

il nuovo Anestesista Rianimatore

GENNAIO - FEBBRAIO
2018
1
Anno XXXIX

AAROIEMAC
Associazione Anestesi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesi 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

Obiettivo 2018: un CCNL dignitoso! Nessun Governo potrà star sereno finché non lo avremo



Il rinnovo contrattuale resta un nostro fondamentale obiettivo, ma non a qualsiasi costo.

Ed è per questo che la nostra mobilitazione non si è mai interrotta. Richieste di incontri, segnalazioni, diffide, messe in mora, incontri con le forze politiche sono state soltanto alcune delle tante attività ed azioni di protesta messe in atto. Senza ovviamente dimenticare lo sciopero che - per una serie di motivi - è stato soltanto rinviato di qualche giorno e ridotto a 24 ore.

Al momento non sappiamo cosa accadrà dopo il 4 marzo.

Certo è che qualunque sia il colore del Governo che ci troveremo di fronte avrà poca importanza, perché è nostra ferma intenzione andare avanti con determinazione fino a chiudere un contratto alle migliori condizioni possibili in questo momento storico. Ma per far valere le nostre ragioni - come sempre - occorre il supporto di tutti!

alle pagine 2 e 3



12 Dicembre 2017 Reportage dei Sit In

Nella giornata di sciopero del 12 Dicembre, tutte le Sezioni Regionali hanno organizzato momenti di protesta, incontro e dibattito. Nelle pagine successive alcune foto pervenute.

a pagina 4

AAROIEMAC & SIAARTI

L'Accordo fa la forza



L'AAROIEMAC e la SIAARTI hanno sottoscritto, lo scorso 16 Dicembre, una Intesa per la valorizzazione della disciplina, a vantaggio di tutti gli Anestesi Rianimatori Italiani.

Lo Statement ha l'obiettivo dichiarato di procedere nella valorizzazione della disciplina di anestesia e rianimazione sia negli ambiti scientifici sia in quelli sindacali, ciascuno nel pieno e fondamentale rispetto delle normative di legge, ma di comune intesa.

Il Documento integrale dello Statement è pubblicato a pagina 11.

a pagina 11

www.aaroiemac.it



@AaroiEmac1

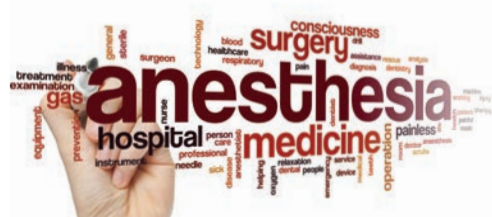


@AaroiEmac



Pagine Utili Videolaringoscopia

In anestesia le complicanze legate alla gestione delle vie aeree sono una componente importante della morbilità e mortalità. Fino all'80% delle complicanze mortali in anestesia sono legati alla gestione delle vie aeree. Le pagine centrali del giornale, estraibili, sono dedicate alla Videolaringoscopia da svegli, in emergenza e in ostetricia.



alle pagine 7, 8, 9, 10

Previdenza & Giurisprudenza

Gli approfondimenti dell'Esperto sull'APE volontaria e sulla recente Sentenza della Corte Europea sul rimborso agli ex-Specializzandi.

Il cosiddetto anticipo pensionistico noto come APE volontario è un progetto sperimentale che durerà sino alla fine del 2019, con il

quale si consente di anticipare la pensione di vecchiaia a chi ha compiuto i 63 anni di età. Per ottenere l'Ape, il lavoratore dovrà chiedere, innanzitutto, all'Inps la certificazione del diritto alla pensione.

La Corte di giustizia Ue ha ribadito il diritto dei medici ex specializzandi, a tem-

po pieno o a tempo ridotto, a partire dal 1982 quando venne emanata la prima direttiva Ue di essere "adeguatamente remunerati".

Questo perché la direttiva 82/76/cee produce i suoi effetti dal momento della sua emanazione e non da quello del suo recepimento nell'ordinamento nazionale.

a pagina 13

INSERTO ESTRABILE



In questo numero del giornale troverete un inserto estraibile che comprende le pagine 5, 6 e 11, 12.

In queste pagine sono pubblicate molte informazioni utili per gli Iscritti da conservare anche nei prossimi mesi. In particolare: la Campagna Iscrizioni 2018, le FAQ sulle modalità di sciopero, il documento dell'Intesa AAROIEMAC SIAARTI e il Vademecum sulla Convenzione Assicurativa.

alle pagine 5 e 6 - 11 e 12

La lettera

AAROIEMAC scrive a La7

Il 25 Gennaio la trasmissione Piazza Pulita sulla rete televisiva La7 ha dedicato parte della puntata ad alcuni temi critici in ambito sanitario.

Un approfondimento valido che ha messo in luce aspetti a noi noti ma forse per lo più sconosciuti ai Cittadini. Il Prof. Remuzzi - uno degli ospiti in studio -, nel commentare uno dei servizi andati in onda, ha maldestramente tirato in ballo gli Anestesi Rianimatori con una dichiarazione inaccettabile e offensiva: "I medici devono fare la loro parte, ad esempio negli ospedali si opera solo la mattina, i medici anestesisti vanno via il pomeriggio perché devono fare la professione privata". Non solo: Remuzzi ha anche pericolosamente esortato a ricorrere "agli specializzandi per il pronto soccorso che sarebbero disposti a lavorare mattino pomeriggio e sera".

All'attenzione del conduttore Corrado Formigli è stata inviata una lettera di precisazioni che, anche per la mancata risposta, ci sembra giusto pubblicare.

continua a pagina 14

Il Racconto

Una giornata al cardiopalma



La descrizione di un caso difficile attraverso il racconto di un Collega. La storia ha un titolo emblematico: CREDERCI SEMPRE!

Parole che l'autore riferisce "al nostro quotidiano, spesso nascosto, misconosciuto lavoro".

a pagina 15

Vogliamo un CCNL, non assegni a vuoto!

La Politica scopra le carte sulle reali risorse disponibili



Dopo lo sciopero del 12 Dicembre i nodi sono arrivati al pettine.

L'ultima Legge di Bilancio, varata contestualmente alla nostra protesta, ha implementato in misura insoddisfacente le risorse utilizzabili per il rinnovo del contratto triennale 2016-2018. Lo stato di agitazione, quindi, come sapete continua e continuerà sicuramente anche nei prossimi mesi. Al momento di chiusura del giornale, infatti, non si ha notizia di una imminente convocazione e se anche dovesse arrivare nei giorni a venire, la contrattazione non sarà breve, a meno che non si raggiunga un accordo sulle nostre richieste in termini economici e normativi.

L'AAROI-EMAC, in linea con le altre OO.SS. nazionali, ha chiesto alla parte datoriale (ARAN e Regioni) un primo incontro sulla certificazione della reale entità delle risorse economiche attualmente disponibili per il rinnovo contrattuale, vero perno della vertenza in atto. Se l'obiettivo di procedere al rinnovo contrattuale è davvero concreto e non una chimera, la trattativa non può cominciare senza la do-

vuta chiarezza sulle due grandi questioni relative al contratto: quella economica, che deve certamente essere decorosa, e quella normativa, altrettanto importante, la cui riscrittura dovrà risolvere gli innumerevoli problemi che la demolizione sistematica di interi capitoli del contratto vigente, operata negli ultimi anni a colpi di decreti-legge, ha creato nelle trattative periferiche, regionali e aziendali.

A tal fine, l'AAROI-EMAC ha invitato il Governo uscente a far rendere noti al più presto i dettami di un atto di indirizzo che - per quanto ci è dato sapere (sempre al momento di chiusura del giornale ndr) - rischia di essere inaccettabile, e ha chiesto ormai da diversi giorni la convocazione in ARAN. Richiesta rafforzata da una Diffida Intersindacale pubblicata nella pagina seguente.

Ad oggi, di fronte alle responsabilità che il Governo nazionale e le Amministrazioni regionali, ciascuno per la sua parte,

hanno in relazione ad un blocco contrattuale dichiarato illegittimo dalla Corte Costituzionale nell'ormai lontano 2015, la nostra mobilitazione non può e non deve fermarsi, senza escludere la messa in mora di Stato e Regioni per non aver rispettato la Sentenza.

Continueremo a mettere in atto, in tutti gli Ospedali, le più capillari azioni di contrasto ad orari di lavoro che, sotto varie forme, i medici subiscono da Amministrazioni le quali pretendono di trattarli come servi della gleba invece che come professionisti.

E' questa una stagione difficile, al sostegno della quale il 23 Febbraio sono stati nuovamente chiamati tutti i Colleghi che già allo sciopero del 12 Dicembre - al quale è dedicata la pagina 4 - hanno aderito in maniera compatta dando ancora una volta dimostrazione della forza della nostra categoria.

Lo sciopero è un'arma importante e talvolta determinante, ma è necessario utilizzarla nel modo opportuno. E' anche per questo motivo che sono state revocate le 48 ore di sciopero per farne uno successivo di 24 Ore.

Come in quasi tutte le pregresse occasioni, infatti, lo sciopero di 48 ore stava rischiando di essere supportato solo dall'AAROI-EMAC, vista la titubanza di quasi tutte le altre Sigle. Inoltre, 2 giornate di sciopero invece che una avrebbero significato un raddoppio della trattativa stipendiale, un sacrificio che non ci siamo sentiti di chiedere ai soli nostri Iscritti.

Proseguiremo comunque tutte le altre azioni affinché il rinnovo contrattuale fermo da troppi anni non sia un boomerang che rischi di falciare le nostre buste-paga!

«Partire dalla certificazione della reale entità delle risorse economiche disponibili per il rinnovo contrattuale»

IL FORUM

E' tempo di bilanci

Le pagelle ai Politici del Governo uscente a Quotidiano Sanità

A inizio anno Quotidiano Sanità ha lanciato un Forum tra le OO.SS. chiedendo di fare un bilancio della precedente legislatura relativamente alla sanità. Nello specifico veniva chiesto di indicare tre cose buone e tre cattive e di individuare cinque priorità per la prossima legislatura. Di seguito le risposte del Presidente Nazionale AAROI-EMAC su Quotidiano Sanità:

L'abbondante "produzione legislativa sanitaria" è stata spesso inefficace, talvolta controproducente. L'ostinato sotto-finanziamento del SSN ha condizionato almeno tre pessimi risultati: 1) un Patto per la Salute in gran parte inapplicabile; 2) un blocco del rinnovo contrattuale su cui pesa anche la metodica demolizione di diversi istituti contrattuali del CCNL vigente; 3) un turn-over del personale negato, a fronte di una colpevole tolleranza del caporalato.

Altri interventi normativi, pur positivi nel loro intento, non sono stati condotti al meglio: 1) i risvolti positivi per il SSN che sarebbero derivati dalla riforma referendaria del titolo V sono stati traditi dall'averla surrettiziamente legata ad obiettivi di demolizione di basilari meccanismi di democrazia elettorale e parlamentare; 2) la Legge Gelli-Bianchi non ha saputo evitare un aumento esponenziale delle chiamate in causa per ipotesi di malpractice; 3) anche la riforma ordinistica, ultima in ordine di tempo, per dirla in buona parte con Cavicchi, è stata in più punti una "occasione persa".

Per quel che riguarda le priorità sono state indicate le seguenti:

1) *Affrontare i problemi del SSN con stanziamenti economici adeguati, ma soprattutto attraverso un confronto reale e non di facciata con i professionisti.*

2) *Affrontare l'ormai mitologico rinnovo del contratto di lavoro dei medici ospedalieri in buona fede e senza furti: non sarà la concessione fattaci sulla R.I.A., la cui gran parte ci resta comunque sottratta, ad ammansire le nostre proteste, anche con altri prossimi scioperi.*

3) *Emendare la "Legge Gelli", in prospettiva di rendere effettivamente positivi i risultati delle sue buone intenzioni.*

4) *Riprogrammare i fabbisogni di personale medico specialista del SSN e dei medici in formazione che realmente servono, dato che - in primis per gli Anestesisti Rianimatori - tale programmazione è stata finora insufficiente, a fronte di alcune aree specialistiche sovrastimate quanto alle necessità.*

5) *Invertire senza mistificazioni l'attuale rotta di svendita del SSN pubblico ad interessi lucrativi privati finanziati con risorse pubbliche.*

L'intervento terminava con i voti per i Presidenti del Consiglio, per il Ministro della Salute e per quello del MEF. Risultato? Tutti bocciati!

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

- **PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI**
Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti
- **CONSULENZE MANAGERIALI**
Sul controllo di gestione dei servizi sanitari
- **PARERI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ETC.**
A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia
- **CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AAROI-EMAC E DALLA SIARED, PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM**
- **INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE**
"Il Nuovo Anestesista Rianimatore", rinnovato e aggiornato
- **CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:**
 - Responsabilità Civile e Professionale
 - Tutela Legale
 - Responsabilità Amministrativa
 - Altri Settori (in corso di attivazione)

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo
Anestesista Rianimatore
Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
CESARE IESU
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

Redazione, progetto grafico, realizzazione e stampa
PL Print s.r.l.
Via Don Minzoni, 302
80040 Napoli (Na)

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

Chiuso in Redazione il

Tiratura: 11.200 copie
Spedito il
12 Febbraio 2018

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

Senza contratto la protesta continua!

Sciolte le Camere, chiusa con nessuna attenzione alla sanità pubblica la legge di bilancio, avviata la campagna elettorale in un tripudio di promesse non finanziate, il contratto della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del SSN continua a segnalare un "non pervenuto". Non sono bastati 10 anni di blocco, una diminuzione della spesa del personale di 2,3 miliardi incassati dalle Regioni, una sentenza della Corte Costituzionale per avviare il minimo sindacale di una discussione di uno strumento necessario al governo di una organizzazione complessa come la sanità.

Non si dimentichi, a tal proposito, che le pessime condizioni di lavoro dei Medici costituiscono anche un fattore limitante nell'accesso alle cure e condizionante l'equità e l'esigibilità del diritto alla salute dei cittadini. Le Regioni sfuggono all'obbligo datoriale di rispondere a un dettato costituzionale onorando i rinnovi contrattuali, dopo aver garantito i LEA (quelle che li hanno realmente garantiti) a spese dei professionisti, costretti ad un surplus di orario contrattuale non pagato e non recuperato, oltre alla negazione del loro diritto alle ferie che ormai contano arretrati cumulati di anni.

Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, riunite il 9 gennaio scorso, preso atto della "liberazione" dell'Atto di indirizzo da parte del MEF, chiedono all'ARAN una convocazione urgente per avviare quelle trattative che, a dispetto delle promesse di qualche ministro, non consentiranno ai lavoratori un recupero economico prima della scadenza elettorale.

Una contrattazione che si apre con risorse economiche comunque irrisorie, cui si aggiunge il danno determinato dal congelamento del salario accessorio dei dirigenti medici, veterinari e sanitari previsto dalla cosiddetta riforma della PA.

Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, mantengono lo stato di agitazione e confermeranno in tutte le aziende sanitarie:

1. il rifiuto individuale scritto di effettuare orario aggiuntivo al debito contrattuale al di fuori di quello preventivamente e formalmente concordato;
2. la precedenza nell'orario contrattuale all'espletamento delle

attività diagnostiche e terapeutiche rispetto a quelle burocratiche amministrative;

3. l'attenzione rigorosa al rispetto della normativa sull'orario di lavoro (*ndr come da modulo pubblicato sul sito www.aaroiemac.it*);

4. la richiesta di godimento delle ferie arretrate;

5. la richiesta di recupero degli straordinari accumulati e non remunerati;

6. la messa in mora delle Regioni rispetto alla Sentenza della Corte Costituzionale che impone di rinnovare i contratti al personale.

Le OO.SS. hanno poi messo a punto una serie di azioni di protesta per il mese di febbraio (tra cui anche il confronto con le forze politiche) ed è facile immaginare che anche il mese di Marzo non sarà del tutto tranquillo!



Ancora in alto mare sulla definizione dei Fabbisogni di Medici, Veterinari e Sanitari

Richiesta di incontro urgente al Ministro Lorenzin



In assenza di qualsiasi confronto sulla definizione dei Fabbisogni dei Medici, Veterinari e Personale dipendente le OO.SS. hanno chiesto un incontro urgente al Ministro della Salute e - per conoscenza - al MEF e alle Regioni. Di seguito il testo della richiesta che sintetizza l'iter del documento ancora in fieri.

Ill.mi in indirizzo, relativamente al Documento sul "Fabbisogno di dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti" sul quale, da quasi un anno, le OO.SS. attendono di potersi confrontare, come promesso dal Ministro della Salute nella ormai lontana riunione con i Sindacati del 31 Gennaio 2017 e a seguito della mancata convocazione al tavolo tecnico Stato-Regioni di cui nella stessa riunione si era ipotizzata la costituzione,

considerando la richiesta in data 3 Febbraio 2017 - da parte del Direttore Generale della Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale - di osservazioni sulla Metodologia di calcolo del fabbisogno dei dirigenti medici e sanitari prontamente soddisfatta dalle OO.SS. con l'invio di una Nota in data 17 Febbraio 2017,

considerando anche che il 26 Giugno 2017 è stata inviata dalle stesse OO.SS. una richiesta urgente di incontro al fine di "assicurare un coinvolgimento dei Sindacati, come da impegni assunti, nel costruire una metodologia di determinazione del fabbisogno di dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti, adeguata alle peculiarità delle attività e delle prestazioni sanitarie e rispettosa della nor-

mativa vigente" che non ha ricevuto alcuna risposta,

considerando infine che è attualmente in circolazione un nuovo documento sul quale non vi è stato alcun confronto con i Sindacati e che allo stato attuale non sembra avere carattere di ufficialità,

le sottoscritte OO.SS. della dirigenza del ruolo sanitario, nel ribadire che il Ministro della Salute ha preso l'impegno di costituire un tavolo tecnico Stato-Regione con il coinvolgimento delle OO.SS., necessario alla definizione di una metodologia di calcolo realmente efficace,

CHIEDONO ALLE SSLL

un incontro urgente per un confronto sul documento attualmente in circolazione relativo al fabbisogno di dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti.

Diffidati Governo, Regioni e Aran

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

Al Presidente del Consiglio dei Ministri
Al Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione
Ai Presidenti delle Giunte regionali
Al Presidente dell'ARAN

LORO E-MAIL
Roma 25 gennaio 2018
Prot. n. 11/2018/5nm

Oggetto: rinnovo contrattuale del personale della dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria – Diffida.

Con la presente, le scriventi Organizzazioni Sindacali, rappresentative della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, stigmatizzano l'inerzia amministrativa che sta bloccando l'instaurato rinnovo del CCNL della dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, scaduto da 8 anni, per il triennio 2016-2018. In particolare, ad oggi non risulta ancora aperto un tavolo di trattativa con le Organizzazioni Sindacali, sebbene ne ricorrano tutte le condizioni.

L'Intersindacale - in assenza di risposte alla richiesta di convocazione da parte dell'ARAN - ha inviato una diffida a Governo, Regioni e ARAN di cui si riporta il testo:

Con la presente, le scriventi Organizzazioni Sindacali, rappresentative della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, stigmatizzano l'inerzia amministrativa che sta bloccando l'instaurato rinnovo del CCNL della dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, scaduto da 8 anni, per il triennio 2016-2018.

In particolare, ad oggi non risulta ancora aperto un tavolo di trattativa con le Organizzazioni Sindacali, sebbene ne ricorrano tutte le condizioni. Più nello specifico, l'atto di indirizzo della Conferenza delle Regioni e delle provincie autonome è stato già adottato ed inviato alla fine del mese di ottobre 2017 al Ministero della Economia e Finanze, e trasmesso da quest'ultimo al Ministero della Funzione pubblica in data 8/1/2018.

Sono state altresì determinate le risorse economiche da destinare al rinnovo contrattuale ed è stato stipulato l'accordo quadro per la definizione delle aree contrattuali. Al riguardo, è quasi superfluo menzionare la nota sentenza n. 178/2015, con cui la Corte Costituzionale ha dichiarato incostituzionale la sospensione della contrattazione collettiva ed ha sollecitato le competenti Autorità amministrative a riavviare una nuova stagione contrattuale per il pubblico impiego.

Illegittimo e forzoso indugio nel riavvio delle trattative, che si protraggono nonostante la chiara indicazione del Giudice delle leggi ed i continui proclami istituzionali in merito alla presunta riapertura della stagione contrattuale, dà diritto al risarcimento del danno cagionato al personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

Pertanto, intimiamo formalmente alle S.V. di adottare tutti i rispettivi atti di competenza per consentire l'apertura dei tavoli di trattativa, avvertendo sin d'ora che, in mancanza, agiremo in tutte le competenti sedi ivi compresa quella giudiziaria, non solo civile per ottenere tutela risarcitoria per i nostri iscritti, ma eventualmente anche penale, ove ne ricorrano i presupposti, chiedendo alla Magistratura di sanzionare l'eventuale ulteriore prolungarsi dell'attuale inerzia, anche a seguito della presente diffida.

COSMED

Nuova Stagione contrattuale '19-'22 Perfezione formale e scandalo sostanziale

"Mentre i contratti non si rinnovano dal 2009 e al momento nessun atto di indirizzo è ancora pervenuto formalmente ad ARAN affinché possano partire le prime convocazioni (si attende ancora l'atto di indirizzo della dirigenza sanitaria mentre per le altre dirigenze non si sa nulla) è stato invece siglato il protocollo di intesa per la costituzione del comitato paritetico per la rilevazione della rappresentatività sindacale ai fini della stagione contrattuale 2019-21".

E' quanto si legge in una nota COSMED dello scorso Gennaio che prosegue:

"Pertanto procedono la rilevazione delle deleghe, le elezioni delle RSU (fissate per il 17-18-19 aprile solo per il comparto con esclusione della dirigenza), l'insediamento del comitato paritetico. In pratica le procedure per il rinnovo del contratto 2019-21 sono in orario e procedono speditamente, ma la contrattazione è assente da quasi un decennio. Forse, come dicono, la burocrazia non funziona, ma in materia di contratti è certamente ciò che funziona meglio. I ritardi nella convocazione del contratto 2016-18 sono da imputare principalmente alla evidente latitanza politica di Governo e Regioni".

Sciopero 12 Dicembre 2017 - GRAZIE!

La coesione di categoria è la nostra maggior forza!

*Saltati migliaia di interventi, ma salvaguardati i pazienti fragili.
Le foto delle manifestazioni regionali*

LAZIO



Sit In Nazionale di protesta davanti al Ministero dell'Economia in via XX Settembre a Roma

PIEMONTE



Sit In Intersindacale Città della Salute e della Scienza a Torino

CAMPANIA

Il Manifesto dell'Intersindacale regionale



ABRUZZO



Sit In intersindacale AARO-EMAC ANAAO-Assomed davanti ai poliambulatori del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" a L'Aquila

MARCHE



Manifestazione e Conferenza Stampa Intersindacale

SICILIA



Sit In Intersindacale all'Assessorato alla Salute a Palermo

TOSCANA



Sit-In in Piazza Duomo sede della Presidenza della Regione a Firenze

ISCRIZIONI 2018

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

**per un adeguato riconoscimento
delle nostre qualifiche professionali
per una giusta valorizzazione
del lavoro che svolgiamo ogni giorno
per una rispettosa applicazione
dei nostri diritti e dei nostri doveri**

iscrivetevi

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

**la grande Associazione Sindacale a tutela dei Medici Specialisti
in Anestesia-Rianimazione, in Emergenza, e in Area Critica,
pilastri fondamentali del nostro Sistema Sanitario Nazionale**

Per le categorie specialistiche che rappresentiamo, iscriversi all'AAROIEMAC sin dall'inizio della Scuola di Specializzazione vuol dire mettersi in condizione di affrontare la professione forti dell'appartenenza a settori ospedalieri che rispetto a quelli delle altre discipline hanno peculiarità uniche, e che ben poco hanno da potersi attendere iscrivendosi ad OO.SS. "generaliste". Tutte le iniziative, sia sindacali, sia - più in generale - di crescita professionale che l'AAROIEMAC intraprende sono pensate ed attuate con l'obiettivo di tutelare i Collegli che hanno le caratteristiche per iscriversi ed esserne rappresentati in tutti gli ambiti ed a tutti i livelli. Nessun altro può dire altrettanto!

Per l'AAROIEMAC gli SPECIALIZZANDI hanno da sempre un VALORE particolare!

Essi sono il nostro futuro, perciò non solo la loro quota di iscrizione alla nostra Associazione è gratuita, ma sono loro riservate anche condizioni di particolare favore nella partecipazione agli Eventi che organizziamo nel perseguimento delle nostre finalità statutarie di Tutela, Formazione, Aggiornamento.

Anche le attività dei Medici in Formazione Specialistica, inoltre, necessitano di adeguate coperture in ambito sia civile sia penalistico: ecco perchè anche la nostra Convenzione Assicurativa a loro dedicata, unica nel suo genere, è disegnata - così come lo è per gli Specialisti - esattamente sulle loro esigenze di protezione professionale, ed ha costi altrettanto competitivi rispetto a quanto offre il mercato per Polizze che realmente funzionino, a fronte di altre "Polizze Giocattolo" le cui coperture, al momento del bisogno, svaniscono regolarmente come bolle di sapone!

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

FAQ SCIOPERO

Tutte le risposte per aderire correttamente e tutelare il proprio diritto all'astensione dal lavoro

1) CHI PROCLAMA LO SCIOPERO?

Lo sciopero è proclamato dai Responsabili Nazionali delle Organizzazioni Sindacali all'indirizzo della Commissione Nazionale di Garanzia. A quest'ultima spetta il compito di informare gli altri Organi Competenti. Nessuna altra incombenza spetta a nessun altro. Se le Amministrazioni Aziendali fingono di non aver ricevuto l'informazione, questo è un problema loro.

2) ESISTE UNA COMUNICAZIONE IN MERITO AI DIRETTORI GENERALI DA PARTE DELLA PRESIDENZA NAZIONALE AAROI-EMAC?

Sì. AAROI EMAC invia ai Direttori Generali l'iter da seguire nella gestione dello sciopero ed una diffida dal compiere azioni che possano limitare o comunque condizionare il diritto, costituzionalmente garantito, allo sciopero.

3) QUALI TURNI VANNO SEGUITI DURANTE LA GIORNATA DI SCIOPERO?

Le Direzioni Generali devono comunicare alle OO.SS. ed ai singoli interessati, entro cinque giorni dalla data stabilita per lo sciopero, i turni di lavoro necessari per garantire i servizi pubblici essenziali.

Il contingente minimo di personale da mantenere al lavoro è, normalmente, quello ordinariamente previsto nei giorni festivi.

4) DURANTE LA GIORNATA DI SCIOPERO, CHI ADERISCE PUÒ ESEGUIRE ATTIVITÀ LAVORATIVA INTRAMOENIA COMUNQUE CLASSIFICATA?

NO!

5) CHI STABILISCE QUALI DEBBANO ESSERE I TURNI DI LAVORO CHE DEVONO GARANTIRE I CONTINGENTI MINIMI?

Vengono stabiliti da un accordo tra la Direzione Generale e le OO.SS. in sede di Contrattazione Integrativa Aziendale.

6) È POSSIBILE CHE IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA INCREMENTI IL NUMERO DI COLLEGHI AL FINE DI GARANTIRE UNA MAGGIOR PRESENZA IN SERVIZIO?

Il Direttore della Struttura Complessa NON ha alcuna facoltà di modificare autarchicamente il numero del contingente minimo. Può proporre una variazione alla Direzione Generale che, a sua volta, dovrà concordarla con le OO.SS. Ogni altra modalità di variazione dei contingenti minimi è un abuso che si configura come attività antisindacale punita dalla legge.

7) COME DEVONO COMPORTARSI I DIRIGENTI MEDICI INDIVIDUATI NEI CONTINGENTI MINIMI CHE INTENDANO ADERIRE ALLO SCIOPERO?

Questi Dirigenti hanno il diritto di esprimere, entro le 24 ore dalla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione.

LO SCIOPERO E' UN DIRITTO

9) SE IL NUMERO DEI COLLEGHI CHE NON ADERISCONO ALLO SCIOPERO NON È SUFFICIENTE PER COPRIRE I TURNI CHE DEVONO ESSERE GARANTITI IN BASE ALLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA AZIENDALE COME OCCORRE COMPORTARSI?

Se è impossibile ottenere la sostituzione a causa della massiccia adesione allo sciopero in quella Unità Operativa, occorrerà comunque dichiarare formalmente la propria volontà di aderire allo sciopero, in maniera che, in caso si verificano abusi, resti traccia di tale dichiarazione, che potrà essere utilizzata in Tribunale per colpire chiunque abbia tentato di ostacolare il diritto allo sciopero.

10) SE SI DESIDERA ADERIRE ALLO SCIOPERO E NON SI È RICOMPRESI NEI TURNI PREVISTI PER IL CONTINGENTE MINIMO, OCCORRE COMUNICARE IN ANTICIPO LA PROPRIA INTENZIONE?

No. È sufficiente non presentarsi al lavoro il giorno dello sciopero, avvisando la propria U. O. di tale propria decisione pochi minuti prima dell'inizio turno, al fine di impedire qualunque contestazione. Peraltro, mancando ogni previsione normativa che obblighi questi Dirigenti a qualsivoglia comunicazione al riguardo, si ritiene che coloro che risultino assenti dal lavoro nel giorno dello sciopero, in assenza di altra motivazione formalmente richiesta nei tempi e nei modi previsti, debbano essere considerati, a tutti gli effetti, in sciopero.

10) COME DEVE COMPORTARSI IL COLLEGA CHE DURANTE LA GIORNATA DI SCIOPERO SIA STATO GIÀ AUTORIZZATO A GODERE DI UNA GIORNATA DI FERIE O DI CONGEDO PER RISCHIO ANESTESIOLOGICO O RADIOLOGICO?

Il CCNL non affronta questa problematica. Si ritiene comunque che l'Azienda debba, per esigenze di servizio ed al fine di non ledere il diritto allo sciopero dei propri dipendenti, richiamare dalle ferie per la sostituzione il dirigente che manifesti l'intenzione di scioperare.

11) COME DEVE COMPORTARSI IL COLLEGA CHE DURANTE LA GIORNATA DI SCIOPERO SIA STATO GIÀ AUTORIZZATO A GODERE DI UNA GIORNATA DI AGGIORNAMENTO?

Il Collega che intende aderire potrà utilizzare la propria assenza per sciopero, a sua esclusiva scelta, per l'aggiornamento. L'unica eccezione riguarda l'aggiornamento obbligatorio aziendale. In tale ultimo caso, occorre tutelare il proprio diritto all'aggiornamento respingendo al mittente ogni tentativo aziendale di annullare la giornata di aggiornamento e, naturalmente, rifiutarsi, in quella giornata, di adempiere a qualsiasi turno di lavoro effettivo assistenziale.

12) A PARTIRE DA QUALE ORARIO E FINO A CHE ORA È PREVISTO LO SCIOPERO.

Se viene dichiarato un giorno di sciopero, questo inizia alle ore 00.00 e termina alle 24.00.

Di conseguenza, nel garantire i servizi pubblici essenziali occorrerà prevedere la copertura dei turni ricadenti in questo arco di tempo.

13) SI PUÒ SCIOPERARE NEL PERIODO DI PROVA?

Si può scioperare e quel giorno non sarà computato nei 6 mesi di prova.

14) CHI LAVORA NEL PRIVATO/CONVENZIONATO È LEGGITTIMATO A PARTECIPARE ALLO SCIOPERO?

Dipende da come viene fatta la proclamazione.

le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Videolaringoscopia e intubazione da svegli (Seconda parte)

Da: J.A. Lohse et al. / Trends in Anaesthesia and Critical Care 6 (2016)

L'intubazione con un fibroscopio è stata eseguita la prima volta dal dottor Peter Murphy in 1967 utilizzando un coledocoscopio chirurgico. La possibilità di utilizzare la tecnica per la gestione delle vie aeree fu subito chiara e negli anni successivi ci furono le prime descrizioni dell'intubazione con un fibroscopio da svegli.

In anestesia le complicanze legate alla gestione delle vie aeree sono una componente importante della morbilità e mortalità. Fino all'80% delle complicanze mortali in anestesia sono legati alla gestione delle vie aeree. In base ad una valutazione di esperti questi incidenti sono potenzialmente evitabili. Una delle principali ragioni per le gravi complicanze durante la gestione delle vie aeree è data da un'incauta gestione di pazienti con vie aeree difficili previste.

Questo è forse basato sui nuovi sviluppi di dispositivi (videolaringoscopi, presidi sopraglottici) che possono dare l'illusione di facilità e sicurezza che potrebbero non corrispondere al vero. Diverse pubblicazioni hanno evidenziato che non tutte le condizioni di vie aeree difficili possono essere gestite con l'uso di un videolaringoscopio. Pertanto diverse linee guida raccomandano di mantenere la respirazione spontanea in condizioni di vie aeree difficili previste fino al controllo delle vie aeree.

L'identificazione dei potenziali problemi e fattori predittivi per le vie aeree difficili è il primo passo nella giusta direzione per evitare possibili complicanze che pongono in pericolo la vita. I fattori predittivi di difficile ventilazione in maschera e di difficile laringoscopia diretta possono sovrapporsi sotto diversi aspetti (tabella 1).

Di ventilazione in maschera difficile	Di difficile laringoscopia diretta
Cicatrici, tumori, infiammazione, macroglossia	Protrusione mandibolare; malocclusione
Patologia dell'anatomia della lingua	Precedente intubazione difficile
Radioterapia della bocca e del collo	Stenosi tracheale/anomalia anatomica della trachea
Maschio	Stridore
Età > 55 aa	Precedente radioterapia del collo e della bocca
Russamento, apnea ostruttiva notturna	Precedente chirurgia faringolaringea
Apparato dentale rovinato	Tumori, accessi della testa, del collo e del mediastino
Barba	Gozzo
Obesità (BMI > 30 Kg/m ²)	Macrognosia (stomia 21, mucopolisaccaridosi)
Malltempati 3-4	Gevintenza
Test del morso del labbro superiore:	Malltempati III/IV
Distanza tricotomometrica < 4 cm	Ridotta apertura della bocca
	Distanza tricotomometrica < 4 cm
	Ridotta mobilità del collo
	Distocsi (mandibolare/maxillofaciale)
	Collo corto o circonferenza del collo aumentata
	Stenosi sottoglottica

In tali condizioni la maggior parte delle linee guida raccomanda di mantenere la respirazione spontanea fino al controllo delle vie aeree. Per ottenere quest'obiettivo sono raccomandate quattro modalità operative:

1. intubazione con fibroscopio (prima scelta);
2. laringoscopia indiretta (videolaringoscopia);
3. intubazione con un presidio extraglottico;
4. ossigenazione translaringea o transtracheale o controllo chirurgico delle vie aeree;

È opportuno rivalutare le modalità operative alla luce dei più recenti sviluppi e linee guida sulla gestione delle vie aeree difficili previste con particolare riguardo ad una nuova tecnica disponibile: la videolaringoscopia da svegli.

Gestione delle vie aeree difficili previste

L'intubazione sotto sedazione con il mantenimento del respiro spontaneo è la tecnica più sicura per prevenire gravi complicanze come l'ipossia, il danno cerebrale e la morte. Finora l'intubazione da svegli con il fibroscopio flessibile in anestesia locale e con adeguata sedazione è la tecnica di scelta nella gestione delle vie aeree difficili previste. Recentemente la videolaringoscopia da svegli è sempre più al centro dell'attenzione come una valida alternativa all'intubazione da svegli con il fibrobroncoscopio.

Videolaringoscopia

La videolaringoscopia si sta affermando come

una tecnica molto utile nella gestione della laringoscopia diretta difficile. Fin dalla sua introduzione è stata sempre più utilizzata per facilitare l'intubazione da svegli. Si è pensato che la videolaringoscopia per la sua somiglianza tecnica alla laringoscopia convenzionale e alla manualità necessaria simile, possa essere più facile, più veloce e più sicura da eseguire rispetto all'intubazione con il fibrobroncoscopio nel paziente in cui si prevede un controllo difficile delle vie aeree, anche se questo non è stato dimostrato.

Attualmente è disponibile un'ampia varietà in rapida espansione di dispositivi per videolaringoscopia. Il videolaringoscopio come strumento di sicurezza per il controllo delle vie aeree è una tecnica molto popolare per diversi motivi: rispetto ad altri strumenti imparare a usare un videolaringoscopio sembra facile; la manualità e alcuni aspetti tecnici sono già conosciuti con la laringoscopia diretta classica. Diverse pubblicazioni suggeriscono che sono necessarie circa 6 intubazioni con il videolaringoscopio per ottenere un successo nel > 90% in meno di 3 minuti di tempo in condizioni di simulazione.

Tuttavia in una recente pubblicazione si è visto che è necessario un numero d'intubazioni molto più alto per visualizzare in maniera sufficiente, posizionare la punta del tubo a livello della glottide ed introdurre il tubo in trachea.

Questo studio indica che potrebbe essere necessario un maggior numero di prove d'intubazione rispetto a quanto in origine si era pensato per una padronanza con il videolaringoscopio. Rispetto alla laringoscopia diretta classica i vantaggi e gli svantaggi dei diversi tipi di videolaringoscopi sono stati valutati e confrontati in diversi studi. Solo negli ultimi 2 anni i videolaringoscopi sono diventati uno strumento comune utilizzato diffusamente nella pratica clinica di routine e nell'emergenza.

Disegno della lama

È indispensabile per visualizzare la glottide con un videolaringoscopio in un paziente sveglio, realizzare una sedazione e un'anestesia locale sufficiente. Allo stesso tempo i tessuti molli nella cavità orale e faringea devono subire la minima manipolazione per evitare disagio al paziente.

Il videolaringoscopio utilizzando una lama angolata (ad esempio il GlideScope, il C-MAC o il McGrath) aprono la porta ad una nuova prospettiva: la vista dietro l'angolo senza lo spostamento dei tessuti faringei. Con la lama angolata la presenza della telecamera sulla punta permette di seguire la struttura anatomica con una manipolazione minima dei tessuti delle vie aeree. Non è possibile e necessaria una visione diretta della glottide. Rispetto alla laringoscopia classica diretta così come con la videolaringoscopia con lama simile alla Macintosh, il disegno della lama angolata offre una migliore visibilità della glottide senza utilizzare una forte pressione sulle circostanti strutture anatomiche. Tuttavia questa nuova prospettiva comporta nuove sfide: la migliore visualizzazione della glottide non determina necessariamente un maggior successo dell'intubazione. Seguendo la punta angolata della lama, il tubo deve passare dietro l'angolo e quindi essere guidato in trachea. In questo caso il posizionamento del tubo diventa il passaggio chiave nel processo d'intubazione invece della visualizzazione della glottide. Questi dati si basano sull'esperienza con pazienti in anestesia generale, ma è anche un problema da prendere in considerazione nei pazienti tenuti in respiro spontaneo.

Fattori predittivi di laringoscopia indiretta difficile/videolaringoscopia

L'identificazione delle caratteristiche o dei test utili a valutare i fattori predittivi di una laringosco-

pia indiretta difficile nei pazienti anestetizzati non sono stati adeguatamente studiati. Il sanguinamento della mucosa e l'ipersecrezione delle vie respiratorie possono causare una ridotta visibilità per l'ostruzione della fotocamera. Si conosce poco sui fattori predittivi di una videolaringoscopia difficile o fallita. Attualmente il solo fattore predittivo noto di una videolaringoscopia impossibile sembra essere un'anatomia alterata del collo e una ridotta apertura della bocca, che rende impossibile introdurre lo strumento in bocca. Finora sono stati descritti solo i predittori d'intubazione difficile usando il GlideScope in pazienti anestetizzati e la possibilità di utilizzare altri videolaringoscopi.

Confronto tra fibroscopio e videolaringoscopia

Finora il videolaringoscopio è stato utilizzato in un ambito d'indicazioni riservato al fibroscopio: intubazione da svegli, soggetti che respirano spontaneamente. La soglia d'inibizione a eseguire una intubazione con il broncofibroscopio da svegli sembra essere molto più alta della consapevolezza dei vantaggi attesi con questa modalità e dei possibili rischi dell'intubazione in anestesia generale. Le ragioni per questo comportamento sono molteplici.

L'intubazione con il broncofibroscopio è una procedura poco utilizzata nella pratica quotidiana. Solo circa l'1% delle intubazioni sono eseguite con un endoscopio flessibile. Poiché l'intubazione con broncofibroscopio è una tecnica difficile da imparare spesso non si ha un addestramento adeguato a quello che sarebbe necessario.

Anche le persone esperte hanno bisogno di una pratica regolare per conservare le proprie competenze. È indispensabile che lo strumentario e le tecniche di esecuzione siano padroneggiate completamente. L'inesperienza nell'esecuzione della tecnica è considerata una controindicazione all'uso del broncofibroscopio. L'uso di un videolaringoscopio nei pazienti in anestesia diventa sempre più familiare ed è una tecnica con un'alta frequenza di successo e una curva di apprendimento rapida. Questa combinazione rende l'uso dello strumento una soluzione allettante nella gestione delle vie aeree nel paziente sveglio.

L'uso del videolaringoscopio per l'intubazione tracheale in anestesia locale è stato descritto recentemente in numerose pubblicazioni. La prima esperienza è stata eseguita in 13 pazienti con prevista intubazione difficile, in anestesia locale e con leggera sedazione. L'intubazione è stata eseguita utilizzando un'associazione del GlideScope con un fibroscopio precaricato con un successo del 100%, buona accettazione del paziente e un tempo medio d'intubazione di 68 secondi. In uno studio di un gruppo di 50 pazienti grandi obesi la laringoscopia indiretta da svegli si è rivelata una tecnica ragionevole con un successo dell'intubazione del 96% al primo tentativo e un tempo medio d'intubazione di 158 secondi. In questo caso la possibile causa dell'insuccesso è stata sedazione e/o anestesia locale un'adeguata, che dipendeva dalle preferenze dell'anestesista.

Confronto tra l'uso del broncofibroscopio e il videolaringoscopia da svegli

Sono stati confrontati il broncofibroscopio e il videolaringoscopio (McGrath) sulla frequenza del successo al primo tentativo, al tempo d'intubazione, alla facilità d'intubazione e al comfort del paziente. Nei pazienti con prevista intubazione difficile è stata somministrata lidocaina al 10% spray direttamente sulla mucosa della faringe, un'iniezione transtracheale di 100 mg di lidocaina 1-2 minuti prima del tentativo d'intubazione. È stato somministrato remifentanil in infusione fino a ottenere un

grado di sedazione di 2-4 della scala Ramsay. Per il fallimento dell'iniezione trans tracheale 2 pazienti del gruppo della videolaringoscopia sono stati esclusi in quanto non tolleravano la procedura. Non ci sono state differenze nel tempo d'intubazione tracheale tra l'intubazione con il fibroscopio (80 secondi) e il videolaringoscopio (62 secondi). Il successo dell'intubazione al primo tentativo è stato del 79% con il fibroscopio e del 71% con il videolaringoscopio. Entrambi i gruppi sono stati simili in termini di facilità dell'intubazione e comfort del paziente.

In uno studio simile è stato eseguito un confronto tra l'intubazione nasale da svegli tra il fibroscopio e il videolaringoscopio (C-MAC) in anestesia locale (non invasiva, seguendo un protocollo della durata di 10 minuti) e una leggera sedazione (remifentanil, midazolam). Il tempo medio d'intubazione è stato più breve usando un videolaringoscopio (38 secondi) rispetto all'intubazione con il fibroscopio (94 secondi)

Non ci sono state differenza nel successo dell'intubazione (96%) e della soddisfazione dell'anestesista e dei pazienti.

Anche in questo caso non ci sono state differenze nella soddisfazione tra l'intubazione con il fibroscopio e il videolaringoscopio, e non è stato rilevato disagio tra i 2 gruppi. Entrambi le tecniche hanno comportato un alto grado di accettazione da parte dei pazienti.

Un altro studio ha confrontato un'intubazione da svegli con il fibroscopio e il videolaringoscopio usando un GlideScope in 64 grandi obesi con risultati simili. Non è stata rilevata nessuna differenza negli effetti secondari e nella soddisfazione del paziente. Entrambi le tecniche sono state eseguite in sedazione (infusione controllata di remifentanil per ottenere una sedazione di 3 con la scala di Ramsay) e anestesia topica.

Indicazioni particolari: intubazione da svegli in posizione verticale

Garantire la sicurezza delle vie aeree in pazienti che respira spontaneamente in posizione verticale è impegnativo. L'intubazione da svegli in posizione verticale è in grado di ridurre alcuni rischi associati con l'intubazione in posizione tradizionale ed è spesso l'unico modo per il controllo delle vie aeree non solo di pazienti intrappolati nel soccorso d'emergenza ma anche nei pazienti con grave dispnea e pervietà delle vie aeree ridotte.

Un confronto diretto tra il fibroscopio e il GlideScope in 23 soggetti sani ha evidenziato un tempo per il raggiungimento della visione ottimale del laringe più breve con il videolaringoscopio (39 secondi). Gli autori hanno concluso che la videolaringoscopia per l'intubazione da svegli può essere una valida alternativa al fibroscopio soprattutto per gli operatori inesperti di intubazione con il fibroscopio.

Tuttavia la fibroscopia può essere lo strumento più affidabile per ottenere la migliore visibilità del laringe.

Facendo riferimenti a questi studi sono stati studiati 2 diversi tipi di videolaringoscopi focalizzando il loro uso nell'intubazione di pazienti in posizione verticale: GlideScope (lama angolata) e C-MACV (lama di Macintosh). L'anestesia topica di 31 volontari è stata eseguita in 3 modi diversi: aerosol della lidocaina con una maschera facciale, spray della lidocaina nel faringe utilizzando il catetere di MADgic, e gargarismi con lidocaina. 5 volontari sono stati esclusi per insufficiente anestesia topica. Dopo l'anestesia topica, i partecipanti sono stati sottoposti alla videolaringoscopia due volte con il GlideScope e due volte con il C-MAC (4 interventi per ogni partecipante) utilizzando la posi-

zione del manico rivolta in basso. E' stata data la possibilità all'operatore di modificare la posizione seduta dei partecipanti.

Con il GlideScope si è avuta una visibilità della glottide più rapida (7 secondi) rispetto al C-MAC (9,8 secondi). Non ci sono state differenze significative tra i 2 strumenti rispetto al tempo per ottenere la migliore visualizzazione della glottide. Tuttavia l'uso del GlideScope permette una migliore visualizzazione della glottide. Usando il GlideScope i pazienti erano in grado di restare in posizione seduta con piccole variazioni. Al contrario usando il C-MAC, una posizione seduta relativamente bassa e un'iperestensione del collo permettevano di ottenere la migliore visibilità della glottide. Gli autori hanno concluso che la videolaringoscopia con una lama angolata sembra essere la scelta migliore per ottenere la migliore visibilità nell'intubazione facciale di un paziente.

Forza, compressione e trauma

La pressione sui denti e il trauma delle vie aeree sono sempre stati un problema importante nella gestione delle vie aeree. Soprattutto se si deve eseguire un'intubazione da svegli, è da prendere in considerazione questo problema. Attualmente si conosce poco sui possibili danni sull'uso da svegli del videolaringoscopia. In uno studio multicentrico di confronto tra C-MAC e il Glidescope in pazienti anestetizzati, il danno dei denti è stato raro (lesioni del labbro con C-MAC 3,5%, con GlideScope 2,9%, lesione dei denti 0,2% rispetto 0%, le lesioni della trachea 0% rispetto allo 0,2% danni al faringe 0,7% rispetto a 1,3%).

Numerosi studi hanno preso in considerazione la forza applicata sui denti anteriori e sulle strutture anatomiche della cavità orale usando il videolaringoscopia in pazienti in anestesia generale.

Sono stati confrontati 4 tipi di videolaringoscopi (Macintosh, GlideScope, C-MAC, McGrath) tra di loro con particolare attenzione alla forza applicata sugli incisivi dei mascellari e sulle gengive.

Gli studi comprendevano 25 pazienti per gruppo; il confronto è stato eseguito in anestesia generale. Rispetto alla laringoscopia diretta usando una lama di Macintosh, tutti i videolaringoscopi presi in considerazione sono stati più sicuri per i pazienti in termini di forza applicata agli incisivi mascellari e numero di tentativi d'inserimenti. Non ci sono state differenze nella forza applicata dai videolaringoscopi. In un altro studio è stata valutata la forza sulle strutture anatomiche di un manichino con un videolaringoscopia GlideScope e un laringoscopia di Macintosh. Sono stati attaccati 3 sensori sulla superficie concava della lama. Rispetto al laringoscopia di Macintosh il videolaringoscopia GlideScope permette di ottenere una visibilità della glottide uguale o superiore. Questo ha evidenziato una minore forza applicata alla base della lingua. In entrambi i laringoscopi, il sensore distale ha rilevato la forza maggiore applicata alle strutture anatomiche. Questi dati contrastano con quelli di un altro studio in cui si confronta il GlideScope con il tradizionale laringoscopia di Macintosh. Il GlideScope ha evidenziato una maggiore omogeneità nella distribuzione della forza, mentre la forza generata con il laringoscopia di Macintosh è stata localizzata soprattutto alla punta della lama.

Limitazioni del videolaringoscopia

La videolaringoscopia da svegli non è possibile per tutte le vie aeree e i tipi di pazienti. Nei pazienti con anatomia del collo alterata soprattutto dopo irradiazione o grandi tumori ostruenti, la videolaringoscopia da svegli può non essere una scelta adeguata. In questi pazienti le maggiori limitazioni sono uno spazio faringeo molto ridotto, tessuti molli molto rigidi, e difficilmente mobilizzabili e la perdita della linea diretta dalla bocca alla glottide.

Inoltre un'apertura molto ridotta della bocca può impedire alla lama del videolaringoscopia di essere inserita nell'orofaringe. Alcuni pazienti presentano un'ostruzione sotto le corde vocali impedendo l'avanzamento del tubo in trachea. Questi pazienti possono trarre vantaggio dall'uso del broncofibroscopia. E' indispensabile un'anestesia adeguata della mucosa dell'orofaringe, della glottide e della trachea per la videolaringoscopia e per l'intubazione con il broncofibroscopia da svegli.

L'anestesia locale si può applicare usando il canale operativo dell'endoscopia. Nonostante le numerose promettenti pubblicazioni sull'uso di varie tecniche per l'applicazione dell'anestesia locale nelle vie aeree, attualmente non sono state identificate un metodo adeguato sufficiente e sicuro.

L'ipersalivazione e il sanguinamento della mucosa possono rendere l'intubazione con il fibroscopia difficile e talvolta impossibile. Utilizzando

un videolaringoscopia si può creare uno spazio orofaringeo. Questo permette di ottenere una visione d'insieme e permette di aspirare sotto visione diretta. Gli anestesisti che decidono di eseguire una videolaringoscopia da svegli dovrebbero avere una buona pratica nel maneggiare il videolaringoscopia. Competenza, una pratica sufficiente e un'esperienza in analgo-sedazione come sull'anestesia locale sono indispensabili nell'intubazione con fibroscopia.

Preparazione delle vie aeree

Come eseguire una videolaringoscopia da svegli

Anti-salivazione

La somministrazione di atropina endovena, quindici minuti prima dell'intubazione, asciuga le mucose aumentando l'efficacia dell'anestesia di superficie e migliorando le condizioni d'intubazione mediante una riduzione delle secrezioni. La tachicardia conseguente alla somministrazione dell'atropina può talvolta rendere l'intubazione da svegli più difficile in conseguenza dell'anzianità del paziente.

Un'anestesia di superficie sufficiente è il requisito indispensabile per eseguire con successo l'intubazione da svegli.

La qualità dell'anestesia locale ha un'importanza maggiore nell'accettazione del paziente rispetto al livello di sedazione. Sono state descritte numerose tecniche di anestesia locale delle vie aeree.

La cannula MADgic con una punta anatomica è uno strumento utile per l'applicazione dell'anestetico locale nell'ipofaringe e sulla glottide ed è utilizzato da molti medici per l'anestesia topica. Tuttavia il numero di studi che hanno valutato l'efficacia di questo strumento è limitato. Il blocco del nervo laringeo superiore e l'iniezione transtracheale attraverso la membrana cricotiroidea usando la lidocaina si è visto che determina una ottima anestesia delle vie aeree superiori. Rispetto a un approccio non invasivo, entrambi le tecniche più invasive comportano rischi potenziali come il sanguinamento, l'iniezione accidentali in strutture anatomiche vicine e il fallimento. In particolare nei pazienti con anatomia alterata del viso e del collo (spesso presente nella chirurgia maxillo-facciale e ORL) la puntura trans cricoidea e il blocco del nervo laringeo superiore possono non essere le modalità più adeguate.

Anestetico locale

La lidocaina a diverse concentrazioni è l'anestetico locale più utilizzato per l'anestesia di superficie.

L'anestetico locale deve essere usato con attenzione per i ben noti effetti secondari come le aritmie e una ridotta soglia convulsiva. La dose massima per l'applicazione locale non è nota; sono stati ritenuti accettabili valori compresi tra 4 e 9 mg/Kg di peso corporeo.

L'applicazione della lidocaina in gel per anestetizzare la mucosa nasale, la lidocaina in soluzione per gargarismi, l'applicazione di uno spray e l'aerosol con una maschera facciale sono tutte modalità di anestesia locale ben note. La qualità dell'anestesia può migliorare con l'associazione di diverse metodiche.

L'effetto della masticazione di una garza bagnata nella lidocaina si è dimostrato inadeguato nella preparazione dei pazienti obesi all'intubazione da svegli. Questa tecnica non ha avuto alcun effetto sui conati di vomito analogamente al placebo.

Sedazione

Sebbene l'intubazione da svegli si possa ottenere usando solo l'anestesia locale, la sedazione è necessaria per consentire una migliore tolleranza per il paziente. I farmaci comunemente usati per la sedazione durante l'intubazione da svegli sono soprattutto ansiolitici e analgesici, anche se alcuni farmaci più recenti dimostrano entrambi le proprietà. La sicurezza dell'intubazione da svegli risiede nel mantenimento della respirazione spontanea e nella capacità di interromperla per utilizzare una tecnica diversa come la tracheotomia da svegli se l'intubazione fallisce. Un'eccessiva sedazione può causare ostruzione delle vie aeree, depressione respiratoria o apnea determinando un'eccessiva mortalità e morbilità. Pertanto sembra una logica raccomandazione che un secondo anestesista gestisca la somministrazione e controlli gli effetti della sedazione. Sono disponibili diversi farmaci e protocolli per la sedazione per l'intubazione da svegli, anche se non abbiamo studi randomizzati e controllati di confronto delle diverse tecniche. In conseguenza del numero relativamente piccolo di pazienti in cui si esegue l'intubazione da svegli que-

sti dati sono difficile da ottenere per cui il dibattito sulla tecnica ottimale di sedazione è destinato a perdurare.

Midazolam

Il midazolam è una benzodiazepina che può essere iniettata in bolo di 0,5-1 mg, di solito non superando la dose di 0,05 mg/Kg. Per l'assenza di proprietà analgesiche il midazolam di solito è utilizzato insieme al fentanyl con boli fino a 1,5 µg/Kg. I vantaggi principali di questa tecnica sono la sua semplicità e la diffusa esperienza nel suo utilizzo. Il vantaggio della presenza dell'amnesia può migliorare l'esperienza del paziente e la compliance di possibili future intubazioni da svegli, anche se non esiste evidenza a supporto di questo. L'iniezione del bolo può determinare un'eccessiva sedazione, per cui occorre ricordare che quest'effetto può essere antagonizzato con il flumazenil.

Remifentanil

Il remifentanil attualmente è molto utilizzato durante l'intubazione da svegli con il fibroscopia. E' un potente agonista dei recettori µ con il vantaggio rispetto agli altri oppioidi di una durata d'effetto molto breve. Questo è dovuto all'idrolisi da parte di esterasi plasmatiche e tissutali aspecifiche, indipendentemente dalla funzionalità epatica e renale. Possiede eccellenti proprietà antiosse e analgesiche ed è stato utilizzato come farmaco solo per l'intubazione da svegli con il broncofibroscopia, anche senza anestesia di superficie sulle vie aeree. Di solito è utilizzato insieme con altri farmaci come il midazolam o più recentemente il propofol per ridurre l'alta incidenza di ricordo.

E' interessante tuttavia notare che i pazienti che hanno avuto un ricordo, usando il remifentanil, non descrivono l'esperienza come sgradevole. Il remifentanil presenta numerosi effetti secondari potenzialmente problematici durante l'intubazione con broncofibroscopia da svegli. Questi comprendono la bradicardia, l'ipotensione, l'apnea, e la rigidità della parete toracica, ed è necessaria la presenza di un secondo anestesista per seguire la sedazione e monitorare il paziente. Molti che sostengono il suo uso sono contrari all'associazione con altri sedativi, per minimizzare questi effetti secondari. La somministrazione utilizzando un'infusione controllata (TCI) riduce l'incidenza di complicanze e permette di ottenere migliori condizioni d'intubazione. Dai dati della letteratura si evidenzia che una concentrazione al sito effetore di 1-3 nanogrammi per ml è perfettamente adeguata.

Propofol

Il propofol è un derivato alchilfenolico con elevata liposolubilità che può essere iniettato in bolo, in infusione semplice o come TCI. La maggior parte degli studi evidenziano che è stato utilizzato per l'intubazione da svegli con la TCI. Ottenere un giusto equilibrio tra una sedazione insufficiente o eccessiva è molto difficile quando si usa il propofol come unico farmaco sedativo con una concentrazione sul sito effetore > 3 µg/ml. La somministrazione contemporanea di oppioidi e benzodiazepine può migliorare l'efficacia. L'evidenza attuale suggerisce che è preferibile usare il propofol con la TCI con una concentrazione sito effetore di 1 µg/ml insieme al remifentanil.

Dexmedetomidina

La dexmedetomidina è un composto imidazolico che possiede una specifica attività agonista sugli α-2-adrenorecettori. E' diventato popolare come sedativo per l'intubazione da svegli per diverse proprietà favorevoli. In aggiunta alla sedazione determina un'amnesia anterograda, è ansiolitico e analgesico. Come elemento importatane ha un effetto minimo sulla respirazione. S'inietta in bolo di 0,7-1 mg/Kg in 10-20 minuti seguita da un'infusione di 0,3-0,7 mg/Kg/h. Nonostante la presenza di queste numerose caratteristiche positive non sono attualmente disponibili studi randomizzati e controllati che ne dimostrano in modo chiaro i vantaggi rispetto ad altri farmaci. Per le condizioni in cui l'intubazione da svegli è eseguita la somministrazione di ossigeno è sempre corretta. Questo può essere somministrato con una cannula nasale per l'intubazione orale o con una maschera facciale capovolta posizionata sopra la bocca per l'intubazione nasale. Rappresenta un sistema di sicurezza per i rari casi in cui l'intubazione da svegli precipita in una completa ostruzione delle vie aeree.

Conclusioni

La videolaringoscopia da svegli può essere un'alternativa adeguata all'intubazione con broncofibroscopia in molti pazienti con vie aeree difficili previste. Rispetto all'intubazione con fibroscopia flessibile la tecnica permette di ottenere

un successo simile e una lunghezza della procedura accettabile. E' possibile anche ottenere un grado elevato di accettabilità da parte del paziente. In particolare per il gruppo di operatori che non hanno esperienza e familiarità con la gestione di un endoscopia flessibile la videolaringoscopia da svegli potrebbe essere una scelta in situazioni particolari per mantenere la respirazione spontanea fino al controllo delle vie aeree. Tuttavia il presupposto per il successo della manovra è la conoscenza medica della preparazione delle vie aeree e un livello di sedazione adeguato. Va rilevato che l'intubazione con il videolaringoscopia da svegli non deve essere considerato come il sostituto dell'intubazione con il fibrobroncoscopia flessibile. E' importante imparare, formare e mantenere la capacità di eseguire un'intubazione con l'endoscopia.

Tecniche suggerite per l'intubazione da svegli

Intubazione con broncofibroscopia (se possibile con 2 anestesisti esperti)
Atropina (0,4 mg) endovena 20 minuti prima;
Paziente in posizione semi seduta;
Accesso endovenoso;
Monitoraggio (ECG, SaO₂, PA);
Sufentanil 0,1 µg/Kg endovena;
0,5 ml di fenilefrina in entrambi le narici (VICKS SINEX 0,05% SPRAY NASALE);
Mantenere il respiro spontaneo e controllo continuo SaO₂;
Ossigeno con maschera facciale capovolta sulla bocca;
Anestesia intercricotiroidea (4 ml di lidocaina 2%);
1 mg di midazolam ev;
Lidocaina 10% spruzzata sulla lingua, sul faringe superiore e sul faringe inferiore due volte;
Caricare sul broncofibroscopia un tubo armato di calibro 6 e fissarlo con un cerotto;
Inserire un catetere epidurale attraverso la porta di aspirazione;
Passare con una garza liquido anti appannamento sulla punta del broncofibroscopia;
Introdurre attraverso la narice più ampia il broncofibroscopia;
Allineare l'operatore e il fibroscopia con la direzione del naso;
Utilizzare la mano sinistra posta tra le sopracciglia come guida dell'endoscopia;
Evidenziare le corde vocali (eventualmente spostare il laringe dall'esterno);
Anestesia sopra le corde vocali con 2 ml di lidocaina 2% attraverso il catetere epidurale mentre si dice al paziente di respirare profondamente;
2 ml di lidocaina sotto le corde vocali (2 respiri profondi);
Attraversare le corde con il broncofibroscopia (3 respiri profondi);
Far scivolare il tubo attraverso le corde (verificare che il tubo resti sopra la carena);
Verificare con la capnografia la correttezza dell'intubazione e indurre l'anestesia.

Intubazione con videolaringoscopia

(se possibile con 2 anestesisti esperti)
Atropina (0,4 mg) endovena 20 minuti prima;
Paziente in posizione supina;
Accesso endovenoso;
Monitoraggio (ECG, SaO₂, PA);
Sufentanil 0,1 µg/Kg endovena;
Mantenere il respiro spontaneo e controllo continuo SaO₂;
ossigeno con occhiali 4 l/min;
1 mg di midazolam ev;
Attendere 1-2 minuti;
Lidocaina 10% spruzzata sulla lingua sul faringe superiore e sul faringe inferiore due volte;
Inserire con delicatezza un videolaringoscopia con lama curva (C-MAC, GlideScope, McGrath);
Appena si visualizza l'epiglottide spruzzare 2 ml di lidocaina al 2% sul faringe inferiore e sull'epiglottide con la cannula MADgic;
Rimuovere il videolaringoscopia;
Dopo 2 minuti di attesa reinserire il videolaringoscopia e spruzzare altri 2 ml di lidocaina al 2% con il MADgic sulla glottide e nella regione sotto glottica;
Rimuovere il videolaringoscopia;
Dopo altri 2 minuti di attesa visualizzare la glottide e inserire attraverso le corde vocali il tubo incurvato a "mazza di hockey" con l'aiuto di un mandrino malleabile;
Verificare con la capnografia la correttezza dell'intubazione e indurre l'anestesia.

Videolaringoscopia in emergenza e in ostetricia (Terza parte)

Da: Trends in Anaesthesia and Critical Care 5, 2015 - International Journal of Obstetric Anesthesia 24, 2015

Introduzione

Nel corso degli ultimi anni l'utilizzo del videolaringoscopia è aumentato per molte situazioni d'emergenza fuori e dentro l'ospedale.

Mentre all'inizio il suo uso era limitato alle intubazioni difficili previste, attualmente è usato in un ampio spettro d'indicazioni.

In generale sembra che la curva di apprendimento della videolaringoscopia sia molto rapida e soprattutto i principianti possono trarre vantaggi dal loro uso. L'anestesista esperto e i principianti di solito hanno un'alta percentuale di successo dell'intubazione quando utilizzano un videolaringoscopia.

Più veloce e con maggiore successo

L'intubazione tracheale è considerata il gold standard per la protezione delle vie aeree durante la rianimazione cardiopolmonare (CPR) e dopo la ripresa della circolazione spontanea. In alcuni studi recenti si è rilevato che è il metodo che permette di ottenere una prognosi migliore. Tuttavia l'intubazione tracheale è considerata una procedura ad alto rischio durante la CPR e presenta una frequenza di successo notevolmente più bassa se confrontata con l'intubazione tracheale per l'anestesia in ospedale per numerosi fattori ambientali avversi.

Inoltre ripetuti e prolungati tentativi d'intubazione tracheale con la laringoscopia diretta possono ridurre la qualità della CPR e prolungare il tempo di mancata ventilazione con conseguente peggioramento della prognosi per le vittime di arresto cardiaco. Studi più recenti hanno evidenziato una maggiore frequenza di successo e tentativi d'intubazione più rapidi se si usa un videolaringoscopia. Quest'effetto potrebbe essere più importante per i soggetti meno esperti nell'intubazione tracheale. Per confrontare la videolaringoscopia con la laringoscopia diretta durante la CPR, Park ha eseguito uno studio clinico controllato in un ospedale d'insegnamento di Seoul per valutare il miglioramento delle capacità d'intubazione tracheale durante la CPR dei medici inesperti.

Otto studenti del primo anno, privi di precedente esperienza clinica d'intubazione tracheale hanno partecipato allo studio in 2 diversi momenti (da maggio 2011 ad aprile 2012 e da maggio 2012 ad aprile 2013). La frequenza del successo al primo tentativo d'intubazione tracheale è stata scelta come parametro di outcome principale. Sono state studiate 305 vittime con arresto cardiaco fuori dall'ospedale (OHCA) durante i 2 anni di studio in cui sono state eseguite 83 intubazioni tracheali con la laringoscopia diretta o con il videolaringoscopia GlideScope (rispettivamente 34 e 49). La frequenza del successo al primo tentativo d'intubazione tracheale è stata significativamente più alta nel gruppo con videolaringoscopia (91,8%) rispetto alla laringoscopia diretta (55,9%). Analogamente il tempo per l'introduzione del tubo tracheale era significativamente più breve quando è stato utilizzato un videolaringoscopia (37 rispetto a 62 secondi) e il numero d'intubazioni esofagee era inferiore nel gruppo con videolaringoscopia. Per ciò che riguarda la CPR, l'uso del videolaringoscopia provocava significativamente minori interruzioni delle compressioni per il massaggio cardiaco. Questo studio di Park è il primo che ha rilevato diversi parametri dell'intubazione tracheale con la laringoscopia diretta e con la videolaringoscopia.

I risultati di questo studio evidenziano chiaramente che l'uso della videolaringoscopia per l'intubazione tracheale durante CPR determina un inserimento del tubo più rapido e più sicuro e migliora la qualità della CPR nei medici inesperti. Un'intubazione tracheale più rapida e con una frequenza di successo alta è molto importante soprattutto nei medici meno esperti e sembra realizzabile quando si usa un videolaringoscopia. Al contrario della laringoscopia diretta tradizionale dove sono necessarie 100-150 intubazioni tracheali per ottenere una frequenza di successo >95%, la curva di apprendimento della videolaringoscopia è più rapida. Inoltre il videolaringoscopia ha evidenziato di facilitare l'intubazione tracheale durante l'intubazione frontale o in condizioni d'intubazione scomode.

Poiché il numero dei partecipanti allo studio era molto basso, gli studi futuri dovrebbero concentrarsi su quest'aspetto e convalidare i risultati con un gruppo di pazienti più ampia e con medici più esperti.

Frequenza del successo in ospedale

Lee ha studiato l'efficacia della videolaringoscopia per l'intubazione tracheale in ospedale durante CPR con una modalità simile a quello dello studio precedente.

Ha raccolto i dati della CPR di 229 pazienti tra gennaio 2011 e dicembre 2013 con un'analisi retrospettiva. Nello studio il metodo di laringoscopia iniziale era la videolaringoscopia in 121 pazienti (52,8%) e la laringoscopia diretta in 108 pazienti ((47,2%).

La videolaringoscopia è stata eseguita con un Glidescope o un Airway Pentax, secondo la disponibilità del momento, ma il tipo preciso di laringoscopia utilizzato nei singoli casi non è stato registrato.

La frequenza del successo dell'intubazione al primo tentativo è stata significativamente più alta con l'uso della videolaringoscopia (71,9%) rispetto alla laringoscopia diretta (52,8%). Per i medici esperti la frequenza di successo al primo tentativo è stata più alta (73%) rispetto ai medici inesperti, compresi gli specializzandi (52,6%). Tuttavia la mortalità dopo 28 giorni dalla CPR non ha presentato differenze significative tra i pazienti in cui è stata eseguita con successo l'intubazione tracheale al primo tentativo e il resto dei pazienti (68,1% e 67,1%). Questo studio ha riportato risultati simili a quelli dello studio di Park.

Entrambi gli studi hanno dimostrato che l'uso del videolaringoscopia durante la CPR fuori e dentro l'ospedale per arresto cardiaco ha permesso con successo l'intubazione tracheale al primo tentativo. Inoltre il tempo per l'intubazione tracheale è stato più breve e le complicanze minori con l'uso del videolaringoscopia durante l'arresto cardiaco e la CPR. Sebbene gli autori abbiano evidenziato questi importanti risultati con l'intubazione tracheale, lo studio non ha dimostrato alcuna differenza nella mortalità quando si utilizza la laringoscopia diretta o la videolaringoscopia.

Poiché la qualità della CPR può essere associata direttamente con la prognosi del paziente è poco comprensibile che lo studio non abbia dimostrato alcun miglioramento della mortalità quando è stato utilizzato il videolaringoscopia. E' possibile che la ragione possa essere dovuta a una valutazione retrospettiva: pertanto è auspicabile che in futuro sia eseguito uno studio randomizzato e controllato.

Videolaringoscopia nei casi non di CPR

Accanto ai progressi nell'intubazione tracheale durante CPR con i videolaringoscopi, è necessaria una valutazione del loro uso in ambiti di emergenza mediche diverse. Da studi recenti è noto che l'intubazione tracheale fuori dall'ospedale può comportare complicanze pericolose per la vita, che l'incidenza d'intubazioni tracheali difficili fuori dall'ospedale è maggiore di quella che si ha in ospedale. Sono disponibili pochi dati di confronto diretto tra laringoscopia diretta e videolaringoscopia nello stesso paziente dentro e fuori dall'ospedale. Bjoern Hossfeld ha valutato l'effetto dell'uso del laringoscopia C-MAC in termini di visibilità del laringe e ha confrontato i dati con la laringoscopia diretta per valutare le possibili conseguenze sulla sicurezza del paziente. Per lo studio ha utilizzato un unico centro con la rianimazione su un elicottero d'emergenza in Germania. Sono stati inclusi nello studio 229 pazienti sottoposti a rianimazione d'emergenza fuori dall'ospedale. La laringoscopia e l'intubazione tracheale è stata eseguita usando un videolaringoscopia C-MAC. Per tutte le intubazioni, il medico ha usato il C-MAC in prima istanza ed eseguita una laringoscopia diretta seguita da una videolaringoscopia senza cambiare la lama del laringoscopia. Sono stati registrati la differenza nella visibilità laringea, il numero di tentativi d'intubazione, la frequenza di successo e la difficoltà nella gestione delle vie aeree. Importante clinicamente è stato il rilievo del miglioramento della visualizzazione della glottide nei gradi III e IV della scala di Cormack e Lehane. Durante i 20 mesi dello studio, 228 pazienti dell'emergenza fuori dall'ospedale hanno avuto bisogno dell'intubazione tracheale e sono stati inseriti nello studio. La frequenza del successo nel controllo delle vie aeree è stata del 100%. Per 226 pazienti (99,1%) l'intubazione tracheale ha avuto successo con uno o due tentativi. Tra i 228 pazienti 120 presentavano una visione della glottide classificata come compreso tra un grado II e IV di Cormack e Lehane con la laringoscopia diretta.

In questi pazienti la visualizzazione della glottide è notevolmente migliorata con il videolaringoscopia C-MAC. In 56 pazienti (25,1%), il miglioramento della visualizzazione della glottide è stato importante.

L'uso del laringoscopia C-MAC ha determinato un miglioramento della visualizzazione della glottide in accordo con la classificazione di Cormack e Lehane e un eccellente successo nella frequenza dell'intubazione tracheale. Gli autori suggeriscono che questi risultati indicano che l'uso del C-MAC come strumento di prima scelta nell'intubazione tracheale per l'emergenza fuori dall'ospedale è una tecnica sicura. In accordo con altri studi questo ha evidenziato che un'intubazione tracheale con la videolaringoscopia indiretta facilita il posizionamento del tubo, riduce il numero di tentativi e migliora la frequenza del successo.

Risultati di studi randomizzati e controllati (RCT)

Silverberg ha studiato l'intubazione tracheale con

la laringoscopia diretta confrontandola con la videolaringoscopia durante l'intubazione tracheale d'emergenza. Diversamente dagli studi precedenti, ha utilizzato il GlideScope in un unico centro per un RCT. Sono stati presi in considerazione 153 pazienti consecutivi sottoposti a intubazione tracheale urgente per patologie polmonari acute. Come nei precedenti studi l'obiettivo principale è stato la rilevazione del successo dell'intubazione tracheale al primo tentativo. Questo è stato ottenuto nel 74% dei pazienti del gruppo del GlideScope rispetto al 40% del gruppo con laringoscopia diretta. Tutti i pazienti nei quali era fallita l'intubazione con la laringoscopia diretta sono stati intubati con il videolaringoscopia GlideScope, 82% dei quali al primo tentativo. In accordo con i precedenti studi, la frequenza delle complicanze è stata simile nei 2 gruppi di studio. L'uso del videolaringoscopia migliora la frequenza del successo nell'intubazione tracheale al primo tentativo rispetto alla laringoscopia convenzionale diretta. In aggiunta a quest'aspetto specifico le frequenze rilevate dall'autore concordano con quelle di altri studi pubblicati. Nel loro insieme si evidenzia che la videolaringoscopia sembra essere una tecnica ottimale per il controllo delle vie aeree nell'intubazione tracheale da parte dei medici con scarsa esperienza o se è necessaria un'intubazione tracheale veloce e un'alta frequenza di successo per ottimizzare la prognosi.

Utilizzo in condizioni particolari

Oltre queste situazioni standard in anestesia, terapia intensiva e in emergenza il videolaringoscopia può avere dei vantaggi sulla laringoscopia diretta in condizioni ambientali complesse.

Tuttavia precedenti studi hanno dimostrato che l'intubazione frontale in vittime di trauma della strada simulato come anche con colonna cervicale immobilizzata possono rappresentare una sfida per la videolaringoscopia, e l'uso del videolaringoscopia non sempre facilita l'intubazione tracheale. Tuttavia anche la laringoscopia diretta, faccia a faccia può essere impedita da condizioni ambientali.

Patrik Schober ha valutato 24 anestesisti esperti nel tentativo d'intubazione tracheale in un manichino con vie aeree intrappolate. Insieme alla laringoscopia diretta ha utilizzato un videolaringoscopia di McGrath e un Airtraq per l'intubazione tracheale. L'autore ha rilevato che la frequenza del successo non è stata molto diversa tra le diverse modalità usate, ma l'intubazione tracheale è stata più rapida con l'Airtraq (25 secondi) rispetto a Macintosh (34 secondi) e al McGrath (55 secondi). Pertanto l'autore ha concluso che l'utilità del videolaringoscopia è stata limitata a una durata dell'intubazione più lunga; inoltre l'Airtraq può essere un'alternativa promettente nell'intubazione faccia a faccia.

Risultati di studi randomizzati e controllati

L'intubazione di pazienti con immobilizzazione della colonna cervicale è una manovra difficile e dannosa. E' stato eseguito recentemente uno studio randomizzato e controllato di confronto di 2 videolaringoscopi, il C-MAC e il Glidescope nell'eseguire l'intubazione tracheale in 56 pazienti sottoposti a chirurgia d'elezione per patologie cervico-spinali. L'immobilizzazione è stata assicurata manualmente con la stabilizzazione in linea per prevenire qualsiasi movimento dannoso per il collo. I pazienti sono stati randomizzati per essere intubati con il C-MAC (n. 26) e il GlideScope (n.30). Non sono state rilevate differenze nel grado della scala di Cormack e Lehane nei due gruppi di studio alla prima laringoscopia diretta con il Macintosh. Il tempo totale d'intubazione con il C-MAC e il GlideScope non ha presentato differenze significative (rispettivamente 35 e 23 secondi) ma si è rilevata una minore frequenza di insuccessi al primo tentativo con il GlideScope. Questi risultati suggeriscono che in quest'ambito particolare il GlideScope sembra essere più conveniente rispetto al C-MAC per ridurre la frequenza delle intubazioni fallite.

Uso nello scambio dei tubi

Il videolaringoscopia è stato proposto come uno strumento utile durante lo scambio del tubo nei pazienti di terapia intensiva ad alto rischio. In uno studio americano è stato confrontato lo scambio del tubo in videolaringoscopia assistita nei pazienti di terapia intensiva ad alto rischio con un analogo gruppo di controllo storico di pazienti di terapia intensiva ad alto rischio simile. Tutte le procedure sono state eseguite con un catetere scambiatore, e sono stati inclusi solo pazienti con grado III e IV di Cormack e Lehane alla prima valutazione della laringoscopia diretta. Sono stati confrontati 328 pazienti tra il 2006 e il 2014 sottoposti a scambio del tubo in videolaringoscopia assistita con un gruppo di controllo storico di 337 pazienti. E' stato utilizzato il videolaringoscopia GlideScope. Nei pazienti con limitata apertura della bocca è stato usato il videolaringoscopia McGrath. Come parametri principali

per lo studio sono stati registrati il numero di tentativi e delle complicanze. In secondo luogo è stato rilevato il miglioramento della visione della glottide tra laringoscopia diretta e videolaringoscopia. La laringoscopia diretta non ha migliorato la visibilità della glottide nel gruppo di controllo storico ed è stato rilevato un grado 3 o 4 della scala di Cormack e Lehane di 1 e 2 in 288 dei 328 casi (87,8%). Lo studio peraltro rileva un minor numero di complicanze con la videolaringoscopia e un aumento del successo al primo tentativo. Gli autori hanno sostenuto che la ragione principale della riduzione delle complicanze e il migliore successo del numero di scambi del tubo è dovuto al miglioramento della visualizzazione della glottide attraverso il videolaringoscopia, per cui raccomandano vivamente l'uso di questi strumenti nelle procedure dei pazienti di terapia intensiva ad alto rischio.

Lento e inefficace nel trauma

Dopo un trauma si raccomanda di eseguire l'intubazione tracheale con la stabilizzazione manuale in linea della colonna cervicale per evitare danni aggiuntivi al midollo spinale. La stessa stabilizzazione manuale in linea può rendere difficile l'intubazione e aumentare la mortalità. Diversi studi hanno evidenziato risultati contrastanti sui vantaggi del videolaringoscopia rispetto alla laringoscopia diretta durante la stabilizzazione manuale in linea. Ilyas ha confrontato la tradizionale laringoscopia diretta con il videolaringoscopia di McGrath per l'intubazione dei pazienti con stabilizzazione manuale in linea. Sono stati considerati 128 pazienti per chirurgia d'elezione di età maggiore di 18 anni randomizzati in 2 gruppi: Macintosh e McGrath. La visibilità laringoscopica è stata migliore nel 67% dei casi quando è stato usato il laringoscopia di McGrath. Tuttavia il tempo d'intubazione è stato significativamente minore nel gruppo Macintosh (50 rispetto a 82,7 secondi). Inoltre 5 intubazioni nel gruppo McGrath sono fallite per difficoltà all'inserimento del tubo (n. 3) e per problemi tecnici (n. 2). Questo ha determinato un minor numero di successi nell'intubazione con il McGrath. Il numero di complicanze è stato simile nei due gruppi.

Taylor ha eseguito uno studio analogo confrontando entrambi i laringoscopi ed ha rilevato gli stessi risultati nei tempi d'intubazione e della visibilità laringoscopica. Pertanto sebbene determini una migliore visibilità, il videolaringoscopia McGrath prolunga il tempo d'intubazione e determina un maggior numero di fallimenti nell'intubazione durante la stabilizzazione cervicale in linea.

Successo aumentato in Terapia Intensiva dai non anestesisti

Spesso è necessaria un'intubazione tracheale urgente in reparti di Terapia Intensiva non gestiti da anestesisti e associate a maggiori difficoltà e un aumento delle complicanze rispetto all'intubazione d'elezione in sala operatoria.

L'uso di videolaringoscopi potrebbe facilitare l'intubazione e quindi migliorare la sicurezza del paziente, affrontando il problema di una formazione inadeguata nell'uso della laringoscopia diretta.

Lakticova ha confrontato tutte le intubazioni tracheali urgenti in una Terapia Intensiva universitaria di 18 letti eseguite con la laringoscopia diretta con Macintosh (dal novembre 2008 al febbraio 2010) e le videolaringoscopia con GlideScope (dal marzo 2010 al luglio 2012). Tutti i partecipanti residenti avevano ricevuto in precedenza un addestramento nell'uso della laringoscopia diretta. Sono state rilevate le complicanze dell'intubazione. Sono state eseguite 140 intubazioni con la laringoscopia diretta e 252 usando un videolaringoscopia. La frequenza d'intubazioni esofagee è stata rispettivamente del 19% e dello 0,4%, e il numero d'intubazioni difficili (più di 2 tentativi) è stato molto più basso nel gruppo della videolaringoscopia. La frequenza della maggior parte delle complicanze era simile a quella accorse agli anestesisti, mentre la frequenza d'intubazioni esofagee e d'intubazioni difficili usando la laringoscopia diretta è stata maggiore del numero riportato in letteratura quando l'operatore era molto esperto. Il motivo di tale differenza potrebbe essere dovuto al fatto che nel 90% dei casi non sono stati usati oppioidi e miorilassanti ma solo propofol. Dai risultati di questo studio si evince che il videolaringoscopia può ridurre la frequenza delle complicanze e peraltro può essere uno strumento efficace per migliorare la sicurezza dei pazienti nelle Terapie Intensive in cui non sono presenti gli anestesisti.

Tappe nella curva di apprendimento

In un ambiente medico d'emergenza è indispensabile un livello di competenza elevato nell'intubazione tracheale.

Statement sui rapporti AAROI-EMAC e SIAARTI

Intesa a favore di tutti gli Anestesisti Rianimatori Italiani

L'AAROI-EMAC e la SIAARTI hanno sottoscritto, lo scorso 16 Dicembre, una Intesa per la valorizzazione della disciplina, a vantaggio di tutti gli Anestesisti Rianimatori Italiani, che si stimano essere almeno 15mila.

Lo Statement ha l'obiettivo dichiarato di procedere nella valorizzazione della disciplina di anestesia e rianimazione sia negli ambiti scientifici sia in quelli sindacali, ciascuno nel pieno e fondamentale rispetto delle normative di legge, ma di comune intesa.

I punti più salienti dello Statement riguardano la protezione assicurativa, la formazione e l'aggiornamento professionale, l'elaborazione delle Linee Guida e la tutela dell'Organizzazione del lavoro. Punti di cui l'AAROI-EMAC e la SIAARTI si occuperanno ognuna per propria competenza, ma con una condivisione di intenti nella comune valorizzazione della disciplina.

Dal 2018, in particolare, tutti gli Anestesisti Rianimatori Italiani avranno la possibilità di accedere ad una convenzione assicurativa unica nel suo genere, ossia quella che l'AAROI-EMAC ha istituito e via via implementato sin dal 2003. Naturalmente, anche gli AR che non si iscriveranno all'AAROI-EMAC e non sono mai stati iscritti alla stessa dal 31 Dicembre 2013, purché Soci SIAARTI, avranno comunque un prodotto assicurativo dedicato.

Non solo: anche i Medici che operano nel contesto dei Pronto Soccorso e del Sistema 118 ne avranno vantaggi, perché iscrivendosi all'AAROI-EMAC potranno contare su una più ampia tutela assicurativa comune nei settori che sono senza alcun dubbio i più

delicati, quelli delle cure ai pazienti nelle condizioni cliniche più impegnative.

L'Intesa prevede tra le altre cose che l'AAROI-EMAC riconosca la Società Scientifica come Istituzione di prioritario riferimento nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento scientifico-professionale inerente la disciplina, impegnandosi, nel rispetto della Legge Gelli e dei requisiti ministeriali di riferimento ECM, anche a mettere a disposizione le proprie strutture per comuni iniziative promosse dalla Società Scientifica.

L'Associazione si impegna, inoltre, a non interferire con la elaborazione delle linee guida da parte della Società Scientifica (Legge Gelli), mentre la SIAARTI a sua volta si impegna a non interferire con la tutela dell'organizzazione del lavoro che l'Organizzazione Sindacale persegue sia nell'ambito degli accordi nazionali di lavoro e delle convenzioni nazionali, sia nell'ambito degli accordi regionali ed aziendali.

Altri punti potranno essere oggetto di condivisione (sempre nel rispetto sia della Legge Gelli, sia delle normative inerenti le prerogative sindacali) tra la SIAARTI e l'AAROI-EMAC, ai fini della miglior attuazione delle sinergie scientifiche e sindacali.

"Nel comune solco di sempre più stretti e trasparenti rapporti di collaborazione che il mondo scientifico e quello sindacale espressivi dell'anestesia e della rianimazione, nonché di tutti gli ambiti professionali ad essa correlati, hanno percorso insieme negli ultimi mesi, il 16 Dicembre 2017 è stato firmato lo Statement tra l'AAROI-EMAC e la SIAARTI - hanno

affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC, e Antonio Corcione, Presidente SIAARTI al momento della sottoscrizione - da noi considerato come un passaggio di enorme valore. Il documento nasce con la volontà di costruire un percorso verso comuni obiettivi di valorizzazione ed implementazione della disciplina, avvalendosi del prezioso supporto di tutti i contributi che ad esso hanno dato fondamentale impulso e determinato vigore, giunti da entrambi i due mondi".



Il documento integrale sottoscritto dai Presidenti

La SIAARTI è da 84 anni la società scientifica di riferimento per la disciplina specialistica medica di anestesia e rianimazione, e oggi è la più grande Società Scientifica Italiana che per Statuto appena approvato:

"SIAARTI ha valenza nazionale, e si articola nei campi della disciplina, in particolare:

- Anestesia e Medicina Perioperatoria;
- Rianimazione e Terapia Intensiva;
- Medicina Critica dell'Emergenza;
- Medicina del Dolore e Cure Palliative;
- Medicinalperbarica
- Cure MaternoInfantili.

Art. 2(Scopo)

Scopo dell'Associazione è promuovere lo sviluppo scientifico e culturale nel campo delle sezioni di cui all'art. 1 del presente Statuto in ambito umano e veterinario.

A tal fine l'Associazione ha il compito di:

1. promuovere, curare e gestire l'aggiornamento professionale e la formazione permanente con programmi annuali di Educazione Continua in Medicina (ECM);
2. valutare e verificare le innovazioni farmacologiche e tecnologiche nei campi attinenti le attività della disciplina;
3. approfondire gli aspetti deontologici e giuridici della disciplina; e proporre procedure e regole di comportamento per un più corretto svolgimento dell'attività professionale;
4. favorire e promuovere l'elaborazione di linee guida anche in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), la FISM, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e con tutti gli Enti preposti dalla normativa vigente;
5. promuovere la ricerca scientifica, anche in collaborazione con altre Società e istituzioni scientifiche;
6. istituire premi, borse di studio e finanziamenti per la ricerca;
7. favorire e promuovere la collaborazione con le istituzioni dello Stato, le Regioni, le Aziende Sanitarie e le altre istituzioni sanitarie;
8. organizzare tutte le attività inerenti funzioni eventualmente attribuite all'Associazione dalla Legge o dalla Pubblica Amministrazione;
9. prevedere sistemi di verifica della qualità delle attività svolte;
10. favorire l'informazione e aumentare la consapevolezza della cittadinanza sulla sicurezza clinica nei campi della disciplina.

L'associazione, e i suoi rappresentanti nel-

l'esercizio delle loro funzioni, non hanno alcun carattere partitico e o politico e devono mantenere in ogni momento un'assoluta indipendenza ed autonomia, sia politica che finanziaria, da istituzioni pubbliche, politici, ideologici, confessionari, imprenditoriali, sindacali o di potere economico.

L'associazione non ha scopo di lucro né finalità di rappresentanza sindacale, pertanto non potrà svolgere sia direttamente che indirettamente attività imprenditoriali né partecipare ad esse, con eccezione di quelle svolte nell'ambito del Programma Nazionale di formazione continua in medicina (ECM), né svolgere direttamente o indirettamente attività sindacale".

L'AAROI-EMAC è l'Organizzazione Sindacale di riferimento per la disciplina specialistica medica di anestesia e rianimazione, e, in tale funzione, rappresenta, difende e tutela il lavoro degli Anestesisti Rianimatori, è interessata alla buona pratica clinica e alla formazione e promozione della crescita culturale e professionale dei propri iscritti e riveste un ruolo fondamentale e non vicariabile nel merito della organizzazione del lavoro degli anestesisti rianimatori, come risulta anche dalle sue finalità statutarie:

Art. 6 FINALITÀ STATUTO AAROI-EMAC

1. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. ha per fini:
 - a) la tutela sindacale degli Iscritti sul piano morale, formativo, professionale, giuridico ed economico, sia nell'ambito degli accordi nazionali di lavoro e delle convenzioni nazionali, sia nell'ambito degli accordi regionali ed aziendali;
 - b) la promozione della formazione e dell'aggiornamento professionale degli Iscritti in ogni modalità, anche in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le Aziende Sanitarie, nonché lo sviluppo scientifico, tecnico ed organizzativo di: Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore, Cure Palliative, Terapia Iperbarica, Emergenza-Urgenza, e delle discipline che operano nell'ambito della Medicina Critica.
2. Per il conseguimento delle finalità di cui al comma precedente, l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. si fa interprete delle istanze degli Iscritti in tutte le sedi opportune in Italia e all'Estero.
3. Per poter meglio svolgere la propria attività sindacale ed incrementarla, l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. può, quando le circostanze lo richiedano, aderire ad intese e a patti federativi con altre Organizzazioni Sindacali, operanti in Italia ed all'Estero, conservando sem-

pre la propria autonomia rappresentativa, organizzativa ed amministrativa".

5. L'AAROI-EMAC nella sua funzione di tutela dei diritti dei lavoratori ha previsto fino al 30.09.2017 nel proprio statuto rapporti strutturali intrinseci con una Società Scientifica, finalizzata prevalentemente all'aggiornamento e alla formazione. Dal 01.10.2017, per tutelare il diritto della suddetta Società Scientifica, per sua autonomia ed insindacabile decisione, a poter eventualmente rientrare nei requisiti di accreditamento stabiliti dal Ministero della Salute, ha adeguato di conseguenza il proprio statuto, eliminando qualsivoglia rapporto diretto con le Società Scientifiche, ed operando in tal modo una netta separazione tra funzioni sindacali e funzioni scientifiche.

6. L'AAROI-EMAC nella tutela dei diritti dei lavoratori ricomprende anche la tutela assicurativa dell'attività professionale svolta dai propri iscritti nell'ambito medico specialistico di riferimento, secondo uno schema che prevede un premio compreso nella iscrizione sindacale, ed un premio facoltativo, per una copertura valevole in ambito civile e in ambito di tutela legale penale senza alcuna limitazione di tipologia di colpa.

Considerato che:

E' interesse della Disciplina, e quindi è interesse sia della SIAARTI che della AAROI-EMAC, in tutti gli ambiti delle relazioni istituzionali nazionali per quanto di competenza:

- avere un'Organizzazione di Categoria (Sindacale) forte e una Società Scientifica altrettanto forte, senza che questo limiti o preveda in alcun modo interferenze nelle rispettive indipendenti finalità e attività;

- far sì che tali finalità e attività, pur diverse ed autonome nei rispettivi ambiti, si sviluppino, in rapporto alle tematiche affrontate, in tutte le sedi istituzionali e non, coerentemente con la valorizzazione della disciplina di anestesia e rianimazione e in modo unitario;

Si concorda che:

- I. La SIAARTI si impegna al rispetto delle proprie finalità istituzionali e, con particolare riferimento alla produzione delle linee guida /standards clinici/ buona pratica clinica, a prevedere nei settori di competenza clinica l'Osservatorio della Buona Pratica Clinica rappresentato da componenti con comprovati curriculum che siano centrati sul versante clinico assistenziale

- II. La SIAARTI si impegna a non far rientrare nei suoi compiti istituzionali attività come la tutela

assicurativa/legale che sono finalità principi delle Organizzazioni di Categoria deputate alla tutela dei lavoratori

- III. La SIAARTI si impegna a mettere a disposizione con tariffario concordato e calmierato, un albo dei periti certificati dalla SIAARTI i quali assumono particolare rilevanza per la tutela dell'Anestesista Rianimatore in quanto portatori e produttori delle linee guida/standards clinici/ buona pratica clinica

- IV. La SIAARTI si impegna a sviluppare programmi di formazione e aggiornamento, che abbiano condizioni premiali per gli appartenenti alla Disciplina, che saranno anche indirizzati dai dati che dal mondo del lavoro giungono e vengono richiesti

- V. L'AAROI-EMAC si impegna a promuovere tra i propri iscritti la partecipazione alla formazione certificata SIAARTI e alla vita della società scientifica ed elabora nuovi percorsi che nella sottoscrizione alla propria associazione di categoria promuovano la crescita in termini di rappresentatività della Società Scientifica

- VI. L'AAROI-EMAC riconosce la Società Scientifica come Istituzione di prioritario riferimento nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento scientifico-professionale inerente la disciplina, impegnandosi, nel rispetto della Legge Gelli e dei requisiti ministeriali di riferimento ECM, anche a mettere a disposizione le proprie strutture per comuni iniziative promosse dalla Società Scientifica che una volta accreditate dalla SIAARTI rientrano a pieno titolo nella rete formativa della Società Scientifica

- VII. L'AAROI-EMAC si impegna a non interferire con la elaborazione delle linee guida da parte della Società Scientifica (Legge Gelli), mentre la SIAARTI a sua volta si impegna a non interferire con la tutela dell'organizzazione del lavoro che l'Organizzazione Sindacale persegue sia nell'ambito degli accordi nazionali di lavoro e delle convenzioni nazionali, sia nell'ambito degli accordi regionali ed aziendali. La non interferenza in nessun modo potrà condizionare la elaborazione delle linee guida/standards clinici/buona pratica clinica e la loro applicazione secondo i dettami previsti dal Ministero della Salute.

Bologna, 16.12.2017

Il Presidente AAROI-EMAC
Dr. Alessandro Vergallo

Il Presidente SIAARTI
Dr. Antonio Corcione

"AreaLearn" è il nuovo nome del Provider ECM AAROI-EMAC

Il 26 Gennaio scorso il nostro Provider "Intesa Provider ECM", facendo di necessità virtù, a causa di una contestazione del marchio avanzata da terzi, ha effettuato la variazione della propria Ragione Sociale (denominazione), mantenendo inalterate le proprie finalità formative professionali, e cogliendo l'occasione per un riassetto gestionale finalizzato ad implementarne le attività.

Inserto estraibile

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.



SCHEMA COMPARATIVO TRA LA POLIZZA RC CONVENZIONATA AAROIEMAC E LE ALTRE

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 dichiarata all'assicurato di non volerlo tenere indenne o manlevarlo di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato.	X 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	X 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	✓	X 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	✓	✓
ULTERIORI CARATTERISTICHE TECNICHE			
		Polizza RC convenzionata dall'AAROIEMAC	Polizze di "colpa grave" offerte da altre Convenzioni (altri Sindacati etc.)
RETROATTIVITA'		illimitata	10 anni o illimitata
ULTRATTIVITA'	Art. 11 Legge 24/2017	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 civilistiche 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".

Inserto estraibile

Vademecum: cosa sapere per l'APE volontario

Tra i requisiti per fare richiesta occorrono 63 anni di età e 20 anni di contributi



Con la firma del ministro dell'Economia all'accordo quadro tra ministeri, Abi ed Ania si concretizza la possibilità di inizio delle procedure bancarie ed assicurative relative alla realizzazione dell'Ape volontario. Le banche che, per prime, hanno aderito all'accordo sono Unicredit ed Intesa mentre le assicurazioni sottoscrittrici sono Generali, Unipol, Allianz, Poste e Cattolica. Alla pubblicazione della circolare applicativa dell'Inps, che dovrebbe arrivare a giorni, chi è interessato potrà fare domanda.

Il cosiddetto anticipo pensionistico noto come Ape volontario è comunque un progetto sperimentale, durerà sino alla fine del 2019, con il quale si consente di anticipare la pensione di vecchiaia a chi ha compiuto i 63 anni di età. Ricordiamo che anche coloro che hanno già maturato i requisiti possono richiedere, entro il 18 aprile 2018, attraverso la domanda di Ape, la corresponsione di tutti i ratei arretrati maturati a decorrere dalla data di maturazione dei requisiti. Il pregresso potrebbe risalire fino al 1° maggio scorso, data di inizio di questo diritto.

A differenza dell'Ape sociale, che è una prestazione assistenziale gratuita destinata a categorie di cittadini in condizioni disagiate, l'Ape volontario è un prestito vero e proprio, dunque oneroso, erogato da una banca in quote mensili, esenti da imposizione fiscale, per 12 mensilità e garantito dalla pensione di vecchiaia che il beneficiario otterrà alla maturazione del diritto, e che dovrà essere restituito in 260 rate in un periodo di 20 anni attraverso una trattenuta sulla pensione. Sulla restituzione dell'Ape verrà applicata una detrazione nominale del 50% sui costi di interesse ed assicurazione. È comunque prevista la possibilità di estinzione anticipata. E', inoltre, prevista una polizza assicurativa che interviene in caso di decesso dell'interessato.

L'Ape volontario può essere quindi richiesto dai lavoratori dipendenti pubblici e privati, dai lavoratori autonomi e dagli iscritti alla Gestione Separata Inps. Sono esclusi i liberi professionisti iscritti alle Casse private. Per accedere al prestito è necessario avere, al momento della richiesta, i seguenti requisiti: almeno 63 anni di età e 20 anni di contributi, maturare il diritto alla pensione di vecchiaia entro 3 anni e 7 mesi dal momento di presentazione della domanda ed un importo della futura pensione mensile pari o superiore a 1,4 volte il trattamento minimo Inps (703 euro nel 2017 e 710 euro mensili nel 2018, compresa la rata di ammortamento). Non è richiesta la cessazione dell'attività lavorativa, per cui si può anche continuare a versare contributi. E, se dovesse aumentare l'età pensionabile con l'adeguamento demografico, certo, ormai, di cinque mesi dal 2019, si potrà chiedere un finanziamento supplementare, con conseguente maggiorazione dell'importo della rata mensile per restituire il prestito. L'interessato dovrà, comunque, da subito, al momento della domanda, indicare se avvalersi o meno di tale facoltà.

In pratica nel caso in cui il lavoratore optasse per l'Ape volontario, la banca pagherà un anticipo della pensione fino a un massimo di 43 mesi, in attesa che il richiedente maturi l'assegno pensionistico con la garanzia che, una volta ottenuta la pensione, l'Inps rimborserà, tramite una trattenuta mensile, all'istituto finanziario le somme comprensive dei relativi interessi per i successivi venti anni.

Il prestito è commisurato alla pensione di vecchiaia maturata.

Il prestito durerà da un minimo di 6 mesi fino a un massimo di 43 mesi e l'importo mi-

nimo richiedibile è di 150 euro mensili, mentre l'importo massimo è legato alla durata dell'Ape. Se l'anticipo è superiore a 3 anni si potrà chiedere fino al 75% della pensione; se è compreso tra 24 e 36 mesi, l'80%, tra 12 e 24 mesi l'85% se l'anticipo è inferiore a 12 mesi, è possibile sino al 90%.

Per ottenere l'Ape, il lavoratore dovrà chiedere, innanzitutto, all'Inps la certificazione del

diritto alla pensione. In altri termini, il richiedente dovrà in prima battuta farsi certificare dall'Inps il possesso dei requisiti per avere diritto all'Ape, presentando domanda di certificazione per via telematica o, in alternativa, rivolgendosi presso intermediari abilitati. Verificati i requisiti, l'Inps comunicherà quindi, sempre per via telematica, (nella sezione riservata al richiedente e con contemporaneo invio dell'avviso di comunicazione di avvenuta pubblicazione all'indirizzo di posta elettronica fornito insieme alla domanda) la certificazione del diritto all'Ape, la data di maturazione dei requisiti, nonché gli importi minimo e massimo della quota mensile ottenibile.

Solamente a quel punto, il lavoratore potrà presentare all'Istituto l'effettiva domanda per accedere all'Ape. Domanda correlata dall'indicazione della banca che erogherà il prestito sia

dell'impresa assicurativa alla quale richiedere la copertura del rischio di premorienza. Contemporaneamente viene però fatto obbligo al richiedente di presentare anche la domanda diretta ad ottenere la pensione di vecchiaia da liquidare al raggiungimento dei requisiti anagrafici previsti dalla normativa vigente. Entrambe le domande, da presentare contestualmente, non sono revocabili.

Il tasso annuo nominale applicabile sul debito dovrebbe essere intorno al 3 per cento. Le stime del costo dovranno in ogni caso tenere conto, oltre che delle diverse ipotesi relative ai tassi di interesse ed i costi della copertura assicurativa (30%), sia della commissione per il fondo di garanzia pari all'1,6%, sia della de-

Esempio:

Calcolo su pensione netta da 2.000 euro

Anticipo	12 mesi	24 mesi	36 mesi
	85 %	80 %	75 %
Importo percepito per il periodo ante pensione	1.700	1.600	1.500
Rata Ape	85	160	225
Costi	32	63	91
Trattenuta	117	223	316

Tasso 2,8 % Assicurazione 30 % Commissione 1,6 %

trazione fiscale del 50% sulla quota pari a 1/20esimo degli interessi e del premio assicurativo, così come previsto dalla Legge di Stabilità 2017.

Claudio Testuzza

FNOMCeO



Filippo Anelli eletto Presidente

Filippo Anelli è il neo Presidente della FNOMCeO, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, nominato dal Comitato Centrale dopo la netta vittoria della lista da lui presentata ed eletto a far parte del Comitato Centrale 2018/2020 con 1722 preferenze su 2041 schede totali.

"Il nostro mandato comincia nel segno della partecipazione e dell'unità - ha dichiarato Anelli in un comunicato stampa successivo alla nomina - Partecipazione e unità di intenti che hanno come obiettivo ultimo la riconquista, per il medico, di una dignità e di un ruolo sociale e politico nel senso più elevato del termine, a garanzia della Professione e del diritto, costituzionalmente protetto, alla tutela della Salute".

Nello stesso giorno il Comitato Centrale ha nominato Vicepresidente Giovanni Leoni, presidente dell'Ordine di Venezia, Segretario Roberto Monaco (Siena), Tesoriere Gianluigi D'Agostino, presidente Commissione Albo Odontoiatri di Torino.

SENTENZA

Dalla Corte Europea un sì ai rimborsi agli ex specializzandi

Direttiva 82/76/CEE produce effetti dalla sua emanazione



Mentre anche l'ultimo disegno di legge (A.S. 2400), il quarto in ordine di tempo, per una soluzione politica/transattiva si è spento in Senato, la questione ex-specializzandi torna ancora una volta a battere cassa, e ancora una volta attraverso una sentenza europea. La Corte di giustizia Ue ha ribadito il diritto dei medici ex specializzandi, a tempo pieno o a tempo ridotto, a partire dal 1982 quando venne emanata la prima direttiva Ue di essere "adeguatamente remunerati". Questo perché la direttiva 82/76/CEE produce i suoi effetti dal momento della sua emanazione e non da quello del suo recepimento nell'ordinamento nazionale.

Lo ha previsto una sentenza della Corte di giustizia europea emanata il 24 gennaio 2018. Se infatti, entro il 31 dicembre 1982, gli Stati dovevano quantificare, con legge nazionale, l'entità della remunerazione, l'Italia vi ha provveduto con quasi 9 anni di ritardo.

Tra il 2001 e il 2003, alcuni medici si erano rivolti al Tribunale di Palermo chiedendo la condanna dell'Università degli Studi di Palermo e dello Stato italiano al pagamento di una remunerazione appropriata per i corsi di specializzazione da loro seguiti tra il 1982 e il 1990, o quantomeno al risarcimento dei danni per la mancata trasposizione della direttiva.

Quei medici - ricorda una nota della Corte Ue - hanno perso la causa in primo grado. Nel 2012, invece, la Corte di appello di Palermo ha con-

dannato lo Stato italiano a pagare a ciascuno di loro un risarcimento per la mancata remunerazione durante la specialità. La Corte di Cassazione, adita dallo Stato italiano, che ha impugnato la sentenza d'appello, ha sospeso il procedimento e si è rivolta, in via pregiudiziale, alla Corte di giustizia europea chiedendo di interpretare la direttiva. Con la sentenza C-616/16 e C-617/16 la Corte ha affermato, innanzitutto, che la direttiva si applica a tutti i corsi di formazione specialistica, a tempo pieno o a tempo ridotto, iniziati a partire dal 1982, anno di emanazione della direttiva stessa. Tali formazioni specialistiche, quindi, devono essere adeguatamente remunerate, a condizione che si tratti di una specialità comune a tutti gli Stati membri oppure comune a due o più Stati membri e menzionata dalla direttiva sul mutuo riconoscimento dei titoli di studio. In secondo luogo, la Corte ha stabilito, che l'obbligo di remunerazione sorge immediatamente con la direttiva, a prescindere dal suo recepimento nel diritto nazionale. Quindi se, come è accaduto in Italia, mancano le norme interne di trasposizione, la quantificazione della remunerazione agli specializzandi va effettuata dal giudice mediante l'interpretazione di altre norme del diritto nazionale. Se ciò non è possibile, e sarà il giudice nazionale a stabilirlo, allora il mancato recepimento della direttiva deve essere considerato come un inadempimento dello Stato, che comporta a suo carico l'obbligo di risarcire i singoli soggetti danneggiati. Il risarcimento dovrebbe essere quantomeno pari alla remunerazione prevista dalla successiva normativa di trasposizione della direttiva, fatta salva la possibilità per i medici interessati di provare danni ulteriori per non avere potuto beneficiare della remunerazione nei giusti tempi. La Corte ha anche, tuttavia, precisato che, per i medici che abbiano seguito, a tempo pieno o a tempo ridotto, dei corsi di specializzazione "a cavallo" del 31 dicembre 1982, il diritto alla retribuzione sorge solo a partire dal giorno successivo a tale data, quindi dal 1° gennaio 1983.

La stessa direttiva, infatti, aveva, infatti, previsto che, sino al 31 dicembre 1982, gli Stati membri avessero il tempo di adeguarsi.

A questo punto lo Stato italiano, che ha già pagato circa 600 milioni ai medici ricorrenti, rischia un esborso di più di cinque miliardi di euro essendo oltre 100 mila i medici che hanno già avanzato ricorso, su una platea di circa 160 mila specialisti che non hanno ricevuto il corretto trattamento economico durante la scuola di specializzazione frequentata fra il 1983 e il 2006.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 25 Gennaio 2018

L'AAROI-EMAC scrive a Piazza Pulita - La7

Dal Prof Giuseppe Remuzzi dichiarazioni inaccettabili



Gentile Corrado Formigli,

nel ringraziare Lei e la redazione per l'approfondimento dedicato alla sanità nella puntata di Piazza Pulita del 25 Gennaio scorso, in cui sono emersi temi purtroppo a noi ben noti così come ai diversi "amministratori" della sanità italiana, mi corre tuttavia l'obbligo di fare alcune precisazioni in merito - in particolare - a due frasi del Professor Giuseppe Remuzzi presente in studio e con il quale già in passato abbiamo avuto modo di dibattere a distanza dalle colonne del Corriere della Sera.

Sono in primo luogo inaccettabili le dichiarazioni del Professor Remuzzi secondo cui "la maggior parte dei medici al mattino lavora negli ospedali poi gli anestesisti vanno via tutti al pomeriggio perché devono fare la professione privata allora non si operano le persone". E' questa una affermazione gravissima quanto falsa che ha sollevato lo sdegno di numerosi Colleghi. Mi permetta quindi di chiarire che gli Anestesisti Rianimatori, ed i Colleghi di Area critica (PS e I18), sono tra i Medici Ospedalieri che meno di tutti, anzi complessivamente per nulla, fanno libera professione al di fuori degli ospedali.

Inoltre, il Prof. Remuzzi non può ignorare che la notevole carenza di Anestesisti Rianimatori nella maggior parte degli ospedali italiani implica la necessità di ricorrere alle prestazioni aggiuntive degli AR per far fronte ai normali carichi di lavoro. Ed anche qualora il Professore continuasse a ritenere 'normale' che i Medici Ospedalieri in generale - come d'altra parte spesso fanno - debbano lavorare senza alcuna regola di orario, do-

vrebbe sapere che buona parte di loro "regala" alle Aziende sanitarie centinaia di ore lavorative non retribuite per poter tutelare la salute dei pazienti. E d'altra parte le Istituzioni di governo del nostro SSN sono ampiamente al corrente del fatto che in Italia manchino almeno 4.000 Anestesisti Rianimatori.

Un'altra dichiarazione, a nostro avviso, decisamente pericolosa è quella secondo cui al Pronto Soccorso dovrebbero essere chiamati gli specialisti che volentieri "lavorerebbero di mattina, di giorno, di sera". Anche in questo caso riteniamo inammissibili esternazioni che - nel caso in cui diventassero fatti concreti - andrebbero contro tutte le regole attualmente in vigore in Italia dove i Medici in formazione non possono lavorare in assenza del tutor, né possono ricoprire turni che vadano oltre l'orario lavorativo previsto. Su questo tema sottopongo alla sua attenzione un recente intervento a mia firma inviato al Corriere del Mezzogiorno sulla morte della piccola Zaray Coratella.

Riteniamo, quindi, simili frasi - che peraltro hanno attirato un incomprensibile entusiasmo del Ministro della Salute - estremamente rischiose e lontane da un sistema organizzativo realmente sicuro per i cittadini, ai quali va garantito il diritto di essere curati nel migliore dei modi, in condizioni ottimali e da medici specialisti.

Ci saremmo aspettati - al contrario - una reale presa di coscienza per quanto raccontato nei servizi andati in onda, tra cui la testimonianza di una Anestesista Rianimatore che ha dichiarato di lavorare per il 118 attraverso società private per 10 euro l'ora! Situazioni assolutamente illegali che il Ministro già conosce per le reiterate segnalazioni da noi fatte e alle quali - come è sua consuetudine - non ha mai dato seguito.

In conclusione, desidero sottolineare che l'AAROI-EMAC è il Sindacato che riunisce oltre 10mila Anestesisti Rianimatori e che ha come mission non solo la tutela dei propri Iscritti ma anche quella dei cittadini che a noi affidano la vita. Le chiedo pertanto, in un prossimo futuro, di voler considerare la possibilità di un mio intervento nella sua trasmissione per poter porre all'attenzione - anche dal nostro punto di vista - le criticità (e le possibili soluzioni) del SSN.

Cordiali Saluti,

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC



Medici della Harvard University in visita al Centro AAROI-EMAC "SimuLearn®"

Il 25 Gennaio scorso il Centro di Formazione e Aggiornamento professionale A.A.R.O.I.-EM.A.C. "SimuLearn®" è stato visitato da un team della Harvard University.

Nella foto, i Dr William Faidi, Paco Francisco Arredondo, Brian Weinhart insieme al Dr

Gilberto Fiore, Coordinatore Nazionale degli Istruttori del Centro.

Gli ospiti, al termine della visita, si sono complimentati per la professionalità e per il grande impegno!

Una testimonianza che ci rende orgogliosi e che conferma

- se mai ce ne fosse bisogno - il valore e l'importanza del Centro di Bologna. Realtà che garantisce una formazione ad altissimi livelli a centinaia di Anestesisti Rianimatori che ogni anno partecipano ai Corsi proposti. Online in questi giorni le date del secondo Trimestre.

Formazione & Aggiornamento



La responsabilità professionale dell'Anestesista Rianimatore dopo la riforma Gelli-Bianco: luci e ombre

Una giornata di approfondimento e di formazione sulle ultime novità relative alla Responsabilità Professionale alla luce della Legge Gelli. E' il corso AAROI-EMAC proposto dalle Sezioni Regionali dell'Associazione che, dopo Vicenza, Bologna e Lamezia Terme, si terrà in diverse altre città. Di seguito le prossime date. Il calendario è in continuo aggiornamento sul sito internet www.aaroiemac.it:

FOLIGNO (PG)

24 febbraio 2018 - Delfina Palace Hotel - Via Della Fornacetta

Info Iscrizioni: umbria@aaroiemac.it

POTENZA

3 marzo - Grande Albergo Potenza - Corso XVIII Agosto 1860, 46

Info Iscrizioni: basilicata@aaroiemac.it

PALERMO

21 aprile - Hotel NH Palermo - Foro Italico Umberto I, 22/B

Info Iscrizioni: sicilia@aaroiemac.it

BARI

28 aprile - Oriente Hotel - Corso Cavour, 32

Info Iscrizioni: puglia@aaroiemac.it

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

SHOW-PERO!

Quando la protesta si fa spettacolo, si manifesta lo SHOW-PERO! E quello dei medici non è stato da meno. Permetteteci alcune considerazioni a dir poco obbligatorie.

[ATTENZIONE: le parole che seguono potrebbero urtare la sensibilità di alcuni lettori. Se così dovesse essere, vi assicuriamo che non ce ne importa nulla. E la prossima volta faremo anche peggio. Grazie per l'attenzione.]

Se lo scorso 12 dicembre lo show-pero è stato un successo, lo dobbiamo soprattutto alla adesione massiccia degli ANESTESISTI RIANIMATORI, che, incuranti delle trattenute sullo stipendio, si sono accollati tutta la responsabilità di portare avanti la protesta. E questo dimostra che ogni volta che c'è da fare qualcosa di concreto in Ospedale, gli unici AFFIDABILI sono LORO.

Sicuramente alla base di questo solenne spirito di sacrificio c'è una estrema sensibilità nei confronti del problema del Sistema Sanitario Nazionale; accanto a questa motivazione nobile, esiste l'assunto che quello sarebbe stato l'unico giorno libero della loro vita.

Venendo invece alla scarsa adesione e alla scarsa partecipazione da parte di altre categorie, ci sono diverse correnti di pensiero. Sicuramente il motivo non è da ricercarsi nella considerazione del Sistema Sanitario Nazionale come mera estensione dell'attività casalinga o di studio. Neanche ci permettiamo di vederci un segno chiaro e inequivocabile di scarsa comunicazione tra gli altri sindacati e i loro iscritti.

La versione più accreditata fa fronte a una drammatica testimonianza che noi di Science e Conscience siamo riusciti a raccogliere da una fonte che vuole rimanere anonima: «Se noi non abbiamo scioperato è sicuramente COLPA degli Anestesisti Rianimatori. Altrimenti come si spiega il fatto che dormivamo tutti?» Prima di salutarci, vogliamo attirare l'attenzione sulle parole del Prof. Remuzzi (Nefrologo con precedenti ambizioni d'Aifa), che in TV ci descrive come quelli che abbandonano l'Ospedale per andare ad arricchirsi con l'attività privata dei propri Studi. Invece, noi Anestesisti Rianimatori rivolgiamo la nostra solidarietà a tutti quei colleghi di altre discipline che ogni giorno, poverini, sono costretti a lasciare le loro attività private per prestare un po' della loro opera all'Ospedale. Sappiamo quanto dolore provoca loro questa scelta, tanto che, per sentirsi a casa, sono costretti a portarsi i pazienti direttamente in reparto, come una sorta di conforto umano. Per loro è l'unico modo per riuscire a superare il trauma da abbandono dell'ambiente domestico. Siamo loro vicini in questi momenti così drammatici e capiamo anche l'urgenza con cui svolgono questo lavoro, tanto da non badare a spese, soprattutto a quelle dell'Ospedale.

SAVE THE DATE

Roma

24 - 26 Maggio 2018

SA ♦ QU ♦ RE
SAfety ♦ QUality ♦ RELiability
AARO I-EMAC Medical Education

2018

Roma Eventi
(Fontana di Trevi)

Il Meeting sostituirà il nostro consueto appuntamento formativo annuale tradizionalmente organizzato dall'AARO I-EMAC che fino allo scorso anno si è svolto sotto l'egida "SIARED"
"AreaLearn" è la nuova denominazione del nostro Provider ECM



Crediti E.C.M. richiesti