

il nuovo Anestesista Rianimatore

GIUGNO - FEBBRAIO
2017
1
Anno XXVIII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

DPCM NUOVI LEA Ma dove sono le risorse?

È in arrivo il DPCM sui Nuovi LEA, che dovrebbe essere pubblicato a breve sulla Gazzetta Ufficiale. Dopo le osservazioni dell'AAROIEMAC sulla Partoanalgesia "isorisorse", anche la Commissione Bilancio del Senato ha sollevato la questione, ma alle obiezioni su tale incongruenza non è seguita alcuna risposta governativa.

a pagina 5

2017: che anno sarà? Sul tavolo i temi più caldi

Che cosa accadrà nel 2017? L'argomento è stato affrontato in un Forum di Quotidiano Sanità a cui ha partecipato anche l'AAROIEMAC con l'intervento del Presidente Nazionale.

In primo piano il tema dei Contratti su cui "non emerge alcuna volontà politica di trovare un punto di incontro".

a pagina 5

Emergenza-Urgenza Una questione non solo mediatica

Le attuali equipollenze delle specializzazioni portano, oltre che all'esclusione degli Anestesiologi Rianimatori dal settore, alla migrazione dei neospecialisti in Medicina d'Emergenza-Urgenza verso Unità Operative Internistiche invece che in PS e al 118. L'AAROIEMAC, la SIAARTI e il CPAR evidenziano insieme le assurdità degli ordinamenti ministeriali vigenti.

a pagina 4

Cariche Associative Quadriennio 2017-2021

Verso l'XI Congresso Nazionale

Il 2017 è l'anno del rinnovo di tutti gli Organi Statutari Centrali e Periferici della nostra Associazione. Entro il 31 Maggio si svolgeranno le Elezioni Aziendali e Regionali. I Delegati all'XI Congresso Nazionale, eletti nelle rispettive Assemblee Regionali, si riuniranno poi a Bergamo dal 28 al 30 Settembre per il rinnovo dei Mandati Nazionali in sede congressuale.

Si tratta di appuntamenti di estrema importanza per tutti gli Iscritti, chiamati ad esercitare il proprio diritto/dovere di voto, uno strumento di partecipazione

associativa democratica fondamentale e, a nostro avviso, irrinunciabile, per la scelta di chi avrà l'onore di rappresentare l'AAROIEMAC a tutti i livelli, decidendone centralmente le scelte strategiche e declinandole sui luoghi di lavoro, affinché l'incisività delle iniziative associative sia concreta e tangibile, con la partecipazione coesa e coerente di ciascun Iscritto.

All'interno sono pubblicate tutte le principali informazioni utili a tutti gli Iscritti in vista delle Assemblee Aziendali e Regionali e del Congresso.



continua alle pagine 2 e 3



Emergenza Centro Italia Anestesiologi Rianimatori in prima linea

Una tragedia nella tragedia ha colpito il Centro Italia, in particolare l'Abruzzo. Di fronte all'emergenza neve, terremoto e al disastro dell'Hotel Rigopiano, gli Anestesiologi Rianimatori sono stati sempre in prima linea. A raccontarlo è un collega in un diario dettagliato degli interventi.

a pagina 14



DDL Responsabilità Professionale

Domande e Risposte sul provvedimento

Diversi sono gli interrogativi ancora aperti sul DDL Responsabilità Professionale che in questi giorni approderà alla Camera per il voto finale.

Ad esempio, "il Provvedimento prevede norme finalizzate a prevenire le richieste di risarcimento pretestuose/infondate?" Oppure, in merito alle Società Scientifiche, "il DDL che cosa prevede nel dettaglio? Una società scientifica mista o addirittura non medica potrà impattare sulla punibilità dei medici?"

Sono queste soltanto alcune delle domande poste al Professor Paolo D'Agostino, dell'Università di Torino che alle pagine 6 e 11 ha analizzato in maniera dettagliata la questione.

continua alle pagine 6 e 11

@AaroiEmac

follow us on
twitter

CONGRESSO SIARED 2017

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

INTESA
PROVIDER ECM

SIARED
SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA RIANIMAZIONE
EMERGENZA E DOLORE

E.C.M.
Educazione Continua
in Medicina

13° Congresso
Nazionale
SIARED

www.aaroiemac.it
www.siared.it

25 - 27 Maggio 2017 - Roma

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

Partecipare per crescere

Il 13° Congresso Nazionale SIARED si terrà nel cuore dell'Urbe dal 25 al 27 Maggio 2017. Tutte le informazioni utili, insieme con il Programma Preliminare, sintetizzate in un inserto estraibile di quattro pagine.

Inserto estraibile alle pagine 7 - 8 - 9 - 10

Formazione e Aggiornamento

2017: FAD ed Eventi Residenziali

È online la riedizione 2017 dell'Evento FAD "Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente", basato sull'11° Congresso SIARED 2015, disponibile prioritariamente per i Colleghi che NON lo abbiano già superato con successo nella precedente edizione 2016.

Da Aprile prenderà il via un Nuovo Evento FAD, dal titolo "Evoluzione della tecnologia e

della cura della medicina che cambia: le nuove sfide per l'Anestesista Rianimatore", basato sul 12° Congresso SIARED 2016.

Prosegue inoltre l'offerta formativa residenziale (Congresso SIARED, Corsi Simulearn®, Corsi Itineranti).

Tutte le informazioni sul sito:

www.aaroiemac.it

a pagina 16

VERSO IL CONGRESSO ELETTIVO AAROI-EMAC 28 - 30 SETTEMBRE 2017

L'XI Congresso Nazionale AAROI-EMAC si svolgerà al Centro Congressi Giovanni XXIII di Bergamo dal 28 al 30 Settembre

Il 2017 è l'anno di rinnovo delle cariche AAROI-EMAC per il prossimo quadriennio, con un primo step di livello aziendale e regionale, ed un secondo step conclusivo nazionale.

La prima fase si concluderà entro il termine massimo del 31 Maggio con l'elezione - attraverso apposite Assemblee - dei Rappresentati Aziendali, e dei mandati in seno a ciascun Consiglio Regionale dell'Associazione (Presidenti Regionali, Interregionali e delle Province Autonome, Consiglieri eletti in rappresentanza di ogni Provincia, Consigliere Libero Professionista, Revisori dei Conti, Componenti del Consiglio di Bilancio).

Contestualmente verranno eletti i Delegati all'XI Congresso Nazionale, che si svolgerà dal 28 al 30 Settembre presso il Centro Congressi Giovanni XXIII di Bergamo, e che sarà la fase conclusiva dei rinnovi di mandato. Informazioni più dettagliate sono contenute nel breve vademecum pubblicato nella pagina 3 a fronte.

È inutile dire che si tratta di appuntamenti molto importanti che coinvolgono tutti gli Iscritti, prima direttamente per eleggere le cariche di livello aziendale e regionale, e poi attraverso i Delegati al Congresso ospitato dalla città orobica, che avranno il compito di eleggere quelle di livello nazionale.

La nostra idea di Sindacato è quella di un'Associazione in cui ogni Iscritto abbia voce e sia parte attiva attraverso la condivisione di ideali e di obiettivi e la partecipazione alle iniziative associative, fondamentali per tutelare tutti gli Iscritti e in generale tutti coloro che appartengono ai nostri ambiti professionali.

L'espressione di voto ha quindi un'importanza di primo piano, perchè consente a ciascuno di eleggere i propri Rappresentanti. A partire dal Rappresentante Aziendale, figura chiave nella difesa dei diritti a livello periferico. Partecipare al voto è un diritto indiscusso, ma anche un dovere che speriamo coinvolga il maggior numero di Colleghi in una scelta attiva e consapevole. Una scelta che sicuramente non potrà non giovare di una evidente implementazione, già avvenuta e tutt'ora in corso, del confronto tra gli Iscritti e gli Organi Direttivi della nostra Associazione, nella prospettiva di un Sindacato sempre più "a domicilio", anche per il tramite delle risorse tecnologiche ed informatiche che il progresso comunicativo ci mette a disposizione, ma la cui espressione in "real time" deve essere uno stimolo a sviluppare le nostre capacità di confronto in senso costruttivo.

A tutti è senz'altro capitato di sentire, di fronte alle difficoltà che inevitabilmente investono il nostro lavoro, interrogativi come "E il Sindacato che fa?" o, a seguito di determinate scelte strategiche, affermazioni come "sarebbe stato meglio fare diversamente" o, nei confronti dei vari livelli rappresentativi della nostra Associazione, critiche di vario genere.

Ebbene, il Sindacato fa quello che gli è consentito fare dalla coesione e dalla coerenza degli Iscritti, oltre che - in aggiunta - dall'impegno dei suoi Rappresentanti ad ogni livello. Tutte le scelte strategiche centrali e le loro declinazioni organizzative periferiche sono perfettibili, purchè sulla base di alternative concrete almeno altrettanto valide: ogni critica può generare miglioramenti di percorso, purchè miri ad un confronto anche serrato, ma corretto e rispettoso di ruoli e competenze, in accordo con quanto il nostro Sindacato tenta ogni giorno di riaffermare nei nostri ambiti di lavoro all'interno del SSN, a tutela della professionalità di tutti gli Iscritti.

Lo sciopero del 16 Dicembre è stata l'ultima occasione, in ordine di tempo, per misurare la forza dell'AAROI-EMAC: ai ruoli direttivi centrali è spettato, in quella specifica occasione, l'onere delle decisioni nel merito, per perseguire gli obiettivi di tutela che gli Iscritti avvertono

in modo sempre più pressante e chiedono costantemente di ottenere, mentre per il raggiungimento di tali obiettivi è indispensabile il coinvolgimento in prima persona di ogni singolo Iscritto. Ma la scelta di adesione o di non adesione allo sciopero (così come ogni altra scelta di condivisione di qualsiasi iniziativa sindacale) passa necessariamente anche attraverso i Rappresentanti Aziendali, cui spetta il cruciale compito di spiegarne le motivazioni e le finalità, al fine di ottenere il massimo coinvolgimento dei Colleghi chiamati a partecparvi.

L'analisi dei dati dello sciopero ha mostrato una partecipazione a macchia di leopardo, con Presidi Ospedalieri che hanno raggiunto una massiccia adesione dei non prececati, ed altri in cui i numeri emersi sono stati piuttosto insoddisfacenti. Le motivazioni - lo abbiamo detto in una comunicazione inviata via email agli Iscritti - sono diverse, ma tra queste occorrerà evidenziare con una dialettica pacata ma onesta e trasparente il peso che hanno avuto talune manifestazioni di disinteresse o di mancato coinvolgimento. Ma tra le motivazioni meno accettabili, per un Sindacato che sia tale e che debba perciò contare sulla partecipazione degli Iscritti alle iniziative avviate (tra le quali lo sciopero è ancor oggi un'azione di protesta difficilmente sostituibile per far tangibilmente sentire la nostra voce) attraverso la più adeguata eco periferica delle numerosissime informative diffuse dai livelli centrali, vi è senz'altro una insufficiente azione rappresentativa periferica.

Ad ogni rinnovo dei diversi mandati associativi giunge un'ulteriore occasione, con la partecipazione al voto, di essere protagonisti del Sindacato cui si è iscritti, e di poter individuare le persone più adatte a rappresentarci coerentemente con le nostre esigenze, con la consapevolezza che chi ci rappresenta, nel momento in cui se ne fa interprete, necessita del nostro supporto.

Siamo consapevoli che ci sia ancora molto da lavorare affinché tutti gli Iscritti si rendano conto di quanto sia importante la partecipazione attiva e costante alla vita associativa. Sol tanto con il sostegno e gli input provenienti dagli Iscritti l'AAROI-EMAC potrà continuare a crescere, oltre che in termini numerici e di rappresentatività, anche in efficacia ed efficienza.

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC



I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

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

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETERIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETERIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Dr ANTONIO CORCIONE • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • ufficiosteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
 Tribunale di Napoli
 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
 ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
 FABIO CRICELLI
 TERESA MATARAZZO
 EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
 GIAN MARIA BIANCHI
 POMPILIO DE CILLIS
 COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il
 8 Febbraio 2017
 Tiratura: 11.200 copie
 Spedito il
 10 Febbraio 2017

VERSO IL CONGRESSO AAROI-EMAC 28 - 30 SETTEMBRE 2017

QUADRIENNIO 2017-2021
RINNOVO DEGLI ORGANI STATUTARI DELL'AAROI-EMAC
ELEZIONE DEI CONSIGLI DIRETTIVI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI,
REGIONALI E PROVINCIALI DI BOLZANO E DI TRENTO
ELEZIONE DEI DELEGATI AL CONGRESSO NAZIONALE
ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI AZIENDALI

Come stabilito dal Consiglio Nazionale dell'AAROI-EMAC, ai sensi di Statuto e Regolamento, le Assemblee Elettive Regionali ed Aziendali dovranno essere completate entro e non oltre Mercoledì 31 Maggio 2017.

BREVE VADEMECUM

Assemblee Elettive Regionali

- I Presidenti in carica delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali dell'AAROI-EMAC convocheranno, con un preavviso di almeno 20 giorni (a mezzo posta, fax o e-mail), l'Assemblea degli Iscritti alla Sezione in regola con il pagamento delle quote associative al 31 Dicembre dell'anno 2016, e la cui iscrizione non risulti revocata o inefficace alla data dell'Assemblea elettiva, sulla base di un elenco ufficiale fornito dalla Segreteria Nazionale dell'Associazione al Presidente di ciascuna Sezione.
- Nella convocazione dovranno essere indicati il luogo, il giorno, il mese e l'ora dell'Assemblea, nonché l'Ordine del Giorno dei lavori, con la precisazione che ciascun Iscritto avente titolo a partecipare all'Assemblea potrà rappresentare, al massimo, altri tre Iscritti a mezzo delega rilasciata dai deleganti ai sensi di quanto previsto da Statuto e Regolamento.
- Nel corso dell'Assemblea si procederà all'elezione dei seguenti Organi eletti in seno alla Sezione: Presidente, Consiglieri, Revisori dei Conti (tre effettivi e due supplenti), Delegati al Congresso Nazionale, Componenti il Consiglio di Bilancio (titolare e supplente), Consigliere Libero Professionista. L'eventuale Consigliere rappresentante gli Iscritti Specializzandi potrà essere poi nominato per iniziativa del Consiglio della Sezione interessata.
- Il Seggio Elettorale, che sarà composto dal Segretario-Tesoriere della Sezione con funzioni di Presidente di Seggio e da due Scrutatori nominati dall'Assemblea, verificherà i poteri dei votanti, controllerà l'andamento delle operazioni di voto ed eseguirà lo spoglio delle schede; al termine dell'Assemblea, tutti i componenti del Seggio Elettorale sottoscriveranno, allegandovi gli atti dell'Assemblea, un apposito verbale, che a cura del Presidente della Sezione dovrà essere trasmesso in originale cartaceo, entro e non oltre Lunedì 12 Giugno 2017, ai recapiti in suo possesso della Segreteria Nazionale AAROI-EMAC, per gli adempimenti statutari. Il Segretario-Tesoriere della Sezione, in caso di assenza o di impedimento, potrà essere sostituito, nelle sue funzioni di Presidente del Seggio, dal Presidente Regionale uscente o da un Consigliere Regionale uscente.

1) SU UNA SCHEDA ELETTORALE COMUNE A TUTTI GLI ISCRITTI DELLA SEZIONE si procederà all'elezione:

- a) del Presidente Regionale
- b) dei Revisori dei Conti (tre effettivi e due supplenti iscritti da almeno sei anni)
- c) dei Componenti il Consiglio di Bilancio (titolare e supplente)
- d) dei Delegati al Congresso Nazionale secondo il rapporto tra Delegati e Iscritti di ogni Sezione deciso dal Consiglio in carica di ciascuna Sezione (1:100 per la Lombardia, 1:75 per la Puglia, 1:50 per le restanti Sezioni); l'ultimo Delegato in ordine di preferenze ottenute rappresenterà in sede di Assemblea Congressuale Nazionale l'eventuale frazione di voti inferiore al suddetto rapporto.

2a) SU SCHEDE ELETTORALI DIVERSIFICATE PER PROVINCIA, RISERVATE AGLI ISCRITTI DELLE SINGOLE PROVINCE NON LIBERI PROFESSIONISTI si procederà all'elezione dei Consiglieri Regionali rappresentanti delle Province della Sezione, nel rispetto del numero precedentemente stabilito dal Consiglio Direttivo della stessa Sezione nel rispetto di quanto statutariamente previsto, al fine di garantire la rappresentatività di tutte le Province in seno al Consiglio Direttivo.

2b) SU UNA SCHEDA ELETTORALE RISERVATA SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AI SOCI LIBERI PROFESSIONISTI si procederà all'elezione del Consigliere Regionale Libero Professionista.

Assemblee Elettive Aziendali

- I Presidenti in carica delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali dell'AAROI-EMAC convocheranno, con un preavviso di almeno 20 giorni (a mezzo posta, fax o e-mail), l'Assemblea degli Iscritti Aziendali in regola con il pagamento delle quote associative al 31 Dicembre dell'anno 2016, e la cui iscrizione non risulti revocata o inefficace alla data dell'Assemblea elettiva, sulla base di un elenco ufficiale fornito dalla Segreteria Nazionale dell'Associazione al Presidente di ciascuna Sezione.
- Nella convocazione dovranno essere indicati il luogo, il giorno, il mese e l'ora dell'Assemblea, nonché l'Ordine del Giorno dei lavori, con la precisazione che ciascun Iscritto avente titolo a partecipare all'Assemblea potrà rappresentare, al massimo, altri tre Iscritti a mezzo delega rilasciata dai deleganti ai sensi di quanto previsto da Statuto e Regolamento.
- Nel corso dell'Assemblea si procederà all'elezione dei seguenti Organi eletti in seno all'Azienda: Rappresentante Aziendale Titolare, Rappresentante/i Aziendale/i supplente/i.
- Il Seggio Elettorale, che sarà composto da un Presidente di Seggio e da due Scrutatori nominati dall'Assemblea, verificherà i poteri dei votanti, controllerà l'andamento delle operazioni di voto ed eseguirà lo spoglio delle schede; al termine dell'Assemblea, tutti i componenti del Seggio Elettorale sottoscriveranno, allegandovi gli atti dell'Assemblea, un apposito verbale, che dovrà essere acquisito e custodito in originale cartaceo agli atti della Sezione almeno per tutta la durata del quadriennio 2017-2021; il Presidente di ogni Sezione dovrà trasmettere, entro e non oltre Lunedì 12 Giugno 2017, i nominativi dei Rappresentanti Aziendali neoletti ai recapiti in suo possesso della Segreteria Nazionale AAROI-EMAC, per gli adempimenti statutari.

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

NOTA BENE: Per tutti gli adempimenti formali relativi a convocazioni, schede di voto, verbalizzazioni degli atti assembleari, potranno essere utilizzati, al fine di evitare ogni eventuale contestazione, appositi format che per gli usi necessari saranno forniti dalla Segreteria Nazionale dell'AAROI-EMAC al Presidente di ogni Sezione Interregionale, Regionale e Provinciale di Bolzano e di Trento, e, a richiesta, limitatamente alle elezioni aziendali, ai Rappresentanti Aziendali uscenti. Per tutti gli adempimenti formali relativi alle deleghe, la Segreteria Nazionale invierà via email a tutti gli Iscritti, oltre a metterlo a disposizione sul sito web dell'Associazione, apposito format.



Emergenza-Urgenza: il "caso" equipollenze

La querelle AAROI-EMAC - SIMEU su Quotidiano Sanità

L'annosa questione delle equipollenze rischia, ancora una volta, di portare all'esclusione degli Anestesisti Rianimatori da Bandi di Concorso aperti alle "sole" (!) 43 Specializzazioni equipollenti alla "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza". L'ultimo episodio riguarda il Bando per la Direzione del Pronto Soccorso degli Spedali Civili di Brescia, inizialmente aperto solo ad Anestesisti Rianimatori, successivamente modificato in seguito ad un Esposto alla Procura della SIMEU con l'allargamento alla "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza" e ancora una volta stoppato da un'ordinanza del TAR Lombardia/sezione Brescia su ricorso FIMEUC.

Il fatto specifico ha riaperto una questione che va avanti da tempo, e che in passato ha riguardato anche Bandi di Concorso per il lavoro nel Sistema 118.

Il dibattito si è svolto tra la fine di Dicembre e il mese di Gennaio sulla testata online Quotidiano Sanità che ha dato spazio al "Botta e Risposta" tra l'AAROI-EMAC, a partire dall'intervento del Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo, (http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=46513) in merito alla lettera del Dr Cervellini (www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=46495) che ha sollevato il caso. Il dibattito è proseguito con il testo del Direttivo SIMEU (www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=46527) e i successivi a firma COSMEU e FIMEUC - cui ha fatto seguito la lettera del Presidente AAROI-EMAC Veneto, Attilio Terrevoli, (www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=46634), la presa di posizione congiunta SIAARTI - CPAR (www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=47070) e la lettera dei Vice Presidenti Nazionali AAROI-EMAC (http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=47422).

Motivo della querelle è il fatto che - come sottolineato dal Presidente Vergallo - «la specializzazione in Anestesia e Rianimazione non è allineata dal MIUR - scandalosamente - alla "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza"».

Una situazione paradossale, visto che per un problema di equipollenze gli Anestesisti Rianimatori vengono esclusi da alcuni Bandi di concorso, come accaduto per il 118 nel Lazio. «È innegabile quanto scandaloso che tra le innumerevoli discipline equipollenti alla "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza" - ha ribadito Vergallo - vi siano anche, grazie agli interessi lobbistici di vario ordine e grado che le hanno a tal fine sdoganate, Epatologia, Fisiopatologia, Metodologia clinica, Ti-

siologia». E riferendosi nello specifico al Bando degli Spedali Civili di Brescia ha ribadito «...non riusciamo proprio a comprendere, anche a fronte di ben altre problematiche di un SSN allo sbando (e di una situazione dei Pronto Soccorso allo sfacelo), dove stia lo scandalo di un bando che non fa altro che perseguire una strategia di appropriatezza e di efficienza clinica e gestionale per una realtà ospedaliera bresciana che da sempre è un vanto per i medici che ci lavorano e per i cittadini che vi si rivolgono, con una articolazione del suo Pronto Soccorso già imperniata da anni sulle competenze degli Anestesisti Rianimatori, integrate, anche a livelli apicali, con quelle di altri Collegi. Il "caso" degli Spedali Civili di Brescia, insieme all'assetto dell'emergenza-urgenza territoriale lombarda, dovrebbe essere un esempio per l'intero SSN».

Di fatto, quello che maggiormente sorprende è l'opposizione che traspare di fronte ad una specifica disciplina, ossia l'Anestesia e Rianimazione. Di qui la domanda che il Dr Terrevoli ha lanciato nella sua lettera "Chi ha paura degli anestesisti?" a cui egli stesso ha dato risposta:

«Non certo i Collegi del pronto soccorso, - scrive Terrevoli - impegnati nel loro quotidiano lavoro a fianco degli altri specialisti, che non avrebbero certo nulla da perdere ad avere un anestesista fra di loro.

Una frase della già citata lettera è illuminante (NdR: la lettera SIMEU): "...per il semplice fatto di condividere alcune competenze sul paziente critico con gli Anestesisti Rianimatori non ci sentiamo Rianimatori..." ebbene invece proprio questo è il cuore del problema: al contrario l'obiettivo di mettere le mani sulle terapie intensive è dimostrato nella teoria dai contenuti del core curriculum della specialità in medicina d'urgenza e nella pratica dall'esistenza di strutture intensive di fatto, mascherate da OBI di pronto soccorso, che deliberatamente equivocano fra i concetti di urgenza (di competenza del pronto soccorso) e di intensività (di competenza delle terapie intensive generali e specialistiche).

Ecco dunque svelato l'arcano: non i medici che lavorano ogni giorno in PS ma i soloni che mirano ad altri orizzonti non sopportano la presenza degli anestesisti rianimatori nella pur foltissima compagine di specialisti ammessi ai concorsi di pronto soccorso, semplicemente perché temono che la (ambita) presenza in PS di una terapia intensiva li renderebbe ovviamente temibili concorrenti nella corsa alla leadership, come appunto si teme a Brescia».

Al fianco dell'AAROI-EMAC sono intervenute nel dibattito la SIAARTI e il CPAR con una lettera a firma dei rispettivi Presidenti che hanno ribadito una volta di più il paradosso delle 43 discipline equipollenti: «Se si dovesse far riferimento ai curriculum dei Collegi della SIMEU (anche del Direttivo) che sottolineano di possedere in modo esclusivo le "competences" di Medici dell'emergenza e urgenza, si scopre che esercitano la loro professione in Pronto Soccorso ma sono Specialisti in... Cardiologia, Chirurgia, Ortopedia, anzi possono essere o sono specialisti in Dermatologia, Psichiatria, Endocrinologia, Angiologia, Geriatria, e ancora Oculistica, Otorinolaringoiatria, Chirurgia plastica, Urologia...», dove

solo una Specializzazione (Medicina d'Emergenza e Urgenza) sulle 43 elencate, fa riferimento e ha nel proprio Core Curriculum le competences citate (il core curriculum è la declaratoria delle competences e del percorso formativo approvato dal MIUR e dal Ministero della Salute).

Nessuna delle altre 42 Specialità può vantare uno specifico diploma di specializzazione che li abbia formati in quelle "competences" che i Collegi della SIMEU considerano essenziali».

E per concludere «Da parte degli Anestesisti Rianimatori - affermano i Presidenti SIAARTI-CPAR - non si chiede quindi di essere gli unici depositari della Emergenza e Urgenza (cosa che chiedono invece i "42 Specialisti" della SIMEU), ma di non cadere nell'assurdo di essere considerati gli unici Specialisti con servizi non equipollenti e quindi unici esclusi».

L'ultimo capitolo, almeno per il momento, è stato scritto dai Vice Presidenti Nazionali AAROI-EMAC in una lunga lettera in cui specificano - tra le tante cose che «noi Anestesisti Rianimatori non siamo interessati all'equipollenza in quanto tale alla specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza, bensì al riconoscimento del percorso formativo che è proprio della nostra specialità, alla quale l'Emergenza-Urgenza è connaturata sin dal suo nascere.

Seguiamo il percorso di cura di milioni di persone che ogni anno si sottopongono ad interventi chirurgici di maggiore o minore complessità clinica e/o tecnica, facciamo nostre con empatia le loro suggestioni, le fragilità, e ne condividiamo apprensioni e coinvolgimenti psicologici; nelle Rianimazioni e Terapie Intensive accogliamo e seguiamo le persone ricoverate, stringiamo un patto di alleanza con loro e con i loro cari, soprattutto nei momenti di maggiore difficoltà, nelle decisioni più coinvolgenti quali quelle della donazione d'organo, ultimo atto dell'esistenza umana e speranza di nuova vita per altri. Ci prendiamo carico di tutte quelle persone affette da dolore acuto e cronico per dare loro un sollievo adeguato e di quante, affette da gravissime patologie, chiedono di vedere almeno alleviata la sofferenza e di essere accompagnate verso la fine della propria vita in maniera dignitosa. Attività, queste, che svolgiamo da sempre e continuamente le facciamo progredire grazie anche al confronto ed al contributo di tutti gli altri specialisti».

In conclusione «Il Consiglio Direttivo Nazionale dell'AAROI-EMAC ritiene che, dopo il tempo della polemica, in cui i toni possono divenire anche aspri, ci debba essere il tempo per raggiungere l'obiettivo comune di costruire rapporti di collaborazione interspecialistica sereni e costruttivi, per una sempre migliore risposta sanitaria ai bisogni delle persone».

Intanto il TAR Lombardia, se da una parte ha accolto il ricorso FIMEUC rispetto alla Commissione esaminatrice escludendo dalla stessa un Direttore di SC di Anestesia e Rianimazione, dall'altro ha chiarito come l'ammettere «al concorso anche coloro che possano vantare i requisiti richiesti nella disciplina 'Anestesia e rianimazione', non presenta, allo stato, caratteristiche tali da rendere attuale e concreto il danno paventato».

La decisione è però rimandata all'udienza fissata per il prossimo 6 luglio.

ULTIM'ORA: LA LETTERA DI UN COLLEGA

Quali sono le competenze esclusive di un AR?

Nel quotidiano chiamati continuamente in Pronto Soccorso

È giunta in chiusura di giornale la lettera che, in sintesi, di seguito proponiamo insieme alla risposta del Presidente Nazionale AAROI-EMAC:

Gent.mo Sig. Presidente, ho avuto modo di assistere alle polemiche della FIMEUC/SIMEU nei confronti dei Medici Anestesisti Rianimatori, con particolare riferimento alla vicenda del Concorso per la Direzione del Pronto Soccorso di Brescia, su cui Lei ha avuto modo di informarci compiutamente.

L'uscita su "Doctor News" dell'intervista ai Collegi della FIMEUC, è stata per me la goccia che ha fatto traboccare il vaso.

Nella realtà quotidiana, i Collegi dei PS ci chiamano:

- per reperire un accesso venoso periferico non semplice,
- per leggere ed interpretare una emogasanalisi,
- per stabilire la dose di bicarbonati necessaria per compensare una acidosi metabo-

- lica con deficit di bicarbonati,
- per impostare i corretti parametri di una NIV in maschera facciale da effettuarsi a domicilio,
- per impostare una CPAP a flusso libero,
- per gestire la fase acuta di una BPCO o un EPA cardiogeno,
- per risolvere problemi legati alla ipercapnia o alla ipossia, alle variazioni in senso iper o ipo dei principali e vitali parametri biochimici e di funzionamento cardiovascolare,
- per risolvere broncospasmi o reazioni allergiche o crisi convulsive,
- ... e l'elenco potrebbe estendersi ulteriormente.

A questo punto viene spontaneo chiedersi quali siano le COMPETENZE PROFESSIONALI ESCLUSIVE DELL'ANESTESISTA RIANIMATORE, quelle cioè che necessitano unicamente della sua preparazione specialistica.

Se si potesse ipotizzare di delimitare in modo preciso tali competenze e contempo-

raneamente diffidare i Collegi dal coinvolgerci professionalmente in situazioni cliniche che non rientrino nell'ambito delle stesse, si potrebbe facilmente immaginare quali problematiche insorgerebbero in tanti Pronto Soccorso.

Ma di tutto ciò la FIMEUC/SIMEU poco si cura nelle proprie astratte prese di posizione!

Con stima

Dr Mauro Vella
 Anestesista Rianimatore Tricase (LE)

Caro Mauro, grazie del tuo contributo alla discussione. Per la nostra Associazione è irrinunciabile tentare ogni via per ristabilire correttamente quali debbano essere, soprattutto nei settori dell'Anestesia-Rianimazione e dell'Emergenza-Area Critica, le specifiche competenze specialistiche di tutti i Medici Ospedalieri e dei Professionisti Sanitari non medici (che sono tutte



ben diverse da quelle dei Medici di Famiglia), affinché essi possano tutti collaborare, ognuno nel rispetto dell'altro, per garantire le migliori cure ai Pazienti. Le prese di posizione di coloro i quali pretenderebbero di continuare ad approfittare delle evidenti incongruenze che le nostre iniziative mettono a nudo sono legate unicamente ai vantaggi personali che a costoro ne hanno tratto e continuano a trarne.

Risolverle vuol dire invece porre in sicurezza questi settori, che sappiamo essere i più delicati e rischiosi del SSN.

Un caro saluto
 Alessandro Vergallo



Nuovi LEA pronti per la GU. I dubbi restano

Il DPCM registrato dalla Corte dei Conti presto in pubblicazione

Dopo la firma del Premier Gentiloni, il DPCM Nuovi LEA è stato registrato dalla Corte dei Conti cui seguirà la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Per diventare realtà mancano, tuttavia, altri tasselli. La "roadmap" delle scadenze è stata fissata e resa nota dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome Settore Salute e Politiche Sociali. Il primo appuntamento è il 28 febbraio quando l'apposita Commissione nazionale per l'aggiorna-

mento dei LEA dovrà presentare la proposta di revisione da adottare entro il 15 marzo.

Successivamente un Accordo Stato-Regioni dovrà fissare i criteri di verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, sulla base delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni contenute nel DPCM dei Nuovi LEA.

Nonostante l'iter sia proseguito, i dubbi sollevati dall'AAROI-EMAC rimangono. Anzi hanno trovato va-

lida conferma nella Nota di Lettura del Servizio Bilancio del Senato che ha messo nero su bianco alcuni interrogativi. Tra questi viene chiesto di specificare il motivo per cui le prestazioni per l'analgia epidurale non comporterebbero incrementi di oneri. Domanda più volte posta dall'AAROI-EMAC al Ministro della Salute e sempre rimasta senza risposta.

«Riteniamo», - afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale

AAROI-EMAC -, *come da anni sosteniamo pubblicamente, che ai LEA, per loro effettiva erogabilità, debbono corrispondere adeguati ed uniformi Livelli Essenziali di Organizzazione e di dotazione di personale.*

Il Ministro Lorenzin ha accolto la firma del Presidente del Consiglio con la frase "passaggio storico". Ce lo auguriamo, ma francamente siamo molto pessimisti».

Governo e SSN: 2017 "anno zero"?

Diverse sono le questioni aperte in ambito sanitario. Nella maggior parte dei casi si tratta di situazioni irrisolte ormai da diversi anni, come nel caso del rinnovo contrattuale. Che cosa accadrà nel 2017? L'argomento è stato affrontato in un Forum di Quotidiano Sanità a cui ha partecipato anche l'AAROI-EMAC. Di seguito le risposte del Presidente Nazionale su alcuni dei temi proposti.

CONTRATTI

Il rinnovo del contratto di lavoro, nelle attuali prospettive, è ormai diventato più un pericolo che una speranza, dato che non emerge alcuna volontà politica di trovare un punto di incontro. Ne sono prova sia il ben noto accordo "alla Robin Hood" ottenuto dal Governo con le sole OO.SS. Confederali della Funzione Pubblica, a scapito ancora una volta dei "ricchi stipendi" dei medici ospedalieri, sia il mancato accoglimento degli emendamenti proposti dalle OO.SS. alla Legge di Bilancio 2017. Né possiamo tralasciare lo scippo, avvenuto in questi ultimi anni, di quote consistenti dei nostri fondi stipendiali, che valgono ben più delle elemosine preannunciateci per il rinnovo contrattuale. Al momento, perciò, non solo è difficile pensare ad un accordo in tempi brevi, ma soprattutto, in assenza di un cambio di rotta da parte del Governo, svincolato dal consociativismo confederale, siamo pronti ad avviare altre azioni di protesta dopo il nostro sciopero del 16 Dicembre scorso. Cercheremo comunque, in vista delle prossime elezioni, di capire quali siano i programmi sulla Sanità e sulla Dirigenza Medica delle varie forze politiche, prendendo atto della loro maggiore o minore propensione al confronto.

RIFORMA PA

La Riforma nasconde diversi provvedimenti penalizzanti per i Dirigenti Medici, ad ulteriore soppressione di contenuti contrattuali vigenti, già decimati da precedenti legiferazioni. La sua bocciatura potrebbe quindi rappresentare un'opportunità per renderli meno arbitrari e punitivi, sebbene sia difficile dimenticare le esternazioni del Ministro Madia all'indomani della Sentenza della Consulta, che ne avevano lasciato intendere una riproposizione invariata.

GOVERNO GENTILONI E SANITA'

Il traguardo minimo è che la sanità sia inserita nell'Agenda dell'attuale Governo visto che - almeno in occasione del suo esordio - sembra essersene del tutto dimenticato. Esistono vere e proprie emergenze in ambito sanitario a cui far fronte in tempi strettissimi, in primis la stabilizzazione dei precari e il reale avvio alle nuove assunzioni, fermo restando che per noi l'ingresso delle "nuove leve" negli Ospedali (ponendo rimedio alle sbilanciate dotazioni organiche di personale nelle diverse Unità Operative) debba avvenire nel rispetto delle normative vigenti e del CCNL, ponendo fine a contratti atipici, appalti alle cooperative, convenzioni "di famiglia" e "ambulatoriali", e simili aberranti scorciatoie.

SSN: Fabbisogno Medici, Veterinari e Sanitari

I Sindacati incontrano il Ministro Lorenzin per le modalità di calcolo



Una riunione resa necessaria alla luce del Documento inviato da ANAAO ASSOMED, CIMO, AAROI-EMAC, FVM, FASSID, CISL MEDICI, ANPO ASCOTI FIALS MEDICI con il quale era stata posta una ferma opposizione a tre punti in particolare:

- sulla metodologia tecnica ipotizzata;
- sulla procedura utilizzata, caratterizzata da mancata informazione e consultazione preventiva e da mancato coinvolgimento delle OOSS che rappresentano le categorie professionali interessate;
- sull'utilizzo attuale da parte del M. E. F. di tale metodologia per la validazione dei fabbisogni di personale.

E proprio su questi punti si è svolto il successivo confronto tra Ministro e Sindacati che ha riportato una sorta di equilibrio confermando la necessità di coinvolgere i sindacati nelle decisioni sul metodo da adottare per quantificare il fabbisogno di personale sanitario.

Rimane ancora da affrontare e lo si farà attraverso un incontro tecnico - al momento di chiusura del giornale ancora da calendarizzare - la questione della modalità.

Le OO.SS. concordano sull'impossibilità di ricorrere al minutaggio: "una metodologia tecnica basata, a quanto ci risulta, sull'individuazione di tempi medi di impegno di ciascun dirigente del ruolo sanitario dipendente coinvolto nella produzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche e/o esecuzione di attività cliniche è palesemente inadeguata sul piano tecnico e scientifico.

Il calcolo dei carichi di lavoro, e quindi di fabbisogno di personale, basati sui tempi di produzione, è lo strumento ordinario utilizzato nelle catene di montaggio manifatturiere caratterizzate da produzione di articoli a bassa complessità ed utilizzo diffuso di lavori ripetitivi".

Dopo il totale dissenso espresso in Dicembre dall'Intersindacale sulle Modalità di calcolo del fabbisogno di dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti, ipotizzate in prima battuta, si è svolto nei giorni scorsi un incontro tra le OO.SS. e il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

[Lobbies & SSN] Il mondo degli Ospedali è inquinato dal loro strapotere. Tutte coltivano l'hobby della Medicina, ma ciascuna con caratteristiche proprie. Eccone alcune tra le più pericolose: la Lobby dei Ginecologi, che cercano di rifilarvi la patata bollente la Lobby degli Ortopedici, che vi spolpano fino all'osso la Lobby degli Ematologi, che vi fanno buttare il sangue la Lobby dei Chirurghi vascolari, che vi svenano la Lobby dei Chirurghi plastici, che gonfiano certi problemi (o che vi cambia i connotati) la Lobby dei Chirurghi generali, che parlano alla pancia della gente la Lobby degli Infettivologi, che vi fanno venire i brividi la Lobby dei Geriatri, che vi fanno passare la voglia di vivere la Lobby degli Otorini, che non sentono ragioni la Lobby degli Oculisti, che chiudono sempre un occhio la Lobby dei Neurochirurghi, che vi fanno perdere la testa la Lobby degli Psichiatri che vi fanno perdere la testa ma vi convincono del contrario la Lobby dei Pneumologi, che vi tolgono il respiro la Lobby dei Radiologi che vi spiano dentro la Lobby degli Urologi, che si fanno quelli degli altri la Lobby degli Emergenzisti-per-caso, che amano fare i turisti delle altre discipline, allungandosi la vita a colpi di telefonate (sempre le stesse e sapete a chi)... e poi quella più occulta... la Lobby degli Anestesisti-Rianimatori, senza i quali non esisterebbero gli Ospedali... e al telefono non risponderebbe nessuno.

Stop emendamento sul taglio dei Fondi Accessori Boccato dalla Comm. Affari Sociali

Stop della Commissione Affari Sociali del Senato all'emendamento al Decreto Milleproroghe che prevedeva l'ennesima proroga del taglio dei Fondi Accessori dei Medici e dei Dirigenti Sanitari. Una proposta, sostenuta dalle Regioni, ma immediatamente contestata dall'Intersindacale della Dirigenza Medica (ANAAO ASSOMED - CIMO - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SANITARI - FVM - FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR) - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL MEDICI) con un comunicato stampa durissimo. Di seguito l'incipit del testo:

L'emendamento delle Regioni al decreto milleproroghe in conversione al Senato, con il quale chiedono che il taglio, in atto dal 2011, dei fondi accessori del contratto nazionale dei medici e dei dirigenti sanitari prosegua per tutto il 2017, è una rapina a mano armata. Un emendamento senza rationale, senza l'alibi della delega di riforma della pubblica amministrazione, senza pudore, senza vergogna. Il Testo integrale al link: <http://www.aaroiemac.it/website/decreto-milleproroghe-una-rapina-a-mano-armata-n1098.html>

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

Scompenso

- Buongiorno, Dottore: come va oggi il cuore della mamma?
- Purtroppo è ancora in compenso labile.
- Inconsolabile? Lo credo! Dopo la notizia che le è morto il cane, che adorava.
- No, Signora. Il fatto è che non ha risposto quando l'abbiamo scaricata col defibrillatore.
- Beh, non vi ha risposto perché è un po' sorda, oppure perché aveva male mentre la scaricavate sul letto, con quel coso...
- No, Signora. Questo scompenso è peggiorato quando sua madre, a casa, è passata alla digitale.
- Davvero?! Non credevo che mettere il digitale terrestre potesse farle così male!
- No, Signora. Sua madre va incontro ad accessi di battiti ectopici.
- Ma quali eccessi? Quali dibattiti? Quali topi? Mia mamma è la calma fatta persona!
- No, Signora. Voglio dire che, con un cuore così grande, sua madre dovrà stare molto attenta a come spendere le sue poche energie.
- È proprio vero, Dottore. Mia mamma è così generosa che darebbe tutto ai poveri, se noi non stiamo attenti a come spende i suoi soldi; che poi ne ha proprio pochi.

DDL Responsabilità Professionale Domande e Risposte

Il Provvedimento è stato approvato al Senato ed è in questi giorni alla Camera in seconda lettura, approderà all'esame dell'Aula il 13 febbraio.



Quali sono le norme finalizzate a prevenire (e magari a scoraggiare) le richieste di risarcimento pretestuose/infondate?

Purtroppo, il tema non è stato preso in considerazione dal DDL approvato.

Occorre preliminarmente considerare che se una richiesta è pretestuosa/infondata, l'azione è stata proposta da un paziente alla ricerca di una monetizzazione della propria insoddisfazione, stimolata da un avvocato compiacente ma grazie, soprattutto, alla connivenza di un medico legale (da solo o insieme ad un amico "consulente tecnico" specialista in una disciplina clinica).

In tale prospettiva, le norme in vigore penali (reato di calunnia) e civili (lite temeraria) risultano inefficaci e ancora facilmente eludibili.

Residuano norme deontologiche che, di fatto, non trovano ancora applicazione.

Sul punto, il precedente art.15 del DDL Gelli prevedeva che in caso di giudizio l'autorità giudiziaria doveva affidare l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che avessero "specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento": con questa formulazione si escludevano dalle aule giudiziarie i consulenti e i periti inesperti ed incapaci. Ora, invece, la norma approvata è stata modificata richiedendo, oltre ai requisiti su indicati, che il Giudice affidi l'incarico di consulente a soggetti che "siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi". Chi ha esperienza del settore sa che sarà rarissimo che professionisti di qualità e bravi a svolgere la propria professione abbiano anche fatto il corso da conciliatore (mediatore). Si teme che, alla fine, saranno sempre gli stessi soggetti oggi "noti" nelle aule giudiziarie (ed assolutamente "ignoti" nelle aule scientifiche) che continueranno a svolgere queste funzioni consulenziali previa esecuzione del corso formativo richiesto.

La frase dell'Articolo 12 - Comma 3 "l'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione" che cosa significa esattamente?

.In parole semplici, con l'azione diretta il paziente può agire "direttamente" nei confronti della assicurazione la quale non potrà esimersi dal coprire il danno (nella misura del massimale) eccettuando al paziente che la polizza sottoscritta non dovrebbe operare per particolari condizioni previste nel contratto (ad esempio, perché si prevede una franchigia). Una volta che l'assicuratore avrà pagato il paziente avrà il diritto di rivalersi nei confronti del proprio assicurato per farsi riconsegnare quanto pagato al paziente in più rispetto al contratto stipulato: nell'esempio citato, facendosi restituire la franchigia che è stata pagata al paziente.

L'ultima edizione dell'art. 3 di fatto sdogana le Società scientifiche non mediche (e quelle miste mediche - non mediche): vuol dire che una società scientifica mista o addirittura non medica potrà impattare sulla punibilità dei medici?

Tutta l'impalcatura prevista nel DDL Gelli in materia di analisi del rischio clinico trova il proprio culmine nell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità di cui all'art. 3 il quale, dopo aver analizzato tutti i dati ricevuti, individua "idonee misure anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche, di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie".

Nella nuova formulazione adottata dal Senato, si è sostituito a "società scientifiche" l'espressione "società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5" il quale, a sua volta fa riferimento alle "società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale".

Il riferimento alle professioni sanitarie è già di per se comprensivo di tutte le professioni sanitarie "ordinate" (medici, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica).

Il riferimento alle "associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie" è stato inserito per dare cittadinanza anche a tutte le professioni sanitarie tecnico riabilitative (ad es. fisioterapisti, tecnici di laboratorio, ecc.) i

quali potranno collaborare con il citato Osservatorio nazionale nella prevenzione e gestione del rischio, esattamente come potranno emanare linee guida di riferimento ma solo, ed esclusivamente, nella propria area professionale. In altre parole, fino a ieri i ginecologi disciplinavano anche l'attività delle ostetriche; con la nuova disciplina saranno le ostetriche a definire le attività necessarie alla prevenzione e alla gestione del rischio (strettamente) ostetrico.

I criteri di accreditamento delle Società Scientifiche paiono potersi riferire al solo livello nazionale, mentre invece è notoria la maggior rilevanza di quelle internazionali (a meno che le società scientifiche da accreditarsi non debbano limitarsi a tradurre in lingua italiana le Linee Guida internazionali). Quale sarà l'impatto di questi criteri?

Il tema delle linee guida è particolarmente preoccupante.

Da un lato, la normativa in esame tenta di inserire delle regole per definire quanto una associazione medica può essere qualificata come "società scientifica" (si ricorda il DM Sirchia del 2004 dichiarato incostituzionale) ma ciò che più preoccupa è il ruolo centrale riconosciuto all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) al quale viene conferito il potere di verificare la "conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto", nonché la "rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni".

Quindi, non solo c'è una limitazione dei soggetti di riferimento - che l'art.5, comma 1 individua in "enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco" ma il tutto viene sottoposto al vaglio dell'ISS che "liberamente" deciderà chi avrà rilievo e chi no.

Infine, preoccupante il riferimento indicato agli "enti e istituzioni pubblici e privati": questa dizione generica può favorire linee guida emanate da soggetti condizionati o da ragioni strettamente economiche (si pensi a Aziende, pubbliche o private, o a Regioni o aree vaste, ecc.), oppure per favorire altri soggetti privati con finalità di lucro in ambiti formativi.

La "non punibilità penale" è prevista qualora l'evento si sia "verificato a causa di imperizia, quando sono rispettate le raccomandazioni...": trattandosi, a quanto par di capire, di condizioni tutte doventi essersi verificate, il dettato è oscuro. Quale sarà l'effettiva limitazione all'azione penale verso il medico nell'esercizio delle sue funzioni?

Così come formulato, il secondo comma dell'art. 6 esclude la punibilità dei fatti commessi con imperizia qualora siano state rispettate le raccomandazioni previste nelle linee guida o le buone regole di pratica medica, ma solo se risultano "adeguate alle specificità del caso concreto". Da come è formulato, questo comporta che dovrà essere il medico (e non il Pubblico Ministero) a doversi accollare l'onere di provare la loro "adeguatezza".

Inoltre, uno dei principi fondamentali del diritto penale prevede che le norme penali siano determinate - cioè di chiara lettura nel definire cosa è lecito e cosa è illecito - e tassative. Con l'art. 6, secondo comma, il rilievo esimente attribuito a disposizioni non ancora esistenti e continuamente variabili (linee guida e buone regole di pratica medica) crea una continua variabilità della norma penale rendendo a dir poco incerto stabilire (a priori) cosa è lecito e cosa è illecito: situazione che determina forti perplessità sotto il



Crediti E.C.M. richiesti

13° Congresso Nazionale

SIARED

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



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

Save the date

Partecipare per crescere

www.aaroiemac.it
www.siared.it



INFORMAZIONI GENERALI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA SIARED

PROVIDER INTESA PROVIDER ECM

ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO AAROI-EMAC - Via XX Settembre 98/E - 00187 Roma

INFORMAZIONI tel: 06 47825272 ♦ e-mail: congresso@siared.it

PRESIDENTI DEL CONGRESSO Adriana Paolicchi (Presidente SIARED)
Alessandro Vergallo (Presidente Nazionale AAROI-EMAC)
Rappresentante Legale Intesa Provider ECM

COMITATO ORGANIZZATORE Consiglio Nazionale AAROI-EMAC

COMITATO SCIENTIFICO Consiglio Direttivo SIARED

SEDE CONGRESSUALE Roma Eventi - Fontana di Trevi, Piazza della Pilotta 4, Roma

LOCATION, PRENOTAZIONI ALBERGHIERE, VIAGGI, TRASFERIMENTI La Segreteria Organizzativa NON effettua in alcun modo prenotazioni alberghiere, né servizi correlati agli spostamenti per e dalla sede congressuale, che quindi sono lasciati alla libera iniziativa degli interessati.

Per favorire coloro i quali fossero interessati a prenotazioni alberghiere, si segnalano i più noti siti web specializzati nel settore (booking.com, accorhotels.com, expedia.it, agoda.com, trivago.it, venere.com, hoteltravel.com, tripadvisor.it, hotelsfastcompare.com). A titolo di esempio, il sito web booking.com consente una ricerca mirata a reperire strutture alberghiere in una specifica zona prescelta, nonché di ordinare le strutture reperite per: Consigliati da booking.com, Prezzo più basso, Stelle, Distanza dal luogo di interesse.

Inoltre, si informa che utilizzando il portale Google Maps, digitando "Roma Eventi Fontana di Trevi" nel campo di ricerca del browser, o direttamente dall'indirizzo web:

https://www.google.it/maps/place/Roma+Eventi+Fontana+di+Trevi/@41.8989992,12.4823302,17z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x132f61ad49366359:0x218f61d66713ae7d

è possibile accedere facilmente a tutte le informazioni che Google Maps mette a disposizione, tra cui gli Hotel nelle vicinanze, oltre che alla visualizzazione della location, spazi congressuali inclusi.

Infine, si informa che nel settore delle prenotazioni alberghiere online opera anche l'Agenzia "Space Hotel" (prenotazioni online sul sito web spacehotels.it; per contatti diretti gli interessati possono far riferimento alla Sig.ra Alessandra Bertozzi, n. verde 800.813.013, e-mail alessandra@spacehotels.it; in tal caso specificare l'evento congressuale SIARED).

AREA ESPOSITIVA Per tutta la durata del Congresso sarà allestita un'area espositiva tecnico-scientifica alla quale possono partecipare Aziende Farmaceutiche, Aziende produttrici di Apparecchiature Elettromedicali e Case Editrici Scientifiche.

SVOLGIMENTO LAVORI Per assicurare un corretto svolgimento delle varie Sessioni tutti gli Oratori dovranno attenersi rigorosamente ai tempi assegnati. I Moderatori saranno tenuti a far rispettare i tempi di inizio e di fine di ogni Sessione e quelli assegnati a tutti gli Oratori. La lingua ufficiale è l'italiano.

INFO PER RELATORI E MODERATORI Proiezioni di Materiale (Presentazione diretta in Sala Alfieri e in Sala Belli) I Relatori possono caricare le proprie presentazioni direttamente sul PC-notebook presente nella propria Sala. In tal caso, le presentazioni dovranno essere obbligatoriamente consegnate almeno un'ora prima dell'inizio della Sessione, per verificarne la corretta funzionalità.

Proiezioni di Materiale (Presentazione a cura del Centro Slide in Sala Loyola e in Sala Foscolo) I Relatori possono consegnare le proprie presentazioni al Centro Slide. In tal caso, le presentazioni dovranno essere obbligatoriamente consegnate almeno due ore prima dell'inizio della Sessione, per verificarne la corretta funzionalità.

Per il materiale pertinente alle prime relazioni del mattino il materiale dovrà essere consegnato entro le ore 19:00 del giorno precedente.

I Relatori che utilizzano sistemi Macintosh e presentazioni in formato Keynote sono invitati a convertire le presentazioni in formato Power Point e testarle su un PC Windows.

ISCRIZIONI CONGRESSUALI Le iscrizioni congressuali dovranno pervenire tassativamente entro e non oltre il 10/05/2017 corredate di rispettivo pagamento in unica soluzione effettuato esclusivamente con bonifico bancario recante la seguente causale obbligatoria: [NOME COGNOME CODICE FISCALE CONGR SIARED 2017] sul c/c con IBAN (0 = zero): IT84T0311104001000000004152 intestato alla SIARED presso UBI BANCA CARIME.

In caso di pagamenti effettuati entro e non oltre il 31/03/2017 sono previste quote ridotte. Per l'applicazione delle quote (ridotte o intere), farà fede unicamente la data di rispettivo pagamento. In mancanza di pagamento correttamente effettuato entro i termini stabiliti, l'iscrizione congressuale sarà priva di ogni efficacia, senza che nulla possa essere preteso ad alcun titolo. In caso di pagamento incompleto o tardivo rispetto ai termini stabiliti, tale pagamento sarà restituito tramite bonifico bancario sull'IBAN di provenienza, senza che null'altro possa essere preteso ad alcun titolo.

Per le iscrizioni congressuali pervenute entro e non oltre il 10/05/2017, la Segreteria Organizzativa invierà tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail specificato sulla Scheda di Iscrizione Congressuale la conferma di avvenuta iscrizione solo a seguito di avvenuto pagamento della quota prevista conformemente ai termini stabiliti. Tale conferma sarà l'unico titolo attestante la validità dell'iscrizione congressuale, per tutto ciò che ne consegue.

Dopo il 10/05/2017 sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale, previa conferma di disponibilità di posti da richiedersi alla Segreteria Organizzativa al seguente recapito telefonico: 06 47825272. In caso di mancata richiesta di tale disponibilità, non potrà essere garantita la partecipazione al Congresso.

NON È PREVISTA SCHEDA DI ISCRIZIONE CONGRESSUALE CARTACEA.

LE ISCRIZIONI CONGRESSUALI DEVONO ESSERE EFFETTUATE OBBLIGATORIAMENTE ED ESCLUSIVAMENTE ONLINE, SIA PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA IN PROPRIO, SIA PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA DA AZIENDE/SPONSOR.

La Scheda di Partecipazione online è disponibile sui siti web www.aaroiemac.it e www.siared.it

I dati inseriti nella Scheda di Iscrizione Congressuale faranno fede, a tutti gli effetti, per qualsivoglia rapporto tra l'Organizzazione Congressuale nella sua interezza ed i Partecipanti al Congresso.

L'iscrizione congressuale comporta espressamente l'integrale ed incondizionata accettazione di tutte le condizioni specificate nel presente Programma.

ACCOGLIENZA IN SEDE CONGRESSUALE Il nostro Personale di Segreteria sarà a disposizione in sede congressuale dalle ore 13:00 di Giovedì 25 Maggio fino alle ore 14:00 di Sabato 27 Maggio, secondo i seguenti orari:

Giovedì 25 Maggio 12:00-19:30 / Venerdì 26 Maggio 08:10-19:30 / Sabato 27 Maggio 8:10-14:00.

SONO PREVISTE LE SEGUENTI POSTAZIONI DI ACCOGLIENZA: Pre-Iscritti, Iscrivendi in Sede Congressuale, Relatori e Moderatori, Espositori.

COFFEE BREAK E LIGHT LUNCH Sono previsti, compresi nella quota di iscrizione congressuale, per tutti i Partecipanti al Congresso, 3 Coffee break (Mattino del 26 Maggio, Pomeriggio del 26 Maggio, Mattino del 27 Maggio) e 1 Light Lunch (26 Maggio).

TELEFONI CELLULARI Nelle Aule dove si svolgono i lavori scientifici i telefoni cellulari dovranno essere tenuti rigorosamente spenti o in modalità silenziosa.

VARIAZIONI Gli Organizzatori si riservano il diritto di apportare al programma del Congresso tutte le variazioni necessarie per ragioni scientifiche e/o tecniche che potessero insorgere.

TRATTAMENTO DATI - PRIVACY POLICY A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 233/2006 del 04/07/2006 (convertito nella L. 248/06 del 04/08/2006) e s.m.i., sulla Scheda di Iscrizione Congressuale è necessario indicare i propri dati. Le informazioni personali fornite con la compilazione e con l'invio della Scheda di Iscrizione Congressuale saranno oggetto di trattamento ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Tutti gli eventi congressuali, e/o comunque correlati al Congresso, potranno essere, oltre che fotografati, audio e/o videoregistrati. Per tutti i Partecipanti al Congresso, qualunque sia la loro qualifica, è richiesta apposita liberatoria, che viene concessa con l'invio della Scheda di Iscrizione Congressuale.

	Giovedì 25 Maggio	Venerdì 26 Maggio	Sabato 27 Maggio
AUDITORIUM LOYOLA		Gap tra Scienza, Evidenza e Applicazione Clinica 08:40-13:20	Situazioni Complesse nella Paziente Ostetrica - Farmaci ed Emoderivati, Ruolo e Utilizzo: Che cosa sta Cambiando 08:40-13:20
	La Ventilazione in Terapia Intensiva e in Sala Operatoria 14:00-17:40	Anestesia, Dolore Postoperatorio, Dolore Cronico 14:00-19:00	
SALA FOSCOLO		Topics in Anestesia: Focus On Ultraspecialità 08:40-13:20	Critical Care e Medicina delle Catastrofi Percorsi del Paziente Critico in Emergenza 08:40-13:20
	Trauma Cranico e Addominale: Controversie 14:00-18:00	Nuove Tecnologie per Migliorare la Qualità di Cura in Anestesia e Rianimazione 14:00-19:00	
SALA ALFIERI		Workshop 3 NIV 08:20-13:30	Workshop 6 Ecodinamica 08:45-13:30
	Workshop 1 Update Gestione Vie Aeree 13:00-18:10	Workshop 4 Diagnosi e Monitoraggio Ecografico nelle Patologie Polmonari 14:00-19:10	
SALA BELLI		Workshop 2 US Locoregionale Avanzato - 2ª Edizione 08:20-13:30	Workshop 7 Broncoscopia in Anestesia e Rianimazione 08:20-13:30
	Workshop 2 US Locoregionale Avanzato - 1ª Edizione 13:00-18:10	Workshop 5 Antibiototerapia in UTI, dal Laboratorio al Trattamento Clinico 14:00-19:10	

Giovedì 25 Maggio 2017 • AUDITORIUM LOYOLA • 14:00-19:00

LA VENTILAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA E IN SALA OPERATORIA

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Saluto di apertura - A. Paolicchi (Pisa), A. Vergallo (Brescia)	
Parte I - Moderatori: M. Antonelli (Roma), F. Diana (Cagliari)		
14:20-14:40	O.S.A. (Obstructive Sleep Apnea) ed outcome perioperatorio	R. M. Corso (Forlì)
14:40-15:00	Nuove frontiere della ventilazione in anestesia, alla ricerca dei migliori risultati: driving pressure	P. Pelosi (Genova)
15:00-15:20	Investigare l'ipossiemia: T.E.L.U. (Transesophageal lung ultrasonography), una nuova frontiera	L. Vetrugno (Udine)
15:20-15:40	L'ossigeno terapia con cannula nasale high flow, quali possibilità offre	S. M. Maggiore (Chieti)
15:40-16:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
Parte II - Moderatori: M. Ranieri (Roma), G. Iotti (Pavia)		
16:00-16:20	Perché la NIV serve e perché funziona	P. Navalesi (Catanzaro)
16:20-16:40	ARDS: nuovi concetti nella ventilazione protettiva	G. Foti (Monza)
16:40-17:00	La ventilazione del bambino in terapia intensiva	G. Conti (Roma)
17:00-17:40	Tavola Rotonda: Ventilazione spontanea vs controllata, ritorno al futuro	M. Antonelli (Roma) G. Iotti (Pavia) P. Navalesi (Catanzaro) P. Pelosi (Genova) M. Ranieri (Roma)
17:40	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

18:20-19:00	WELCOME COCKTAIL INAUGURALE presso la Sala ARIOSTO Offerto dall'AAROI-EMAC
-------------	---

Giovedì 25 Maggio 2017 • SALA FOSCOLO • 14:00-18:00

TRAUMA CRANICO E ADDOMINALE: CONTROVERSIE

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	F. Marinangeli (L'Aquila)
Parte I - Moderatori: F. Marinangeli (L'Aquila), F. Bilotta (Roma)		
14:20-14:40	Trauma Cranico Grave senza indicazione neurochirurgica: centralizzo o non centralizzo?	A. Del Gaudio (S. G. Rotondo)
14:40-15:10	Trauma Cranico Grave: perché pretendo il monitoraggio della ICP	R. Flocco (Campobasso)
15:10-15:30	Trauma Cranico Grave: TAC e RMN precoce	E. Fainardi (Firenze)
15:30-16:00	Discussione guidata: imparare dagli esiti. Nella mia realtà esiste un sistema di valutazione prognostica a distanza? Posso crearlo io?	Conduce N. Latronico (Brescia) F. Bilotta (Roma) A. Del Gaudio (S. G. Rotondo) E. Fainardi (Firenze) R. Flocco (Campobasso) F. Marinangeli (L'Aquila)
Parte II - Moderatori: D. Di Lello (Isernia), A. Anile (Catania)		
16:00-16:30	Gestione del trauma addominale nel territorio: trips and tricks	L. Neri (Milano)
16:30-16:50	Ultrasonografia addominale nel trauma: competenze e controversie	C. Spina (Genova)
16:50-17:10	Una sfida per l'anestesista-rianimatore: la sindrome compartimentale addominale	F. Forfori (Pisa)
17:10-17:40	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
17:40	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Giovedì 25 Maggio 2017 • SALA ALFIERI • 13:00-18:10

WORKSHOP 1: UPDATE GESTIONE VIE AEREE
Responsabile Scientifico: G. Maltese (Catanzaro)

13:00-13:10	Registrazione Partecipanti	
13:10-13:20	Introduzione ai Lavori	G. Maltese (Catanzaro)
13:20-13:40	Valutazione dei pazienti e Previsione delle difficoltà	B. De Leonardis (Catanzaro)
13:40-14:00	Tecniche Avanzate e Devices	F. Torchia (Catanzaro)
14:00-14:20	Accesso Tracheale Rapido	M. Sorbello (Catania)
Parte Pratica		
14:20-17:30	Device Sopraglottici	V. Brescia (Catanzaro) B. De Leonardis (Catanzaro)
	Strumenti per la Laringoscopia: il laringoscopio, dal manuale al video	F. Torchia (Catanzaro)
	Accesso Tracheale Rapido	M. Sorbello (Catania)
	Casi clinici	V. Brescia (Catanzaro)
17:30-18:10	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
18:10	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Giovedì 25 Maggio 2017 • SALA BELLI • 13:00-18:10

WORKSHOP 2: ULTRASUONI IN ANESTESIA LOCOREGIONALE
CORSO AVANZATO - 1ª EDIZIONE
Responsabile Scientifico: G. Capozzoli (Bolzano)

13:00-13:10	Registrazione Partecipanti	
13:10-13:20	Introduzione ai Lavori	A. Behr (Padova)
13:20-13:40	Brainstorming: blocchi nervosi eco guidati	G. Capozzoli (Bolzano)
13:40-14:00	Blocchi della parete toracica e addominale	P. Fusco (L'Aquila)
14:00-14:20	Blocchi dell'arto superiore: non solo per principianti	E. Melai (Viareggio)
14:20-14:40	Blocchi dell'arto inferiore: non solo per principianti	P. Fusco (L'Aquila)
14:40-17:40	Parte Pratica su modello: 3 postazioni ABC	P. Fusco (L'Aquila) E. Melai (Viareggio) G. Capozzoli (Bolzano) A. Behr (Padova)
17:40-18:10	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
18:10	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 26 Maggio 2017 • AUDITORIUM LOYOLA • 08:40-13:20

GAP TRA SCIENZA, EVIDENZA E APPLICAZIONE CLINICA

08:40-08:50	Registrazione Partecipanti	
08:50-09:00	Introduzione ai Lavori	A. Paolicchi (Pisa)
Parte I - Moderatori: F. Diana (Cagliari), A. Paolicchi (Pisa)		
09:00-09:20	La medicina traslazionale: trasferimento dei risultati della conoscenza scientifica e tecnologica	V. Lionetti (Pisa)
09:20-09:40	Tailoring anestesia: una risposta tra scienza e applicazione clinica	G. Della Rocca (Roma)
09:40-10:00	Come colmare il gap tra scienza e clinica in ALR	A. Behr (Padova)
10:00-10:20	La gestione dei fluidi: colloidi in anestesia; c'è chi dice no	L. Tritapepe (Roma)
10:20-11:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
11:00-11:20	Pausa	
Parte II - Moderatori: A. Giarratano (Palermo), M. Girardis (Modena)		
11:20-11:40	Evidenze e cura del paziente anziano in anestesia	F. Guarracino (Pisa)
11:40-12:00	La trasfusione, quando e perché. Dove abbiamo lasciato la diagnosi?	A. De Gasperi (Milano)
12:00-12:40	Gestione clinica dell'antibiotico terapia: sono applicate le evidenze scientifiche?	M. Venditti (Roma)
12:40-13:00	Il delirio in terapia intensiva. Dalla scienza alla pratica clinica	N. Latronico (Brescia)
13:00-13:20	Tavola Rotonda: cosa mi guida nella scelta degli esami di laboratorio in terapia intensiva. Quali setting, quali esami	A. De Gasperi (Milano) M. Girardis (Modena) F. Guarracino (Pisa) N. Latronico (Brescia) A. Giarratano (Palermo)
13:20	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 26 Maggio 2017 • SALA FOSCOLO • 08:40-13:20

TOPICS IN ANESTESIA: FOCUS ON ULTRASPECIALITÀ

08:40-08:50	Registrazione Partecipanti	
08:50-09:00	Introduzione ai Lavori	P. Gregorini (Bologna)
Parte I - Moderatori: E. Forastiere (Roma), P. Gregorini (Bologna)		
09:00-09:20	Ultraspecialità: competenza ed etica	F. Giunta (Pisa)
09:20-09:40	Chirurgia fetale in utero e procedura exit: quale anestesia?	S. Picardo (Roma)
09:40-10:00	M.I.F.: gestione anestesiológica	G. Di Fiore (Enna)
10:00-10:20	Timectionia nel paziente miastenico	C. Coccia (Roma)
10:20-10:40	Tonsillectomia nel bambino	A. Simonini (Genova)
10:40-11:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
11:00-11:20	Pausa	
Parte II - Problem based learning: come affrontare situazioni complesse - Moderatori: V. Agnoletti (Cesena), F. Agrò (Roma)		
11:20-11:40	Curari e reversal nelle situazioni cliniche complesse	F. Piccioni (Milano)
11:40-12:00	Stenosi aortica severa: come mi comporto	L. Tritapepe (Roma)
12:00-12:20	Stenosi del canale vertebrale ed ARL: come mi comporto	A. Tognù (Bologna)
12:20-12:40	Stenosi tracheale: come mi comporto	F. Diana (Cagliari)
12:40-13:20	Tavola rotonda: Cosa mi guida nella scelta anestesiológica	F. Diana (Cagliari) F. Piccioni (Milano) A. Tognù (Bologna) L. Tritapepe (Roma)
13:20	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 26 Maggio 2017 • SALA ALFIERI • 08:20-13:30

WORKSHOP 3: VENTILAZIONE NON INVASIVA (NIV)
Responsabile Scientifico: E. Iacobone (Macerata)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
08:30-08:40	Introduzione ai Lavori	E. Iacobone (Macerata)
Parte Pratica. Tavoli di simulazione		
08:40-09:00	Indicazioni e limiti della ventilazione non invasiva	G. Foti (Monza)
09:00-09:20	Le interfacce e i ventilatori	P. Navalesi (Catanzaro)
09:20-09:40	La NIV durante lo svezzamento, quando è utile?	P. Navalesi (Catanzaro)
09:40-10:00	Quale sedazione in NIV	G. Conti (Roma)
10:00-12:00	Parte Pratica. Tavoli di simulazione	
	Tavolo 1: device	
	Tavolo 2: ventilatori	
L'Esperto Risponde:		
12:00-13:00	Il casco: luci ed ombre	G. Foti (Monza)
	Come e quando utilizzo la NIV nel bambino	G. Conti (Roma)
	La NIV domiciliare	P. Navalesi (Catanzaro)
13:00-13:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 26 Maggio 2017 • SALA BELLI • 08:20-13:30

WORKSHOP 2: ULTRASUONI IN ANESTESIA LOCOREGIONALE
CORSO AVANZATO - 2ª EDIZIONE
Responsabile Scientifico: G. Capozzoli (Bolzano)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
08:30-08:40	Introduzione ai Lavori	A. Behr (Padova)
08:40-09:00	Brainstorming: blocchi nervosi eco guidati	G. Capozzoli (Bolzano)
09:00-09:20	Blocchi della parete toracica e addominale	P. Fusco (L'Aquila)
09:20-09:40	Blocchi dell'arto superiore: non solo per principianti	E. Melai (Viareggio)
09:40-10:00	Blocchi dell'arto inferiore: non solo per principianti	P. Fusco (L'Aquila)
10:00-13:00	Parte Pratica su modello: 3 postazioni ABC	P. Fusco (L'Aquila) E. Melai (Viareggio) G. Capozzoli (Bolzano) A. Behr (Padova)
13:00-13:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 26 Maggio 2017 • LOBBY AREA • 13:30-14:30

SESSIONE POSTER

Moderatori: A. Barbati (Napoli), U. Lucangelo (Trieste), G. Morando (Milano), E. Vincenti (Padova)

I moderatori della sessione incontrano gli autori davanti ai poster. Ogni Autore presenterà il proprio poster cui seguirà una breve discussione

Venerdì 26 Maggio 2017 • AUDITORIUM LOYOLA • 14:00-19:00

ANESTESIA, DOLORE POSTOPERATORIO, DOLORE CRONICO

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:30	Introduzione ai Lavori	A. Paolicchi (Pisa)
Parte I - Moderatori: A. Corcione (Napoli), D. Giofrè (Roma)		
14:30-14:50	APICE, uno studio per capire quando il dolore postoperatorio diventa cronico	A. Paolicchi (Pisa)
14:50-15:10	La gestione del dolore postoperatorio in Italia	A. Fanelli (Bologna)
Parte II - Nuovi modelli per la gestione del dolore in particolari contesti chirurgici - Moderatori: M. Bosco (Roma), F. Diana (Cagliari)		
15:10-15:30	Gestione del dolore intra e postoperatorio in Chirurgia dell'Addome	E. Piraccini (Forlì)
15:30-15:50	Gestione del dolore intra e postoperatorio in Chirurgia della Mammella	P. Fusco (L'Aquila)
15:50-16:10	Modello di gestione del dolore postoperatorio con un device inusuale: un'esperienza italiana	F. Deni (Milano)
16:10-16:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
16:30-16:50	Pausa	
Parte III - Focus sui farmaci - Moderatori: S. Mameli (Cagliari), A. Paolicchi (Pisa)		
16:50-17:10	Gli oppioidi nel perioperatorio	P. Sacerdote (Milano)
17:10-17:30	Cannabinoidi in Medicina del dolore	G. De Carolis (Pisa)
17:30-17:50	Propofol, cosa ne sappiamo	V. Agnoletti (Cesena)
17:50-18:10	Ipnosi, una risorsa per l'anestesista?	E. Facco (Padova)
18:10-19:00	Incontro tra le Società Scientifiche: il gap tra scienze farmacologiche e pratica clinica nel trattamento del dolore	M. Bosco (Roma) A. Corcione (Napoli) S. Mameli (Cagliari) F. Marinangeli (L'Aquila) A. Paolicchi (Pisa)
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 26 Maggio 2017 • SALA FOSCOLO • 14:00-19:00

NUOVE TECNOLOGIE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DI CURA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Parte I - Moderatori: E. Iacobone (Macerata), T. Matarazzo (Ferrara)		
14:10-14:30	Studio sulle problematiche medico-legali in anestesia, un anno dopo	F. Marinangeli (L'Aquila)
14:30-14:50	Intensiva.it: un progetto per la buona comunicazione con i familiari	G. Mistrarelli (Milano)
Parte II - Moderatori: U. Lucangelo (Trieste), G. Capozzoli (Bolzano)		
14:50-15:10	Comunicazioni 1 area intensiva	
15:10-15:30	Comunicazioni 2 area anestesia	
15:30-16:00	Comunicazioni 3 area dolore ed emergenza	
16:00-16:15	3° Memorial M. Rambaldi	
16:15-16:30	La nostra esperienza con un nuovo dispositivo per la cateterizzazione della vena giugulare interna	M. Nicolini (Modena)
16:30-16:50	Pausa	
Parte III - Moderatori: L. Tritapepe (Roma), G. Maltese (Catanzaro)		
16:50-17:10	Ruolo fondamentale del monitoraggio nel paziente ad alto rischio	N. Brienza (Bari)
17:10-17:30	Update sul monitoraggio non invasivo	S. Romagnoli (Firenze)
17:30-17:50	Update sul monitoraggio invasivo	R. De Rosa (Napoli)
17:50-18:10	Protocolli di ottimizzazione nel perioperatorio	E. Panascia (Catania)
18:10-18:30	Predire gli eventi emodinamici: HPI (Hypertension Probability Index)	A. De Gasperi (Milano)
18:30-19:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	

Venerdì 26 Maggio 2017 • SALA ALFIERI • 14:00-19:10

WORKSHOP 4: DIAGNOSI E MONITORAGGIO ECOGRAFICO NELLE PATOLOGIE POLMONARI
Responsabile Scientifico: F. Diana (Cagliari)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	F. Diana (Cagliari)
14:20-14:40	Ecografia polmonare ed ottimizzazione delle immagini	L. Vetrugno (Udine)
14:40-15:00	Addensamenti polmonari	F. Forfori (Pisa)
15:00-15:20	Versamenti pleurici	A. Accattatis (Genova)
15:20-15:40	Pneumotorace	L. Vetrugno (Udine)
15:40-18:40	Parte Pratica 3 postazioni con modelli	A. Accattatis (Genova) F. Forfori (Pisa) L. Vetrugno (Udine)
18:40-19:10	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
19:10	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 26 Maggio 2017 • SALA BELLÌ • 14:00-19:10

WORKSHOP 5: ANTIBIOTICOTERAPIA IN UTI, DAL LABORATORIO AL TRATTAMENTO CLINICO
Responsabili Scientifici: E. Iacobone (Macerata) P. Favetta (Perugia)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	P. Favetta (Perugia)
14:20-14:40	Uso degli Antibiotici in UTI: update 2017	A. Giarratano (Palermo)
14:40-15:00	Trattamento delle infezioni fungine: update 2017	M. Venditti (Roma)
15:00-15:20	Tecniche di depurazione nello shock settico: quando, come e perché?	M. Girardis (Modena)
Parte Pratica		
15:20-17:30	Prevenzione delle VAP: applicazioni pratiche	E. Iacobone (Macerata)
	Esami diagnostici e lettura di antibiogrammi	P. Favetta (Perugia)
17:30-18:30	L'Esperto risponde: - infezione addominale - infezione polmonare - infezione fungina	A. Giarratano (Palermo) M. Girardis (Modena) M.G. De Cristofaro (Napoli)
18:30-19:10	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
19:10	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 27 Maggio 2017 • AUDITORIUM LOYOLA • 08:40-13:50

SITUAZIONI COMPLESSE NELLA PAZIENTE OSTETRICA - FARMACI ED EMODERIVATI, RUOLO E UTILIZZO: CHE COSA STA CAMBIANDO

08:40-08:50	Registrazione Partecipanti	
08:50-09:00	Introduzione ai Lavori	G. Di Fiore (Enna)
Parte I - Moderatori: P. Pasqua (Cosenza), G. Di Fiore (Enna)		
09:00-09:20	Gestione dell'anestesia nella donna gravida in chirurgia non ostetrica	Y. Leykin (Pordenone)
09:20-09:40	Sindrome eclampatica	G. Furicchia (Ferrara)
09:40-10:00	Emorragia postpartum	M. G. Frigo (Roma)
10:00-10:20	La rianimazione del neonato asfittico in sala parto	A. Caruso (Catania)
10:20-11:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
11:00-11:20	Pausa	
Parte II - Moderatori: A. Coviello (Potenza), F. Forfori (Pisa)		
11:20-11:40	I nuovi anticoagulanti	D. Colella (Roma)
11:40-12:00	Impatto del Protocollo ECS (Early Coagulation Support) sul consumo di prodotti del sangue, mortalità e costi	G. Nardi (Rimini)
12:00-12:40	Point of Care Testing: migliora la pratica clinica?	V. Agostini (Cesena)
12:40-13:00	Tavola rotonda: Utilizzo appropriato del sangue e derivati in Anestesia e Rianimazione	V. Agostini (Cesena) D. Colella (Roma) A. Coviello (Potenza) F. Forfori (Pisa) G. Nardi (Rimini)
13:00-13:20	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
13:20	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Cerimonia di chiusura

13:20-13:40	Chiusura 13° Congresso Nazionale SIARED	
13:40-13:50	Premiazioni "Miglior Poster" - "Vota il Poster"	

Sabato 27 Maggio 2017 • SALA FOSCOLO • 08:40-13:20

CRITICAL CARE E MEDICINA DELLE CATASTROFI
PERCORSI DEL PAZIENTE CRITICO IN EMERGENZA

08:40-08:50	Registrazione Partecipanti	
08:50-09:00	Introduzione ai Lavori	F. Marinangeli (L'Aquila)
Parte I - Moderatori: F. Marinangeli (L'Aquila), F. Federighi (Roma)		
09:00-09:20	La medicina delle catastrofi: la gestione delle maxiemergenze	G. Dipietro (Bari)
09:20-09:40	Calamità naturali: esperienze sul campo	G. Facchetti (L'Aquila)
09:40-10:00	Risposta ospedaliera alle maxiemergenze: il ruolo dell'Anestesista Rianimatore	G. Fiore (Torino)
10:00-10:20	Trauma system: il ruolo del trauma team	E. De Blasio (Benevento)
Parte II - Moderatori: D. Dossi (Trento), Q. Piacevoli (Roma)		
10:20-11:00	L'esperto risponde	G. Dipietro (Bari) F. Federighi (Roma)
11:00-11:20	Pausa	
11:20-11:40	Il paziente in crisi nei reparti di degenza: come migliorare gli outcome	M. Difonzo (Bari)
11:40-12:00	Medical emergency team: gestione dei ricoveri non programmati in UTI	G.A. Ratto (Savona)
12:00-12:40	Implementazione di un sistema di risposta rapida in ospedale	G. Radeschi (Torino)
12:40-13:00	Tavola rotonda. Ruolo delle terapie intensive: dalle maxiemergenze alle emergenze intraospedaliere	Conducono: F. Marinangeli (L'Aquila) Q. Piacevoli (Roma) Partecipano: tutti i Relatori
13:00-13:20	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
13:20	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 27 Maggio 2017 • SALA ALFIERI • 08:20-13:30

WORKSHOP 6: ECODINAMICA
Responsabile Scientifico: L. Tritapepe (Roma)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
08:30-08:40	Introduzione ai Lavori	L. Tritapepe (Roma)
08:40-09:00	Instabilità emodinamica	L. Tritapepe (Roma)
09:00-09:20	Monitoraggio emodinamico vs Echo	L. F. Lorini (Bergamo)
09:20-09:40	Mondo vascolare: quando l'eco serve e quando no	A. Locatelli (Alessandria)
09:40-10:00	Introduzione alla Parte Pratica	L. Tritapepe (Roma)
10:00-13:00	Caso clinico in S.O.	L. F. Lorini (Bergamo)
	Caso clinico in TIPO	A. Locatelli (Alessandria)
	Caso clinico in emergenza	A. Anile (Catania)
	Come monitorizzo il paziente con IMA	L. Tritapepe (Roma)
13:00-13:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 27 Maggio 2017 • SALA BELLÌ • 08:20-13:30

WORKSHOP 7: BRONCOSCOPIA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Responsabile Scientifico: F. Diana (Cagliari)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
08:30-08:40	Introduzione ai Lavori	F. Diana (Cagliari)
08:40-09:00	Broncoscopio, come è fatto e che cosa mi permette di vedere	V. Agnoletti (Cesena)
09:00-09:20	La broncoscopia in terapia intensiva	F. Ferraro (Napoli)
09:20-09:40	La broncoscopia in sala operatoria	F. Diana (Cagliari)
09:40-10:00	Intubazione bronchiale selettiva	V. Agnoletti (Cesena)
Parte Pratica		
10:00-13:00	Intubazione tracheale	F. Ferraro (Napoli)
	Intubazione bronchiale selettiva	V. Agnoletti (Cesena)
	Gli strumenti	F. Diana (Cagliari)
13:00-13:30	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	V. Agnoletti (Cesena) F. Diana (Cagliari) F. Ferraro (Napoli)
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

profilo della legittimità costituzionale che, per altro, potrebbe essere rilavata anche considerando che la norma in esame violerebbe anche il principio di uguaglianza (art. 3 Costituzione) introducendo un'esimente penale a favore di una sola categoria di persone.

Lo stesso Relatore del provvedimento al Senato, Amedeo Bianco, asserisce: «In ambito civilistico, in particolare, il cittadino avrà ora a disposizione diverse opzioni per esercitare il suo diritto al risarcimento: se il danno è avvenuto all'interno di una struttura, dovrà rivolgersi direttamente alla struttura stessa, in linea con il tradizionale profilo di responsabilità contrattuale. Oppure potrà rivolgersi direttamente all'assicurazione della struttura o, in terza battuta, direttamente al professionista». Orbene, «in terza battuta» è quantomeno dubbio: che cosa impedisce al presunto danneggiato di rivolgersi direttamente al professionista «in prima battuta»?

Innanzitutto, il paziente è obbligato ad esperire un accertamento tecnico preventivo (ex art.8) a cui devono partecipare *«tutte le parti, comprese le imprese di assicurazioni»*: quindi, oltre al paziente, l'Azienda, tutti professionisti interessati e (attenzione: se esiste...) l'assicurazione della Azienda.

Ora non è chiaro per quale ragione l'avvocato del paziente – che ha portato tutti gli interessati al tavolo del giudice per accertare se esiste un fumus di responsabilità sotto il profilo tecnico (quindi medico-legale) – dovrebbe decidere, qualora avesse ragione di essere risarcito, di non citare in causa tutti quanti ma di limitarsi alla sola Azienda (magari non assicurata). La risposta sembra evidente.

Inoltre, non si deve dimenticare, poi, che le Sezioni Unite della Cassazione nel 2014 hanno legittimato *«anche»* le strutture pubbliche (oltre che quelle private) citate in giudizio dal paziente, a chiamare in causa i professionisti interessati in causa avanti al Tribunale civile *«a man leva»* nei confronti della richiesta avanzata dal paziente.

Da quanto esposto emerge, pertanto, che l'esclusione del coinvolgimento del medico nel giudizio di risarcimento del paziente sarà l'eccezione e non la regola.

Sempre secondo Bianco «con l'articolo 2043 non è possibile l'esimente colpa grave, dal momento che da 2000 anni il diritto aquiliano prescrive «a ogni danno il suo risarcimento»»: finalmente (con l'Articolo 6 - Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria) ci si è resi conto di quanto contenuto nel comma 1, dell'articolo 3, del decreto-legge 158/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 189/2012, in materia di responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie, che (abrogando) prevede che «l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non risponde penalmente per colpa lieve». Ma basta questo ad esultare?

In generale, se è vero che il diritto aquiliano prevede che *«a ogni danno il suo risarcimento»*, è altresì vero che non è detto che quel risarcimento sia dovuto dal medico che lavora come dipendente presso una struttura pubblica o privata.

Per quanto attiene il dipendente pubblico, l'art.28 della Costituzione stabilisce che *«i funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti»* ma, al secondo comma, precisa che: *«In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici»*.

Per i dipendenti privati, invece, l'art. 2049 del codice civile statuisce che *«I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti»*: il linguaggio è arcaico ma chiaro.

Allo stesso modo, la responsabilità aquiliana di cui all'art. 2043 ha trovato ulteriore limite (da sempre) proprio nell'imperizia: infatti, l'art. 2236 del codice civile, prevede



«Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave». Questa norma non solo operava nell'ambito del diritto civile ma anche in quello penale per consentire ai medici di poter operare casi complessi senza preoccupazione.

Il problema è che, nel corso degli anni, la categoria dei medici ha subito (supinamente: sic!) una frustrazione e svilimento di tali principi: al punto che oggi gli stessi faticano a trovare ancora applicazione nell'ambito della responsabilità sanitaria.

Sulla rilevanza dell'art. 6 si è avuto modo di esporre in precedenza.

Sempre secondo il Senatore Bianco, il DDL «evita ogni tipo di «bias» all'interno delle strutture pubbliche, che altrimenti si sarebbero trovate, magari, fino al giorno prima nella condizione di difendere struttura e professionista e, l'indomani, a dover giocare contro il professionista in un'azione di regresso, in base al codice civile». Orbene, che cosa cambia per il medico (o per il sanitario) se l'azione di regresso viene avviata, sempre presso la Corte dei Conti, dalla struttura o dal Pubblico Ministero?

Sul punto, occorre ricordare che secondo l'art. 20 del DPR n.ro 3 del 1057 (*«Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato»*) il Direttore generale dell'azienda pubblica, che venga a conoscenza di fatti che diano luogo a responsabilità del dipendente (il medico), *«devono farne denuncia al Procuratore generale della Corte dei conti, indicando tutti gli elementi raccolti per l'accertamento della responsabilità e la determinazione dei danni»*. Con una Circolare del 2007, la Procura Generale della Corte dei Conti ha imposto a tutti gli enti pubblici direttamente o indirettamente svolgenti funzioni in ambito sanitario di comunicare tutti i risarcimenti effettuati.

Purtroppo, occorre ricordare, nuovamente, che, in base alla sentenza della cassazione delle Sezioni Unite del 2014 l'azienda pubblica può - legittimamente - chiamare in causa il proprio dipendente medico *«a man leva»* avanti al Tribunale civile, nella causa di risarcimento instaurata dal paziente nei confronti della azienda medesima.

Quindi, il *«bias»* permane; anzi si acuisce!

Ancora secondo Bianco, si costituirà un data-base nazionale su cui andare a commisurare le rischiosità delle aziende e delle strutture sanitarie. Invece, questa commisurazione parrebbe riguardare «grazie» al DDL anche «gli esercenti le professioni sanitarie» (sia pubblici dipendenti che LP, evidentemente): rif. art. 10. Ci potranno essere effetti consistenti in un'ulteriore spinta alla «condivisione di responsabilità» tra professioni diverse sconfinanti l'una negli ambiti dell'altra?

Effettivamente, l'art.10 del DDL Gelli come formulato (in combinato disposto con la norma sulla trasparenza dei dati: art.4) potrà determinare la formazione di un data-base anche *«per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica»*; ivi comprese anche *«le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina»*. Orbene, al momento non è possibile prevedere l'impatto di tale data-base *«integrato»* sulla ripartizione delle responsabilità, perché tutto dipenderà dalla sua strutturazione effettiva, oltre che dal suo potenziale utilizzo nelle aule giudiziarie.

Risposte a cura
del Professor Paolo D'Agostino
Università di Torino



Il 18 Dicembre scorso un comunicato della Regione Molise dava notizia dell'apertura, di lì a pochi giorni, delle Udi nei Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro.

«Nel processo di riorganizzazione della sanità molisana - si legge nel comunicato - un nuovo servizio che qualifica e arricchisce l'offerta regionale, rappresentando una risposta confacente ai nuovi bisogni espressi in campo sanitario. Il prossimo martedì 20 dicembre nel presidio di Larino e, subito dopo, mercoledì 21, in quello di Venafro, aprirà l'Unità di degenza infermieristica. «Con l'attivazione dell'UDI, un nuovo passo nella riqualificazione della rete ospedaliera: entriamo nel vivo del processo di riorganizzazione - dichiarava il Presidente della Regione Molise, Paolo Frattura nel presentare "la novità" -. Dotiamo, il nostro servizio sanitario regionale di un'area di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio con posti letto funzionali h24, gestito da personale infermieristico».

Con l'UDI centeremo tre obiettivi determinanti per garantire ai cittadini molisani una sanità di qualità, efficiente e appropriata: saranno ridotte le giornate di degenza ospedaliera inappropriata nelle strutture per acuti; limiteremo gli ingressi a carattere definitivo in strutture di residenza sani-

AAROI-EMAC Molise

Attivazione UDI: "deciso dissenso"

Non sono stati resi noti i protocolli e i percorsi assistenziali di gestione dei pazienti

taria assistita e favoriremo, aspetto di sostanziale importanza, l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali - spiegava ancora Frattura -. Contestualmente sarà attivato l'ambulatorio infermieristico per i pazienti deambulanti che hanno necessità di interventi infermieristici, come la terapia iniettiva, la gestione delle medicazioni e la fornitura di materiale sanitario. Così rispondiamo con efficienza alle nuove esigenze della nostra sanità».

Immediata la risposta dell'AAROI-EMAC Molise, attraverso il Presidente Regionale, David Di Lello:

«L'AAROI-EMAC Sezione Regionale del Molise nell'apprendere dai media dell'imminente attivazione - il 20 e 21 dicembre - presso i presidi di Venafro e Larino delle UDI - Unità di Degenza Infermieristica -, in attesa di essere messa nelle condizioni di esaminare i relativi atti formali con i quali sono state istituite le suddette Unità, esprime un deciso dissenso rispetto alla notizia così come è stata diffusa.

Non essendo ad oggi, infatti, resi noti i protocolli e percorsi assistenziali coi quali si intenderà gestire i pazienti che ivi saranno degenti, vi è il forte timore che potrà verificarsi una confusione di ruoli tra personale medico ed infermieristico. Si ricorda, a tal proposito, come compete solamente al medico la gestione terapeutica e clinica del paziente, mentre all'infermiere quella assistenziale.

Vi è, dunque, il timore di una "traslazione delle responsabilità, non consentita dall'ordinamento" e già sottolineata dal TAR Umbria con sentenza 764/2016 avverso una analoga istituzione delle UDI.

Se poi la notizia dell'attivazione delle Unità di Degenza Infermieristica viene analizzata parallelamente a quanto trapela circa la soppressione di numerose Unità Operative Complesse mediche presso gli ospedali di Isernia e Termoli, tra cui quelle di Anestesia e Rianimazione, ancora più forte è la preoccupazione dell'AAROI-EMAC Molise sulla funzionalità di ciò che resterà della Sanità pubblica nella regione.

L'AAROI-EMAC, dunque, chiede un doveroso e immediato formale confronto istituzionale che non solo chiarisca e dirimi tutti i dubbi innanzi illustrati, ma volto ad esaminare ogni aspetto dell'Atto Aziendale che l'ASREM pare si accinge ad adottare».

AAROI-EMAC Calabria

Contratti. Ecco perché l'AAROI-EMAC ha scioperato

Il commento del Dr Minniti

In una lettera alla testata online Quotidiano Sanità, il Dr Domenico Minniti, Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria, è intervenuto sul significato, l'importanza e il valore dello sciopero del 16 Dicembre scorso.

Di seguito una parte del testo disponibile in versione integrale al link:

www.aaroiemac.it/website/rinnovo-contratti-ecco-perch-laaroi-emac-ha-scioperato-n1086.html

«...Decisamente controcorrente - diremmo soli contro tutti - i Medici Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (AAROI-EMAC) e, naturalmente, anche quelli degli ospedali calabresi, hanno deciso di manifestare il loro dissenso per l'indecente proposta, del pari indecentemente sottoscritta/ condivisa dalle altre Organizzazioni Sindacali, al Governo da poco caduto.

Ma hanno anche deciso di lanciare un messaggio inequivocabile al nuovo Governo, - abimè fotocopia del primo - che è bene venga dallo stesso preso in considerazione in vista dell'avvio e del proseguo della contrattazione nazionale.

È stato però anche un messaggio chiaro al Dipartimento Tutela della Salute, ed alle Direzioni Generali di ASP ed Aziende Ospedaliere della Calabria affinché sia chiaro che la misura è oramai colma, che i Medici Anestesisti Rianimatori chiedono sì adeguati aumenti contrattuali, ma soprattutto chiedono idonee condizioni di lavoro, in particolare nei Dipartimenti di Emergenza ed Urgenza.

...

Domenico Minniti
 Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

News dalle Regioni

L'aspettativa ai dirigenti medici non è più un diritto

La lettera del Dr Gianluigi Morello al Direttore di Quotidiano Sanità

Gentile direttore, deve sapere che i diritti esistono finché sussistono le condizioni per concederli. Almeno così è in Sicilia. Potrebbe così accadere che un pedone non abbia più il diritto di passare sulle strisce pedonali qualora sopraggiungesse una "giustificata fretta per l'automobilista". Peggio ancora sarebbe, per il pedone, se la Corte dei conti imponesse un "taglio" alle spese per la segnaletica orizzontale e ad esser sacrificate fossero le strisce pedonali.

Nella Sanità siciliana la segnaletica si è persa da tempo, ma non si è perso affatto il temibile giudizio della Corte dei conti. Sembra che si vogliano estremizzare i concetti ma, in Sicilia, di estremo c'è solo la tolleranza dei cittadini.

Per andare dritti al nocciolo della questione è opportuno ricordare che l'aspettativa è concessa, o può esser concessa, ai Dirigenti Medici di ruolo del SSN per svariate ragioni, famigliari, personali, sindacali, politiche ecc... In talune forme rientra la discrezionalità dell'Azienda Ospedaliera nel concederla o meno. Tuttavia, una forma di aspettativa, cioè quella concessa ai sensi dell'articolo 10, comma 8, lettera b) del CCNL, secondo un parere dell'ARAN (Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni) non è discrezionale e, al verificarsi delle condizioni previste, deve essere concessa. Stiamo parlando dell'aspettativa che viene concessa a un Medico di ruolo del SSN che la chiede per lavorare a tempo determinato presso un'altra azienda del SSN.

Tutto ciò avviene senza aggravio di spesa per l'ente pubblico che concede l'aspettativa (che non paga più il dipendente) e con la possibilità, per lo stesso, di sostituire il Dirigente in aspettativa. In altri termini non c'è aggravio di spesa, non c'è spreco, non c'è nocimento per alcuno ed è favorita la mobilità e l'integrazione tra enti pubblici del SSN.

Tuttavia, in Sicilia, terra di pionierismi e di pseudo eroismi, non potevano mancare Direttori Generali (ASP TP - ASP ME - ASP CT) e complici Dirigenti Amministrativi che sfidassero la terra del diritto e delle conquiste dei lavoratori. Tali Direttori Generali, che in Sicilia sono stati accuratamente e minuziosamente selezionati, hanno pen-

sato bene di inventare la teoria del diritto ipotetico, cioè che il diritto esiste se sussistono le condizioni (variabili) per concederlo. Per tali ragioni gli stessi hanno disposto che ai Dirigenti Medici in aspettativa secondo l'articolo citato è imposto il rientro nell'Azienda di appartenenza poiché la Corte dei conti sta monitorando i loro bilanci e il loro ricorso ad assunzioni a tempo determinato (che non possono superare un numero massimo imposto).

Pare che, nonostante l'accurata e minuziosa selezione che li riguarda, i sopraccitati Direttori Generali non riescano a spiegare alla Corte dei conti, e soprattutto all'assessore al ramo, che lo sforo di bilancio non è dovuto tanto alla concessione delle aspettative e relativi incarichi di sostituzione, bensì ad un blocco delle assunzioni che in Sicilia regna ormai da più di quattro anni.

Mi sembra di capire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere siciliane abbiano diversi e difficili problemi da affrontare e da risolvere, tuttavia appare chiaro che tali problemi affondino le loro radici più su l'inosservanza dei doveri che non sulla concessione dei diritti. Pertanto, da semplice Dirigente Medico, mi sento di invitare i Direttori Generali in questione ad una vigilanza operativa su competenze, attività e comportamenti del personale piuttosto che sui diritti a loro riconosciuti. Anche perché la pioggia di ricorsi, motivati, che si abatterà su queste amministrazioni potrebbe rappresentare, questa sì, un ulteriore capitolo di spesa per aziende già precarie nei loro conti e nei loro assetti istituzionali.

Dr Gianluigi Morello
 Dirigente Medico - U.O.C. Anestesia e Rianimazione Azienda Ospedaliera "Garibaldi". Catania



AAROI-EMAC Sicilia

Nuova Rete dei Servizi Sanitari regionali

Il documento presentato alle OO.SS.

Il 9 Gennaio scorso, l'Assessore alla Sanità della Regione Sicilia, Baldo Guicciardi, ha presentato alle OO.SS. il piano per il riordino della Rete dei Servizi Sanitari regionali.

Un "documento metodologico" che arriva a distanza di tre mesi dal precedente fortemente contestato dall'AAROI-EMAC Sicilia che - attraverso il suo Presidente regionale, Emanuele Scarpuzza - aveva definito "irricevibile" la proposta, considerata "un taglio vero e proprio di posti letto fondamentali per la sopravvivenza".

Il secondo tentativo della Regione sembra invece aver accolto le richieste. Nessun ospedale viene depotenziato, così come nessun Pronto Soccorso sarà soppresso e - al contrario di quanto paventato nella bozza di Settembre - aumenteranno i posti letto di Rianimazione così come richiesto dall'AAROI-EMAC Sicilia. Lo scorso Settembre, infatti, lo stesso Guicciardi aveva dato mandato al Presidente Scarpuzza e al Prof. Giarratano, direttore della Rianimazione del Policlinico di Palermo, di realizzare il progetto per la rete di Rianimazione in Sicilia.

Il Nuovo piano prevede, quindi, che la rete di emergenza-urgenza sia strutturata su quattro bacini: Catania-Ragusa-Siracusa; Messina; Palermo-Trapani; Agrigento-Caltanissetta. Complessivamente 8 Hub, 18 Spoke, 16 Presidi ospedalieri di base, 10 ospedali di zona disagiata, 2 presidi in zone ad alto rischi ambientale.

Nel presentare il documento l'assessore alla Sanità, Baldo Guicciardi ha espresso "soddisfazione per il serio contributo offerto e per l'apprezzamento positivo delle organizzazioni sindacali sulla rete dell'emergenza urgenza ospedaliera". L'AAROI-EMAC Sicilia, una volta completato l'iter, vigilerà sulla reale applicazione del Piano.

Redditi patrimoniali: le indicazioni dell'AAROI-EMAC

Al termine del 2016 alcune Aziende sanitarie hanno inviato al personale dirigenziale una richiesta "allargata" e inaccettabile di dichiarazione patrimoniale e reddituale. Tali procedure sono state adottate, in seguito alla Legge dello Stato - D.LGS. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", per richiedere ai Medici Pubblici Dipendenti dichiarazioni sulla situazione patrimoniale personale e sulle situazioni patrimoniali dei loro familiari, anche al fine di pubblicarle sulla pubblica piazza del web. L'AAROI-EMAC, nel caso in cui l'amministrazione richieda i dati reddituali e patrimoniali, suggerisce:

a) di inviare, in risposta ad eventuali richieste il modello di "Richiesta Dati Redditali e Patrimoniali - Nota a Riscontro" pubblicata sul sito AAROI-EMAC.

b) di attendere la scadenza del termine imposto per la comunicazione, ed in caso di comunicazione dei dati richiesti di attestare:

1. che il coniuge NON PRESTA il consenso alla consegna della documentazione riguardante la propria situazione patrimoniale

2. che i parenti entro il 2° grado tenuti alla dichiarazione NON PRESTANO il consenso alla consegna della documentazione riguardante la propria situazione patrimoniale.

Tutte le informazioni e la modulistica al link: <http://www.aaroiemac.it/website/richieste-aziendali-di-dichiarazioni-redditali-e-patrimoniali-n1106.html>



All'Anestesista il giudizio finale sulla operabilità del paziente

Sempre più spesso ci si può trovare di fronte ad uno "sconfinamento di campo" da parte di altri specialisti o della Direzione Sanitaria. In questi casi è opportuno sottolineare ruolo, competenze e responsabilità dell'Anestesista Rianimatore in modo da garantire il migliore percorso di cura per il paziente. Lo ha fatto un Collega nei confronti della sua Direzione sanitaria che riteneva di dover prendere parte alle valutazioni cliniche sulla operabilità del paziente.

Di seguito il testo che - grazie alla disponibilità del Collega - può essere preso a modello per opporsi a simili interferenze.

...È corretto che sia l'anestesista, una volta assunte tutte le informazioni cliniche e preso atto di consulenze richieste, ad esprimere il giudi-

zio finale sulla operabilità del paziente, tenuto conto anche della patologia chirurgica specifica che indica l'intervento.

Per quanto riguarda le indicazioni derivanti da raccomandazioni e linee guida faccio invece riferimento alla legge del 18/10/2012 (decreto Balduzzi) che così recita: "L'escente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

L'adattamento delle linee guida alla situazione clinica è quindi responsabilità diretta dell'operatore sanitario, in questo caso l'anestesista, che esegue la prestazione.

Con la Direzione Sanitaria sono certo che ci debba essere un confronto per quanto riguarda tutte le procedure organizzative tese a migliorare il percorso di cure, ma la valutazione clinica, la condotta anestesologica, l'eventuale informazione al paziente sui rischi complessivi dell'intervento, rimane di pertinenza dell'anestesista.

Il nostro obiettivo comune è quello del miglior outcome possibile per il paziente e quindi la necessità di avere la sicurezza dello stesso come primo obiettivo.

Dr Mauro Proietti

LA LETTERA

Sanità privata e azioni di protesta

Buonasera a tutti,
E prima di tutto Grazie per il vostro impegno e profusione di forze, vi leggo e seguo sempre con interesse ma avrei da qualche tempo una domanda...Come sarebbe opportuno che ci ponessimo in queste occasioni (lo sciopero del 16 Dicembre 2016 Ndr) noi, iscritti AAROI-EMAC, ma dipendenti a vario titolo della sanità privata (per di più convenzionata)? La quale se possibile è ancora meno tutelata e bistrattata da tutti?

Pur avendo "mandato avanti" la sanità di questa povera regione in tutti questi anni con rapporti di lavoro ridicoli, risalendo l'ultimo concorso ormai a 7 anni fa, non abbiamo mai modo di poter provare a tutelare la nostra posizione o farci sentire, anzi ci troviamo anche ad essere svantaggiati non avendo riconosciuto alcuna anzianità di servizio rispetto ad altri colleghi fuori sede, tanto per dirne una.

Scusate se sto divagando, ma mi pongo queste domande ogni volta che si presentano proteste e situazioni simili a queste.

Grazie del vostro tempo,

Dr.ssa Valentina Manganozzi

Cara Valentina,

grazie per il tuo apprezzamento! Siamo consapevoli che i dipendenti a vario titolo della sanità privata (e i liberi professionisti) sono purtroppo in una situazione contrattuale che non consente all'AAROI-EMAC la medesima tutela per i pubblici dipendenti.

Questo deriva dal meccanismo in sé riconosciuto normativamente alle tutele sindacali, che purtroppo in questi ultimi anni, soprattutto per il settore privato, vengono demolite.

Solo in pochi casi, grazie all'impegno di risorse umane associative di ambito regionale (come p. es. avvenuto con il nuovo Contratto di lavoro del Policlinico Gemelli) riusciamo a far valere il nostro peso per intero.

Sulle iniziative di sciopero, per esempio, stavolta abbiamo consapevolmente mantenuto sottotono il settore privato (non inviando comunicazione al riguardo alle Strutture Private) anche per non mettere i Colleghi Dipendenti Privati in difficoltà e a rischio di eventuali ritorzioni (che peraltro anche nel settore pubblico divengono sempre meno infrequenti). Tuttavia, il settore privato risente (sia positivamente che negativamente) di quanto avviene nel panorama dell'organizzazione del lavoro delle Aziende Pubbliche. È per questo che le nostre iniziative, anche se a volte indirettamente, riguardano tutti gli Iscritti.

Un'iniziativa (tra altre) che stiamo faticosamente cercando di far pervenire ad interlocutori politici uno più sordo dell'altro riguarda il riconoscimento dell'anzianità di servizio in caso di passaggio dal privato al pubblico, che al momento è zero. Noi continuiamo a batterci per tutti i Colleghi, sia del settore pubblico che di quello privato, ovviamente con diversi limiti di azione.

Un caro saluto

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale

Medicus Miles Contra Mortem Mortique Ipse Subjectus

Dr Giancarlo Reda



Il 24 Gennaio è mancato Giancarlo Reda (48 anni). Uomo buono, genuino per eredità familiare; Anestesista Rianimatore di qualità fuori dal comune. Marito e padre innamorato, amico fidato.

Storia di neoplasia inesorabile, ma storia straordinaria di amore e solidarietà di chiunque abbia incrociato il suo destino. Esempio per tutti. Sarai sempre nei nostri cuori.

i Colleghi Anestesisti Rianimatori
di Lamezia Terme

Dr.ssa Maria Barca



Maria Barca era una collega speciale, sempre in prima linea e dalla parte del prossimo. Un Anestesista Rianimatore serio, cresciuto professionalmente senza scendere a compromessi con nessuno.

Maria, purtroppo, ci ha lasciati. E proprio in un letto di quella terapia intensiva dell'Annunziata di Cosenza, dove per anni ha curato amorevolmente i suoi pazienti. Ciao, Maria.

i Colleghi Anestesisti Rianimatori
dell'ospedale Annunziata di Cosenza

Nuove regole per lavoro e malattia

Visita fiscale dal primo giorno anche per i lavoratori privati



Nuove regole in arrivo a partire dal 2017 per i lavoratori che si mettono in malattia. La principale è che i controlli e le visite fiscali scattano dal primo giorno di assenza anche per i lavoratori privati.

Per evitare sanzioni severe, ricorda il portale "laleggepertutti.it", la prima cosa da fare quando ci si ammalia è avvertire il datore di lavoro. Il tempo per farlo è regolato in base al contratto collettivo di lavoro applicato dall'azienda per la quale si lavora e va da appena due ore dall'inizio del turno di lavoro per le aziende di autotrasporto ad entro il primo giorno per altri lavoratori.

Nei casi di giustificato e comprovato impedimento non vige l'obbligo di avvertire.

Se l'inadempimento non viene giustificato, il datore di lavoro può sanzionare il dipendente, anche se il certificato medico è inviato nei termini.

Per ottenere il certificato medico, è necessario recarsi dal proprio medico curante entro 48 ore (2 giorni) dal verificarsi della patologia. Il medico trasmetterà il certificato di malattia in via telematica all'Inps con la diagnosi, la prognosi e l'indirizzo nel quale il dipendente è reperibile, e rilascerà una ricevuta col numero di protocollo. Se il contratto collettivo o gli accordi con il datore di lavoro lo prevedono, si dovrà inviare il numero di protocollo al datore di lavoro. Se il proprio medico curante è assente, è possibile recarsi da un altro medico convenzionato col servizio sanitario nazionale o dalla guardia medica. In caso di ricovero, è l'ospedale a dover inviare il certificato medico. Se invece la trasmissione telematica risulta impossibile, è necessario inviare con raccomandata il certificato, entro lo stesso termine di 2 giorni.

Avvertito il datore di lavoro e trasmesso il certificato medico, occorre rendersi reperibile per la visita fiscale. Si tratta di un controllo da parte di un medico fiscale dell'Inps, volto a verificare lo stato di malattia. Le fasce di reperibilità alle quali

bisogna attenersi sono: dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19, se si è dipendenti del settore privato; dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18, se si è dipendente pubblico.

In alcuni casi non si è obbligati a essere reperibili nelle fasce orarie per la visita fiscale. Le ipotesi di esonero, in particolare, riguardano:

- il ricovero presso una struttura sanitaria;

Chi è ricoverato in ospedale non può assolutamente ricevere la visita fiscale, né in loco, né, ovviamente, presso la propria abitazione.

- l'esistenza di una patologia grave che richiede cure salvavita;

Ad esempio, chi ha gravi patologie cardiache, pazienti con patologie oncologiche, dializzati.

- l'infortunio sul lavoro e la malattia professionale;

- una malattia correlata a un'eventuale invalidità o menomazione del dipendente.

Sono i casi in cui il malato possiede una percentuale d'invalidità o un handicap, anche non grave.

I casi di assenza giustificata alla visita fiscale riguardano l'effettuazione di una visita medica o la sottoposizione a un accertamento sanitario durante le fasce di reperibilità ovvero la sottoposizione a cure mediche durante le fasce di reperibilità. In queste ipotesi, si deve avvertire in anticipo l'amministrazione o il datore di lavoro ed esibire, successivamente, un'attestazione in merito. Ricordiamo che tra le scuse non valide rientrano: il malfunzionamento del campanello o del citofono, non aver sentito suonare o bussare, la mancanza del cognome del lavoratore nel citofono, la variazione di domicilio non comunicata, non potersi alzare dal letto, essere usciti per commissioni urgenti. Nonostante tali scusanti siano serie, prevale il principio per cui il dipendente sia tenuto ad adottare tutti gli accorgimenti possibili per accogliere il medico nelle fasce di reperibilità.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 22 Dicembre 2016

Diario di un Anestesista Rianimatore

L'AAROI-EMAC ringrazia i Colleghi impegnati nell'Emergenza Centro Italia attraverso il racconto di Gianluca Facchetti, Medico del CNSAS



Fotografie della Dr.ssa Valeria de Paolis

Tra i meravigliosi soccorritori che hanno partecipato alle difficili operazioni nelle zone del Centro Italia colpite dall'emergenza neve e dal terremoto, c'erano tanti Anestesisti Rianimatori. È in particolare a loro che va il grazie dell'AAROI-EMAC per quanto fatto sul territorio, a stretto contatto con altri professionisti dell'emergenza e con le persone colpite.

Tra questi Gianluca Facchetti, Anestesista Rianimatore e Medico del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico, in prima linea di fronte alla valanga che ha travolto l'Hotel Rigopiano insieme ad altri Colleghi tra cui Antonio D'Arcangelo, Valeria de Paolis e Tiziana Parisse e agli Anestesisti Rianimatori che hanno assicurato il supporto sanitario come medici degli equipaggi dei due elicotteri di L'Aquila e Pescara.

Gianluca Facchetti – medico appassionato del suo lavoro, che è esperto alpinista e mette concretamente in campo la propria opera per salvare vite in tutte le attività di emergenza in montagna ed in altre calamità, come ha fatto anche a seguito dei pregressi e recenti eventi sismici in Centro Italia, competente in Medicina delle Emergenze e delle Catastrofi ben più di tanti “esperti da palco” della materia – ha descritto la propria esperienza di quei giorni. Il suo diario vale più di qualunque lezione ex cathedra, perché fa comprendere quali siano gli impatti anche sul vissuto quotidiano che ci derivano dal nostro lavoro, fatto di passione ed impegno in prima linea.

Grazie a lui, al CNSAS, a tutti i Sanitari, a tutti i Corpi delle varie Istituzioni Pubbliche e di Volontariato intervenuti sul luogo del disastro.

18 gennaio 2017

Ore 10,00: Sala Operatoria di ortopedia. Gli interventi in elezione sono stati dimezzati perché le abbondanti nevicate hanno lasciato a casa i donatori di sangue e senza sangue non si opera. Squilla il cellulare. È il mio capostazione del Soccorso Alpino che mi avverte della necessità di raggiungere un cardiopatico a Campotosto, un paesino isolato da metri di neve. Avverto dell'urgenza la Direzione Sanitaria. Mi cambio.

Ore 10,25: sono già vestito quando tutta la clinica inizia a muoversi scossa da un terremoto di 5,1 di magnitudo con epicentro a pochi chilometri da noi. Rientro in Sala Operatoria perché ci sono ancora pazienti che non possono fuggire, ma che urlano dalla paura. Mi avvicino a una signora alla quale avevo fatto l'anestesia e che, finito l'intervento, è in attesa per essere ripresa, la tranquillizzo e le dico che la struttura è sicura e che non c'è da aver paura. Lei mi guarda fiduciosa, anche se non propriamente convinta dal mio abbigliamento da montagna.

Ore 11,14: siamo in tre sul fuoristrada del soccorso. Nevica forte e a un semaforo ci investe la scossa di magnitudo 5.5. La macchina scuote tutta. Proseguiamo. La centrale 118 ci comunica nuove emergenze in paesi vicini ma raggiungere chi ha bisogno è sempre più difficile e il supporto dell'elisoccorso è impossibile a causa della bufera di neve in corso.

Ore 13,10: la strada è bloccata dalla neve alta, montiamo le catene. Per telefono riceviamo notizia che il paesino del cardiopatico ha subito danni: il palazzo del comune è in parte crollato e ci sono danni alle abitazioni. Un trattore ci apre la strada. Dopo ore incrociamo un bruco degli Alpini del IX Rgt. Hanno a bordo una signora con una vistosa ferita alla testa. La visito poi, mentre loro continuano verso l'ospedale, noi proseguiamo verso il nostro cardiopatico. Finalmente raggiungiamo il paesino, la neve non si misura in cm, ma in metri. La



gente è nelle macchine e per strada. Troviamo il cardiopatico, è in buone condizioni e lo avviamo a L'Aquila con un fuoristrada. Tutti ci chiedono di andare a tirare fuori qualche parente dalle case sommerse dalla neve. La strada per il paese vicino è chiusa, ci sono quasi due metri di neve. Lo comunichiamo al 118, mettiamo gli sci da scialpinismo e iniziamo a evacuare invalidi e malati. L'impresa è titanica perché sono tutte persone non deambulanti e senza sci si sprofonda nella neve fino alle anche. C'è da portar via una signora anziana con problemi respiratori, la casa è gravemente lesionata. Non riesce a stare sdraiata, decidiamo di portarla via su una sedia. Continua a fare bufera, ogni metro ci costa estrema fatica non potendo utilizzare gli sci. Poi improvvisamente si materializza il bruco degli alpini con un paio di finanzieri. Portiamo la signora

al sicuro, la visito e correggo la terapia.

Ore 17,40: ormai è buio e continua a nevicare. Mentre siamo sulla via di casa ricevo una chiamata del Responsabile per le Ricerche del Soccorso Alpino Abruzzo (SASA) che chiede disponibilità per una valanga che ha travolto l'albergo di Rigopiano. C'è gente sotto. Considerando la strada e il meteo, gli dico che saremo operativi a Penne per le 23.

Ore 18,00: ci comunicano che altre squadre sono partite per Rigopiano e che domani alle 4,30 dovremo essere operativi.

19 gennaio 2017

Ore 8,00: ci comunicano che anche noi dobbiamo convergere sulla valanga di Rigopiano.

Ore 12,20: giungiamo all'imbocco della strada per Rigopiano: un budello largo tre metri con ai lati pareti di neve di 2 metri. Iniziamo a salire, ma dopo pochi chilometri la strada è bloccata da una slavina. Lasciamo il fuoristrada a un poliziotto, mettiamo gli sci e iniziamo a salire i 10 chilometri che ci separano dall'albergo.

Ore 14,00: dopo l'ultima curva si apre davanti ai nostri occhi uno scenario apocalittico: la valanga ha interessato un intero costone della montagna, dove prima c'erano chilometri di bosco ora c'è solo una striscia bianca e in basso dove c'era l'albergo una serie di ruderi coperti di neve e tutta la vallata invasa dalla valanga fino a 700 m a valle del resort.

Ore 14,15: ci coordiniamo con i colleghi del Soccorso Alpino che sono arrivati alle 4,30 di notte con gli sci. Sono visibilmente provati, ci scambiamo le consegne li salutiamo e proseguiamo l'opera di ricerca. Iniziamo a sondare tutta la zona dell'albergo. È come se una forza inimmaginabile avesse soffiato via tutto. La domanda che tutti fanno è una sola: quali possibilità di trovare gente ancora viva ci sono? La risposta sembra un mantra: la letteratura scientifica dice che statisticamente le curve di sopravvivenza dei sepolti da valanghe che colpiscono edifici sono enormemente più favorevoli che non quelle in campo aperto. La motivazione risiede nella possibilità di ampie bolle d'aria che si possono creare all'interno delle case. Quindi, sebbene lo scenario ci faccia pensare il contrario, forse c'è ancora vita sotto i piedi dei soccorritori.

20 gennaio 2017

Ore 10,15: sono appena arrivato al centro di coordinamento dei soccorsi di Penne, quando mi comunicano di prepararmi perché hanno individuato delle persone vive e non essendoci ancora l'eliambulanza vogliono avere un anestesista rianimatore sulla valanga. Prendo casco, zaino sanitario e imbrago e in elicottero arrivo a valle della valanga. Ho appena il tempo di avvicinarmi che mi vedo passare a fianco una donna e un bambino appena

estratti accompagnati dall'anestesista rianimatrice arrivata poco prima con l'eliambulanza del 118 di L'Aquila. Sono in buone condizioni. Mi relaziono con il Direttore di Valanga, con il coordinatore della Prefettura e con il Responsabile in loco dei VVFF, assumo il ruolo di Responsabile Sanitario. Sono state individuate altre persone: alcune vive. Decidiamo la procedura da adottare: i VVFF una volta raggiunto l'infortunato lo fanno valutare, stabilizzare ed eventualmente immobilizzare dal sanitario del Soccorso Alpino, quindi si procederà all'estrazione e alle ulteriori cure, solo successivamente sarà affidato al personale del 118. Sul sito valanghivo sono presenti: un anestesista rianimatore e un infermiere del Soccorso Alpino, due anestesisti rianimatori e due infermieri dell'elisoccorso, un medico del 118. Tra gli individuati ci sono anche dei bambini. I VVFF

riescono a entrare con una telecamera attraverso il soffitto nella stanza che ha conservato la vita di questi bambini e loro vedendola saltano e salutano. Solo molte ore dopo, intorno alle 18, si riuscirà a tirarli fuori. Sono in buone condizioni: lievemente disidratati, non ipotermici. Li isoliamo e riscaldiamo dal freddo con teli termici, compresse termiche, coperte e the caldo. Richiedo la presenza di ulteriori tre ambulanze in aggiunta alle due presenti e la possibilità di avere un elicottero abilitato al volo notturno.

Dalle ore 18,15: circa si continua a lavorare per tirare fuori gli altri di cui si sentono le voci. Intanto ricomincia a nevicare e gli elicotteri del 118 di Pescara e quello della GdF rimangono bloccati.

Ore 22,00: arrivano sul sito dell'ex albergo due funzionari della Polizia Scientifica con delle apparecchiature elettroniche per la localizzazione dei telefoni cellulari. Ne identificano due ancora accesi, proprio sotto i nostri piedi. Iniziamo a scavare.

Ore 23,15: arrivano i cambi, tre anestesisti rianimatori del Soccorso Alpino e due del 118, oltre a una squadra di tecnici del Soccorso Alpino, che subito iniziano le manovre di scavo. Dopo pochi minuti apprezziamo distintamente la voce di un sopravvissuto lateralmente rispetto allo scavo ormai profondo più di due metri. Sembra stia bene anche se confuso.

Dalle ore 24 circa: si amplia lo scavo. Il nostro tecnico del soccorso mi chiede di calarmi nel buco per avere una visibilità migliore della situazione. Entro e continuiamo le operazioni di scavo.

Ore 2,00: i VVFF sono riusciti a raggiungere alcune persone. Sono tre e sono seduti su un divanetto e una poltroncina. Chiedono di bere. Dopo circa mezz'ora uno per volta sono estratti e riscaldati. Nessuno presenta stati d'ipotermia o altre problematiche fisiche. Sono portati in ambulanza con il gatto delle nevi. Mi rendo conto di essere molto stanco, sono circa 20 ore che lavoro in valanga al freddo e sotto la neve. Seguo i tre pazienti fino a che il collega anestesista rianimatore li prende a bordo dall'elicottero del 118 di Torino, abilitato al volo notturno.

Ore 8,00: arrivo a casa ma presto sarò nuovamente sul posto.
 Gianluca Facchetti

NOTA

Dopo l'invio di questo contributo da parte del Dr Facchetti, l'ennesima tragedia si è abbattuta sull'Abruzzo: un elicottero 118 è precipitato a Campo Felice, nell'aquilano, sul Gran Sasso. Sei le vittime: Walter Bucci, medico del 118 Asl dell'Aquila, Davide De Carolis, tecnico dell'elisoccorso del soccorso alpino, Giuseppe Serpetti, infermiere, Mario Matrella, verricellista, Gianmarco Zavoli, pilota. L'elicottero stava trasportando un paziente dopo un incidente sciistico.

E proprio il Dr Facchetti ha avuto il triste compito di partecipare al recupero dei suoi stessi compagni di lavoro. A lui, ai Colleghi abruzzesi e alle famiglie delle vittime dell'AAROI-EMAC, la SIAARTI e la SIARED hanno rivolto un messaggio di cordoglio:

«L'ennesima tragedia che si abbatte sull'Abruzzo lascia sgomenti per il susseguirsi di eventi catastrofici nel giro di pochi giorni. L'elicottero precipitato ha colpito dritto al cuore il mondo del soccorso sanitario avanzato, coinvolgendo professionisti che soltanto il giorno prima erano operativi nella zona della valanga che ha travolto l'Hotel Rigopiano.

«Ci preme sottolineare – ha affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC – il valore di tutti coloro che ogni giorno, senza clamori ma con altissima professionalità, mettono a disposizione le proprie competenze nell'emergenza, e lavorano con abnegazione nelle situazioni più difficili e più a rischio».

«Esprimiamo il nostro comune cordoglio per tutte le vittime e per le loro famiglie – ha aggiunto Antonio Corcione, Presidente SIAARTI –. Questa disgrazia ci addolora ancora di più al pensiero dell'impegno senza sosta, in questi giorni, da parte di tutti gli operatori dell'emergenza, medici e non, per salvare quante più vite possibile».

«Siamo particolarmente vicini – ha concluso Adriana Paolicchi, Presidente SIARED – a tutti i soccorritori colpiti da quest'ennesima sciagura, che hanno avuto la forza di tornare immediatamente in prima linea».

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

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



sua funzione sostituita dagli anestesisti di guardia presenti in ospedale?

Risposta: La risposta al quesito è negativa per varie ragioni: il nostro rapporto di lavoro è istituzionalizzato per discipline e gli anestesisti sono Dirigenti medici in Anestesia e Rianimazione e non possono essere destinati ad attività afferenti ad altre discipline se non come consulenti; la seconda è l'eventuale possibilità di trovarsi davanti ad una doppia urgenza in sala operatoria ed in una divisione chirurgica; in ogni caso la gestione delle emergenze è il risultato, secondo il CCNL, di un accordo sindacale aziendale e non è possibile prevedere una decisione unilaterale.

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

- a) il dipartimento di emergenza, se istituito, eventualmente integrato, ove necessario da altri servizi di guardia o di pronta disponibilità;
- b) la guardia medica di unità operativa o tra unità operative appartenenti ad aree funzionali omogenee (c.d. guardia interdivisionale) e dei servizi speciali di diagnosi e cura;
- c) la guardia medica nei servizi territoriali ove previsto"

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

ORARIO INTERVENTI ORDINARI PROGRAMMATI

Domanda: Fino a che ora può essere eseguito un intervento ordinario programmato?

Risposta: Finché è previsto il personale per la gestione degli interventi non urgenti. La gestione delle emergenze è materia di trattativa sindacale decentrata e deve prevedere l'inizio dell'attività dedicata esclusivamente alle urgenze allorquando in ospedale è presente esclusivamente il collega in guardia attiva dedicato, appunto, a tale attività, dato che non è consentita la gestione di interventi di routine utilizzando il collega dedicato alle urgenze chirurgiche.

PRONTA DISPONIBILITA'

Domanda: Per motivi di servizio è possibile, dopo un turno di lavoro 8-14, continuare a coprire con la reperibilità dalle 14 alle 8 del mattino successivo?

Risposta: Il CCNL prevede la possibilità di PD solo festiva e notturna; dopo un turno al mattino (dalle 8 alle 14) si può effettuare un turno di PD notturna purchè ci siano 11 ore di riposo nelle 24 ore e quindi laddove le PD sono davvero integrative (con poche chiamate) e non sostitutive della guardia (non lecite secondo il CCNL).

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE

Domanda: Un Contratto integrativo aziendale può stabilire regole in contrasto con il CCNL nazionale?

Risposta: La risposta al quesito è negativa in ossequio all' Art. 4 CCNL 3.11.2005, art. 7 CCNL 17.10.2008, art. 3 CCNL 6.5.2010 integrativo che recita:

Contrattazione collettiva integrativa

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

GUARDIA INTERDIVISIONALE NOTTURNA

Domanda: In un Presidio ospedaliero sede di punto nascita, Dea di II livello e Rianimazione, dotato di doppia guardia anestesiologicala, può una guardia interdivisionale notturna che dovrebbe coprire un dipartimento di discipline chirurgiche essere abolita e la

Risposta: La gestione dell'orario di lavoro va affrontata nella contrattazione sindacale decentrata. Il principio che si potrebbe seguire è che il recupero delle ore in eccesso vada gestito con lo stesso metodo con il quale sono state prodotte. In sintesi se si tratta di giornate intere di ore in eccesso devono essere recuperate con giornate intere mentre se si tratta di prolungamenti di orario potrebbe essere consigliabile un recupero orario e non accumularle a giornate intere.

RECUPERO ORE DI STRAORDINARIO

Domanda: C'è un termine entro cui possono essere recuperate le ore di straordinario dell'anno precedente?

Risposta: Le ore in eccesso vanno recuperate nel mese seguente ma non esiste un termine temporale massimo, salvo diversa previsione nel Contratto integrativo Aziendale che potrebbe prevedere un limite temporale che deve essere un obbligo per i Direttori SC (per organizzare i recuperi) più che un termine entro cui illecitamente cancellare ore effettuate.

L'indicazione utile è la richiesta scritta, protocollata e reiterata al fine di recuperare tali ore.

La norma contrattuale che interessa è l'Articolo 28 CCNL 10.2.2004 che recita:

Lavoro straordinario

1. Il lavoro straordinario non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro. Le relative prestazioni hanno carattere eccezionale e devono rispondere ad effettive esigenze di servizio.

2. Le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti di cui all'art. 16, comma 1 (pag. 50) del CCNL 8.6.2000 I biennio economico (Orario di lavoro dei dirigenti), per i servizi di guardia e di pronta disponibilità di cui agli artt. 19 e 20 del CCNL 5.12.1996 (Servizio di guardia e Pronta disponibilità) nonché per altre attività non programmabili. Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite.

ATTI MEDICI FUORI TIMBRATURA

Domanda: Può un medico strutturato in ospedale pubblico compiere atti medici se non in timbratura e fuori dall'orario disposto nella turnazione?

Risposta: Tale attività è possibile in caso di "stato di necessità" (art.54 CP) oppure se autorizzato dall'ASL in libera professione intramuraria; se, al contrario si ha un rapporto di lavoro non esclusivo tale attività è possibile.

RIPOSO BIOLOGICO / RISCHIO ANESTESIOLOGICO

Domanda: I colleghi in avviso pubblico con contratto a 8 mesi o qualsivoglia tipo di contratto inferiore a 12 mesi, hanno diritto al riposo biologico o rischio anestesiologicalo?

Risposta: Il diritto esiste in ossequio al Art.1 CCNL 5.8.1997 comma 5. Per quanto riguarda la proporzionalità del diritto in base al periodo di lavoro effettuato andrà affrontata nella contrattazione sindacale decentrata.

RECUPERO ORARIO

Domanda: Può l'Azienda decidere in modo unilaterale che le giornate non potranno più essere giustificate con il recupero orario?

OBBLIGO GUARDIA ATTIVA

Domanda: Quando in un Servizio siamo autorizzati a pretendere la guardia attiva?

Risposta: Il CCNL prevede che nei servizi di anestesia NON possa esistere la pronta disponibilità sostitutiva e quindi DEVE essere presente SEMPRE la guardia (una guardia se non esiste la Rianimazione e due guardie se la Rianimazione è presente).

L'articolo contrattuale interessato è l'art.17 CCNL 3.11.2005 che al comma 3 recita:

3. Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia dell'art. 16 del CCNL 3.11.2005 ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa. Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa. Il servizio sostitutivo coinvolge a turno individuale, solo i dirigenti dell'art. 14 del CCNL del 3 novembre 2005.

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

Gli eventi formativi AAROI-EMAC 2017

Per il 2017 (Triennio formativo 2017-2019) l'Associazione ha implementato, in collaborazione con la SIARED, INTESA PROVIDER ECM e il Centro AAROI-EMAC "SimuLearn®" l'organizzazione di eventi formativi rivolti a tutti gli Iscritti

Gli Eventi FAD



Per l'anno formativo 2017, l'AAROI-EMAC propone due corsi di formazione a distanza: la riedizione dell'Evento FAD "Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente", basato sull'11° Congresso SIARED 2015 e il Nuovo Evento FAD, a partire da Aprile 2017, dal titolo "Evoluzione della tecnologia e della cura della medicina che cambia: le nuove sfide per l'Anestesista Rianimatore" basato sul 12° Congresso SIARED 2016.

La riedizione del corso "Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente" è online al link:

<http://intesa.piattaformagora.it/>

Questo Evento FAD 2017 è disponibile prioritariamente per tutti i Colleghi in regola con l'iscrizione all'AAROI-EMAC che NON lo abbiano già superato con successo nella precedente edizione 2016, fatti salvi criteri più generali, in ordine ai quali, tra l'altro, eventuali residue disponibilità per i Colleghi che lo abbiano già superato con successo nel 2016 saranno comunicate con successiva informativa.

Il percorso formativo dell'Evento FAD suddetto sarà disponibile fino al 31 dicembre 2017, consentendo di ottenere - come per la precedente edizione 2016 - 40,5 crediti ECM.

Il 13° Congresso Nazionale SIARED

Il 13° Congresso Nazionale SIARED si svolgerà a Roma dal 25 al 27 Maggio 2017.

Tutte le informazioni per le iscrizioni e il programma preliminare sono disponibili nelle pagine centrali estraibili di questo numero del giornale e sui siti internet:

www.aaroiemac.it e www.siared.it.

L'evento formativo che prevede il riconoscimento di crediti ECM è articolato in diverse Sessioni e workshop teorico-pratici.

Si ricorda che le iscrizioni congressuali dovranno pervenire tassativamente entro e non oltre il 10/05/2017. In caso di pagamenti effettuati entro e non oltre il 31/03/2017 sono previste quote ridotte.

NON E' PREVISTA SCHEDA DI ISCRIZIONE CONGRESSUALE CARTACEA. LE ISCRIZIONI CONGRESSUALI DEVONO ESSERE EFFETTUATE OBBLIGATORIAMENTE ED ESCLUSIVAMENTE ONLINE, SIA PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA IN PROPRIO, SIA PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA DA AZIENDE/SPONSOR.



I Corsi SimuLearn®



Il Centro AAROI-EMAC "SimuLearn®" ha proposto - per il primo semestre 2017 - 9 Corsi di Simulazione, sold out in pochi giorni:

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

Corso Base di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Corso Base di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

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

Corso ACLS-CRM

Gestione avanzata intraoperatoria delle Aritmie Cardiache e delle SCA (Sindromi Coronariche Acute) e gestione peri-operatoria dello Stroke con sistemi di simulazione secondo Linee Guida AHA® (American Heart Association)

Corso H-MIMMS - Hospital Major Incident Medical Management and Support

Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con sistemi di simulazione

Corso Avanzato di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

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

A questi corsi si aggiungeranno presto altre proposte già in corso di definizione.

I Corsi Itineranti

Sono otto i Corsi Itineranti che l'AAROI-EMAC, in collaborazione con SIARED ed INTESA PROVIDER ECM, propone per il 2017.

Il calendario e la diffusione delle informazioni è a cura delle singole Sezioni Regionali che potranno scegliere tra i corsi disponibili i titoli da proporre nel territorio di competenza ai propri Iscritti.

Di seguito i titoli disponibili:

Corso teorico - pratico GESTIONE VIE AEREE Sistemi, Video-laringoscopia, Broncoscopia

Corso teorico - pratico UPDATE SUL REPERIMENTO VASI CON ECOGUIDA

Corso LA SEPSI E L'ANESTESISTA RIANIMATORE: APPROCCIO SISTEMATICO

Corso teorico - ANESTESIA NEL BAMBINO: TOPICS

Corso - ANESTESIA NEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE

Corso teorico pratico - ECOGRAFIA PER INTENSIVISTI

Corso teorico pratico - ECO TORACE

Corso - TERAPIA IPERBARICA NELLE EMERGENZE/URGENZE. GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO

