgisia efficace, una mobilitazione precoce e una rapida ripresa della funzione gastrointestinale. Queste componenti del recupero sono legate in modo inestricabile e se vogliamo ottenere il massimo vantaggio per i nostri pazienti da un'analgisia efficace occorre che queste componenti siano prese in considerazione e realizzate. È chiaro da ciò che se una buona analgesia favorisce la ripresa, gli effetti secondari dell'analgisia potenzialmente la possono ostacolare.

Queste possono comprendere una mobilitazione limitata per la presenza di pompe e sistemi di monitoraggio della tecnica d'analgisia che rappresenta un problema particolare nei pazienti con analgesia epidurale. Un crescente numero di studi conferma i vantaggi di un programma di recupero multimodale compreso l'uso dell'analgisia epidurale per la chirurgia addominale con il miglioramento della qualità del recupero, una riduzione della degenza ospedaliera e delle complicanze postoperatorie.

DOLORE CRONICO POSTOPERATORIO

Il dolore cronico postoperatorio (CPSP) attualmente è riconosciuto come un problema importante. Recenti ricerche indicano che il dolore acuto postoperatorio e il CPSP non sono entità separate, ma piuttosto sono una continuazione dello

stesso fenomeno. Un dolore postoperatorio intenso è un fattore di rischio riconosciuto per la comparsa del CPSP nei soggetti suscettibili. Stimoli nocicettivi ripetuti nella fase acuta postoperatoria determinano una sensibilizzazione periferica e centrale e negli stessi pazienti questo sembra persistere oltre l'episodio di dolore acuto.

Bloccando gli stimoli afferenti nocicettivi si ritiene che il dolore e la sensibilizzazione possano essere ridotti determinando una riduzione dell'incidenza e della gravità del CPSP. Analogamente è noto che più del 10% dei pazienti possono presentare un dolore neuropatico acuto postoperatorio.

Il mancato riconoscimento e il trattamento può essere un fattore che contribuisce alla comparsa di CPSP.

Numerosi studi hanno affrontato questa problematica sia per individuare quali pazienti sono a rischio e se una strategia di trattamento del dolore può ridurre l'incidenza.

Il peso socio-economico del dolore cronico è enorme, con i pazienti che hanno una condizione di vita scadente mentre soffrono di una condizione difficile da trattare.

Ridurre al minimo i fattori di rischio per la comparsa del CPSP deve essere una priorità clinica da prendere in considerazione quando si programma l'anestesia e l'analgisia. Mentre molti dei fattori di rischio sono inevitabili come l'età, la genetica, le componenti psicosociali, altri come il tipo d'intervento, l'anestesia e l'analgisia perioperatoria sono modificabili. A oggi ci sono poche pubblicazioni che evidenziano l'efficacia di una buona analgesia perioperatoria nella riduzione del CPSP. Tuttavia uno studio caso-controllo pubblicato recentemente relativo a più di 100 pazienti ha dimostrato la riduzione del dolore cronico postoperatorio dopo chirurgia addominale nei pazienti trattati con l'analgisia epidurale. In futuro se i pazienti ad alto rischio per CPSP potranno essere identificati, questi potranno beneficiare dalla qualità dell'analgisia ottenuta con un'analgisia epidurale efficace.

DISFUNZIONI COGNITIVE POSTOPERATORIE E DELIRIO

Con un incremento della popolazione anziana sottoposta alla chirurgia maggiore il rischio della comparsa di alterazioni funzionali cognitive postoperatorie (POCD) è sempre più importante. La POCD si accompagna a un aumento della durata della degenza, deficit cognitivi persistenti, aumento della dipendenza fisica e dei ricoveri in case di riposo. Dal confronto dell'impatto dell'anestesia generale e dell'anestesia regionale sull'incidenza delle alterazioni delle funzioni cognitive si evidenzia che i pazienti sottoposti ad anestesia generale vanno incontro con maggiore probabilità a POCD. Recenti ricerche sul monitoraggio della profondità dell'anestesia evidenziano che il rischio di POCD si può ridurre riducendo l'esposizione agli anestetici generali. Dove l'anestesia generale resta indispensabile, per esempio nella chirurgia addominale, uno dei vantaggi dell'anestesia e analgesia epidurale usata durante l'intervento è di ridurre la profondità dell'anestesia generale e una tecnica combinata può avere un effetto benefico nel ridurre la POCD e il delirio.

PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEOPLASTICHE

È noto che i farmaci anestetici e analgesici hanno un effetto immunomodulatore. Indubbiamente



Figura 1 - Componenti della risposta allo stress chirurgico

Linee Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Analgesia epidurale e addominale?

Critical Care & Pain j Volume 14 Number 5, 2014

mente è importante che nell'ambito di diverse chirurgie neoplastiche sia stato studiato il loro effetto per facilitare la scelta migliore per l'anestesia e l'analgesia perioperatoria. Diversi studi retrospettivi hanno ipotizzato un miglioramento nella sopravvivenza quando è stata utilizzata l'anestesia e l'analgesia epidurale. S'ipotizza che la ridotta risposta allo stress che si ha con l'anestesia regionale determina una minore immuno-compromissione postoperatoria con conseguente minore diffusione delle micro-metastasi nel momento dell'intervento.

In alternativa il vantaggio è dovuto al mancato uso di oppioidi per via sistemica poiché è ben noto che la morfina e gli altri oppioidi inibiscono in vitro l'attività delle cellule natural killer e altre funzioni immunitarie cellulomediata e che potrebbero avere un analogo effetto in vivo nel favorire la diffusione delle cellule metastatiche. Sono in corso studi prospettici per stabilire se l'uso di tecniche di anestesia regionale riduce il rischio di recidive neoplastiche. I risultati di questi studi possono avere importanti implicazioni nella scelta dell'analgesia postoperatoria.

COMPLICANZE E SVANTAGGI DELL'ANALGESIA EPIDURALE

Tuttavia l'analgesia epidurale non è priva di rischi. Nel 2009 il Collegio degli Anestesiologi Inglese ha pubblicato i risultati sulle maggiori complicanze dei blocchi centrali nel Regno Unito. In numero dei blocchi centrali eseguiti ogni anno nel Regno Unito (esclusi quelli ostetrici) è di 707.000 di cui circa 98.000 sono blocchi epidurali eseguiti per l'analgesia postoperatoria negli adulti e il trattamento del dolore acuto per patologie come fratture di femore e pancreatiti acute.

In quest'ambito sono state rilevate circa 84 complicanze gravi da blocco centrale.

I blocchi centrali perioperatori compresi l'epidurale hanno rappresentato più dell'80% delle complicanze totali.

Le complicanze gravi come deficit neurologico permanente o morte potrebbero non sempre essere direttamente attribuibili alla tecnica neurassiale; pertanto considerando i casi dubbi con una valutazione pessimistica come attribuibili ai blocchi centrali, la frequenza delle complicanze è stata di 1 caso ogni 5.800 pazienti; invece in una considerazione ottimistica cioè considerando i casi dubbi non attribuibili al blocco centrale, la frequenza delle complicanze maggiori è stata di 1 caso ogni 12.200 pazienti.

Per evitare o ridurre il rischio di complicanze è necessaria un'accurata selezione dei pazienti per l'analgesia epidurale con una particolare attenzione allo stato coagulativo perioperatorio e al rischio d'infezioni. Analogamente occorre fare attenzione nell'adottare una tecnica antisettica efficace nel posizionamento del catetere epidurale.

Attualmente la clorexidina è considerata l'antisettico di scelta nella preparazione della cute. Il rischio di un danno nervoso per l'introduzione di clorexidina nello spazio epidurale richiede una particolare cura nel suo uso soprattutto è importante che l'ago e il catetere epidurale non vengano a contatto con la clorexidina e che la cute sia completamente asciutta prima di iniziare la procedura.

La tecnica d'inserimento deve essere rigorosa per prevenire le complicanze. Si dovrebbero evitare i tentativi di punture ripetuti, soprattutto se l'inserimento si accompagna a dolore o disestesie.

Infine, la gestione postoperatoria dell'analgesia epidurale deve essere adeguata sia per ottimizzare i vantaggi dell'analgesia epidurale sia per identificare e gestire eventuali problemi in una fase abbastanza precoce in modo da evitare lesioni neurologiche permanenti. Un'attenta selezione dei pazienti e la cura meticolosa nell'inserimento dell'epidurale dovrebbero ridurre al minimo le complicazioni. Va tenuto presente quando si decide di utilizzare l'analgesia epidurale in un paziente che ci sono vantaggi ma anche rischi, e le tecniche analgesiche alternative non sono prive di complicanze.

Lo studio NAP3 è utile poiché permette di fare una valutazione più accurata del rischio dell'analgesia epidurale per i singoli pazienti, sulla base dei possibili rischi e benefici.

Un altro svantaggio dell'analgesia epidurale è l'incapacità di realizzare un livello di analgesia accettabile. Si ritiene che solo circa 2/3 dei posizionamenti epidurali determinano un'analgesia efficace per la durata del tempo prevista; il posizionamento di un catetere epidurale è una procedura riservata alle persone esperte. Sebbene al termine del periodo di specializzazione tutti gli anestesisti dovrebbero essere capaci di inserire un catetere epidurale, se la procedura non viene ripetuta spesso, si può perdere la manualità. In alcuni casi non può essere raggiunta la posizione ottimale per l'inserimento o l'anatomia può rendere difficile o talvolta impossibile l'inserimento. L'uso degli ultrasuoni può migliorare la frequenza del successo degli inserimenti soprattutto nei pazienti in cui l'anatomia è una sfida, anche se il suo utilizzo non è molto diffuso e richiede notevole formazione ed esperienza.

Una volta realizzato con successo l'inserimento, l'analgesia epidurale richiede un'attenzione costante da parte d'infermieri esperti e anestesisti in un servizio di analgesia acuta per ottenere e mantenere un'analgesia ottimale. Occorre fare attenzione a limitare o evitare effetti collaterali come l'ipotensione o il blocco motorio che può ridurre i vantaggi della tecnica impedendo al paziente una mobilitazione efficace dopo l'intervento. In quest'ambito c'è una continua ricerca per nuove tecniche che utilizzano gli anestetici locali per ottenere un'analgesia simile con un migliore profilo di sicurezza da applicare nei pazienti in cui l'epidurale è controindicata. Inoltre la pratica chirurgica continua a evolversi e alcuni interventi chirurgici maggiori, compresa la nefrectomia e la resezione coloretale possono essere eseguiti usando tecniche laparoscopiche a bassa invasività. Poiché l'intensità e la durata del dolore sono ridotte, il rapporto rischi/benefici dell'analgesia epidurale è meno favorevole. Analogamente come dimostrato da alcuni studi, è tecnicamente più complicato mobilitare un paziente con una pompa d'infusione epidurale associata al monitoraggio relativo piuttosto che realizzare questo con un paziente privo di tale ingombro. Pertanto l'analgesia epidurale non è la tecnica di scelta per la maggior parte della chirurgia laparoscopica.

ALTERNATIVE AGLI ANESTETICI LOCALI PER LA CHIRURGIA ADDOMINALE

Queste comprendono il blocco del piano addominale trasverso (TAP), il blocco della guaina del muscolo retto e l'infiltrazione della parete. Peraltro c'è un crescente interesse nell'uso di un'in-

fusione endovenosa nel periodo perioperatorio. I blocchi della parete addominale sono di solito eseguiti con un bolo singolo iniettando l'anestetico locale attorno ai nervi che innervano la parete addominale anteriore e il peritoneo parietale.

Pertanto la cute e la sede dell'incisione chirurgica possono essere bloccati efficacemente dall'anestetico locale. L'aumentata disponibilità e l'uso degli ultrasuoni ha permesso ai medici di eseguire questa tecnica con la visualizzazione diretta, migliorando l'accuratezza, rispetto alla precedente tecnica basata sui punti di repere.

In alternativa il blocco può essere eseguito direttamente dal chirurgo.

Si è visto che il blocco del piano trasverso in particolare determina un'analgesia efficace a riposo e in movimento quando utilizzato come parte di un'analgesia multimodale nella chirurgia sotto ombelicale.

L'infiltrazione sottocostale è stata descritta per un'analgesia nelle incisioni più alte. I pazienti hanno il vantaggio di avere un minore consumo di oppioidi, minore intensità del dolore e una riduzione della durata del ricovero rispetto a quelli che non ricevono il blocco. Utilizzando la tecnica del bolo singolo, la durata dell'analgesia è limitata alle prime 8-24 ore dopo l'intervento. Se questo può essere sufficiente nella chirurgia laparoscopica non lo è per la chirurgia ad addome aperto.

Tuttavia questi blocchi possono essere prolungati con il posizionamento di un catetere che permette l'infusione o i boli di anestetico locale che possono essere somministrati per un periodo lungo. C'è un crescente interesse per l'uso di un catetere posizionato direttamente nella parete chirurgica per la somministrazione di anestetico locale dopo l'intervento.

È probabile che la sede di posizionamento di questi cateteri sia importante in quanto l'analgesia ottenuta è migliore se il catetere è posizionato davanti al peritoneo. Quando si discute di questa tecnica deve essere specificata la posizione del catetere. Alcuni studi hanno dimostrato che il catetere posto sulla ferita può essere molto efficace sia per migliorare la qualità dell'analgesia sia per ridurre la quantità di oppioidi utilizzati come parte di una strategia analgesica multimodale.

In alternativa la lidocaina può essere infusa con sicurezza ed efficacia per via endovenosa per ottenere l'analgesia.

Alcuni studi hanno dimostrato che il paziente che riceve un'infusione di lidocaina endovena può migliorare l'analgesia nelle prime 24 ore del postoperatorio, ridurre la durata del ricovero e l'incidenza delle disfunzioni intestinali postoperatorie. Sebbene sia noto che la lidocaina possiede proprietà analgesiche antiinfiammatorie e antiiperalgiche l'esatto meccanismo non è noto. La lidocaina è usata come parte di una strategia analgesica multimodale e i pazienti possono aver bisogno di oppioidi. Attualmente sono disponibili solo pochi studi di piccole dimensioni sul confronto diretto dell'analgesia epidurale con le tecniche di anestesia locale alternative:

- Un confronto del blocco del piano addominale trasverso (TAP) con l'analgesia epidurale ha evidenziato un punteggio della scala del dolore simile tra i due gruppi. Tuttavia il gruppo TAP ha richiesto una maggiore quantità di analgesia supplementare. Nel 30% dei pazienti non è stato ottenuto un blocco analgesico nei pazienti del gruppo TAP ed è causa di confusione il fatto che i pazienti di entrambi i gruppi abbiano ricevuto un'analgesia epidurale durante l'intervento.

- In uno studio di confronto dell'analgesia epidurale con l'infusione di lidocaina endovena in pazienti sottoposti a resezione del colon in laparotomia, il dolore postoperatorio, la ripresa della funzionalità intestinale e la durata della degenza sono state sovrapponibili in entrambi i gruppi.

- In un confronto dell'analgesia epidurale con la somministrazione di anestetico locale attraverso un catetere addominale retropubico, l'epidurale ha fornito un'analgesia migliore dopo prostatectomia radicale ma la ripresa e le dimissioni sono state simili in entrambi i gruppi.

- In uno studio di pazienti sottoposti a resezione epatica il confronto tra analgesia epidurale con un'infiltrazione continua di anestetico locale della parete, il gruppo dell'epidurale ha evidenziato un'analgesia migliore, ma il gruppo dell'infiltrazione della parete con anestetico locale ha raggiunto tutti i criteri di dimissibilità prima del gruppo con epidurale e i pazienti sono stati dimessi si-

gnificativamente prima. I cateteri sulla ferita sono stati posizionati dal chirurgo dopo l'intervento nel piano trasverso e nella fascia del retto posteriore.

QUALI DOMANDE E PROBLEMI PONGONO QUESTI STUDI?

L'analgesia di per sé non è l'unico strumento necessario per un efficace recupero post-operatorio e se una buona analgesia è estremamente importante per il recupero e per la soddisfazione del paziente, c'è un equilibrio da raggiungere tra questa ed altri fattori quali la mobilità dei pazienti, il recupero della funzione intestinale.

- Qual è l'analgesia ottimale, per un singolo paziente, per raggiungere un livello accettabile di analgesia, ma anche per ottimizzare il recupero?

Dobbiamo evitare di adottare nuove tecniche di analgesia semplicemente perché appaiono più sicure e più facile rispetto all'analgesia epidurale. Si evince dagli studi disponibili che occorre accettare un qualche compromesso in termini di qualità dell'analgesia quando si applicano queste tecniche.

- Quindi, è accettabile un compromesso sull'analgesia per una maggiore sicurezza?

- Questo varia nei diversi gruppi di pazienti e nei diversi interventi chirurgici?

L'analgesia da oppiacei può essere molto efficace, ma ci sono alcuni pazienti che sono poco tolleranti agli oppioidi per cui non può essere raggiunto un buon equilibrio tra analgesia ed effetti collaterali.

- Quanto è il risparmio di oppioidi utile per i pazienti?

- In un paziente, che per esperienza precedente è noto che risponde poco all'analgesia con oppioidi, è meglio utilizzare una tecnica che evita l'uso sistemico di oppioidi piuttosto che ridurre l'uso sistemico di oppioidi?

Ora abbiamo ampi dettagli sui rischi e le complicazioni dell'analgesia epidurale a differenza di quanto avviene con le tecniche di anestesia locale alternative e mentre queste sembrano essere più sicure, non sono privi di possibili complicanze.

- Quali sono i rischi e le complicanze di queste tecniche?

Conclusioni

- I pazienti ad alto rischio con importanti comorbilità cardiorespiratorie o di età molto avanzata soprattutto se sottoposti a chirurgia a cielo aperto indubbiamente si avvantaggiano dalla qualità dell'analgesia di un'epidurale efficace e da una precoce mobilitazione e nutrizione.

- Nei pazienti nei quali si prevede un dolore acuto intenso o per quelli nei quali gli oppioidi, i FANS o entrambi sono poco tollerati, si ha un grande vantaggio dall'epidurale.

- I pazienti ad alto rischio di una progressione dal dolore acuto a quello cronico possono trarre beneficio dall'epidurale, sebbene siano necessari ancora nuovi studi sul ruolo della gestione del dolore acuto e identificare quelli che ne hanno bisogno.

- Dopo che i risultati degli studi prospettici in corso saranno stati analizzati, l'uso di tecniche regionali può essere preso in considerazione nell'ambito della riduzione del rischio delle recidive neoplastiche.

- Ci sarà un gruppo di pazienti in cui tra tutte le opzioni analgesiche la scelta più semplice è l'analgesia epidurale.

In conclusione senza ombra di dubbio c'è ancora posto per l'analgesia epidurale nella chirurgia addominale. Nei pazienti in cui il dolore è trattato con l'analgesia epidurale è indispensabile ottenere i massimi vantaggi dall'epidurale anche riducendo al minimo i rischi. L'evidenza attuale suggerisce che il miglior vantaggio dall'analgesia epidurale si può ottenere se si associano al trattamento attivo gli altri aspetti del recupero in un programma di recupero multimodale e se possibile la stessa epidurale non dovrebbe rallentare la riabilitazione. L'analgesia epidurale deve rimanere parte integrante del nostro armamentario analgesico da usare nei pazienti selezionati in modo appropriato. Le diverse altre tecniche analgesiche locali possono essere delle possibilità utili per realizzare un taglio analgesico sartoriale sui pazienti e sul tipo di chirurgia e per ottenere una buona analgesia ma anche e soprattutto per facilitare il recupero.

13° Congresso Nazionale SIARED 25-27 Maggio 2017

Le Nuove Frontiere in Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Area Critica e Dolore: dalla Scienza alla Clinica

La Presentazione dei Presidenti SIARED e AAROI-EMAC



Care Colleghe e Cari Colleghi, si avvicina l'appuntamento annuale per il 13° Congresso Nazionale della SIARED (Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Dolore) che si svolgerà dal 25 al 27 maggio 2017.

La location di "Roma Eventi", nel cuore di Roma, facilmente raggiungibile ed accessibile, in Piazza della Pilotta, a Trevi, a due passi dalla famosa fontana e dal Pantheon, con un'ampia offerta alberghiera, che l'anno scorso ha ospitato per la prima volta il Congresso della nostra Società Scientifica, dispone di un modernissimo Centro Convegni con adeguati spazi ed attrezzature, consentendo di ottimizzare i vantaggi logistici correlati alla scelta dell'Urbe come sede congressuale in relazione sia alle esigenze organizzative, sia alle aspettative dei Partecipanti. Per questi motivi, oltre ad essere stata riconfermata per quest'anno, la Città Eterna potrà probabilmente divenire sede stabile dei prossimi Congressi SIARED.

Numerose sono le attrattive scientifiche e culturali di questo 13° Congresso, per il quale sono in corso le procedure di accreditamento ECM: la più importante, sotto il profilo generale, riguarda l'organizzazione del Programma, che prevede sia un'implementazione dei Workshop, sia - in tutte le Sessioni - "Incontri con l'Esperto" (un Collega che dedica attivamente il suo impegno professionale in specifico settore di attività), con momenti di discussione, per favorire l'acquisizione teorica e soprattutto pratica di nuove conoscenze attraverso una maggior interattività tra Docenti e Discenti. Quest'impostazione non è una novità, ma quest'anno

è stata applicata in modo ancora più strutturale. Anche in relazione a questi obiettivi sono stati selezionati Relatori di alto profilo, che presenteranno gli argomenti loro affidati anche alla luce delle proprie esperienze nel lavoro quotidiano.

Il fil rouge del Congresso sarà il guardare avanti verso "Le nuove frontiere in Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Area Critica, Dolore", come definito sinteticamente nel titolo. L'obiettivo è trasferire le più aggiornate conoscenze scientifiche e tecnologiche negli specifici percorsi diagnostici e terapeutici della pratica clinica attinenti alla ventilazione, al trattamento del trauma cranico ed addominale, all'utilizzo appropriato degli antibiotici, alla fluidoterapia e all'uso di emocomponenti, con focus sugli scenari anche ultraspecialistici e plurispecialistici, oltre che interprofessionali, della medicina intra ed extraospedaliera, d'emergenza e delle catastrofi, che richiedono approcci e competenze di alto profilo. Guardare avanti verso le nuove frontiere significa anche saper utilizzare le conoscenze derivanti dai progressi della scienza medica integrandole a quelle inerenti gli sviluppi delle indagini strumentali e laboratoristiche, oltre che della ricerca biomedica, anche in prospettiva della "medicina traslazionale", alla quale sono dedicati spazi di discussione nelle diverse Sessioni del Congresso. Ricerca ed innovazione, inoltre, mettono sempre più il medico nella condizione di doversi confrontare con problematiche di rilevante impatto etico anche in ordine alle scelte cliniche, che il Congresso si propone di affrontare con sensibilità e ponderazione.

I contenuti congressuali fungeranno da base ad un successivo Evento FAD, formula - vi ricordiamo - già sperimentata con successo nelle ultime precedenti edizioni, che consentirà di acquisire gratuitamente, in misura ancor maggiore, ulteriori Crediti ECM a tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC, i quali in tal modo, comodamente a casa, qualora abbiano partecipato al Congresso potranno ripercorrere i temi trattati, o, qualora non abbiano potuto parteciparvi, beneficiare comunque dell'impegno che l'AAROI-EMAC, la SIARED, e INTESA PROVIDER ECM, investono nelle attività di formazione e aggiornamento professionale, che in questo 13° Congresso si concretizzano in una gradevole occasione per potersi incontrare di persona in un contesto di grande partecipazione.

Vi attendiamo numerosi a Roma!
 Cordiali saluti.

Adriana Paolicchi
 Presidente SIARED

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

III Memorial Marco Rambaldi

"APP innovativa per Anestesisti Rianimatori - AR StartAPP"

Durante il 13° Congresso SIARED si svolgerà la premiazione della Terza Edizione del Memorial Marco Rambaldi. Il Concorso dal titolo "APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI - AR StartAPP" è nato nel 2015 per richiamare l'interesse e promuovere l'impegno dei colleghi Anestesisti Rianimatori sugli sviluppi della tecnologia, ricordando la memoria del collega Marco Rambaldi che ha dedicato la sua attività medica proprio all'innovazione tecnologica in Anestesia e Terapia Intensiva con grande professionalità, passione ed entusiasmo.

Il Premio verrà assegnato all'autore/autrice del miglior progetto in ambito di Anestesia e Terapia Intensiva per la realizzazione di un'Applicazione per smartphone e tablet che risponda ad esigenze di sviluppo professionale o di una Unità Operativa (tecniche e/o organizzative).

L'AAROI-EMAC Emilia Romagna e EmiMed s.r.l. hanno stanziato la somma di 5000 Euro da assegnare al progetto vincitore del concorso che serviranno per la realizzazione dell'App su piattaforme iOS e/o Android.

Saranno presi in considerazione solo lavori inediti e tecnicamente realizzabili, provvisti di cronoprogramma.

Possono partecipare giovani Anestesisti Rianimatori under 40, specialisti o in formazione (MIF), afferenti a strutture pubbliche, Aziende Ospedaliere e Universitarie e Aziende USL.

I MIF devono presentare il lavoro con l'avvallo del Direttore della Scuola di Specialità o di un Tutor di riferimento che segua e sostenga il progetto.

La domanda dovrà essere presentata dall'estensore del progetto (primo Autore) o, nel caso di elaborato di più operatori, da un project leader

under 40 entro e non oltre le ore 24 del 30 aprile 2017.

I candidati, in allegato alla domanda, dovranno inviare l'elaborato sotto forma di abstract in formato elettronico all'indirizzo:

memorial.rmb@gmail.com

specificando la richiesta di partecipazione al "III Memorial Marco Rambaldi".

La selezione dei progetti avverrà sulla base della valutazione di una Commissione istituita ad hoc che, entro il 5 Maggio 2017, comunicherà ai project leader l'accettazione dei lavori che saranno quindi esposti come Poster durante il 13° Congresso SIARED.

Entro il 15 Maggio 2017 verrà data comunicazione tramite email dei migliori lavori selezionati secondo l'insindacabile giudizio della Commissione e verrà comunicato il vincitore del concorso che dovrà essere presente a Roma per una breve esposizione del progetto durante l'apposita sessione congressuale.



I Lavori devono essere inviati via email entro il 28 Aprile 2017

Tutte le informazioni su: www.aaroiemac.it - www.siared.it

I Premi Poster

"Miglior Poster" e "Vota il Poster"

Il Congresso SIARED prevede la presentazione di contributi scientifici riguardanti l'Anestesia, la Rianimazione, l'Emergenza, il Dolore, la Terapia Iperbarica e le Scienze affini.

I lavori dovranno essere trasmessi entro il 28 Aprile 2017 tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail: **abstract@siared.it**

I contributi scientifici pervenuti potranno partecipare al PREMIO IL "MIGLIOR POSTER" e al PREMIO "VOTA IL POSTER".

Il primo dei due premi verrà assegnato al miglior POSTER presentato da Autori iscritti alla Società Scientifica con età inferiore ai 35 anni. Il premio consiste nella partecipazione gratuita al Congresso Nazionale SIARED 2018 e la consegna di una targa celebrativa.

Il Premio "Vota il Poster" verrà invece assegnato al poster più votato dai Partecipanti al convegno. Ciascun Partecipante regolarmente iscritto al Congresso potrà, infatti, indicare la sua preferenza attraverso una procedura computerizzata, a partire dalle ore 15:00 di Giovedì 25 Maggio sino alle ore 19:00 di Venerdì 26 Maggio.

Al Vincitore del poster che avrà raggiunto il maggior numero di voti sarà offerta l'iscrizione gratuita al Congresso Nazionale SIARED 2018.

Le premiazioni "MIGLIOR POSTER" e "VOTA IL POSTER" avverranno durante la cerimonia di chiusura del Congresso.

13° Congresso Nazionale SIARED 25-27 Maggio 2017



Il Paziente al centro in 5 mosse Al SIARED 2017, un'area di Simulazione con Istruttori del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®

Nel corso del Congresso SIARED sarà allestita un'area dedicata alla Simulazione in cui verranno proposti percorsi formativi innovativi pensati ad hoc per l'evento di Roma e tenuti da Istruttori del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®.
Per maggiori informazioni sui programmi e sulle modalità di iscrizione consultare i siti:
www.aaroiemac.it e www.siared.it

L'APP del Congresso

**Anche quest'anno le Relazioni online.
Prosegue l'implementazione della FAD**

Per il terzo anno, le Relazioni del Congresso SIARED saranno pubblicate sulla APP My-SIARED, disponibile per smartphone e tablet iOS e Android.

L'Applicazione, in cui saranno riunite tutte le informazioni relative all'organizzazione e al programma congressuale, rappresenta uno strumento utile per approfondire - anche nei giorni successivi all'evento - le Relazioni che si svolgeranno nei tre giorni di Congresso. Sarà infatti possibile ascoltare l'audio dei singoli interventi seguendo al contempo le slides messe a disposizione dai Relatori.

Per scaricare gratuitamente la APP è necessario cercare "MySIARED" in GooglePlay o AppStore e procedere all'installazione. La navigazione è molto semplice, basta seguire le indicazioni presenti nell'apposito Menu.

Per ascoltare le relazioni, dalla sezione "programma" bisognerà cliccare sui titoli dove compare l'icona di una telecamera.

Si ricorda, inoltre, rimanendo in tema di tecnologie, che i lavori dei Congressi Siared vengono poi utilizzati per la realizzazione dei percorsi formativi FAD. E' attualmente online la riedizione 2017 dell'Evento FAD dal titolo "Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente", basato sull'11° Congresso SIARED 2015 e a breve sarà messo online - fino al 30 Dicembre di quest'anno - un Evento FAD basato sul 12° Congresso SIARED 2016.



Approfondimento AON - AAROI-EMAC

Responsabilità professionale e assicurazioni: novità
Prof. Paolo D'Agostino - Dr Paolo Sacchi

26 Maggio 2017

La Tavola Sinottica

	Giovedì 25 Maggio	Venerdì 26 Maggio	Sabato 27 Maggio
AUDITORIUM LOYOLA		Gap tra Scienza, Evidenza e Applicazione Clinica 08:40-13:20	Situazioni Complesse nella Paziente Ostetrica - Farmaci ed Emoderivati, Ruolo e Utilizzo: Che cosa sta Cambiando 08:40-13:20
	La Ventilazione in Terapia Intensiva e in Sala Operatoria 14:00-18:10	Anestesia, Dolore Postoperatorio, Dolore Cronico 14:00-19:00	
SALA FOSCOLO		Topics in Anestesia: Focus On Ultraspecialità 08:40-13:20	Critical Care e Medicina delle Catastrofi Percorsi del Paziente Critico in Emergenza 08:40-13:20
	Trauma Cranico e Addominale: Controversie 14:00-18:10	Nuove Tecnologie per Migliorare la Qualità di Cura in Anestesia e Rianimazione 14:10-19:00	
SALA ALFIERI		Workshop 3 NIV 08:20-13:30	Workshop 6 Ecodinamica 08:45-13:30
	Workshop 1 Update Gestione Vie Aeree 13:00-18:10	Workshop 4 Diagnosi e Monitoraggio Ecografico nelle Patologie Polmonari 14:00-19:10	
SALA BELLI		Workshop 2 US Locoregionale Avanzato - 2ª Edizione 08:20-13:30	Workshop 7 Broncoscopia in Anestesia e Rianimazione 08:20-13:30
	Workshop 2 US Locoregionale Avanzato - 1ª Edizione 13:00-18:10	Workshop 5 Antibiotico-terapia in UTI, dal Laboratorio al Trattamento Clinico 14:00-19:10	

La Sede Congressuale



Come Arrivare



Enpam, novità per la maternità

L'ENPAM ha messo in campo nuove risorse per la tutela della maternità, aumentando l'indennità prevista per i cinque mesi di astensione dal lavoro e prevedendo alcune misure in caso di gravidanza a rischio, la copertura dei buchi previdenziali, aiuti per asili nido e babysitter e l'estensione di tutele anche alle studentesse di medicina e odontoiatria non ancora laureate.

L'importo minimo garantito per l'indennità di maternità che l'Ente riconosce anche se non si interrompe l'attività lavorativa "sarà di 4.958,72 euro (per il 2017) a cui si aggiungerà un ulteriore assegno di 1000 euro (indicizzati) per le dottoresse con redditi inferiori a 18mila euro (indicizzati), il che fa arrivare l'indennità minima totale a quasi 6mila euro l'anno, circa 1200 euro al mese".

In caso di gravidanza a rischio è prevista una copertura specifica, per un massimo di sei mesi oltre al periodo che ricade nell'assegno di maternità.

Non ci saranno, inoltre, più distinzioni tra adozioni (e gli affidamenti preadottivi) nazionali e internazionali, per entrambe le quali viene garantita un'indennità di cinque mesi. Le tutele sono le stesse previste per la maternità.

Si potrà inoltre contare su aiuti economici per le spese di babysitter e nido (pubblico e privato accreditato) entro i primi dodici mesi di vita del bambino. Il beneficio è concesso una volta per ciascun figlio.

Tutte le informazioni sul sito: www.enpam.it

Risarcimenti Ex Specializzandi 1982 - 2007 Il DDL 2400 è in discussione al Senato



condizione che l'ex specializzando abbia proposto un ricorso giudiziario prima dell'approvazione della suddetta Legge.

Restando la questione piuttosto complessa (per esempio, vi sono sostanziali differenze tra coloro che hanno iniziato la specializzazione a decorrere dall'anno accademico 1982-1983 fino all'anno accademico 1991-1992 e coloro che l'hanno iniziata a decorrere dall'anno accademico 1992-93 fino all'anno accademico 2006-2007), è stata da ultimo sottoposta allo Studio Legale di riferimento in Roma sia per rivalutarla, sia per ottenere la sua disponibilità ad assistere tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC che volessero avviare un ricorso, concordando anche - esclusivamente a loro carico personale - una spesa molto contenuta rispetto a quelle offerte da altri.

Non è possibile esprimere alcuna previsione su quale potrà essere l'iter della Legge in discussione al Senato, ma si è ritenuto opportuno dare questa possibilità a tariffa convenzionata a tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC, in regola con il versamento delle quote associative, che non avessero provveduto, negli anni, a richiedere il riconoscimento economico in questione.

Maggiori informazioni e riferimenti nella Comunicazione agli Iscritti inviata via mail il 6 Febbraio 2017.

Sono diverse le richieste di delucidazioni giunte nell'ultimo periodo sul riconoscimento dei compensi e/o dei rimborsi da parte dello Stato Italiano a favore dei medici che hanno frequentato corsi post-laurea di specializzazione universitaria tra il 1982 ed il 2007.

Questo rinnovato interesse sulla vexata quaestio, nel cui merito già in passato, in diverse occasioni, la nostra Associazione aveva fatto il punto, è legato anche alle ultime notizie sull'ipotesi che possa arrivarsi in tempi brevi ad una emanazione normativa, sotto forma di un accordo transattivo con lo Stato, dato che oggi vi è un DDL unificato, il n. 2400, attualmente in discussione al Senato, che ha l'obiettivo di riconoscere un risarcimento per ogni anno di specializzazione, ma - a quanto pare - solo a

L'ONAOSI è un Ente dei Medici!

Inaccettabile il tentativo di inglobarlo all'interno dell'INPS

Alla fine di Febbraio è giunta la notizia di un possibile trasferimento dell'ONAOSI in una Gestione speciale INPS "per il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani di medici, chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti". La novità sarebbe stata prevista nella bozza di riforma degli Enti previdenziali privati.

Immediata la reazione dei vertici dell'Ente:

"Il Cda dell'ONAOSI - si legge nella Nota - dichiara di non comprendere quale sia il motivo della soppressione della Fondazione e del conferimento delle sue funzioni all'INPS, previsto dalla proposta di disegno di legge della Commissione Bicamerale di controllo degli Enti Previdenziali Privatizzati.

Da 140 anni l'Ente è strumento di forte aggregazione di una categoria e, senza nulla chiedere allo Stato, provvede alle criticità dei suoi membri creando lavoro (più di 200 dipendenti) reddito e soprattutto coesione sociale, in un momento in cui l'individuo è sempre più solo di fronte allo strapotere di centri finanziari ciechi e brutali.

Il Cda sa di non avere offerto giustificazioni a tale iniziativa avendo dimostrato trasparenza, rigore ed efficacia nella gestione del patrimonio affidatogli dai contribuenti. Solo un clamoroso errore di valutazione o peggio una miope volontà d'impadronirsi di un capitale accumulato in più di 100 anni da medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, può aver spinto la Commissione Bicamerale a decre-

tare la fine di un'esperienza virtuosa".

Non meno incisivo l'intervento compatto delle sigle appartenenti all'Intersindacale della Dirigenza Medica:

"Si tratta di un vero e proprio esproprio mirato di una cassa previdenziale privata - si legge nel Comunicato Stampa -, un provvedimento senza precedenti e di dubbia legittimità, dopo la recente sentenza della Corte Costituzionale, che getta un'ombra sull'autonomia di tutto il sistema di previdenza e assistenza gestito dalle categorie professionali e da soggetti privati.

Si sceglie di colpire la più antica cassa di previdenza e assistenza del Paese, nata nel 1874 e riconosciuta dallo Stato italiano nel 1901, che assiste circa 5000 famiglie su una platea di 163.000 contribuenti, senza alcun onere per lo Stato che, al contrario, ricava contributi dalla tassazione del patrimonio e delle attività di assistenza nonché dal lavoro di 220 dipendenti.

...
È un progetto di stampo vetero-statalista fuori dal tempo animata da un intento distruttivo e discriminatorio nei confronti dell'ONAOSI, delle categorie che rappresenta e del SSN in cui lavorano.

L'ONAOSI rappresenta un'idea di solidarietà nata dal basso, gestita con correttezza amministrativa,



su base democratica, con elezione diretta da parte di tutti i contribuenti, fondata su valori che sono un patrimonio del Paese, che andrebbero estesi per attivare forme di welfare categoriale".

Le ultime notizie, successive ad un incontro tra la Presidenza ONAOSI e due membri della Commissione Bicamerale di Controllo, lasciano tuttavia bene sperare:

"Il contenuto dell'incontro - ha affermato Serafino Zucchelli, Presidente Onaosi - svoltosi in un'atmosfera costruttiva e cordiale ci permette di ritenere con fondatezza che nel disegno di legge che scaturirà da tale relazione, non verrà modificato l'attuale assetto della Fondazione volto a tutelare gli interessi dei contribuenti".

Competenze e Responsabilità Medici - Infermieri

La Sentenza della Corte di Cassazione traccia un confine

La Cassazione penale, Sezione IV, del 20 febbraio 2017 con la Sentenza n. 8080 ha rinviato alla Corte di appello di Catania per il riesame una sentenza di condanna di un Anestesista e un Infermiere per non aver adeguatamente vigilato un paziente nella fase di risveglio al termine di una operazione chirurgica.

La Cassazione ha ritenuto che la Corte avrebbe dovuto scindere le responsabilità dei due professionisti. A supporto richiama le Linee Guida SIAARTI secondo quanto disposto dalla normativa introdotta dalla legge Balduzzi.

«Il Giudice dell'appello - si legge nella Sentenza -, invero, non ha tenuto nella dovuta considerazione la distinzione esistente tra "fase di risveglio" e "fase di recupero", la prima affidata in via prioritaria al medico che deve intervenire con le manovre tecniche necessarie a ripristinare le normali funzioni vitali (nella specie correttamente assolta), la seconda affidata prioritariamente al personale infermieristico, per la quale è richiesta la assidua sorveglianza del paziente per con-

trollare l'evoluzione della situazione e sollecitare l'intervento del medico ove necessario».

E aggiunge "la sentenza non si è fatta carico di alcun approfondimento ma si è limitata ad affermazioni generiche circa l'obbligo di sorveglianza da parte del medico, ritenendo tale obbligo anche nella "fase di recupero" del tutto identico e sovrapponibile a quello dell'infermiere, come se fosse necessaria la presenza costante di entrambi gli operatori, laddove appare invece ragionevole ritenere che la sorveglianza, certamente da effettuarsi in modo diretto e costante per tutto il tempo in cui il paziente è trattenuto negli spazi del recupero, possa però essere assicurata da uno solo dei due soggetti ed anzi prioritariamente dall'infermiere».

Sulla base di questa motivazione la Cassazione penale ha annullato la sentenza della Corte di Appello di Catania a cui ha rinviato gli atti, limitatamente alla posizione dell'anestesista.

Consenso informato: il modulo non può essere generico

"L'informazione deve essere adeguata al grado culturale e alle conoscenze"

In caso di intervento chirurgico, "l'informazione deve essere adeguata al grado culturale e alle conoscenze del paziente e deve concernere lo scopo e la natura dell'intervento, nonché le sue conseguenze e i suoi rischi".

Lo ha stabilito il Tribunale di Caltanissetta con la Sentenza del 21 Novembre 2016 che, pur non accogliendo l'accusa di negligenza nei confronti della struttura e dei medici coinvolti, ritiene che vi sia stata una "lesione del diritto di autodeterminazione della paziente - concretizzata nella mancata prestazione di una

adeguata informazione ai fini dell'acquisizione del suo consenso all'effettuazione dell'intervento chirurgico e alla sottoposizione ad anestesia".

"Non può ritenersi sufficiente - si legge tra le motivazioni della Sentenza - ai fini del consenso informato la sottoscrizione, da parte del paziente, di un modulo del tutto generico (cfr. Cass. 2177/16).

...la mancanza di consenso informato priva il paziente della possibilità di decidere non solo se autorizzare o non autorizzare il

medico all'esecuzione dell'intervento proposto, ma anche della scelta di restare nelle condizioni che secondo il medico imporrebbero l'intervento anche se pregiudizievole (se del caso anche usque ad supremum exitum), di riflettere e di determinarsi successivamente, nonché di rivolgersi altrove, cioè ad altro medico.

In tutte queste ipotesi si configura un danno-conseguenza, che si concreta nella privazione della libertà del paziente di autodeterminarsi circa la sua persona fisica...".



Il tuo Autografo vale 5x1000

DESTINA
IL TUO
5

PER MILLE
all'Associazione

“DINO MASULLO ONLUS”

iscritta nell'elenco tenuto dall'Agenzia delle Entrate
ai sensi dell'art. 3 c. 5 L. 244 del 24/12/2007 per la destinazione del 5 X Mille dell'IRPEF.

Codice Fiscale:

09530671008

MODELLO 730



MODELLO UNICO



CAMPAGNA APPROPRIATEZZA

Vocabolario Medico

Il giusto vocabolario farmacologico di interesse dell'Anestesista Rianimatore:

1 - sedazione = esclusivamente mediante farmaci con effetto principale sedativo

2 - analgesia = esclusivamente mediante farmaci con effetto principale analgesico

3 - narcosi (sinonimo di anestesia generale) = esclusivamente mediante farmaci con effetto principale narcotico.

Le prime due classi di farmaci comprendono sia molecole a uso esclusivo dell'Anestesista Rianimatore, sia altre molecole ad uso promiscuo.

La terza comprende esclusivamente molecole a uso esclusivo dell'Anestesista Rianimatore.

4 - NON è più accettabile confondere e/o mischiare il significato di questi concetti. Ad iniziare da NOI.

5 - Non bisogna accettare, anzi bisogna opporsi con determinazione che si definisca "sedazione" una narcosi.

6 - Il Ramsay Score utilizzato come impostazione di un end point per una prestazione anestesiológica è una castroneria. Deve restare esclusivamente uno score di rilevazione ad uso esclusivamente anestesiológico.

INIZIAMO SUBITO. Si tratta di un'operazione culturale ormai indispensabile.

Valutazione del rischio anestesiológico e perioperatorio

È nato un dibattito sul ruolo dell'AR rispetto alla operabilità del paziente

Sulla questione inerente il "giudizio di operabilità", a proposito del quale era intervenuto il Dr Mauro Proietti sullo scorso numero ci invia un contributo anche il Dr Luigi Accardo, proponendoci alcune interessanti riflessioni. Si tratta senza dubbio di un argomento complesso, che pare destinato ad assumere sempre maggior rilevanza per la nostra professione.

Alessandro Vergallo

"Non esiste un ASA TO NOT OPERATE o TO NOT GO UNDER ANESTHESIA. Secondo i protocolli internazionali vigenti, non esiste paziente che non possa essere arruolato per essere sottoposto a pratiche anestesiológicas in assoluto.

Persino l'Asa5 che esprime un'elevatissima probabilità di mortalità perioperatoria è comunque una determinazione di rischio anestesiológico, non concede o meno il nulla osta ad operare, e NON VIENE MODIFICATO DAL TIPO DI PROCEDURA (se non dall'aggiunta di E in urgenza/emergenza).

Qui allora subentra la contestualizzazione al rischio correlato all'atto chirurgico di per sé. Un aneurisma open e una cataratta sono ovviamente due cose diametralmente opposte.

Riflettevo sull'articolo relativo al fatto che l'anestesista esprima il giudizio finale all'operabilità. Effettivamente dare un punteggio Asa vuole dire dover soppesare il paziente in toto, considerando nell'insieme tanti distretti di pertinenza spesso di specialisti diversi (cardiologo, internista, neurologo, nefrologo, etc). E da questo punto di vista posso capire che si possa determinare un giudizio clinico globale, correlato al fatto che il paziente debba essere sottoposto a pratica anestesiológica.

Diciamoci la verità: non è mai fumosa la valutazione sul rischio anestesiológico, ma spesso e volentieri è ASSOLUTA-

MENTE VAGO l'effettivo grado di utilità/necessità/urgenza della pratica chirurgica. Indicazioni chirurgiche sui generis (bo una vescica che mi sanguina) ma poi si vuole capire da noi se il paziente si può addormentare o meno. Tutti possono essere addormentati come scritto all'inizio, ma forse non tutti in quel preciso momento sono nelle condizioni migliori di poterlo fare. Se si possono ottimizzare le condizioni del paziente e se il rischio è modificabile dipende tutto dalla reale indicazione chirurgica.

Perché non esiste una classificazione dell'effettiva necessità all'intervento sulla quale soppesare l'Asa?

Faccio una provocazione. Così come si tipizzano le neoplasie attraverso il sistema TNM, perché nel 2017 non è possibile adottare una classificazione altrettanto sintetica ma più articolata rispetto a quella attuale?

Magari non limitandola a una sola cifra ma a due o tre punteggi associati insieme.

Esempio: Asa, Rischio Chirurgico e Rischio Complessivo. Un modo per dare delle coordinate più precise e circoscrivere in maniera un pochino più raffinata l'identificazione di qualcosa che comunque tende ad entrare in una gaussiana e quindi non è identificabile al 100%. Questo perché non esistono mai due pazienti identici.

Ma la classificazione secondo me è comunque necessaria e dovrebbe contenere anche una stima di un rischio statisticamente valida, in modo tale che il paziente capisca davvero, numeri alla mano, a che cosa va incontro. Forse l'Asa da solo non basta. O forse non è mai bastato. Ma è una opinione personale.

Dr Luigi Accardo

Dura l'ex

Il primario ha compiuto 67 anni. Ora è pensionato ed ha chiuso la sua carriera di medico ospedaliero. Tutti i giorni, però, ritorna in reparto. Fa un giro, si siede alla sua vecchia scrivania, telefona, si informa, impartisce qualche direttiva. "Direttori si nasce!" Ma non ci si rassegna a finire.

Se si tratta di un direttore che è stato un bravo e simpatico primario, tutto ciò è quasi tollerabile, anzi, renderà il distacco, per lui e per i suoi, meno doloroso. Se, invece, era un capo autoritario e presuntuoso, presumerà di essere insostituibile e, quasi certamente, non si sarà coltivato né un successore, né un terreno fertile di germogli pronti a sbocciare. Lui li bocciava i suoi germogli, appena spuntavano. "Après moi le déluge!". Così il Re Sole aveva preannunciato il diluvio dopo la sua dipartita.

Per fortuna, per ogni catastrofista Re Sole, o Tyrannosaurus rex, c'è un Noè che salva dal diluvio-fine del mondo. E tutte le "bestie" (come le considerava l'ex rex) si sono salvate, grazie all'arca costruita da un providenziale collega Noè che l'ha fatta galleggiare tra i flutti tempestosi dell'interregno.

Questo "Noè" è il successore provvisorio, F.F. "facente funzioni", talvolta "facente figuracce". Capro espiatorio o agnello sacrificale? Né l'uno, né l'altro! Capace e perseverante, è riuscito a diventare la colomba di Noè, quella col rametto d'ulivo, con la missione di pacificare gli animi di colleghi e superiori. Proprio come l'arcobaleno dell'alleanza post-diluviana tra Jahvè e gli umani.

Era tornata la vita sulla terra. È tornata nel reparto. Una nuova vita. Lunga vita al nuovo rex!

Purtroppo, a volte, il duro ex-dux dura: dura l'ex. Non è giusto! Ma quello rimane, resiste, si fa nominare "emerito". Con quale merito?

Calma. I suoi non più succubi ex-subalterni non mollano e alla fine ce la faranno. Chi la dura la vince. I romani dicevano "Vincit qui patitur": vince chi sopporta, chi soffre. "Il faut endurer": anche i francesi dicono che bisogna resistere. Il proverbio più musicale l'hanno gli spagnoli: "La perseverancia toda cosa alcanza": la perseveranza ogni cosa raggiunge.

Comunque non sempre si vince e una spiegazione c'è. Si chiama (nel calcio) "la dura legge dell'ex". Il campione, che hai venduto a fine campionato scorso, è lui che ti fa il gol quando giochi contro la sua nuova squadra. Dura lex, dell'ex.

E pensare che, a volte, persino una madre può essere dura. Non parlo della matrigna, ma della dura madre, quel foglietto fibroso che sta incollato alla scatola cranica. Si chiama anche "pachimeninge", perché è robusta come i pachidermi di Annibale (quelli che attraversarono Pirenei e Alpi in pieno inverno). Perché è dura e resistente? Ma perché deve difendere la preziosa materia grigia sottostante. A stretto contatto con quest'ultima c'è invece la delicata e materna "leptomeninge", la pia madre.

Due madri, una dura e una pia. Galleggiano nello spazio sotto-durale come una navicella spa-

ziale. Come quella che si posò sulla luna. Dopo una "Odissea nello spazio" e dopo un viaggio "Dalla terra alla luna". Omero, Verne e Kubrick.

Ma non è uno spazio aereo, è liquido. La navicella è come un'arca. Non di Noè, ma dell'Alleanza. In quella preparata da Mosè c'erano le tavole della legge scolpite sul Sinai dal Dio d'Israele. Qui la teca cranica, al suo interno, custodisce la cosa più preziosa e incredibile al mondo: il cervello. Scolpito dallo stesso Dio. A sua immagine e somiglianza: una specie di autoritratto.

Il sistema nervoso centrale è il centro della storia dell'umanità. È l'ombelico del mondo, legato con il cordone ombelicale alle due madri, chiamate anche meningi perché si "spremono" per produrre un succo speciale: il liquor, liquido cefalo-rachidiano. Che è quasi identico al liquido amniotico. Amnios in greco è la denominazione del bacino sacro (bacino e sacro sono ossa per la gravidanza) in cui si versava il sangue dell'agnello (ammos) sacrificale.

Tra queste due mamme-membrane sta una terza creatura, in verità uno strato, costituito da una fittissima ragnatela di trabecole. Per questo un anatomico del passato lo volle battezzare "aracnoide". Da Aracne, un delizioso gioiello mitologico narrato da Ovidio nelle "Metamorfosi".

Aracne, abilissima nel tessere, sfidò Atena a duello. Scelse come tema della sua tessitura gli amori degli dei; il suo lavoro era così perfetto ed ironico verso le astuzie usate dagli dei per rag-

giungere i propri fini che Atena si adirò, distrusse la tela e colpì Aracne con la sua spola. La fanciulla, disperata, tentò il suicidio. Tuttavia la dea volle salvarla e, mutandola in ragno, fece in modo che da quel giorno Aracne portasse a compimento i suoi lavori usando il filo che le usciva dalla bocca. Ecco perché alcuni dicono di non uccidere i ragni: la povera Aracne subì un'ingiustizia e proprio da Atena, la dea della Giustizia.

E qui giunge a proposito il Dura lex, sed lex. Risale al periodo di introduzione delle leggi scritte nell'antica Roma. Fino ad allora le leggi venivano tramandate per via orale e quindi si prestavano molto alla modifica da parte dei giudici, detentori del potere di rifarsi (anche arbitrariamente) alla tradizione orale. Così il motto significa: sebbene la legge sia dura, è una legge scritta, cioè uguale per tutti e quindi va rispettata comunque. Dai pensionati e dalle dee.

Fu Salomone il più grande somministratore di giustizia. Chi non conosce il "Giudizio" emesso nella contesa tra le due madri, una dura e una pia, per la creatura "da tagliare in due"? Quando l'Eterno gli apparve in sogno e gli disse "Chiedi ciò che vuoi che io ti conceda" lui, pur giovanissimo, scelse la sapienza. Sapienza, forza della Giustizia e forza della Legge.

"La giustizia senza forza è inerme, la forza senza giustizia è tirannica. Incapaci di fare forte ciò che è giusto, abbiamo fatto giusto ciò che è forte." (Blaise Pascal)

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

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



RISCHIO ANESTESIOLOGICO

Domanda: Il periodo di rischio anestesio logico va obbligatoriamente usufruito al di fuori del periodo estivo?

Risposta: Il CCNL non limita il periodo nel quale va usufruito il periodo di rischio anestesio logico. La materia è regolata dall'art. 39 CCNL 10.2.2004 integrato dal comma 3 dell'art.16 del CCNL 6.5.2010 e, può essere così letta: "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".

PART TIME, PD E LAVORO STRAORDINARIO

Domanda: Nel caso di rapporto di lavoro Part-time si è esentati dalla pronta disponibilità? Si può effettuare orario straordinario?

Risposta: L'art.4 del CCNL 22.2.2001 recita: "I dirigenti ad impegno ridotto di tipo orizzontale o verticale non possono svolgere servizio di pronta disponibilità. Il lavoro straordinario è possibile al massimo entro le 20 ore/anno - la PD non è consentita. 4. Il dirigente con rapporto di lavoro ad impegno ridotto di tipo verticale può effettuare prestazioni di lavoro straordinario nelle sole giornate di effettiva attività lavorativa entro il limite massimo individuale annuo di 20 ore. 5. Le ore di lavoro supplementare o straordinario di cui l'azienda - previo consenso del dirigente - chiede occasionalmente lo svolgimento in eccedenza rispetto ai commi 3 e 4 sono retribuite con un compenso pari alla retribuzione oraria maggiorata di una percentuale del 50%. Anche tali ore non possono superare il limite del comma 4.

da sottolineare che l'articolo contrattuale riguarda esclusivamente il part-time e non comprende altri tipi di riduzione oraria. Ovviamente sono salvaguardate (a parte) le tutele della genitorialità

PERIODO DI PROVA

Domanda: Nel calcolo dei 6 mesi di prova per assunzione a tempo indeterminato come vanno conteggiati i giorni di assenza (ferie malattia), il riposo settimanale e i festivi?

Risposta: L'articolo contrattuale che affronta tale problematica è: Art. 14 CCNL 8.6.2000 I biennio economico - Periodo di prova, che recita:

"2. Ai fini del compimento del suddetto periodo di prova si tiene conto del solo servizio effettivo prestato. 3. Il periodo di prova è sospeso in caso di assenza per malattia e negli altri casi espressamente previsti dalla legge o dai regolamenti vigenti ai sensi dell'art. 72 del dlgs 29/1993".

Di conseguenza vanno calcolati esclusivamente i giorni durante i quali si è stati in servizio al fine di una valutazione (prova) delle professionalità possedute.

LAVORO IN REGIME DI EXTRAMOENIA

Domanda: Nel caso di rapporto di lavoro in regime "extramoenia" si ha diritto allo stipendio di risultato, l'indennità di esclusività e l'indennità di posizione variabile aziendale?

Risposta: In caso di rapporto di lavoro in extramoenia si perdono:

- stipendio di risultato (art. 12 CCNL 2002/2005)
- indennità di esclusività (art. 12 CCNL 2002/2005) mentre si percepisce il 50% della indennità di posizione variabile aziendale
- retribuzione di posizione minima unificata in caso di incarico lettera "d" o lettera "c" e sensibile riduzione della stessa in caso di struttura semplice o complessa (art. 43 CCNL 2002/2005).

PREAVVISO PER CAMBIO AZIENDA

Domanda: Come si conciliano i termini di preavviso necessari per le dimissioni da una Azienda con la necessità di prendere servizio presso una nuova Azienda (ambidue a tempo indeterminato)?

Risposta: La problematica non ha una soluzione normativa. È corretto da parte dell'Azienda che si è in procinto di lasciare il pretendere 3 mesi di preavviso (salvo che sia previsto diversamente nel contratto di assunzione) anche se potrebbe concedere, se volesse, un preavviso inferiore.

In alternativa si può ridurre il periodo di preavviso. In questo caso si è tenuti a corrispondere all'Azienda un'indennità pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso (CCNL 1994/97, art. 39 comma 4).

La seconda Azienda non ha obbligo termini di attesa e quindi è necessario concordare una data di passaggio con ambedue le Aziende.

ASSENZE PER MALATTIA

Domanda: Desidererei conoscere in maniera più approfondita la normativa relativa alle assenze per malattia ed in particolare sulla decurtazione economica in busta paga.

Risposta: La decurtazione economica è normata dall'art. 71 DL112/2008, al quale rimandiamo.

Nei primi dieci giorni è corrisposto il trattamento fondamentale con esclusione di ogni indennità od emolumento avente carattere fisso e continuativo. Verranno detratte pertanto, in relazione alle giornate di assenza, le percentuali relative a retribuzione di posizione variabile ed alla retribuzione di risultato. Nel caso in cui si tratti di Responsabile di Struttura Complessa, in proporzione, sono decurtabili anche la relativa indennità, e lo specifico trattamento economico.

È opinabile la trattenuta sull'indennità di esclusività (che comunque fa parte del trattamento accessorio, ed in quanto tale, anch'essa decurtabile).

VISITE FISCALI IN CASO DI MALATTIA

Domanda: Come ci si deve comportare riguardo gli orari relativi alle visite fiscali in caso di malattia? Esiste un limite alle giornate di malattia nell'arco dell'anno?

Risposta: Si deve garantire la propria reperibilità, in caso di malattia, sette giorni su sette (dunque festivi inclusi). Le fasce orarie sono le seguenti: 9.00-13.00 e 15.00-18.00. Il vincolo di

reperibilità decade per le malattie di una certa entità che necessitano di cure salvavita, per gli infortuni sul lavoro, le patologie documentate da causa di servizio, i quadri morbosi inerenti la circostanza di menomazione attestata e per la gravidanza a rischio.

GUARDIA IN RIANIMAZIONE E INTERDIVISIONALE

Domanda: L'Anestesista del DEA oltre alle urgenze chirurgiche dei piani e del DEA può fare anche la guardia medica interdivisionale di notte?

Risposta: Il nostro contratto di assunzione specifica la qualifica con la quale si è assunti e cioè "Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione" e, a cascata, i compiti che ci sono richiesti nella disciplina in questione.

Il collega di guardia in Rianimazione in collaborazione con il collega di guardia per le urgenze anestesio logiche gestiscono le necessità inerenti la disciplina senza abbandonare i pazienti degenti in Rianimazione salvo urgenze di maggior urgenza e dopo aver concordato il da farsi tra i due colleghi Anestesisti rianimatori.

Tutte le altre discipline che non sono garantite da guardia attiva concorderanno una gestione della guardia interdivisionale supportata ulteriormente dalle pronte disponibilità delle singole discipline.

In conseguenza di quanto sopra non è possibile che il medico di guardia in Rianimazione sia incaricato di gestire la guardia interdivisionale.

Si riportano di seguito alcuni stralci di articoli contrattuali riguardanti l'argomento:

Allegato 9 - Guardia medica
In riferimento all'art. 16 del CCNL 3.11.2005 (Servizio di guardia), in attesa dei criteri generali da emanarsi a cura delle singole Regioni, ai sensi dell'art. 9 del CCNL 3.11.2005 (Coordinamento regionale), comma 1, lettera g) per la razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza, le parti si danno atto che la guardia medica di Unità operativa (ex divisionale) dovrebbe essere prevista almeno nelle seguenti tipologie assistenziali:

- ostetricia, pediatria con neonatologia;
- unità di terapie intensive e semi-intensive (rianimatorie, cardiologiche, respiratorie, metaboliche, etc.);
- attività di alta specialità di cui al D.M. del Ministero della Salute del 29 gennaio 1992. Tale previsione riguarda anche le specialità di anestesia, laboratorio analisi e radiodiagnostica negli ospedali sede di dipartimento di urgenza ed emergenza di I e II livello.

Il servizio di guardia istituito per aree funzionali omogenee (ex interdivisionale) può essere previsto solo per aree che insistono sulla stessa sede. Il servizio di guardia notturno e quello festivo devono essere distribuiti in turni uniformi fra tutti i componenti l'equipe.

Le parti si impegnano, inoltre, a perseguire modelli organizzativi per la razionalizzazione ed ottimizzazione dei servizi di guardia necessari all'applicazione degli artt. 17 e 18 del CCNL 3.11.2005.

Con riferimento al servizio di guardia del dirigente medico, la disciplina contrattuale (art. 16, del CCNL 3 novembre 2005), stabilisce che "nelle ore notturne e nei giorni festivi, la continuità assistenziale e le urgenze/emergenze dei servizi ospedalieri e, laddove previsto, di quelli territoriali, sono assicurate, mediante:

a) il dipartimento di emergenza, se istituito, eventualmente integrato, ove necessario da altri servizi di guardia o di pronta disponibilità;

b) la guardia medica di unità operativa o tra unità operative appartenenti ad aree funzionali omogenee (c.d. guardia interdivisionale) e dei servizi speciali di diagnosi e cura;

c) la guardia medica nei servizi territoriali ove previsto"

Per "aree funzionalmente omogenee" bisogna intendere quelle individuate a livello aziendale sulla base dei criteri direttivi regionali (v. art. 9, comma 1, lett. g) del CCNL 3 novembre 2005 e s.m.i.) e finalizzate all'ottimizzazione degli interventi assistenziali tra unità operative tra loro omogenee in relazione alla natura dell'attività specialistica svolta.

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



Crediti E.C.M. richiesti

13^o Congresso
Nazionale

SIARED

Le Nuove Frontiere in
Anestesia, Rianimazione,
Emergenza, Area Critica,
Dolore:
dalla Scienza alla Clinica



25 - 27 Maggio 2017 - Roma Eventi (Fontana di Trevi)

Save the date

Partecipare per crescere

www.aaroiemac.it
www.siared.it

 **AAROIEMAC**
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

INTESA
PROVIDER **ECM**

SIARED
SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA RIANIMAZIONE
EMERGENZA E DOLORE