

il nuovo Anestesista Rianimatore

SETTEMBRE - OTTOBRE
2018
5
Anno XXXIX

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

Tanti annunci, poche risposte Pronti per la protesta!

L'Intersindacale in Conferenza Stampa il 27 Settembre



**SALVIAMO
IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Tante le convocazioni, pochi ancora i risultati concreti ottenuti con il nuovo Governo che, al momento, oltre agli annunci non ha presentato provvedimenti in grado di affrontare le tante criticità del SSN. La Legge di Bilancio sarà sicuramente il primo vero banco di prova per dimostrare di voler cambiare marcia, passando dai tagli agli investimenti sulla salute e di conseguenza sul personale sanitario. Al momento, in mancanza di fatti, l'Intersindacale si è mobilitata a più riprese e a tutti i livelli per far sentire la propria voce.

alle pagine 2 e 3

SA♦QU♦RE
SAfety♦QUality♦REliability

**L'Intervista
al Prof Franco Marinangeli,
Presidente del Meeting**

Dal 4 al 6 Aprile si terrà a Roma la seconda edizione del Meeting dell'AAROIEMAC: SAQUIRE 2019 (SAfety, QUality, REliability).

Stessa sede - Roma Eventi, Fontana di Trevi in Piazza della Pilotta - stessi obiettivi, ma anche diverse novità. A fare il bilancio della prima edizione e a raccontare le novità del 2019 è il Prof Franco Marinangeli - Presidente del Meeting e Coordinatore del Comitato Scientifico formato da Giuseppe Capozzoli, Giuseppina Di Fiore, Emanuele Iacobone, Umberto Lucangelo, Francesco Oliveri, Claudio Spina - nell'intervista di pagina 5.

“Il programma prevede la conferma di alcune tematiche particolarmente sentite alle quali si affiancheranno nuovi argomenti altrettanto interessanti. Sarà, inoltre, dato maggiore spazio al dibattito con i relatori ampliando il momento della discussione.

Ogni sessione sarà articolata in maniera diversa con Relazioni più approfondite, al termine delle quali il confronto diventerà parte integrante della formazione”.

a pagina 5

Elezioni SIAARTI

Dal 25 Settembre all'11 Ottobre



Sono in corso, al momento di chiusura del giornale, le elezioni per il rinnovo del Direttivo SIAARTI. Il termine per esprimere le preferenze di voto è fissato all'11 Ottobre.

Tutte le informazioni e i relativi CV dei candidati sono disponibili sul sito internet: www.siaarti.it. L'AAROIEMAC invita tutti i Colleghi iscritti alla Società Scientifica a partecipare al voto.

Fabbisogni Medici Specialisti

Il documento presentato al Ministero della Salute

Sono in corso incontri con il Ministero della Salute per affrontare il problema della carenza di Medici Specialisti. Al primo appuntamento, l'AAROIEMAC ha presentato un documento ben chiaro per fissare alcuni paletti. Alle Organizzazioni Sindacali di categoria oggi viene chiesto di collaborare per una soluzione che nell'immediato possa assicurare ai cittadini che il rischio di non riuscire a ga-

rantire i LEA sia allontanato ricorrendo all'utilizzo dei medici giunti perlomeno all'ultimo anno di formazione specialistica, quindi non ancora specializzati.

L'Associazione ha però puntualizzato che l'emergenza in atto non deve portare a scelte che ledano i diritti dei pazienti e che mettano a rischio l'operato dei Medici, sia specializzando sia specialisti.



a pagina 4

Pagine Utili

Farmaci e Gravidanza

La maggior parte delle donne gravide durante la gravidanza può essere trattata con farmaci diversi da un integratore vitaminico. Per molti farmaci mancano validi dati di farmacocinetica e farmacodinamica in gravidanza. Per altri farmaci, studi recenti hanno dimostrato importanti modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche che richiedono un aggiustamento della dose in gravidanza. L'approfondimento nell'insero centrale.



Insero centrale - alle pagine 7-8-9-10

Tecnologia

TEG-APP

Diagnostica per la coagulazione

È disponibile gratuitamente sulle piattaforme Android ed Apple, l'applicazione messa a punto dai Dr Pasquale Raimondo e Pierpaolo Dambruso per la diagnostica della coagulazione.

Il progetto che nel 2017 ha vinto il "III Memorial Marco Rambaldi - APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI - AR StartAPP" è

stato sviluppato grazie al Premio di 5000 euro stanziato dall'AAROIEMAC Emilia Romagna ed EmiMed s.r.l per il Memorial.

La presentazione ufficiale si è svolta lo scorso maggio nell'ambito del Meeting annuale dell'AAROIEMAC, SAQUIRE 2018. L'App nasce dalla necessità di semplificare lo studio e l'analisi dei dati TEG.

a pagina 14

www.aaroiemac.it

WWW

@AaroiEmacI

facebook

@AaroiEmac

twitter

NEWS

Il Nostro Giornale solo in Ed. Digitale

Novità in arrivo per Il Nuovo Anestesista Rianimatore. Dal numero di Gennaio/Febbraio 2019, la rivista dell'AAROI-EMAC sarà distribuita solo per via telematica e non più in versione cartacea, tramite distribuzione a domicilio.

La scelta è dettata da numerose ragioni. Prima tra tutte, la necessità di una maggiore tempestività dell'informazione. Considerando i frequenti cambiamenti del panorama d'interesse dell'Associazione, il tempo trascorso dal momento di stampa e quello di arrivo nelle cassette postali degli Iscritti produce troppo di frequente un "invecchiamento" delle notizie.

In considerazione degli strumenti messi in campo dall'AAROI-EMAC per una comunicazione capillare e tempestiva, e nell'attuale era della "Comunicazione Digitale", si è ritenuto, quindi, che fosse maggiormente utile favorire una

distribuzione estemporanea per via telematica piuttosto che una cartacea sottoposta ad una tempistica di consegna non sempre prevedibile. Una scelta, quindi, ormai non procrastinabile.

Per favorire una consultazione online più piacevole è, inoltre, intenzione dell'Associazione predisporre, in un non lontano futuro, una specifica versione di più facile lettura pensata per computer, smartphone e tablet.

Nella speranza che questa novità trovi il consenso dei Colleghi, è importante sottolineare che, seppure in formato digitale, Il Nuovo Anestesista Rianimatore rimarrà la rivista ufficiale dell'AAROI-EMAC e continuerà ad esserlo nel futuro.

Ed è per questo che con l'occasione si ricorda la mail della Redazione qualora si volessero sottoporre eventuali contributi e/o proposte di temi da approfondire:
ilnuovoar@aaroiemac.it

Il Governo del cambiamento non cambia lo stallo del CCNL

La Conferenza Stampa del 27/09 dopo il Tavolo ARAN per il CCNL

Un ultimo appello al Governo e alle Regioni da parte dell'Intersindacale della Dirigenza Medica, Sanitaria e Veterinaria (vedi pagina seguente) ed una Conferenza Stampa per denunciare ancora una volta il momento di stasi totale sul CCNL 2016-2018 e sulle tante criticità del SSN.

Situazione non più tollerabile che ha portato le OO.SS. a minacciare di mettere in campo, in assenza di risposte immediate, una serie di azioni di protesta che saranno illustrate il 27 Settembre in una Conferenza Stampa unitaria, dopo un incontro del 26 al Ministero della Salute con all'ordine del giorno il rinnovo contrattuale, e dopo la convocazione in Aran - il giorno seguente 27 - sullo stesso tema.

Al momento della lettura di questa notizia su questo penultimo numero cartaceo del nostro Giornale tutti i Colleghi avranno già ricevuto tutte le informazioni al riguardo tramite i più veloci canali di informazione digitale che l'AAROI-EMAC di oggi costantemente utilizza.

Comunque, al momento in cui scriviamo, la situazione è la seguente.

Al nuovo Governo è stato dato tempo sufficiente per dimostrare di voler davvero cambiare senso di marcia, ma così non è stato. Ci ritroviamo, quindi, costretti a rialzare i toni dopo esserci resi ampiamente disponibili al confronto. Non dimentichiamo, infatti, che - come sintetizzato nello scorso numero del giornale -, da mesi le OO.SS. stanno partecipando alle riunioni del tavolo tecnico ARAN, nel tentativo di arginare la volontà governativa di continuare a proporre un CCNL peggiorativo. Ipotesi, questa, che l'AAROI-EMAC non ha mai preso in considerazione e che mai potrà avallare.

Purtroppo, ancora una volta, potremmo essere costretti ad una mobilitazione generale. Una protesta che trova le sue motivazioni nel mancato rinnovo contrattuale per un periodo che si avvicina al decennio, ma soprattutto nella certezza che esistano elementi di criticità tali da far temere per la tenuta del SSN, inteso come servizio sanitario a tutela della salute e della sicurezza di tutti i pazienti.

Per gli addetti ai lavori - ossia per quanti lavorano nella sanità - le cause di una simile situazione sono ben chiare, lo sono meno per i cittadini che troppo spesso imputano al personale sanitario disservizi dovuti ad organizzazioni approssimative calate dall'alto.

Esistono segnali evidenti di un simile disfacimento. Riceviamo segnalazioni quotidiane su situazioni al limite della legalità quando non proprio illegali. Al di là delle più volte denunciate modalità di prendere medici in affitto da cooperative, risulta ben più grave che alla carenza di Medici ed in particolare di Anestesiisti Rianimatori si sofferisca in diverse realtà con la Pronta Disponibilità al posto della Guardia Attiva. Oggi in Italia in decine di Presidi Ospedalieri

in cui sarebbe di norma prevista la presenza H24 dell'Anestesista Rianimatore, la sicurezza dei pazienti (e di tanti Colleghi) è ad altissimo rischio perché l'H24 è stato trasformato in H12 con le restanti 12 ore coperte da un Anestesista Rianimatore che - in caso di emergenza - deve precipitarsi in ospedale nel tentativo, venendo meno la principale caratteristica di un intervento in emergenza, ossia la tempestività, di salvare una vita!

Più volte e a diversi livelli abbiamo denunciato simili situazioni di mala organizzazione che vanno a danno del personale sanitario e dei cittadini.

Non ci arrendiamo ed è per questo che per la nostra tutela professionale - non solo economica - e per i pazienti che ogni giorno curiamo, riteniamo doveroso andare verso lo stato di agitazione qualora non ci fossero segnali chiari e decisi dal Governo del cosiddetto cambiamento. Una mobilitazione che andrà di pari passo con una capillare campagna di informazione sui pericoli che i pazienti stanno correndo, grazie alle decisioni scellerate della politica".

A questo punto non ci resta che "serrare i ranghi" e chiedere a tutti gli Iscritti massima partecipazione alle iniziative di protesta che, al momento in cui scriviamo, stiamo valutando in relazione ai risultati delle convocazioni sindacali sia presso il Ministero della Salute sia presso l'Aran, che ovviamente non possiamo ancora conoscere, ma sui quali siamo tutt'altro che ottimisti.

In ogni caso, quali che siano le decisioni che prenderemo, sarà più che mai necessaria la coesione e la partecipazione di tutti noi alle suddette iniziative senza se e senza ma, e senza divagazioni sul come o sul dove o sul quando "sarebbe stato meglio" o "si sarebbe potuto" fare diversamente. Le divagazioni di questo genere, sia chiaro, a volte sottintendono un volersi tirare indietro che non solo non ci aiuta, ma mette in crisi il concetto stesso di Associazione.

Il Sindacato lavora quotidianamente per la tutela degli Iscritti in tutti i campi e la vicenda ENPAM - sintetizzata brevemente alla pagina seguente - ne è la chiara dimostrazione. Nelle nostre iniziative non può esserci "garanzia di risultato", ma il nostro impegno è garantito, e spesso anche il raggiungimento degli obiettivi che ci prefiggiamo.

Ma la forza di questa tutela dipende in massima parte dalla forza che il nostro Sindacato ha, e questa forza dipende sempre dai numeri, cioè da ciascuno di noi, insieme. Grazie fin d'ora per il supporto che darete alle nostre iniziative.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC, dal 1952 una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, a tutela dei Medici Anestesiisti 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"
- ▶ **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 (SEGRETERIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETERIO • 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

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
CESARE IESU
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

Foto
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

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

Chiuso in Redazione il
25 settembre 2018
Tiratura: 11.400 copie
Spedito il
28 settembre 2018

Ex Specializzandi

In arrivo un DDL per risolvere il contenzioso?



Un Disegno di Legge potrebbe mettere la parola fine alla questione degli Ex Specializzandi che hanno frequentato la Scuola di Specializzazione in Medicina tra il 1978 e il 2006 e che sono ancora in attesa del risarcimento per non aver ricevuto il corretto trattamento economico, nonostante fosse previsto dalle direttive Ue in materia (75/362/CEE, 75/363/CEE e 82/76/CEE).

Il DDL, *Disposizioni relative alla corresponsione di borse di studio ai medici specializzandi ammessi alle scuole di specializzazione dal 1978, specializzati negli anni dal 1982 al 1992*, prevederebbe un Accordo secondo il quale il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca dovrebbe corrispondere - ai Medici che hanno presentato domanda giudiziale per il riconoscimento retroattivo della remunerazione o per il risarcimento del danno - "per tutta la durata del corso di specializzazione, a titolo forfetario, una remunerazione annua onnicomprensiva di importo pari a 8.000 euro, oltre la rivalutazione monetaria decorrente dall'8 agosto 1991 alla data di entrata in vigore della presente legge, nonché gli interessi compensativi al tasso legale medio tempore maturati sulle somme rivalutate anno per anno".

Sarebbe ora. Vedremo.

INTERSINDACALE

CCNL 2016-2018: ultima chiamata

La lettera inviata a Governo e Regioni

Il Servizio Sanitario Nazionale sta affrontando una crisi profonda che si manifesta in una progressiva insoddisfazione dell'utenza e degli operatori sanitari che non vedono soluzioni a problemi che si stanno cronicizzando.

La carenza dei medici e dei dirigenti sanitari è l'emblema della mancanza di programmazione dei fabbisogni di nuove leve di specialisti e di una progressiva fuga delle professionalità sanitarie verso la sanità privata a causa di pessime condizioni di lavoro e di trattamenti economici sempre meno gratificanti.

Il Contratto di lavoro 2016-2018 riguarda 140.000 dirigenti, ma dopo nove anni di attesa non ha alcuna possibilità di andare a buon fine senza interventi legislativi adeguati nella prossima legge di Bilancio che rappresentino la concretezza di una volontà politica nuova nei confronti di medici, veterinari, farmacisti, psicologi, dirigenti sanitari degli ospedali pubblici e del territorio.

Gli Assessori alla Sanità hanno chiesto lo stanziamento delle necessarie risorse in legge di Bilancio ma non ci sono ancora impegni di spesa garantiti.

La contrattazione iniziata un anno fa è proseguita grazie al senso di responsabilità delle nostre Organizzazioni Sindacali che, pur non avendo ricevuta alcuna proposta concreta per un accordo sulle questioni nodali del contratto, hanno portato avanti una "contrattazione tecnica" per senso di responsabilità e per non perdere inutilmente tempo, in attesa che avvenisse il cambio del Governo e fossero poi da questo esperite le verifiche per superare le difficoltà giuridiche ed economiche che impedivano di condividere un contratto soddisfacente.

Queste OO.SS. della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria che rappresentano tutte le professionalità del Ssn hanno

deciso che sono venute meno le condizioni per proseguire la contrattazione tecnica presso l'ARAN.

Il lavoro fatto non andrà sprecato ma, mancando aperture ed impegni politici attendibili su: riconoscimento pieno del 3,48% di aumento salariale dal 1/1/2018, recupero della RIA dei pensionati, Indennità di esclusività di rapporto in massa salariale, superamento dell'art. 23 del Dlgs 75/2017, finanziamento del turn over, il giorno 27 pv, in occasione delle prossime riunioni convocate all'ARAN, la delegazione dei Segretari Nazionali dei Sindacati esporrà nuovamente le condizioni per la prosecuzione del confronto e se non ci saranno novità riterrà interrotta la contrattazione in ogni sua forma.

La nostra disponibilità è stata massima, ora attendiamo che Governo e Regioni trovino le risorse e le soluzioni giuridiche ai problemi che abbiamo evidenziato da più di un anno e diano risposte precise, avanzino proposte concrete, per stilare un protocollo di intesa e ci consentano così di evitare ai cittadini i disagi che agitazioni, assemblee e scioperi potrebbero provocare.

Se il Governo e le Regioni non sapranno rispondere alle nostre richieste dopo che tutte le altre convenzioni dei sanitari e tutti i contratti dei comparti della pubblica amministrazione sono stati chiusi, ne trarremo le debite conseguenze.

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 SANITARIA

ENPAM

Rettifica per diritto all'aliquota ridotta

Dopo l'intervento dell'Associazione, l'Ente ha informato i contribuenti e concesso la riapertura dei termini

In seguito a Comunicazioni poco chiare fornite dall'ENPAM, diversi Colleghi, pur in presenza di requisiti per corrispondere l'aliquota ridotta del 2%, si sono visti attribuire l'8,25%.

L'intervento tempestivo dell'AAROI-EMAC ha contribuito ad inquadrare velocemente la questione e a risolverla fornendo le giuste indicazioni ai Colleghi grazie ad un vademecum predisposto dal Presidente AAROI-EMAC Marche, Marco Chiarello, ed inviato agli Iscritti nel giro di poche ore. Solo successivamente l'ENPAM ha predisposto una comunicazione ad hoc per chiarire i dubbi. Non solo, dopo che - a seguito di un intenso e non semplice lavoro di analisi e pressione - è stata ottenuta la riapertura dei termini per la rettifica del cd "Modello

D" relativo ai proventi dell'attività lavorativa svolta in libera professione, l'Associazione ha sollecitato ed ottenuto rassicurazioni dall'ENPAM sulla certezza che non verranno esposte multe per chi ha rettificato il modello D entro i termini prorogati.

Si legge, infatti, sul sito dell'Ente:

"L'aliquota ridotta sui contributi dovuti nel 2018, per chi ne ha eventualmente diritto, andava chiesta con il modello D entro il 31 luglio. Per avere diritto all'aliquota del 2 per cento occorreva specificare di svolgere attività intramoenia oppure di frequentare il corso di formazione in Medicina generale.

Chi ha sbagliato a compilare il modello D, può eccezionalmente rettificarlo entro il

26 settembre 2018, (data ulteriormente prorogata al 30 settembre).

Chi lo farà successivamente, potrà usufruire della contribuzione ridotta dal prossimo anno, mentre per quest'anno dovrà pagare l'aliquota attribuita in base alla dichiarazione fatta".

Al momento della stampa di questo penultimo numero cartaceo del nostro Giornale, il termine del 26 settembre 2018, ulteriormente prorogato al 30 settembre, sarà già stato ampiamente superato, ma certamente l'immediatezza comunicativa percorsa per via informatica avrà sortito i suoi effetti a tutela dei Colleghi.

Si coglie l'occasione per quanto segue: la nostra azione è stata resa possibile anche e so-

prattutto grazie al fatto che Marco Chiarello è Componente eletto - anche grazie al voto dei nostri Iscritti - della Consulta Enpam Quota B, in virtù della quale carica, svolta nell'interesse dei nostri Iscritti, è stato possibile dire la nostra (pur in minoranza di 1 tra 22 Odontoiatri) sulla contribuzione Enpam relativa alla "libera professione". Ecco perché, quando l'AAROI-EMAC chiama a sostenere con il voto le cariche elettive di nostro interesse in Enti o Istituzioni che in qualche modo ci interessano (Ordini dei Medici, Enpam, Onaosi, Organismi vari), è inutile pontificare sull'esistenza o meno degli stessi, condivisi o meno ne siano i fini. Occorre rispondere tutti alla chiamata al voto per essere rappresentati.

INFORMATIVA COSMED

Incontro tra la Confederazione e il Ministero PA

Si è svolto il 6 Settembre 2018 alla Funzione Pubblica un incontro tra la COSMED e il Capo Gabinetto Cons. Sergio Ferdinandi con lo staff del Ministero nell'ambito delle consultazioni che il Ministro Bongiorno aveva preannunciato nell'incontro con le Confederazioni generali lo scorso 12 Luglio.

È stata ribadita da parte dello Staff del Ministero il valore fondamentale del confronto con le Confederazioni sindacali e in particolare della Dirigenza pubblica come fonte di arricchimento per gli obiettivi della pubblica amministrazione.

Non è intenzione del Ministero procedere a riforme che costituiscano novazione epocale ma procedere con interventi mirati in particolare con una proposta di Legge, di concerto con il MEF, per rendere disponibili risorse finanziarie, anche in considerazione della recente bocciatura da parte della Corte dei Conti della circolare 2 dell'ex Ministro Madia che consentiva di superare per la stabilizzazione di precari i tetti della contrattazione decentrata. In pratica il Ministero è consapevole che la stabilizzazione dei precari rischia di gravare sui dipendenti in servizio per la parte di trattamento accessorio.

Inoltre sarebbero contenute misure di contrasto all'assenteismo ma con una più attenta analisi dei fabbisogni di personale.

Infine si ipotizza una Legge delega di riforma della dirigenza pubblica che affronti alcuni aspetti quali la selezione della dirigenza, i

percorsi di carriera, il conferimento degli incarichi, le procedure di valutazione e la necessità di valorizzare il gradimento del pubblico come importante elemento di giudizio.

È stata ribadita la necessità di scelte condivise con la dirigenza e la disponibilità ad aprire un canale di confronto periodico tra le parti.

La COSMED ha apprezzato il metodo, non sempre praticato in passato, di confronto preventivo ricordando quanto già segnalato al Ministro lo scorso 12 luglio la necessità di un sollecito rinnovo dei contratti della dirigenza bloccati anche per interpretazioni restrittive dell'art.23 della Legge delega Madia che vanno rapidamente superate anche con interventi normativi o legislativi urgenti e l'urgenza di smaltire la mole di decreti attuativi della scorsa legislatura con particolare riguardo alla definizione dell'utilizzo delle graduatorie concorsuali con valorizzazione prioritaria degli idonei, i decreti attuativi della legge sulle professioni sanitarie e l'equiparazione alla dirigenza del SSN dei dirigenti delle funzioni centrali e AIFA, la stabilizzazione dei precari e una politica di assunzioni che confermi il superamento di ogni blocco del turnover.

È stato fatto un richiamo anche alla puntualità degli interventi, cardine anche dell'intervento del Ministro lo scorso luglio, che comporta di prevedere sin da questa Legge di bilancio un finanziamento

della tornata contrattuale 2019-21 pena l'avvio già in ritardo dell'iter negoziale.

Nello specifico si è lamentato uno stato di "riorganizzazione continua" accompagnato al non rispetto del limite temporale del conferimento dell'incarico con un continuo cambio di dirigenti e funzioni che produce il blocco della catena decisionale e della macchina amministrativa. Si è segnalato la grave perdita di professionalità specifiche indispensabili, clamorosa la carenza di medici specialisti, che mette a rischio servizi pubblici essenziali.

Una Pubblica Amministrazione paralizzata dalla ricerca esasperata di organi di garanzia esterni che rischiano di paralizzare il sistema e produrre un'amministrazione difensiva. Infine la jungla normativa spesso variabile a livello locale dove spesso manca la distinzione tra ruolo di indirizzo dell'organo politico e di autonoma gestione da parte della dirigenza. Ribadita la nostra richiesta di maggiore indipendenza e autonomia della dirigenza, abbandonando tentazioni superate di spoil system e valorizzando le specializzazioni e competenze specifiche parlando più propriamente di pubbliche amministrazioni, al plurale, e considerando le diversità tra aree non solo un valore aggiunto, ma una necessità per una P.A. che voglia fornire servizi adeguati ai cittadini. Il Ministero si è detto disponibile a incontri per approfondire specifiche tematiche delle categorie dirigenziali.

“Carenza Medici Specialisti e Formazione PostLaurea”

Il Documento AAROI-EMAC richiesto in occasione della Convocazione del Ministero della Salute in data 30/08/2018

Il 30 Agosto scorso l'AAROI-EMAC è stata convocata dal Ministero della Salute per affrontare la questione della carenza di Medici Specialisti e della formazione post laurea. Al tavolo, l'Associazione ha presentato un documento preliminare, pubblicato di seguito, per mettere in chiaro alcuni punti.

“È stato un incontro interlocutorio - ha spiegato il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo - durante il quale abbiamo messo sul piatto le diverse criticità che intravediamo nell'ipotesi di ricorrere ai Medici in Formazione per far fronte alle attuali carenze. Una soluzione che avrebbe, a nostro avviso, ripercussioni sulla formazione universitaria, sulla funzione e sul ruolo della dirigenza medica del SSN (SSRR), sull'assetto organizzativo delle Aziende Ospedaliere. Né di poco conto sarebbero le criticità dal punto di vista normativo, giuridico, di responsabilità professionale e legale. Tutti nodi che andrebbero prima sciolti qualora si decidesse di percorrere questa strada.

Nell'ipotesi in cui, superate le diverse criticità, si procedesse in questo senso, la proposta di inquadramento dei MIF nel CCNL della Dirigenza Medica dovrebbe rispondere a criteri di uniformità e di assoluta temporaneità. Tale inquadramento dovrebbe, inoltre, essere obbligatoriamente associato ad un contestuale aumento del numero dei posti retribuiti nelle Scuole di specializzazione che richiedono effettivamente una crescita numerica importante come appunto le Scuole di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore. L'obiettivo comune deve, infatti, essere quello di ridurre la carenza di specialisti entro i prossimi 5 anni in modo da risolvere in maniera strutturale una situazione attualmente insostenibile.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI:

1) L'alta formazione dei MIF è competenza del Ministero della Istruzione, Università e Ricerca e, per l'area della Dirigenza medica e sanitaria, del Ministero della Salute, pertanto occorrerebbe forse un percorso previamente condiviso in sintonia tra i due Dicasteri.

2) L'attuale percorso formativo prevede la frequenza nella struttura di sede della Scuola di Specializzazione e nelle strutture Ospedaliere della Rete formativa, scelte in base a determinati parametri, permettendo ai MIF di avere esperienza in differenti sedi con elevati standard qualitativi, finalità particolarmente nel settore ARTID.

La proposta delle Regioni e del Ministero riguardo all'inserimento dei Medici in Formazione (MIF) nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN), così come percepita (in attesa di una stesura scritta) presenterebbe diverse CRITICITÀ, alcune delle quali richiederebbero sostanziali modifiche normative e legislative. Le principali, per sommi capi:

I. Ripercussioni comuni a tutte le discipline specialistiche con riflessi a medio e lungo termine sulla formazione universitaria, sulla funzione e sul ruolo della dirigenza medica del SSN (SSRR), sull'assetto organizzativo delle Aziende Ospedaliere.

II. In riferimento alla Specializzazione in Anestesia e Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore (ARTID) si registrano criticità in molte articolazioni clinico-assistenziali, dal punto di vista normativo (che rispondono anche peculiari a competenze specialistiche acquisite nel rispetto degli attuali assetti ordinamentali universitari), giuridici, di responsabilità professionale e legale.

III. In generale per tutte le SS, ma sempre in particolare in riferimento alla Specializzazione ARTID, gli attuali assetti del percorso formativo dei MIF: in particolare il Tempo di training formativo, attualmente di 5 anni per Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore (ARTID) e rispondente a normativa europea, rispettando una rotazione nei settori disciplinari indispensabili alla acquisizione delle competenze cliniche previste (documento EBA-UEMS).

PERTANTO:

1) La proposta di inquadramento dei MIF nel CCNL della Dirigenza Medica dovrebbe rispondere a criteri di uniformità e applicazione generale (e cioè riguardare in modo omogeneo tutti i MIF di tutte le Specializzazioni) e di temporaneità (colmare le carenze assistenziali attuali ma ponendo le basi per la soluzione alla carenza). Tale inquadramento dovrebbe pertanto essere obbligatoriamente associato ad un contestuale aumento del numero dei posti retribuiti nelle Scuole ARTID, con il fine di iniziare concretamente a ridurre la carenza di specialisti entro i prossimi 5 anni (durata attuale dei percorsi formativi specialistici).

2) Sarebbe necessario codificare le attività assistenziali che i MIF potrebbero esercitare, secondo il crescente livello di autonomia e responsabilità, all'interno delle strutture del SSR e queste dovrebbero rispondere alle esigenze formative e a quelle



di “produzione” sanitaria assistenziale.

3) L'incremento, considerata la progressiva sproporzione storica ed attuale tra uscite dal servizio di specialisti per vari motivi (preponderantemente quiescenze pensionistiche, ma non solo) e ingressi di nuovi specialisti e che vede da anni un numero di specialisti usciti dal SSN Ospedaliero maggiore rispetto al numero di rimpiazzi, non può essere sufficiente se limitato al solo “guadagno” costituito dal numero di MIF contrattualizzati grazie alla riforma ventilata (e quindi in qualche modo sostitutivi degli specialisti).

4) Per talune specializzazioni, come per ARTID, il progressivo diffondersi di richieste finalizzate ad un maggior comfort dei pazienti sottoposti a procedure sanitarie (p. es. invasive, ma non solo) per le quali in anni passati non veniva richiesto come invece accade oggi (e accadrà sempre di più) l'opera dello specialista, fa sì che la sproporzione suddetta sia ancora maggiore. Si pensi, per esempio, alla diffusione della richiesta di analgesia per il parto, il cui inserimento nei LEA non ha previsto alcun incremento di personale.

5) La disciplina ARTID patisce ulteriori carenze storiche dovute alla sostituzione, per le attività da doversi assicurare in urgenza, del servizio di guardia con quello di ‘pronta disponibilità’.

Senza i necessari correttivi alle problematiche riasunte nei punti 1-5 su esposti, anche nell'ipotesi di poter risolvere i nodi di cui alle CRITICITÀ I, II, III, nella disciplina ARTID con la sostituzione di medici specialisti con MIF acquisirebbe inevitabilmente, quanto al suo termine premesso a causa delle carenze emergenziali in atto di personale medico specialista, caratteristiche “sine die”, e quindi incompatibili con tale termine necessario.

Inoltre ancora, emergono diversi ELEMENTI meritevoli di RIFLESSIONE, sempre in particolar modo per la disciplina AR-

TID. I principali:

a) I MIF non hanno competenze specialistiche in specifici ambienti ad alta criticità (Sale Operatorie e Terapie Intensive Polivalenti e/o Specialistiche) sufficienti a garantire la sicurezza nel percorso diagnostico, clinico, terapeutico e assistenziale e, in tali circostanze, deve comunque essere presente almeno un Tutor/Dirigente Medico strutturato. La progressiva acquisizione dell'autonomia sufficiente a garantire la sicurezza clinica del Paziente dovrebbe rimanere una determina della Direzione della Scuole Specializzazione ARTID sul singolo MIF, e non della Direzione Sanitaria o in generale di qualsivoglia struttura afferente alla Rete formativa. I MIF non possono decidere da soli un percorso clinico-terapeutico specifico su Paziente senza dividerlo in equipe con i Dirigenti medici specialisti della disciplina.

b) Le attività dei MIF diverrebbero in sostanza equiparabili – almeno in teoria – a quelle dell'ex Assistente Medico (833/1978 e 761/1979) ma dovrebbero essere espletabili solo in Centri Ospedalieri-Universitari o Ospedalieri precedentemente certificati ed approvati per questa attività al fine di non interrompere il percorso formativo (come previsto da attuali ordinamenti). La Rete formativa non dovrebbe allargarsi a strutture cliniche che non fossero già state considerate perché funzionali all'acquisizione delle competenze specifiche della disciplina.

c) Alcune specifiche attività relative al percorso diagnostico, clinico, terapeutico ed assistenziale e loro sedi in ambito ospedaliero possono essere eventualmente considerate in base alle capacità individuali del MIF, precedentemente valutate.

d) Il Paziente e i Familiari dovrebbero essere informati che il trattamento sarà effettuato da un MIF non ancora specialista con una dichiarazione specifica di Consenso Informato formulata in accordo con la Direzione della Scuola di Specializzazione ed Azienda Ospedaliera.

e) La tutela legale ed assicurativa deve essere dedicata ai MIF e garantire loro la possibilità di non effettuare attività per le quali non siano in qualche modo formalmente e validamente (sotto tutti gli aspetti) ancora certificati sufficientemente autonomi.

Roma, 30 Agosto 2018

Dr Alessandro Vergallo
 Presidente AAROI-EMAC

Dr Luigi Zurlo
 Referente Affari Legali AAROI-EMAC

con il contributo di:
 Prof. Paolo Pelosi
 Professore Ordinario Anestesiologia – Università di Genova
 Presidente eletto CPAR
 (Collegio dei Professori di Anestesia e Rianimazione)

Prof. Antonino Giarratano
 Professore Ordinario Anestesiologia – Università di Palermo
 VicePresidente SIAARTI
 (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva)

VERSO IL MEETING AAROI-EMAC SAQURE 2019

Obiettivo? “Migliorare la vita lavorativa dei Colleghi”

L'intervista al Prof Franco Marinangeli, Presidente del Meeting

Dal 4 al 6 Aprile si terrà a Roma la seconda edizione del Meeting targato AAROI-EMAC: SAQURE 2019 (SAfety, QUality, REliability).

Stessa sede - Roma Eventi, Fontana di Trevi in Piazza della Pilotta - stessi obiettivi, ma anche diverse novità. A parlarne è Franco Marinangeli, Presidente del Meeting e Coordinatore del Comitato Scientifico formato da Giuseppe Capozzoli, Giuseppina Di Fiore, Emanuele Iacobone, Umberto Lucangelo, Francesco Oliveri, Claudio Spina.

Professore, partiamo da quanto fatto nella precedente edizione e da come è nata l'idea di SAQURE...

Il Meeting è nato sulla base di una forte convinzione, ma anche sulla consapevolezza che si trattasse di una grande sfida.

Siamo partiti da una necessità che indubbiamente hanno tutti i Colleghi - sebbene talvolta non se ne abbia piena coscienza -, ossia il bisogno di una formazione specifica che riguardi la vita lavorativa dal punto di vista organizzativo e normativo.

Ci troviamo ore e ore a lavorare all'interno dei diversi ambiti che coinvolgono gli Anestesisti Rianimatori, senza avere piena consapevolezza di come funzioni esattamente l'organizzazione di cui facciamo parte.

Quanti ad esempio conoscono le tante questioni legate alla Governance Aziendale, così come i processi dell'Accreditamento e della Qualità nelle Aziende Sanitarie? Alcune volte non siamo pienamente coscienti nemmeno del ruolo e delle competenze del capo Dipartimento se non addirittura di quelle del Direttore di Struttura. E quanti conoscono e sanno realmente governare i percorsi degli acquisti in modo da riuscire ad ottenere presidi, farmaci e apparecchiature che non vengano scelti solo per il prezzo più basso ma anche per la qualità?

Quali sono gli indicatori di qualità per cui un'azienda produttrice si distingue da un'altra? Sono temi che ci coinvolgono in prima persona e su cui è necessario fare formazione, anche perché dietro certe scelte vi sono responsabilità molto pesanti. Ma SAQURE 2018 naturalmente non è stato soltanto questo. Il Meeting ha affrontato, ad esempio, anche importanti temi di carattere strettamente sindacale che riguardano in maniera diretta i nostri diritti all'Associazione della sanità, così come sono stati approfonditi i tanti aspetti legati alla responsabilità professionale. Non sono mancati grandi temi come quello in cui nessuno specialista è più coinvolto di noi, vale a dire il Biotestamento e il Buon uso del sangue.

Insomma per tornare alla domanda, il Meeting è nato per migliorare la vita lavorativa degli Anestesisti Rianimatori sul piano dell'organizzazione, della sicurezza e della qualità delle cure, e sull'acquisizione di competenze normative con



cui è necessario confrontarci. Abbiamo proposto un percorso formativo estremamente nuovo, e per questo ad alto rischio. La sfida, però, è stata vinta! Oltre ad una buona partecipazione abbiamo ottenuto oltre il 95% di riscontri positivi nei questionari di gradimento.

Quali sono le novità di SAQURE 2019?

Il debriefing post Meeting e, appunto, l'analisi dei questionari di gradimento ci ha portato a confermare alcune tematiche particolarmente sentite e a dare più spazio alla possibilità di confronto con i relatori ampliando il momento del dibattito.

Ogni sessione sarà articolata in maniera diversa con Relazioni più approfondite, al termine delle quali il confronto diventerà parte integrante della formazione.

Uno degli aspetti emersi è, infatti, la volontà, da parte dei discenti, di entrare nel merito delle tematiche attraverso quesiti specifici e molto concreti che si rapportino con casi reali. Per rispondere a questa esigenza abbiamo quindi deciso di dare maggiore possibilità di intervento per non essere costretti a chiudere i dibattiti, come purtroppo avvenuto in alcuni casi, per rispettare un timing troppo serrato.

Rispetto alle tematiche sono in previsione diverse novità, ma, allo stesso tempo, come detto, verranno riproposti - per un ulteriore approfondimento - anche alcuni argomenti che hanno suscitato particolare interesse.

Ad esempio, di DAT (Direttive Anticipate di Trattamento), che è tutt'ora tema attualissimo, si parlerà in apertura del Meeting nel corso della Lectura Magistralis, a testimonianza della grande importanza che l'argomento riveste per gli Anestesisti Rianimatori e sul quale è giusto aprire un dibattito aperto al mondo civile. La lettura è stata affidata al Prof. Vittorio Fineschi, Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della Sapienza Università di Roma, docente autorevolissimo e stimatissimo, di altissimo profilo.

Un'altra novità riguarda l'apertura dell'evento "all'esterno". È nostra intenzione coinvolgere i cittadini attraverso le Associazioni che li rappresentano, ma anche con gli organismi di controllo del mondo sanitario, ossia i NAS e il mondo militare.

Riteniamo, infatti, che sia molto importante chiarire il ruolo e gli obiettivi sia di chi dà voce agli utenti sia di chi ha il compito di svolgere le verifiche. Il tutto in funzione di una sorta di alleanza che

abbia come obiettivo comune il miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure.

Con lo stesso obiettivo si parlerà dell'importanza della comunicazione, analizzando anche la necessità di una corretta informazione scientifica rivolta ai cittadini.

Non mancheranno, inoltre, le sessioni dedicate alle nuove tecnologie con focus sulla telemedicina e sulla gestione della cartella clinica e sulla tracciabilità dei dati. Un'attenzione particolare sarà data, sempre senza entrare nel clinico, ma rimanendo sui modelli organizzativi e sul concetto di qualità, a particolari setting assistenziali, come l'elisoccorso, punta di diamante dell'emergenza sanitaria in cui gli Anestesisti Rianimatori sono protagonisti, la Terapia del Dolore e le Cure Palliative.

Sono le aree cliniche con cui la nostra professionalità esce dal blocco operatorio o dalla Terapia Intensiva per essere apprezzata all'esterno, come è giusto che sia. Ci teniamo a valorizzare questi aspetti.

Oltre a queste si parlerà anche di molte altre questioni.

Un percorso di questo genere, che si presenta molto diverso da eventi congressuali di tipo scientifico, quali competenze va ad accrescere?

Come dicevo all'inizio bisogna partire dal presupposto che ognuno di noi lavora all'interno di realtà organizzative strutturate che bisogna conoscere. Costruire occasioni formative di alto livello con l'obiettivo di dare competenze per così dire extra scientifiche fa parte della mission dell'AAROI-EMAC che deve pensare ai propri iscritti anche sotto questo profilo. Abbiamo già una grande società scientifica, che è la SIAARTI, peraltro accreditata al Ministero della Salute per la stesura delle linee guida, che ha la mission di fare formazione sugli aspetti scientifici e clinici. Siamo andati a colmare un vuoto che oggi non si può far finta di non vedere.

Un Sindacato oggi non può e non deve soltanto tutelare l'iscritto, né può limitarsi a fare formazione unicamente sull'ambito contrattuale. Il panorama è molto più vasto e non si può prescindere da una visione a 360° che guardi all'attività lavorativa degli Anestesisti Rianimatori in tutti i suoi aspetti concreti e quotidiani. Con SAQURE, l'Associazione rende disponibile un percorso di formazione talmente innovativo che, per

certi aspetti, è anche difficile da descrivere perché mette insieme in un unico evento temi fino ad oggi approfonditi singolarmente o collateralmente ad altre tematiche.

Parlando in termini più concreti, partecipando a SAQURE un Collega può comprendere - come prima già espresso - il meccanismo che sta dietro ad una gara di acquisto di dispositivi medici, avere un confronto diretto con Direttori generali, ma anche acquisire informazioni su normative o aspetti previdenziali (altro tema caldo).

Allo stesso tempo può confrontarsi su criticità ben presenti nelle scelte quotidiane legate al fine vita o alla trasfusione di sangue nei Testimoni di Geova, tema che nella precedente edizione ha suscitato un enorme interesse. Questo per dire che gli argomenti sono tanti, tutti di grande interesse e sicuramente utili alla nostra professione. Il filo conduttore del SAQURE, poi, rimane quello della valorizzazione dell'immagine dell'Anestesista Rianimatore.

I cittadini devono conoscerci di più, devono sapere di cosa ci occupiamo, devono sapere che siamo i professionisti garanti della loro sicurezza nei processi assistenziali, che si occupano dei veri grandi temi della medicina, dalla nascita, all'emergenza sul territorio, agli interventi chirurgici, al prelievo/trapianto d'organo, alla terapia intensiva, al dolore, alla sofferenza, al fine vita. Siamo garanti, a mio avviso, degli aspetti più importanti della medicina e dei nodi più importanti della vita, ma non siamo in grado di far comprendere l'importanza della nostra professione e la difficoltà della stessa, cosa che poi ha ripercussioni anche sul grande tema della "malasanità".

Dal punto di vista della visibilità siamo l'anello debole della sanità. Su questo dobbiamo assolutamente lavorare. Io credo che, oltre all'acquisizione di certe competenze, questa sia la seconda mission di SAQURE (da cui l'apertura al mondo esterno), che nelle nostre intenzioni può diventare anche un momento di incontro e approfondimento di temi di questo tipo con SIAARTI, CPAR (Collegio dei Professori di Anestesia e Rianimazione con cui oggi vi è piena sintonia di vedute), PROXIMA.

A proposito di PROXIMA, il tema del "destino" degli specialisti in formazione in termini organizzativi e normativi sarà un altro aspetto trattato, loro sono il futuro della nostra professione, a loro garanzia va tracciata una strada "blindata".

Quando sarà disponibile il programma preliminare del Meeting?

Stiamo lavorando alacremente per fare in modo che il programma preliminare sia a disposizione dei Colleghi quanto prima. Siamo a buon punto e ci auguriamo di poterlo pubblicare sul prossimo numero del Nuovo Anestesista Rianimatore e di diffonderlo agli Iscritti attraverso tutti i canali informativi dell'Associazione.

FAD 2018/19

Anestesia: gestire in sicurezza contesti clinici complessi

Dal primo Novembre e fino al 31 ottobre 2019 sarà online il secondo percorso formativo FAD 2018/2019 predisposto dall'AAROI-EMAC sulla base delle relazioni del Congresso SIARED 2017. Il Corso dal titolo "Anestesia: Gestire in Sicurezza contesti clinici complessi" si rivolge agli Iscritti all'Associazione e prevede il riconoscimento di 19,5 Crediti ECM per un totale di 13 ore formative.

L'obiettivo principale del corso è quello di diffondere i nuovi aggiornamenti in ambito anestesilogico e in particolare fornire quelle nozioni pratiche che possono aiutare nella gestione di casi complessi. All'inizio di questo corso, come per il precedente, è stata inserita una relazione sulla Comunicazione, quale argomento molto utile che valorizza e completa il lavoro clinico quotidiano sia in Sala Operatoria

che in Terapia Intensiva. Il corso si articola in due parti, la prima riguarda le problematiche in ambito ostetrico, con approfondimento in particolar modo della gestione e del trattamento della sindrome eclampatica e dell'emorragia post-partum. Nell'ambito ostetrico e pediatrico è molto importante la collaborazione tra tutte le figure chiamate in campo e la capacità di parlare un linguaggio comune diventa un vantaggio per la gestione del paziente.

La seconda parte del corso pone l'attenzione sulla valutazione dei pazienti con insufficienza aortica severa e di quelli con le apnee notturne. La gestione prima dell'intervento è importante per studiare eventuali strategie da attuare durante e dopo l'operazione al fine di ridurre i rischi per il paziente. È stata poi trattata la gestione dei curari,

gli unici farmaci che negli ultimi anni, in ambito anestesilogico, hanno subito degli sviluppi e delle novità volte ad incrementare la sicurezza nella gestione di un'anestesia generale e ridurre i rischi soprattutto nei pazienti più critici. Infine si è approfondita l'anestesia nelle due fasce d'età estreme, cioè nei bambini e nelle persone anziane. Entrambe queste categorie, infatti, presentano delle peculiarità dalle quali non si può più prescindere per migliorare l'outcome.



IL DIBATTITO

Biotestamento, veramente un passo avanti? Un diverso punto di vista

L'intervento di una Collega in merito all'articolo sulla Legge 219/2017 pubblicato sul Nuovo AR

5

SPECIALE SAQURE 2018

Il punto sul Biotestamento

Tra i Relatori, Amato De Monte, Beppino Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni



5

Il punto sul Biotestamento

Tra i Relatori, Amato De Monte, Beppino Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni

La legge 219/2017, conosciuta come Legge sul Biotestamento, ha modificato il quadro normativo italiano in materia di cure palliative e di fine vita. L'articolo 1 della legge stabilisce che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 2 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 3 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 4 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 5 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 6 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 7 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 8 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 9 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 10 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 11 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 12 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 13 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 14 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 15 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 16 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 17 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 18 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 19 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 20 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 21 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 22 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 23 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 24 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 25 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 26 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 27 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 28 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 29 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 30 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 31 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 32 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 33 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 34 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 35 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 36 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 37 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 38 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 39 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 40 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 41 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 42 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 43 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 44 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 45 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 46 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 47 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 48 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 49 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 50 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 51 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 52 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 53 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 54 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 55 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 56 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 57 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 58 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 59 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 60 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 61 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 62 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 63 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 64 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 65 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 66 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 67 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 68 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 69 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 70 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 71 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 72 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 73 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 74 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 75 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 76 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 77 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 78 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 79 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 80 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 81 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 82 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 83 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 84 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 85 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 86 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 87 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 88 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 89 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 90 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 91 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 92 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 93 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 94 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 95 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 96 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 97 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 98 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 99 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita. L'articolo 100 prevede che il medico deve sempre informare il paziente e i familiari sulle sue opzioni di cura, anche se il paziente non ha espresso una scelta esplicita.

scritto nel CD. D'altra parte non mi sembra che la nostra attività preferita sia fare accanimento terapeutico. E se ci viene il dubbio che stiamo sconfiggendo nell'accanimento, la prassi è di parlarne, di confrontarci ed eventualmente di interromperlo. Qualora venisse imboccato, involontariamente, il sentiero dell'accanimento è possibile tornare indietro. Quante volte ci è capitato di scrivere: "Ritengo che non vi sia spazio per ulteriori possibilità terapeutiche" o frasi simili e concordiamo con i familiari, se non è possibile col paziente, di intraprendere una terapia palliativa? Mi preme sottolineare che allo stato attuale delle cose alla base di tutto c'è sempre una valutazione medica che determina che il paziente non può più beneficiare delle terapie che possiamo mettere in atto: non è il paziente che ci impone di sospendere una terapia.

• L'Articolo 4 riguarda le Disposizioni anticipate di trattamento. Qui, cari colleghi, noi medici veniamo trasformati in meri esecutori delle volontà altrui. Anche il CD, all'art 16, dice: "Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati", e all'Art 38 parla delle Dichiarazioni anticipate di trattamento in questi termini: "Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta..." Quindi già nel nostro CD c'è scritto che se ci sono delle DAT (dichiarazioni e non disposizioni!) in forma scritta dobbiamo tenerne conto. E aggiungo: il Trattato sui Diritti umani e la Biomedicina, all'Art. 9, afferma che "I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione" (convenzione di Oviedo, 4 Aprile 1997/99; ratifica in Italia con Legge 145/2001).

Ma nella legge 219/2017 vediamo che è stato cambiato il termine "dichiarazione" in "disposizione" facendo acquisire alle DAT un carattere vincolante. Tenere in considerazione i desideri non è vincolante ed è ben diverso dal dover rispettare una disposizione; le disposizioni sono infatti ordini. Perché non tornare a chiamarle dichiarazioni? Le DAT possono essere una giusta e legittima espressione di desideri, un elemento in più che abbiamo per decidere, ma sempre secondo scienza e coscienza. Non devono essere disposizioni vincolanti che si danno al medico. Il rischio è che le DAT possano realmente e concretamente prendere il sopravvento sulle nostre decisioni e noi divenire dei meri esecutori delle vincolanti "disposizioni" altrui. Dove finisce l'alleanza terapeutica tra medico e paziente? Sta forse cambiando il ruolo sociale del medico? I pazienti non hanno più fiducia in noi? Se fosse così, non è forse un fallimento per la classe medica?

• Dunque le DAT saranno disposizioni vincolanti per noi. Il comma 5 dell'Art 1 (Consenso informato) ci dice che "Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici..." e comma 6: "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale". Ai fini di questa legge Nutrizione e Idratazione artificiali (per la verità sarebbe più corretto dire assistite) sono terapie, quindi di fatto sono rifiutabili. In realtà esse non sono terapie in senso stretto, perché non trattano una malattia, sono da considerarsi "cure vitali" che si somministrano a una persona disabile. Acqua e cibo, se somministrati per via artificiale, per questa legge diventano invece una terapia medica a tutti

gli effetti, quindi possono configurarsi come accanimento terapeutico e, come tali, devono essere interrotte, provocando irrimediabilmente la morte del paziente. Io, e sono certa anche voi, non ho studiato per interrompere nutrizione e idratazione e veder morire un paziente dopo una tremenda agonia. Allora a questo punto cosa facciamo? Risolviamo il problema iniettando, contemporaneamente alla sospensione di idratazione e nutrizione, dosi mortifere di sedativi per abbreviare l'agonia della morte per fame e per sete? Perché sono sicura che nessuno vuole vedere morire un paziente disidratato dopo magari due settimane di agonia (come è successo a Terri Schiavo). Questa però si chiama eutanasia. Con questa legge oggi, in previsione di potere in futuro aver bisogno di assistenza per idratarsi o nutrirsi, una persona può legittimamente scegliere che, in quel caso, preferisce farsi uccidere. E il medico deve attenersi a questa disposizione. E dove finisce la "scienza e coscienza" del medico? E se questa cosa andasse contro la mia coscienza? Sappiamo bene che in certi casi, se le condizioni cliniche di un malato, con determinate comorbidità, peggiorano, possiamo decidere che non c'è indicazione a intubare, a ventilare, a mettere le amine, a fare la dialisi, a ricoverare in terapia intensiva... perché ciò configurerebbe accanimento terapeutico; è anche legittimo, nelle situazioni terminali, rendere al paziente meno duro il fine vita con una sedazione palliativa. Ciò tuttavia è differente dal prendere una persona disabile, gravemente disabile, in condizioni di salute stabili, un brutto esito neurologico tanto per esemplificare - e farci dire: "l'esito è troppo brutto, grazie che ci avete provato, ma adesso non nutrilo e non idratatelo più perché queste erano le sue disposizioni, questa terapia lui non l'avrebbe voluta". Spesso ci sono situazioni limite in cui non c'è un pieno e totale accordo anche fra di noi su quale sia la cosa migliore da fare, ed è normale perché non è certo un lavoro facile il nostro. La disposizione per legge di applicare le DAT, e sottolineo qualsiasi DAT, anche quella

che prevede la sospensione dell'idratazione e della nutrizione, verrà a complicarci le cose. Ma quando mai voi avete scritto in cartella clinica: "Ritengo che non vi sia spazio per proseguire l'idratazione e la nutrizione"? Quando si può configurare questa possibilità? Mai.

Concludo - e perdonate se mi sono dilungata - dicendo che non sono assolutamente una vitalista a tutti i costi: morire è fisiologico e non penso che dobbiamo rimanere in vita per forza. Ed è anche lungi da me il desiderio di fare accanimento terapeutico, che è considerato all'unanimità un errore medico. Ma a questo fine la legge sulle DAT è del tutto inutile, non c'è veramente bisogno, bastava applicare il CD, dove tutto era già ben esplicito. Se un medico applica accanimento terapeutico sta automaticamente sbagliando e contravviene al CD. Cosa diversa dal rifiutare l'accanimento terapeutico è il volere a tutti i costi decidere di voler morire e volerlo pretendere in anticipo, nell'ipotesi, o meglio nella paura, di poter divenire e rimanere disabili gravi nel futuro. E non perdiamoci in sterili discussioni sul dare senso e dignità alla vita della persona fino alla fine, considerato che ad oggi abbiamo la medicina palliativa e la terapia del dolore che ci consentono di gestire al meglio e umanamente il dolore cronico e il fine vita. Certo però questo non ci risolve il problema dello stato vegetativo e della disabilità in senso lato: è chiaro che la disabilità continua a farci paura, a tutti, anche a me. Ma io non proporrei mai a un disabile un aiuto per morire. E anche nella malaugurata ipotesi che fosse lui a chiedermi di mettere fine alla sua vita, vorrei aiutarlo a riprendersi, non ad ammazzarsi. Queste sono leggi che si reggono sull'emotività del "come si andrà a finire" e pongono le loro basi sulla paura: la paura di essere un peso e di fare compassione, ma la paura non aiuta mai a decidere con saggezza.

Dr.ssa Mariachiara Re Anestesista Rianimatore

Un possibile finale per "BWAAAARGH!!!"

L'articolo dal titolo "BWAAAARGH!!!" pubblicato sul precedente numero del Nuovo Anestesista Rianimatore è molto duro e per questo coglie perfettamente le situazioni surreali e gli stati d'animo da incubo in cui lavorano quotidianamente gli Anestesiisti. Si potrebbe dare un seguito al finale di questa storia che sono sicuro avranno vissuto molti Colleghi.

Finalmente dopo un lungo travaglio nasce e il neonato ha un Apgar di 1-7 e la Mamma chiede perché non piange. "BWAAAARGH!!!" Mi sono azzuffato con l'ostetrica per evitare l'usanza isterica di batterlo sulle palme dei piedi, poi la stessa gli ha infilato in gola un sondino più grosso del neonato aspirandolo in maniera ossessiva-compulsiva. A questo punto la zuffa è diventata un incontro di wrestling, fortunatamente sono riuscito a stenderla e il neonato per adesso è salvo. "BWAAAARGH!!!" "Posso ancora aiutarla doc?" sussurra l'Ostetrica non ancora soddisfatta. "Sì, per cortesia mia dia un tubo non cuffiato" rispondo con una voce bitonale che tradisce la strizza che a stento riesco a dominare. Mentre ventilo con la maschera guardo il laringoscopia e spero che le batterie siano nuove e non come quella volta che "BWAAAARGH!!!" erano finite. Ora l'ho intubato (spero) sì l'ho intubato vedo il tubo tra le corde vocali, con una mano tengo fisso il tubo orotracheale con l'altra lo ventilo con una va-vieni con O2 al 100% (quando si deciderà il DS a mettere una sorgente di aria?). "Come sta il bambino? Perché non piange?" Chiede ancora e stavolta un po' angosciata la mamma e questa domanda mi manda in corto circuito il sistema limbico, il giudice penserà che la colpa è la mia o la colpa è del cordone ombelicale troppo stretto attorno al collo? Intanto speravo di avere una terza mano per infilarmi nelle orecchie uno fonendo per il MV. Quindi ventilato e riscaldato amorevolmente dall'Anestesista, ecco pronto il pupino tanto da non riconoscere quel bimbo roseo e pieno di energia da quello che era pochi minuti prima flaccido, muto e dal colorito vagamente biancastro. L'ostetrica tenendolo stretto tra le braccia esclama con fare sicuro: "Signora il bimbo sta benissimo". La mamma la ringrazia con un sorriso a trentadue denti e un pianto liberatorio. E io? "IO SONO L'ANESTESISTA CHE HA SALVATO SUO FIGLIO!" vorrei gridare ma la signora è stravolta dalla stanchezza, emozionatissima; qualsiasi cosa avessi detto sarebbe stata fuori luogo.

Attenzione! All'uscita dalla Sala Parto tutto il corridoio semibuio per via delle luci notturne soffuse, è gremito da una euforica combriccola di parenti. Accenno ad un timido saluto sperando che qualcuno mi riconosca, "sono l'anestesista che ha salvato il bimbo!", ma ancora una volta la voce mi rimane in gola. Nessuno mi degna di uno sguardo perché tutti ringraziano e si stringono attorno a quel santone di ginecologo, sedicente taumaturgo di mamma e figlio.

Non ho il tempo di piangermi addosso, sono le 4 del mattino, e tra poco sarà l'alba di un buon giorno per tutti loro. Anche per me, probabilmente.

Dr Roberto Polisca Anestesista Rianimatore in pensione

le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Farmacocinetica e farmacodinamica dei farmaci usati frequentemente in gravidanza e nel periparto

Da: *Anesthesia Analgesia* marzo 2016 volume 122, numero 3

Introduzione

La maggior parte delle donne gravide durante la gravidanza può essere trattata con farmaci diversi da un integratore vitaminico. Circa la metà di questi farmaci possono essere classificati secondo l'FDA come appartenenti alle categorie C e D, indicando un'assenza di studi umani e animali che hanno evidenziato effetti secondari sul feto (categoria C) o assenza di rischi evidenti per l'uomo (categoria D). Le modificazioni nella fisiologia materna e nella biodisponibilità dei farmaci, nella distribuzione, e nella clearance ne rendono imprevedibile l'emivita.

Per molti farmaci mancano validi dati di farmacocinetica e farmacodinamica in gravidanza. Per altri farmaci, studi recenti hanno dimostrato importanti modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche che richiedono un aggiustamento della dose in gravidanza, anche se le linee guida attuali non hanno recepito questi dati.

Le donne gravide hanno bisogno frequentemente di farmaci per necessità legate o non legate alla gravidanza. Sono disponibili pochi studi sulla farmacocinetica nelle donne in gravidanza e ancora meno sulle modificazioni della farmacocinetica associata alla farmacodinamica in gravidanza. Una motivazione importante è di tipo economico; gli sponsor prendono in considerazione il ritorno economico quando programmano gli studi clinici.

La durata limitata della gravidanza riduce un possibile ritorno economico adeguato per compensare i costi da sostenere per mettere a punto indicazioni di dosaggi specifici per la gravidanza. Inoltre uno sponsor deve necessariamente prendere in considerazione la possibilità che qualsiasi evento avverso sul neonato possa essere attribuito al farmaco in studio, indipendentemente dal fatto che quest'associazione possa essere casuale.

Con un modesto incentivo economico e il rischio di forti responsabilità per qualsiasi risultato negativo non è sorprendente che l'industria farmaceutica esegua raramente studi di farmacocinetica e farmacodinamica nelle donne gravide e nelle partorienti.

In assenza di studi di farmacocinetica e farmacodinamica nelle partorienti o nelle donne gravide i medici possono somministrare farmaci basandosi su studi eseguiti su soggetti sani non in gravidanza. In quest'ambito gli sponsor hanno notevoli vantaggi poiché le donne rappresentano circa la metà dei possibili utilizzatori della maggior parte dei farmaci. Storicamente anche le donne non gravide sono state escluse dalle ricerche in parte a causa delle preoccupazioni degli sponsor che qualsiasi complicità in una successiva gravidanza potrebbe essere attribuito al farmaco studiato. In passato in quasi tutti gli studi clinici sono state escluse le donne in gravidanza e in età fertile. La normativa attuale richiede studi

di farmacocinetica e farmacodinamica nelle donne comprese quelle in età fertile. Pertanto i nuovi farmaci che entrano in commercio avranno linee guida sul dosaggio riportate sul foglietto informativo.

In uno studio retrospettivo su 8 strutture sanitarie negli Stati Uniti, il 64% delle donne gravide aveva ricevuto almeno la prescrizione di un farmaco durante la gravidanza, e circa 2 prescrizioni di altri farmaci oltre le vitamine. In Europa esiste una grande variabilità nella pratica prescrittiva di farmaci durante la gravidanza. Nonostante la frequenza di queste prescrizioni, pochi farmaci sono stati studiati bene durante la gravidanza. Molti farmaci usati nelle pazienti gravide sono off-label. Attualmente circa la metà di tutte le pazienti gravide ricevono farmaci classificate dall'FDA nelle categorie C e D che indicano la completa assenza di dati o l'assenza di evidenza di danni.

L'FDA ha modificato le classificazioni dei farmaci in gravidanza e durante l'allattamento il 30 giugno del 2015, sostituendo le precedenti categorie che indicavano i farmaci come appartenenti alle categorie da A, D e X per l'uso in gravidanza. Queste categorie sono state eliminate poiché la maggior parte dei farmaci appartengono alla categoria C, indicante l'assenza di dati sull'uomo. Poiché si tratta di un cambiamento recente la maggior parte dei farmaci è stata mantenuta nelle vecchie categorie di riferimento. La categoria A indica che studi adeguati e ben controllati non sono stati in grado di dimostrare rischi per il feto nel primo trimestre. La categoria B indica che non sono disponibili studi sull'uomo ma gli studi sull'animale non sono stati in grado di dimostrare rischi per il feto. La categoria C indica che gli studi sull'animale hanno evidenziato effetti sul feto e non sono disponibili studi adeguati sull'uomo. La categoria D indica che c'è evidenza di rischi sull'uomo sulla base dei dati di studi o dell'esperienza dopo la commercializzazione nell'uomo, ma i possibili benefici sono maggiori dei rischi. La categoria X indica che studi sull'uomo o sugli animali hanno evidenziato malformazioni fetali e i rischi dell'uso in gravidanza sono chiaramente maggiori dei vantaggi. Utilizzando la nuova classificazione è stato creato un registro di esposizione ai farmaci in gravidanza.

La gravidanza induce modificazioni fisiologiche ben note che possono alterare la farmacocinetica.

Inoltre le modificazioni ormonali e la fisiologia placentare può modificare la farmacodinamica. Attualmente sono disponibili insufficienti dati per il medico e il paziente per prendere una decisione corretta sulla scelta e sul dosaggio di molti farmaci usati durante la gravidanza e l'allattamento. Molti foglietti illustrativi indicano che il farmaco non è indicato in gravidanza, nel periparto e durante l'allattamento a causa di assenza di dati. Una scelta può essere quella di evitare i farmaci più vecchi per i quali non si conoscono i possibili rischi per la

madre e il feto. Tuttavia questi sono spesso preferiti in quanto usati per molti anni ed è disponibile esperienza sulla loro sicurezza.

Sfortunatamente le dosi raccomandate e gli intervalli tra le dosi per questi farmaci possono essere imprecise in quanto basate sulla farmacocinetica studiata su soggetti maschi volontari sani.

I dati di seguito riportati derivano da piccoli studi accademici, poiché l'FDA o altre agenzie dei farmaci non richiedono nei programmi di sviluppo dei farmaci la valutazione nelle donne in gravidanza.

Modificazioni farmacocinetiche in gravidanza

La gravidanza determina grandi modificazioni anatomiche e fisiologiche. Le modificazioni fisiologiche riguardano l'apparato cardiovascolare, respiratorio, renale, gastrointestinale ed ematologico che possono in modo importante modificare il profilo farmacocinetico e farmacodinamico dei farmaci usati in gravidanza. Soprattutto le modificazioni fisiologiche durante la gravidanza possono alterare la biodisponibilità, la distribuzione e l'eliminazione di molti farmaci.

Biodisponibilità

Numerosi cambiamenti gastrointestinali in gravidanza possono modificare la biodisponibilità dei farmaci assunti per bocca. Lo svuotamento gastrico non si modifica durante la gravidanza prima dell'inizio del travaglio, e pertanto il tempo di assorbimento non si modifica dopo la somministrazione per bocca. Durante il travaglio, il ridotto svuotamento gastrico dovuto al dolore, all'ansia o alla somministrazione di oppioidi (compresi gli oppioidi per via centrale) possono ritardare l'assorbimento intestinale dei farmaci.

Le modificazioni nell'attività degli enzimi epatici può modificare sia l'attivazione dei profarmaci (come anche il tempo d'inizio d'azione) come anche l'assorbimento, il metabolismo e il tempo di durata del farmaco.

Per esempio la codeina è un profarmaco trasformata in morfina dal citocromo CYP2D6 nel fegato. Inoltre l'attività di questo citocromo è aumentata in gravidanza. Un metabolismo molto rapido della codeina determina in gravidanza picchi di concentrazione di morfina particolarmente alti. In queste condizioni si può attendere che le donne raggiungono rapidamente l'analgesia, ma possono anche andare incontro a condizioni di aumentata tossicità da oppioidi. Questo è un problema particolarmente importante durante l'allattamento al seno, poiché la morfina passa nel bambino attraverso il latte. Per questa elevata variabilità la codeina non è un analgesico di scelta durante l'allattamento. Al contrario, se un farmaco subisce un importante metabolismo al primo passaggio epatico si ha una ridotta biodisponibilità. Per esempio l'induzione enzimatica del citocromo CYP2D6 in gravi-

danza aumenta la velocità del metabolismo del metoprololo, determinando una riduzione dal 12% al 55% nei picchi di livello plasmatico rispetto ai picchi che si hanno in una donna non gravida.

Distribuzione

Ovviamente la gravidanza aumenta la massa corporea delle donne. Le persone di massa maggiore hanno bisogno di dosi di farmaco maggiori, poiché hanno un volume di distribuzione più grande e una clearance aumentata. Ne consegue che, come regola generale, le donne gravide possono aver bisogno di dosi maggiori di farmaci rispetto alla donna non gravida, semplicemente perché la donna gravida pesa di più. Il volume dei liquidi intravascolari sono aumentati nel primo trimestre di gravidanza come conseguenza di un'aumentata produzione di renina-angiotensina-aldosterone che stimola l'assorbimento di sodio e la ritenzione di acqua. Con l'aumento del volume plasmatico, si ha una contemporanea riduzione della concentrazione delle proteine plasmatiche. Verso la fine della gravidanza il volume plasmatico è aumentato di circa il 50%. L'aumento del volume plasmatico determina un aumento del volume di distribuzione dei farmaci idrosolubili, e pertanto, la gravidanza può associarsi a picchi di concentrazione plasmatica dei farmaci e concentrazioni all'equilibrio più bassi se la dose dei farmaci non è modificata.

La concentrazione dell'albumina si riduce durante il secondo trimestre e si riduce ulteriormente per il resto della gravidanza. Il livello delle proteine plasmatiche e pertanto la capacità di legare i farmaci al momento del parto è del 70-80% rispetto al valore presente prima della gravidanza. Questo è particolarmente importante per i farmaci idrosolubili e con un elevato legame proteico. La riduzione delle proteine plasmatiche aumenta la frazione libera dei farmaci con elevato legame proteico come il midazolam, la digossina, e l'acido valproico.

Clearance

Il metabolismo e l'escrezione dei farmaci sono legati al flusso di sangue e alla funzionalità del fegato e del rene. L'aumento della gettata cardiaca nel primo trimestre aumenta il flusso ematico renale nelle gravide sane. Il flusso ematico renale e la filtrazione glomerulare aumentano del 50% nel secondo trimestre e restano alte fino al terzo mese dopo il parto.

La modificazione della funzionalità renale aumenta in modo importante la clearance dei farmaci escreti dal rene come l'eparina. A causa della clearance più rapida, la somministrazione di dosi basate sulle linee guida di pazienti adulti non in gravidanza possono determinare nei tessuti delle donne gravide concentrazioni troppo basse. Sebbene la frazione del flusso ematico che arriva al fegato non si modifichi durante la gravidanza, i marker della funzione epatica

comprendenti l'aspartato transaminasi, l'alano transaminasi e la bilirubina aumentano ai limiti superiori durante la gravidanza. Molti enzimi epatici in gravidanza subiscono un processo d'induzione, come i citocromi CYP2D6, CYP3A4, CYP2B6, CYP2C9 e il glucuroniltransferasi. Altri enzimi metabolici restano invariati durante la gravidanza. Pochi enzimi metabolici riducono la loro attività come il CYP1A2, che è l'enzima principale per il metabolismo della caffeina. Come conseguenza della riduzione dell'attività del CYP1A2, la concentrazione plasmatica della caffeina dopo una dose comune (ad esempio una tazza di caffè) è doppia durante il terzo trimestre rispetto ad una donna non gravida.

Emivita

L'emivita è una funzione del rapporto del volume con la clearance. L'interazione tra il volume e la clearance può essere immaginato come un serbatoio pieno di un farmaco (volume) e una pompa che rimuove il farmaco dal serbatoio (clearance).

Se si aumentano le dimensioni del serbatoio mentre si mantiene la stessa pompa si ha un aumento del tempo necessario alla pompa per svuotare il serbatoio.

Utilizzando una pompa più grande con lo stesso serbatoio lo svuotamento è più rapido. Analogamente se il volume aumenta di più della clearance l'emivita aumenta. Se la clearance aumenta più del volume l'emivita si riduce.

Poiché sia il volume sia la clearance aumentano durante la gravidanza, le modificazioni dell'emivita non sono prevedibili. L'emivita può aumentare, diminuire o restare invariata.

Ogni farmaco deve essere studiato singolarmente per determinare se l'emivita si modifica con la gravidanza.

Il volume di distribuzione determina soprattutto la concentrazione della prima dose del farmaco (ad esempio il propofol per l'induzione dell'anestesia). La clearance del farmaco determina soprattutto la concentrazione del farmaco in condizioni di equilibrio (ad esempio il metoprololo nell'ultimo trimestre). L'emivita determina l'intervallo tra le dosi in condizioni di equilibrio, cioè quanto spesso deve essere somministrato il farmaco per mantenere adeguati livelli ematici. In assenza di studi di farmacocinetica in gravidanza, l'ipotesi più corretta è quella di considerare l'emivita invariata e di conseguenza somministrare il farmaco con la stessa frequenza nelle donne in gravidanza e non in gravidanza. Tuttavia per alcuni farmaci sono disponibili studi di farmacocinetica in gravidanza che suggeriscono importanti cambiamenti negli intervalli di somministrazione.

Trasferimento fetale dei farmaci e metabolismo fetale

La gravidanza presenta caratteristiche uniche poiché si ha la formazione e la successiva eliminazione di un organo metabolicamente attivo. La placenta è una barriera semipermeabile al passaggio dei farmaci molto simile alla barriera emato-encefalica. Per i farmaci che possono attraversare la placenta o possono essere metabolizzati dalla placenta, l'assorbimento, la distribuzione e il metabolismo della placenta e del feto possono contribuire a modificare la farmacocinetica dei farmaci in gravidanza.

Il trasferimento placentare passivo è determinato dalla liposolubilità, dalla carica elettrica, dal peso molecolare e dal gradiente di concentrazione attraverso le membrane. Il trasferimento di alcuni farmaci è rallentato in modo attivo, mentre altri passano attraverso la placenta al feto. Le modificazioni dell'equilibrio acido-base della madre o del feto possono alterare il passaggio placentare dei farmaci. Ad esempio una condizione di acidosi relativa del feto può trattenere nel feto alte concentrazioni di basi deboli come la lidocaina somministrata

alla madre, potenziale causa di tossicità fetale.

La placenta è in grado di metabolizzare i farmaci. Sebbene sia meno metabolicamente attiva rispetto al fegato, nella placenta sono presenti sia gli enzimi di fase I (ossidazione, riduzione e idrolisi) sia gli enzimi di fase II (coniugazione). Gli enzimi di fase I presenti nella placenta comprendono CYP1A1, CYP2E1, CYP3A4, CYP3A5, CYP3A7, CYP4B1, e CYP19. I farmaci sottoposti a un importante metabolismo placentare sono il desametasone e il prednisone. Il remifentanil è metabolizzato dall'esterasi molto presenti nella placenta con conseguente concentrazione fetale di remifentanil inferiore a quelle materne durante la somministrazione di remifentanil per parto analgesia o parto cesareo. La terminologia che indica il rapporto della concentrazione di farmaci tra la madre e il feto è poco chiara in quanto sono indicati numerosi rapporti con espressioni diverse. L'abbreviazione MA (arteria materna) indica che questa concentrazione può essere misurata nelle vene del braccio della madre in condizioni di equilibrio. La vena ombelicale (UV) porta il sangue dalla placenta al feto. L'arteria ombelicale (UA) trasporta il sangue che dal feto torna alla placenta. La determinazione della concentrazione dei farmaci nella UA rappresenta la concentrazione misurata dopo il metabolismo fetale e approssimativamente la concentrazione del farmaco che arriva al cervello del feto. Se non si ha un metabolismo fetale, la concentrazione della UA e della UV sono uguali in condizioni di equilibrio.

Il rapporto UV/MA e UA/MA sono per semplicità indicati come rapporto fetale/materno (F/M).

I neonati presentano un'importante riduzione della filtrazione glomerulare, ridotto metabolismo epatico dei farmaci e aumento dei liquidi extracellulari (e pertanto un aumento del volume di distribuzione).

Ne consegue che i farmaci che sono metabolizzati nel fegato o escreti nelle urine (la maggior parte dei farmaci) hanno un'emivita e una durata dell'effetto aumentata in modo importante nel neonato rispetto alla madre. Inoltre la riduzione del legame proteico plasmatico nel neonato può determinare un aumento della frazione libera del farmaco e della tossicità.

Le dosi ben tollerate nell'adulto possono essere relativamente tossiche nel feto. Per esempio la somministrazione di amiodarone alla madre per aritmia refrattaria può determinare un accumulo di iodio nel feto, determinando ipotiroidismo e talvolta gotta che può richiedere un trattamento alla nascita.

Vi sono peraltro effetti fisiologici specifici nel feto come la chiusura prematura del dotto arterioso ad opera dei FANS che merita di essere presa in considerazione. Il neonatologo e l'anestesista pediatrico devono tener conto delle possibili conseguenze sul feto dei farmaci dati alla madre durante la gravidanza e il parto.

Modificazioni fisiologiche della gravidanza e farmacocinetica di alcune classi di farmaci

Analgesici

Il paracetamolo è comunemente usato in gravidanza per l'analgesia e per il trattamento della febbre. L'assorbimento materno, il metabolismo, e la clearance del paracetamolo non si modificano in gravidanza. L'escrezione materna di 2 grammi di paracetamolo endovena è stata più rapida durante il parto cesareo per pretermine (< 37 settimane di gestazione) rispetto al parto a termine, presumibilmente espressione di perdite di sangue o spostamento di liquidi.

Un recente studio epidemiologico suggerisce un'associazione tra paracetamolo e problemi di sviluppo neurologico e comportamentale nei figli con un rischio maggiore di deficit dell'attenzione, iperattività e un aumento del rischio di sindromi simil-asmatiche. Questo

studio ha preso in considerazione dosi materne ripetute durante la gravidanza e probabilmente, i risultati non si applicano all'assunzione di una dose singola durante il parto.

Ai neonati si somministra frequentemente paracetamolo senza osservare conseguenze negative. Tuttavia lo studio solleva interrogativi sull'uso di un vecchio farmaco considerato a lungo sicuro in gravidanza.

I FANS possono essere prescritti durante la gravidanza per patologie croniche come malattie infiammatorie intestinali o per indicazioni ostetriche come tocolitici (indometacina) e nella sindrome di anticorpi antifosfolipidi (aspirina). Le donne gravide possono anche assumere questi farmaci familiari che sono presenti in molte associazioni di prodotti senza consultare il proprio ostetrico.

Tuttavia i FANS sono stati classificati dall'FDA come appartenenti alla categoria C o D per il rischio di aborto, di teratogenicità fetale nel primo trimestre e di una chiusura prematura del dotto arterioso fetale nel terzo trimestre.

Tuttavia non sono disponibili studi adeguati di farmacocinetica e farmacodinamica su questo gruppo di farmaci durante la gravidanza, tuttavia i dati disponibili sono stati recentemente rivisti. Il trasferimento placentare dei FANS compresa aspirina, indometacina e naprossene è stato dimostrato in studi su tessuti placentari e fetali di donne al termine di gravidanza.

La prescrizione di oppioidi durante la gravidanza per l'analgesia è aumentata con importanti differenze regionali. Gli oppioidi sono usati per l'analgesia durante la gravidanza per prevenire la sindrome d'astinenza nella tossicodipendenza e per la partoanalgesia. Con l'eccezione del remifentanil, tutti gli oppioidi sono metabolizzati e inattivati dal fegato e talvolta con produzione di metaboliti attivi. Molti oppioidi sono metabolizzati dagli enzimi epatici che sono modificati nella loro attività durante la gravidanza. Nella massima parte dei casi gli oppioidi sono dosati in base all'effetto. Tuttavia l'induzione degli enzimi metabolici in gravidanza può determinare modificazioni inattese nella durata e nell'efficacia dei farmaci. Un metabolismo aumentato di un profarmaco (codeina) può aumentare il livello del picco di concentrazione del farmaco. Un metabolismo aumentato di farmaci con formazione di metaboliti inattivi, come nel caso della morfina, ossicodone idrocodone, idromorfone, metadone e buprenorfina, può determinare un inatteso basso livello del farmaco. Questo è particolarmente importante nella gestione del metadone e della buprenorfina in gravidanza. Il metadone e la buprenorfina, metabolizzati entrambi rispettivamente dal CYP3A4 e dal CYP2B6 sono usati per prevenire la sindrome d'astinenza. Nelle pazienti non gravide l'uso del metadone richiede circa una settimana per raggiungere una condizione di equilibrio con dosi ripetute. Durante la gravidanza il CYP2B6 è indotto dall'aumento degli estrogeni con conseguente aumento del metabolismo dei farmaci. Per questo le modificazioni delle dosi necessarie in gravidanza sono meglio gestite da esperti nel loro uso. La somministrazione sistemica degli oppioidi in gravidanza determina una limitata analgesia durante il travaglio e il loro uso è complicato da effetti secondari materni, fetali e neonatali. Il remifentanil è l'unico oppioide che è metabolizzato nel plasma dall'esterasi tissutale. Il metabolismo ultrarapido del remifentanil nella madre e l'elevato metabolismo placentare e fetale riducono in modo importante la possibilità di depressione respiratoria e interessa in maniera passeggera il neonato. Questo aumenta il margine di sicurezza neonatale permettendo di poter usare dosi più alte per la partoanalgesia rispetto agli altri oppioidi usati a livello sistemico.

Sedativi ipnotico

Per molti anni il tiopentone è stato il prin-

cipale farmaco usato per l'induzione in anestesia generale nelle donne gravide. La farmacocinetica del tiopentone è stata studiata in modo approfondito in gravidanza. Le donne gravide



presentano un'escrezione del tiopentone più rapida per l'aumento del flusso ematico epatico che riduce l'emivita di eliminazione.

Tutti i farmaci sedativi ipnotici attraversano la placenta. Le caratteristiche che permettono il loro passaggio attraverso la barriera emato-encefalica per indurre l'ipnosi favoriscono il trasferimento al feto attraverso la placenta.

Il tiopentone non è più disponibile ed è stato sostituito dal propofol per l'induzione dell'anestesia generale nelle pazienti sane. Le modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche del propofol in gravidanza non sono state studiate in modo approfondito, nonostante il suo uso diffuso come induttore dell'anestesia generale.

Nei pochi studi iniziali sull'uso del propofol nell'induzione per il parto cesareo non è stato fatto il confronto dell'uso del propofol nelle partorienti rispetto a quello nelle donne non gravide. Gli studi sul passaggio del propofol sui cotiledoni di placenta umana perfusa suggeriscono che la concentrazione materna è fortemente correlata alla concentrazione delle proteine plasmatiche. Pertanto ci si deve attendere che la concentrazione di propofol libero sia aumentata in gravidanza. A conferma di queste condizioni di farmacocinetica, in una serie di pazienti in cui è stata utilizzata una somministrazione con TCI di propofol e remifentanil si è osservata una depressione del neonato in 6 su 10 bambini nate da donne anestetizzate con questa tecnica. Un altro studio non ha rilevato cambiamenti nel propofol necessario all'ipnosi materna in pazienti all'inizio della gravidanza, tuttavia la concentrazione del propofol libero non è stata misurata.

Altri farmaci sedativi ipnotici hanno evidenziato un aumento dell'attività farmacodinamica durante la gravidanza probabilmente a causa degli effetti sul sistema nervoso del progesterone. In base all'esperienza clinica non sono state raccomandate variazioni di dosaggio, ma questo è un ambito in cui sono necessarie informazioni più approfondite. Per cercare di superare questa lacuna sulla farmacocinetica, circa 5 anni fa è stata avanzata all'FDA la richiesta di uno studio sul passaggio placentare del propofol nelle partorienti che avevano bisogno di un parto cesareo in anestesia generale. La proposta di studio era semplice: dopo aver somministrato il propofol per l'induzione dell'anestesia, si sarebbero prelevati dei campioni arteriosi per valutare la farmacocinetica. L'FDA prima di concedere l'autorizzazione ad un nuovo studio ha imposto richieste molto costose, compresa la determinazione del propofol nel latte materno che avrebbe richiesto la messa a punto di un nuovo test. Per le condizioni poste dall'FDA per concedere l'autorizzazione lo studio non è mai stato realizzato. Questo è un esempio dei problemi che i ricercatori possono incontrare nel tentativo di migliorare

le conoscenze sulla farmacocinetica dei farmaci più frequentemente utilizzati in gravidanza.

L'uso delle benzodiazepine nella prima fase della gravidanza è limitato dai dati contrastanti



circa un possibile aumento di palatoschisi quando le benzodiazepine sono usate durante il primo trimestre di gravidanza. Le benzodiazepine sono utilizzate per una sedazione leggera e come ansiolitici durante il parto cesareo o altre procedure di breve durata.

Il midazolam è stato studiato ampiamente come farmaco tipo metabolizzato dal CYP3A4, un enzima epatico indotto durante la gravidanza. Sono stati costruiti dei modelli di farmacocinetica sulla base di modificazioni note allo scopo di prevedere le modificazioni all'esposizione indotta dalla gravidanza dei farmaci metabolizzati dal CYP3A4 o escrete dal rene.

Il picco di concentrazione del midazolam è ridotto dopo somministrazione orale o parenterale, ma l'emivita non è modificata. L'uso prolungato delle benzodiazepine in prossimità del termine è controindicato per tossicità sul neonato e per sintomi d'astinenza. Il rapporto materno-fetale per la maggior parte delle benzodiazepine, con l'eccezione del midazolam, è vicino a 1, rendendo il midazolam il farmaco preferito quando è necessario un uso limitato in prossimità del termine della gravidanza.

Bloccanti neuromuscolari

La succinilcolina e il mivacurio sono metabolizzati dalle colinesterasi plasmatiche (pseudocolinesterasi o butirrilcolinesterasi). L'attività delle colinesterasi plasmatiche materne è ridotta di circa il 30% dalla decima settimana di gestazione fino alla sesta settimana dopo il parto. Tuttavia la riduzione dell'attività colinesterasica non si associa a un prolungamento clinicamente importante del blocco neuromuscolare da succinilcolina e mivacurio nelle pazienti che hanno normali livelli di colinesterasi di base. Il maggiore volume di distribuzione della succinilcolina in gravidanza probabilmente compensa la ridotta attività colinesterasica e sono raccomandate dosi normali per le donne gravide e le partorienti. Una quantità molto piccola di succinilcolina attraversa la placenta e non si ha alcun effetto farmacodinamico sul feto con normale attività colinesterasica. Tuttavia anche la piccola quantità può produrre flaccidità se la madre e il feto producono pseudo-colinesterasi atipiche. In condizioni di pH fisiologico i bloccanti neuromuscolari non depolarizzanti sono molto ionizzati per cui solo una piccola quantità di miorellassanti non depolarizzanti attraversa la placenta o il latte materno. Quando sono necessari miorellassanti per la chirurgia fetale questi devono essere somministrati direttamente nella vena ombelicale o nei muscoli del feto.

Anestetici locali

Gli anestetici locali sono frequentemente utilizzati per l'analgia del travaglio o per la chirurgia durante la gravidanza. Gli anestetici locali possono essere somministrati in dose

singola o per infiltrazione continua della parete, infusione endovenosa perioperatoria, blocchi nervosi periferici, blocco del piano addominale trasverso e blocco centrale. La gravidanza non aumenta l'assorbimento o il picco di concentrazione della bupivacaina.

Tuttavia le modificazioni fisiologiche durante la gravidanza, in particolare il ridotto legame con le proteine plasmatiche può aumentare il rischio di tossicità degli anestetici locali quando si somministrano dosi importanti di anestetico locale alla donna gravida. Gli anestetici locali presentano un elevato legame con le proteine, e la riduzione delle proteine plasmatiche che si ha in gravidanza può aumentare la frazione libera di anestetico locale.

L'effetto è particolarmente importante per i farmaci idrofili se la concentrazione si avvicina al limite superiore della finestra terapeutica. Il blocco del piano addominale trasverso, si accompagna in particolare a un elevato assorbimento di anestetico locale. Sono stati descritti casi di convulsione materna dopo l'esecuzione di un blocco del piano addominale trasverso per l'analgia dopo parto cesareo.

Gli anestetici locali amidici sono metabolizzati soprattutto dal fegato e i loro metaboliti sono escreti dal rene. Una concentrazione plasmatica tossica si può avere per accumulo di farmaci dopo somministrazioni di dosi grandi e ripetute. Gli anestetici locali della famiglia degli esteri sono metabolizzati dalle pseudocolinesterasi plasmatiche. Sebbene gli esteri hanno potenzialmente scarsa possibilità di accumulo possono comunque raggiungere concentrazioni plasmatiche maggiori di quelle attese per un deficit relativo di pseudo-colinesterasi dovuto alla gravidanza. Pertanto le "dosi sicure" raccomandate riportate nel foglio illustrativo per tutti gli anestetici locali possono essere causa di effetti secondari nelle donne gravide.

In uno studio in cui è stata misurata la concentrazione plasmatica della ropivacaina dopo blocco con guida ultrasonica del piano addominale trasverso (2,5 mg/Kg di ropivacaina per lato) in 30 donne sottoposte a parto cesareo, si è visto che la concentrazione della ropivacaina aveva superato la soglia tossica di 2,2 µg/ml in 12 pazienti e che in 3 donne sono stati descritti sintomi attribuibili a lieve tossicità degli anestetici locali (formicolio periorale, difficoltà a parlare e parestesia della lingua). E' stata anche suggerita una sensibilità neurotossica aumentata agli anestetici locali in gravidanza, ma non è chiaro se questa sia dovuta a una sensibilità aumentata del nervo agli anestetici locali o a una modificazione della distribuzione per la congestione dei vasi epidurali. Non si sa se i casi descritti di tossicità con dosi pari al livello massimo raccomandato siano dovuti a un effetto farmacocinetico (concentrazione del farmaco aumentata) o/e a un effetto farmacodinamico (sensibilità aumentata alla stessa concentrazione). Pertanto è prudente in gravidanza evitare di raggiungere il limite superiore delle dosi di anestetico locale considerate sicure in altre condizioni.

L'acidosi fetale può aumentare il grado di ionizzazione degli anestetici locali poiché sono delle basi deboli. Gli anestetici locali si accumulano in un feto in acidosi. Per il possibile rischio di aumentare la tossicità, le emulsioni lipidiche per il trattamento dei sovradosaggi degli anestetici locali devono essere disponibili quando si somministrano anestetici locali alla partoriente. Le emulsioni lipidiche devono essere somministrate alla madre al primo sintomo di tossicità; non si sa se attraversano la placenta; tuttavia non attraversano la placenta del coniglio integra. Potrebbe essere necessario determinare la dose da somministrare a un neonato fatto nascere rapidamente se si manifestano segni di depressione indotta dagli anestetici locali.

Antibiotici

La conoscenza delle modificazioni farma-

cocinetiche e farmacodinamiche degli antibiotici in gravidanza è molto importante poiché di solito non c'è una risposta clinica come guida alla loro titolazione. La somministrazione profilattica degli antibiotici, frequentemente la cefazolina, prima dell'incisione della cute riduce l'incidenza d'infezioni nella sede chirurgica, l'endometrite e la morbilità complessiva delle infezioni chirurgiche.

Solo la frazione libera dell'antibiotico ha un'attività antibatterica. Per l'efficacia antimicrobica è indispensabile che la frazione libera del farmaco rimanga sopra la concentrazione minima inibente (MIC). Le modificazioni della farmacocinetica degli antibiotici durante la gravidanza sono dovute al volume di distribuzione aumentato, alla clearance renale aumentata e al ridotto legame proteico. La riduzione del legame proteico non è sufficiente a compensare la ridotta concentrazione del farmaco libero per l'aumento del volume di distribuzione e della clearance aumentata. Se la profilassi antibiotica chirurgica fallisce, il solo parametro prognostico misurabile è l'incidenza dell'infezione della sede chirurgica e dell'endometriosi. La sepsi materna è la causa principale di morbilità e mortalità materna. La cefazolina è l'antibiotico più utilizzato in gravidanza, ed è stata studiata in modo approfondito. La gravidanza aumenta la clearance della cefazolina per un'escrezione renale aumentata. L'aumento del volume di distribuzione della cefazolina in gravidanza insieme con una clearance aumentata determina la necessità di una dose iniziale maggiore e di somministrazioni di dosi più frequenti per mantenere la concentrazione sopra la MIC durante l'intervento. Una dose di 2 grammi di cefazolina somministrati 15 minuti prima dell'intervento può mantenere una concentrazione adeguata per l'intervento di un'ora nel 100% delle pazienti. Inoltre per la clearance più rapida, l'intervallo tra le dosi di cefazolina deve essere compresa tra 3 e 6 ore e non di 8 ore.

L'obesità riduce la concentrazione tessutale della cefazolina. Basata sulla concentrazione della cefazolina nel tessuto adiposo, 3 grammi devono essere una dose adeguata di cefazolina per le partorienti con un BMI compreso tra 30 e 40 Kg/m², e 4 grammi devono essere una dose adeguata di cefazolina per le partorienti con BMI > 40 Kg/m².

Le linee guida pubblicate non sono aggiornate ai progressi fatti nella comprensione della farmacocinetica. Nonostante che studi importanti raccomandano la somministrazione di 2 grammi di cefazolina 15 minuti prima dell'incisione chirurgica, la Società Americana di Ostetricia e Ginecologia raccomanda la somministrazione di 1 grammo di cefazolina entro 60 minuti dall'inizio dell'intervento.

Le altre cefalosporine presentano modificazioni della farmacocinetica in gravidanza diverse. Solo 1/3 della dose di ceftriaxone è escreta immodificata nelle urine mentre 2/3 sono metabolizzate dal fegato. Come conseguenza della ridotta dipendenza dall'eliminazione renale la farmacocinetica del ceftriaxone non è modificata in modo rilevante durante la gravidanza.

La gentamicina usata di solito quando è necessario aumentare la copertura verso i gram-nel parto cesareo, presenta una clearance più rapida nelle pazienti gravide rispetto ai controlli non in gravidanza. Sono necessarie dosi maggiori per ottenere un'adeguata concentrazione di antibiotici e l'intervallo tra le dosi deve essere di 6 ore e non di 8.

Una dose di 5 mg/Kg somministrata ogni 24 ore può determinare una migliore copertura verso le corionamioniti con un effetto postantibiotico duraturo senza aumentare le complicanze rispetto alle dosi multiple.

I sulfamidici, utilizzati immediatamente dopo il parto entrano in competizione con la bilirubina per il legame con l'albumina e questo può causare kernittero (encefalopatia biliru-

binica) nel neonato. Sebbene il rischio di kernittero debba essere tenuto in considerazione, non si dovrebbe evitare del tutto il loro uso nel periparto. I sulfamidici presentano importanti indicazioni specifiche nel periparto comprese la rettocolite ulcerosa, il morbo di Crohn, e la profilassi nell'infezione da virus HIV. Molti studi hanno dimostrato che non ci sono complicanze quando sono usati nella fase tardiva della gravidanza ad eccezione di un solo studio retrospettivo che ha rilevato un aumento delle malformazioni congenite nei neonati di madri che hanno fatto uso di sulfamidici in gravidanza.

Gli antibiotici possono essere somministrati alla madre per il trasferimento al feto per ridurre l'incidenza della sepsi neonatale. Il rapporto UV/MA (concentrazione ematica fetale/concentrazione ematica materna) è importante per determinare le dosi necessarie per un'efficacia transplacentare. Con la somministrazione di cefazolina se lo scopo è di mantenere un'adeguata copertura antibiotica del feto, l'inizio dell'effetto richiede un tempo discreto. Anche la somministrazione di 2 grammi di cefazolina 1,5 ore prima dell'intervento ha solo il 60% di probabilità di fornire un'adeguata copertura antibiotica al momento del parto. Se lo scopo è di fornire un'adeguata copertura antibiotica al feto sarà necessario somministrare dosi più elevate. Il feto e il neonato hanno una ridotta capacità metabolica per molti farmaci, compresi gli antibiotici per cui ci si deve aspettare una maggiore durata della copertura antibiotica.

Antipertensivi

La farmacocinetica degli antiipertensivi nelle donne gravide è stata riconsiderata nel 2009. Dalla fine del primo trimestre la portata cardiaca materna aumenta di circa il 35% rispetto ai valori prima della gravidanza e continua ad aumentare fino al 50% sopra lo stato di non gravidanza alla fine del secondo trimestre. La portata cardiaca materna resta stabile per tutto il terzo trimestre. Al momento del parto la portata cardiaca può ancora una volta raddoppiare. Contemporaneamente con un aumento della portata cardiaca e del volume plasmatico la pressione sistemica di solito si riduce per una riduzione delle resistenze vascolari del 20% al termine della gravidanza. La pressione arteriosa del sangue si riduce di circa il 20% dalla ventesima settimana di gestazione e quindi aumenta verso i valori dello stato di non gravidanza per un ulteriore aumento del volume plasmatico man mano che la gravidanza si avvicina al termine.

Sebbene la pressione del sangue sia ridotta nella gravidanza normale, i farmaci antiipertensivi sono frequentemente necessari per il trattamento dell'ipertensione preesistente sia per le malattie ipertensive associate alla gravidanza compresa la preeclampsia.

I β-bloccanti sono i farmaci di prima scelta per il trattamento dell'ipertensione in gravidanza. I β-bloccanti più utilizzati in gravidanza sono il labetalolo, il metoprololo e l'atenololo. L'aumento del volume di distribuzione e del flusso ematico al fegato riduce il picco di concentrazione e gli intervalli tra le dosi per il labetalolo e il metoprololo. Il labetalolo è una miscela di α e β-bloccanti. La Società Americana di Ostetricia e Ginecologia raccomanda il labetalolo come farmaco antiipertensivo di prima scelta per il trattamento della pressione arteriosa durante la preeclampsia. L'emivita del labetalolo è di 1,7 ore nell'ipertensione indotta dalla gravidanza alla fine della gravidanza, rispetto alle 6-8 ore delle donne non gravide. Pertanto la somministrazione endovena del labetalolo può essere adeguata per il trattamento dell'ipertensione acuta in gravidanza ma dovrebbe essere necessaria la somministrazione di dosi molto frequenti. Peraltro sono necessarie dosi molto maggiori per il trattamento dell'ipertensione nelle donne in gravidanza ri-

spetto alle donne non gravide. La clearance del labetalolo per via orale è aumentata di 1,6 volte al termine della gravidanza. Pertanto l'intervallo tra le dosi deve essere ridotto rispetto a quello raccomandato nelle linee guida pubblicate.

L'effetto della gravidanza sul metabolismo dei diversi β -bloccanti non è sovrapponibile. Simile al labetalolo la clearance aumentata del metoprololo determina una concentrazione plasmatica più bassa nelle donne gravide rispetto alle stesse donne nel postparto.

Diversamente dalla riduzione del picco di concentrazione del labetalolo e del metoprololo in gravidanza, non ci sono differenze nella concertazione dell'atenololo in gravidanza. La clearance dell'atenololo è completamente renale senza dipendere dal metabolismo epatico. L'aumentata clearance renale è compensata da un aumentato assorbimento orale. Per l'assenza di alterazioni farmacocinetiche l'atenololo può essere considerato il β -bloccante da preferire in gravidanza. Tuttavia è stata descritta una ridotta crescita quando l'atenololo è usato precocemente in gravidanza, sebbene separare la casualità dell'effetto del farmaco da quella della gravità della malattia sia molto difficile.

Il solfato di magnesio si usa frequentemente nella preeclampsia/eclampsia per la profilassi delle convulsioni e nel parto pretermine per la neuroprotezione fetale. La concentrazione plasmatica minima del solfato di magnesio nella profilassi delle convulsioni è di 4 mEq/l. Il solfato di magnesio è di solito usato per via endovenosa ma può essere utilizzato per via intramuscolare nei paesi con scarse risorse economiche. Le 2 modalità di somministrazione presentano la stessa efficacia.

Il picco di concentrazione plasmatica si ottiene dopo 15 minuti e si può mantenere sopra il valore di 4 mEq/l dopo una dose bolo di 4 grammi endovena in 20 minuti seguita da 20 grammi di somministrazione intramuscolare profonda.

Tuttavia ci sono diverse modalità di somministrazione utilizzate clinicamente e non è noto il protocollo migliore nella profilassi delle convulsioni, nella tocolisi e nella neuroprotezione del feto.

Non sono disponibili studi approfonditi sulla farmacocinetica e farmacodinamica del solfato di magnesio tra le donne gravide e quelle non gravide poiché il solfato di magnesio ad alte dosi è indicato solo nelle donne gravide.

Farmaci somministrati alla madre per trattare il feto

I β -bloccanti sono stati somministrati alla madre per trattare le aritmie fetali. Il sotalolo è un antiaritmico di classe III che agisce soprattutto per inibizione dei canali del potassio.

Peraltro il sotalolo non ha un'attività β -bloccante selettiva e prolunga l'intervallo PR e quello QT. Il sotalolo è stato utilizzato come farmaco di prima scelta nel trattamento della tachicardia fetale analogamente alla digossina e alla flecanide. Questi farmaci potrebbero rappresentare un problema per la madre e l'interazione con altri farmaci che prolungano l'intervallo QR richiede attenzione. Il sotalolo è trasferito in modo efficace dalla madre al feto con un rapporto M/F di 1. Il betametasona è somministrato alla madre per accelerare la maturazione dei polmoni del feto.

Anticoagulanti e antiaggreganti

L'ottenimento di un'anticoagulazione terapeutica in gravidanza è difficile.

Nonostante una modesta piastrinopenia, la gravidanza presenta una condizione

d'ipercoagulabilità con aumento del fibrinogeno e del fattore VII. I fattori XI e XIII e l'antitrombina III sono diminuiti mentre il fattore II e V tipicamente restano invariati. Queste modificazioni determinano una riduzione di circa il 20% del tempo di protrombina e di tromboplastina parziale nella gravidanza normale. L'ipercoagulabilità in gravidanza è una causa frequente di aborto spontaneo, tromboflebiti e embolia polmonare.

Il trattamento con anticoagulanti è complesso per le condizioni d'ipercoagulabilità, aumento del flusso ematico epatico causato da espansione del volume plasmatico, induzione degli enzimi epatici e aumentata clearance renale presenti in gravidanza.

Peraltro è indispensabile normalizzare la coagulazione nelle partorienti per offrire la partoanalgesia con i blocchi centrali ed evitare le emorragie al momento del parto.

La warfarina è un anticoagulante efficace utilizzato nella fase avanzata della gravidanza piuttosto che all'inizio.

Tuttavia come tutti i farmaci privi di carica elettrica la warfarina passa rapidamente la placenta. L'uso di warfarina tra la sesta e la dodicesima settimana di gestazione si accompagna a una caratteristica patologia dell'embrione associata con malformazioni scheletriche e aborto spontaneo. Le alterazioni scheletriche sono dovute a carenza di vitamina K necessaria per la formazione ossea. In precedenza la warfarina è stata considerata assolutamente controindicata durante la gravidanza. La warfarina attualmente è prescritta dopo il periodo dell'embriogenesi (dopo il primo trimestre), quando è indispensabile una importante anticoagulazione per il benessere della madre, come nelle gravide con protesi valvolare cardiaca meccanica.

La farmacocinetica della warfarina non è stata studiata accuratamente in gravidanza poiché classificata tra i farmaci controindicati. Con un uso aumentato nella fase avanzata della gravidanza sarebbe utile avere maggiori informazioni.

L'eparina è una molecola con carica elettrica ad alto peso molecolare. Pertanto l'eparina non passa facilmente la placenta e non è escreta nel latte materno. Il picco di concentrazione nel plasma materno dell'eparina è solo il 50% rispetto alle donne non in gravidanza. Sebbene in gravidanza siano usate dosi maggiori e più frequenti la conseguente riduzione del fattore Xa e il tempo di tromboplastina parziale altamente variabile rende necessario un monitoraggio della terapia. Non è ben chiaro quale valore di riferimento del tempo di tromboplastina parziale è adeguato in gravidanza.

Anche l'eparina non frazionata è utilizzata come terapia ponte di breve periodo vicino al termine della gravidanza per permettere l'interruzione degli anticoagulanti a lunga durata d'azione quando il parto è anticipato per prevenire le emorragie, prima e dopo il parto. Recentemente sono stati commercializzati numerosi anticoagulanti tra cui il fondaparinux, il dabigatran, il rivaroxaban, l'apixaban e l'endoxaban. Esclusa l'enoxaparina, utilizzata comunemente in gravidanza per la profilassi trombotica, questi farmaci non sono stati studiati nelle partorienti e nelle donne in gravidanza. Il foglietto illustrativo riporta che non sono stati studiati in gravidanza e devono essere usati solo se i vantaggi sono maggiori dei rischi.

Data la mancanza di dati è sorprendente che alcuni di questi, tra cui il fondaparinux sono stati considerati dalla FDA con il vecchio sistema di classificazione del rischio in gravidanza come appartenenti alla classe B. Sebbene l'enoxaparina sia stata studiata negli aborti ripetuti non sono disponibili dati relativi all'uso di dosi importanti. Una gran-

de variabilità di dosi è utilizzata per la profilassi e la terapia della trombofilia. Data l'importanza di una trombofilassi affidabile sono necessari studi adeguati di farmacocinetica e farmacodinamica di questi farmaci.

Farmaci antinausea

La nausea e il vomito sono problemi frequenti in gravidanza e durante il travaglio e il parto. La talidomide resta uno degli esempi più rilevanti dell'importanza di studiare i farmaci durante la gravidanza. Intorno al 1950 il trattamento con talidomide è stato responsabile della malformazione degli arti in circa 10.000 bambini. I modelli animali non sempre sono in grado di prevedere la tossicità nell'uomo. L'esperienza della talidomide dimostra i possibili rischi quando non sono stati eseguiti studi adeguati sull'uomo e ai medici non sono fornite adeguate indicazioni per la sicurezza dei farmaci in gravidanza.

Per la nausea e il vomito, l'ondasetron è tra i farmaci più efficaci e frequentemente utilizzati.

La farmacocinetica dell'ondasetron e le concentrazioni plasmatiche non si modificano durante la gravidanza. L'ondasetron attraversa facilmente la placenta con un rapporto M/F di 0,41 all'equilibrio. L'ondasetron ha un'emivita più lunga nel neonato rispetto all'adulto. L'uso dell'ondasetron nel primo trimestre si accompagna a un piccolo aumento di rischio di labiopalatoschisi. Sono necessari altri studi per valutare il rapporto rischi/benefici dell'uso dell'ondasetron in gravidanza.

Corticosteroidi

I corticosteroidi sono usati frequentemente per prevenire la nausea e il vomito e per accelerare la maturazione dei polmoni del feto. La farmacocinetica degli steroidi in gravidanza è diversa poiché sono metabolizzati in gran parte dalla placenta. La dose necessaria è aumentata in presenza di gestazioni multiple. Per l'aumento del metabolismo placentare le madri portatrici di 2 gemelli necessitano di dosi maggiori di steroidi rispetto al feto singolo, e le madri con 3 gemelli necessitano di quantità maggiori rispetto a 2 gemelli. Questa considerazione è particolarmente importante per il dosaggio del betametasona per la maturazione polmonare nelle gestazioni multiple. Tuttavia dopo il secondamento ci si aspetta che la dose materna di steroidi necessaria si riduca improvvisamente. La prevenzione dello stress con gli steroidi può richiedere una dose aumentata durante il parto vaginale, ma non nel parto cesareo poiché la placenta viene rapidamente rimossa.

Conclusioni

La gravidanza comporta diverse modificazioni dell'assorbimento, distribuzione, metabolismo ed escrezione dei farmaci. La preoccupazione per le complicanze fetali ha ostacolato la ricerca clinica sulla somministrazione dei farmaci in gravidanza. Nonostante una richiesta dell'FDA di eseguire studi dei farmaci in gravidanza, l'industria farmaceutica non è disposta ad eseguirli. La maggior parte degli studi di qualità sono stati eseguiti con finanziamenti accademici. Ma anche in questo caso lo studio dei farmaci in gravidanza può presentare ostacoli normativi imprevisti. La scelta clinica delle dosi e della somministrazione dei farmaci si basa soprattutto sull'esperienza degli operatori piuttosto che sui dati disponibili. Anche quando si dispone di dati farmacologici validi, ad esempio nella riduzione dell'intervallo di tempo tra le dosi con i β -bloccanti in gravidanza e le dosi più alte necessarie di cefazolina per ottenere un'efficacia antimicrobica, questi dati non sono stati inseriti nelle linee guida.

Poiché i β -bloccanti servono soprattutto per il trattamento dell'ipertensione indotta dalla gravidanza e della preeclampsia i pazienti possono essere trattati in modo inadeguato e le loro malattie può essere ritenute intrattabili mentre in realtà essi sono solo trattati con dosi inferiori a quelle necessarie. Analogamente il sotto dosaggio di routine della cefazolina può contribuire alla frequente comparsa d'infezioni nel periparto.

Tutti i farmaci comunemente usati in gravidanza devono essere sottoposti a un rigoroso studio di farmacocinetica. Quando i farmaci non sono stati studiati in modo adeguato non è disponibile un supporto clinico per stabilire se i vantaggi superano i rischi. Quando i medici decidono di somministrare farmaci non studiati adeguatamente in gravidanza, alla paziente devono essere fornite numerose informazioni per ottenere il consenso informato, devono essere registrate le caratteristiche della paziente, le dosi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci, misurati i livelli plasmatici dei farmaci, e pubblicata l'esperienza come "case report". Alcuni di questi "case report" possono rappresentare la base per almeno uno sforzo iniziale per caratterizzare la farmacocinetica di questi farmaci non studiati. Questi dati dovrebbero essere inseriti in registri clinici nuovi o esistenti. Con linee guida con dosaggi più adeguati alle donne in gravidanza i medici potrebbero migliorare l'efficacia del trattamento e limitare il sottodosaggio e il sovradosaggio con gli effetti secondari associati.

Test d'apprendimento

Test d'apprendimento	
Quesiti	
1. I picchi del livello plasmatico del metoprololo durante la gravidanza sono:	a. aumentati; <u>b. diminuiti</u> ; c. non sono modificati;
2. La concentrazione delle proteine plasmatiche in gravidanza è:	a. invariata; <u>b. diminuita</u> ; c. aumentata;
3. la concentrazione plasmatica della caffeina dopo una dose comune (ad esempio una tazza di caffè) durante il terzo trimestre rispetto a una donna non gravida è:	a. dimezzata; b. appena ridotta; <u>c. doppia</u>
4. la concentrazione fetale di lidocaina somministrata alla madre in condizione di acidosi fetale può:	<u>a. aumentare</u> ; b. ridursi; c. restare invariata;
5. la concertazione di remifentanil nel feto rispetto a quella materna è:	a. aumentata; b. molto simile; <u>c. ridotta</u>
6. Secondo la classificazione dell'FDA i farmaci in gravidanza appartenenti alla categoria C	a. si possono utilizzare tranquillamente in quanto studi ben controllati hanno evidenziato l'assenza di rischi per il feto nel primo trimestre di gravidanza; b. farmaci assolutamente controindicati in gravidanza per il rischio di gravi danni al feto; <u>c. farmaci che hanno evidenziato effetti dannosi sul feto negli studi animali, ma sull'uomo non sono disponibili studi;</u>
7. La clearance renale dei farmaci in gravidanza è:	<u>a. aumentata</u> ; b. invariata; c. diminuita;
8. Il metabolismo della caffeina durante la gravidanza è:	a. aumentato; <u>b. diminuito</u> ; c. resta invariato
9. L'antitrombina III in gravidanza è:	a. aumentata; <u>b. diminuita</u> ; c. resta immutata
10. La warfarina in gravidanza è:	a. sempre controindicata; b. non è controindicata; <u>c. è controindicata nel primo trimestre di gravidanza</u>

Le risposte corrette sono sottolineate

L'Inps chiarisce le modalità di fruizione dei permessi della Legge 104

Facendo seguito alle richieste di chiarimenti in merito alla modalità di fruizione dei permessi di cui all'articolo 33 della legge n. 104/92 e del congedo straordinario di cui all'articolo 42, comma 5, del D.lgs n. 151/2001 l'Inps ha provveduto, con il messaggio n. 3114 del 7 agosto scorso, a meglio specificare il loro utilizzo.

I tre giorni di congedo mensili, a disposizione dei lavoratori che prestano assistenza a familiari disabili possono essere fruiti anche di domenica e di notte, se rientranti in turni di lavoro.

Inoltre, se il turno è notturno e la prestazione si svolge a cavallo di due giorni, il permesso è comunque considerato per un giorno solo.

Per "lavoro a turni" si intende ogni forma di organizzazione dell'orario di lavoro, diversa dal normale "lavoro giornaliero", in cui l'orario operativo dell'azienda può andare a coprire l'intero arco delle 24 ore e la totalità dei giorni settimanali. Tale modalità organizzativa, pertanto, può comprendere anche il lavoro notturno e il lavoro prestato durante le giornate festive, compresa la domenica. Al riguardo, si evidenzia che l'articolo 33, comma 3, della legge n. 104/1992 prevede la fruizione dei permessi mensili retribuiti "a giornata", indipendentemente, cioè, dall'articolazione della prestazione lavorativa nell'arco delle 24 ore o della settimana e dal numero di ore che il dipendente avrebbe dovuto concretamente effettuare nel giorno di interesse. Ne deriva che il beneficio in argomento può essere fruito anche in corrispondenza di un turno di lavoro da effettuare nella giornata di domenica. Lo stesso principio si applica anche al lavoro notturno.

Si precisa infatti che, sebbene il lavoro notturno si svolga a cavallo di due giorni solari, la prestazione resta riferita ad un unico turno di lavoro in cui si articola l'organizzazione. Ne consegue che il permesso fruito in corrispondenza dell'intero turno di lavoro va considerato pari ad un solo giorno di permesso anche nel caso in cui si articoli a cavallo di due giorni solari. In secondo luogo, poi,

l'Inps affronta il problema della fruizione dei permessi nell'ambito dei rapporti di lavoro a tempo parziale.

In tal caso, i permessi vanno riproporzionati in ragione dell'orario di lavoro svolto dal lavoratore (che è ridotto rispetto a quello normale, proprio perché si è in presenza di un part-time). Semplice è il caso del part-time orizzontale, perché in tal caso i permessi spettano con riferimento agli effettivi giorni (ridotti) di lavoro. Invece è più articolato il caso del part-time di tipo verticale o quello del part-time di tipo misto, per i quali l'Inps fornisce la formula di calcolo ai fini del riproporzionamento dei tre giorni di permesso mensili, quando l'attività lavorativa è limitata ad alcuni giorni del mese. Ricordiamo che i permessi spettano a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno (cioè per tutte le 24 ore del giorno) presso strutture ospedaliere o simili (pubbliche o private) che assicurino assistenza sanitaria continuativa. Tuttavia, i permessi vanno comunque concessi in caso di ricovero a tempo pieno del minore disabile, se i sanitari certificano il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, e del disabile in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine.

Si ricorda, inoltre, che i familiari aventi diritto ai permessi mensili possono scegliere, laddove sia possibile (cioè disponibile), la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e non possono essere trasferiti senza il loro consenso ad altra sede. I benefici vanno comunque riconosciuti anche ai lavoratori che, pur risiedendo o lavorando in luoghi distanti da quello in cui risiede di fatto la persona disabile grave, offrono alla stessa un'assistenza sistematica ed adeguata. Il dipendente che beneficia dei permessi mensili per assistere un disabile grave residente in un comune distante più di 150 km rispetto alla propria residenza, deve attestare con idonea documentazione (per esempio esibendo al datore di lavoro il titolo di viaggio) il raggiungimento del luogo di residenza



dell'assistito.

Come già evidenziato dall'Inps con la circolare n. 53 del 2008, è possibile cumulare nello stesso mese, purché in giornate diverse, i periodi di congedo straordinario ex art. 42, comma 5, del D.lgs n. 151/2001 con i permessi ex art. 33 della legge n. 104/92 ed ex art. 33, comma 1, del D.lgs. n. 151/2001 (3 giorni di permesso mensili, prolungamento del congedo parentale e ore di riposo alternative al prolungamento del congedo parentale). L'Istituto precisa, al riguardo, che i periodi di congedo straordinario possono essere cumulati con i permessi previsti dall'articolo 33 della legge n. 104/92 senza necessità di ripresa dell'attività lavorativa tra la fruizione delle due tipologie di benefici.

Questo può accadere anche a capienza di mesi interi e indipendentemente dalla durata del congedo straordinario. La fruizione dei benefici dei tre giorni di permesso mensili, del prolungamento del congedo parentale e delle ore di riposo alternative al prolungamento del congedo parentale stesso deve, invece, intendersi alternativa e non cumulativa nell'arco del mese.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 1 Settembre 2018

CONVENZIONE ANTICIPO LIQUIDAZIONE

Come fare la domanda di quantificazione del trattamento di fine servizio ai fini della cessione



A seguito delle numerose segnalazioni della difficoltà a produrre la documentazione necessaria per ottenere il prestito, l'Istituto bancario, da noi contattato, si è dichiarato disponibile ad erogare il prestito anche senza il decreto ufficiale di liquidazione, che presso alcune sedi INPS perviene a domicilio anche dopo mesi, ma più semplicemente sulla base di una certifi-

cazione INPS ottenibile on-line. Spesso infatti le Amministrazioni non si rendono disponibili ad estrarre i dati, mentre le sedi INPS non svolgono di norma questo servizio.

E' NECESSARIO ACQUISIRE IL PIN DISPOSITIVO registrandosi sul sito www.inps.it o recandosi presso le sedi INPS.

Ottenuto il pin dispositivo, è possibile effettuare on line la domanda di quantificazione del trattamento di fine servizio ai fini della cessione.

È il sistema più rapido per ottenere la certificazione che in alcune sedi perviene dopo pochi giorni in altre purtroppo dopo settimane o qualche mese.

Di seguito il messaggio INPS: Direzione Centrale Pensioni-Msg n.2079 del 10 maggio 2016

Oggetto: Domanda di quantificazione del trattamento di fine servizio ai fini della cessione

Facendo seguito alla circolare n. 70 del 30 aprile 2013, riguardante le "Nuove modalità di presentazione delle istanze per la liquidazione dell'assicurazione sociale vita, per la quantificazione del TFS e del TFR ai fini della cessione e per la dichiarazione dei beneficiari/eredi per la liquidazione del TFR", nonché alla circolare ex Inpdap n. 12 del 28 giugno 2011 sulle "Modifiche apportate all'art. 1 del DPR 5 gennaio 1950, n. 180, sulla cessione dell'indennità di buonuscita e dell'indennità premio di servizio dall'art. 2, comma 49, del decreto legge 29 dicembre 2010, n. 225, aggiunto dalla legge di conversione 26 febbraio 2011, n. 10" si chiarisce quanto segue.

Le istanze riguardanti la quantificazione del trattamento di fine servizio (TFS) devono essere trasmesse esclusivamente per via telematica, attraverso uno dei seguenti canali:

- WEB - servizi telematici accessibili direttamente dal cittadino tramite PIN attraverso il portale dell'Istituto;
- Contact center integrato;
- Patronati - attraverso i servizi telematici forniti dagli stessi.

Poiché l'invio della domanda di quantificazione fatta attraverso uno dei tre strumenti sopra elencati avviene previa identificazione dell'utente interessato, che deve essere il beneficiario del TFS o di quota di esso, non è necessaria l'autenticazione della sottoscrizione del contratto di cessione; diversamente, tale autenticazione si rivela obbligatoria nel caso in cui il contratto di cessione venga notificato alla sede Inps competente per territorio senza essere stato preceduto da una istanza di quantificazione.

Si chiarisce, altresì, che possono essere cessionari del TFS le banche e gli intermediari finanziari già accreditati presso questo istituto, ma anche soggetti non accreditati, nonché le persone giuridiche e le persone fisiche.

Si precisa, inoltre, che la notifica del contratto di cessione può avvenire anche attraverso la posta elettronica certificata della sede competente per territorio.

IL PUNTO SINDACALE

Sede di lavoro: cosa prevede il CCNL

La necessità di stabilire una sede di lavoro in occasione dell'assunzione è sancita dall'articolo 13 CCNL 8.6.2000 I biennio economico, articolo 10 CCNL 3.11.2005, articolo 24 CCNL 3.11.2005 che al comma 4, elenca cosa indicare nel contratto individuale e prevede al punto h) **la sede di destinazione**.

La questione non è di poco conto e meritevole di attenzione all'atto della stipula del contratto individuale in quanto prevede dove si dovrà svolgere l'attività professionale e consente di valutare dove sia opportuno trovare domicilio al fine di poter raggiungere in tempi opportuni la sede di lavoro in caso di chiamata in pronta disponibilità e di poter essere presenti al lavoro con un congruo tempo di percorrenza tale da non compromettere il giusto periodo di riposo notturno.

Da tempo alcune Aziende propongono sedi di destinazioni estese pari alla estensione geografica dell'intera Azienda o della Struttura Complessa. La problematica è sorta in occasione della costruzione di Aziende non più limitate ad un singolo ospedale e molto estese dal punto di vista geografico o in occasione di Strutture Complesse che riguardano più ospedali distanti anche molti chilometri.

Situazioni di tal genere appaiono in contrasto con il CCNL che, al contrario, affronta la variazione della sede di lavoro con l'articolo riguardante la mobilità d'urgenza.

La mobilità d'urgenza è normata dal comma 4 dell'Art. 20 CCNL 8.6.2000 I biennio economico e art. 41 CCNL 10.2.2004 che recita:

4. La mobilità di urgenza, ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo disposta per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo consenso del dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata. La mobilità di urgenza - ove possibile - è effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito.

Nel comma in questione il soggetto dei vari verbi è "La mobilità di urgenza" che "ha carattere provvisorio" e "non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare". E' di tutta evidenza, quindi che il limite massimo di un mese nell'anno solare debba riferirsi alla durata della mobilità di urgenza e non alla mobilità di ciascun collega.

La necessità di un "carattere provvisorio" e la limi-

tazione "per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza" sottolineano ulteriormente l'impossibilità che la mobilità si protragga per lunghi periodi.

L'interpretazione che consente una rotazione senza fine è palesemente contraria a quanto stabilisce il contratto di lavoro. E' da sottolineare, quindi, che non possono esistere nei contratti di assunzione sedi di lavoro su territori molto vasti e su diversi ospedali in quanto, se questo fosse consentito, non avrebbe senso aver previsto la norma sulla mobilità d'urgenza in quanto ciascuno potrebbe essere spostato senza regole.

Resta, in sintesi, **un escamotage formale che viene reso illecito dalla stessa esistenza della norma sulla mobilità d'urgenza**.

Un'altra norma consente il trasferimento della sede di lavoro è la Legge n. 114 2014 che all'art. 4 recita:

2. Nell'ambito dei rapporti di lavoro di cui all'art. 2, comma 2, i dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione o, previo accordo tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti.

I criteri di valutazione delle caratteristiche dei vari soggetti interessati andrebbero stabiliti localmente con le OO.SS. e devono riguardare la situazione sociale dei colleghi (residenza, figli in tenera età, patologie in famiglia, ecc.), caratteristiche che evidenziano le difficoltà che subirebbero i colleghi in questione in caso di trasferimento. Sarebbero poi da valutare i carichi di lavoro al fine di dimostrare matematicamente l'esistenza dell'esuberanza vs carenza nelle due sedi interessate.

La norma appena citata, comunque, riguarda un trasferimento definitivo e non può essere utilizzata per aggirare la norma della mobilità d'urgenza per brevi periodi.

Un ultimo aspetto sottolinea ulteriormente la necessità di una sede in un singolo comune e cioè la necessità di stabilire in quale sede vada festeggiato il Santo Patrono, norma sancita dall'Art. 21 CCNL 5.12.1996 I biennio economico che al comma 4 recita:

5. La ricorrenza del Santo Patrono della località in cui il dirigente presta servizio è considerata giorno festivo purché ricadente in giorno lavorativo.

Un argomento, in sintesi, meritevole di attenzione sin dall'assunzione anche con la collaborazione dei rappresentanti aziendali.

Arturo Citino
Coordinatore Formazione Sindacale AAROI-EMAC



Aggressioni Medici, basta con la “Malaciviltà”

La ferma condanna dell'Associazione

questi diritti sono oggi messi a dura prova anche da atti quotidiani di violenza gratuita”.

Sull'episodio e in generale sulla diffusione delle aggressioni nei confronti del personale sanitario è intervenuto il Presidente AAROI-EMAC Calabria, Domenico Minniti, con una lettera ai media.

“A Crotone l'ennesimo episodio di violenza, grave, a carico di operatori sanitari. E sono le regioni del sud, Campania, Sicilia e Calabria, quelle costantemente colpite.

Regioni in cui, piano di rientro da una parte e sacche di sottocultura ed inciviltà dall'altra, costituiscono un mix esplosivo che sistematicamente e con sempre maggior frequenza deflagra su medici ed infermieri. Fenomeno che interessa prevalentemente i professionisti che lavorano nell'Emergenza Territoriale, nei Pronto Soccorso e nelle Unità Operative di Terapia Intensiva ed Anestesia.

Operatori che esercitano in condizioni psicologiche ed ambientali attualmente tra le più ostili possibili in sanità.

Certo non dimentichiamo anche i casi delle Colleghe aggredite nei presidi di guardia medica, lasciate sole, alla mercè del primo animale che passa.

Ma la pericolosa deriva di queste ultime settimane che, com'è facilmente immaginabile, potrebbe estendersi per emulazione su tutto il territorio nazionale, non può non portare il Governo a cercare e trovare una

soluzione rapida, possibilmente definitiva, del problema.

Problema che non dev'essere in alcun modo sottovalutato.

Il grido d'allarme parte da una regione in cui il tributo pagato in termini di Professionisti uccisi nell'esercizio delle loro funzioni è pesantissimo.

Grido che mi auguro giunga forte al Presidente del Consiglio ed in particolare ai Ministri degli Interni e della Salute.

La Calabria ricorda e piange infatti stimati medici quali Gino Marino, Nicola Pandolfo e Costanzo Catuogno.

Pur comprendendo il dolore o lo stato di prostrazione di chi perde una persona cara, i gesti violenti a carico delle persone o della cosa pubblica non sono più ammissibili.

Nessuna attenuante o scusa potrà o dovrà essere adottata per giustificare un crimine o un'azione comunque violenta nei confronti di coloro che si spendono quotidianamente, giorno e notte, domeniche e festivi comandati, per la tutela della salute pubblica, investendo parte del proprio tempo libero per essere sempre aggiornato, lavorando tra mille difficoltà, carenze strutturali e funzionali incluse e delle quali non sono certamente responsabili. Al Dottor Franco Bossio, ultima vittima, in ordine di tempo, di un gesto violento ed esecrabile, Medico Anestesista Rianimatore stimato per competenze e capacità, ma anche e soprattutto per le qualità umane, esprimo l'affetto, la massima solidarietà dei Medici Anestesisti Rianimatori calabresi e l'invito a non farsi

condizionare dall'accaduto, proseguendo con immutata passione, l'esercizio della professione a favore della Calabria civile.

Il medesimo sentimento e lo stesso invito sono rivolti al Personale Infermieristico in turno che ha condiviso con il Collega la violenta esperienza.

Ai Ministri Salvini e Grillo, ognuno per le proprie competenze, la richiama, pressante, di tutelare l'operato di tutti i Professionisti della Sanità ed in particolare di coloro che, in prima linea, sono necessariamente da considerare obiettivi sensibili di soggetti non degni di essere ritenuti civili.

Che sia trovato il modo per prevenire, a partire da subito, il ripetersi di fatti a carico di quello che dev'essere considerato a tutti gli effetti - il personale che opera per la tutela della salute - un patrimonio della collettività.

Patrimonio sempre più demotivato da condizioni di lavoro sempre meno gratificanti che, se non incentivato moralmente e protetto fisicamente, corriamo il rischio di veder dilapidato nel volgere di qualche anno.

Cosa che in un settore nevralgico come quello dell'Emergenza/Urgenza, un Paese di media civiltà, non può certamente permettersi.

Ci auguriamo dunque sia finito il tempo delle parole, cominci quello della concretezza e soprattutto che ci venga restituita l'opportunità di concentrarci con serenità su ciò cui siamo legati da un giuramento intriso di etica e deontologia: l'aiuto del prossimo”.

L'ennesima aggressione a danno del personale sanitario ha coinvolto lo scorso Agosto un Collega Anestesista Rianimatore dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Crotone. Un episodio di incredibile violenza che ha suscitato l'immediata reazione dell'AAROI-EMAC nazionale e regionale.

“Non c'è ormai un solo giorno senza che arrivino simili notizie. Azioni violente a danno del personale sanitario che non hanno alcuna giustificazione e che condanniamo fermamente. Il dolore - sebbene straziante per la perdita di un congiunto - non autorizza in alcun modo il ricorso alla violenza nei confronti di chi, con umana professionalità, è costretto a dare una terribile comunicazione e che non ha fatto altro che svolgere il proprio lavoro - ha affermato il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo - in una nota stampa diffusa per esprimere la solidarietà e la vicinanza dell'Associazione, auspicando che simili azioni siano condannate nelle sedi opportune. “Come Medici - ha aggiunto Vergallo - rivendichiamo il diritto a lavorare con serenità per garantire - a nostra volta - il diritto alla cura. Entrambi

AAROI-EMAC Emilia Romagna

La malasanità non si combatte con le denunce!

L'intervento Intersindacale contro una pubblicità lesiva e ingannevole

In seguito alla pubblicazione su una testata bolognese di un'inserzione pubblicitaria che esortava a denunciare casi di malasanità, l'Intersindacale Emilia Romagna ha scritto alla Redazione ottenendo una replica. Di seguito il testo della lettera e nell'immagine l'articolo pubblicato.

“Gentile Redazione, nei giorni scorsi è stata più volte pubblicata sulle vostre pagine un'inserzione pubblicitaria che esortava a denunciare casi di malasanità per combatterla e per farsi risarcire utilizzando, tra l'altro, un'immagine ambigua - francamente non si comprende che cosa volesse richiamare - e, sullo sfondo, un vecchissimo articolo di un giornale (a quanto ci risulta risale a oltre un decennio fa). Il risultato è un messaggio senza dubbio di impatto, ma che riteniamo lesivo nei confronti del personale sanitario e indirettamente anche dei cittadini e invitiamo gli ordini professionali coinvolti ad attivarsi in difesa della professione.

Ci rivolgiamo a voi ovviamente non per criticare la testata, ma perché, scegliendo di pubblicare anche solo uno stralcio di questa lettera, ci sarà data la possibilità di raggiungere gli stessi lettori che sono stati raggiunti da quella pubblicità.

La frase presente in quello spazio “MALASANITÀ - DENUNCIANDO LA COMBATTI” rappresenta - a nostro avviso - un messaggio fuorviante per istigare alla denuncia. Istigazione che sarebbe opportuno evitare considerando che proprio le facili denunce incrementano in maniera esponenziale il contenzioso medico-paziente e la medicina difensiva con un danno reale per le casse del nostro SSN, patrimonio di tutti i cittadini anche di chi con denunce spesso basate sul nulla atti-

vano percorsi legali che non portano da nessuna parte. Sappiamo bene, infatti, e lo sanno senza dubbio anche i fautori di simili messaggi, che la maggior parte delle cause di presunta malasanità si conclude con un nulla di fatto.

Simili messaggi pubblicitari offendono intere categorie di lavoratori della sanità suscitando anche molta rabbia se si pensa a quanti quotidianamente operano con correttezza e impegno, nonostante le pressioni subite tutti i giorni a causa di un sistema in crisi per mancanza di personale e di materiali, oltre ai mancati riconoscimenti anche economici.

Riteniamo, inoltre, che un simile messaggio sia ancora più grave se si considerano le ormai troppo frequenti e ingiustificate aggressioni nei confronti del personale sanitario di cui sono piene le cronache quotidiane di tutta Italia. Atti di vera e propria violenza che vengono perpetrati nei confronti di medici e infermieri, ormai capri espiatori di disservizi non certo imputabili al personale sanitario che lavora con dedizione e sacrificio, spesso ben oltre quanto dovrebbe.

Sebbene amareggiati, siamo comunque certi che la maggior parte dei cittadini della nostra Regione concordi con le nostre considerazioni e sia perfettamente in grado - qualora si trovasse di fronte a un caso vero di malasanità - di far valere i propri diritti senza bisogno di simili violenze pubblicitarie. La malasanità non si combatte certo con le denunce”.

AAROI-EMAC Emilia-Romagna, ANAAO ASSOMED, ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI, CGIL MEDICI, CIMO, CIPE, CISL Medici, FASSID, FESMED, FIMP Emilia-Romagna



AAROI-EMAC Sicilia

In caso di violenza denunciare sempre

“Il dilagare delle aggressioni al personale sanitario, sebbene non sia un fenomeno limitato ad oggi, in questo periodo sta toccando livelli impensabili e insostenibili. Oltre ai casi che arrivano ai media ce ne sono tanti altri del tutto misconosciuti che passano sotto totale silenzio. È per questo che come Associazione riteniamo fondamentale denunciare sempre le aggressioni, anche soltanto verbali. Niente può giustificare la violenza nei confronti del personale sanitario che con sacrificio e abnegazione porta avanti il proprio lavoro esercitando un servizio sancito dalla Costituzione”. Con queste parole il Dr Emanuele Scarpuzza, Presidente AAROI-EMAC Sicilia, ha commentato la Sentenza del Tribunale di Marsala a favore di una Iscritta all'Associazione, Anestesista Rianimatore del Presidio Ospedaliero di Marsala, aggredita verbalmente e fisicamente il 10 Agosto 2015, dopo aver comunicato ai parenti la morte del proprio congiunto.

“Sono passati tre anni e, come sappiamo, la situazione è ulteriormente peggiorata - spiega il Presidente AAROI-EMAC Sicilia -. Per questo motivo, come abbiamo fatto allora, anche oggi esortiamo i nostri Iscritti a segnalare qualsiasi episodio di violenza così come fatto dalla Collega che presentò la denuncia-querela proprio su sollecitazione e con l'assistenza dell'Associazione, costituendosi parte civile, non soltanto per essere stata aggredita fisicamente ed offesa sotto il profilo personale, ma soprattutto per il danno professionale e di immagine”.

La Dottoressa, oltre all'aggressione, aveva subito una denuncia per omicidio colposo. Procedimento archiviato con ordinanza del Giudice per le Indagini Preliminari presso il Tribunale di Marsala del 23 maggio 2016. Al contrario, il processo a carico dell'aggressore si è concluso pochi giorni fa con la condanna ad una multa ed al risarcimento dei danni cagionati, in totale accoglimento delle richieste formulate dal Pubblico Ministero e dall'Avv. Marco Martorana, difensore della Parte Civile.

“Occorre mettere in campo tutte le forze per arginare e risolvere il gravissimo fenomeno delle aggressioni contro il personale sanitario - conclude Scarpuzza -. Siamo convinti che sia necessario agire sugli utenti con un programma di sensibilizzazione e di recupero del rapporto medico-paziente, ma è altrettanto importante che anche il più piccolo episodio di violenza venga segnalato e correttamente condannato. Ben venga, quindi, la proposta di rendere i Medici in servizio pubblici ufficiali in modo che i procedimenti in caso di aggressione partano d'ufficio”.

AAROI-EMAC Lazio

SYMPOSIUM ON: Safety and Quality in and around Operating Room

Il 24 Novembre a Roma la Giornata dedicata all'Anestesia



Giornate A.A.R.O.I. EMAC
Centro Congressuale Pontificia Università Urbaniana
Via Urbano VIII, 16 (attiguo Ospedale Bambino Gesù)
Via del Gianicolo, 15 Roma

28^a edizione
2018

Roma **24 NOVEMBRE**

GIORNATA DEDICATA ALL'ANESTESIA
SYMPOSIUM ON: SAFETY AND QUALITY IN AND AROUND THE OPERATING ROOM

CHAIRMAN:
P. BARACH, Q. PIACEVOLI, M. ROSSI, A. VERGALLO

Un evento internazionale con Relatori provenienti da Stati Uniti, Francia, Olanda, Spagna oltre che da diverse parti d'Italia. È il "SYMPOSIUM ON: Safety and Quality in and around operating room" che si terrà a Roma il 24 Novembre presso il Centro Congressuale Pontificia Università Urbaniana.

L'appuntamento rappresenta una delle due Giornate AAROI-EMAC giunte alla 28esima edizione ed organizzate ogni anno dalla Sezione Regionale del Lazio.

«Il Simposio - spiega il Prof Quirino Piacevoli, Presidente AAROI-EMAC Lazio - è un'importante ed imperdibile occasione formativa per i Colleghi Anestesisti Rianimatori che avranno l'opportunità di ascoltare gli interventi di relatori nazionali ed internazionali su temi riguardanti la nostra disciplina, in particolare l'ambito anestesilogico.

Nel corso dell'evento saranno presentate anche importanti novità attualmente in fase di sperimentazione di cui si parlerà in anteprima. Tra queste il Prof Resnati, cattedra di Chimica del Politecnico di Milano, parlerà di una ricerca complessa nel campo della "Determinazione di impurezze e prodotti di degradazione negli alogenati" effettuata con la nostra collaborazione.

Il Prof Paul Barach in qualità di Physician-Scientist, Critical Care, Anesthesia, Quality and Safety outcomes research, Healthcare Executive, Educator, Patient Advocate, Consultant, Father ci parlerà degli aspetti più complessi della nostra attività. Il suo inter-

vento al Congresso Mondiale di Anestesia endovenosa a Kuala Lumpur, da me organizzato, ha visto in sala la presenza di oltre 1200 Anestesisti Rianimatori provenienti da ottantasei paesi.

Per l'Agenas sarà presente il Dr Alessandro Gbirardini, che da sempre si è occupato di sicurezza e qualità al Ministero della Salute e con cui ho avuto il piacere di collaborare nel redigere le raccomandazioni sugli eventi sentinella.

Famosa la ricerca effettuata dal Prof. P.M. Mertes sul problema della Anaphylaxis during anesthesia in France: An 8-year national survey, che ci introdurrà in un nuovo problema da affrontare, grazie alle nuove tecnologie. Insomma tanti argomenti nuovi che sicuramente vi interesseranno e che rappresenteranno la sfida che si porrà a tutti noi già adesso. Infatti il futuro è adesso.

Vi aspetto tutti cari Colleghi - conclude Piacevoli - nella bellissima cornice della Città del Vaticano con la presenza del nostro Presidente Nazionale, Dr Alessandro Vergallo che molto si sta adoperando per ridare dignità e certezze al nostro ruolo".

Per iscrizioni e informazioni consultare il sito AAROI-EMAC Lazio al link:

<https://lazio.aaroiemac.it/>

Il Simposio è gratuito per gli Iscritti all'AAROI-EMAC

Giornate A.A.R.O.I. EMAC	
COMITATO A.A.R.O.I. - EMAC SYMPOSIUM ON: SAFETY AND QUALITY IN AND AROUND THE OPERATING ROOM World Commission on Quality and Safety - WISA - WHO CEA (Committee for European Education in Anaesthesiology)	
9.09.30	Registrazione dei partecipanti
I SESSIONE:	
Chairman: Q. Piacevoli, A. Vergallo	
9.09.30	A. Vergallo (Italia) Quale ruolo per gli anestesisti (attornati)?
9.09.30	Q. Piacevoli (Italia) Precision Medicine
9.10.00	P. Barach (USA) Training and Assessing the Performance of Surgical Teams
9.10.30	G. Resnati (Italia) Determinazione di impurezze e prodotti di degradazione negli alogenati
9.10.00	C. Barach (Italia)
9.10.30	R. De Rosa (Italia) Chimica centrale: una scienza sul servizio
9.11.00	L. Serroni (Italia) OR and Hospital Design
9.11.30	T. W. L. Schwan (Olanda) The future of Normative Organization Modelling - Beyond Pulse Oximetry: The Issue
9.12.00	A. Cristofari (Italia) Prevenzione della discesa del paziente Linea guida
9.12.30	Break
II SESSIONE:	
Chairman: P. Barach, M. Rossi	
9.15.00	P. Barach (USA) Crisis check list for surgical and hospital emergencies
9.15.30	E. de Winter (Italia) Monitoring respiratory effort and nociception with two EEG-derived indices
9.16.00	M. Rossi (Italia) The use of patient-specific model computing in the clinical practice
9.16.30	P. De Marco (Italia) Perioperative hypotension: is it a problem?
9.17.00	M. Rossi (Italia) Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change
9.17.30	S. Baragona (Italia) Setting the Standard of Hemodynamic Monitoring
9.18.00	D. Corbelli (Italia) Monitoraggio centrale multimodale
9.18.30	Discussion
9.19.00	Verifica con questionario
9.19.30	Conclusioni e chiusura lavori

AAROI-EMAC Sardegna

Asl 7 Carbonia, confermata la condotta antisindacale



A due anni dalla prima Sentenza, non cambia la decisione del Tribunale del Lavoro di Cagliari nei confronti dell'Asl Carbonia, condannata per condotta antisindacale a seguito del ricorso presentato nel 2016 dall'AAROI-EMAC Sardegna.

In seguito al primo pronunciamento del Giudice del Lavoro a favore del Sindacato, l'Azienda Usl 7 aveva presentato immediato ricorso che si è poi risolto - esperito il tentativo di conciliazione - con la rinuncia da parte dell'Azienda ad andare avanti con l'azione giudiziaria.

La Sentenza 996/2018 pubblicata il 5 Luglio 2018 ha definitivamente chiuso la vicenda dichiarando la cessazione del contenzioso tra le parti con la condanna dell'Asl 7 Carbonia alla rifusione delle spese processuali in favore dell'AAROI-EMAC Sardegna.

Gli episodi denunciati dall'Associazione e descritti nel Nuovo Anestesista Rianimatore numero 4/2016 erano stati in particolare tre.

Il primo del Giugno 2015 riguardante la trasformazione del Servizio Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) da struttura semplice distrettuale a struttura semplice a valenza aziendale con la conseguente trasformazione organizzativa in Struttura del Dipartimento Aziendale ospedale territoriale di Carbonia Iglesias, denominata Terapia del Dolore, cure palliative e Hospice. Decisione non preceduta da alcuna informazione e consultazione sindacale.

Il secondo episodio, strettamente correlato al primo, concerneva il conferimento dell'incarico di responsabile della struttura di cui sopra avvenuto omettendo il contenuto e la diffusione del relativo bando.

L'ultimo motivo del ricorso era stato il provvedimento d'istituzione del servizio di pronta disponibilità sostitutiva dei dirigenti medici della struttura complessa di Anestesia e Rianimazione per lo svolgimento di prestazioni non programmabili nella neo struttura di terapia del dolore e l'organizzazione dei turni ordinari per lo svolgimento di prestazioni programmabili nella medesima struttura.

In particolare il documento di ricorso presentato dall'AAROIEMAC Sardegna puntava il dito sulla Determinazione 5648 del 27 novembre 2015 con la quale veniva disposto che gli Anestesisti Rianimatori dovessero assicurare 24 ore di attività diurne programmate e un servizio di reperibilità per le attività non programmate in violazione di quanto previsto dall'articolo 6 del CCNL.

AAROI-EMAC Calabria

Criticità Ospedale di Locri, la battaglia continua

Il documento inviato alle Istituzioni Nazionali e Regionali

Il Presidente AAROI-EMAC Calabria ha inviato a tutte le Istituzioni coinvolte a livello nazionale, regionale e locale un documento sulle gravi criticità dell'Ospedale di Locri. Tale documento si aggiunge alle reiterate segnalazioni fatte nei mesi scorsi e di cui si è parlato anche nel precedente numero del Nuovo Anestesista Rianimatore. Di seguito il testo del documento.

«Si porta a conoscenza delle SS.LL., ad ognuna delle Stesse per le rispettive competenze, che presso il DEA Spoke di cui all'oggetto insistono, a carico dell'UO di Radiologia e con conseguente ripercussione negativa sulle restanti Unità Operative, dal dicembre u.s., criticità assistenziali incompatibili con la tipologia di offerta sanitaria che detto Presidio deve garantire al proprio bacino di utenza. Stante il ridotto numero di Dirigenti Medici Specialisti in Diagnostica per immagini, infatti, con sempre maggior frequenza nelle ore pomeridiane ed in quelle notturne, l'UO di Radiologia non eroga prestazione alcuna. Il problema è gravissimo per un DEA Spoke in cui, secondo il DM 70/2015, "Devono essere presenti o disponibili in rete b. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusio-

nale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello" ed incide in maniera drammatica sulla qualità delle prestazioni erogate in Emergenza/Urgenza comportando notevoli ritardi diagnostici e ponendo a serio rischio la salute dei pazienti. Né riteniamo possa essere considerato, in piena epoca telematica "essere in rete", come recita il citato Decreto Ministeriale l'invio presso altro DEA Spoke, a mezzo navetta, del CD contenente le immagini e l'attesa del rientro - stesso mezzo - del referto, per l'avvio, in pazienti con patologie tempo-dipendenti, di procedure terapeutiche complesse e salva vita.

Oppure il trasferimento degli stessi presso altra struttura per proseguire l'iter diagnostico/terapeutico. Procedura quest'ultima altrettanto rischiosa e con ripercussioni negative in termini di sovraffollamento del DEA ricevente. Queste però sono, in atto, le disposizioni di Servizio a firma del Direttore Medico del Presidio di Locri. Al Presidio DEA Spoke di Locri, sede di Rianimazione con 13 posti letto, elisuperficie su cui staziona

eliambulanza in servizio HEMS dall'alba al tramonto, ambulanze medicalizzate in servizio H24, crocevia di due importanti arterie stradali a scorrimento veloce tristemente note per il numero di incidenti mortali, afferiscono, con grande frequenza, politraumatizzati che necessitano di immediata stabilizzazione. Quest'ultima non può prescindere, nel terzo millennio, dall'utilizzo di tecniche di diagnostica per immagini e dalla consulenza del relativo Specialista. Condizioni, entrambe, che rappresentano il primum movens per un corretto approccio terapeutico e per un efficace esito delle cure, con i conseguenti risparmi in termini di vite umane e di costi sociali. Due precedenti nostre richieste di confronto tecnico al fine di individuare soluzioni condivise, finalizzate alla tutela della salute pubblica ed inviate alla Direzione Generale dell'ASP di Reggio Calabria, sono rimaste inavase. Stante il perdurare della grave criticità, la scrivente O.S. chiede alle SS.LL. di affrontare e risolvere, con cortese urgenza, la problematica. In particolare chiede di verificare se siano realmente stati posti in essere tutti gli strumenti ovvero siano concretamente stati esperiti tutti i tentativi per garantire la necessaria assistenza H24 presso il

AAROI-EMAC
Associazione Anestesisti Rianimatori Dipendisti Italiani
Emergenza Area Critica

Sezione regionale Calabria
Presidente: Dr. Domenico Minniti

Sig. Ministro della Salute
Sig. Ministro dell'Interno
Sig. Governatore Regione Calabria
Sig. Commissario ad Acta Regione Calabria
Sig. Prefetto Ufficio Territoriale del Governo di Reggio Calabria
Sig. Direttore Dipartimento Tutela della salute Regione Calabria
Sig. Delegato alla Salute
Sig. Presidente della Conferenza dei Sindaci della Locride
Sig. Sindaco della Città di Locri
Sig. Direttore Generale ASP RC
Sig. Direttore Sanitario Aziendale ASP RC
Sig. Risk Manager ASP RC

Reggio Calabria, 27 agosto 2018

Prot. N° 23/2018

Oggetto: criticità DEA Spoke di Locri - ASP Reggio Calabria

Si porta a conoscenza delle SS.LL., ad ognuna delle Stesse per le rispettive competenze, che presso il DEA Spoke di cui all'oggetto insistono, a carico dell'UO di Radiologia e con conseguente ripercussione negativa sulle restanti Unità Operative, dal dicembre u.s., criticità assistenziali incompatibili con la tipologia di offerta sanitaria che detto Presidio deve garantire al proprio bacino di utenza.

Presidio DEA Spoke di Locri anticipando che, in assenza di risoluzione rapida, la scrivente O.S. sarà costretta a dare suo malgrado mandato, ai propri legali, di verificare l'eventuale esistenza di profili di responsabilità penale. Il tutto a tutela della salute pubblica, dell'incolumità del personale sanitario e, non ultimo, dell'immagine dell'Azienda presso la quale questi ultimi prestano servizio".

Per dare risalto alla questione il Dr Minniti ha scritto una lettera a Quotidiano Sanità pubblicata anche sul sito AAROI-EMAC al seguente link:
<https://www.aaroiemac.it/website/-n1672.html>

TEG-APP: l'applicazione per la diagnostica rapida della Coagulazione

**Il progetto diventato realtà grazie al Memorial Marco Rambaldi organizzato dall'AAROI-EMAC
 Disponibile gratuitamente sulle piattaforme Android ed Apple**

Un'applicazione per fornire un supporto nella diagnostica della coagulazione in diversi scenari clinici ed un valido aiuto nel suggerire una soluzione mirata e tempestiva nel trattamento delle coagulopatie per accorciare i tempi del laboratorio tradizionale.

È TEG-APP, il progetto che nel 2017 ha vinto il "III Memorial Marco Rambaldi - APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI - AR StartAPP" e che dopo un intenso anno di ricerca e progettazione è finalmente disponibile gratuitamente su App Store (Apple) e su Play Store (Android).

Presentata ufficialmente nel corso del Meeting annuale dell'AAROI-EMAC, SAQURE 2018, TEG-APP è stata sviluppata dal Dr Pasquale Raimondo (Dipartimento di Anestesia e Rianimazione Generale e Cardiochirurgica Pediatrica dell'Ospedale Giovanni XXIII - Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari) e dal Dr Pierpaolo Dambruoso (Dipartimento di Cardio-anestesia e Terapia Intensiva Post-Cardiochirurgica - Ospedale Santa Maria - Bari, GVM Care and Research), grazie al Premio di 5000 euro stanziato dall'AAROI-EMAC Emilia Romagna ed EmiMed s.r.l per il Memorial.

L'App nasce dalla necessità di semplificare lo studio e l'analisi dei dati TEG, fornendo un valido strumento di comprensione, informazione ed aggiornamento sulla coagulazione, argomento da sempre molto ostico.

L'obiettivo dell'applicazione è quello di contribuire alla diffusione della TEG nella diagnostica delle coagulopatie in diversi ambiti clinici e fornire una soluzione mirata e tempestiva nel trattamento delle stesse, accorciando i tempi del laboratorio tradizionale.

L'applicazione è divisa principalmente in tre sezioni:

Introduction con le informazioni sul mondo della coagulazione, della Tromboelastografia (TEG) e del Platelet Mapping. Presenti numerosi tracciati di riferimento per un rapido consulto;

Il TEG Calculator, cuore dell'app, vi si inseriscono i parametri ottenuti dalla TEG e si ottiene un rapido inquadramento dello stato coagulativo del paziente con i più consoni suggerimenti terapeutici in linea con la letteratura internazionale.

La sezione News, un modulo dedicato agli aggiornamenti della letteratura internazionale, con particolare riferimento alla cardio-anestesia/terapia intensiva post-cardiochirurgica.

"Grazie al Memorial Rambaldi siamo riusciti a dare alla luce un importante strumento d'aiuto nella comprensione dei dati TEG e nel trattamento delle Coagulopatie che, ancora oggi, rappresentano un punto cruciale da affrontare tanto nell'attività di urgenza, quanto in quella di elezione - ha affermato il Dr Pasquale Raimondo - TEG-APP si propone così come un valido supporto alla portata di ogni professionista che abbia tra le mani uno smartphone, un modo per svechiare la pratica clinica".

"Crediamo che la realizzazione di una APP sia il miglior modo per ricordare il Collega Marco Rambaldi, scomparso prematuramente da alcuni anni - ha sottolineato il Dr Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia Romagna - il Memorial a lui intitolato è infatti nato su iniziativa dell'AAROI-EMAC Emilia Romagna per promuovere lo sviluppo della tecnologia in ambiti direttamente collegati all'Anestesia e Rianimazio-

ne in omaggio al Dr Rambaldi, Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Agostino Estense di Modena, che ha dedicato la sua attività medica ai giovani Anestesisti Rianimatori e all'innovazione tecnologica in Anestesia e Rianimazione con grande professionalità, passione ed entusiasmo".

TEG APP si può scaricare ai seguenti link:
<https://itunes.apple.com/it/app/teg-app/id1419502163?mt=8>
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mumble.nooko.teg>

Per maggiori info sull'App visita il sito web:
<https://teg-app.weebly.com/>



Intensiva 2.0 premiata per l'umanizzazione Il progetto di ricerca sostenuto dall'AAROI-EMAC vince il premio Nazionale Tiziano Terzani 2018

Intensiva 2.0 è un progetto di ricerca sostenuto anche da AAROI-EMAC e di cui si è parlato anche al Meeting SAQURE 2018, e finalizzato a migliorare la comunicazione fra medici e infermieri di Terapia Intensiva e i familiari dei pazienti critici. La scuola per l'Umanizzazione della Medicina di Bra (CN) ha assegnato a questa Educational Research il Premio Nazionale Tiziano Terzani 2018 (www.premioterzani.it www.scuolaumanizzazione.it).

Per questo vogliamo ringraziare apertamente tutti i medici e gli infermieri che hanno collaborato alla riuscita di questo grande progetto, che al momento vede coinvolte 120 terapie intensive italiane. Crediamo che aver creato un gruppo di centri così rilevante e ben distribuito su tutto il territorio nazionale abbia avuto un'importanza fondamentale per il conseguimento di questo premio che è solo una tappa, verso il coinvolgimento attivo di 300 Terapie Intensive italiane entro il 2020!

Intensiva 2.0 ha come obiettivo principale il miglioramento della correttezza nella comunicazione delle informazioni cliniche ai familiari dei pazienti critici, che in più del 50% dei casi non comprendono adeguatamente ciò che sta accadendo.

Per le difficoltà che stanno attraversando, spesso i familiari hanno sintomi di ansia e depressione, o sviluppano una sindrome da stress post-traumatico. Gli obiettivi secondari dello studio sono infatti il miglioramento del benessere psicologico, sia per i familiari che per gli operatori.

Durante la "fase PRE" del progetto, ogni centro viene invitato a indagare la situazione attuale attraverso alcuni questionari. Al termine della raccolta di 12 interviste ai familiari, vengono introdotti nella pratica clinica dei materiali appositamente costruiti per migliorare la comunicazione: otto poster, cento brochures, una pagina

internet all'interno del sito www.intensiva.it, la possibilità di seguire una FAD per gli operatori e una play-list di musicoterapia creata appositamente per la Rianimazione. Questi materiali vengono offerti gratuitamente ai centri partecipanti allo studio, grazie al patrocinio di AAROI-EMAC, SIAARTI e ANIARTI.

Nella "fase POST" si raccolgono altri 24 questionari, per valutare l'efficacia dei materiali proposti, e così verificare su larga scala i risultati ottenuti nello studio preliminare: *A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study. Intensive Care Med 2017* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27830281>.

Questi interventi generalizzabili sul miglioramento della comunicazione possono aumentare la corretta comprensione e il benessere psicologico dei familiari dei pazienti ricoverati.

Grazie alle dimensioni previste per lo studio Intensiva 2.0, si potranno valutare anche altri outcomes, come l'efficacia nella riduzione di contenzioso medico-legale e nell'aumento di accettazione di richieste di donazione di organi e tessuti, o valutare le caratteristiche di empatia e burnout dei medici e degli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva.

Per partecipare, è sufficiente inviare i propri dati a:

info@intensiva.it
 Per maggiori informazioni, si può consultare il sito internet: <http://dati.intensiva.it/documentazione>

L'obiettivo di questo progetto è instaurare delle buone abitudini comunicative, che rimangano anche oltre la fine dello studio, facendo maturare la sensibilità culturale verso una maggiore umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva, come previsto nell'H.E.R.O.I.C. bundle www.heroicbundle.org

Giovanni Mistraletti
 Ospedale San Paolo, Milano



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

Colloqui medico-parente

Dimessa

- Dottore, sono venuta a chiederle notizie di mia mamma.
- Ma Signora, non lo sa che stamattina sua madre è dimessa?
- Come di messa? E' andata giù in cappella per la messa?
- No, Signora, è in dimissione.
- Di missione?! Se deve andare alla messa, che ci vada, ma che debba fare la missionaria mi sembra eccessivo.
- No, Signora, sua madre è ancora nella sua camera, al letto 10, ma deve essere dimessa.
- Adesso ho capito! Ma vede, Dottore, mia mamma è sempre stata una donna orgogliosa e autoritaria. Comunque stia tranquillo: appena sono da lei, le dirò di essere più dimessa con il personale.
- No, Signora. Intendo dire che sto per scrivere le dimissioni dal reparto.
- E cosa c'entra mia madre con le sue dimissioni? Se lei, Dottore, vuole andarsene, faccia pure. Ma prima mi dica come sta la mia mamma!
- Sua mamma sta benone: ecco perché la dimetto. Invece io mi sento poco bene: perciò non mi dimetto e resto in ospedale ...

Emetico

- Buongiorno, Dottore: come sta oggi la mamma? Vomita ancora?
- No, Signora. Abbiamo trovato l'antiemetico giusto.
- Finalmente! E qual è questo medico giusto?
- No, Signora. Questo antiemetico è un farmaco che va a colpire il centro del vomito.
- Ma il vomito, bisogna proprio colpirlo nel centro?
- No, Signora. Il centro del vomito è una zona particolare del cervello.
- Come?! No, Dottore. Mia madre non è mica matta! Lei vomita per davvero!
- No, Signora. Intendo dire che è un vomito di tipo centrale, non periferico.
- Che strano! Pensare che noi abitiamo in periferia.
- No, Signora. Periferico significa che l'emesi parte dal tratto gastrico.
- Sì, Dottore. Davanti a casa c'è un tratto di lastrico; non so da quanti mesi ... Ma cosa c'entra col vomito della mamma?
- Mi scusi, Signora, ma devo correre in bagno (ho la nausea).

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

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



MOBILITA' DURANTE PERIODO DI PROVA

Domanda: Un dipendente a tempo determinato per 5 anni senza soluzione di continuità, che sia stato stabilizzato, deve sempre e comunque superare il periodo di prova di 6 mesi prima di poter chiedere aspettativa o il rilascio del nulla osta per mobilità presso altra azienda?

Risposta: Nel caso in esame occorre essere sottoposto al periodo di prova e, una volta superato, si ha la possibilità di chiedere il nulla osta per la mobilità presso altra Azienda. Anche durante il periodo di prova si può ottenere aspettativa per un rapporto a tempo determinato o indeterminato.

ORGANIZZAZIONE TURNI NEL PART TIME

Domanda: Al fine di assistere meglio i figli (3 e 8 anni) ho pensato di chiedere il part time verticale con riduzione del 30% e con la richiesta di fare solo mattine nei giorni in cui mi spetterebbe lavorare.

Vorrei sapere se, rispetto all'organizzazione dei turni, ho voce in capitolo o meno.

Risposta: Orario di lavoro del dirigente con impegno ridotto - Art. 3 CCNL 22.2.2001

1. L'orario di lavoro settimanale del dirigente può essere ridotto da un minimo del 30% ad un massimo del 50% della prestazione lavorativa di cui all'art. 16, comma 2 del CCNL 8.6.2000. In ogni caso, la somma delle frazioni di posti ad impegno ridotto non può superare il numero complessivo dei posti di organico a tempo pieno.

2. L'impegno ridotto può essere realizzato:

a) con articolazione della prestazione di servizio ridotta in tutti i giorni lavorativi (equivalente al tempo parziale orizzontale);

b) con articolazione della prestazione su alcuni giorni della settimana, del mese, o di determinati periodi dell'anno (equivalente al tempo parziale verticale), in misura tale da rispettare la media della durata del lavoro settimanale prevista per il tempo parziale nell'arco temporale preso in considerazione (settimana, mese o anno);

c) con combinazione delle due modalità indicate nelle lettere a) e b).

3. In presenza di particolari e motivate esigenze il dirigente può concordare con l'azienda ulteriori modalità di articolazione della prestazione lavorativa che contemperino le reciproche esigenze nell'ambito delle fasce orarie individuate con le procedure di cui all'art. 4, in base alle tipologie del regime orario giornaliero, settimanale, mensile o annuale praticabili presso ciascuna azienda tenuto conto della natura dell'attività istituzionale, degli orari di servizio e di lavoro praticati e della situazione degli organici nelle di-

verse discipline. La modificazione delle tipologie di articolazione della prestazione del comma 2 e di quelle concordate in base al presente comma, richiesta dall'azienda o dal dirigente, avviene con le procedure dell'art. 2, comma 3 del CCNL 22.2.2001.

4. L'accesso al regime di impegno ridotto non può essere richiesto per periodi inferiori ad un anno;

Come si evince da quanto sopra l'articolazione dell'orario va concordato con l'Azienda e non può essere oggetto di imposizione da parte dell'Azienda o del Direttore SC.

COLLOQUI PER MOBILITA' VOLONTARIA

Domanda: E' possibile sottoporre ad un colloquio di tipo professionale nel caso di mobilità volontaria tra due Aziende?

Risposta: In caso di mobilità non essendovi novazione del rapporto di lavoro si transita nella nuova Azienda senza la necessità di una ulteriore valutazione della professionalità con relativo colloquio, dato che è stata già valutata nel concorso a tempo indeterminato sostenuto nell'Azienda di partenza. Si tratta, peraltro, di una procedura di dubbia regolarità.

MODIFICA REGIME DI NON ESCLUSIVITA'

Domanda: Sono in servizio, a tempo determinato presso una Azienda pubblica ed ho vinto un avviso per un incarico con rapporto a tempo indeterminato nella stessa Azienda. Attualmente mi trovo in regime di non esclusività. Nel passaggio al rapporto a tempo indeterminato sono obbligato al regime di esclusività, in quanto si tratta di un nuovo contratto di lavoro, fino alla fine dell'anno? È possibile iniziare il nuovo contratto a tempo indeterminato mantenendo il regime di non esclusività?

Risposta: Avendo iniziato un nuovo rapporto di lavoro occorre richiedere il passaggio al rapporto non esclusivo entro il 30 novembre di ciascun anno per ottenerlo dal 1 gennaio dell'anno successivo.

L'articolo contrattuale è il seguente:
Art. 10 CCNL 3.11.2005

1. A decorrere dal 30 maggio 2004, data di entrata in vigore della legge 26 maggio 2004, n. 138, il rapporto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria può essere esclusivo o non esclusivo. ...omissis...

2. I dirigenti del comma 1, già a rapporto esclusivo, possono optare per il passaggio al rapporto non esclusivo entro il 30 novembre di ciascun anno. Gli effetti del passaggio decorrono dal primo gennaio dell'anno successivo all'opzione e sono regolati dall'art. 12 CCNL 3.11.2005

RECUPERO PER FESTIVI E PRE FESTIVI

Domanda: Nel caso in cui si sia reperibili il sabato dalle 20 alle 8 e di turno di guardia la domenica, si ha diritto al recupero della sola domenica o si può recuperare anche la reperibilità prefestiva (del sabato, n.d.R.)?

Risposta: La domenica inizia alle ore 00.00 e termina alle ore 24.00. Si ha dunque diritto ad una giornata di recupero se si è impegnati in tale arco temporale, e, nel caso di pronta disponibilità, senza riduzione del debito orario settimanale (CCNL 2002/2005, art. 17 comma 6).

Nel caso in cui si sia reperibili il sabato (pronta disponibilità 20-8) e di turno di guardia la domenica, il diritto al recupero vale per la sola domenica (cd festivo lavorato).

Resta comunque il diritto al recupero orario qualora si superi il debito di 38 ore settimanali.

RICHIESTA RIPOSO BIOLOGICO

Domanda: Si può perdere il periodo di riposo biologico di 8 giorni per il personale medico anestesista esposto ai gas anestetici, se non richiesto entro l'anno?

Risposta: Il CCNL in merito al riposo biologico non ne prevede la cancellazione e recita:

Modalità di applicazione di benefici economici previsti da discipline speciali

Art. 39 CCNL 10.2.2004 e articolo 16 comma 2 CCNL 6.5.2010 integrativo

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

Come si evince, il CCNL non prevede la perdita del diritto ma obbliga la fruizione entro l'anno solare di riferimento.

PRONTA DISPONIBILITA'

Domanda: Esiste qualche possibilità (anche con accordo sindacale) di avere un reperibile anestesista diurno infrasettimanale oppure non è contemplata come possibilità organizzativa?

Risposta: La pronta disponibilità può essere effettuata solo nei turni notturni e festivi e tale norma contrattuale non può essere modificata da un accordo sindacale aziendale.

Le norme contrattuali sono le seguenti:

Contrattazione collettiva integrativa

Art. 4 CCNL 3.11.2005, art. 7 CCNL 17.10.2008, art. 3 CCNL 6.5.2010 integrativo

(Art. 4 CCNL 3.11.2005) - 5. I contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con vincoli e limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali e si svolgono sulle materie stabilite nel presente articolo. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate.

(Art. 17 CCNL 3.11.2005) - 3. Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia dell'art. 16 CCNL 3.11.2005 (Servizio di Guardia) ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa. Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa. Il servizio sostitutivo coinvolge a turno individuale, solo i dirigenti dell'art. 14 CCNL 3.11.2005.

MATERNITA' DURANTE TEMPO DETERMINATO

Domanda: Sono una Collega assunta con contratto a tempo determinato in un'Azienda Sanitaria. Sto per andare in congedo per maternità: ho diritto alla conservazione del posto? C'è una norma che regolarizza il rinnovo del contratto a tempo determinato della lavoratrice in gravidanza?

Risposta: Il contratto a tempo determinato, come la stessa denominazione lascia inequivocabilmente intendere, è a termine. In esso devono essere apposte, per legge, la durata e la data di fine rapporto. E' facoltà dell'Azienda, ma non è un suo obbligo, procedere all'eventuale rinnovo. E' invece obbligatorio garantire il trattamento economico per un determinato periodo di tempo, come recita l'art. 54 comma 1 del D. Lgs 151/2001 (testo unico sulla maternità, al quale rimandiamo per completezza di informazioni):

1. Le lavoratrici non possono essere licenziate dall'inizio del periodo di gravidanza fino al termine dei periodi di interdizione dal lavoro previsti dal Capo III, nonché fino al compimento di un anno di età del bambino.

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



ISCRIZIONI

**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**

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