

Giorgio Bardellini

AL DI QUA DEL TELO
PENSIERI SULL'ANESTESIA

INDICE

I Parte

1. Prefazione.
2. Dell'Anestesia
3. Nota esistenziale sull'Anestesista
4. Consapevolezza-Consapevolezze

II Parte

- 5 Riflessione I: bene del paziente
- 6 Digressione I: L'ascolto del paziente
- 7 Riflessione II: Specificità
- 8 Riflessione III: Tempo-Tempi
- 9 Riflessione IV: Decidere
- 10 Riflessione V: Diagnosi Differenziale
- 11 Digressione II: Il punto di vista giuridico sulla scienza.
- 12 Riflessione VI: Produttività
- 13 Riflessione VII: Occorrente.
- 14 Riflessione VIII: Moneta di scambio.
- 15 Riflessione IX: Sicurezza di contesto.
- 16 Riflessione X: Percezione del proprio operato.

III Parte

- 17 Il management: strumento di consapevolezza?
- 18 Digressione III: Logistica
- 19 Conclusione aperta - Commiato. Quali prospettive possibili?

Bibliografia.

I Parte

Sulla tomba del Dr. William Morton, dentista e primo utilizzatore (1846) dell'etere fu scritto questo epitaffio: "Prima di lui la chirurgia era un tormento... dopo di lui il dolore fu sconfitto per sempre..." Nel 1847 il neurologo-poeta-filosofo Oliver Wendell Holmes, riferendosi alla capacità dell'etere dietilico di rendere il paziente insensibile al dolore, coniò il termine "anestesia".
(G. Lazzaro, 2009)

Prefazione

Opinione di molti sociologi, bioeticisti, filosofi, ma anche di noi medici, è che la medicina stia cambiando. Soprattutto sta cambiando la domanda di salute un po' in tutto il mondo economicamente più avanzato. Ciò nonostante, siamo comunque in ritardo rispetto ai bisogni (economicamente sostenibili) della società odierna (D. Callahan - 2005). Secondo il pensiero del Filosofo Kuhn, la medicina si trova in un periodo di "instabilità paradigmatica", ossia in un periodo in cui, come medici, dovremmo riconsiderare la nostra azione, i nostri ruoli e le nostre responsabilità nei confronti sia dei pazienti sia della società (Kuhn T.S., 1978). Benché tale affermazione non sia recentissima, sembra essere più che mai adeguata e degna di attenzione, anche in virtù del fatto che la Filosofia è sempre attuale.

In Italia - da molto tempo, ma ancor più in questi ultimi anni a causa della crisi economica - emergono sempre più due principali tipi di discrepanza in ambito sanitario. Senza entrare nel merito degli aspetti politico-economico-sociologici collegati, la prima di queste - come noto - è la differenza tra Nord e Sud del Paese (ISTAT 2008). L'altra è quella legata alla carenza di un'adeguata rete territoriale di servizi, o quanto meno non sempre efficace nel garantire adeguate risposte alle varie forme di cronicità, vera criticità dell'assistenza sanitaria (non solo italiana!). In questo panorama la realtà ospedaliera è spinta a rinnovarsi per garantire la propria *mission*, la propria funzionalità istituzionale e strutturale dedicata alle malattie acute.

Nel complesso, il Servizio Sanitario Nazionale deve operare nel rispetto delle sfide economico-tecnologiche e del continuo progresso tecnico-scientifico, al fine di rispondere quotidianamente da un lato alla domanda di eccellenza del cittadino, dall'altro all'esigenza di sviluppare rete con la Medicina del Territorio. Nel panorama odierno della medicina ospedaliera, le sfide alla

crescita e al miglioramento culturale ed economico - compatibilmente con la domanda di umanizzazione delle cure - coinvolgono tutte le parti del sistema. In questo contesto proveremo ad occuparci di un piccolo anello di questo sistema: il medico anestesista e il suo ruolo funzionale all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

Molto si è scritto e si continua a scrivere sul lavoro in Terapia Intensiva e sull'esperienza di essere medico rianimatore (G. Bertolini, 2007), anche con testi più vicini allo stile letterario che a quello scientifico (M. Venturino, 2005, 2009, 2010; G. Naretto, 2009 – 2010; A. Zangrillo, 2010). Poco o nulla si trova, di contro, sulle peculiarità del medico anestesista e su cosa comporti il fatto di essere anestesista (S.G. Bardellini, 2011). Certo l'anestesia e la rianimazione, come noto, sono le due facce di un'unica professione. Ma in verità può essere interessante e forse utile provare a parlare di alcune peculiarità tipiche che ne differenziano i vari aspetti tecnici e, alla fine, ne caratterizzano i rispettivi ruoli.

Il presente libricino ha un duplice obiettivo. Da un lato, per i non addetti, di fornire il maggior numero di elementi utili ad affinare la conoscenza del medico anestesista e del suo lavoro. Dall'altro, per gli "addetti", quello di offrire una sorta di omaggio, particolarmente ai più giovani, con una serie di spunti di riflessione a mo' di guida, informale ma vissuta.

Tali obiettivi vengono costruiti passo a passo nel corso della trattazione, da un lato unendo gli aspetti più o meno noti dell'anestesia e del medico anestesista; dall'altro cercando di sfatare luoghi comuni ed opinioni un po' obsolete su questa professione, talora non correttamente (ri)conosciuta nemmeno all'interno della categoria medica; dall'altro ancora cercando di aprire la riflessione su nuove eventuali, possibili, ipotizzabili prospettive di sviluppo dell'identità professionale.

Cardine di questa trattazione è il concetto di *consapevolezza*, attorno al quale si delineano, si sviluppano e ruotano la maggior parte degli argomenti analizzati. Ho approfondito, fra le molteplici peculiarità della professione, quelle che ritengo, a mio avviso, quali le più significative. In un certo senso la sfida è quella di riscattare e attualizzare il ruolo dell'anestesista, normalmente secondario in quanto vincolato all'attività di altri e/o di altro, a ruolo funzionale, strategico e centrale, nell'attività di sala operatoria. Per questo motivo il presente scritto si rivolge anche alle infermiere e infermieri d'anestesia, a strumentiste e strumentisti, al personale di sala e, non da ultimo, a tutti i chirurghi con i quali ho avuto la possibilità di collaborare e di consolidare la mia esperienza professionale ed umana.

Sono grato a tutti i colleghi anziani che mi sono stati di prezioso riferimento, ma sento di dover esprimere un grazie particolare a colui che è stato il mio primo maestro, il prof. Biagio Allaria, appassionato didatta e persona di grande signorilità nei rapporti umani, uomo di profonda cultura medica, cui devo il mio *imprinting* anestesiologicalo-rianimatorio. Nel corso degli anni, naturalmente, ho avuto la fortuna di avere altri maestri veramente importanti per la mia formazione. Alcuni più anestesisti, altri più rianimatori, altri più algologi, altri ancora più palliativisti. Uomini, donne, alcuni molto amici, altri semplicemente colleghi. Da molti di loro ho avuto pillole di saggezza e appreso piccoli segreti e malizie sulla pratica anestesiologicala, imparando talvolta anche a mediare tra differenti modalità di approccio ai problemi. Imparando che talora può essere utile considerare la possibilità di alternativa al consueto, allo standardizzato, al codificato. Il tutto sempre conciliando la conoscenza ed i fondamenti teorici con il “buon senso clinico”, criterio oggi ritenuto da alcuni di secondaria importanza - se non francamente antiquato. Sarei molto cauto, tuttavia, nel considerare il buon senso non sufficientemente degno di considerazione, visto che molti Pensatori – decisamente più autorevoli del sottoscritto (e di alcuni “esperti” d’oggi della nostra materia) - vi hanno attribuito importanza a tutto tondo, ancorché piena dignità scientifica. Durante la trattazione utilizzerò come sinonimo di “esperto” anche l’espressione “soggetto presunto sapere”, mutuata da una definizione del Filosofo Carlo Sini.

Se, per iniziare, prendiamo in considerazione il pensiero di Comte (sostenitore dell’importanza centrale della conoscenza scientifica e padre del Positivismo) riscontriamo subito che il buon senso è in qualche modo collegato alla ragione (A. Comte 1909). Concetto che troviamo meglio approfondito nella revisione storica che Giorgio Cosmacini fa della Medicina attraverso i suoi testi.

“L’attualità del giudizio espresso da Auguste Comte nel 1826, allorquando, introducendo il proprio Course de philosophie positive, sottolineava la necessità di studiare la storia delle scienze in connessione con la storia dell’umanità e della sua organisation sociale...”
(G. Cosmacini, 2005)

Anche il pensiero di Cartesio, per la sua affinità con la Ragione, sposa appieno il principio che identifica l’idea di Buon Senso come un suo sinonimo. Il sapere scientifico e la ragione risulterebbe secondo Cartesio proprio dall’applicazione del buon senso.

“La potenza di ben giudicare e di distinguere il vero dal falso, che è propriamente ciò che si chiama buon senso o ragione, è per natura uguale in tutti gli uomini”
(R. Descartes, 1637)

Pensando alla timidezza con cui oggi viene proposto il buon senso nel mondo di noi esperti, torna alla mente anche la considerazione che Alessandro Manzoni fa nei confronti di coloro che, durante la peste, dubitavano delle unzioni. Egli, infatti, nei Promessi Sposi ricorda ancora che

“il buon senso c’era; ma se ne stava nascosto, per paura del senso comune”
(A. Manzoni, 1841).

... quale attualità di questa espressione, specialmente durante l’epoca della pandemia di Covid!

Provando ora ad ampliare questo discorso al mondo del chirurgo, è singolare notare come il concetto di buon senso si sia evoluto nel tempo. Significativamente il Christopher’s Textbook of Surgery del 1960, autorevole precursore della maggior parte dei trattati chirurgici, al capitolo Valutazione Chirurgica, affermava senza mezzi termini:

“Spesso il più alto prodotto di giudizio di un chirurgo navigato e responsabile è la decisione di non operare.”

Nell’edizione del 1972, tale capitolo scompare e nella versione corrente (2008) sono contenute solo poche raccomandazioni sui pro e contro di un intervento in un paziente con malattia progressiva (Mark D. Neuman, 2010). Certo, dalla prima edizione ad oggi, il miglioramento della tecnica chirurgica (anche grazie ai progressi dell’Anestesiologia e della Rianimazione) ha permesso di ridurre notevolmente i limiti della chirurgia. Ma anche i tempi sono cambiati e, come può testimoniare chi ha vissuto buona parte di questo excursus, oggi è molto più facile stabilire indicazioni che controindicazioni ad un atto chirurgico. Di buon senso se ne parla sempre meno. Si parla più di obiettivi (cfr. Riflessione VII: Produttività).

Non vogliamo entrare nel merito, né tanto meno assumere posizioni polemiche contro (im)probabili atteggiamenti interventistici del chirurgo odierno. Non è scopo di questa trattazione, non lo pensiamo e non è possibile generalizzare. Soprattutto, non è peculiarità unica del chirurgo. Ben venga la chirurgia (e la rianimazione) se non si prescinde dal buon senso, oltre che dalla volontà del malato. Non dobbiamo trascurare il fatto che la futilità delle indicazioni apre sempre la porta dell’accanimento diagnostico-

terapeutico che, oltre ad andare contro il Codice di Deontologia Medica, inizia a trovare riscontri giudiziari in sentenze della Cassazione.

A questo punto sorge spontanea una domanda: *Che cosa è* - o per lo meno, come potremmo intendere noi, in questo contesto - il concetto di *buon senso*? Dove possiamo collocarlo? Probabilmente, più di un *che cosa* è un *come*. La Bioetica ci viene molto in aiuto e oggi l'inquadramento bioetico del caso sta divenendo - più che un orpello occasionale - un complemento clinico obbligatorio (Cattorini 2011).

Possiamo acquisire il buon senso come criterio guida delle decisioni assunte al fine di garantire la miglior qualità della vita per il paziente? Probabilmente. Sicuramente possiamo assimilare il buon senso come frutto di un processo analitico. Come “punto di osservazione” privilegiato che consente una visione d’insieme e, in quanto tale, per dirla con Luigina Mortari, degno di altre prospettive culturali.

“Ogni sguardo di analisi è sempre culturalmente situato; individuare ed esplicitamente rendere operativo un preciso punto di osservazione può far trovare la strada per rendere attuale e vitale ciò che ha preso forma in tempi lontani.”
(L. Mortari – 2009)

E ancora:

“... non si tratta di limitare la ricerca scientifica – anche perché solo la scienza è in grado di correggere se stessa -, ma di valutare costi e benefici, danni e vantaggi.”
(S. Natoli - 2010).

Che la Filosofia possa offrire al medico un contributo interessante non è solo un’opinione personale, di antica ispirazione culturale. Come presupposto da Ivan Cavicchi sulla cura della scienza medica, essa può essere un utile complemento alla formazione tecnica che ognuno di noi ha acquisito dagli studi universitari, anche dell’Anestesiologia.

“la risposta non può che essere: la filosofia. Intendiamoci bene: la filosofia cura la medicina, cioè la scienza, e insieme in modo complementare curano il malato.”
(I. Cavicchi – 2004).

Sull'Anestesia

Come dell'Araba Fenice, tutti parlano senza averla mai vista.

L'Anestesia spesso è un *mito* che riempie di fantasie e di preoccupazioni l'immaginario di molte persone, talora anche molto sicure di sé nel proprio mondo sociale, affettivo e lavorativo. Essa invece è “semplicemente” una pratica medica. Certo, in teoria potenzialmente rischiosa, ma non per questo temibile come spesso si è portati a credere. Tutt'altro, potremmo dire. La sua conoscenza è pertinenza unicamente del medico anestesista, anche se, spesso, ad altri (chirurgo, ecc.) accade di parlarne o dispensare consigli senza averne la specifica competenza. Come pure non è saggio prestare troppo credito a quanto si trova (per lo più a sproposito) sui media quando si occupano di *malpractice*. È fuori dubbio, tuttavia, anche la disinformazione spesso torna utile a qualcuno.

Fortunatamente l'Anestesia “perdona” molti errori - soprattutto in virtù dei progressi della farmacologia, del miglioramento strumentale e del monitoraggio intraoperatorio (B. Allaria, M. Dei Poli, 2011) e del sistema di sorveglianza tipico del lavoro d'équipe (Bardellini, 2011). In realtà è assai raro (se non remoto) che l'atto anestesilogico, se condotto con attenzione, competenza e adeguata scelta di farmaci e strumentazione, comporti seri problemi ad esso espressamente ed unicamente collegati.

Chi, come lo scrivente, ha iniziato in epoca “pre-saturimetria”, rabbrivisce al ricordo del chirurgo che ti segnalava che “*il sangue un po' scuro*” come indicazione di scarsa ossigenazione, salvo poi verificare in seguito con il saturimetro che spesso non vi era alcun problema di ossigenazione.

In realtà l'Anestesia concede molte *chances* anche al più inesperto di un giovane anestesista. Probabilmente è possibile incontrare colleghi un po' caratteriali, anche se con l'esperienza si tende a cambiare. Crescendo, solitamente si cambia e ci si ridimensiona molto. Smitizzare, come si sa, non significa necessariamente banalizzare. La strada dell'anestesista scrupoloso resta ricca di notevoli opportunità culturali ed umane. Il mito è una cosa e la realtà, per quanto complessa, è tutt'altra cosa. Come l'Araba Fenice proveremo a farla rinascere dalle ceneri del pregiudizio e della malinformazione.

Nota esistenziale sull'Anestesista.

Senza enfasi, fare l'anestesista - o meglio, ontologicamente parlando, *essere* anestesista - non è cosa da poco. Essere un anestesista è un po' come essere chi, avendo a che fare con una persona che deve affrontare un percorso difficile, conosce la via migliore per portarla a destinazione in sicurezza. In altre parole, la strada più sicura per superare l'ostacolo di un intervento chirurgico, specialmente se complesso.

Ad un certo punto della nostra esistenza, infatti, chiunque di noi [spazio per gli scongiuri] può trovarsi nell'evenienza di dover superare ostacoli di questo tipo. Per fare ciò - che per taluni può risultare problematico come l'attraversamento a nuoto di un fiume - serve una guida, un nocchiere, un esperto di attraversamenti di percorsi. Questa persona è l'anestesista e, più esperto è, meglio è. Anche un piccolo problema chirurgico, un piccolo intervento, per la persona comune, per chi lo deve subire, può rappresentare fonte di non poca preoccupazione.

"Esperienza è il nome che tutti danno ai propri errori"
(Oscar Wilde).

Questo "traghettaggio" richiede, oltre ad una buona conoscenza delle insidie, molte doti, fra cui alcune vere e proprie virtù (come pazienza, attenzione, sicurezza, equilibrio), saper essere veloci, ma anche saper mantenere la calma, e molto altro ancora. A proposito della pazienza, in particolare, è interessante riportare una riflessione di Salvatore Natoli.

La pazienza non è pigra, non si risolve in un semplice aspettare e sopportare, ma mentre patisce vigila e cerca d'individuare adeguate strategie di riuscita. Chi è paziente agisce, è l'impaziente che reagisce.
(S. Natoli – 2010).

Molto calzante, a mio avviso, con l'*habitus* dell'anestesista, che spesso ha in mano solo una parte del destino del paziente, e deve saper attendere il buon fine dell'altra, in mano al chirurgo. Oltre alle virtù, come vedremo meglio più avanti, occorrono naturalmente anche perfetta conoscenza della materia, padronanza delle manualità tecniche ed abilità nel praticarle (non bastano i capelli grigi o la barba carismatica), reale conoscenza su falsi pregiudizi e l'aver compiuto o visto compiere piccoli o grandi errori. Il buon senso ti può essere trasmesso da altri, ma il "sesto senso", l'intuizione, il libero arbitrio (cfr. par. Digressione II) non te lo insegna nessuno. Arriva con il tempo se si hanno l'umiltà e la sensibilità di cercarlo, e arriva gradatamente.

L'anestesista non è un eroe, è più un generatore di risposte, di soluzioni a problemi clinici ed organizzativi. Se non riesce a prevenire dovrà rimediare e, comunque, deve sempre fornire risposte in tempo reale. Deve saper assumere responsabilità di vario tipo ma, in questo contesto, al di là del significato giuridico insito nel termine "responsabile", mi sta a cuore maggiormente porre l'accento sull'etica della responsabilità.

L'eticità dell'atto è condizionata dal peso e dalla fatica della scelta per la lotta contro il male.

(Enciclopedia Filosofica Bompiani, 2010)

Il male, nel nostro caso, non è un qualcosa di indefinito, di astratto. È tutto ciò che può arrecare danno al paziente, anche in ottemperanza al noto principio etico della non-maleficenza che deve accompagnare le scelte del medico.

Se l'anestesista (come il rianimatore) non ottempera al suo dovere di scegliere e decidere, inevitabilmente sarà egli stesso a creare problemi ad altri: al collega, al primario, al chirurgo, all'infermiera, talora a più persone contemporaneamente e comunque (sempre) all'organizzazione e ovviamente anche al paziente. L'anestesista è sempre chiamato a vedere "oltre" se non vuole restare spiazzato. Anestesisti si diventa, a volte anche attraverso qualche sofferenza ed errori di vario genere. Sia tecnici che di tipo comportamentale e, per questa cosa, chiunque può esserti d'aiuto. Tua moglie, un amico, un collega e il tuo Primario, naturalmente.

Tornando al concetto di Conoscenza - e del Soggetto Presunto Sapere - nel Nuovo Codice Deontologico si dice esplicitamente che al medico non è ammessa ignoranza. Verissimo. In effetti "sui libri c'è tutto" ma in verità non sempre tutti abbiamo presente tutti i libri e, in realtà, certe cose sui libri non sono affatto scritte.

Il concetto di Conoscenza porta con sé, inevitabilmente, il fatto di dover ragionare in termini di Competenza e, a proposito di questa, più che la somma di conoscenze ed esperienza - secondo alcuni teorici dell'Economia applicata in ambito sanitario - è interessante notare come possa essere meglio espressa dalla seguente formula

$$\text{COMPETENZA} = \text{CONOSCENZE} \times \text{ESPERIENZE}$$

(Paolo Rotondi, 2011)

dove il prodotto "matematico" tra le Conoscenze e le Esperienze le correla molto strettamente. Un po' come dire che se si hanno conoscenze massime

ma esperienza zero (e viceversa), dal loro prodotto scaturiscono competenze nulle. Infatti, per un po' di tempo "viaggi" con le tue conoscenze teoriche e l'insegnamento di altri, in seguito migliori con l'esperienza, ma se vuoi continuare ad essere affidabile (anzi, possibilmente ad esserlo sempre maggiormente) è doveroso mantenersi aggiornati con lo studio, i corsi di aggiornamento e oggi con i nuovi strumenti disponibili di formazione avanzata, come la simulazione per la sicurezza del paziente (SimuLearn - Bologna). In ogni caso accrescendo le proprie conoscenze con una modalità aggiuntiva, sincretica, "a spirale logaritmica" (come la conchiglia, che mantiene inalterata la sua forma indipendentemente dalla sua crescita), aggiungendo il nuovo senza cancellare il vecchio, diffidando della logica perentoria dell' *o è bianco o è nero!*

"Acquisisci nuove conoscenze mentre rifletti sulle vecchie, e forse potrai insegnare ad altri".
(Confucio)

Avere un metodo nel lavoro ed essere pragmatico non significa necessariamente essere dogmatico, sempre secondo mio modestissimo parere. Il vecchio, l'acquisito, non è per forza obsoleto, anzi, può soccorrerti in caso di necessità e non solo in campo anestesilogico.

Questa affermazione non va intesa come un banale e nostalgico elogio di ciò che è antiquato. Vuole solo restituirne la dignità culturale che le attiene. Ben venga il nuovo se non è alternativo, se non è fittizio, se non è frutto di moda o di altro ancora. Direi che da respingere al mittente l'appellativo di "resistenza al cambiamento" da chi si spaccia per innovatore. Il cambiamento è ben altro, a mio avviso. È veramente importante essere sempre aperti ad esso, ma è pure importante essere in grado di distinguere le illusioni e i "cambiamenti" fini a sé stessi. Altrimenti (non raramente) di sottostante può esserci altro. Senza contare che il vero cambiamento - più che regolamenti, mutamenti logistico-architettonici organizzativi o procedurali in sé - lo portano le persone. Persone nuove. Aria nuova.

In alcune circostanze, fra le doti umano-professionali all'anestesista di turno può essere richiesta anche forza. Molta forza. Anche forza fisica a volte e forza d'animo per difficoltà talvolta notevoli (ad esempio per ventilare o intubare un paziente inventilabile o difficilmente intubabile). Raro per fortuna, ma di tanta forza - quando accade la sfortuna di dover sperimentare - il paziente non ha solitamente (e fortunatamente) alcuna percezione, e di regola non ne riceve alcun danno. Anche il primario spesso lo viene a sapere a posteriori, a stress finito. Ma gli altri sì. Il chirurgo e la nurse presenti sulla scena, ad esempio. Sono frangenti molto rari, grazie a Dio, ma quando si vivono in prima persona si incidono in modo indelebile sulla tua esperienza

professionale, sulla vita (e anche sulle coronarie), ma sono anche opportunità di grande arricchimento e di costruzione della propria storia professionale ed umana.

Queste considerazioni in realtà si distaccano abbastanza dalla routine quotidiana e sono più frequentemente riscontrabili in situazioni particolari. Sono le grandi urgenze e le emergenze (traumatiche e non) che hanno in comune la stranezza di capitarti in piena notte, quando sei solo o quasi.

In alcuni frangenti capita di sentirsi come il manovratore a distanza di un mezzo con la sola disponibilità di corde o fili, quando occorrerebbero leve o salde maniglie per una presa più efficace della situazione, della vita del paziente.

In realtà, a volte può capitare di sentirsi un po' eroe, quando l'impresa riesce. L'importante è non crederci troppo e conservare sempre la giusta modestia. Consapevole modestia, non disvalore. Il valore rimane, e ogni caso fa testo. Diviene Competenza anestesilogica.

A questo proposito sbaglia chi pensa che l'anestesista nell'emergenza non abbia abilità rianimatorie. Forse è meglio domandarsi se sia un problema di etichetta o di reali abilità professionali del singolo.

Ma, fortunatamente, non sempre si è completamente soli. Spesso si è aiutati da un collega (talora dal primario) e quasi sempre dalla nurse d'anestesia con cui si riesce in parte a mitigare lo stress. Capita anche in rianimazione, ma lì la situazione è più protetta, è più nelle regole della routine, è più prevedibile, fa più parte di un percorso, di una storia clinica, di una storia umana. In anestesia, se pur raro, un incidente può essere improvviso e drammatico, irrefrenabile, ti può cogliere allo scoperto e ti segna maggiormente, comunque. Ognuno di noi ha stampati nella memoria aneddoti di questo tipo, vissuti in prima persona o narrati dal collega e, anche se molto tempo addietro, vividi come appena avvenuti. Statisticamente molto rari e per questo onestamente non prospettabili al paziente come realisticamente probabili, ma qui non vogliamo fare un discorso di "quantità" di eventi. Ovviamente è più un discorso di "qualità". Ne può bastare anche solo uno, "giusto", per distruggerti moralmente per molto tempo e magari minare la tua carriera. E, tuttavia c'è ancora oggi chi, con responsabilità politico-amministrativa, non ritiene il lavoro dell'Anestesista degno di far parte della categoria dei lavori usuranti, se non con artificiosi *distinguo* sul numero di notti negli ultimi anni di carriera professionale e per lo più in riferimento alla figura del rianimatore. Dell'anestesista, e del lavoro di Sala Operatoria, non se ne parla. Strana dimenticanza.

Come riuscire a manovrare il timone di una barca senza la barra? Un po' te lo insegnano e un po' ci si deve ingegnare al momento. Quando ti sembra di aver previsto tutto, pensato a tutto, fatto tutto ciò che è di prassi, a volte si deve inventare al momento qualcosa d'inedito. La creatività è possibile anche in anestesia. Creatività ovviamente, non insensate e pericolose bizzarrie. Saper uscire dagli schemi rapidamente all'occorrenza ti può aiutare a superare l'*impasse* del momento. Bisogna a volte saper rischiare qualcosa. Fa parte del gioco, e se sei tu in gioco non c'è altro da fare che venirne fuori. Tu e il paziente. Il resto non conta. Non si deve consentire al "nemico", al Male, di non far arrivare sangue al cuore, ossigeno ai polmoni ed entrambe al cervello. L'anestesia è protezione. Sempre. Con o nonostante il chirurgo. Con o nonostante il collega se incapace di esserti d'aiuto. Con o nonostante l'infermiera che hai al tuo fianco, e sempre cercando di non perderti d'animo tu stesso, anche se talvolta possono tremare gambe e polsi. Per capirci, potremmo intendere il ruolo dell'anestesista basato sul principio della "responsabilità di protezione". Protezione dall'atto chirurgico, dallo stress, dal dolore, in una parola dal Male di cui sopra.

Basilare nel lavoro di sala operatoria è l'esistenza di un buon affiatamento tra anestesista e chirurgo, particolarmente in chirurgia vascolare, in cardiocirurgia, in chirurgia toracica, in emergenza, in trapiantologia, ma rimane un buon principio valido in genere. Chi ha avuto, come il sottoscritto, la fortuna di lavorare con molti bravi (alcuni ottimi) chirurghi, sa che difficilmente si riscontrano problemi se esiste reciproco rispetto e ciascuno è padrone delle proprie competenze ed ha rispetto per lavoro dell'altro. Se vi è reciproca collaborazione lavorare può essere quasi un piacere. Dà grande soddisfazione. Può anche essere un'opportunità per imparare reciprocamente qualcosa e, umanamente parlando, persino di saldare belle amicizie.

Come per altro tra di noi anestesisti, tra chirurgo e chirurgo esistono notevole diversità tecniche e di personalità. Nell'ampio spettro di possibilità è verosimile, ad esempio, ritrovare una bella manualità in giovani specializzandi, come talora limitazioni in chirurghi di ultra-ventennale esperienza. Se poi a quest'ultima si somma una certa dose di insicurezza o di fragilità emotiva, il mix può essere imbarazzante per il povero anestesista che, oltre a subire le difficoltà del collega, si può trovare a doverne gestire i maldestri tentativi di proiezione delle proprie paure. Sono gli estremi di una curva gaussiana, ma fortunatamente, grazie a Dio, non rispecchiano la normale attività.

In alcuni casi, nonostante le condizioni tecniche ed umane ideali, esiste una sorta di scarto, un *gap*, un limite nella possibilità di esercitare la forza (fisica e di autocontrollo) necessaria in quella determinata situazione. Uno scarto che non dipende solo da te o dal chirurgo. Certamente oltre le tue competenze intervengono quelle del chirurgo, come pure (perché no?) la buona stella del paziente, e - legge di Murphy permettendo - la tua buona stella di quel giorno! Seramente parlando è un discorso di sinergia, di buona comunicazione e di collaborazione tra i vari operatori - chirurgo, anestesista, strumentista, nurse d'anestesia - e, non ultima, anzi forse sopra di tutto, una buona organizzazione del sistema (Reason, 2000), anche se in realtà non è sempre facile risalire a questa, nella dinamica degli eventi sfavorevoli. Di solito è più facile ricercare un capro espiatorio, per esempio dare la colpa a chi è sulla scena al momento... se poi c'è un anestesista, e magari giovane, tanto meglio! Trovo importante parlare di "sistema" in quanto, come in un sistema organizzato complesso (cantiere, aeroporto, ecc.) l'attività di ciascun singolo operatore, qualunque esso sia nell'ambito di una sala operatoria, ha sempre ripercussioni (nel bene e nel male) sul funzionamento di tutta l'attività.

Consapevolezza – Consapevolezze.

Prima ancora di un fare un discorso di contenuti pensiamo sia importante porsi una prima domanda. Quanta consapevolezza ha l'anestesista di sé stesso e quanta consapevolezza ha della propria padronanza tecnica, magari anche posseduta con *non-balance*? A volte buona, ma in realtà, è un criterio molto variabile da persona a persona, da contesto lavorativo ad altro, da età ed età, da maturità a maturità, da sesso a sesso, da scuola a scuola e da infinite altre variabili, tra cui non ultima dall'aver lavorato in vari ospedali piuttosto che essere nato, cresciuto e pensionato nel medesimo posto di lavoro - periferico o metropolitano che sia.

Questo desiderio di saperne di più sulla consapevolezza del medico anestesista non è fine a se stesso né, tanto meno banale. È secondo chi scrive, alla base di molti dei mali che affliggono la nostra categoria, tra cui la scarsa considerazione che alcuni colleghi talvolta hanno del nostro lavoro.

Tra questi, il primo che affiora alla mente e che è un luogo comune perché l'ho sempre riscontrato in ogni ospedale in cui ho lavorato, è la distinzione un po' discriminante, a volte un po' faziosa, tra l'anestesista e il rianimatore. Non ho mai capito perché (non mi sono mai sentito superiore all'anestesista quando lavoravo in rianimazione) ma è così. Distinzione anche un po' artificiosa, certamente, perché in Italia entrambi fanno capo ad un'unica Scuola di Specializzazione, nonostante poi, in molti casi, i percorsi si differenzino, in parte o totalmente.

II Parte

A parte l'ovvia soggezione che il paziente ha nell'affidare la propria vita al medico anestesista, molti altri aspetti entrano in gioco nell'acquisizione della consapevolezza sulle molteplici peculiarità della pratica anestesiologicala, e richiedono a mio avviso varie riflessioni che tenterò di illustrare.

Entrando nel vivo di queste inizierei proprio da quelle che coinvolgono più direttamente il paziente, per proseguire poi con le altre.

Riflessione I: bene del paziente.

L'attività dell'anestesista si esplica essenzialmente all'interno di un sistema complesso, di tipo circolare, la sala operatoria, che a sua volta fa parte del più vasto sistema di Unità Operative dell'Ospedale, particolarmente quelle chirurgiche.

Fatto salvo il principio dell'obbligo di garanzia nei confronti del paziente, che coinvolge il medico di qualunque specializzazione, il primo comandamento di ogni anestesista è - forse prima ancora della sicurezza in anestesia - il suo bene in toto. Secondo il giudizio la 3^a Sezione Penale della Cassazione (sentenza n. 8875 del 8.9.1998) è colposa la condotta del medico che causa un danno al paziente per aver scelto - tra più opzioni terapeutiche tutte idonee - quella che presenta maggiori rischi, anche se indicata, poiché così ha scartato opzioni di cura più sicure. Gli studi clinici riguardano popolazioni, mentre i medici hanno il dovere di scegliere le opzioni terapeutiche più sicure ed efficaci per la condizione globale del *singolo* assistito (Edward D. Frohlich, 2003).

A prescindere dalla prassi del consenso informato, quello che l'anestesista si accinge a fare ogni qual volta sta per intervenire dovrebbe sempre essere proporzionato al risultato desiderato (dal paziente, oltre che dal chirurgo) e, senza sottovalutare l'importanza di nessuno, l'anestesista ne è il custode ultimo. Non vogliamo certo affermare che il bene del paziente non stia a cuore anche al chirurgo. Tutt'altro. Nondimeno la metodologia del chirurgo generalmente è orientata più al trattamento della patologia dell'organo da operare, del vaso da disostruire o da sostituire, dalla parte da resecare, dell'osso da riparare, che non alla globalità della persona. Fortunatamente, nella maggioranza dei chirurghi si riscontrano notevoli doti di umanità, nonostante sovente egli stesso sia

condizionato da molteplici fattori: burocratici, amministrativi, sociali, familiari, economici, di carriera, organizzativi, ecc.

Nell'atto di fiducia che il paziente ripone quando si rivolge al chirurgo per un problema di salute è implicito che sia l'anestesista il medico a cui affida sé stesso nella globalità pro-tempore dell'intervento. Al chirurgo affida la speranza per il futuro - la speranza di guarigione, all'anestesista affida più la contingenza del presente - la speranza di vita. Ecco perché, spesso, il paziente è inquieto finché non ha conosciuto personalmente quello che sarà il suo anestesista. Con il lieto stupore, spesso, di trovare oltre che un tecnico, una persona capace d'incoraggiarlo e magari capace di trasmettere simpatia, oltre che sicurezza. Ma essere anestesista, onestamente, non è sinonimo di essere virtuoso, di possedere doti empatiche. In effetti, a volte, qualcuno di noi non è sempre in grado di instaurare un rapporto adeguatamente sereno con il paziente. Dovrebbe, ma non sempre è in grado di farlo o è "consapevole" di doverlo fare, almeno come deontologia ed etica lo richiederebbero.

Fatto salvo il consenso alle pratiche anestesilogiche e dopo l'adeguata informazione, spesso - nell'affidamento totale che il paziente ha l'anestesista - c'è una sorta di delega in bianco perché riponendo cieca fiducia nelle decisioni del medico: *"E' Lei il medico! Sa Lei cosa fare... Faccia come vuole, mi fido di Lei, sono nelle sue mani!"*, eccetera. Può essere certo così, ma talora può anche esservi la convinzione - più o meno profonda, o consapevole del paziente - del fatto che il medico non sia, in realtà, in grado di dare le risposte adeguate alle proprie paure esistenziali.

Digressione I: l'ascolto del paziente.

A tal proposito mi piace ricordare alcune considerazioni del Filosofo Carlo Sini, dopo una relazione sul valore della parola come strumento di comunicazione. Interrogato sul fatto di come mai si verifichi il fatto che molte persone, almeno apparentemente, non vogliono sapere nulla di particolare sull'anestesia alla quale verranno sottoposte (con buona pace di tutti i diritti-doveri inerenti l'obbligo del consenso informato) la risposta del professor Sini ci dà una chiave di lettura diversa sul significato profondo dell'ascolto.

Sappiamo che tecnicamente il consenso dev'essere personale, libero, informato, esplicito, specifico e consapevole e, ovviamente, nessuno dovrebbe mai trascurare tutto ciò, ma a questo proposito il pensiero espresso dal Prof. Sini va oltre:

"In molti casi sembra che il paziente che non vuole sapere, sia un paziente che non si fida delle parole. In realtà non è indifferente. Sarebbe molto

sbagliato pensare che la sua sia indifferenza. La sua non è indifferenza. Il suo è il timore che comunque non avrà le risposte che lui vorrebbe sentirsi dare. Non avrà il dialogo che lui vorrebbe istituire, perché sa già che gli verranno dette delle cose di cui non sa che fare. Perché non è quello il livello, appunto, della sua ansia. A questo punto, probabilmente, una delle possibili vie d'uscita potrebbe essere quella di chiedere a lui che cosa pensa che gli succederà, che cosa pensa che succederà durante l'intervento, che cosa pensa che succederà quando si risveglia, perché allora viene come favorita la espressione del suo linguaggio esistenziale, non del suo linguaggio verbale, del suo Sé esistenziale. Viene incoraggiato a parlare di quelle preoccupazioni che ha, ma che non vuole manifestare perché se ne vergogna, perché vuole ostentare coraggio e forza, perché vuole dimostrare quanto lui sia bravo nell'affrontare la situazione, ma in realtà è preoccupato. Se si sente incoraggiato probabilmente qualcosa dirà e magari dirà delle cose incredibili, che noi non avremmo mai pensato che avesse in mente - perché magari non è stato informato su un particolare e può pensare delle cose incredibili. Ecco, allora che l'ascolto è molto più importante della nostra informazione, del nostro parlare, del nostro "rassicurare". E' vero che esiste un enorme problema di tempo, al quale è molto difficile trovare soluzione, nell'epoca in cui viviamo, ma si può solo aggiungere a conforto parziale, che anche lì il tempo è una qualità, non una quantità. Non è la quantità di tempo in sé. Certo, ci sono dei limiti naturalmente, ma soprattutto è quello di saper fare un buon uso di quella quantità di tempo. Cioè una quantità di tempo che sia un messaggio di disponibilità reale: in quel tempo che ci è concesso siamo veramente tutto per lui. Una possibilità di garantire un tempo qualitativo certo, e che si percepisca che, in caso di necessità, questo tempo si può anche dilatare quantitativamente. Nessuno mai se ne profitterà, questo è straordinario! Gli esseri umani capiscono. E quando vedono che noi siamo disponibili ad offrire un tempo che non abbiamo, - ma che siamo consapevoli che in certi momenti ci può essere una situazione di emergenza che viene prima di tutto - ecco, l'interessato al quale viene data la responsabilità "sei tu che deve decidere se questa esigenza viene prima di tutte, prima degli altri pazienti, prima della mia vita, prima della mia famiglia, prima di tutte le mie esigenze", beh, probabilmente diventerà molto delicato nell'appropriarne. Se ci danno responsabilità, se siamo accolti in una appartenenza dove siamo qualcuno in quella appartenenza, diventiamo davvero responsabili e il più delle volte va bene così."

(Convegno Nazionale "L'Umanizzazione in Anestesia. Realtà emergente" - Legnano, 25/03/2006).

Interpretazione decisamente illuminante, a mio avviso. Anche perché scaturisce non solo da una profonda cultura umanistico-filosofica ma anche da una vissuta esperienza in ambito clinico. Infatti, per la sua competenza il professor Sini era stato invitato a collaborare presso l'Istituto dei Tumori di Milano per la formulazione di questionari e per l'insegnamento di modalità comunicative da parte degli operatori sanitari con il paziente oncologico. Questo è un chiaro esempio di contributo da parte di una materia umanistica non medica che trova piena espressione in ambito medico, da un lato fornendo chiavi di lettura nuove e dall'altro suggerendo all'operatore approcci operativi diretti, senza il ricorso a strumenti tecnici distanti dalle nostre competenze, ad esempio come quelli della Psicologia o di dottrine affini.

Riflessione II: Specificità.

Come ben noto, la figura dell'anestesista-rianimatore è caratterizzata da specificità uniche. Specificità che in Italia fanno capo alla Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, ma che nella maggior parte degli altri Stati fanno capo a separati percorsi formativi. In altre nazioni il rianimatore, di solito, è un intensivista di estrazione internistica che sviluppa competenze (cardiologiche, pneumologiche, nefrologiche, eccetera) ed acquisisce le principali manualità specifiche dell'anestesia (intubazione delle vie aeree, incannulamento vene centrali, eccetera), mentre l'anestesista (ovviamente con competenze intensivistiche) è unicamente dedicato all'attività di sala operatoria. In Italia l'anestesista-rianimatore è più un "tuttologo". È anche algologo, iperbarista, emergenzista, di volta in volta tende a sostituirsi al nefrologo, al cardiologo, all'infettivologo, eccetera. Possiamo ipotizzare una forma di "conflitto di interessi" volendo appropriarsi di competenze altrui? Direi di no, assolutamente. Anche perché solitamente è tutto a costo zero, cioè ci si fa carico più degli oneri che dei benefici che altre Specialità comportano. Tuttavia, senza polemica di sorta, il campo operativo in cui si svolgono le attività dell'anestesista e del rianimatore hanno logica, finalità, regole e attori diversi, logiche organizzative e, se pur affini, sostanzialmente differenti. Sinergia e complementarietà tra anestesia e rianimazione forse sono espressioni più adatte, più rappresentative della realtà e tendono ad essere più funzionali in un'armonia di ruoli riconosciuti.

A mio avviso la cieca omologazione, soprattutto se formale (nei comportamenti) e non sostanziale (nella crescita professionale), è da evitare. Infatti comporta reali pericoli di errore perché l'omologazione, come noto, livella sempre gli standard verso il basso. Naturalmente non è questa l'unico

fattore responsabile di danni o di errore da cattiva funzionalità di sistema, ma è bene, in una visione d'insieme, considerare pure questo aspetto.

Talvolta si sente ancora dire da alcuni Responsabili di Unità Operativa (non solo di Anestesia-Rianimazione) che “tutti devono sapere fare tutto”. Parole sante! Fortunatamente c'è anche chi esorta i propri collaboratori a differenziarsi invitando ciascuno ad occuparsi più approfonditamente di una branca di maggior interesse personale. Beninteso, non è pensabile che, per almeno dieci anni un Anestesista-Rianimatore non completi la sua formazione, maturi conoscenze teoriche ed esperienze pratiche in tutti i settori della disciplina, rianimazione compresa. Ma a mio giudizio, dopo un certo numero di anni e fatte salve le competenze di base che ogni anestesista-rianimatore deve avere (come l'anestesia nelle branche chirurgiche principali, l'anestesia nel taglio cesareo e la gestione dell'emergenza) forse sarebbe più corretto dire che (in elezione, non certo in emergenza-urgenza) ogni medico dovrebbe essere in condizione di dare il massimo negli ambiti a lui affini. E' un discorso non solo di preferenza del singolo, ma di esperienza e culturale, di familiarità ad occuparsi più di quella determinata specialità chirurgica che di un'altra, di *expertise* specifiche. In sostanza di Competenza. E' un discorso di formazione specifica, maturata attraverso percorsi personali dettati in parte da inclinazioni personali, dal desiderio di occuparsi di un ambito specifico, in parte da esigenze specifiche del luogo in cui presta servizio. L'anestesista “polivalente” è certamente intercambiabile in vari *setting* operatori, e, siccome la varietà contrasta la noia, può anche essere piacevole cambiare periodicamente. Ma non è detto che questo cambiamento sia sempre funzionale all'interno del sistema di sala operatoria. Può eventualmente essere più una garanzia per il Responsabile di non rimanere a corto di personale specificamente dedicato, ma non molto di più.

In termini di efficacia, ripetiamo, ciascun anestesista con una buona preparazione ed esperienza dev'essere senz'altro in grado di sostenere l'attività chirurgica di una qualsiasi sala operatoria. Ma, in termini di efficienza, a mio avviso, questa cosa può non essere altrettanto vera, particolarmente in ambiti specialistici complessi (cardiochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia dei trapianti, chirurgia bariatrica, eccetera) ma anche in altre branche come la neurochirurgia, la chirurgia pediatrica, l'ortopedia e l'otorinolaringoiatria, dov'è necessaria, oltre l'affinamento di particolari tecniche, anche la continuità per riuscire a mantenere gli standard acquisiti.

Ovviamente, il tutto va contestualizzato nella struttura presso cui si opera. Un piccolo ospedale ha prerogative molto diverse dal grande complesso ospedaliero, diverse ancora dall'ospedale universitario e dall'Istituto di

Ricerca e quindi non generalizzabile, in quanto le esigenze organizzative possono essere molto differenti. Senza voler necessariamente parlare di super-specializzazione, la specificità dell'anestesista, secondo chi scrive, sta proprio in questo: l'attività preponderante di ciascun medico dovrebbe essere tesa a realizzare la sua miglior prestazione possibile in quella determinata branca chirurgica, in quanto più funzionale all'interno di quel sistema. Come, per altro, la specificità del medico rianimatore si esprime meglio in rianimazione.

L'efficienza che ne deriva è sicuramente nell'interesse aziendale, garanzia per lo staff, per il direttore di Unità Operativa e, *last but not least*, per il paziente che è il primo, sicuramente, ad avere a cuore per sé il massimo della prestazione anestesiologicala garantibile, oltre che naturalmente quella chirurgica.

Questo però è possibile solo se vi è continuità all'interno di un determinato ambito chirurgico piuttosto che uno sterile susseguirsi di cambiamenti quotidiani di sala operatoria privandolo della consapevolezza: di possedere un'identità specifica all'interno dell'équipe di quella sala operatoria.

Certo alcuni di noi potranno avere la convinzione di sapersi "giostrare" indifferentemente da un contesto all'altro e all'altro ancora. Può anche essere vero, può essere una scelta (e come tale va rispettata) o rispecchiare un'esigenza locale (e come tale va ottemperata). Ma a parere del tutto personale il vero rischio è che cambiando quotidianamente sala operatoria o mansione (ad es. rianimazione, terapia antalgica, sala operatoria) l'unica indifferenza diventi quella che si riflette sulla propria figura. Nel senso che per il chirurgo (generalmente, non sempre fortunatamente) basta che ci sia un anestesista, uno qualunque, ma in realtà non è sempre indifferente la presenza di uno piuttosto che l'altro anestesista. Ad esempio un medico esperto in blocchi periferici per la chirurgia ortopedica potrà essere in difficoltà in cardiocirurgia; un medico esperto in chirurgia dei grandi obesi potrebbe essere in difficoltà in chirurgia pediatrica e così via. Per di più, accostando questo concetto di specificità alla logica pluriarticolata della Medicina Perioperatoria, di questa continuità ne può trarre sicuro giovamento, oltre che il team di sala operatoria, anche il reparto chirurgico di pertinenza.

Non è raro anche il fatto che un anestesista-rianimatore si senta maggiormente a proprio agio in terapia intensiva, dove la clinica è più orientata al riequilibrio di insufficienze d'organo, le decisioni sono più collegiali, le problematiche sono più condivise (e suddivise tra i membri dell'équipe), le responsabilità sono meno strettamente riconducibili all'operato del singolo e dove si percepisce più da vicino il confine sfumato

tra la vita e la morte, fonte sovente di frustrazione, ma anche di esperienze umane molto profonde (M. Venturino, G. Naretto, G. Bertolini, A. Zangrillo).

Tuttavia, per l'anestesista-rianimatore che sceglie di dedicarsi maggiormente all'anestesia può essere più dinamico, vario, interessante, concreto, culturalmente stimolante e, perché no, gratificante, il lavoro di sala operatoria, che solamente ad uno sguardo superficiale può sembrare banale e ripetitivo. Certo, in parte ripetitivo lo è, ma solo esteriormente e se visto da uno sguardo inesperto. In realtà non è mai perfettamente uguale e, soprattutto, mai banale, non fosse altro che per le modificazioni fisiologiche e fisiopatologiche indotte dall'anestesia in rapporto alle infinite variabili cliniche presentate dai pazienti. Per di più, a mio avviso (anche se in modo fugace, concentrato nel tempo, limitato al prima e al dopo intervento) la funzione dell'anestesista sul piano relazionale con il paziente e con i familiari, al momento giusto può risultare anche molto intensa e gratificante, infatti le opportunità di questo tipo sono innumerevoli e non sempre richiedono necessariamente molto tempo.

Personalmente considero – oltre alla rilevanza anamnestică - un grande arricchimento essere messo al pari di pezzi di biografia dei pazienti. Certo, ad esempio alcuni anziani, se lasciati narrare senza interruzione si approfondono in aneddoti o dettagli della loro vita, da loro probabilmente ritenuti molto significativi. In queste occasioni, solitamente è la moglie che provvede a frenare il fiume di parole del consorte con la solita frase *"basta, al dottore non interessa questo, il dottore non ha tempo di ascoltare tutte le tue cose, fuori c'è altra gente che aspetta!"*. Non è elegante interrompere. Innanzitutto perché, oltre ad essere piacevole, può essere fondamentale per avere una completa conoscenza del caso clinico. Non è retorico tener presente che quando un paziente parla di sé comunica sempre qualcosa, vuole relazionarsi ed esprime indirettamente una richiesta d'aiuto, che non va mortificata, anzi l'ascolto è già cura e, come tale, concorre ad abbattere l'ansia preoperatoria più o meno evidente. Come pure non è secondario tener sempre presente che qualsiasi atto medico (ancor più se chirurgico) pur espletandosi su una persona (il paziente), ha ripercussioni, di vario tipo ed entità, su tutta la famiglia.

Oggi capita ancora, durante il colloquio che segue la visita anestesiológica, di incontrare tra le persone anziane, alcune con la sola scolarità elementare. Probabilmente alcune di esse, hanno imparato a leggere e scrivere con la trasmissione *"Non è mai troppo tardi"* di antica memoria televisiva; piccola cosa, indubbiamente marginale, tecnicamente non rilevante ma umana, espressione di una parte della nostra cultura, testimonianza di semplicità e, come tale, patrimonio immateriale di umanità.

Riflessione III: Tempo - tempi.

A proposito del tempo dedicato al paziente durante il colloquio pre-operatorio - anche sulla scorta delle riflessioni del Prof. Sini - è sicuramente auspicabile considerarne maggiormente gli aspetti qualitativi piuttosto che limitarsi a quelli quantitativi, ma le nostre attività - come quelle di tutti gli altri lavori "produttivi" - sono notoriamente scandite dalle lancette dell'orologio.

Siamo tutti condizionati dalla scarsità di tempo e tuttavia la nostra attività - oltre che essere scandita dal tempo amministrativo (timbratura) e dai tempi tecnici (della durata dell'intervento, del cambio tra un paziente e l'altro, dall'attesa del chirurgo, dalla pressione della burocrazia) - deve sempre prevedere (e non solo per motivi etici) il tempo necessario per l'ascolto e l'informazione.

A proposito di opportunità relazionali dell'anestesista con il paziente: tempo richiesto per l'empatia? Nullo! Il medesimo utilizzato per una comunicazione non-empatica. Non possiamo addurre pretese di mancanza di tempo per lesinare gentilezza e attenzione mentre ascoltiamo il paziente e gli diamo le informazioni di prassi. Io penso che se il malato richiede più del tempo usuale a sua disposizione quest'esigenza vada assecondata. Non dedicargli sufficiente attenzione può costare molto in caso di una contestazione o, peggio, di un contenzioso per spiacevole incomprensione.

Per contro, nella routine operatoria quotidiana talora non mancano tempi lunghi, motivo per cui il lavoro dell'anestesista è stato da qualcuno ironicamente definito come un lavoro caratterizzato da lunghe ore di noia intervallate da brevi momenti di panico. Chi di noi lo considera (solo) così, a parer mio non è molto consapevole della propria dimensione professionale e potrebbe cambiare opinione o venire ri-motivato perché è possibile che, strada facendo, "qualcosa" si sia perso per lasciar spazio al cinismo.

D'altra parte è altrettanto vero che in molte situazioni è l'anestesista ad essere molto più impegnato del chirurgo, specie nella fase di induzione e di risveglio. Come ci viene rappresentato nei primi insegnamenti sull'anestesia parafrasando la metafora del volo aereo, l'anestesista è come il pilota, impegnatissimo soprattutto nelle verifiche e nelle procedure iniziali al decollo e finali all'atterraggio ma non di meno costantemente vigile durante tutto il volo.

La ripetitività insita nelle procedure - se privata della consapevole concentrazione del qui ed ora e vissuta unicamente come "bieca" routine - può causare spiacevoli conseguenze. Citerei almeno tre situazioni attraverso cui la routine, se così considerata, può manifestarsi potenzialmente negativa.

Primo: la troppa sicurezza di sé, come già accennato, può essere causa di sorprese sgradevoli, specialmente dopo aver superato la fase dell'incertezza tipica dei primi anni di lavoro. Non c'è come sentirsi sicuri di sé per commettere errori madornali. Presunzione ed arroganza non pagano mai.

Secondo: noia, disinteresse e demotivazione possono essere molto più logoranti del super-lavoro.

Terzo: la caduta dell'autostima e dalla consapevolezza dell'essere anestesista. Autostima, non immodestia. Lasciamo volentieri l'immodestia a chi si ritiene superiore; questo è un problema che è meglio non avere, in un lavoro come il nostro.

Scegliere di fare l'anestesista richiede attitudini che - se non si viene abitati dal cinismo o da altri atteggiamenti egocentrici permettono di sviluppare sensibilità specifiche da spettatore (quale a volte ci si trova ad essere) dell'avventura clinica ed umana di una persona. Questo, a mio modesto avviso, sommato a quanto detto sulla semplicità di molte persone e al bene del paziente, offre quel valore aggiunto che è in grado di mantenere la motivazione professionale alta quando tutto il resto tende a sottrarla.

Riflessione IV: Decidere.

In anestesia tutto (informazioni, processi decisionali, tecniche, modalità d'intervento, eccetera) avviene in tempi molto più rapidi rispetto a quando il paziente è sveglio. Estremizzando questo concetto potremmo affermare che il lavoro dell'anestesista è al 99% prevenzione attiva (cfr. Nota Esistenziale) e all'1% cura. Il tutto affiancato dal confronto con gli altri colleghi e con tutti gli altri componenti dell'équipe (nurse d'anestesia, chirurgo, strumentista). Non per nulla abbiamo parlato di sistema. Ciascun componente del *team* di sala operatoria può fornire *quella* data informazione determinante per evitare una complicanza o un errore, anche grave. Per contro, la stessa inadeguatezza nella comunicazione, può essere foriera di errore. A questo proposito sono significativi alcuni report osservazionali, in uno dei quali, in particolare, è documentata un'incidenza del 30% di errori di sala operatoria, di cui un terzo sono errori potenzialmente pericolosi per il paziente (Lingard 2004). La sicurezza in anestesia si costruisce attraverso un'insieme di sinergie e di strategie, in parte personali, soggettive, ma tutte codificate, particolarmente in condizioni di emergenza (Corbanese, Possamai).

Nella routine ciascuno deve dare il proprio contributo alla sicurezza, ma durante un'emergenza, di regola, è l'anestesista il *team-leader* più idoneo a fronteggiare e coordinare la situazione critica.

Nella realtà ospedaliera quotidiana, a supporto di un qualsiasi medico ospedaliero all'occorrenza, c'è sempre l'anestesista-rianimatore di turno, ma a supporto dell'anestesista non c'è nessuno, se non un altro anestesista (più esperto nella migliore delle ipotesi). Tuttavia, prima o poi capita ad ognuno di essere inesorabilmente solo, in emergenza e naturalmente... di notte.

A differenza di altri l'anestesista non può mai esimersi dal decidere, generalmente in tempi stretti. Il parere del chirurgo, ad esempio, gerarchicamente parlando, è più di *default* rispetto a quello del Primario. Cioè, è normale prassi e non per questo sconveniente che il chirurgo, salvo rare eccezioni, non prenda decisioni prima di aver sottoposto il problema al primario. Certo, anche l'anestesista non opera in maniera autonoma, ma al di là del confronto con altri, alla fine deve imparare a decidere ed agire al momento, documentando in cartella clinica il perché delle proprie decisioni. Ed è anche il motivo per cui, nelle scelte difficili, è a lui che spesso viene lasciata la responsabilità dell'ultima parola.

Di questa cosa - in quanto dirigente - certamente conviene esserne consapevole. Infatti, a proposito della qualifica e delle mansioni del dirigente la Cassazione si esprime in modo chiaro:

La figura professionale del dirigente, che in mancanza di una previsione della disciplina collettiva del rapporto di lavoro va determinata alla stregua della nozione legale di tale categoria, è caratterizzata dall'autonomia e dalla discrezionalità delle decisioni e dalla mancanza di una vera e propria dipendenza gerarchica, nonché dall'ampiezza delle funzioni, tali da influire sulla conduzione dell'intera azienda o di un suo ramo autonomo e cioè tali da non poter essere circoscritte ad un settore di essa; nell'ipotesi di struttura imprenditoriale di modeste dimensioni...omissis...

(Cass. 16/6/2003 n. 9654, Pres. Mileo Rel. Capitanio, in Dir. e prat. lav. 2003, 3110)

Naturalmente anche concordare è decidere. E' decidere in due. Si può collaborare con il chirurgo senza necessariamente essere servili. Concordare con lui una particolare strategia anestesilogica non è minimamente svilente dell'autonomia decisionale dell'anestesista, se consideriamo che il chirurgo deve essere messo nelle condizioni di eseguire al meglio l'intervento nell'interesse primario del paziente. Ritengo superate e controproducenti le contrapposizioni preconcrete, c'è sempre la possibilità di una scelta condivisa e corresponsabile (francamente anche più gratificante) salvo rigidità mentali, reciproca ingerenza o comportamenti anti-deontologici. Fondamentale è un

adeguato scambio di informazioni, completo, preciso, dettagliato (possibilmente non ridondante), tracciabile (cartellino d'anestesia, consenso informato, cartella clinica, check-list); in sostanza una buona documentazione dell'atto anestesilogico. Come pure sarebbe auspicabile, periodicamente o almeno all'occorrenza, che venissero indette riunioni di *auditing*, epicrisi o *briefing* sulla sicurezza degli eventi più significativi con tutti i componenti dell'équipe operatoria. Anche a riguardo delle procedure, occorre ricordare a questo punto che la Qualità - da cui sola può scaturire la sicurezza - sta nella capacità di scrivere i processi, ad esempio per identificare l'anello debole dalla catena che ha causato (o poteva causare) un evento, o un quasi-errore (*Near miss*) (Manuale Ministero della Salute). Non siamo abituati a farlo, non tutti, non completamente, non costantemente. Probabilmente scrivere le procedure può diventare utile in misura sorprendente e trovo più costruttivo che siamo noi medici a farlo (certamente, anche con l'aiuto degli esperti di risk-management) piuttosto che siano solo altre persone ad analizzare i nostri processi. Ovvero, certamente è corretto che siano altri ad analizzare i dati del nostro lavoro, salvo avere la possibilità (da parte del direttore) di interpretarli insieme a chi di dovere (Direzione) e di contestualizzarli, onde evitarne letture fuorvianti rispetto alla realtà. Non per morire di burocrazia, ma per sopravvivere ad essa.

Digressione II: determinismo/indeterminismo e libero arbitrio

Dobbiamo dunque considerare lo stato presente dell'universo come effetto del suo stato anteriore e come causa del suo stato futuro. Un'intelligenza che, per un dato istante, conoscesse tutte le forze da cui è animata e la situazione rispettiva degli esseri che la compongono, se fosse abbastanza vasta da sottoporre questi dati ad analisi abbraccerebbe nella stessa formula i moti dei corpi più grandi dell'universo e quelli dell'atomo più leggero: per essa non ci sarebbe nulla d'incerto, ed il futuro come il passato sarebbe presente ai suoi occhi.

(Laplace – 1812)

Definiamo *determinismo* quella concezione per cui in natura nulla avviene a caso ma tutto accade secondo ragione e necessità. Esso esclude qualsiasi forma di casualità nelle cose ed individua una spiegazione di tipo fisico per tutti i fenomeni, riconducendola alla catena delle relazioni causa-effetto. La principale conseguenza è che date delle condizioni iniziali tutto quel che accadrà in futuro è predeterminato in modo univoco. Per contro, chiamiamo *indeterminismo* quella concezione che ammette l'esistenza in natura di eventi non determinati da cause precedenti ma frutto del caso e, in quanto tali, imprevedibili. Il determinismo dal punto di vista ontologico indica il dominio

incontrastato della necessità causale in senso assoluto e nel contempo giudica inammissibile l'esistenza del caso.

In Anestesia coesistono determinismo (certamente in misura preponderante) ed indeterminismo (fatalità).

Come accennato nella Prefazione, secondo le teorie di Benjamin Libet il libero arbitrio non consisterebbe nella capacità di dare il via all'azione (300-350 msec. dopo l'inizio del potenziale di preparazione), bensì nella possibilità di decidere nel momento del manifestarsi dell'intenzione cosciente, 150-200 msec *prima* dell'effettivo inizio dell'azione, se dar corso all'azione o se inibirla. Il ruolo della volontà (del libero arbitrio) si svolgerebbe, nell'ottica libettiana, soltanto nel senso del controllo dell'inibizione, verso azioni che vengono predisposte, in maniera del tutto inconscia, a livello neuronale.

In altre parole come il

[...] rapporto fra aspetti fenomenici (soggettivi) della libertà e descrizione neuroscientifica: nello specifico viene indagato il rapporto fra decisione di compiere un'azione motoria e preparazione dell'azione a livello corticale. Alcuni recenti esperimenti presi in esame [...] mostrano che la consapevolezza cosciente della decisione di agire compare "in ritardo" rispetto all'attivazione corticale preparatoria al movimento. Grazie a questo ritardo sembra possibile prevedere in anticipo il momento in cui il soggetto agisce e l'esito della decisione.
(M. Grasso – 2011)

Questo, all'atto pratico, può significare due cose per l'anestesista: anzitutto, che in determinate circostanze, le sue azioni possono essere guidate da una sorta di "sesto senso" che sfrutta una capacità di reazione più rapida del pensiero e quasi della percezione sensoriale vera e propria. In secondo luogo si può osservare che, quella che chiamiamo "fatalità" si contrappone alle varie teorie deterministiche secondo le quali la realtà è retta da una logica precisa.

Riflessione V: Diagnosi Differenziale

Si dice che la medicina sia composta una serie di atti unici e quindi non sia possibile la standardizzazione. Riterrei questa espressione particolarmente calzante in campo anestesilogico. In anestesia il processo attraverso cui l'anestesista controlla in ogni istante le condizioni del paziente si richiama ai criteri utilizzati in diagnosi differenziale, con la differenza che, rispetto alla maggior parte delle altre branche mediche, richiede una maggiore tempestività. Il tempo reale in corso d'anestesia viene scandito dal battito cardiaco e dal respiro. In corso d'anestesia può capitare che non sempre sia di facile

interpretazione “quello-che-sta-succedendo-in-quel-momento”, possibilmente prima del successivo battito cardiaco. Ma un perché c'è sempre, anzi, spesso più di uno, ed ecco dove si impone un'analisi della differenziale.

In sostanza, come nel processo di analisi che il medico opera con la diagnosi differenziale per diagnosticare una malattia, si tratta di confrontare fra di loro tutte le possibili opzioni che possono condividere i medesimi segni rilevabili dal medico o dagli strumenti e i sintomi riferiti dal paziente, che ovviamente in corso di anestesia generale gli è possibile riferire, ma in corso di anestesia loco-regionale sì.

Tuttavia, più rischioso dell'incapacità nel saper diagnosticare è il fatto di non recepire le variazioni fisiologiche e fisiopatologiche che si manifestano di volta in volta. Il non capire “quello-che-sta-succedendo-in-quel-momento” o, peggio ancora nel sottovalutarlo, senza l'adeguato sforzo interpretativo che tale variazione richiede e che solo l'anestesista sa cogliere nella sua reale significatività.

In anestesia è d'obbligo recepire prontamente, interpretare, trattare e forse anche riuscire a prevedere modificazioni cliniche e dei parametri monitorati. Queste capacità si sviluppano con il supporto della conoscenza, con il ragionamento, con il confronto ma anche con il dubbio e la rielaborazione continua dell'interpretazione. In un certo senso, ogni paziente è come un “Sistema Esperto” (SE) con proprie caratteristiche diverse da paziente a paziente, talora anche differenti nella medesima persona in momenti diversi. Anche l'anestesista è un SE (si auto-aggiorna ogni volta su *quel* paziente, si tara in tempo reale sulle risposte del paziente ai farmaci e alle manovre chirurgiche) e probabilmente la sua capacità d'azione quando riesce ad anticipare gli eventi è probabilmente frutto di un libero arbitrio (in senso libettiano). In altre parole la contemporaneità dell'evento e della azione dell'anestesista vanno di pari passo, se non addirittura è talvolta (o per certi versi sempre) l'azione ad anticipare l'evento.

Da un punto di vista puramente semantico può essere utile ricordare la differenza tra complicanza, errore e fatalità, termini spesso usati in modo improprio:

- la complicanza è un evento prevedibile ma non prevenibile,
- l'errore è un evento prevedibile e prevenibile,
- la fatalità è un evento non prevedibile e non prevenibile.

Senza entrare nel merito della clinica e della semeiologia anestesiologicala - per la quale si rimanda ai trattati di Anestesiologia - con diagnosi differenziale in questo contesto vorrei solo provare a suggerire alcuni spunti di riflessione

sull'importanza di ragionare su cause ed effetti degli eventi - desiderati (terapeutici) e indesiderati (tutti gli altri) - ragionando sull'opportunità di agire o meno, in relazione alle variabili fisiopatologiche che si manifestano.

Fermo restando che l'anestesista non debba mai trascurare alcun segno clinico, per quanto concerne i dati rilevati dagli strumenti (monitor, respiratore, eccetera) vale la pena di spendere alcune parole per altre considerazioni di tipo metodologico. Sappiamo che scopo dei farmaci dell'Anestesia Generale è quello di garantire il controllo delle funzioni corticali (ipnosi, amnesia) e sottocorticali (analgesia, immobilità e stabilità vegetativa). Come già accennato, i farmaci anestetici favoriscono e/o provocano modificazioni nei parametri vitali (ipotensione arteriosa, variazioni della frequenza o del ritmo cardiaco, modificazione vegetative e della respirazione, ed altro) in modo molto più repentino di quanto avviene normalmente nel paziente al di fuori dell'anestesia, e spesso alcune di queste variazioni, se fugaci, vengono percepite soltanto dal medico anestesista. Questo è tanto più vero per l'Anestesia Generale ma in parte può esserlo anche per l'Anestesia Loco-Regionale. Tale labilità - più spiccata nel bambino, nell'anziano e nel paziente critico - obbliga spesso l'anestesista a mediare tra due opposti atteggiamenti, che proverei denominare - puramente a titolo esemplificativo - di tipo "centripeto" e di tipo "centrifugo".

Nel primo caso (tipo centripeto), il medico è obbligato a valutare con cautela ogni segno strumentale rilevato, spesso frutto della concomitanza di più cause (quando non artefatto o da interferenza esterna), e deve operare sempre un'accurata diagnosi differenziale tra le possibili cause.

Nel secondo caso (tipo centrifugo), l'anestesista deve prendere decisioni rapide, istantanee, prima ancora che l'anomalia comporti un rischio reale per il paziente, tenendo sempre presente che qualunque atto, qualsiasi decisione, può potenzialmente essere foriera di complicanze, anche gravi.

In condizioni di elezione (intervento programmato), e certamente non in emergenza, saper temporeggiare può quindi essere giusto, soprattutto osservando l'evoluzione del parametro e vagliandone ogni possibile causa, particolarmente in relazione alla fase dell'intervento chirurgico. È frequente infatti la spontanea risoluzione dell'anomalia nel giro di pochi istanti e si evitano così eventuali effetti collaterali di un provvedimento inopportuno, tuttavia questo non significa assolutamente che si possa trascurare alcun segno. Anzi, ogni evenienza andrebbe pre-vista, valutata al primo sentore ed interpretata ma il confine tra sicurezza e rischio è molto sfumato, e nel mezzo ci sta tutto: l'errore, il quasi-errore, la complicanza e la fatalità.

In Medicina è noto il fenomeno delle pluralità delle cause per cui lo stesso evento può essere determinato da più fattori (neoplasie, cardiopatie, diabete mellito, eccetera) e anche le modificazioni fisiopatologiche in anestesia non sono esenti da polifattorialità. Non fare propria una metodologia di questo tipo - anche se si è dei buoni teorici, brillanti nozionisti, forti del proprio sapere - significa, oltre a non cogliere appieno l'essenza del proprio lavoro, almeno due cose.

In primo luogo penalizzare la visione d'insieme rispetto alla dimensione del dettaglio (magari utilizzando una metodologia più intensivistica) con spreco di energie, tempo e risorse economiche o, peggio, con clamorose dimenticanze sulle quali ritengo opportuno glissare.

In secondo luogo anche se ci si muove all'interno dei criteri di sicurezza e degli standard operativi (protocolli, Linee-Guida, direttive di reparto, eccetera) non è sempre scontato che esista un solo unico modo corretto di procedere, anzi, frequentemente non c'è anestesista che conduca l'anestesia in modo perfettamente identico al collega. Talvolta possono essere solo piccole sfumature, altre volte le differenze possono essere radicali, e non è detto che per questo motivo il risultato finale debba ritenersi meno adeguato rispetto ad un altro (Valmassoi - Montanini). Benché io stesso esegua la maggior parte delle procedure codificate secondo le linee-guida delle società scientifiche personalmente ho sempre avuto una certa discrezionalità per la parola "protocollo" perché mi ricorda alcune ottusità tipiche delle "strategie a tavolino" o dei *download* che hanno la pretesa di essere seguiti pedissequamente. Inoltre, come riportano fonti più autorevoli del sottoscritto, va sempre considerato il fatto che le linee-guida spesso non considerano la realtà delle variabili individuali nella cura dei singoli pazienti (Cynthia M. Boyd 2005); infatti la loro applicazione acritica può comportare problemi nei pazienti con pluri-patologie, dove, ad esempio pur seguendo le linee guida per l'uso contemporaneo di più farmaci, si è più alto rischio di errori e ridotta adesione alle terapie. (Patrick J. O'Connors, 2005).

Avere "consapevolezza" di non essere portatore del Verbo, ma un instancabile cultore del dubbio (Cartesio *docet*) è anche questo, un piccolo passo avanti nella maturità professionale dell'anestesista. Non so se questi principi generali sono espressi chiaramente nei libri (io non li ho mai trovati), ma so che chi è padrone dell'arte (perché il nostro mestiere ritengo sia anche un'arte) li può ritrovare disseminati nella propria esperienza lavorativa.

Digressione II: Il punto di vista giuridico sulla (incertezza della) scienza.

A conforto dei detrattori del culto del dubbio, possono risultare interessanti le considerazioni dell'Avv. Roberto Loffredo (29/02/2008) di Venezia, estratte dal portale giuridico www.personaedanno.it e qui di seguito riportate.

*“ Come riconosciuto, la stessa Corte di Cassazione lascia aperti alcuni problemi, legati innanzitutto all'**incertezza della scienza**, soprattutto in settori come quello della medicina. Invero, i notevoli progressi compiuti dalla scienza hanno portato a nuove scoperte, ma i risultati ottenuti hanno altresì dimostrato i limiti del nostro sapere e l'erroneità di molte teorie che erano ritenute consolidate. Come sottolineato da Norberto Bobbio,*

“più noi sappiamo, più sappiamo di non sapere. Qualsiasi scienziato ti dirà che più sa e più scopre di non sapere. Credevano di sapere di più gli antichi, che non sapevano niente al confronto di quello che sappiamo noi. Abbiamo allargato enormemente lo spazio della nostra conoscenza, ma più lo allarghiamo più ci rendiamo conto che questo spazio è grande.”

Si pensi alla teoria quantistica, che ha rivoluzionato la fisica classica, determinando l'abbandono della causalità deterministica, pilastro delle teorie fisiche precedenti, a favore di teorie basate esclusivamente sulla probabilità. Nella meccanica quantistica lo stato e l'evoluzione di un sistema fisico vengano descritti in maniera intrinsecamente probabilistica. Heisenberg, uno dei padri della meccanica quantistica, affermò che

“attraverso la meccanica quantistica viene stabilita definitivamente la nullità (Ungültigkeit) del principio di causalità.”

In tempi recenti la teoria del caos ha rilevato che la maggioranza dei fenomeni della natura e dell'uomo non sono lineari e che non è possibile prevedere il comportamento a lungo termine di sistemi aperti, complessi, perché non sono perfettamente note tutte le condizioni ad ogni momento, incluse quelle iniziali, e l'incertezza aumenta col passare del tempo. Il famoso “effetto farfalla” (secondo cui il battito d'ali di una farfalla in Brasile potrebbe, a seguito di una catena di eventi, provocare una tromba d'aria nel Texas), sottolinea come nella maggior parte dei sistemi biologici, chimici, fisici, economici e sociali, esistano degli elementi che, apparentemente insignificanti, sono in grado, interagendo fra loro, di propagarsi e amplificarsi provocando effetti enormi. Questi elementi, e perché trascurati, e perché imprevedibili, e perché non individuabili, possono condurre a conclusioni errate. Nella moderna

epistemologia si è affermato che le leggi scientifiche non stabiliscono relazioni causali oggettive tra i fenomeni, ma descrivono solamente sequenze uniformi di eventi che devono essere sempre nuovamente verificate dagli osservatori. Secondo Karl Popper

“la scienza non è un insieme di asserzioni certe, o stabilite una volta per tutte, e non è neppure un sistema che avanzi costantemente verso uno stato definitivo. La nostra scienza non è conoscenza (epistème): non può mai pretendere di aver raggiunto la verità, e neppure un sostituto della verità, come la probabilità”.

*E' evidente quindi che non sempre la scienza è in grado di fornire con certezza una spiegazione causale ad un dato evento. Ed infatti sono poche le leggi scientifiche universali, che consentono di affermare che il verificarsi di un evento è invariabilmente accompagnata dalla produzione di un altro avvenimento e nulla vieta di pensare che tali leggi potrebbero in futuro essere messe in discussione da nuove scoperte. Nella maggior parte dei casi si dovrà far riferimento a **leggi di tipo statistico** che potranno solo dire che la realizzazione di un determinato fenomeno è seguito dal verificarsi di un altro accadimento in una percentuale più o meno alta di casi. E' evidente che le leggi statistiche da sole non possono essere sufficienti a dare una spiegazione causale di un evento e a sostenere poi una pronuncia di condanna. Come autorevolmente affermato, sarebbe come dire all'imputato che egli deve essere condannato perché è probabile che abbia commesso il reato. (R. Loffredo, 2008).”*

L'esempio dell'effetto farfalla, metafora spesso utilizzata dai teorici dei sistemi che per la verità mi crea un certo disagio, sta a sottintendere che in medicina la relazione “causa univoca – effetto certo” non è sempre riportabile a schemi univoci. Molto più corretto è fare riferimento a leggi di tipo statistico e probabilistico. Mi spiego. Per quanto concerne l'interpretazione di segni e sintomi in corso di anestesia è fuori discussione l'obbligo di conoscere e saperne individuare tutte le possibili cause. A complicare un po' il tutto però, non è escluso che l'azione correttiva operata dal medico, benché efficace, sia esattamente l'unica possibile o l'unica “corretta”. In altre parole, secondo la mia esperienza, uno stesso parametro (ovviamente se non meglio precisabile da valutazioni più approfondite) può dare adito a differenti interpretazioni da anestesista ad anestesista e non necessariamente, per lo meno non sempre, il diverso trattamento messo in atto da uno di questi può essere ritenuto scorretto rispetto all'altro o comportare problemi per il paziente. Mi riferisco chiaramente a finenze e sfumate variazioni (le più frequenti); è evidente che

modificazioni più grossolane non danno mai adito ad equivoco. Motivo per cui, personalmente, quando sono di fronte ad una qualsivoglia modificazione di un parametro apro il ventaglio delle possibilità interpretative a mia disposizione. Cerco di soppesare il mio giudizio in termini statistici dando priorità a scelte operative con più valenze comuni, operando scelte che possano essere utili per “più di una” delle possibili cause. Ovviamente dando la priorità a quelle più significative. Quindi procedo con manovre del caso o farmaci, che a questo punto utilizzo sempre a pieno dosaggio. Il tutto, naturalmente, correlato all'intervento chirurgico. Con questi semplici criteri, personalmente, difficilmente mi trovo in difficoltà. Sembrerebbe la scoperta dell'acqua calda ma non è così. Indubbiamente non è mia convinzione che questo sia Vangelo, anzi, non penso affatto che sia così per tutti, e come detto, rientra nella fisiologica variabilità tra un medico anestesista e l'altro. Vuole solo essere una segnalazione, degna in quanto tale di aneddotica considerazione. Per inciso, per un Giudice, questo criterio metodologico “probabilistico” non credo sia sempre così scontato. L'alea di una zona grigia dove il tutto e il contrario di tutto possono parzialmente coesistere non fa parte neppure della nostra mentalità pragmatica, del ragionamento scientifico come siamo abituati a considerarlo. Per cui trovo veramente molto interessante ed innovativo che le considerazioni estratte in questa Digressione siano opera di tutore del Diritto come l'Avvocato Roberto Loffredo.

Riflessione VI: Produttività

La produttività di ogni azienda, ospedaliera e non, dipende strettamente dal fattore tempo. In questo senso il tempo è una risorsa fondamentale e la funzionalità di un'azienda risiede anche nella sua capacità di saperlo gestire e l'azienda stessa è un fenomeno proiettato nel tempo attraverso i propri obiettivi.

E' altrettanto risaputo che il personale dipendente rappresenti probabilmente il costo maggiore per un'azienda.

Il tempo è un parametro su cui va calibrata la produttività del personale (ad esempio i tempi anestesilogici, chirurgici, infermieristici e altri) e quindi il suo buon utilizzo (efficienza) o il suo spreco (inefficienza) hanno un'incidenza maggiore in termini relativi sui costi (ad esempio dell'attività di sala operatoria).

Vale la pena di tornare, a questo punto, a riflettere sull'enorme importanza del personale infermieristico d'anestesia nel team di sala operatoria. Il suo ruolo, infatti, oltre che di supporto all'assistenza e di ausilio tecnico nelle situazioni

critiche - evenienza potenzialmente sempre possibile, anche in elezione - è una risorsa fondamentale nell'ottimizzazione dei tempi operatori di preparazione, assistenza, risveglio ed osservazione post-operatoria dell'ammalato, oltre che nella verifica delle attrezzature, preparazione e ripristino delle scorte di materiali e di farmaci.

In riferimento ad attrezzature, materiali, set monouso, eccetera, sarebbe anche molto interessante – prima di considerarne il costo in termini assoluti – valutarne l'incidenza reale che il costo di tali strumenti può avere da un lato sulla riduzione dei tempi di esecuzione della procedura, e dall'altro sulla maggior sicurezza del paziente in termini di complicanze, e di riduzione della degenza post-operatoria, che pure sono costi sensibili. Sono valutazioni molto difficili e non esenti da un conflitto d'interessi ma, a mia opinione personale è che il tempo necessario per l'attuazione di procedure in massima sicurezza sia un risparmio piuttosto che un costo; come si sa, un errore può costare molto al singolo (e all'Azienda Ospedaliera). Fortunatamente sono passati i tempi in cui il chirurgo mal sopportava l'attesa dovuta alle procedure anestesilogiche. Niente in confronto, tra l'altro, ai tempi prolissi (certo talora inevitabili) legati a particolari interventi chirurgici. Semplificando al massimo, la Produttività corrisponde al rapporto fra Input e Output.

Dal punto di vista più strettamente economico, se escludiamo l'introito aziendale derivante all'attività ambulatoriale e ai Servizi (ad es. Radiologia e Laboratorio Analisi), non andrebbe mai dimenticato che ai fini della produttività il lavoro dell'anestesista è forse il più strategico.

Salvo rare eccezioni, infatti - a fronte di una relativa economicità dei materiali e dei farmaci - l'attività anestesilogica è tra le più remunerative perché consente l'esecuzione di interventi anche con alto DRG (*Diagnosis Related Group*: parametro di produttività delle prestazioni mediche, collegato alla durata della degenza, attraverso il quale avviene il rimborso da parte della Regione). I DRG prodotti dall'attività anestesilogica, infatti, bilanciano passività di altre Unità Operative - anche fondamentali e strategiche – quali la rianimazione, il pronto soccorso, che per loro natura sono più caratterizzate da costi elevati e non hanno prestazioni ad elevato rimborso. A scalare, in questa logica “crudele” di quantificazione della produttività, chi più chi meno, si collocano tutte le altre Unità Operative non-chirurgiche, specialmente se più dedicate a malati meno gravi. Ovviamente senza giudizio di merito qualitativo o importanza alle altre branche specialistiche non-chirurgiche qualunque esse siano. Solo in questo senso a mio avviso l'attività anestesilogica è da ritenersi strategica nell'economia globale di un'azienda ospedaliera. Come accennato in Prefazione, oggi più che mai gli ospedali sono centrati sul trattamento dei malati acuti ma non per questo i pazienti

sub-acuti o affetti da patologie croniche non trovano spazio di trattamento in ambito ospedaliero. La politica (economica, quella etica rimane) che sottintende le scelte strategiche di un'Azienda Ospedaliera è quella di ottimizzare i costi riducendo al massimo (possibile) gli sprechi, sempre a rischio nell'economia sanitaria.

Tutto ciò è reso possibile attraverso le scelte organizzative aziendali (del Top Management), attraverso l'efficienza delle Unità Operative coinvolte di Anestesia-Rianimazione e delle Unità Operative Chirurgiche (del Middle Management) ed è tarato sulla efficienza ed efficacia potenziali all'interno delle attività (organizzazione dell'attività ambulatoriale, numero di posti letto, organico anestesilogico e chirurgico, infermieristico di sala operatoria e di reparto, ottimizzazione delle procedure, eccetera).

In sostanza la Produttività dipende: dall'indirizzo dato dalla Regione (obiettivi aziendali dei Direttori Generali), dal bacino di utenza, dalle capacità manageriali dei direttori delle Unità Operative di Anestesia e delle varie chirurgie e, non da ultimo, dalla qualità dei Collaboratori che questi responsabili si trovano a dover gestire (anestesisti e chirurghi). Come noto un incremento di produttività non comporta parallelamente un incremento della qualità nel servizio, anzi. Ovviamente la Specialità in Anestesiologia e Rianimazione non mira a danneggiare il paziente ma al contrario va sottolineato il fatto che è sempre molto attiva la ricerca di nuovi strumenti per correlare la produttività alla qualità. (P.R. Freund). Indubbiamente dobbiamo acquisire anche queste competenze se vogliamo elevare lo standard della qualità - reale e percepita - della nostra professionalità e la sicurezza per il paziente. Il ruolo dirigenziale del medico anestesista sta anche, a mio avviso, nel divenire competente anche in questo ambito, coniugando gli obiettivi aziendali con le esigenze cliniche (ed umane) del malato e con le proprie aspettative di continuo miglioramento. Occorre mirare ad un continuo miglioramento della pratica medica in ogni campo (anche quelli gestionali, sindacali, ecc.) perché una fase di stallo comporterebbe una regressione e in tutto ciò le scelte politiche della Direzione Generale possono avere un ruolo determinante. Ma andando oltre al discorso qualitativo di ottimizzazione delle risorse, dobbiamo sapere che penalizzare numericamente l'organico anestesilogico non paga, anche perché - come noto per via del blocco del turn-over da qui al 2014 - nei prossimi anni andremo incontro ad una pericolosa carenza di medici (circa 12mila), di cui i primi a sparire saranno gli Anestesisti-Rianimatori (L. Grion 2011).

Riflessione VII: Occorrente.

Come del resto per il chirurgo, per fare di un medico un buon anestesista non basta il tempo (molto), lo studio (molto) e l'aggiornamento (continuo), occorrono alcune qualità e un po' di fortuna.

Innanzitutto è necessaria la fortuna di trovare uno o più maestri che sappiano trasmettere, oltre l'approccio accademico della materia, anche una metodologia che mostri un'alternativa (ove il caso) per andare oltre la meccanicità e la ripetitività insite nella professione.

Occorre anche la fortuna di non incorrere in errore: è noto che in 20 anni di lavoro un medico ha l'80% di probabilità di essere accusato di errori, secondo le statistiche del Sole24OreSanità (2 Marzo 2005).

Occorre curiosità ed interesse (chi non chiede spesso sbaglia) e confronto (collegli esperti, frequenza in altri centri specialistici, eccetera).

Occorre senso etico (sia con il malato che con i suoi familiari e con i colleghi), senso critico e autocritico.

Occorre manualità (delicatezza!) e umiltà nell'imparare sempre da tutti. Occorre, come già detto, imparare soprattutto dagli errori (propri ed altrui) e, prima o poi occorre imparare ad avere il coraggio di decidere e di agire in prima persona (assumersi la responsabilità). Anche il coraggio in un certo senso è una virtù dinamica, di equilibrio nel giusto mezzo.

Il giusto mezzo: il coraggio rappresenta dunque il giusto mezzo nell'ambito della paura e dell'ardimento. Chi, infatti, eccede nell'ardimento vien detto temerario, chi invece teme troppo vile.

(S. Natoli, 2010)

Occorre tener viva la motivazione professionale perché se dopo qualche anno, nonostante l'impegno personale si ha l'impressione di "girare a vuoto", se non si riesce a recuperare una dimensione gratificante, forse può aver senso cambiare sede di lavoro. Quando questo avviene con l'auto-licenziamento (attraverso la mobilità, il trasferimento ad altro Centro, il pre-pensionamento, ecc.), managerialmente parlando, purtroppo denota un'unica cosa: il fallimento nel suo ruolo di leader del Direttore di Unità Operativa (I.E.M.S.S., 1998). Ma, a cascata, è anche causa di disfunzione organizzativa perché costringe il sistema a ricercare un nuovo equilibrio di buona efficienza (con un dispendio economico). Dal punto di vista del singolo - anche se significa ricominciare *ex novo* presso un'altra struttura - cambiare ospedale può divenire un fatto positivo. Perché può consentire di confrontarsi con casistiche nuove, con chirurghi diversi, con realtà lavorative differenti *in toto*, stimolare l'autocritica e

modificare eventuali stereotipi comportamentali o convincimenti lapidari. In altre parole cambiare ospedale per un medico aiuta la crescita e la formazione di un'esperienza più solida, più apprezzabile, magari con nuove gratificazioni professionali.

Talvolta all'interno dell'équipe occorrerebbe una guida "non-tecnica", o meglio, un professionista che non sia un anestesista. Secondo alcuni, ad esempio, una guida potrebbe essere psicologica, potrebbe fornire una sorta di supervisione esterna ed un aiuto sulle dinamiche dell'équipe, come i supporti per i gruppi di professionisti che si occupano di cure palliative. Nel nostro lavoro abbiamo a che fare con il paziente - talora per svariate cause in situazioni stressanti, - ma non necessariamente con il suo disagio psichico. Tuttavia però la problematicità della malattia e gli aspetti esistenziali della sofferenza emergono, talora in modo significativo.

Secondo chi scrive potrebbe risultare più utile una guida di altro tipo. Potrebbero essere molto più stimolanti (e forse più accettabili), percorsi formativi di tipo "umanistico" che agevolino un ampliamento dei tradizionali orizzonti anestesiológicos, integrandoli con altre chiavi di lettura, patrimonio di altre discipline. Come ad esempio si potrebbe riflettere sul senso dell'essere medico tra le fragilità dell'esistenza umana ed il pressare dei ritmi imposti dalla produttività, sulla ricerca della verità, su ciò che è necessario o giusto (ad esempio, per domandarsi più di frequente cosa sia giusto fare o non fare), sulla creatività nell'imparare ad abitare la propria dimensione antropologica oltre a quella strettamente anestesiológica, esplorando, ma anche superando i territori della bioetica. Quante volte avremmo bisogno di conforto e di "consulenza" per decisioni complesse e di maggior tempo per decidere. Queste non penso siano considerazioni prive di utilità, talora se ne scopre la loro importanza a posteriori, magari dopo una contestazione da parte del paziente. Forse sono attenzioni che possono fare la differenza in più occasioni di quanto si creda, ed è proprio in questo senso potremmo intendere la presenza di una guida formativa.

Fortunatamente la Medicina, oltre ai "danni della medicalizzazione" (Ilic 1976), sta prendendo coscienza di non bastare più a sé stessa e si sta aprendo ad altre dottrine fondamentali come la Filosofia e la Pedagogia non nell'intento banale di recuperare l'antica ispirazione originaria, ma come nuova sfida evolutiva. Da un po' di tempo a questa parte - direi sempre maggiormente - nei congressi si vedono affiorare illustri relatori di estrazione umanistica che apportano contributi centrati sulla Persona (rapporto medico-paziente *in primis*) con aperture di tipo filosofico, pedagogico, sociologico, giuridico, ed altro ancora. Il nostro lavoro può essere assimilato ad una relazione d'aiuto? Probabilmente sì, e se è così, va strutturato anche con conoscenze che attingono alle discipline

umanistiche di cui sopra. Siamo un po' in ritardo, a parer mio e non è più accettabile lasciare scorrere il tempo. Non è giustificabile la pigrizia culturale, se non si vuole veramente diventare obsoleti o venir sostituiti (o integrati) da altre figure professionali, magari infermieristiche, spesso più motivate e lungimiranti del medico nell'innovazione formativa.

Riflessione VIII: Moneta di scambio.

Quanto “costa” (esistenzialmente parlando) oltre al fatto di essere anestesista, essere pienamente consapevole di quel *plus* di cui trattato sinora?

Una delle cose più difficili è come apprezzare pienamente il tuo operato. In verità, cercare di imporre ad altri il rispetto per sé, non è necessario; come per l'onorabilità, è cosa implicita. Schopenhauer ad esempio afferma che esso è un valore che non necessita di essere esibito ma che rappresenta una caratteristica (implicita) che viene attribuita dagli altri.

“L'onore pubblico esige inoltre che chi lo possiede, con riguardo ai suoi colleghi e ai suoi successori, tenga alto il rispetto per la carica stessa, sia adempiendo puntualmente ai propri doveri, sia non lasciando impuniti gli attacchi contro di essa e sé medesimo in quanto la esercita, per esempio le insinuazioni secondo cui egli non svolgerebbe scrupolosamente il suo dovere, o non eserciterebbe il suo ufficio a vantaggio del bene comune... Sottospecie sono l'onore pubblico del funzionario statale, del medico, dell'avvocato...”

Nell'inconscio collettivo è comune l'opinione che l'anestesista sia forse più importante del chirurgo. Questo è quello che l'anestesista si sente dire molto spesso dal paziente prima di essere addormentato, ma non va preso troppo alla lettera, anche perché la relazione con il paziente, particolarmente prima di un'anestesia, è troppo asimmetrica per essere ritenuta incondizionata. Il fatto curioso che investe la categoria anestesilogica, però, è - in un certo senso - il problema sia forse l'opposto. Ovvero, benché il saper utilizzare farmaci potenti come quelli dell'anestesia renda sicuri di un certo “potere” sul controllo delle funzioni vitali e sullo stato di coscienza (ovviamente in termini di protezione) è possibile tuttavia incontrare colleghi che nutrono una scarsissima autostima o si comportano come se non ne avessero totalmente. Naturalmente non è possibile generalizzare e non vogliamo scadere nel qualunquismo, tuttavia questo problema di scarsa consapevolezza di sé esiste, ed è più frequente di quanto si possa credere.

Imparare ad apprezzare il proprio operato è educativo, per sé stessi e per gli altri colleghi, e ha inizio nel momento in cui, consapevolmente, si cessa di

minimizzarlo. Ancora più educativo è avere sempre l'ambizione di voler raggiungere "qualcosa", di voler accrescere le proprie conoscenze e capacità, avere degli obiettivi propri da perseguire e possibilmente alti... perché no?

Il significato di un uomo non va ricercato in ciò che egli raggiunge, ma in ciò che egli vorrebbe raggiungere.
(Kahlil Gibran)

Fare questo non significa necessariamente doverlo enfatizzare, significa piuttosto, a mio avviso, renderlo meno scontato, meno ovvio, meno implicito, meno nell'ombra. E' possibile, ad esempio, nutrire l'ambizione di imparare tecniche particolari collegate a specifiche esigenze chirurgiche specialistiche. Il desiderio di migliorare, specialmente se è su spinta interiore propria oltre che dettata esigenze locali, può rappresentare un qualcosa di estremamente qualificante e dovrebbe sempre comportare requisiti negoziabili (anche economicamente). Per contro esistono tra noi anestesisti-rianimatori (anche senza reali distinte capacità professionali) molti colleghi che oltre ad avere un'altissima concezione della professionalità, hanno un notevole concetto di sé. Buon per loro forse, se ciò non nasconde altre debolezze. Può essere di stimolo per gli altri colleghi. Anche una sana competizione fa crescere se non è conflittuale.

Genericamente parlando è abbastanza insito nella categoria medica, un po' per effetto della formazione positivista universitaria (cfr. Comte), ritrovare una più o meno spiccata tendenza all'autoreferenzialità. Da questo rischio quasi nessuno di noi medici è immune (almeno all'inizio della carriera) salvo poi, confrontandosi con la realtà clinica, incontrare momenti di frustrazione e situazioni alle quali non si era sufficientemente preparati: sofferenza, morte, fallimento delle cure rispetto alle proprie aspettative e via dicendo. Converrebbe imparare a rivedere in modo più obiettivo, onesto e disilluso il sussistere di limiti nonostante il continuo progresso della scienza medica, quando poi non subentrano anche i limiti economici (Callahan). E' normale quindi che anche l'anestesista (come chiunque) possa subire la "tentazione positivista" nascondendo però dietro al rifugiarsi nelle certezze (che così sicure non sono) il fragile bisogno di ancorarsi a queste.

Riflessione IX: Sicurezza di contesto.

Della sicurezza del paziente in anestesia si è ampiamente parlato nelle pagine precedenti ma può valere la pena spendere alcune parole sul concetto di sicurezza in anestesia *per* l'anestesista; in altre parole della sicurezza nel contesto in cui un anestesista esercita la sua professione. Beninteso, non è mia intenzione entrare nel merito della Legge 626 o dei criteri sanciti dagli Standard di Sicurezza Ministeriali, dalle società scientifiche o dalle Unità di Risk-Management aziendali, Voglio restare sul piano di una discussione (semi)esistenziale. Per far ciò mi torna utile fare un'altra brevissima digressione, questa volta nel campo delle Cure Palliative.

Non è raro che un anestesista - in quanto particolarmente esperto di farmacologia e tecniche algologiche - decida di occuparsi di Terapia del Dolore e/o di Cure Palliative. In particolare, la formazione nelle Cure Palliative richiede un percorso molto impegnativo all'interno del quale, tra i concetti che vengono maggiormente ribaditi, l'obiettivo prioritario è la costante attenzione alla qualità della vita del paziente. Se l'insegnamento delle Cure Palliative viene impartito onestamente (com'è capitato al sottoscritto), senza enfasi, prima ancora della qualità della vita del paziente ti viene insegnato di aver cura della *tua* qualità di vita (con ferie, svago, riposo, eccetera), attenzione che per i più, fortunatamente, è consueto avere. Per i più, per il sottoscritto non è sempre stato così. Ma questa è un'altra storia...

Ma cosa vi è di affine tra il concetto della propria sicurezza e della propria qualità di vita? Forse semplicemente il fatto che l'attenzione alla sicurezza del paziente in anestesia non è totalmente disgiunta dall'attenzione alla propria di sicurezza. Tentare di tradurre nella pratica questo concetto non è così artificioso come può sembrare e possiamo provare a farlo cercando di tracciare dei "confini di comportamento". I confini tra efficienza, disponibilità, senso del dovere, collaborazione, desiderio di compiacere, fretta di finire e rischio di errore sono spesso sfumati e i ritmi di lavoro possono diventare una pericolosa occasione per il verificarsi di errori e/o di complicanze evitabili. Questo purtroppo può avvenire già anche nella fase organizzativa - preparatoria e/o di valutazione pre-operatoria con omissioni che se sottovalutate (per i motivi comportamentali di cui sopra) possono portare a spiacevoli conseguenze, soprattutto nella fase intra (o post) operatoria. Per capire questo concetto torna utile la metafora di Reason del formaggio svizzero e in tal senso parla chiaro anche l'art. 40 del Codice Penale che, declinando sulle responsabilità omissive

recita “non impedire un evento che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.

Lungi da noi, in questa sede, l’intenzione di addentrarci nell’ambito giuridico, tuttavia in alcune circostanze il dubbio (su cosa sia meglio fare o su cosa si debba decidere) rimane, anche se con il consenso del paziente. Ovviamente una complicanza subita dal paziente, ancorché banale, è sicuramente un’evenienza negativa *per* il paziente, ma forse non lo è mai proprio solo per lui, almeno moralmente parlando. Come più volte ribadito, gran parte del lavoro dell’anestesista è fatto di prevenzione delle complicanze, quando però qualcosa sfugge, magari per cause che non è possibile ricostruire al momento, il danno non è solo per il paziente ma è un danno per il sistema e ne rimane traccia nella memoria storica dell’ospedale (delle persone) al di là del fatto che vi sia stata o meno richiesta di rivalsa da parte del paziente. Credo che si possa proprio parlare di memoria storica perché, come in una famiglia, chi arriva “dopo” (come il neoassunto in ospedale) viene messo al pari della storia pregressa (direi più dell’evento funesto che dell’evento felice).

In questo senso la sicurezza del paziente in anestesia non prescinde dalla sicurezza del sistema, all’interno del quale l’anestesista - oltre ovviamente a rivestire il ruolo di operatore – moralmente può sentirsi anche “vittima”, in quanto coinvolto in un evento magari causato dalla negligenza altrui (eventualità nota in Giurisprudenza come cooperazione colposa).

Sono note infatti sentenze in cui è stato riconosciuto colpevole, oltre al medico che aveva prodotto il danno al paziente, anche il medico che ne aveva fatto la valutazione anestesilogica. Altrettanto dicasi per quanto attiene al periodo post-operatorio in cui la vigilanza la responsabilità sulla salute del paziente coinvolgono anche il capo dell’équipe medico chirurgica (Corte di Cassazione penale sentenza 12275/05 del 08/02/2005).

Riflessione X: Percezione del proprio operato.

Muovendo dalla distinzione aristotelica tra l'agire e il fare mi sono perciò chiesto fino a che punto, in tutto il "nostro darci da fare", siamo davvero titolari delle nostre azioni oppure semplici elementi impersonali di una serie causale di cui non intravediamo né l'inizio né la fine. Ora, per Aristotele, "agire" vuol dire eleggere fini, dare senso e direzione alle nostre azioni, mentre "fare" significa produrre o eseguire prestazioni, il cui criterio di valore è, semplicemente, "ben fatto" o "fatto male".

(S. Natoli, 2010)

Lavorare stanca. Tutti. Anche l'anestesista. Più volte mi è capitato di pensare, dire e sentir dire: *chi me l'ha fatto fare?, quasi quasi cambio mestiere!*, eccetera. Probabilmente questo dilemma non è tipico unicamente del vissuto dell'anestesista.

Io considero il lavoro del medico un vero "operato" inteso come rappresentazione dell'agire, il moto con un fine di senso. Questo senso è continuamente da ricercare, anche nel proprio lavoro. Il lavoro diviene un "fare" in questo tentativo di attribuzione di una connotazione più concreta dei termini. Eppure è riduttivo pensare all'*homo faber* unicamente come chi è dedito ad attività manuali. Si pensi, ad esempio ad Igor Stravinskij, più che musicista o compositore, Egli amava definirsi con estrema modestia *homo faber* connotando nel "lavoro" quotidiano l'essenza quasi artigianale della propria attività di musicista. (I. Stravinskij, 1947).

Chi svolge un lavoro manuale vero e proprio alla fine della giornata è certamente stanco ma soddisfatto perché può vedere il frutto della propria fatica, può pesarlo, può contarlo, può inscatolarlo, può stiparlo, eccetera. Se fortunato può anche venderlo! Il medico anestesista (come il medico in generale) no, o non in questi termini. L'anestesista è più un prestatore d'opera (generalmente sottopagata) complementare all'attività del chirurgo; naturalmente il suo valore intrinseco è sottinteso, ma non è questo il punto. Il punto è: perché ci si sente stanchi? Ovviamente perché si è lavorato, e il lavoro dell'anestesista (benché sedentario) richiede molte energie e non solo per fronteggiare l'eventuale stress; non sempre (fortunatamente) sono presenti condizioni stressanti da gestire.

Tornando al collegamento lavoro-stanchezza-percezione del proprio operato, il lavoro di sala operatoria svuota di molte energie, principalmente a causa della costante concentrazione ed attenzione necessarie, anche se, fortunatamente, esistono intervalli con la possibilità di una "pausa caffè" o "pausa thè"...

E' possibile che in alcuni momenti la soglia di attenzione necessaria all'équipe di sala operatoria permetta anche di parlare di amenità (pur mantenendo la

necessaria attenzione) non infrequentemente anche con il paziente in corso di anestesia loco-regionale. Questa modalità di vivere il proprio lavoro, se non è inopportuna in quel momento, non solo non inficia la qualità del lavoro, ma aiuta ad alleggerirne la fatica.

Quando si vive la maggior parte della propria giornata (ovvero della propria vita) in ospedale una battuta o un commento sul goal del Milan o sul film della sera prima non solo non impedisce di lavorare bene, ma lo rende più umano ed è una cosa percepita come distensiva anche dal paziente se fatto partecipe.

Percezione diffusa resta soprattutto quella che, più che il lavoro in sé, ciò che è più stancante (come per tutti) è il lavorare male, senza adeguato riscontro né riconoscimento ma per consuetudine, senza un prima, un dopo e un perché. Non basta saper respirare e saper infilare un tubo in trachea per essere anestesisti, purtroppo è proprio chi la pensa in questo modo ad essere obsoleto, a mio modesto parere, e fortunatamente è opinione che non fa testo.

In tal senso, fatto salvo il fatto che ciascuno debba imparare ad essere propositivo e non solo critico, è importante che impari a ricercare anche in sé un senso de proprio lavoro, l'orizzonte che si prefigge. Tuttavia rimane fondamentale il ruolo di controllo, armonizzazione e progettazione del direttore di Unità Operativa.

Chi non punisce il male, comanda che si facci.
(Leonardo da Vinci)

III Parte

Il Management: strumento di consapevolezza?

Non siamo tutti uguali. Forse neanche le pecore sono tutte uguali per il pastore accorto. E comunque, non siamo pecore.

La leadership è la capacità di guidare risorse umane impegnate al conseguimento di obiettivi in una determinata situazione.

(Hersey e Blanchard)

Esistono svariati stili di leadership che dipendono in larga misura dai tratti della personalità e dalle caratteristiche individuali del leader. Secondo alcune Scuole di Formazione Manageriale (I.E.M.S.S.) almeno una ventina, e ciascuno di questi stili può conseguire più o meno successo (o insuccesso se non viene corretto) e quindi, a loro volta, possono risultare più o meno efficaci (o inefficaci). In tal senso anche il responsabile di una Unità Operativa dovrebbe avere come requisito specifico quello di essere adeguatamente formato al ruolo di direttore che riveste. Oggigiorno in qualsiasi settore privato non è più accettabile (e non dovrebbe esserlo nel pubblico) che un direttore - fatto salva la competenza professionale - non sia adeguatamente formato per rivestire il ruolo organizzativo e non venga verificato (sostanzialmente e non solo formalmente) sulle proprie attitudini gestionali. Forse fanno eccezione quei casi di leader particolarmente “dotati”, “illuminati” o se vogliamo “carismatici”, che però in ambito sanitario non capita frequentemente di incontrare. Le competenze manageriali – che sono finalizzate al raggiungimento di obiettivi - sono indispensabili per far crescere tutti i componenti di un gruppo, in base al proprio grado di maturità tecnico-operativa e relazionale, ciascuno con le proprie potenzialità, diverse ma non fossilizzate o cronicizzate in limiti neglienti. Anche se – restituendo a Cesare ciò che è di Cesare, e a Dio ciò che è di Dio – la buona riuscita di questo processo, l'efficacia di questo lavoro del direttore non è indipendente dallo staff di collaboratori che si troverà a dirigere. La maggior parte dei collaboratori uno non se li sceglie, ma se li ritrova e, onestamente, in alcuni casi non sempre c'è la “stoffa” adeguata e sufficiente per fare il vestito della foggia che si vorrebbe, nonostante il buon corso di taglio e cucito frequentato.

Tuttavia, a regola - e proprio in base alle differenze che si ritrovano tra i vari collaboratori - diverso sarà lo stile di leadership attraverso cui il direttore si

rapporterà con i vari dirigenti (compiti chiari, coerenti con il ruolo, differenziati e concordati). Solo su questa base è possibile al leader, da un lato attuare le verifiche e le valutazioni dei singoli dirigenti, e dall'altro abbattere eventuali conflittualità tra dirigenti e/o disagio per attribuzione di mansioni non adeguate alle possibilità del singolo.

Il percorso virtuoso in cui il dirigente dovrebbe essere accompagnato a crescere dal proprio direttore non avviene spontaneamente solo con il passare del tempo come la caduta dei capelli, la crescita della pancia o la comparsa delle rughe, si sviluppa attraverso quattro fasi di maturazione la cui durata varia da persona a persona e che schematicamente, secondo Hersey e Blanchard sono le seguenti:

- M1 prescrizione (*“devi fare questo”/“devi farlo così”*),
- M2 motivazione (*“perché devo farlo?”*),
- M3 coinvolgimento (*“con chi posso fare questa cosa?”*),
- M4 delega (*“ti vuoi occupare di questo per conto mio?”*).

La motivazione dei collaboratori non è un *optional*, un lusso, ma è l'essenza del management. Essa non può essere riposta unicamente nella soddisfazione economica, sia pur auspicabile, ma in grado di motivare solo quando altri fattori sono già riusciti ad indurre l'individuo ad assumersi la responsabilità e le altre istanze sono soddisfatte. Lavorare per obiettivi non può dare risultati se non si raggiunge un livello medio-alto di maturazione (M3) dei propri collaboratori. La Delega è il *top* dello sviluppo del dirigente e dovrebbe essere l'obiettivo del direttore. Per inciso forse non è superfluo ribadire che la delega va intesa riferita ai dirigenti medici, non al personale infermieristico (caposala o coordinatore che sia), specialmente se assegnata per funzioni di controllo, coordinamento o di supervisione sul lavoro di medici. Gli Infermieri Professionali, per quanto emancipatisi dal mansionario e laureati - hanno altre importantissime, qualificatissime e nobilissime funzioni, squisitamente assistenziali, di prossimità al malato. Hanno anche significative funzioni dirigenziali (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale), ma sempre in funzione del personale infermieristico e di supporto.

La delega non è per nulla una declinazione di ruolo del direttore o una sua rinuncia al potere decisionale né alla propria responsabilità organizzativa; all'opposto la delega (cui va assegnato un “premio”, un riconoscimento, al raggiungimento dell'obiettivo) da un lato è uno strumento di responsabilizzazione del dirigente e dall'altro permette al direttore di meglio svolgere le proprie funzioni manageriali (pianificazione, organizzazione,

staffing, direzione, verifica). Purtroppo - come spesso avviene oggi non essendo obbligatoria la formazione manageriale - è tutto lasciato all'intelligenza, alla "sensibilità gestionale" e alla buona volontà del singolo leader di seguire o meno percorsi formativi, pena l'inevitabile calo di efficienza, l'aumento dei conflitti o l'omologazione del gruppo (verso il basso, naturalmente). In altre parole tutto il gruppo rimane a livello di M1 (direttore di Unità Operativa compreso) e il direttore si distingue dal gruppo solamente in base al fatto che lui è l'erogatore di disposizioni (anche non necessariamente in modo autoritario) e il gruppo ne è il mero esecutore. In altre parole finché si rimane al livello del *chi fa che cosa*, si è sostanzialmente al livello di M1. Questo gruppo non sarà mai pienamente efficace ed efficiente nel raggiungimento degli obiettivi, vi sarà notevole spreco di energie e risorse, vi sarà stress nei collaboratori, conflittualità fra di essi e con i chirurghi, demotivazione ed infine (ciliegina sulla torta) maggiore facilità di incorrere in errore.

Digressione III: Logistica - Spazi.

Prima di avviarmi alla conclusione, metaforicamente direi che per "esistere", come ben sanno i Popoli oppressi, bisogna (anche) avere un territorio proprio. Certo, non che gli anestesisti appartengano ad un popolo oppresso, ma, ad esempio (altra differenza con i rianimatori) terminata l'attività di sala operatoria, essi non hanno un luogo dove andare - se non a casa o in rianimazione.

In realtà, oltre a tutta la consapevolezza che possiamo essere in grado di concepire, di mettere in campo, di conquistare, oltre alle strategie di management e tutto quanto finora detto, esiste, a mio avviso, anche la necessità di avere un "proprio territorio", uno spazio dignitoso in cui stare all'interno della struttura ospedaliera.

Certo, la sala operatoria è il nostro campo d'azione e quindi il nostro territorio ma, in un certo senso, lì siamo ospiti (come i chirurghi), e comunque presenziamo uno alla volta. Altra cosa è avere un luogo - come gli altri medici hanno nel proprio Reparto ove sia possibile confrontarsi, riunirsi, guardarsi in faccia, studiare, leggere, fare qualche ricerca su Internet, elaborare progetti, magari anche "ricaricare un po' le pile" prima di fare altro (visite preoperatorie, controllo degli operati, recarsi in sala operatoria, eccetera). Dovrebbe essere un luogo attrezzato, non un passaggio o ricavato da altre stanze, un luogo in cui soggiornare (esistere?), in cui degnamente (e

produttivamente) stare... una sorta di Studio Medico per intenderci, perché no?

Conclusione aperta. Quali prospettive future possibili?

Quali sono le opinioni e le informazioni che la gente comune ha sui vari tipi d'anestesia? Per rispondere a questa domanda occorre fare alcune brevi considerazioni. E' nella natura umana (e intrinseco dei media) non essere particolarmente interessati alle normali notizie positive ma essere maggiormente attratti dal resoconto di eventi negativi. Tendenzialmente questi racconti ci giungono non attraverso le fonti ufficiali ma attraverso dubbi mezzi di (dis)informazione più o meno retti dalla caccia allo *scoop* e dediti al sensazionalismo. Certo, anche il tam tam fa notizia, ma molti pregiudizi sull'anestesia ancora oggi rimangono radicati nel conscio e nell'inconscio collettivo ed alimentano paure che vanno ben oltre la reale "pericolosità" di un tipo d'anestesia piuttosto che dell'altro.

Un primo esempio. Quante volte è capitato a ciascun anestesista di porre l'indicazione all'anestesia spinale e vederla respingere con vivace preoccupazione da parte del paziente. Cercando di capire le motivazioni sottostanti solitamente ne emergono di molteplici ma riconducibili alle seguenti giustificazioni:

Una prima: *ho sentito dire che è molto dolorosa.*

Da chi? *da un mio amico che lo ha sentito da Tizio.* (Frequentissimo!)

Oppure, *da mio marito a cui non sono riusciti a farla.* (Un po' meno frequente, ma possibile).

Oppure, *ho già provato e non sono riusciti.* (Raro, ma non rarissimo, e per lo più in un altro ospedale...)

Un'altra ancora, *ho paura di restare paralizzato.*

Oppure, *ho provato ma mi ha dato molto fastidio la sensazione di non sentire la metà inferiore del corpo.* Direi che, fra le precedenti, quest'ultima è la più comprensibile, la più razionale. Per contro, la stragrande "maggioranza silenziosa" è quella di chi l'ha già sperimentata e che, oltre ad accettarla, la richiede espressamente in caso di una seconda necessità. La cosa strana è che queste persone difficilmente vengono a contatto con i "diffidenti" di cui sopra, con i disinformati estranei al mestiere. Certamente non è compito della persona comune attuare un'informazione scientifica, ma quello che stupisce è che comunque la sicurezza di molte procedure, tra cui l'anestesia spinale (sinonimi: anestesia subaracnoidea o subdurale), non faccia mai notizia, almeno secondo la mia esperienza. Per inciso, dove per altro esiste una buona

informazione, come nel campo della parto-analgesia, l'altra tecnica sorella che è il blocco (anestesia) peridurale (sinonimo: epidurale, extradurale) viene tranquillamente prediletta e richiesta per il parto indolore.

L'altro versante delle paure inconse (manco a dirlo) è abitato dalla schiera di pazienti timorosi di non svegliarsi più in seguito ad un'anestesia generale, ma quando spieghi (con dati statistici e senza paternalismo) che tale evenienza, nella routine dell'elezione, è inferiore di 1:200.000 anestesie, solitamente ogni ansia di placa.

A mio modesto parere direi, per concludere, che le direzioni verso cui si può sviluppare un'immagine rinnovata dell'anestesista sono molteplici, non solo all'interno della nostra categoria, ma anche mi auguro, fra la gente comune.

Non come superfluo vezzo estetico o per voler fare il "non-convenzionale", il "diverso" a tutti i costi. Ritengo semplicemente che, alla luce dell'esperienza personale (fatta anche di ricerca sulla persona e sul senso di ciò che la professione dell'anestesista-rianimatore può offrire a me e all'altro), sia doveroso (e specifico compito con un sano atteggiamento da ricercatore) percorrere altre possibili strade. Occorre seguire indirizzi di sviluppo per una miglior conoscenza e consapevolezza comune del patrimonio anestesilogico, non solo con una prospettiva scientifica.

Mi rendo pienamente conto che oggi la parola "percorsi" sia piuttosto inflazionata, ma ove questo non è tecnicamente previsto (come lungo la formazione universitaria) l'itinerario diventa anche interiore, quasi un ampliamento di competenze, di abilità. Attingendo alla terminologia delle Cure Palliative potremmo dire allargando le nostre *skills* di tipo *high tech* ad altre di tipo *high touch*.

E a questo proposito come non fare proprie le affermazioni di Salvatore Natoli nel suo recente saggio sul *Buon Uso del Mondo*?

Direi che il suo pensiero sintetizza ottimamente quello che, non solo il sottoscritto ma molti di noi intuiscono da tempo e che ho provato ad abbozzare in questa trattazione:

Ho preso atto che viviamo in una "società delle abilità" e non in una "società delle virtù", e mi sono reso conto che, come vado dicendo da tempo, per scoprire chi siamo, per preservare la nostra identità, sono necessarie le virtù, intese però nell'accezione greca del termine, e quindi certamente come "abilità", ma soprattutto come "abilità a esistere", come capacità di darsi stabilità e consistenza nell'indeterminatezza del mondo. In breve, come capacità di "inventarsi" la vita. Se ne sente la mancanza e, infatti, le virtù stanno riaffiorando. Ma per acquisirle compiutamente è necessario un ripiegamento su di sé: costituirsi come "punti di resistenza" a fronte di una società che frantuma l'identità del nostro "io", lo divide e lo moltiplica a seconda delle prestazioni che ci vengono di volta in volta richieste.

(S. Natoli)

Certo, forse un abbattimento di molti pregiudizi che venisse da una miglior conoscenza del “mondo anestesilogico” e conseguentemente una maggior trasparenza di esso, potrebbe anche arrecare un certo disagio ad alcuni. Pensiamo alle assicurazioni, sempre più attive nella ricerca (Risk Management) nel nostro ambito e sempre meno disposte a tutelarci o a farlo a caro prezzo. Se pensiamo che anche le assicurazioni si sono “evolute” nell’Ingegneria delle Assicurazioni, si può capire di che tipo di ritardo (d’immagine) stiamo parlando nei confronti dell’aggressività del mercato. Certo, la nostra *mission* è un’altra, non è una *mission* commerciale, ma snobbare chi ci osserva, ci studia e ci commenta e magari ci amministra può diventare penalizzante per tutta la categoria.

Senza peraltro inventarsi “l’Ingegneria dell’Anestesia”, decisamente un *nonsense*, si potrebbe proporre ad esempio la qualifica “allargata” dell’Anestesiologo (per altro già utilizzata da alcuni) quale “cultore della disciplina anestesilogica”; una qualifica più estensiva, morbida. Con questo ampliamento forse l’Anestesista-Rianimatore allontanerebbe quel timore diffuso delle persone comuni espresso dalla frase: “*Sono contento di conoscerti ma spero di non aver mai bisogno di te!*”. Chi di noi non se l’è mai sentito dire?

Si potrebbe anche coniare il termine di “Anestesiofilo” – quale “appassionato della materia”, e così via, ma come *divertissement* naturalmente, niente di più.

Ovviamente, il fine non è quello di coniare nuove etichette, ancorché fantasiose ed originali. Il fine è quello di provare a capire se avvertiamo o meno l’esigenza di ricercare nuovi filoni, nuove frontiere di sviluppo, nuovi percorsi di studio, delineando nuovi confini, dove per “nuovo” intenderei un rinnovato approccio umanistico, come recentemente espresso dalla Sottosegretaria alla Salute Francesca Martini in una nota:

"Non abbiamo ancora finito di realizzare concretamente la medicina "tecnologica" e già risulta chiara la necessità di una rivoluzione "umanistica". E questo è chiaro soprattutto in alcune tipologie di pazienti: i cronici, gli anziani e ancor più in quelli fragili, che hanno cioè, oltre alla malattia, altri disagi come disabilità, difficoltà sociali, familiari e anche di gestione dell'assistenza stessa"

(Adnkronos Salute del 15/12/2010).

E come fare a non considerare temporaneamente fragile (ad es. il bambino, il disabile o l’anziano) una persona completamente in balia di un intervento chirurgico, per quanto routinario? La routine della gente comune non è quella di essere sottoposti ad intervento chirurgico ed il servizio che offriamo,

oltreché competente, non può essere solamente benevolo o non-malevolo, come la Bioetica ci impone. Questo è solo il minimo dovuto.

Per non lasciare prive di significato queste astrazioni semantico-estetiche di ipotetici ampliamenti dei nostri confini credo però che la ricerca e la formazione debbano iniziare dal basso, condividendo nuove forme di consapevolezza attraverso percorsi virtuosi, evoluti, inediti.

Nello specifico, con l'espressione "lavorare dal basso" desidero riferirmi essenzialmente a tre concetti:

- 1) lavorare tutti (non è sempre e solo tutto compito del Primario), certo è compito del Primario favorire l'innovazione in tutte le direzioni, incentivare proposte, accoglierle, selezionarle, ordinarle e pianificarle, ma ogni tanto bisognerebbe anche averne qualcuna di propria da sottoporgli...
- 2) *ex post* (successivamente agli studi universitari) e, da ultimo ma non ultimo,
- 3) in loco, anche nei piccoli Centri si può fare molto (Amministratori permettendo). L'eccellenza non è appannaggio dei grandi ospedali metropolitani o delle cliniche universitarie.
- 4) altri aspetti operativi fondamentali sono, a mio avviso, quelli che prevedono che i percorsi siano multidisciplinari, collegati alla clinica, e, se possibile, multicentrici.

Senza dubbio, l'ideale forse sarebbe poter sviluppare tutto questo nell'ambito della Scuola di Specializzazione di Anestesia-Rianimazione e forse un giorno sarà così, ma ad oggi, realisticamente, non ritengo questa ipotesi proponibile né, tanto meno, praticabile. Non da subito, per lo meno. Le branche di sviluppo sono molte e, come detto, il lavoro formativo non può che essere multidisciplinare. Oltre alle branche umanistiche citate, non è a mio avviso fuori luogo acquisire altre importanti competenze (economico-manageriali e di risk-management), come pure migliori competenze giuridico-amministrative e sindacali (come fanno sempre maggiormente gli infermieri, ad esempio).

Questo permetterebbe di essere maggiormente artefici dell'elaborazione dei processi di miglioramento più che semplici esecutori passivi (magari polemic) di direttive altrui stabilite a tavolino senza competenze sulla nostra materia o in assenza di modalità interlocutorie.

Solo così, penso, sia possibile essere propositivi del nuovo conservando la nostra identità, la nostre specificità e senza tradire la *mission* della nostra professione. Questo porterebbe ad una coscienza comune più vicina all'uomo nella sua globalità, più vicina al nostro *essere* ontologicamente anestesisti, capaci

di donare (sicurezza, protezione, ecc.) senza renderci conto e, soprattutto, senza falso paternalismo.

Conoscenza, consapevolezza e sensibilità empatica, congiuntamente allo stimolo che può venire dalla creatività verso nuovi orizzonti, ritengo che possano essere preziosi ingredienti per apportare molti benefici (anche di qualità dei servizi sanitari) rendendo manifesto il ricco potenziale umano di ciascuno di noi, non sempre evidente, non sempre consapevole, non sempre ricercato; nell'interesse primario del fruitore finale delle nostre prestazioni, il paziente chirurgico, per il quale il nostro atto anestesilogico possa essere un qualcosa di più di un mero passaggio tecnico.

BIBLIOGRAFIA:

Allaria B., Dei Poli M.

2011 *Il monitoraggio delle funzioni vitali nel perioperatorio non cardochirurgico*. Springer

American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management.

2004 *Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management*. *Anesthesiology*; 100: 1573–81.

Bardellini S.G.

2011 *L'Anestesia*. In: Trattato dei nuovi danni. Volume Secondo - Cap. XXXII – pag. 627 – 641.

CEDAM.

Bardellini S.G., Flores D'Arcais A., Pinciroli A.

2011 *L'Équipe Médica*. In: Trattato dei nuovi danni. Volume Secondo - Cap. XXIX – pag. 581 – 596.

CEDAM.

Bertolini G.

2007 *Scelte sulla vita. L'esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva*. Guerini Studio

Boyd C.M., MD, MPH et al

2005 *Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance* JAMA 294: 716-24.

Callahan D.

2000 *La medicina impossibile*. Baldini & Castoldi.

Cattorini P.

2011 *Bioetica clinica e consulenza filosofica*. Apogeo.

Comte A.
1909 *Discours sur l'esprit positif*, Paris, p.54

Cosmacini G.
2005 *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*.
Edizioni Laterza.

Descartes R.
1637 *Discours de la méthode*, AT VI, p. 2

Enciclopedia Filosofica – Fondazione Centro Studi Filosofici di Gallarate – Bompiani
2010 *Responsabilità* Vol. 14 - p. 9640-3

Freund P.R. M.D. and Posner Karen L. PhD
2003 *Sustained Increases in Productivity with Maintenance of Quality in an Academic Anesthesia Practice*. *Anesth Analg* 96:1104-8

Gibran Kahlil Gibran
2007 *Il Profeta* – pillole BUR

Grasso M.
2011 *Libero arbitrio e volontà cosciente tra filosofia e scienza cognitiva*.
Rivista Italiana di Filosofia Analitica Junior. ISSN 2037-4445 Novembre 2010

Grion L.
2011 *Gli effetti del blocco del turn over da qui al 2014. Colpiti grandi e piccoli ospedali. Sanità con 12mila medici in meno, primi a sparire anestesisti e rianimatori*.
la Repubblica 19/07/2011

Gullo A.
2003 *Medicina perioperatoria, Terapia intensiva, Emergenza*. Springer

Frohlich E. D, MD
2003 *Treating Hypertension - What Are We To Believe?* *New Engl J Med*, 348: 639-641.

Istituto Europeo di Management Socio Sanitario
1998 *Seminario di Formazione Manageriale. Secondo modulo: La Leadership*.

Kuhn T.S.
1978 *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* – Einaudi.

Laplace P.S.
1812 *Essai philosophique sur les probabilités*.

Leonardo da Vinci (1452-1519)

Pensieri

Lingard L. et al

2004 *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects*. Qual Saf Health Care ;13:330–334.

Manzoni A.

1841 *I Promessi Sposi*, c. 32

Manzoni A.

1821 *Il Cinque Maggio*.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

2009 *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*

Montanini S.

2002 *Linee guida e responsabilità professionale*. Minerva Anestesiol; 68:1-2

Mortari L.

2009 *Aver cura di sé*. Bruno Mondadori

Naretto G.

2009 *Notti di guardia*, Sestante edizioni.

Naretto G.

2010 *I confini del giorno*, Sestante edizioni.

Natoli S.

2010 *Il buon uso del mondo. Agire nell'età del rischio*. Mondadori

Natoli S.

2010 *L'edificazione di sé. Istruzioni sulla vita interiore*. Editori Laterza.

Neuman M.D.

2010 *Surgeons' Decisions and the Financial and Human Costs of Medical Care*.
N ENGL J MED 363; 25 – 2382-2383 DECEMBER 16 2010

O'Connor P. J., MD, MPH

2005 *Adding Value to Evidence-Based Clinical Guidelines* JAMA 294(6):741-743

Reason J.

2000 *Human error: models and management*. BMJ 2000; 320(7237):768 (18 March).

Rotondi P.

2011 *Corso di Management Sanitario* SDA Bocconi – Milano Gennaio-Febbraio

Stravinskij I.

1934 *Poetics Of Music In The Form Of Six Lessons* Harvard University Press

Valmassoi G.

2000 *Le linee-Guida nella pratica clinica. Considerazioni giuridiche*. Minerva Anestesiol;
66:479-85

Venturino M.

2005 *Cosa sognano i pesci rossi* Mondadori

Venturino M.

2009 *Si è fatto tutto il possibile* Mondadori

Venturino M.

2010 *Le possibilità della notte* Mondadori

Zangrillo A.

2010 *Ri-animazione. Tecnica e sentimento*. Editrice San Raffaele.

SITOGRAFIA:

Lazzaro G.

2009 *Gli anestetici inalatori nell'Anestesia Bilanciata*.

www.timeoutintensiva.it , 11/12, Student Corner, Dicembre 2009

Loffredo R.

2008 Nesso di causalità nella responsabilità penale del medico: uscire dalle secche della valutazione probabilistica.

<http://www.personaedanno.it/cms/data/articoli/009786.aspx>

Ministero della Salute

2010 *Focus sulla sicurezza in Sala Operatoria*

<http://www.salute.gov.it/dettaglio/principaleFocusNuovo.jsp?id=18&area=ministero>

Ministero della Salute

Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf