

# il nuovo Anestesista Rianimatore

NOVEMBRE - DICEMBRE  
2018  
6  
Anno XXVIX

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

## SCIOPERO 23 NOVEMBRE 2018 GRANDE ADESIONE DEGLI ANESTESISTI RIANIMATORI. GRAZIE!



Il bilancio dello sciopero del 23 Novembre, le sfide future e le ultime novità emerse nei giorni di chiusura del giornale sono i temi dell'editoriale del Presidente Nazionale AAROIEMAC di pagina 3. "Lo Sciopero del 23 Novembre è stato un successo, grazie soprattutto alla mobilitazione degli Anestesiisti Rianimatori. Il numero dei Collegi che ha partecipato in tutte le diverse Regioni è stato altissimo. Ci risulta, infatti, che su 12mila Anestesiisti Rianimatori, il 90% abbia aderito allo sciopero". Una dimostrazione di compattezza testimoniata anche dalle tante manifestazioni organizzate a livello regionale e delle quali a pagina 4 e 5 sono pubblicate alcune immagini. Molte altre sono pubblicate sulla pagina Facebook AAROIEMAC.

alle pagine 2, 4, 5

### Centro AAROIEMAC SimuLearn® Il Calendario 2019



a pagina 12

### Tecnologia

#### Nasce la Rubrica "IntensiveApp"



ATB Pro

Medicina e Tecnologia, un binomio indissolubile che da sempre consente alla Scienza di affacciarsi alle porte del Futuro.

Oggi occuparsi di tecnologia in medicina significa anche affrontare

con sguardo critico il mondo di tutte quelle App che in modo sempre più preponderante fanno sentire il peso del loro supporto nella quotidianità di una terapia intensiva o di una sala operatoria. Lo smartphone ha cannibalizzato cartaceo e computer, facendosi strada nella nostra giornata di Anestesiisti Rianimatori 3.0.

Nasce per questi motivi la Rubrica IntensiveApp, curata dal Dr Pasquale Raimondo, che dedica la prima puntata a ATB-Pro, applicazione sviluppata dalla Dr.ssa Giorgia Montrucchio, vincitrice del Memorial Rambaldi 2016, lanciata negli store dal 2017.

a pagina 14

## SA♦QU♦RE

SA♦FETY♦QU♦ALITY♦RE♦LIABILITY

### Il Programma Preliminare

È pubblicato nelle pagine centrali della rivista (al di sotto del quartino estraibile delle Pagine Utili) il Programma Preliminare di SAQUIRE 2019, il Meeting AAROIEMAC che si svolgerà presso Roma Eventi - Fontana di Trevi a Roma dal 4 al 6 Aprile 2019. Titolo di questa seconda edizione è: *Gli Anestesiisti Rianimatori e il "mondo reale": come migliorare la qualità di vita del professionista e dei pazienti salvaguardandone il diritto all'autodeterminazione.*

alle pagine 6 e 11

### Il Nuovo Anestesista Rianimatore diventa digitale

Come anticipato nel precedente numero della rivista, dal 2019 Il Nuovo Anestesista Rianimatore verrà realizzato unicamente in formato digitale, consultabile in .pdf e tramite sfogliatore attraverso il sito internet dell'Associazione.

Una decisione in linea con le esigenze di comunicazione AAROIEMAC che richiedono tempestività e immediatezza.

La rivista si presenterà con una nuova veste grafica e molte altre novità.

## Il Sistema di Protezione Professionale AAROIEMAC diventa 3.0

Nel 2019 il Sistema di Protezione Professionale AAROIEMAC diventa 3.0.

Tra le novità, l'attivazione di uno specifico recapito telefonico gestito dal personale di Segreteria AAROIEMAC,

raggiungibile nelle ore di ufficio, aggiuntivo al n. verde del Broker AON (del quale insieme al portale sarà implementata l'efficienza), in modo tale da poter istituire un vero e proprio

"Pronto Soccorso Medico-Legale" riservato agli Iscritti (sia Specialisti sia Specializzandi) assicurati in "1° Rischio" con le polizze convenzionate AAROIEMAC ad adesione facoltativa.

alle pagine 14 e 16

### Pagine Utili

Un approfondimento del 2017 dedicato all'intubazione in ostetricia.

*"La maggior parte delle problematiche ostetriche e delle intubazioni fallite si hanno durante le emergenze e fuori dall'orario di attività programmata.*

*Le preoccupazioni per un espletamento rapido del parto spesso determinano una sollecitazione a fare in fretta..."*

Inserito estraibile alle pagine 7-10



# Buone Feste!



# Sciopero riuscito, i risultati ci sono. Ma non bastano

**La mobilitazione di Autunno ha prodotto i suoi frutti. E per l'Inverno? La protesta continua**



Nella Foto il Sit In del 17 Ottobre 2018 a Roma

Lo Sciopero del 23 Novembre è stato un successo, grazie soprattutto alla mobilitazione degli Anestesisti Rianimatori. Il numero dei Colleghi che ha partecipato in tutte le diverse Regioni è stato altissimo. Ci risulta, infatti, che su 12mila Anestesisti Rianimatori, il 90% abbia aderito allo sciopero. Di questi, sono circa 6mila quelli che hanno garantito i servizi essenziali, ma i numeri parlano chiaro: in tutta Italia sono state oltre 8mila le sale operatorie chiuse e circa 40mila gli interventi saltati. E' comunque in corso un censimento con i Rappresentanti Aziendali che ci permetterà di avere dati reali da mettere a confronto con quelli che le Aziende daranno, sicuramente a ribasso.

I risultati ottenuti sono sotto gli occhi di tutti.

La mobilitazione, innanzitutto, ha fatto sì che il Ministero si accorgesse di noi al punto che una delegazione delle OO.SS. è stata ricevuta dal Ministro della Salute, Giulia Grillo, al termine della conferenza stampa nazionale che si è svolta a Roma il 23 Novembre.

In quella occasione abbiamo chiesto, ancora una volta, che venisse messa nella Legge di Bilancio, nero su bianco, una maggiore disponibilità di risorse (sblocco dell'articolo 23 comma 2) e che ci fosse una maggiore attenzione per gli specializzandi, in particolare per quello che riguarda la nostra categoria.

Una prima risposta concreta è arrivata nei giorni di chiusura del giornale con alcuni emendamenti alla Manovra riguardanti la sanità, presentati il 2 Dicembre.

Tra questi l'Emendamento 41.027 (indennità di esclusività e altre norme sul personale) aggiungerebbe un articolo 41-bis in tema di Disposizioni in materia sanitaria, stabilendo che il trattamento economico aggiuntivo (indennità di esclusività), fissato dalla contrattazione collettiva in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto esclusivo di lavoro, concorrerà alla determinazione del monte salari utile ai fini della determinazione degli oneri derivanti dalla contrattazione collettiva a carico del bilancio delle amministrazioni competenti. Gli oneri saranno interamente a carico del Fondo sanitario nazionale.

L'AAROI-EMAC ha fatto (e continuerà a fare fino a certezze avvenute) tutto quanto necessario per recuperare basi il più dignitose possibile per il rinnovo contrattuale dei Medici Ospedalieri. Anche grazie a chi ha attivamente partecipato alla nostra protesta del 23 Novembre.

Ma rimaniamo in allerta. Dobbiamo esser pronti ad un altro SCIOPERO qualora tali basi siano nuovamente messe a rischio.

Si coglie, inoltre, l'occasione per raccomandare ai nostri Colleghi di aver sempre la massima fiducia in ciò che facciamo a loro tutela, non cedendo a dubbi di sorta rispetto ad illazioni che vorrebbero minare il valore della nostra attività quotidiana, che svolgiamo sempre con prospettive molto più ampie e responsabili rispetto a quelle che qualcuno ha interesse a far credere.

Rimane, invece, ancora aperto il secondo punto sottoposto il 23 Novembre al Ministro Grillo, ossia la questione della carenza di Anestesisti Rianimatori, rispetto alla quale l'Associazione ha a lungo lavorato, predisponendo - tra l'altro - il documento pubblicato a pagina 3 e inviato al Ministro della Salute il 26 Ottobre.

Ora attendiamo, da chi ha la più autorevole voce in materia, proposte concrete per risolvere tali carenze attraverso un numero adeguato di Nuovi Specialisti da formare nelle Scuole della Rete Formativa, dato che l'aumento di borse previsto dagli emendamenti di cui sopra è insufficiente, per quanto riguarda gli Anestesisti Rianimatori, a poter colmare le carenze.

Altra questione riguarda i Medici da inserire nei Pronto Soc-

corso, in carenza di personale medico ancora più drammatica.

Nel frattempo, "grazie" anche a più o meno noti poteri forti che si muovono per ostacolare l'ingresso al lavoro nella professione medica ospedaliera attraverso una regolare contrattualizzazione pubblica, potrebbe avvenire - stando agli emendamenti presentati - quanto segue:

«LE ASL IN CARENZA DI MEDICI POTRANNO FARE CONTRATTI DI COLLABORAZIONE».

Vi lascio immaginare come saranno pagati questi Colleghi.

Siamo comunque riusciti a porre alcuni paletti a tale ultima previsione, pur consapevoli che non potranno funzionare al 100%. Al proposito, comunque, meglio che niente, di più è stato impossibile ottenere.

I paletti che speriamo almeno vedano davvero la luce in ordine a questo inglorioso sdoganamento di rapporti di lavoro che di "autonomo" avranno solo il potere di sfruttamento aziendale per questi "Contratti di Collaborazione" nel SSN Pubblico:

a) accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili al suo interno anche in relazione al ricorso a tutti gli istituti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente;

b) accertato l'assenza di valide graduatorie di concorso o avviso pubblico, cui attingere per eventuali assunzioni a tempo indeterminato o determinato;

c) accertato, pur in assenza di graduatorie, il rifiuto del personale utilmente collocato nelle stesse graduatorie all'assunzione;

d) indetto, nell'ipotesi di assenza di graduatorie, procedure per assunzione di personale a tempo indeterminato o determinato, in rapporto alla natura permanente o temporanea delle funzioni che deve garantire; l'indizione delle procedure per assunzioni a tempo determinato non è obbligatoria qualora sia presumibile che il loro tempo di espletamento superi la durata della situazione che ha determinato l'attivazione delle procedure di conferimento dell'incarico.

La situazione è quindi in evoluzione, e proprio nel momento in cui scriviamo, nella giostra di annunci che provengono sia dagli ambienti politici sia dai media che ne ripropongono i contenuti, si rincorrono notizie tra loro contrastanti.

L'AAROI-EMAC continuerà a monitorare la situazione e a dare ai propri Iscritti informazioni in tempo reale. Anche per questo motivo è stato deciso di sostituire il giornale cartaceo con una rivista digitale che avrà la stessa funzione informativa garantendo, però, notizie sempre aggiornate.

Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

## 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

### PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore"

### 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](http://www.aaroiemac.it)) ed inviarla come specificato:

in allegato email a: [iscrizioni@aaroiemac.it](mailto:iscrizioni@aaroiemac.it)  
in alternativa via fax al n°: 06 92912888

## L'AAROI-EMAC su INTERNET: [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)

### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

### CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

## il nuovo Anestesista Rianimatore

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

**Autorizzazione**  
Tribunale di Napoli  
4808 del 18/10/1996

**Direttore Responsabile**  
ALESSANDRO VERGALLO

**Vice Direttori**  
CESARE IESU  
TERESA MATARAZZO  
EMANUELE SCARPUZZA

**Comitato di Redazione**  
GIAN MARIA BIANCHI  
POMPILO DE CILLIS  
COSIMO SIBILLA

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

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

**Foto**  
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

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

Chiuso in Redazione il  
4 dicembre 2018  
Tiratura: 11.400 copie  
Spedito il

7 dicembre 2018



## LE RICHIESTE AAROI-EMAC NEL MERITO DEL PROGETTO DI IMPIEGO DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA PER SOPPERIRE ALLE CARENZE DI MEDICI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, NEI PS, NEL 118

**La carenza di Medici Ospedalieri è drammatica soprattutto per gli Anestesisti Rianimatori che lavorano quotidianamente in condizioni critiche a causa degli organici incompleti da anni. Per questo motivo l'AAROI-EMAC, pur consapevole che lo stato attuale è il frutto di una politica miope che per anni ha messo ai margini la sanità, colpendo in particolare il SSN, ha inviato al Ministro della Salute On. Giulia Grillo il documento pubblicato di seguito**

**L'ipotesi di impiegare gli Specializzandi in Formazione Specialistica Post-Laurea (MIF) negli Ospedali per le attività professionali sui Pazienti, al fine di sopperire alle carenze di Medici Specialisti, resta diversa da tutte le altre iniziative a tal fine che l'AAROI-EMAC da molti anni chiede alle Istituzioni di Governo del SSN.**

Per non arrivare all'attuale drammatica carenza emergenziale di Medici Ospedalieri, si sarebbe dovuto intervenire negli ultimi due decenni, in primis con un'adeguata programmazione delle necessità di personale medico specialista, e quindi delle relative borse di studio, oltre che con le assunzioni e le stabilizzazioni contrattuali (nel CCNL della Dirigenza Medica) di tutti gli Specialisti già disponibili che servono dove realmente servono.

A tale programmazione sarebbe stata funzionale e necessaria un'analisi seria, in tutti i settori della Medicina Ospedaliera, dei reali fabbisogni di personale, che prescindono dalle "dotazioni organiche" storiche di ciascuna Unità Operativa di ciascun Ospedale, le quali in certi casi non sono più corrispondenti, né nell'attualità né in prospettiva, ai volumi di prestazioni sanitarie rese ai Cittadini.

Tutte iniziative sulla cui urgenza l'AAROI-EMAC ha lanciato allarmi da anni ed anni, e che comunque è oggi più che mai doveroso attuare, dato che non esiste soltanto il problema delle carenze. Esiste, più sommerso ma non per questo meno grave, il problema di uno squilibrio, tra Ospedale e Ospedale, e tra le UU. OO. di ciascun Ospedale, del rapporto tra personale in servizio e carichi di lavoro effettivo.

In occasione dell'audizione delle OO.SS. della Dirigenza Medica svoltasi il 30 Agosto presso il Dicastero della Salute veniva presentato allo Staff del Ministro On. Giulia Grillo, sotto l'egida sindacale AAROI-EMAC, un documento condiviso con il mondo scientifico e accademico dell'Anestesia e Rianimazione, il quale documento si limitava ad evidenziare i nodi normativi, giuridici, ed ordinamentali, che ad oggi non ci pare consentano di dar seguito al progetto governativo in questione, riservandoci in un secondo momento i nostri suggerimenti e le nostre richieste sulla questione. Il documento presentato il 30 Agosto 2018 è disponibile al link:

<https://www.aaroiemac.it/website/-n1723.html>

**Ebbene, nel caso in cui le Istituzioni di Governo del SSN intendano perseguire un percorso di impiego professionale dei MIF negli Ospedali per sopperire alle attuali carenze emergenziali di Medici Specialisti, essendo da tempo consapevole delle crescenti difficoltà che le Amministrazioni Ospedaliere devono affrontare per assicurare ai Cittadini le prestazioni sanitarie a cui hanno diritto, e che invece sono messe sempre più a rischio dalle carenze in questione, l'AAROI-EMAC non intende attuare una sterile e controproducente azione di ostacolo o di avversione, anche perché questo già avviene in non pochi Ospedali d'Italia, che in modo più o meno occulto sostituiscono con i MIF, in attività per le quali le attuali normative richiedono la specializzazione, gli Specialisti mancanti.**

Pertanto, una seria regolamentazione nazionale in proposito, concordata anche a livello contrattuale con le OO. SS. di riferimento, non farebbe altro che offrire la possibilità di cessare quello che oggi è solo uno sfruttamento selvaggio dei MIF, a discrezione locale, che inoltre non ottempera, quanto alla metodologia didattica e formativa sul campo, nemmeno agli ordinamenti universitari.

L'AAROI-EMAC, pertanto, considerata l'emergenza in atto e le sue prospettive di peggioramento, anche in relazione alla curva pensionistica cui va oggi incontro la popolazione medica ospedaliera, si dichiara responsabilmente favorevole all'impiego professionale dei MIF in questione, restando a completa disposizione per collaborare con le Istituzioni di governo del SSN alle soluzioni migliori possibili in tale direzione, chiedendo che tale impiego sia strettamente correlato:

➤ alla risoluzione delle problematiche inerenti lo status giuridico e la responsabilità professionale dei Medici in Formazione (MIF), oltre che quella degli Specialisti "Tutor";

➤ ad un contestuale riordino dell'intera organizzazione ospedaliera, in particolare attraverso:

- un consistente e non marginale aumento dei posti di formazione specialistica;
- la stabilizzazione contrattuale di tutti i Precari, attraverso concorsi pubblici nell'Area della Dirigenza Medica;
- nuove assunzioni contrattuali di tutti gli Specialisti già formati, sempre attraverso concorsi pubblici nell'Area della Dirigenza Medica;
- il passaggio di tutti i Medici che attualmente lavorano negli Ospedali con contratti diversi dal CCNL della Dirigenza Medica a tale CCNL;
- la destituzione della vergognosa equipollenza di ben 43 specializzazioni alla "Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza", "grazie" alla quale un gran numero di Medici viene assunto nei PS con l'unico obiettivo (anche delle Direzioni Aziendali) di transitare prima possibile in UU. OO. che con il PS nulla hanno a che fare, lasciando costantemente sguarnito uno dei settori ospedalieri più critici;
- il rispetto, in tutti gli Ospedali, delle corrette applicazioni contrattuali relative alle presenze in servizio, alle guardie, alle pronte disponibilità;
- l'abolizione dell'obbligo di nulla osta (introdotto dalla Legge Madia), da parte dell'Azienda di appartenenza, per la mobilità in generale verso altra Azienda di destinazione, da e per UU.OO. di identica funzione, riportando la mobilità unicamente all'accettazione delle Aziende di nuova destinazione, senza colloqui, dato che non si tratta di novazione del rapporto di lavoro;
- una norma, o almeno una circolare ministeriale, per lo snellimento della concessione delle aspettative per passaggio (a T.I. o a T.D.) ad altre Aziende, rendendo uniforme a 1 mese il tempo di passaggio tra le Aziende, comprensivo delle ferie arretrate;

➤ alla previsione, per tutte le UU. OO. Ospedaliere, che tale impiego dei MIF sia attuato:

- solo negli Ospedali facenti parte della Rete Formativa, certificati dal MIUR e dal Ministero della Salute;
- previa assunzione contrattualizzata (e quindi remunerata in modo completamente diverso da come attualmente è in essere, attraverso "borsa di studio", il percorso di formazione specialistico) dei MIF interessati;
- solo dopo aver espletato concorsi per Medici Specialisti e solo dopo averne esaurito completamente e regolarmente le relative graduatorie;
- solo (almeno in una prima fase "sperimentale", per poterne valutare i risultati effettivi in termini di efficacia, efficienza, adeguatezza anche di spesa in relazione ai risultati) per una finestra temporale limitata, p. es. triennale;

➤ nonché alla limitazione, almeno nelle UU. OO. di Anestesia e Rianimazione, di impiegare solo i MIF all'ultimo anno del percorso formativo specialistico, data la peculiarità e il grado di responsabilità che grava su questa Disciplina.

**Per l'AAROI-EMAC, comunque, non sarebbe accettabile l'eventuale soluzione di demandare la declinazione delle "Job Descriptions" professionali dei MIF contrattualizzati come sopra descritto (quindi a tutti gli effetti rientranti nell'ambito dell'organizzazione del lavoro) ad ogni singola Amministrazione Ospedaliera, né tantomeno ad ogni singola Scuola di Specializzazione, in quanto si aggraverebbero ancora di più le non trascurabili difformità oggi esistenti nei percorsi formativi che i MIF seguono nelle varie Scuole e negli Ospedali delle rispettive Reti Formative.**

Tali "Job Descriptions" dovrebbero assolutamente essere, a nostro parere, tutte precisamente normate a livello nazionale, ed anche a tal fine siamo disponibili a collaborare fattivamente, avendo potuto valutare dal 30 Agosto scorso ad oggi, come Associazione Professionale oltre che come Sindacato, i possibili modelli organizzativi da potersi adottare nel merito senza arrecare scadimento alla qualità e alla sicurezza delle prestazioni ospedaliere in generale, sia per i Cittadini, sia per

tutti gli Operatori Sanitari coinvolti nelle cure, i quali modelli potranno essere illustrati agli Uffici del Ministero della Salute non appena saranno più chiari gli ambiti del progetto in questione.

**Alcuni Principi che l'AAROI-EMAC, proprio per la qualità e la sicurezza, sottolinea per i 3 Settori di proprio peculiare interesse:**

➤ **per l'Anestesia e Rianimazione, le attività professionali più impegnative dei MIF (per esempio, le procedure anestesologiche in sala operatoria) non dovrebbero mai essere completamente svincolate da un Dirigente Medico Specialista "Tutor", fisicamente presente rispettivamente nel Blocco Operatorio o in Rianimazione, dovendosi escludere ogni modello organizzativo che per le suddette attività preveda sia una completa autonomia dei MIF, sia (come peraltro oggi illecitamente e pericolosamente avviene in certi Ospedali) un "tutoraggio" o una "tutela" a carico di uno Specialista a distanza "presente nella Struttura", o peggio ancora "da casa". Tra tali attività più impegnative rientrano senza alcun dubbio, per esempio, le procedure anestesologiche in sala operatoria, anche per le quali, ciò nonostante, sono possibili modelli organizzativi attraverso i quali l'impegno professionale contrattualizzato dei MIF può contribuire non poco ad una maggiore produttività;**

➤ **nei PS, nulla osta a prevedere che le attività professionali di non elevata complessità (tipicamente codici bianchi/verdi) possano essere svolte solo dai MIF in Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza (senza escludere altre soluzioni comunque rientranti nell'ordinamento organizzativo e contrattuale della Medicina Ospedaliera) secondo criteri da definirsi anche in relazione a quali annualità del percorso formativo specialistico da potersi coinvolgere, dovendosi però a nostro parere escludere nel modo più assoluto qualsivoglia soluzione che coinvolga i Medici di Medicina Generale (MMG);**

➤ **per il Sistema 118, si può senz'altro prendere in considerazione un coinvolgimento dei soli MIF in Anestesia e Rianimazione ed in Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza, che a partire in questo caso dal terzo anno di formazione specialistica hanno già maturato le competenze anche certificate da specifici percorsi didattici, e sono in tale settore senz'altro più idonei di uno specialista in altre discipline ospedaliere o di un MMG.**

L'AAROI-EMAC resta a completa disposizione per ogni possibilità di collaborazione, al fine di affrontare una situazione emergenziale che (in particolare tra altre Discipline Specialistiche) per l'Anestesia e Rianimazione, oltre che per i PS e per il 118, si trascina da troppi anni e nel merito della quale esprime il più sincero apprezzamento per l'impegno che il Ministro della Salute On. Giulia Grillo, con i suoi Collaboratori, sta ponendo al fine di risolverla prima possibile e al meglio possibile.

Dr Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

Per ulteriori approfondimenti è disponibile online la Comunicazione agli Iscritti inviata il 26 Ottobre 2018 in cui sono state spiegate in maniera dettagliata le motivazioni che hanno portato alla definizione del documento AAROI-EMAC:

**CLICK HERE**

<https://www.aaroiemac.it/website/-n1727.html>



# Sciopero 23 Novembre 2018 - Grande

## Organizzati Sit In e Assembli

*Alcune immagini in cui sventolano le Da Nord a Sud in tanti hanno parte*

### ROMA



### LOMBARDIA



### PIEMONTE



### VENETO



### EMILIA ROMAGNA



### TOSCANA





# adesione degli Anestesisti Rianimatori!

## ee in tutte le Regioni italiane

*bandiere azzurre dell'AAROI-EMAC  
cipato alle diverse manifestazioni!*

### MARCHE



### SARDEGNA



### UMBRIA



### ABRUZZO



### MOLISE



### CAMPANIA



### SICILIA





**Gli Anestesisti Rianimatori e il "mondo reale": come migliorare la qualità di vita di**

Giovedì 4 Aprile 2019 • AUDITORIUM LOYOLA • 13:50-17:40

**PROFESSIONE ANESTESISTA RIANIMATORE: UNA FINESTRA SUL MONDO REALE**

13:50-14:00	Registrazione Partecipanti
14:00-14:40	Professione Anestesista Rianimatore: presente e futuro
14:40-15:20	Il ruolo di Cittadinanzattiva nel miglioramento di qualità delle cure
15:20-16:00	Il ruolo del mondo militare nell'innovazione dei percorsi assistenziali nell'emergenza
16:00-16:30	Coffee Break
16:30-17:00	Il ruolo dei NAS nel miglioramento di qualità delle strutture sanitarie
17:00-17:20	Il ruolo del Comitato Etico in sanità
17:20-17:40	Da Pubmed a Facebook: il vero volto della comunicazione digitale
17:40	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

18:00-18:45	DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: PROVE TECNICHE DI CIVILTÀ (Saluti Inaugurali di Benvenuto al Meeting) Premiazione miglior poster a giovane anestesista rianimatore (under 35)
-------------	---

18:45-19:30	SALA ARIOSTO WELCOME COCKTAIL INAUGURALE
-------------	---

Giovedì 4 Aprile 2019 • SALA FOSCOLO • 9:50 -17:40

**PROFESSIONE MEDICO OSPEDALIERO: DIRITTI E DOVERI**  
*Corso di formazione sindacale*

09:50-10:00	Registrazione Partecipanti
10:00-10:40	Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica: Attualità e Prospettive
10:40-11:20	La Scuola di Formazione AAROI-EMAC sui Diritti e Doveri del Medico Ospedaliero
11:20-12:00	Come affrontare la trattativa decentrata – Chi tratta e cosa
12:00-12:40	Orario di lavoro/servizio e dotazione organica necessaria - redazione dei turni di servizio – Straordinario e prestazioni aggiuntive
12:40-13:00	La busta paga
13:00-14:00	Pausa pranzo
14:00-14:40	Le norme europee sui riposi e la loro applicazione
14:40-15:20	Le ferie ed i recuperi – La pronta disponibilità
15:20-16:00	Il sistema degli incarichi professionali
16:00-16:30	Coffee Break
16:30-17:10	Criticità e rischi in alcuni incarichi professionali
17:10-17:40	La sede di lavoro – La mobilità – Cambiamenti di sede
17:40	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Giovedì 4 Aprile 2019 • SALA CARDUCCI • 13:50-17:40

**SICUREZZA in ANESTESIA e TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**

13:50-14:00	Registrazione Partecipanti
14:00-14:40	Le norme di buona pratica clinica e i modelli organizzativi in anestesia pediatrica
14:40-15:20	La qualità e i bisogni formativi nella rete di Terapia intensiva neonatale-pediatria
15:20-16:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
16:00-16:30	Coffee Break
16:30-17:00	Protocolli di gestione dell'anestesia pediatrica: esperienza dell'Ospedale Gaslini di Genova
17:00-17:20	PDPA e sicurezza in Anestesia pediatrica: l'esperienza dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma
17:20-17:40	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
17:40	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Giovedì 4 Aprile 2019 • SALA ALIGHIERI • 13:50-17:40

**ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE: imparare "le regole del gioco"**

13:50-14:00	Registrazione Partecipanti
14:00-14:40	La Direzione Strategica aziendale
14:40-15:20	Il ruolo chiave dei Direttori di Dipartimento nelle aziende sanitarie
15:20-15:40	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
15:40-16:10	Coffee Break
16:10-16:40	Il ruolo chiave del Governo Clinico e del Risk Management nelle aziende sanitarie
16:40-17:20	Il responsabile della sicurezza nell'azienda sanitaria e le responsabilità dei Direttori di Struttura
17:20-17:40	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
17:40	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Venerdì 5 Aprile 2019 • AUDITORIUM LOYOLA • 08:20-13:00

**PROBLEMATICHE MEDICO LEGALI IN ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA:**  
*professione = percorso "a ostacoli"*

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	Il profilo di responsabilità penale alla luce della legge Gelli-Bianco
09:00-09:30	Il ruolo del consenso informato nell'attività sanitaria
09:30-10:00	La responsabilità contabile e l'azione di rivalsa alla luce della legge Gelli-Bianco
10:00-10:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:30-11:00	Coffee Break
11:00-11:30	La cartella clinica e la tracciabilità dei dati
11:30-12:00	L'attività consulenziale tra obblighi e discrezionalità
12:00-12:30	La nuova normativa sulla privacy e sua applicazione nelle aziende sanitarie
12:30-13:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Venerdì 5 Aprile 2019 • SALA FOSCOLO • 08:20-13:00

**IL BUON USO DEL SANGUE: IMPATTO SUGLI ESITI E SULL'ECONOMIA SANITARIA**

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	Indicazione alla trasfusione di sangue: linee guida e buone pratiche
09:00-09:40	Le alternative agli emocomponenti
09:40-10:20	Albumina: quando è necessaria?
10:20-10:50	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:50 -11:20	Coffee Break
11:20-12:00	La trasfusione di sangue ed emocomponenti: complicanze ed effetti collaterali
12:00-12:30	La gestione del sangue negli obiettori di coscienza: problematiche giuridiche
12:30-13:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Venerdì 5 Aprile 2019 • SALA CARDUCCI • 08:20-13:00

**HOT TOPICS IN ANESTESIA: obiettivo sicurezza**

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	ALR: impatto delle nuove tecniche sulla sicurezza
09:00-09:30	L'anestesia in chirurgia robotica: problematiche cliniche e organizzative
09:30-10:00	I protocolli ERAS: impatto su efficienza e sicurezza
10:00-10:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:30-11:00	Coffee Break
11:00-11:30	Cricotirotomia d'urgenza: tecniche e responsabilità professionale
11:30-12:00	PORC: obiettivo prevenzione
12:00-12:30	La gestione dell'ipotensione intraoperatoria: come evitare di essere attaccabili
12:30-13:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Venerdì 5 Aprile 2019 • SALA ALIGHIERI • 08:20-13:00

**LA SCELTA DELLA QUALITÀ DELLE TECNOLOGIE NELLE GARE OSPEDALIERE:**  
*GLI INDICATORI "NON NEGOZIABILI"*

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	Il codice degli appalti e le procedure d'acquisto
09:00-09:30	Il ventilatore in Anestesia – indicatori di qualità
09:30-10:00	Il ventilatore in Terapia Intensiva – indicatori di qualità
10:00-10:30	L'Ecografo – Indicatori di qualità
10:30-10:50	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:50 -11:20	Coffee Break
11:20-12:00	Il Defibrillatore – Indicatori di qualità
12:00-12:30	Il BISS – strumento utile o indispensabile per la qualità e la sicurezza delle cure?
12:30-13:00	La normotermia in anestesia: quale impatto su qualità e sicurezza delle cure
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

# el professionista e dei pazienti salvaguardandone il diritto all'autodeterminazione

Venerdì 5 Aprile 2019 ♦ AUDITORIUM LOYOLA ♦ 14:20-19:00

## GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE IN ANESTESIA

14:20-14:30	Registrazione Partecipanti
14:30-15:00	L'efficacia della comunicazione organizzata nella gestione dell'emergenza ostetrica intra ospedaliera
15:00-15:30	L'efficacia della comunicazione organizzata nella gestione del bambino
15:30-16:00	La comunicazione organizzata per procedure: le ragioni della sicurezza
16:00-16:20	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
16:20-16:50	Coffee Break
<b>GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA</b>	
16:50-17:30	Il passaggio di consegne
17:30-18:30	Analisi comparata del passaggio di consegne: esercitazione su più modelli in Sala Operatoria e in Terapia Intensiva. Esercitazione.
18:30-19:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Venerdì 5 Aprile 2019 ♦ SALA FOSCOLO ♦ 14:20-19:00

## QUALITÀ IN TERAPIA DEL DOLORE ACUTO, CRONICO, CURE PALLIATIVE E FINE VITA

14:20-14:30	Registrazione Partecipanti
<b>DOLORE ACUTO</b>	
14:30-15:00	Impatto legge 38/2010 sugli Anestesisti Rianimatori: valutazione analitica
15:00-15:40	Organizzazione di un Servizio di Partoanalgesia
15:40-16:20	Opportunità terapeutiche nella gestione del dolore acuto post operatorio: i farmaci, i presidi, l'organizzazione orientata all'efficacia e sicurezza
16:20-16:40	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
16:40-17:10	Coffee Break
<b>DOLORE CRONICO E CURE PALLIATIVE</b>	
17:10-17:40	Modelli organizzativi nella gestione del dolore cronico e specificità dell'Anestesista Rianimatore
17:40-18:10	Il sistema di rimborso nella terapia del dolore cronico
18:10-18:40	La sedazione terminale in cure palliative: indicazioni e limiti
18:40-19:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Venerdì 5 Aprile 2019 ♦ SALA CARDUCCI ♦ 14:20-19:00

## L'INFORMATIZZAZIONE IN ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA SANITARIA

14:20-14:30	Registrazione Partecipanti
14:30-15:00	La cartella clinica informatizzata in Anestesia e Terapia Intensiva
15:00-15:30	Le App in Anestesia
15:30-16:00	Le App in Terapia Intensiva
16:00-16:20	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
16:20-16:50	Coffee Break
16:50-19:00	UN GIORNO IN PROCURA Fiction di un contenzioso in cui è coinvolto un Anestesista Rianimatore:
	Casting L'Anestesista Rianimatore e la sua testimonianza L'Avvocato dell'Anestesista Rianimatore Il Medico Legale dell'Anestesista-Rianimatore L'Anestesista Rianimatore Consulente dell'Anestesista-Rianimatore Il Medico Legale del ricorrente L'Anestesista Rianimatore Consulente del Ricorrente L'Avvocato del ricorrente
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Venerdì 5 Aprile 2019 ♦ SALA ALIGHIERI ♦ 14:20-19:00

## SICUREZZA E QUALITÀ IN ANESTESIA

14:20-14:30	Registrazione Partecipanti
14:30-15:00	La gestione sicura del paziente fratturato di femore
15:00-15:40	Decadimento cognitivo nell'anziano dopo esposizione ad AG: mito o realtà
15:40-16:20	Big data e blockchain: come organizzare le informazioni in sala operatoria
16:20-16:40	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
16:40-17:10	Coffee Break
17:10-17:40	Sicurezza e qualità nella farmaceutica: la generazione dei farmaci e il suo impatto in Anestesia e Terapia Intensiva
17:40-18:10	Farmaci LASA e strategie per la prevenzione dell'errore nell'uso dei farmaci
18:10-18:40	Dati e standard di organizzazione e di performances in sala operatoria
18:40-19:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Sabato 6 Aprile 2019 ♦ AUDITORIUM LOYOLA ♦ 08:20-13:00

## FORUM IN TERAPIA INTENSIVA

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	L'antibiotico resistenza: strategie per una corretta gestione del paziente
09:00-09:30	La light sedation in terapia intensiva come prevenzione delle complicanze
09:30-10:00	ECMO: indicazioni e limiti
10:00-10:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:30 -11:00	Coffee Break
<b>IL SISTEMA DI PROTEZIONE ASSICURATIVA</b>	
11:00-11:30	A cura di AON
11:30-12:00	A cura di AON
12:00-12:30	A cura di AON
12:30-13:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

13:00-13:30	SA♦QU♦RE 2019 SALUTI DI CHIUSURA MEETING ARRIVEDERCI AL 2020
-------------	--

Sabato 6 Aprile 2019 ♦ SALA FOSCOLO ♦ 08:20-13:00

## I PERCORSI ASSISTENZIALI E LA CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ IN ANESTESIA

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	Percorsi certificati dalla "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)"
09:00-09:40	Percorsi certificate dal Canadian Council of Health Service Accreditation (CCHSA)
09:40-10:20	La Certificazione delle Professioni Sanitarie: razionale
10:20-10:50	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:50-11:20	Coffee Break
11:20-12:00	Il regolamento per il funzionamento del blocco operatorio: uno strumento indispensabile
12:00-12:30	La recovery Room e la Terapia Intensiva Post Operatoria: razionale e problematiche organizzative
12:30-13:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Sabato 6 Aprile 2019 ♦ SALA CARDUCCI ♦ 08:20-13:00

## EMERGENZA SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA ED ELISOCORSO

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	Linea Guida SIAARTI per l'Elisoccorso
09:00-09:30	Elisoccorso ed emergenza territoriale: problematiche organizzative e soluzioni da proporre
09:30-10:00	Gli incidenti critici in Elisoccorso
10:00-10:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:30 -11:00	Coffee Break
11:00-11:30	Stabilizzazione e trasporto del malato critico: il ruolo dell'elisoccorso
11:30-12:00	Nuove tecnologie a servizio dell'elisoccorso: l'ospedale volante
12:00-12:30	Maxiemergenze: l'esperienza del ponte Morandi
12:30-13:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

Sabato 6 Aprile 2019 ♦ SALA ALIGHIERI ♦ 08:20-13:00

## LINEE GUIDA: WORK IN PROGRESS

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti
08:30-09:00	Il significato delle linee guida secondo AGENAS
09:00-09:40	La visita anestesiológica preoperatoria: valutazione del rischio per ottimizzare la sicurezza (Linee guida ESA)
09:40-10:20	Linee guida sulla gestione delle vie aeree
10:20-10:50	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
10:50-11:20	Coffee Break
11:20-12:00	Linee guida sugli accessi vascolari. A che punto siamo?
12:00-12:30	Buone pratiche sulla ventilazione meccanica
12:30-13:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori

# Centro AAROI-EMAC SimuLearn®

## CALENDARIO CORSI 2019

Il calendario dei corsi di Simulazione Medica Avanzata organizzati tramite AreaLearn Provider ECM che si svolgeranno presso il Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna nel 2019. Tutti i percorsi formativi proposti 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. Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile sul sito [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it).

Per ulteriori informazioni, è possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425 o scrivere al seguente indirizzo mail: [simulearn@aaroiemac.it](mailto:simulearn@aaroiemac.it)

### CORSO ACLS-CRM

Mercoledì 16/Giovedì 17 Gennaio	Mercoledì 20/Giovedì 21 Febbraio	Lunedì 25/Martedì 26 Marzo	Lunedì 15/Martedì 16 Aprile	Lunedì 6/Martedì 7 Maggio	Lunedì 3/Martedì 4 Giugno
Lunedì 16/Martedì 17 Settembre	Mercoledì 9/Giovedì 10 Ottobre	Mercoledì 27/Giovedì 28 Novembre			

### PALS (Pediatric Advanced Life Support)

	Lunedì 4/Martedì 5 Febbraio <b>CORSO CHIUSO</b>			Mercoledì 15/Giovedì 16 Maggio <b>CORSO CHIUSO</b>	
	Mercoledì 16/Giovedì 17 Ottobre				

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

		Mercoledì 13/Giovedì 14 Marzo			
		Mercoledì 6/Giovedì 7 Novembre			

### I MEDICI E LA COMUNICAZIONE DIGITALE

	Venerdì 15/Sabato 16 Febbraio				
	Mercoledì 23/Giovedì 24 Ottobre				

### Corso Base di Ecografia in Anestesia Locoregionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 28/Martedì 29 Gennaio	Lunedì 11 e 25/Martedì 12 e 26 Febbraio	Lunedì 18/Martedì 19 Marzo	Lunedì 8/Martedì 9 Aprile	Lunedì 13/Martedì 14 Maggio	Lunedì 10/Martedì 11 Giugno
	Lunedì 7/Martedì 8 Ottobre	Lunedì 4/Martedì 5 Novembre	Lunedì 2/Martedì 3 Dicembre		

### Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia Locoregionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 14/Martedì 15 Gennaio <b>CORSO CHIUSO</b>				Lunedì 27/Martedì 28 Maggio <b>CORSO CHIUSO</b>	
Lunedì 30 Sett./Martedì 1 Ott.		Lunedì 18/Martedì 19 Novembre			

### Corso Base di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 23/Giovedì 24 Gennaio <b>CORSO CHIUSO</b>		Mercoledì 20/Giovedì 21 Marzo <b>CORSO CHIUSO</b>	Mercoledì 10/Giovedì 11 Aprile <b>CORSO CHIUSO</b>	Lunedì 20/Martedì 21 Maggio	
Mercoledì 18/Giovedì 19 Settembre	Lunedì 14/Martedì 15 Ottobre	Lunedì 25/Martedì 26 Novembre			

### Corso Avanzato di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

	Lunedì 18/Martedì 19 Febbraio <b>CORSO CHIUSO</b>				Mercoledì 5/Giovedì 6 Giugno
			Lunedì 9/Martedì 10 Dicembre		

### Il Ruolo dell'Ecografia nell'ACLS- Corso Avanzato con Sistemi di Simulazione

		Lunedì 4/Martedì 5 Marzo			
		Lunedì 11/Martedì 12 Novembre			

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

Lunedì 21/Martedì 22 Gennaio				Mercoledì 22/Giovedì 23 Maggio <b>CORSO CHIUSO</b>	
		Mercoledì 20/Giovedì 21 Novembre			

### Corso Avanzato di Simulazione per l'Emergenza in Ostetricia e Rianimazione Neonatale

		Mercoledì 6/Giovedì 7 Marzo			
	Mercoledì 2/Giovedì 3 Ottobre				

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

	Mercoledì 27/Giovedì 28 Febbraio <b>CORSO CHIUSO</b>				
--	---	--	--	--	--

### SICUREZZA IN ANESTESIA: verso nuovi standard lavorativi

		Venerdì 8/Sabato 9 Marzo			
--	--	--------------------------	--	--	--

### L'uso Globale dell'ecografo negli accessi vascolari con Sistemi di Simulazione

	Mercoledì 13/Giovedì 14 Febbraio <b>CORSO CHIUSO</b>				
	Lunedì 21/Martedì 22 Ottobre				

### L'ARDS: dalla teoria alla pratica clinica

	Mercoledì 6/Giovedì 7 Febbraio <b>CORSO CHIUSO</b>			Mercoledì 12/Giovedì 13 Giugno <b>CORSO CHIUSO</b>	
		Mercoledì 13/Giovedì 14 Novembre			

### S.T.P.C. Sicurezza del Trasporto del Paziente

				Mercoledì 29/Giovedì 30 Maggio	
--	--	--	--	--------------------------------	--



## La Corte Costituzionale conferma la trattenuta del 2,5%

**Secondo la Sentenza la riduzione non viola i principi costituzionali di parità e giusta retribuzione**



Anche per la Corte costituzionale è apparsa legittima la trattenuta del 2,5% sullo stipendio, operata ai pubblici dipendenti, nonostante l'abrogazione della buonuscita e l'introduzione del Tfr dal 2001.

La Corte, con la sentenza n. 213 del 22 novembre, ha affermato che tale riduzione non viola i principi costituzionali di parità e giusta retribuzione.

La vicenda della sostenuta ingiustizia della trattenuta del 2,5% si apre con la legge n. 448/1998, la Finanziaria per il 1999, attraverso la quale si disponeva dal 1° gennaio 2001 il

passaggio a regime di TFR di tutto il personale dello Stato in regime già di TFS, ovvero assunto prima del 2000. Diverse ordinanze sollevate sui ricorsi provenienti da giudici giungono alla Consulta che decreta, con la sentenza n. 223/12, come illegittima la trattenuta del 2,5% nel nuovo regime di TFR.

Con la legge 228/12 il governo di allora corre ai ripari e dispone il reintegro del regime di TFS per il suddetto personale, onde evitare di restituire la trattenuta del 2,5% operata, salvo entro un anno disporre la liquidazione della differenza tra TFS e TFR al personale andato in pensione.

Sono passati sei anni, ma il decreto non è mai uscito per cui agli interessati, specie a quelli già andati in pensione, era stato suggerito di presentare un decreto ingiuntivo e a chi è in servizio di inviare una diffida per interrompere i termini di prescrizione.

Tuttavia, nel frattempo, la Consulta si era pronunciata una seconda volta con la sentenza n. 244/14, dichiarando legittima la trattenuta del 2,5% in regime di TFS proprio perché diverso dal regime di TFR dove non esiste ai sensi del codice civile richiamato.

In ultimo è intervenuto il tribunale di Perugia ritenendo dubbia la legittimità costituzionale dei provvedimenti di riduzione della retribuzione in quanto comporterebbero un'evidente e ingiustificata disparità di trattamento tra dipendenti dello Stato e degli enti locali in regime di buonuscita e gli stessi lavoratori in regime di Tfr. Poiché i primi risulterebbero titolari di una retribuzione più elevata di quella dei secondi. Il più rappresentato

proprio dal contributo del 2,5%.

La Corte ha ritenuto non fondata la questione di legittimità adombrata dal tribunale perugino. Infatti ritiene che il meccanismo di riduzione della retribuzione lorda applicato in misura pari all'ammontare del contributo soppresso è stato preordinato a contenere gli oneri connessi all'introduzione del Tfr e rispondere all'esigenza di apportare indispensabili adeguamenti della struttura retributiva e contributiva del personale che transita al regime del Tfr, al fine di salvaguardare l'invarianza della retribuzione netta. Condizione prescritta dalla stessa legge.

Aggiunge, ancora, la Corte che la riduzione prevista è anche la risultanza di un percorso negoziale indirizzato a salvaguardare la parità del trattamento retributivo dei dipendenti con il medesimo inquadramento e con le stesse mansioni, proprio in armonia con il principio di parità di trattamento contrattuale dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche.

Infatti tale principio impone che, a parità d'inquadramento e di mansioni, corrisponda la stessa retribuzione e che questa non possa modificarsi in ragione di dato accidentale quale è l'applicazione del regime del Tfr ovvero del Tfs.

Infine la Corte, escludendo la violazione dell'articolo 3 della Costituzione, osserva che l'eterogeneità delle regole disciplinanti i due regimi preclude una valutazione comparativa come era stato richiesto dal tribunale di Perugia.

*Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali  
Articolo del 25 Novembre 2018*

### IL DIBATTITO SUL BIOTESTAMENTO

## “Non avevamo bisogno di questa Legge”

Prosegue il dibattito nato in seguito all'articolo sulla Legge 219/2017, pubblicato sul numero 3 del Nuovo Anestesista Rianimatore a sintesi della Sessione sul tema che si è svolta nell'ambito del Meeting SAQURE.

Dopo l'intervento, nello scorso numero, della Dr.ssa Mariachiara Re, si propone di seguito il contributo inviato dal Dr Marcello Ricciuti.

*Da medico, anestesista-rianimatore per 20 anni e da 12 anni palliativista e direttore di un Hospice, mi sento di dire che la legge “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, su cui verte un interessante dibattito sul nostro giornale, così come è strutturata, presenta più ombre che luci e non sembra rispondere principalmente a logiche cliniche e funzionali alle persone sofferenti.*

*Anzi credo che se si trattasse realmente di garantire il consenso ai trattamenti e di evitare l'accanimento terapeutico non sarebbe stata proprio necessaria una legge, che tra l'altro non può prevedere tutte le possibili situazioni cliniche in cui ci si può venire a trovare. Infatti basterebbe applicare l'art. 32 della Costituzione (“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”) e l'art. 16 del codice di deontologia medica (“Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati”) per garantire un corretto rapporto fra curante e curato, per garantire il rispetto dell'autonomia del paziente ed evitare trattamenti non giustificati, non proporzionati e dannosi per il paziente stesso.*

*Infatti è già un dovere di ogni medico, e soprattutto di quei medici che si trovano spesso alle frontiere della medicina, ai confini tra la vita e la morte, decidere, sulla base delle proprie competenze e delle conoscenze scientifiche del momento, e quindi proporre al paziente o al suo nucleo familiare, il trattamento più appropriato, più utile (e quindi non <futi-*

*le> per usare una categoria cara alla bioetica anglosassone) alla situazione clinica attuale.*

*Ora questa situazione può essere frutto di una lunga storia di malattia, durante la quale si può pianificare il percorso di cure appropriate, oppure può verificarsi più o meno improvvisamente e le decisioni sono affidate alla valutazione dell'equipe curante, spesso di Pronto soccorso o di rianimazione, che non può prevedere l'esito del soccorso e delle cure, e che deve dedicarsi alla salvaguardia della vita quando ci siano i presupposti clinici perché la terapia intensiva possa avere successo.*

*Del resto chi può dire quante vite sono state salvate dal progresso e dall'affinamento delle tecniche di rianimazione, dai trapianti d'organo e dalle tecniche di supporto vitale, in via di continua evoluzione? Certo l'applicazione di queste tecniche può anche determinare una evoluzione sfavorevole che non si conclude con la morte ma con la disabilità, più o meno grave, dove si pone il problema di decidere volta per volta l'opportunità e la proporzionalità delle cure proposte e applicate; tale condizione si pone anche per lo svilupparsi di patologie croniche-evolutive soprattutto neurologiche, così come, pur con una curva di sopravvivenza diversa, più breve, per le malattie tumorali.*

*Da questo punto di vista lo sviluppo delle cure palliative ha rappresentato, soprattutto nel nostro paese, grazie alla legge 38/2010 (“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”), questa sì una legge d'avanguardia in Europa, un'ulteriore garanzia per assicurare ai pazienti cure proporzionate, oltre che di evitare accanimenti inutili e gravosi.*

*Il dolore, che fa più paura della morte stessa, può oggi essere sempre decisamente controllato con terapie appropriate e, a fronte di una sofferenza intollerabile, è possibile applicare la sedazione palliativa e rendere gli ultimi giorni di vita più dignitosi.*

*Credo poi che la parte della legge sulla nutrizione e l'idratazione artificiali sia fuorviante, perché esistono già linee guida di varie società scientifiche che pongono le indicazioni e, viceversa, i limiti del trattamento sostitutivo; ad esempio è chiaro che all'approssimarsi del fine vita, quando anche naturalmente viene meno il bisogno di mangiare e di bere, non ha indicazione un trattamento sostitutivo artificiale.*

*La sospensione però della nutrizione e dell'idratazione quando la prognosi, cioè l'aspettativa di vita, è lunga, a volte di anni, nonostante la gravosità della malattia, diventa la causa primaria della morte e quindi configura una forma di eutanasia passiva o di suicidio assistito, che non sono però oggetto del disegno di legge e sono anche in contrasto con l'art. 17 del codice di deontologia medica che dice “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte”.*

*Non è il definire la nutrizione e l'idratazione artificiali delle “terapie mediche”, piuttosto che sostegno vitale, che le rende “cattive” compagne del paziente, così come non lo sono gli strumenti che li veicolano (sondini, cateteri e quant'altro), ma come già detto la proporzionalità, l'utilità, la congruità alle situazioni specifiche di malattia e che vanno valutate caso per caso, così come anche per altre forme di sostegno come la ventilazione o la dialisi.*

*Lo sviluppo ulteriore delle cure palliative e di una bioetica clinica, “al letto del paziente”, con il contributo di Comitati etici non utilizzati solo per la validazione delle sperimentazioni, possono rappresentare una valida alternativa ed un supporto valido ai medici, certamente più della rassicurazione di questa legge di esentarlo “da responsabilità civile e penale”, quasi a volerlo sollevare anche dalla irrinunciabile responsabilità morale.*

*Marcello Ricciuti  
Azienda Ospedaliera  
S. Carlo Potenza*

### Il Racconto

#### CONTRARIO ALL'ACCANIMENTO TERAPEUTICO MA...

*Ogni giorno il Medico Anestesista è stretto tra le richieste dei colleghi di gestire Ammalati gravati da importanti patologie e dall'altra di evitare ricoveri impropri in una struttura, la Rianimazione, cronicamente deficitaria di posti letto e ad altissimo costo economico. Non sempre la decisione presa è quella giusta.*

Al cambio del turno la collega mi informa con voce sommessa che Savino affetto da BPCO è morto. Vincenzo, l'infermiere anziano, è tutto preso dal suo lavoro di rifornire le pompe di farmaci che dureranno fino a sera e quindi senza alzare lo sguardo dal suo impegno mormora sottovoce: “almeno è finito il suo calvario, ci abbiamo messo del nostro”.

Vincenzo è di carattere riservato e parla poco. Se si è lasciato uscire questa esclamazione forse pensa che abbiamo procrastinato una terapia inutile e fine a stessa. Già l'imbarazzo lo avevo, ma adesso si fa sempre più forte tanto che arrossisco. Ma come? Ho organizzato incontri al Lyon, al Rotary, con i Ciellini, c'era anche il frate cappellano dell'Ospedale, per convincere tutti della inutilità di curare Ammalati quando al di sopra di ogni ragionevole dubbio non ci sono speranze di sopravvivenza o di una vita degna di essere vissuta. Poi calato nella realtà, ecco qua un bel accanimento terapeutico. Come è potuto succedere? Un flash back mi riporta un mese prima quando arrivai trafelato in Medicina mentre il respiro affannoso di Savino si sentiva da fuori stanza.

Sudato e quasi incosciente era assistito dalla figlia dai capelli e dagli occhi nerissimi la quale mi disse che il padre aveva lavorato nelle miniere di Carbonia e poi si erano trasferiti nel continente ma il respiro si era fatto sempre più affannoso tanto che nell'ultimo anno ha dovuto tenere l'O2 per 24 ore. Era comparsa anche una tumefazione alla radice della coscia che era stata operata ma erano rimaste le metastasi polmonari perché era un sarcoma. L'insufficienza renale avrebbe avuto bisogno della dialisi ma i nefrologi l'avevano sconsigliata per via dell'ipotensione e delle Fe cardiaca troppo bassa. Ritrovato il collega della Medicina che mi aveva chiamato, nel frattempo si era dileguato, accenno all'inutilità del ricovero in Rianimazione lui esclama impettito “son per la vita!” perfidamente insinuando che io sono per la morte. Impossibile la prosecuzione di qualsiasi altro dialogo. All'infermiere di reparto ricordo che avevamo fatto dei corsi per la NIV e addirittura era stato fornito un respiratore domiciliare ma “doc stí respiratori só tropo difficili e poi sonano sempre e noi semo in pochi” risponde in modo disarmante.

La figlia dagli occhi neri mormora “Oh Signore!, lasciatelo in pace, non fatelo più soffrire, non ce la fa più “ e il nodo che avevo alla gola mi si stringe ancora di più. Ma All'improvviso si materializzano gli altri numerosi componenti della famiglia di Savino. Il maschio dominante con la coppola, stivaloni neri e doppietta a tracolla intima il ricovero perché il medico di reparto gli ha spiegato che il babbo si può salvare solo se portato in rianimazione e lui è risoluto a non lasciarlo morire come un cane (sic). E avrebbe vigilato che fosse fatto tutto il possibile. Fu così che fu fatto tutto il possibile: Tracheotomia, SIMV, CVC, Dialisi etc. etc. etc. fino all'ultimo respiro.

*Dr Roberto Polisca  
Direttore II° liv U.O. Anest e Rian in pensione*



## INTENSIVE APP



ATB Pro

### Una nuova Rubrica per conoscere le APP più interessanti per gli AR

*Medicina e Tecnologia, un binomio indissolubile che da sempre consente alla Scienza di affacciarsi alle porte del Futuro.*

*Davanti alle più belle scoperte del nostro presente è impossibile non pensare alle parole dello scrittore Isaac Asimov, il quale era solito dire quanto sia "difficile per la scienza e la tecnologia, nelle loro linee generali, superare la fantascienza. Ma in molti, piccoli e inattesi particolari vi saranno sempre delle sorprese assolute a cui nessuno tra noi ha mai pensato".*

*La Tecnologia, però, non è soltanto il nuovo device che abbiamo tra le mani dopo anni di ferraglia oppure l'ultima versione dello strumento che ci semplifica (o ci complica?) un monitoraggio o una procedura, tecnologia è tutto quell'insieme d'innovazioni che cambiano in modo più o meno marcato la nostra pratica clinica, non più interamente mutuabile da generazione in generazione, come nel tempo che fu.*

*Oggi occuparsi di tecnologia in medicina significa anche affrontare con sguardo critico il mondo di tutte quelle App che in modo sempre più preponderante fanno sentire il peso del loro supporto nella quotidianità di una terapia intensiva o di una sala operatoria. Lo smartphone ha cannibalizzato cartaceo e computer, facendosi strada nella nostra giornata di Anestesiisti Rianimatori 3.0.*

*Inizieremo questo nuovo percorso dando spazio alle app che possono tornarci utili quotidianamente, cominciando con i progetti a firma dei colleghi, una carrellata che nei primi passi di questa rubrica ci consentirà di conoscere per primi i vincitori del Memorial Rambaldi, un premio nato per volontà della AAROI-EMAC per promuovere lo sviluppo della tecnologia in Anestesia e Rianimazione ed intitolato alla memoria del Dr Marco Rambaldi, già Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Agostino Estense di Modena, precocemente scomparso, un collega che ha dedicato la sua attività medica all'innovazione tecnologica in questo ambito.*

#### ATB – PRO, l'APP della Dr.ssa Giorgia Montrucchio

Iniziamo con il conoscere ATB-Pro – applicazione sviluppata dalla Dr.ssa Giorgia Montrucchio, vincitrice del Memorial Rambaldi 2016, lanciata negli store dal 2017.

La Dr.ssa Giorgia Montrucchio lavora attualmente presso l'Anestesia e Rianimazione Universitaria diretta dal prof. Brazzi nell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Già specialista in Malattie Infettive, ha sviluppato la App durante il suo percorso nella Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore di Torino, in collaborazione con i colleghi della Scuola, il prof. Brazzi e il prof. De Rosa, direttore della SCU Malattie Infettive 2.

L'antibiotico terapia è terreno florido per un'ampia riflessione medica per varie ragioni, in particolare in considerazione della recente

emergenza di multi-resistenze batteriche e della necessità di un'ottimizzazione dell'utilizzo di queste molecole nell'ambito di progetti di Antimicrobial Stewardship. La consapevolezza dell'utilizzo talora inappropriato degli antimicrobici in profilassi chirurgica rende necessario coinvolgere la profilassi in un approccio volto a limitare lo sviluppo di resi-

stenze e le spese sanitarie, ma soprattutto gli effetti avversi sul paziente, al fine di migliorarne l'outcome.

Una criticità in ambito di profilassi antibiotica è certamente rappresentata dalla competenza - dibattuta - tra chirurghi e anestesisti, spesso di difficile coordinazione. Altri importanti ambiti di definizione sono il timing della profilassi (direttamente in sala operatoria, e talvolta a poco tempo dall'incisione chirurgica; o già in reparto) e la sua durata (risomministrazioni durante l'intervento, se protratto; o dopo l'intervento, nell'eventuale profilassi estesa).

Sono disponibili diverse applicazioni relative alla terapia antibiotica, tra le quali le più complete e conosciute "The Sanford Antimicrobial Guide" e "ABX - John Hopkins"; tuttavia, oltre al costo, esse sono rivolte ad un approccio generale alla terapia antimicrobica, trattando anche, ma non solo, il tema della profilassi. Altre applicazioni presenti sugli store - essendo riferite ad altri Paesi o a specifici nosocomi - non risultano del tutto applicabili alla realtà italiana.

L'app ATB-Pro si propone come uno strumento semplice, di rapida consultazione, dedicato specificamente alla profilassi antibiotica in chirurgia, segue le principali linee guida internazionali e nazionali, calandole nella realtà italiana, considerando dati di ecologia locale e farmaci da noi disponibili. Attraverso una grafica essenziale, suddivide gli interventi per ambito di specialità, e fornisce un approccio a ciascuno, includendo opzioni in caso di allergia. In alcune sezioni dedicate, affronta il problema dell'aggiustamento posologico in categorie particolari (indicazioni posologiche in considerazione del peso; in caso di insufficienza renale, su nota clearance della creatinina o mediante apposito calcolatore; definizione di particolari fattori di rischio del paziente per germi multiresistenti). Suggerisce inoltre il corretto timing di somministrazione in base alla molecola e alla eventuale necessità di redosing intra-operatoria.

"Pur non rappresentando uno strumento del tutto esaustivo, data la mancanza di riferimenti univoci e la rapida evoluzione in letteratura dell'argomento, nonché la necessità di adeguarsi all'ecologia locale e ad eventuali protocolli interni - dichiara la Dr.ssa Montrucchio - la nostra App può rappresentare uno strumento di base utile all'anestesista nella sua pratica quotidiana, anche nel discriminare i casi in cui la profilassi non è raccomandata. Inoltre, riporta l'attenzione su questo ambito a volte "negletto", e speriamo stimoli la discussione e la creazione di protocolli locali condivisi".

L'App è scaricabile su store Apple e Android. Una volta installata, troverete sulla app i contatti dell'autrice cui fare presenti eventuali note o richieste.

Chiunque conosca colleghi che abbiano sviluppato applicativi e programmi in campo anestesio-logico, intensivistico o più generalmente medico, può inviarmi un loro contatto all'indirizzo mail: praimondo@iol.it.

Dr Pasquale Raimondo  
Anesthesiologist and Intensivist  
Pediatric Department of Anesthesia and Intensive Care Unit  
Giovanni XXIII - Policlinico di Bari (Italy)

## Il Sistema di Protezione Professionale AAROI-EMAC diventa 3.0

### Online l'Informativa completa con tutti i dettagli

Sono disponibili online importanti Comunicazioni sulle Convenzioni Assicurative che l'AAROI-EMAC mette a disposizione esclusivamente dei Colleghi regolarmente iscritti all'Associazione, sia in quanto Specialisti (con regolare pagamento della quota di iscrizione) sia in quanto Specializzandi (la cui iscrizione all'AAROI-EMAC, lo sottolineiamo, è gratuita fino all'acquisizione della specializzazione).

L'AAROI-EMAC è dal 2003 in prima linea per affrontare in modo sempre più attivo e organizzato il problema dell'Assicurazione Professionale Medica, che dal 2017 (anno di entrata in vigore della

Legge Gelli) 'grazie' ad un'applicazione aziendale pedissequa e acritica dell'art. 13 ha peggiorato la situazione inerente i contenziosi in ambito sanitario.

Nel 2003, già si poteva parlare di un "Sistema di Protezione Professionale 1.0", che l'AAROI-EMAC aveva (prima in assoluto tra tutte le Organizzazioni Sindacali Italiane) organizzato a tutela degli Iscritti, con la dimostrazione - anche grazie ai tentativi di imitazione avviati a seguire da altri, di cui tutti conoscono la reale esilità - di quanto la nostra Associazione fosse già avanti, già all'epoca, in quest'ambito.

Nel 2013 questo Sistema è stato reso 2.0, con l'istituzione, da ultimo, del suo "Osservatorio Permanente sul Contenzioso Sanitario".

Oggi, per restare sempre leader anche in questo importantissimo settore di attività, si rende necessario aggiornarlo ad una versione 3.0.

Solo per fare un esempio, è nelle nostre intenzioni attivare uno specifico recapito telefonico gestito direttamente da nostro personale di Segreteria, raggiungibile nelle ore di ufficio, aggiuntivo al n. verde del nostro Broker AON (del quale insieme al portale sarà implementata l'efficienza), in modo tale da poter istituire un vero e proprio "Pronto Soccorso Medico-Legale" riservato ai nostri Iscritti (sia Specialisti sia Specializzandi) assicurati in "1° Rischio" con le polizze convenzionate AAROI-EMAC ad

adesione facoltativa.

Per far fronte ai considerevoli costi connessi a questo ulteriore rafforzamento del Sistema di Protezione AAROI-EMAC, sarà previsto a partire dal 2019 un minimo contributo spese per i soli mesi di effettiva attivazione delle nostre Polizze Convenzionate (per gli Specialisti 24 euro annui, ripartiti in 2 euro/mese per gli Specializzandi 12 euro annui, ripartiti in 1 euro/mese), da versarsi direttamente all'AAROI-EMAC con modalità che saranno a breve definite anche sul sito web dell'Associazione.

E' disponibile sul sito dell'Associazione l'informativa completa. A pagina 16 è invece pubblicata una comparazione tra la Polizza Convenzionata di RCP che la nostra Associazione, tramite il Broker AON, ha con la Compagnia AM Trust, e quelle di RCP di sola "Colpa Grave", le quali, come da sempre ricordiamo, non intervengono in alcun modo fino a che la Corte dei Conti non abbia emesso una sentenza a carico del Medico per "Danno Erariale" nei confronti delle Aziende da cui sono dipendenti.

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

#### Conversazioni Medico-Parente

##### Distrazione

- Buongiorno, Dottore. Allora? Cosa ha detto della mamma lo specialista?
- Secondo l'ortopedico c'è stata una distrazione del tricipite.
- Eh sì ... purtroppo la mamma è molto distratta. Avrà battuto contro lo stipite.
- No, Signora. Distrazione vuol dire che si è stirata qualcosa.
- Come? L'ortopedico vuole dire che si è fatta male mentre stirava?
- No, Signora. Si sono stirati i muscoli: i gemelli, sotto la gamba.
- Vede, Dottore, ho due gemelli e sono terribili! La nonna li prende sempre sotto gamba.
- No, Signora. Sono stati lesi i due muscoli gastrocnemi.
- Ma la mamma non ha male allo stomaco! Le fa male il polpaccio.
- Appunto, Signora. E ora dobbiamo ottenere la decontrazione del polpaccio.
- Adesso ho capito, Dottore. E quanto tempo dovrà tenere la trazione?



# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Tutti gli Iscritti possono inviare i loro Quesiti a: [quesiti@aaroiemac.it](mailto:quesiti@aaroiemac.it)

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



## CONGEDO ANESTESIOLOGICO

**Domanda:** Gli otto giorni di congedo anestesio-logico devono essere goduti in unica soluzione? Per fruirne è necessario aver smaltito le ferie dell'anno in corso?

**Risposta:** Sì, al pari del congedo "radiologico", anche quello anestesio-logico deve essere goduto in unica soluzione. Deve necessariamente essere fruito nel corso dell'anno solare di riferimento e, dunque, è preferibile venga consumato prima delle ferie che, com'è noto, ancorché diritto irrinunciabile del dipendente, possono essere posticipate al primo semestre dell'anno solare successivo a quello di maturazione delle stesse.

## ESONERO LAVORO NOTTURNO

**Domanda:** E' possibile essere esonerati dal lavoro notturno oltre i tre anni di età del figlio?

**Risposta:** Non è possibile essere esonerati dal lavoro notturno oltre i tre anni di età del figlio.

## RIASSUNZIONE DOPO DIMISSIONI

**Domanda:** Dopo l'eventuale dimissione dal pubblico impiego per intraprendere una libera professione, è possibile e se sì, dopo quanto tempo la riassunzione nello stesso presidio? In tal caso viene annullata tutta l'anzianità di servizio per la per la posizione?

**Risposta:** Sull'argomento il CCNL recita:

### Ricostituzione del rapporto di lavoro (Art. 21 CCNL 10.2.2004)

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

2. L'azienda si pronuncia entro 60 giorni dalla richiesta; in caso di accoglimento, il dirigente è ricollocato, previa stipulazione del contratto individuale, nella qualifica dirigenziale, posizione economica iniziale. Allo stesso è attribuito il trattamento economico iniziale...omissis... con esclusione della retribuzione individuale di anzianità (R.I.A.) a suo tempo eventualmente maturata, fatto salvo quanto previsto dal comma successivo.

3. Nei confronti del dirigente che abbia favorevolmente superato il quinquennio di servizio prima della cessazione del rapporto di lavoro, l'azienda può conferire un incarico ai sensi dell'art. 27, comma 1, lettere b) e c) del CCNL 8 giugno 2000, I biennio economico.

4. La stessa facoltà di cui al comma 1 è dato al dirigente,

senza limiti temporali, nei casi previsti dalle disposizioni di legge relative all'accesso al lavoro presso le pubbliche amministrazioni in correlazione al riacquisto della cittadinanza italiana o di uno dei Paesi dell'Unione Europea.

5. Nei casi previsti dai precedenti commi, la ricostituzione del rapporto di lavoro è, in ogni caso, subordinata alla disponibilità del corrispondente posto nella dotazione organica dell'azienda ed al mantenimento del possesso dei requisiti generali per l'assunzione da parte del richiedente nonché all'accertamento dell'idoneità fisica se la cessazione del rapporto sia stata causata da motivi di salute.

6. Qualora il dirigente riammesso goda già di trattamento pensionistico si applicano le vigenti disposizioni in materia di ricongiunzione e di divieto di cumulo, ove previsto. Allo stesso, fatte salve le indennità percepite agli effetti del trattamento di previdenza per il periodo di servizio prestato prima della ricostituzione del rapporto di lavoro, si applica l'art. 34 CCNL 10.2.2004 (Trattamento di fine rapporto).

## RICHIESTA ORARIO RIDOTTO

**Domanda:** Ho fatto richiesta per passare al regime di part-time verticale al 50% per assistenza ai miei figli di 2 e 3 anni ma la mia richiesta è stata rifiutata dall'Azienda. E' consentito il diniego?

**Risposta:** Il ricorso all'orario ridotto (part time) è una opzione dell'Azienda e non un diritto.

La norma in questione è la seguente:

### Accesso al regime ad impegno ridotto 218 bis (Art. 2 CCNL 22.2.2001)

1. Nei casi in cui risultino comprovate particolari esigenze familiari o sociali il dirigente con rapporto di lavoro esclusivo può chiedere l'accesso ad un regime di impegno orario ridotto.

2. In via indicativa i casi del comma 1 sono tutti riconducibili alle ipotesi di assistenza ai figli sino agli otto anni di età, ai parenti di cui agli artt. 89 e 90, comma 2 del DPR. 384/1990 ed ai gravi motivi individuati dal Regolamento interministeriale del 21 luglio 2000, n. 278, pubblicato sulla G.U. dell'11 ottobre 2000, serie generale, n. 238, emanato ai sensi dell'art. 4, comma 2 della legge 53/2000.

3. L'accesso al regime di impegno ridotto - anche per quanto attiene la decorrenza - è concordato dall'azienda con il dirigente interessato, con le procedure di cui all'art. 13, comma 12 (pag. 29) del CCNL 8 giugno 2000 I biennio economico entro quindici giorni dalla ricezione della domanda, nella quale deve essere specificato il mantenimento del rispetto al rapporto di lavoro esclusivo. Il dirigente informa il direttore o responsabile della struttura di appartenenza dell'avvenuto accesso all'impegno ridotto.

4. L'azienda ammette i dirigenti all'impegno ridotto in misura non superiore al 3% della dotazione organica complessiva dell'area dirigenziale di cui al presente contratto in atto vigente, incrementabile in presenza di idonee situazioni organizzative o gravi documentate situazioni familiari sopraggiunte dopo la copertura della percentuale di base, di un ulteriore 2% massimo. La percentuale è arrotondata per eccesso per arrivare comunque all'unità e va ripartita dall'azienda entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente contratto - di norma - tra le varie discipline in modo equilibrato al fine di evitare disservizi, dandone informazione ai soggetti di cui all'art. 10 comma 2 (pag. 25) del CCNL dell'8 giugno 2000 I biennio economico.

5. Qualora il numero delle richieste ecceda i contingenti fissati, viene data la precedenza:

- ai dirigenti che assistono il coniuge, o il proprio convivente, o parenti sino al 1° grado, portatori di handicap non inferiore al 70%, ovvero in particolari condizioni psico-fisiche o affetti dalle patologie più gravi o anziani dichiarati non autosufficienti;

- ai genitori con figli minori, in relazione al loro numero anche correlato allo stato di salute degli stessi e, in caso di parità, con riferimento alla minore età.

6. In prima applicazione della disciplina di cui al presente contratto le domande per l'accesso all'impegno ridotto possono essere presentate nei quindici giorni immediatamente successivi a quelli del comma 4.

## PASSAGGIO TRA OSPEDALI DOPO CONCORSO

**Domanda:** Dipendente di contratto a tempo indeterminato presso ospedale pubblico, ho vinto concorso presso un nuovo ospedale.

Ho ricevuto lettera di assunzione con la quale si richiede di prendere servizio entro un mese dalla presente.

Ho chiesto aspettativa al mio attuale ospedale in quanto vincitore di concorso ma loro me l'hanno accordata dopo tre mesi.

Chiaramente le due date non si conciliano e, anche se mi dimettessi l'Azienda richiederebbe 3 mesi di preavviso.

Chi ha ragione? Che devo fare per non perdere il ruolo nel nuovo ospedale?

**Risposta:** Purtroppo ci troviamo davanti ad un buco normativo anche se, in effetti, non esistono regole che consentano all'azienda di provenienza di trattenere fino a 3 mesi (in caso di richiesta di aspettativa).

L'unico termine possibile è in caso di dimissioni laddove il periodo di preavviso è di 3 mesi.

Allo stato attuale della normativa è consigliabile dialogare con entrambe le Aziende affinché trovino un accordo per le date.

## RICHIESTA RECUPERO ORE

**Domanda:** Vorrei un'informazione in merito al recupero ore. Se io in questo mese ho un'eccedenza oraria residua di 40 ore e volessi chiederle come recupero ore a quante giornate lavorative avrei diritto?

**Risposta:** Il numero dei giorni di recupero ai quali si ha diritto: se si lavora su 5 giorni  $40/7,6 = 5,2$  giorni se si lavora su 6 giorni  $40/6,3 = 6,3$  giorni Al fine di sapere se si lavora su 5 o su 6 giorni basta chiedere se durante il periodo di ferie viene computato anche il sabato o meno.

## TRASFERIMENTO DA PS

**Domanda:** Un Medico specialista in Medicina Interna di ruolo in PS da alcuni anni ha partecipato e vinto un avviso di mobilità volontaria presso la Medicina Interna di un'altra ASL. Ora gli viene posto un ostacolo al trasferimento in quanto proviene da una UOC di PS e non da una di Medicina, anche se discipline equipollenti. Esiste qualche precedente in materia o una normativa in merito? E' possibile effettuare tale trasferimento?

**Risposta:** La norma contrattuale recita:

(Art. 20 CCNL 8.6.2000 I biennio economico e art. 41 CCNL 10.2.2004)

1. La mobilità volontaria dei dirigenti tra le aziende e tutti gli enti del comparto di cui al CCNQ del 2 giugno 1998 - anche di Regioni diverse - in presenza della relativa vacanza di organico avviene a domanda del dirigente che abbia superato il periodo di prova, con l'assenso dell'azienda di destinazione e nel rispetto dell'area e disciplina di appartenenza del dirigente stesso.

L'ARAN si è così espressa:

<https://www.aranagenzia.it/orientamenti-applicativi/aree-dirigenziali/area-iv-medica-e-veterinaria/7045-area-iv-mobilita/2288-aiv125orientamenti-applicativi.html>

5. Art. 20 CCNL di entrambe le aree - Mobilità volontaria • È possibile ricorrere al criterio della equipollenza ed affinità, applicabile nelle procedure concorsuali, nel caso di mobilità volontaria del dirigente sanitario in disciplina diversa da quella di appartenenza? La mobilità volontaria (ma non determinata da situazioni di esubero), come espressamente previsto dall'art. 20, comma 1, dei CCNL dell'8 giugno 2000, deve avvenire necessariamente nel rispetto delle aree e delle discipline di appartenenza dei dirigenti sanitari richiedenti, ricomprendendosi tra queste solo le discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni. Diversamente, si concretizzerebbe una novazione del rapporto di lavoro non conseguibile attraverso l'istituto della mobilità (cfr. art. 14 comma 1).

Da questo ultimo parere ARAN appare possibile la mobilità desiderata.

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



**La Polizza RC Professionale  
in convenzione AAROIEMAC a confronto  
con le Polizze di sola "colpa grave" offerte  
da altre convenzioni aziendali, sindacali, etc.**

**Vademecum per i Medici Anestesiisti Rianimatori,  
di Emergenza ed Area Critica**

**Piccola Guida aggiornata alla scelta della  
Copertura Assicurativa più adeguata**

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 24/2017, nota come "Legge Gelli", ciascun esercente la professione sanitaria in qualità di dipendente di una Struttura Sanitaria potrebbe sentirsi sospinto ad assicurare la propria "responsabilità civile" con una polizza di assicurazione per sola "colpa grave", al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa esperita dall'Ente di Appartenenza o dalla sua compagnia assicurativa presso la Corte dei Conti.

Ma ... attenzione! Nonostante le ottimistiche intenzioni della Legge 24/2017 (che si stanno rivelando ancor meno realizzate di quelle della precedente Legge 189/2012, nota come "Legge Balduzzi") una polizza di sola "colpa grave" non basta affatto: il medico, infatti, può essere destinatario di richieste di risarcimento di presunti danni ai pazienti, cagionati nell'esercizio della sua attività professionale, che oltrepassano di gran lunga gli esili confini giuridici della sola "colpa grave".

Nella Tabella seguente si spiega in dettaglio il perché.



EVENTO	FONDAMENTO GIURIDICO	COMPARAZIONE REALE OPERATIVITÀ DELLE POLIZZE	
		Polizza RC convenzionata dall'AAROIEMAC	Polizze di "colpa grave" offerte da altre Convenzioni (altri Sindacati etc.)
Il medico riceve una richiesta di risarcimento diretta	Il medico è chiamato direttamente per responsabilità extracontrattuale, così come previsto dall'art. 7 Legge 24/2017	✓ la copertura è prestata anche se:	
Il medico riceve una convocazione per accertamento tecnico preventivo	Il medico è chiamato a partecipare ad un accertamento tecnico preventivo ovvero ad un procedimento di mediazione al fine di esperire il "Tentativo obbligatorio di conciliazione", così come previsto dalla legge all'art.8 Legge 24/2017	1. la struttura di appartenenza non abbia adempiuto agli obblighi previsti dalla contrattazione collettiva di fornire all'assicurato un'adeguata copertura della responsabilità civile; 2. la struttura di appartenenza dichiarerà all'assicurato di non volerlo tenere indenne o manlarlo di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato.	<b>X</b> Copertura non operante sino al coinvolgimento della Corte dei Conti
Il medico riceve dall'Ente la notifica di avvio di trattative stragiudiziali con il paziente danneggiato	Comunicazione prevista dall'art. 13 Legge 24/2017, L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa	In accordo con l'Assicuratore, non saranno considerati fatti e/o circostanze note queste comunicazioni notificate all'assicurato dalle strutture. In ogni caso, l'assicuratore fornisce immediatamente assistenza in merito alle modalità da adottare per gestire questa comunicazione nel modo più favorevole per il medico iscritto AAROIEMAC	<b>X</b> Qualora questa comunicazione costituisca fatto noto, non è possibile aprire il sinistro al verificarsi di altri eventi collegati e che potrebbero esporre il medico ad un risarcimento.
Il medico riceve invito a dedurre presso la Corte dei Conti	Azione di rivalsa per dolo o colpa grave, prevista dall'art. 9 Legge 24/2017	✓	<b>X</b> Solo alcune polizze garantiscono la copertura, altre si attivano solo con la condanna
Il medico è destinatario di una sentenza di condanna e deve risarcire lo stato per le somme corrisposte a pazienti e che costituiscono danno per la finanza pubblica.	Azione di rivalsa per dolo o colpa grave, prevista dall'art. 9 Legge 24/2017	✓	✓
<b>ULTERIORI CARATTERISTICHE TECNICHE</b>			
		Polizza RC convenzionata dall'AAROIEMAC	Polizze di "colpa grave" offerte da altre Convenzioni (altri Sindacati etc.)
RETROATTIVITA'	Art. 11 Legge 24/2017	illimitata	10 anni o illimitata
ULTRATTIVITA'		10 anni	da 2 a 10 anni

## FOCUS

### Una Polizza per la copertura della sola Colpa Grave è sufficiente?

Quanto esposto evidenzia che la polizza per "Colpa Grave" non basta! Occorre avere una polizza assicurativa seria, reale, e funzionante: una polizza che tuteli il medico a prescindere da quanto (poco) lo possa tutelare il suo datore di lavoro, che anche grazie agli ultimi "riordini" normativi in materia rischia di diventare sempre più "controparte" verso i suoi dipendenti.

**Considerando l'attuale assetto normativo e giurisprudenziale, occorre avere una polizza che consenta a tutti i Medici Iscritti all'AAROIEMAC la tranquillità di essere sempre coperti assicurativamente in qualsiasi situazione. Per questo la polizza AAROIEMAC copre:**

- l'azione di risarcimento esercitata dal paziente avanti al Tribunale civile nei confronti del medico;
- l'azione di manleva avanti al Tribunale civile esercitata dall'Azienda nei confronti del medico;
- costituzione di parte civile da parte del presunto danneggiato all'interno di un procedimento penale;
- l'azione di rivalsa esercitata avanti alla Corte dei Conti per il danno creato del medico, con dolo o colpa grave.

**In altre parole, la Convenzione assicurativa AAROIEMAC tratta il dipendente del SSN come se fosse un libero professionista: lo copre sempre ed è già pronta a fronteggiare anche le innovazioni legislative.**

### Sono uno Specializzando: che cosa rischio e di che polizza assicurativa ho bisogno?

In questi ultimi mesi due specializzandi sono stati condannati a 5 anni e 4 anni e mezzo di reclusione a seguito dell'errore di trascrizione di un farmaco che, in sovradosaggio, ha cagionato nel 2011 la morte di una paziente: una responsabilità che è stata incentrata nella "colpa per assunzione", "quella tipologia di colpa riferita al soggetto che si trova nella fase di completamento della formazione presso una struttura sanitaria e che di fronte ad un paziente accetta di occuparsene, di prenderlo in carico e di trattarlo nella consapevolezza di non avere le cognizioni necessarie per svolgere quella tipologia di attività pur essendo sotto la direzione del tutor". Questo significa che lo specializzando dovrebbe sottrarsi dall'esercizio di attività clinico-assistenziale quando è "consapevole di non avere le cognizioni necessarie per svolgere quella tipologia di attività". Parole dalle quali emerge che i giudici non hanno la minima idea di come sia strutturato in Italia il sistema formativo *post-lauream*; inoltre, siccome mancano dei veri criteri di valutazione degli specializzandi, non incentrano il tutto sul tutor ma pretendono che siano loro a giudicare se stessi in merito alla loro "consapevolezza"; infine, gli ordinamenti didattici non individuano con precisione le competenze da acquisire durante il periodo formativo. Ignari di questa situazione, la Cassazione ha – giustamente – precisato che lo specializzando in reparto non è "una mera presenza passiva", né può "essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore anche se non gode di piena autonomia". **In altre parole: anche il medico specializzando ha precisi ambiti di responsabilità e, sotto il mero profilo assicurativo, le sue attività svolte nel SSN vengono equiparate al rapporto di lavoro che caratterizza il medico pubblico dipendente (vedi sopra), ovviamente con un profilo di rischio inferiore, e dunque, per quanto riguarda la polizza assicurativa che la convenzione assicurativa AAROIEMAC mette a disposizione degli specializzandi, ad un costo sensibilmente inferiore, oltre che con la possibilità di copertura delle altre attività lavorative che la legge consente agli specializzandi.**

### La mia Azienda Ospedaliera mi ha chiamato in causa: che cosa devo fare?

Ormai le Aziende Sanitarie Pubbliche hanno adottato forme di auto-assicurazione o hanno stipulano polizze assicurative con franchigie elevatissime (500.000/1.000.000 Euro): questo significa che la maggior parte dei danni ricadono economicamente direttamente sugli Enti Pubblici, i quali fanno ormai di tutto per coinvolgere direttamente i Medici Dipendenti nelle richieste di risarcimento danni avanzate dai Pazienti, citandoli direttamente avanti al Tribunale Civile.

**Lo possono fare!** Lo hanno stabilito le Sezioni Unite della Corte di Cassazione che, con sentenza N.26659 del 18/12/2014: "L'azione di responsabilità contabile nei confronti dei sanitari dipendenti di una azienda sanitaria non è sostitutiva delle ordinarie azioni civili di responsabilità nei rapporti tra amministrazione e soggetti danneggiati, sicché, quando sia proposta da una azienda sanitaria domanda di manleva nei confronti dei propri medici, non sorge una questione di riparto tra giudice ordinario e contabile, attesa l'autonomia e non coincidenza delle due giurisdizioni". La Legge Gelli (24/17) prevede espressamente l'azione civile di rivalsa avanti al Tribunale civile da parte della Struttura Sanitaria (o del suo Assicuratore) nei confronti del proprio dipendente (art.9).

### Il Paziente mi ha citato in causa direttamente: che cosa devo fare?

La Legge Gelli (24/17) prevede espressamente l'azione civile per responsabilità extracontrattuale da parte del Paziente (artt.7 e 8) e di rivalsa avanti al Tribunale Civile da parte della Struttura Sanitaria (o del suo Assicuratore) nei confronti del proprio dipendente.

### Ho cambiato la modalità di esercizio della mia attività professionale: che cosa devo fare?

Il medico che cambi la modalità di esercizio professionale passando da un'attività considerata assicurativamente a maggior rischio ad una a minor rischio (ad esempio, da Libero Professionista a Dipendente SSN) ha la possibilità di stipulare la c.d. polizza postuma per cambio qualifica o postuma parziale: gli basterà chiamare la AON e procedere alla stipula della garanzia postuma con pagamento "una tantum", che lo coprirà per 5 anni.

### Dopo il mio pensionamento ho deciso di smettere completamente di lavorare: che cosa devo fare?

Nel caso in cui il medico smetta completamente la propria attività professionale può aderire alla c.d. polizza postuma vera e propria che lo coprirà – a scelta – per ulteriori 5 o 10 anni per qualsiasi richiesta di danni effettuata dai pazienti: basta chiamare la AON e procedere alla stipula della garanzia postuma, sempre con pagamento "una tantum".



# le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## Linee guida per intubazione fallita in ostetricia

(Associazione degli Anestesiisti Ostetrici e della Società delle Vie Aeree Difficili del Regno Unito)

Da: *Anaesthesia* 2015, 70, 1286-1306

Le presenti linee guida sono composte da 4 algoritmi e 2 tabelle. L'algoritmo principale fornisce indicazioni su come ottimizzare una tecnica di anestesia generale nella paziente ostetrica rilevando l'importanza della programmazione e della comunicazione multidisciplinare; come prevenire la rapida desaturazione in ossigeno che si ha nelle donne gravide utilizzando l'ossigenazione nasale e la ventilazione in maschera subito dopo l'induzione; limitando i tentativi d'intubazione a 2; e in caso di difficoltà interrompere la compressione della cricoide. L'algoritmo 2 riassume la gestione dopo una mancata intubazione e consiglia se necessario l'inserimento di presidi sopraglottici (maschere laringee preferibilmente di seconda generazione). L'algoritmo 3 riguarda la gestione della paziente che "non può essere intubata" e non può essere ossigenata" e l'accesso in emergenza alle vie aeree dalla regione anteriore del collo, compresa la necessità di un parto cesareo perimorte materna se non è possibile ossigenare la madre. La tabella 1 fornisce indicazioni sulla valutazione dei singoli fattori importanti nella decisione di risvegliare o di procedere con l'intervento nonostante la mancata intubazione: urgenza per fattori materni o fetali; esperienza dell'anestesista; complessità chirurgica; rischio di ab-ingestis; obesità della paziente; possibili difficoltà di tecniche d'anestesia alternative; e disponibilità di presidi delle vie aeree dopo l'induzione e pervietà delle vie aeree. Questa decisione dovrebbe essere presa da un team prima di eseguire un'anestesia generale e programmare una modalità di gestione in caso di fallimento dell'intubazione. La tabella è pensata anche per essere utilizzata come strumento didattico per facilitare la discussione e l'apprendimento sulla complessità del processo decisionale di fronte ad un'intubazione fallita. La tabella 2 riporta considerazioni pratiche su come risvegliare o procedere con un intervento chirurgico. Il documento ultimo riguarda le raccomandazioni in materia di farmaci, nuove attrezzature, l'insegnamento e la formazione.

Attualmente non sono presenti linee guida specifiche per intubazione difficile o fallita nelle pazienti ostetriche sottoposte ad anestesia generale. Queste sono le prime linee guida specifiche per l'intubazione fallita in ostetricia.

### Come gestire le vie aeree nella paziente ostetrica?

La frequenza di una mancata intubazione in ostetricia è rimasta immutata nelle ultime 4 decadi. Fattori materni, fetali, chirurgici e condizioni particolari contribuiscono all'aumento dell'incidenza della mancata intubazione. La mucosa del tratto superiore delle vie aeree si presenta più congesta e edematosa, con conseguente maggiore rischio di sanguinamento e edema delle vie aeree. Queste modificazioni determinano un aumento nel punteggio di Mal-

lampati con il progredire della gravidanza e così durante il travaglio e il parto. L'edema può essere aumentato dalla preeclampsia, dall'infusione di ossitocina, dalla somministrazione endovenosa di liquidi e dalle manovre di Valsalva durante il travaglio e il parto. La riduzione della capacità funzionale residua e l'aumentato consumo di ossigeno accelerano la comparsa di desaturazione durante l'apnea e queste condizioni sono esacerbate nelle partorienti obese. Il progesterone riduce il tono dello sfintere esofageo inferiore, con conseguente reflusso gastrico e un ritardo nello svuotamento gastrico in corso di travaglio doloroso e dopo la somministrazione di oppioidi. Un aumento delle dimensioni del seno può rendere difficile l'introduzione del laringoscopia. La maggior parte delle problematiche ostetriche e delle intubazioni fallite si hanno durante le emergenze e fuori dall'orario di attività programmata. Le preoccupazioni per un espletamento rapido del parto spesso determinano una sollecitazione a fare in fretta che può comportare una preparazione insufficiente, scarsa programmazione, comunicazione ed espletamento di problematiche tecniche. Nel corso degli ultimi tre decenni c'è stato un calo del numero di anestesi generali eseguite in ostetricia in tutto il mondo sviluppato, mentre l'anestesia regionale è diventata più popolare, determinando una riduzione delle opportunità di formazione. Le competenze specifiche sulle vie aeree, compresa la ventilazione in maschera col pallone e l'intubazione tracheale si sono ridotte con l'uso aumentato di presidi sopraglottici. Gli specializzandi possono essere chiamati in ostetricia senza aver eseguito o osservato un'anestesia generale nella paziente ostetrica. Inoltre molte unità di ostetricia sono molto lontane dalla sede principale dell'ospedale con un ritardo nell'arrivo di un anestesista esperto e dell'attrezzatura speciale. In condizioni d'emergenza i fattori umani giocano un ruolo importante nel processo decisionale, nella gestione dell'attività e nelle comunicazioni.

### Le presenti linee guida comprendono:

- Algoritmo principale: anestesia generale in ostetricia e intubazione fallita (fig.1);
- Algoritmo 1: Anestesia generale sicura (fig.2);
- Algoritmo 2: intubazione tracheale ostetrica fallita (fig.3);
- Algoritmo 3: la paziente "non può essere intubata e non può essere ventilata" (fig.4);
- Tabella 1: gestione dopo un'intubazione tracheale fallita (fig.5).

### Algoritmo principale: anestesia generale ostetrica e intubazione tracheale fallita (figura 1)

E' composto di 3 algoritmi specifici.

#### Algoritmo 1 anestesia generale ostetrica sicura (figura 2)

Pone l'accento sull'importanza della pianificazione e preparazione, e descrive le migliori modalità per induzione in sequenza rapida e per la laringoscopia. Attraverso la comprensione delle differenze fisiologiche durante la gravidanza e impiegando le modalità tecniche migliori, si spera che i problemi delle vie respiratorie possano essere previsti e ridotti al minimo.

#### Preparazione prima dell'arrivo in sala operatoria.

Valutazione delle vie aeree: in tutte le donne sottoposte a chirurgia ostetrica si deve eseguire la valutazione delle vie aeree per prevedere possibili difficoltà non solo dell'intubazione tracheale ma anche della ventilazione con la maschera o l'inserimento di presidi sopraglottici e l'accesso alla regione anteriore del collo. Un certo numero di fattori comuni si accompagnano alla difficoltà nell'esecuzione di queste manovre sulle vie aeree. La valutazione deve essere documentata chiaramente. I piercing in bocca devono essere rimossi prima di qualsiasi forma d'anestesia in quanto possono causare traumi e sanguinamenti durante l'intubazione oltre a rappresentare un rischio ulteriore di aspirazione se si staccano dei pezzi. Nelle donne in cui si prevedono vie aeree difficili, l'induzione in sequenza rapida può non sarebbe adatta, deve essere segnalata prima del parto in modo da programmare un piano operativo specifico anestesiológico e ostetrico.

#### Stato di digiuno e profilassi antiacida: lo svuotamento gastrico nella don-

na gravida non in travaglio è uguale a quello delle paziente non gravide. Il travaglio e l'analgesia con oppioidi ritardano lo svuotamento gastrico soprattutto del cibo che ritorna normale circa 18 ore dopo il parto. Le linee guida attuali per la chirurgia d'elezione non ostetrica suggeriscono che il cibo deve essere sospeso 6 ore prima, mentre i liquidi non corpuscolati possono essere somministrati fino a 2 ore prima dell'intervento. Le modalità più frequenti di preparazione gastrica prima del parto cesareo d'elezione consiste in una combinazione di antagonisti dei recettori H2 la notte precedente e 2 ore prima dell'anestesia con o senza un farmaco procinetico. Se si esegue un'anestesia generale si somministra sodio citrato 2 ore prima dell'induzione dell'anestesia. Durante il travaglio, lo svuotamento gastrico è rallentato in modo non prevedibile e l'alimentazione durante il travaglio aumenta il volume gastrico residuo.

Si raccomanda durante il travaglio di classificare le donne a basso e ad alto rischio di essere sottoposte ad anestesia generale. Alle donne a basso rischio può essere permessa una dieta leggera. Le donne ad alto rischio non devono mangiare ma possono prendere per bocca liquidi chiari, non corpuscolati, preferibilmente bevande isotoniche insieme con la somministrazione per bocca di antagonisti dei recettori H2. Se si rende necessaria l'anestesia per il parto, si può somministrare per via endovenosa un'antagonista dei recettori H2 se non somministrato in precedenza per ridurre il rischio di aspirazione all'estubazione. Si deve somministrare sodio citrato in casi particolari.

#### Rianimazione intrauterina del feto: si deve ricorrere alla rianimazione in-

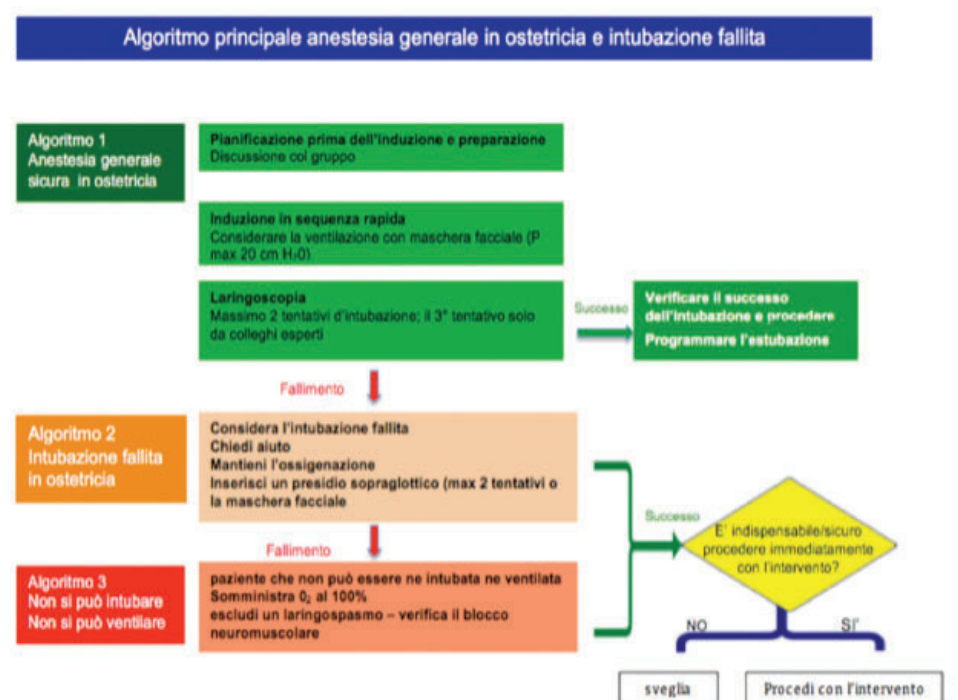


Figura 1 Algoritmo principale anestesia generale in ostetricia e intubazione fallita.



trauterina del feto se necessario prima di un parto operativo d'emergenza, e l'urgenza dell'intervento deve essere rivalutata dopo il trasferimento in sala operatoria.

**Programma con il gruppo:** si deve usare la check list chirurgica dell'OMS prima di ogni intervento in sala operatoria. Questa spesso è modificata localmente per il parto cesareo e per il parto vaginale; in alcuni servizi si utilizza una lista aggiuntiva di controllo anestesio-logico. L'anestesista deve essere informato dall'ostetrico sui dettagli clinici del caso e sul livello d'urgenza.

Dovrebbe essere prevista una procedura chiara su come contattare un secondo anestesista se necessario; in tal caso l'induzione dell'anestesia deve essere ritardata in attesa del suo arrivo. Una standardizzazione dei presidi di gestione delle vie aeree nell'ospedale è molto raccomandata. I membri del servizio di anestesia devono conoscere molto bene il contenuto del carrello d'anestesia che deve essere controllato con regolarità.

Prima dell'induzione dell'anestesia l'anestesista deve discutere con gli ostetrici se svegliare la paziente o continuare l'anestesia in caso d'intubazione tracheale fallita. Questa decisione dipende da fattori riguardanti la donna, il feto e la situazione clinica, molti dei quali presenti nel preoperatorio. La compromissione del feto è la più comune indicazione per il parto cesareo urgente rispetto alla compromissione delle condizioni materne. Sebbene per l'anestesia la sicurezza della madre sia la priorità maggiore rispetto al feto, le donne accettano di buon grado qualche rischio pur di assicurare una buona prognosi per il feto.

Nella maggior parte dei casi le condizioni fetali possono essere mantenute stabili per un po' di tempo; in uno studio sul parto cesareo per bradicardia si è evidenziata un'importante caduta del pH neonatale all'aumento del tempo tra comparsa della bradicardia e parto solo nei casi in cui era presente una causa irreversibile di bradicardia, rispetto alle condizioni potenzialmente reversibili o non accertate. Le cause irreversibili di bradicardia comprendono il distacco importante di placenta, l'emorragia fetale (come da rottura di placenta previa), la rottura di cicatrice uterina con estrusione fetto-placentare, il prolasso del cordone ombelicale con bradicardia protratta, il fallimento del parto strumentale.

Queste cause di sofferenza fetale possono diventare evidenti solo dopo il parto e quindi richiede un'elevata capacità di sospetto clinico da parte degli operatori. Possibili cause di sofferenza fetale reversibile sono l'iperstimolazione

uterina, l'ipotensione dopo anestesia/anestesia epidurale e la compressione aorto-cavale.

Le indicazioni assolute per procedere con l'anestesia generale sono la compromissione materna non rispondente alla rianimazione e una compromissione fetale acuta per una causa irreversibile (soprattutto quando non è possibile una tecnica alternativa come un'anestesia spinale rapida o un'intubazione da sveglia).

Le indicazioni assolute per svegliare la madre sono l'edema delle vie aeree vicino alla glottide e l'ostruzione delle vie aeree utilizzando un presidio sopraglottico o ventilando con la maschera. Attualmente nel Regno Unito l'anestesia generale è continuata dopo un'intubazione fallita in molti casi di parto cesareo d'elezione e di emergenza.

**Induzione in sequenza rapida.** Il personale della sala operatoria dovrebbe mantenere al minimo la rumorosità durante la preparazione e l'induzione dell'anestesia per ridurre la distrazione e garantire che tutto il personale sia a conoscenza della situazione in via di sviluppo.

**Ottimizzare la posizione della paziente:** un posizionamento ottimale è indispensabile prima del primo tentativo d'intubazione. Oltre ad essere indicato lo spostamento laterale dell'utero si dovrebbe prendere in considerazione la posizione sollevata della testa. Una posizione sollevata della testa di 20-30° aumenta la capacità funzionale residua nelle donne gravide e il tempo di apnea sicuro nelle donne obese e non obese gravide. Si riduce anche la difficoltà per l'inserimento del laringoscopia a causa di un grosso seno, migliora la visione della laringoscopia e si può ridurre il reflusso gastroesofageo. Nelle pazienti grandi obese la "ramped position" allineando il meato uditivo esterno con l'incisura soprasternale, si è visto che è migliore della classica "sniffing position" per la laringoscopia diretta. Alcune acconciature possono impedire l'estensione del collo e rendere difficile l'intubazione. Potrebbe essere necessario rimuovere alcune trecce elaborate prima dell'anestesia.

**Preossigenazione:** la preossigenazione aumenta le riserve di ossigeno nei polmoni durante l'apnea. La frazione di fine espirazione di ossigeno (FET02) è il migliore indicatore della denitrogenazione; si raccomanda una FET02 di 0,9. Si può utilizzare il monitoraggio respiro per respiro se il monitor lo misura; questo deve essere corroborato dalla capnometria in quanto si possono rilevare valori errati di

FET02 per lo spazio morto del circuito e per diluizione da flusso di gas freschi alto. E' necessario un flusso di gas freschi di 10 litri al minuto per una denitrogenazione efficace ed è necessaria una completa aderenza tra la maschera e il viso per evitare l'entrata di aria. Molti anestesisti preossigenano per 3 minuti anche nel parto cesareo; tuttavia una precedente ricerca clinica e recenti modelli al computer mostrano che un periodo di 2 minuti di preossigenazione è sufficiente per una donna gravida a termine. Se la paziente è in apnea la continua somministrazione di ossigeno al 100% con una maschera facciale a tenuta e il mantenimento delle pervietà delle vie aeree permette di continuare l'ossigenazione con un flusso verso gli alveoli generato dal gradiente di pressione (ossigenazione apnoica). Nella chirurgia d'elezione non ostetrica l'insufflazione di ossigeno attraverso un catetere nasofaringeo durante la laringoscopia aumenta il tempo della comparsa di desaturazione nella paziente normale e obesa.

L'anestesista deve introdurre una cannula nasale con un flusso di ossigeno di 5 litri al minuto prima d'iniziare la preossigenazione per mantenere un flusso di ossigeno verso gli alveoli durante i tentativi di intubazione. Sono stati prodotti nuovi presidi per l'ossigenazione nasale che somministrano ossigeno umidificato ad alto flusso come ad esempio il sistema Optiflow TM (Fisher and Paykel Healthcare Ltd, Panmure, Auckland, New Zealand), ma questi sono stati valutati solo in pazienti non in gravidanza.

**Pressione della cricoide:** la pressione della cricoide durante l'induzione in rapida sequenza è oggetto di dibattito da lungo tempo. nel Regno Unito la pressione della cricoide è utilizzata pressochè da tutti gli anestesisti durante l'anestesia generale per parto cesareo, sebbene il compraneto è diverso in altre nazioni. L'evidenza attuale supporta l'applicazione di una forza iniziale di 10 N, aumentata a 30 N dopo la perdita di coscienza, in quanto una forza maggiore (ad esempio 44 N) determina un'ostruzione delle vie aeree. Se si adotta la posizione con la testa in alto per l'induzione, questa forza può essere ridotta a 20 N. Taylor ha recentemente descritto un presidio che può migliorare la standardizzazione della pressione della cricoide. La direzione di applicazione della pressione della cricoide deve tener conto di eventuali inclinazioni laterali del tavolo chirurgico. Il videolaringoscopia da un'immagine sul monitor alla punta della lama; questo permette all'assistente di correggere la pressione sulla cricoide e migliorare la visione della glottide.

Un'errata pressione sulla cricoide può comportare non solo problemi di visibilità alla laringoscopia ma anche difficoltà all'inserimento del tubo o dei presidi sopraglottici, la ventilazione in maschera e l'avanzamento del tubo tracheale sopra l'introduttore.

Per questi motivi si dovrebbe ridurre o rimuovere la pressione tracheale qualora si incontrino difficoltà a intubare o ventilare con la maschera; si deve rimuovere se si vuole inserire un presidio sopraglottico. Se si riduce o si rimuove la pressione sulla cricoide, c'è il rischio che compaia rigurgito; l'anestesista o l'assistente deve essere pronto a riapplicare la pressione cricoidea, aspirare nell'orofaringe, inclinare in basso la testa o eseguire entrambi le manovre.

**Somministrare una dose adeguata d'ipnoinduttore e di bloccanti neuromuscolari:** il tiopentone resta in farmaco più usato nel Regno Unito per l'induzione durante la sequenza d'induzione rapida in ostetricia.

Tuttavia il suo utilizzo si è fortemente ridotto; l'uso del propofol è molto raccomandato per ragioni che comprendono la familiarità nell'uso, l'approvvigionamento, e i minori rischi

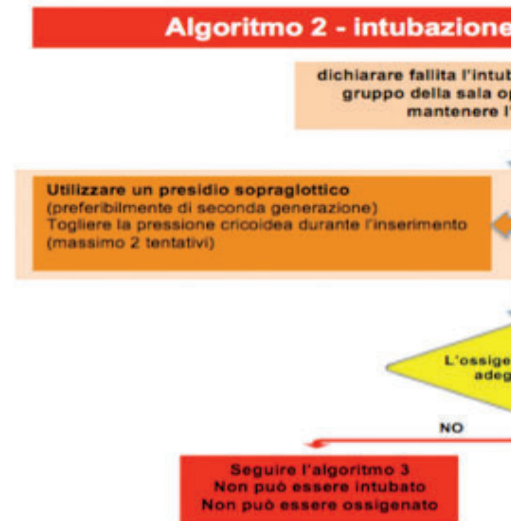


Figura 3 - Algoritmo 2 - Intubazione

di scambio di farmaci. Inoltre il propofol sopprime i riflessi delle vie aeree in modo più efficace del tiopentone, e questo può essere un vantaggio nel caso di fallimento dell'intubazione. Pertanto è importante somministrare una dose adeguata di farmaci induttori dell'anestesia in fase iniziale con la disponibilità di successive dosi in casi di difficoltà all'intubazione.

La succinilcolina è il farmaco standard per il blocco muscolare per l'induzione in sequenza rapida ed ha un inizio d'effetto più rapido e una minore durata d'azione dei farmaci alternativi. Anche se si ritiene che per le sue caratteristiche permetta un recupero della ventilazione spontanea nell'eventualità di una mancata intubazione, si è visto che l'ipossia si manifesta prima del recupero della conduzione neuromuscolare. Uno svantaggio è dato dal fatto che la succinilcolina determina un aumento del consumo di ossigeno per il suo effetto depolarizzante e pertanto può causare una desaturazione più precoce rispetto al rocuronio.

L'uso di dosi elevate di rocuronio (1-1,2 mg/Kg) con la disponibilità dell'antagonista sugammadex è una valida alternativa alla succinilcolina in quanto il rocuronio può essere completamente antagonizzato dal sugammadex (16 mg/Kg) in 3 minuti rispetto ai 9 minuti necessari per recuperare la ventilazione spontanea con la succinilcolina. Tuttavia poiché occorre del tempo per preparare il sugammadex, la sua preparazione deve essere eseguita con un dose precalcolata, e deve essere immediatamente disponibile un assistente per dosarla e somministrarla. Attualmente l'uso dell'associazione rocuronio/sugammadex è limitato per l'alto costo del sugammadex.

**Prendere in considerazione la ventilazione in maschera:** La ventilazione in maschera prima della laringoscopia in genere non è messa in atto durante l'induzione in sequenza rapida per evitare l'insufflazione gastrica e aumentare il rischio di rigurgito ma questo non si ha se si applica con la corretta applicazione della pressione della cricoide e usando un picco di pressione di ventilazione bassa. Normalmente si raccomanda una ventilazione delicata con pallone e maschera facciale (con pressione d'insufflazione massima < 20 cm H2O dopo la somministrazione dei farmaci d'induzione durante l'induzione in sequenza rapida se c'è il rischio di desaturazione

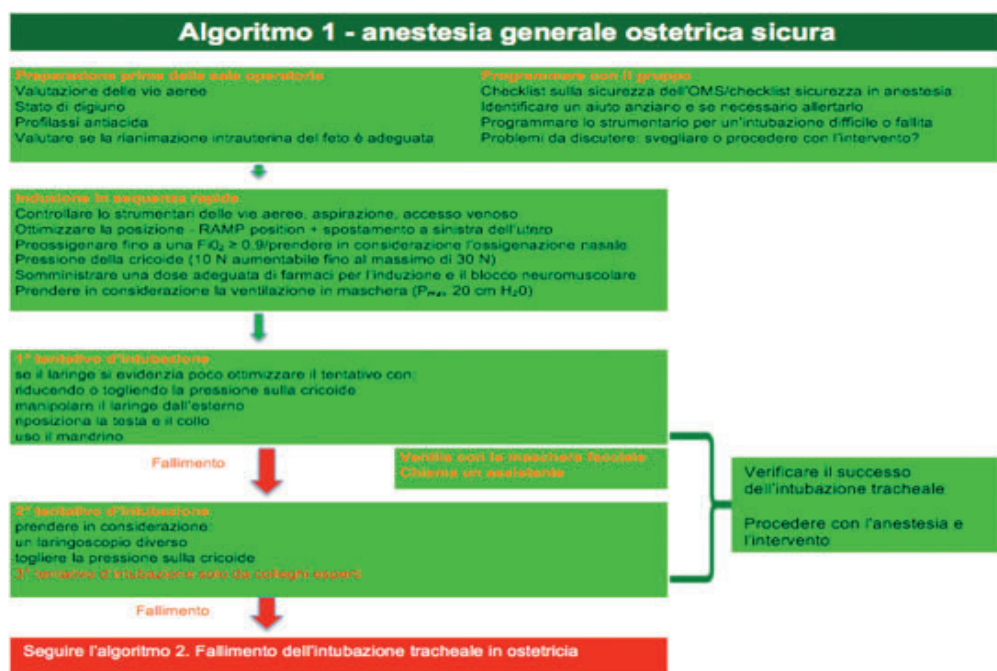
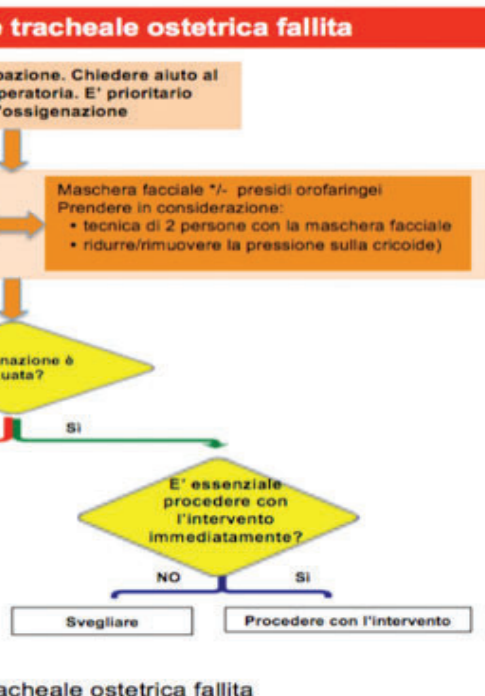


Figura 2 - Algoritmo 1 anestesia generale ostetrica sicura



arteriosa, permettendo di valutare la possibilità di ventilare con successo con maschera e pallone in caso di necessità durante i tentativi di intubazione prolungati o falliti.



versi se indicati. Se si prevede un ritardo, si raccomanda di ventilare con la maschera durante la fase di preparazione. Si deve togliere la pressione della cricoide se determina una riduzione della visibilità; tuttavia la visione del laringe può essere migliorata con manipolazioni dall'esterno guidate dall'anestesista. Se si ha una visibilità del laringe di grado 3 o 4, la frequenza del successo di un inserimento alla cieca di un mandrino o di un tubo tracheale è bassa e il rischio di trauma delle vie aeree è alto, soprattutto con tentativi ripetuti; per evitare di causare traumi e perdere il controllo delle vie aeree è fortemente raccomandato di desistere presto dai tentativi d'intubazione. Un terzo tentativo d'intubazione deve essere fatto solo da anestesisti esperti. Si deve somministrare una nuova dose di anestetico per via endovenosa per evitare il risveglio della paziente.

**Verifica dell'intubazione tracheale**

Ci sono ancora morti per intubazione esofagea. Il metodo più affidabile per la conferma dell'intubazione tracheale è una traccia capnografica. Un broncospasmo intenso o il blocco del tubo endotracheale raramente possono essere causa di una ventilazione assente con una traccia capnografica piatta nonostante un corretto posizionamento del tubo. Tuttavia se è presente un tracciato piatto dopo l'intubazione, si deve ritenere sino a prova contraria che il tubo tracheale si trova in esofago. Altre modalità di verifica di un corretto posizionamento del tubo e la visione diretta del tubo tracheale tra le corde vocali con il laringoscopio o il videolaringoscopio, l'auscultazione a livello ascellare o sopra l'epigastrio e il controllo con il fibroscopio per vedere gli anelli tracheali o la carena. Nuove modalità come la localizzazione con ultrasuoni sono promettenti, ma richiedono ulteriori studi.

**Algoritmo 2 Intubazione tracheale in ostetricia fallita (figura 3)**

Se il secondo tentativo d'intubazione non ha successo, si deve annunciare al team della sala operatoria che l'intubazione è fallita per cui occorre chiedere aiuto a un anestesista esperto. Una volta dichiarata fallita l'intubazione si deve cercare di mantenere la ventilazione o con una maschera facciale o con un presidio sopraglottico ed evitare l'aspirazione e il risveglio. Se la ventilazione in maschera è difficile si deve utilizzare una cannula orofaringea o una tecnica di ventilazione a 4 mani (2 persone) e rimuovere la pressione cricoidea.

Se è stata tentata la ventilazione con la maschera facciale ed è risultata difficile o prima dell'induzione si è deciso di procedere con l'intervento, la scelta da preferire è quella dell'inserimento di un presidio extra glottideo (maschera laringea) prima che l'effetto del farmaco dell'induzione e della succinilcolina abbiano terminato l'effetto. L'uso del laringoscopio può aiutare l'inserimento del presidio sopraglottico. Gli studi hanno dimostrato che l'applicazione della pressione cricoidea con una forza standard di 30 N usando una sola mano impedisce il posizionamento della maschera laringea e una ventilazione polmonare adeguata. Questo può essere dovuto al fatto che la pressione della cricoide impedisce alla parte distale della maschera laringea di occupare l'ipofaringe. Pertanto si raccomanda di rimuovere temporaneamente la pressione sulla cricoide durante il posizionamento della maschera laringea.

Si raccomanda l'uso di una maschera laringea di seconda generazione con un tubo di drenaggio gastrico per permettere il passaggio di un sondino gastrico e la possibilità di poter utilizzare pressioni d'insufflazione più alte.

E' importante dopo aver posizionato il pre-

sidio fissarlo correttamente per essere sicuri che il contenuto gastrico sia eliminato attraverso la via esofagea. Se la maschera laringea presenta una cuffia gonfiabile, questa deve essere gonfiata con la minima pressione necessaria per ottenere una tenuta delle vie aeree e comunque non superiore a 60 cm H2O. Se con la prima maschera laringea non si ottiene un efficace controllo delle vie aeree, occorre sostituirla con una di dimensioni diverse o con un presidio diverso. Come per l'intubazione tracheale ripetuti tentativi di posizionamento della maschera laringea possono aumentare il rischio di trauma e pertanto si raccomanda al massimo di eseguire 2 tentativi di inserimento.

**Algoritmo 3 "la paziente "non può essere intubata e non può essere ventilata" (figura 4)**

Dopo un'intubazione fallita non è infrequente la descrizione di un periodo di difficoltà di ventilazione; tuttavia questo di solito non persiste.

La persistente difficoltà di ventilazione nonostante il posizionamento ottimale della maschera laringea o della maschera facciale può essere dovuto a fattori intrinseci al paziente; tuttavia lo spasmo laringeo e la ridotta compliance della parete toracica possono essere modificati e migliorati con un blocco neuromuscolare completo. Se è stata utilizzata la succinilcolina all'induzione, è preferibile in seguito, se disponibile l'associazione vecuronio/sugammadex.

Quando si dichiara che il paziente non può essere intubato e non può essere ventilato occorre chiamare in aiuto specialisti ORL e/o rianimatori.

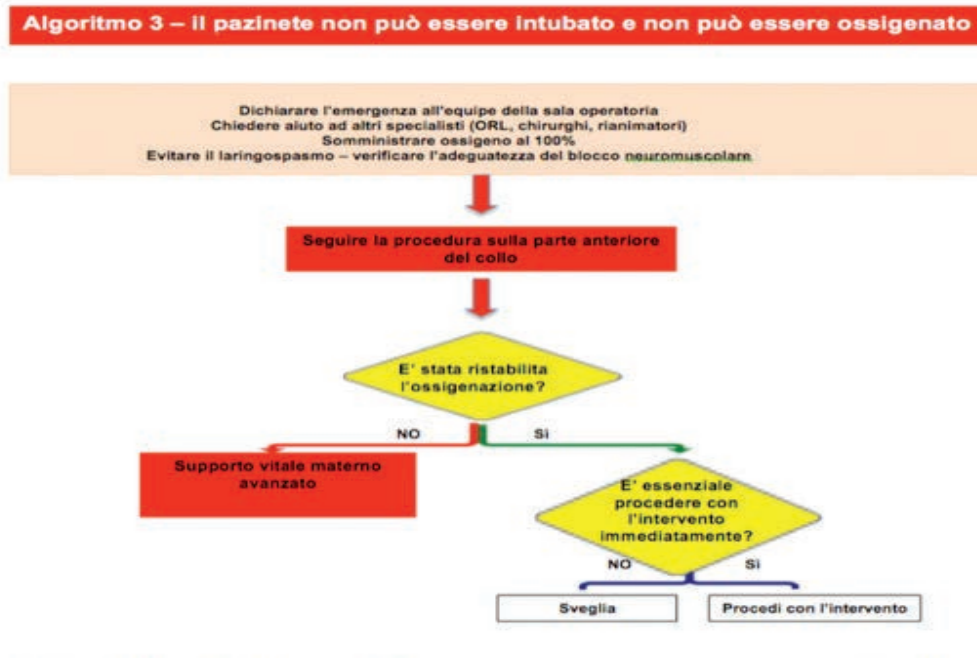


Figura 4 - Algoritmo 3 la paziente "non può essere intubata, non può essere ossigenata"

**Intervento sulla regione anteriore del collo**

Le raccomandazioni per l'esecuzione di un intervento sulla regione anteriore del collo cambiano continuamente negli strumenti e nelle tecniche. L'utilizzo di una cannula di piccolo calibro presenta un'alta frequenza d'insuccesso soprattutto nelle pazienti obese. Un intervento chirurgico sulle vie aeree permette una definitiva disponibilità delle vie aeree ed ha un'elevata frequenza di successo. L'ecografia del collo può essere di aiuto per localizzare la corretta zona di accesso del collo anche in condizioni d'emergenza. E' opportuno seguire le linee guida per l'accesso alle vie aeree in condizioni d'emergenza attraverso il collo. Se l'accesso alle vie aeree attraverso il collo non è in grado di ripristinare l'ossigenazione, si deve metter in atto un protocollo dell'arresto cardiaco, compreso il parto cesareo se è presente

un feto con età gestazionale maggiore di 20 settimane.

**E' sicuro o indispensabile procedere con l'intervento immediatamente?**

Se si ottiene un'ossigenazione adeguata con una qualsiasi modalità dopo un'intubazione fallita la decisione di svegliare il paziente o continuare l'anestesia generale e procedere con l'intervento deve essere rivalutata soprattutto in relazione ad una possibile modificazione nella gravità della compromissione della madre e/o del feto.

Si deve fare una valutazione del presidio utilizzato per le vie aeree o il rischio di ostruzione; un controllo non ottimale delle vie aeree, l'edema, lo stridore e il sanguinamento delle vie aeree e le possibili condizioni d'instabilità che potrebbero peggiorare durante l'intervento se si continua l'anestesia orienterà a svegliare il paziente.

**Tabella 2. Gestione dopo un'intubazione tracheale fallita (figura 5).**

**Svegliare**

Se si decide di svegliare il paziente dopo un'intubazione fallita occorre mantenere l'ossigenazione evitando il rigurgito, il vomito e lo stato di coscienza.

Le prime linee guida sull'intubazione fallita indicavano di girare la donna sul lato sinistro con o senza inclinazione della testa in basso, mentre le linee guida più recenti consigliano di tenere la donna supina spostando l'utero lateralmente. In caso di rigurgito o vomito la posizione della testa laterale e in basso riduce il rischio di aspirazione. Tuttavia la posizione del-

la testa laterale e in basso presenta dei problemi come la difficoltà di ruotare le pazienti obese e la scarsa tenuta della maschera; pertanto la posizione supina con la testa sollevata potrebbe essere preferibile. Durante il risveglio c'è il rischio di uno spasmo laringeo e del fatto che la paziente "non può essere intubata e ventilata"; l'anestesista deve preparare per questo uno strumentario adeguato, farmaci e personale adeguato. Se la paralisi persiste e la situazione clinica lo permette, si deve prendere in considerazione la somministrazione di un'ulteriore quantità di anestetico per evitare condizioni di vigilanza. Il rocuronio deve essere antagonizzato con sugammadex se disponibile.

Dopo il risveglio si deve rivalutare con l'ostetrico l'urgenza del parto. Le scelte da preferire sono l'anestesia regionale o il controllo da sveglio delle vie aeree seguito dall'anestesia



generale. La successiva gestione anestesio-logica richiede la collaborazione della paziente, per cui si deve attendere finché non risponde ai comandi. La posizione laterale è di solito preferibile per eseguire il blocco regionale soprattutto se lo stato di coscienza della donna è scarso. Se si esegue il blocco regionale si deve programmare un piano di riserva se il blocco fallisce o si ottiene un blocco alto. Di solito l'intubazione da svegli si esegue per via orale per il rischio di sanguinamento del naso. Dopo l'esecuzione di un'anestesia locale l'intubazione si può eseguire con un fibroscopio, un videolaringoscopia o con una laringoscopia diretta. La sedazione di supporto deve essere minimizzata. La tracheostomia può essere la scelta preferita se la gestione iniziale ha evidenziato estrema difficoltà o c'è il rischio di lesioni con l'intubazione tracheale attraverso le vie aeree superiori.

### Procedere con l'intervento

Una volta deciso di continuare con l'anestesia generale e con la chirurgia, i punti chiave da considerare sono: la scelta del presidio delle vie aeree da utilizzare e la strategia di ventilazione; il mantenimento dell'anestesia; l'uso della pressione sulla cricoide, il drenaggio del contenuto gastrico e se necessaria la programmazione per l'esecuzione di un'estubazione ritardata. L'ipossimemia si può manifestare per motivi diversi oltre che per l'ipoventilazione, e la sua presenza non è un'indicazione assoluta alla sostituzione del presidio utilizzato sulle vie aeree se la ventilazione è adeguata. Inoltre il rapporto ventilazione/perfusione e la compliance polmonare può migliorare dopo il parto cesareo e le condizioni d'urgenza possono richiedere di accettare temporaneamente condizioni subottimali fino al parto.

La decisione di utilizzare la ventilazione spontanea o controllata deve essere presa caso per caso; la ventilazione controllata è utilizzata in 2/3 dei casi dopo un'intubazione fallita. La ventilazione in pressione positiva può essere ottenuta con o senza l'uso di miorelaxanti. L'uso di miorelaxanti presenta numerosi vantaggi compresi la prevenzione del laringospasmo, la riduzione della pressione di picco delle vie aeree e l'insufflazione gastrica e facilita il chirurgo riducendo il tono dei muscoli addominali; il loro utilizzo deve essere monitorato con uno stimolatore nervoso periferico. L'intervento chirurgico deve essere eseguito dal chirurgo più esperto disponibile e si deve utilizzare solo una minima pressione del fondo per assistere il parto. Il neonatologo deve essere informato dell'intubazione fallita. Non è possibile mantenere una pressione della cricoide efficace per più di 2-4 minuti. Tuttavia la pressione della cricoide deve in teoria essere mantenuta fino a dopo il parto, dopodiché può essere interrotta; si deve fare molta attenzione al rigurgito durante l'intervento.

Se è stata utilizzata una maschera laringea di seconda generazione con un tubo di drenaggio il contenuto gastrico deve essere aspirato in prossimità dell'estremità del tubo di drenaggio se c'è stato rigurgito o attraverso un sondino gastrico inserito nel tubo di drenaggio.

Dopo un'intubazione fallita, l'anestesia può essere mantenuta con un anestetico volatile. E' preferibile usare un anestetico non irritante come il sevoflurano. Si deve prendere in considerazione un'anestesia endovenosa totale con propofol se ci sono problemi di scarso contrazione uterina dopo il parto.

E' necessaria una valutazione costante della pervietà delle vie aeree, della ventilazione e dell'ossigenazione. Se si rende necessario un ritardo dell'intubazione tracheale o un accesso sulla regione anteriore del collo, questo deve essere fatto con l'assistenza di un anestesista anziano esperto. L'intubazione attraverso una maschera laringea deve essere tentata utilizzando una tecnica familiare all'anestesista. Questo deve avvenire con una visione diretta con un fibroscopio per evitare un trauma o l'intubazione dell'esofago. Se è necessario un controllo delle vie aeree e non si può eseguire l'intubazione tracheale con sicurezza può essere necessaria una tracheostomia.

### Estubazione della trachea

I problemi alla fine dell'anestesia e nel postoperatorio possono essere dovuti all'aspirazione polmonare secondaria al rigurgito e al vomito, all'ostruzione delle vie aeree o all'ipoventilazione; circa il 30% di tutte le complicanze anestesio-logiche si ma-

terapia intensiva in ventilazione controllata e l'estubazione ritardata.

### Rivalutazione del caso e visita di controllo

Dopo una difficoltà prevista o imprevista di difficile gestione delle vie aeree una rivalutazione di gruppo è un'importante opportunità per l'anestesista e il team della sala operatoria per discutere sull'operato. La rivalutazione del caso è utile se si discutono gli aspetti positivi del comportamento, le aree di miglioramento e i possibili suggerimenti per un comportamento diverso in futuro. E' buona norma eseguire una visita di controllo delle pazienti ostetriche sottoposte ad anestesia generale, ma lo è soprattutto dopo un'intubazione difficile o fallita. Lesioni di minore entità sono frequenti. Complicanze gravi rare comprendono un trauma o la perforazione del laringe, faringe o esofago. La perforazione che si manifesta con febbre, dolore retrosternale, ed enfisema chirurgico si associa a una mortalità eleva-

una lettera con la descrizione delle problematiche incontrate da dare al paziente e al medico di base.

### Insegnamento

La maggior parte delle intubazioni fallite si manifesta al di fuori degli orari programmati e con anestesisti in formazione, per cui c'è una forte necessità di massimizzare le occasioni di apprendimento. Pertanto si raccomanda che tutte le anestesi generali nelle strutture di specializzazione siano utilizzate per l'insegnamento.

Le problematiche del controllo delle vie aeree possono essere insegnate in altre condizioni cliniche (anestesia bariatrica, anestesia con induzione rapida) o non cliniche. E' disponibile un numero crescente di presidi delle vie aeree e la competenza nel loro uso può richiedere un carico di lavoro importante. Gli anestesisti dovrebbero sviluppare le competenze nell'uso di qualsiasi strumento avanzato per il controllo delle vie aeree disponibili in ospedale. La formazione sugli strumenti delle vie aeree e dell'intubazione fallita dovrebbe coinvolgere altri professionisti che assistono l'anestesista. Il controllo delle vie aeree attraverso la regione anteriore del collo è necessario solo in 1 caso su 60 intubazioni fallite, ma se eseguita con efficacia e senza ritardi può salvare una vita. Fare esperienza con queste tecniche, soprattutto con la cricotirodotomia è difficile; per fare esperienza è più realistica la simulazione sul cadavere rispetto all'uso del manichino. Nella maggior parte delle gestioni di una condizione critica sono necessarie esperienze non tecniche. Queste comprendono la leadership, il processo decisionale, la comunicazione, i lavori di squadra. Le informazioni cliniche di una complicanza critica possono essere utilizzate come base per una simulazione d'insegnamento multidisciplinare.

### Direzioni future e ricerche

I servizi di anestesia devono rivedere tutti i casi d'intubazione fallita in ostetricia in un ambito multidisciplinare se necessario. Occorrerebbe mettere in atto un registro nazionale per la raccolta dei casi d'intubazione fallita in ostetricia per raccogliere le informazioni sui nuovi strumenti e tecniche usate durante la gestione. C'è una vasta gamma di attrezzature specializzate nella gestione delle vie aeree difficile con scarsa evidenza disponibile sul loro confronto. L'uso del rocuronio con sugammadex all'induzione dell'anestesia richiede una maggiore familiarità: è auspicabile l'avvio di nuove ricerche sulle modalità di ripristino della pervietà delle vie aeree con l'uso di questa combinazione in corso di gestione di intubazione fallita.

Tabella 1 Gestione dopo il fallimento dell'intubazione	
<b>Svegliare</b>	<b>Procedere con l'intervento</b>
<p>mantenere l'ossigenazione mantenere la pressione cricoide se non impedisce la ventilazione mantenere la posizione della testa sollevata o girarla dal lato sinistro se è stato usato il rocuronio, antagonizzare con sugammadex valutare blocco neuromuscolare e gestire consapevolezza se la paralisi è prolungata prevenire il laringospasmo / e il rischio di impossibilità a intubare e ventilare</p>	<p>Continuare l'anestesia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenere la ventilazione - valutare se mantenere:               <ul style="list-style-type: none"> <li>la ventilazione controllata o spontanea,</li> <li>il blocco neuromuscolare con rocuronio se è disponibile il sugammadex.</li> </ul> </li> <li>Prevenire il laringospasmo e l'impossibilità a intubare e ventilare il paziente</li> <li>Ridurre al minimo il rischio di aspirazione:               <ul style="list-style-type: none"> <li>mantenere la pressione della cricoide fino al parto (se non ostacolare la ventilazione)</li> <li>dopo il parto di mantenere la vigilanza e riapplicare pressione della cricoide se compaiono segni di rigurgito</li> <li>svuotare lo stomaco con un sondino se si usano presidi sopraglottici di seconda generazione</li> <li>minimizzare la pressione sul fondo gastrico</li> <li>somministrare ev inibitori dei recettori H<sub>2</sub> se non fatto in precedenza</li> </ul> </li> <li>Far eseguire l'intervento a un ostetrico esperto</li> <li>Informare la neonatologia dell'intubazione fallita</li> <li>Prendere in considerazione un'anestesia endovenosa totale</li> </ul>
<b>Dopo il risveglio</b>	
<p>rivalutare l'urgenza di un intervento chirurgico con gli ostetrici se necessario eseguire la rianimazione intrauterina del feto gestire la ripetizione dell'anestesia con due anestesisti Opzioni di anestesia:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Anestesia regionale eseguita preferibilmente in posizione laterale</li> <li>Eseguire il controllo delle vie aeree da sveglio prima di ripetere l'anestesia generale</li> </ul> </p>	

Figura 5 - Gestione dopo il fallimento dell'intubazione tracheale

nifestano alla fine dell'anestesia e durante il risveglio.

In una serie di 1095 donne sottoposte ad anestesia generale per parto cesareo, McDonnell ha rilevato il rigurgito in 4 casi all'intubazione e in 5 all'estubazione (in uno di questi all'intubazione e all'estubazione). Le modalità di un'estubazione sicura sono la programmazione e la preparazione; la possibilità di una reintubazione deve essere presa in considerazione compresa la disponibilità immediata di personale, farmaci e strumenti. Nella pratica ostetrica l'estubazione tracheale di solito si esegue quando la donna è sveglia, risponde ai comandi, mantiene una saturazione in ossigeno e un volume corrente adeguato. In passato i pazienti sottoposti a induzione in sequenza rapida venivano estubati in posizione laterale sinistra con la testa in basso. Recentemente c'è una tendenza a estubare con la testa in alto che facilita la pervietà delle vie aeree, la ventilazione e l'accesso alle vie aeree soprattutto nelle partorienti obese.

Se la reintubazione potrebbe essere difficile (ad esempio per edema laringeo o tracheale nelle pazienti con preeclampsia o dopo un'intubazione traumatica) o ci sono problemi di ossigenazione, può essere necessaria un'ulteriore valutazione delle vie aeree mediante una laringoscopia diretta, la rivalutazione con uno strumento a fibre ottiche o il rilievo di una perdita attorno al tubo tracheale per una cuffia sgonfia. Potrebbe essere necessario il trasferimento in

ta; se si sospetta, è urgente una consulenza con un otorinolaringoiatra. Lo stato di vigilanza durante l'anestesia è più frequente se l'intubazione è stata difficile e durante la visita di controllo andrebbero richieste informazioni dirette la paziente su quest'aspetto.

Nei casi in cui la gestione delle vie aeree della paziente sono difficili, si deve produrre una documentazione completa relativa alla facilità di ventilazione in maschera, il grado di laringoscopia, i presidi utilizzati, le complicanze o altre informazioni che potrebbero essere di aiuto per il comportamento da seguire in anestesi future. Occorre compilare

Test d'apprendimento	
Quesiti	
1. In gravidanza la capacità funzionale residua:	a. aumenta; b. rimane uguale; c. si riduce
2. in gravidanza il progesterone:	a. aumenta il tono dello sfintere esofageo inferiore; b. aumenta il tono dello sfintere pilorico; c. riduce il tono dello sfintere esofageo inferiore
3. il miglior indicatore di una sufficiente denitrogenazione è:	a. la FiO <sub>2</sub> ; b. la FeO <sub>2</sub> ; c. la SaO <sub>2</sub>
4. durante la denitrogenazione qual è il flusso di gas fresco raccomandato:	a. almeno 7 litri/minuto; b. circa 15 litri/minuto; c. circa 10 litri/minuto
5. nella gravida a termine quant'è il tempo sufficiente di denitrogenazione	a. 5 minuti; b. 2 minuti; c. 3 minuti
6. Qual è la pressione massima da applicare al cricoide?	a. 10 N; b. 30 N; c. 40 N
7. con la maschera laringea la minima pressione necessaria per ottenere una tenuta delle vie aeree è:	a. non superiore a 40 cm H <sub>2</sub> O; b. non superiore a 60 cm H <sub>2</sub> O; c. non superiore a 20 cm H <sub>2</sub> O
8. il tempo necessario per antagonizzare l'effetto del rocuronio con il sugammadex è:	a. 5 minuti; b. 2 minuti; c. 3 minuti
9. qual è il miglior videolaringoscopia per la popolazione ostetrica?	a. l'airtrak; b. il glidescope; c. non ci sono dati comparativi
10. il sodio citrato nel parto cesareo programmato va somministrato	a. 1 ora prima del parto; b. almeno 3 ore prima del parto; c. 2 ore prima del parto

Le risposte corrette sono sottolineate