

il nuovo Anestesista Rianimatore

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Bollettino dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica

Direzione e Redazione: Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli - Tel. 081.558.51.60 - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

MARZO
2013
3
Anno XXXIV

Dal 20 al 22 giugno a Riccione il X Congresso Nazionale dell'AAROIE-EMAC

Sono iniziate in tutta Italia le operazioni di voto per il rinnovo dei Rappresentanti Aziendali degli organi delle Sezioni Regionali e dei delegati al Congresso Nazionale. L'AAROIE-EMAC cresce ancora nonostante il blocco delle assunzioni ed il rilevante esodo pensionistico.

Con 9621 iscritti certificati al 31 dicembre 2012 la nostra Associazione si conferma al terzo posto dopo ANAAO e CIMO.

**IL COLLEGA
LUCIANO ELVIO FERRARIS
PORTA LA BANDIERA
DELL'AAROIE-EMAC
A 4200 m DI ALTEZZA**

**GRAZIE DA PARTE DEI 10.000 ISCRITTI
ALLA NOSTRA ASSOCIAZIONE**



AAROIEMAC

S.I.A.R.E.D.

SimuLearn
CENTRO DI SIMULAZIONE AVANZATA
PER LA FORMAZIONE DEL MEDICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE



**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**

**CALENDARIO DEI CORSI
DEL 1° SEMESTRE A PAGINA 5**

L'AAROIE-EMAC offre ai suoi iscritti anche la formazione a distanza (FAD)

La formazione a distanza, o FAD, è una modalità di insegnamento, apprendimento ed aggiornamento, nota e utilizzata in modo esteso nell'ambito della formazione non sanitaria. Nella sua forma tipica, la FAD non richiede luoghi o tempi prefissati per accedere alle informazioni, cosa che accade invece normalmente nelle attività formative di tipo residenziale.

Il prodotto formativo o l'evento sviluppato in modalità FAD è basato infatti sull'utilizzo di materiali durevoli quali i supporti cartacei, audio e video, ma anche informatici e multimediali (Internet, CD-Rom etc.). Questo permette quindi di poter usufruire in maniera "asincrona" dell'evento, in tempi e luoghi diversi, scalzando il più classico approccio di didattica frontale, applicato nelle attività formative di tipo residenziale.

La FAD è entrata prepotentemente anche nell'ambito sanitario da quando il nuovo sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) ne ha sancito, a tutti gli effetti, l'entrata ufficiale con la riforma del sistema targata fine 2009 inizi 2010, con la discesa in campo effettiva dal primo gennaio 2011. Anche in ambito sanitario la FAD porta vantaggi interessanti che vanno dal miglior utilizzo del tempo per l'aggiornamento con personalizzazione totale del processo di apprendimento, alla riduzione dei costi della formazione, in particolare per quelli che sono i costi legati all'organizzazione logistica degli eventi scientifici e per quanto concerne le trasferte e le accomodazioni per i discenti e docen-

ti, per poi considerare quello che è l'abbattimento dei costi indiretti che una formazione disponibile 24 ore su 24 con capacità di erogazione on-demand dei contenuti scientifici può consentire (es. evitare la perdita di giorni lavorativi con ripercussioni evidenti sull'organizzazione del lavoro). Con il riordino del Sistema ECM viene ribadita l'obbligatorietà del professionista sanitario verso l'acquisizione di un determinato numero di crediti for-

mativi per anno. Per il triennio 2011-2013 ciascun professionista sanitario dovrà conseguire 150 crediti formativi con una media di 50 crediti per anno. **Il Decreto "Salva Italia" ha anticipato al 13 agosto 2012 la scadenza per l'introduzione delle sanzioni disciplinari da parte degli Ordini Professionali nei confronti degli iscritti che non abbiano acquisito in un anno i 50 crediti ECM necessari per soddisfare l'obbligo formativo.**

Nello specifico il decreto legge n.138 del 13.08.2011 coordinato con la legge di conversione n.148 del 14.09.2011 al Titolo II art. 3 comma 5 così recita:

"Previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione".

Entro il 13 agosto 2012, tutti gli ordini professionali interessati, e quindi gli Ordini dei medici chirurghi e quelli delle professioni sanitarie, hanno stabilito le sanzioni da applicare a chi non acquisisce ogni anno i crediti ECM necessari per soddisfare l'obbligo formativo. Le sanzioni prevedono

**L'IPOTERMIA
TERAPEUTICA NELLA
PRATICA CLINICA**

**Evento di Formazione a Distanza
18 Crediti Assegnati**

continua a pagina 3

Il potere gerarchico della figura apicale e l'autonomia professionale dei membri dell'equipe

Lo problema dei rapporti tra figura apicale e collaboratori medici e sanitari non medici assume sempre maggior rilievo. Il tema si inquadra nel rispetto della reciproca autonomia, e nel rapporto di collaborazione dell'equipe sanitaria, coinvolgendo il potere direttivo e di coordinamento del capo equipe. Secondo i più generali principi qualora quest'ultimo "avochi" il caso, ne risponderà in proprio, mentre il/la collega professionalmente "subordinato/a" ha il dovere di lasciare "traccia" della non condivisione della scelta terapeutica adottata (dovere di manifestare il proprio dissenso nella scelta terapeutica adottata (dovere di manifestare il proprio dissenso nella documentazione clinica, cartella, ecc.).

La normativa di settore (artt. 40 e 51 c.p.; D.P.R. 761/1979), riconosce inequivocabilmente al superiore il potere/dovere di programmazione e direzione, indirizzo e verifica sulle prestazioni di diagnosi e cu-

ra nel rispetto dell'autonomia professionale del personale dell'unità assegnatagli, delegando ad essi attività, impartendo istruzioni e direttive, assegnando i pazienti ricoverati o "avocando" casi alla sua diretta responsabilità.

Sono poi intervenute significative modifiche normative in tema di dirigenza, da una parte, e di distinzione degli altri profili della professionalità sanitaria non medica, dall'altra. A causa del mancato raccordo tra il primo ed il secondo complesso normativo rimangono zone di incertezza sulla vincolatività dei "subordinati" in merito alle scelte del "superiore".

È auspicabile una doverosa riforma in materia, in linea con gli orientamenti riscontrabili in altri contesti ordinamentali dell'U.E. Attualmente, stante le lacune nella disciplina italiana, nelle diverse ipotesi concrete occorrerà, innanzitutto, verificare se il rapporto tra sanitari operanti nella stessa struttura, sia un rapporto di diritto pubblico, perché solo in

questo ambito è lecito porsi il problema sulla vincolatività degli ordini del superiore "gerarchico". Risolto questo aspetto, è necessario stabilire se l'ordine del superiore sia insindacabile e conseguentemente se vi sia la possibilità di applicazione dell'esimente "dell'esercizio di un diritto o adempimento di un dovere" ex art. 51 c.p. o, al contrario, l'ordine non sia vincolante, fermo restando il dovere del subordinato di manifestare al superiore il suo dissenso in caso di ordine "illegittimo".

In tali evenienze, occorre accertare se il subordinato, che abbia manifestato il proprio dissenso, possa essere esentato da ogni responsabilità in ricorrenza dell'ipotesi di collaborazione al fine di non interrompere l'erogazione delle cure nell'interesse del paziente, con il trasferimento di responsabilità delle scelte in capo al "superiore".

continua a pagina 3

IN GRECIA PER MOLTI CITTADINI L'ACCESSO ALLE CURE È COMPROMESSO

Se la crisi colpisce gran parte dell'Europa, la situazione più grave si vive certamente in Grecia ed è in quel Paese che si stanno osservando gli effetti peggiori anche sulla salute dei cittadini. L'Osservatorio europeo sulle politiche sanitarie rivela un quadro gravissimo, in cui l'universalismo dell'accesso alle cure appare ormai compromesso. Gli esperti europei hanno osservato che anche negli altri Paesi che hanno adottato misure restrittive alla spesa sanitaria le condizioni di vita sono gravemente peggiorate, con l'aumento delle disuguaglianze e l'emarginazione delle fasce più deboli. L'Italia è evidentemente uno tra i Paesi a rischio ed è con apprensione ancora maggiore con cui si osservano le condizioni economiche e sanitarie del Paese ellenico. I disoccupati greci sono ormai a quota 1,2 milioni (su una popolazione complessiva di poco più di 11 milioni di abitanti) e metà di loro hanno perso ogni possibilità di curarsi in modo gratuito. Le ricette draconiane imposte da Commissione europea, Banca centrale europea e Fondo monetario internazionale, hanno portato il Governo a ridurre del 25% la spesa sanitaria, procedendo in gran parte attraverso tagli lineari e chiedendo una compartecipazione sempre più elevata ai cittadini che ormai non sono più in grado di pagare. Gli effetti sono devastanti, basti citare l'aumento del 40% del numero di suicidi e del 52% delle infezioni da Hiv, segnalato da un articolo The Lancet e attribuito anche al taglio dei servizi contro le dipendenze. Eurohealth evidenzia il sostanziale fallimento, in termini di salute pubblica, del ricorso al privato e alle partnership, che "può comportare frammentazione e duplicazione dei servizi complementari offerti; inoltre non genera nuove risorse finanziarie per il settore sanitario, e potrebbe trasferire i rischi sulle future generazioni". Secondo l'Osservatorio europeo gli interventi si sono basati su un equivoco di fondo: ritenere che l'obiettivo dell'equilibrio dei conti pubblici debba essere raggiunto qualunque siano i costi sociali e le conseguenze sui cittadini.

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AARO-EMAC

Una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, dal 1952 a tutela degli interessi dei Medici Anestesiisti Rianimatori, dell'Emergenza e dell'Area Critica, riserva, a titolo completamente gratuito e soltanto per i propri iscritti, i seguenti servizi:

- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA LEGALE** che prevede la consulenza giuridico amministrativa.
- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA PREVIDENZIALE** che prevede la ricostruzione della posizione previdenziale e del trattamento di fine rapporto.
- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA MANAGERIALE** che prevede la consulenza operativa su problematiche relative al controllo di gestione.
- ▶ **PARERI DEI NOSTRI ESPERTI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ECC. CON IL SUPPORTO DELLO STAFF TECNICO.**
- ▶ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AARO-EMAC E DALLA SIARED CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM.**
- ▶ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE MEDICA AVANZATA**
- ▶ **INVIO DEL PERIODICO "Il Nuovo Anestesista Rianimatore" bollettino ufficiale dell'Associazione.**
- ▶ **INVIO DELLA RIVISTA SCIENTIFICA "AMC - Anestesia e Medicina Critica" pubblicata a cura della SIARED.**
- ▶ **CONVENZIONE ASSICURATIVA PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE del Medico Anestesista Rianimatore (Copertura di 2° rischio) e sistema di protezione professionale e tutela legale. Servizio di consulenza telefonica in caso di incidente professionale selezionando il numero 334.2480994.**
- ▶ **SITO INTERNET completamente rinnovato: www.aaroiemac.it con spazi dedicati anche alle Sezioni Regionali**
- ▶ **SERVIZIO DI DOCUMENTAZIONE PARLAMENTARE E RACCOLTA DELLE GAZZETTE UFFICIALI.**

**È IL MOMENTO DI INVESTIRE NELL'AARO-EMAC
NON PERDERE ALTRO TEMPO
ISCRIVITI ANCHE TU!**

Per l'iscrizione all'AARO-EMAC anno 2013 occorre compilare e firmare il modulo-delega in triplice copia e consegnarlo al Presidente della Sezione Regionale di appartenenza.

puoi scaricare il modulo-delega anche dal sito www.aaroiemac.it

SEDE NAZIONALE • Via XX Settembre, 98/E • 00187 Roma • Tel. 06.47825272 • Fax 06.47882016 • aaroiemac@aaroiemac.it

PRESIDENTE NAZIONALE • Dott. VINCENZO CARPINO • Via E. Suarez, 12 • 80129 Napoli • Tel. 081.5585160 • Fax 081.3606204 • carpino@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE NORD • Dott.ssa Teresa MATARAZZO • Via De' Romiti, 16 • 44100 Ferrara • Tel. 393.7248088 • emilia-romagna@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE CENTRO • Dott. MARCO CHIARELLO • C.da S.Andrea, 38 • 62029 Tolentino(MC) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • marche@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE SUD • Dott. MARIO RE • Via Michelangelo, 450 • 90145 Palermo • Tel. 339.4241469 • Fax 091.227982

PRESIDENTE SIARED • Dott. GIUSEPPE MARRARO • Via Marco Polo, 55 • 20049 Concorezzo (Mi) • Tel. 039.6042128 • Fax 02.700404589 • marraro@aaroiemac.it

PRESIDENTE SIAARTI • Prof. Vito Aldo PEDUTO • Osp. S. Maria della Misericordia • S. Andrea delle Fratte • 06156 Perugia • Tel. 075.5782420 • Fax 075.5783252 • peduto@aaroiemac.it

COORDINATORE UFFICIO ESTERI • Dott. Paolo NOTARO • Via Durazzo, 5 • 20134 Milano • Tel. 02.64442310-02.26411676 • ufficioesteri@aaroiemac.it

SEGRETARIO • Dott. UMBERTO VINCENTI • Corso Garibaldi, 47 • 84123 Salerno • Tel. 089.223093 • Fax 081.3606204 • u.vincenti@aaroiemac.it

TESORIERE • Dott. MAURIZIO GRECO • Via A. Minichini, 8 (IV Traversa) • 80035 Nola(Na) • Tel. 081.5585160 - 081.5124497 • Fax 081.5585161 • m.greco@aaroiemac.it

ABRUZZO • Dott. Stefano MINORA • Via Galilei, 13 • 64015 Nereto (Te) • Tel. 0861.855371 • Tel. e fax 0861.810476 • abruzzo@aaroiemac.it

BASILICATA • Dott. Francesco ALLEGRI • Via Pretoria, 247 • 85100Potenza • Tel. e fax 097135106 • basilicata@aaroiemac.it

CALABRIA • Dott. Vito CIANNI • Via Poseidone, 77 • 87023 Diamante(CS) • Tel. 098581554 • calabria@aaroiemac.it

CAMPANIA • Dott. Giuseppe GALANO • Via M.da Caravaggio, 143 • 80126 Napoli • Tel. 081.2394820 • Fax 081.7801501 • campania@aaroiemac.it

EMILIA ROMAGNA • Dott.ssa Teresa MATARAZZO • Via De' Romiti, 16 • 44100 Ferrara • Tel. 393.7248088 • emilia-romagna@aaroiemac.it

FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dott. Sergio CERCELLETTA • Via S. Slataper, 2/A • 33100 Udine • Tel. 0432.530144-0432.552428 • Fax 0432.231977 • friuli@aaroiemac.it

LAZIO • Dott. Quirino PIACEVOLI • Via Andrea Barbazza, 154 • 00168 Roma • Tel. e Fax 06.6149007 • lazio@aaroiemac.it

LIGURIA • Dott.ssa Marialuisa POLLAROLO • Scalo Maria Giusti Colombo, 7/7 • 16016 Cogoleto (GE) • Tel. 010.6449868-9941 • liguria@aaroiemac.it

LOMBARDIA • Dott. Alessandro VERGALLO • Via Moretto, 1/A • 25012 Calvisano(BS) • Tel. 0303995330 • lobbardia@aaroiemac.it

MARCHE • dott. Marco CHIARELLO • C.da S. Andrea, 38 • 62029 Tolentino(MC) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • marche@aaroiemac.it

MOLISE • Dott. Roberto GRAMEGNA • Via delle Orchidee, 23 • 86039 Termoli (Cb) • Tel. 0875.83660-0875.7159323 • Fax 0875.702484 • molise@aaroiemac.it

PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dott. Arturo CITINO • Corso Tanaro, 4 • 13100 Vercelli • Tel. e Fax 0113186439 • piemonte-aosta@aaroiemac.it

PROVINCIA DI BOLZANO • Dott. Massimo BERTELLI • Via Hoertmoos, 33 • 39018 Terlano(Bz) • Tel. 0471.933267-0471.908675 • bolzano@aaroiemac.it

PROVINCIA DI TRENTO • Dott. Alberto MATTEDI • Via Delle Laste, 37/24 • 38100 Trento • Tel. 0461231033 • trento@aaroiemac.it

PUGLIA • Dott. Antonio AMENDOLA • Piazza A. Diaz, 11 • 70121 Bari • Tel. e Fax 080.5540557 • puglia@aaroiemac.it

SARDEGNA • Dott. Cesare IESU • Via S. Tommaso D'Aquino, 8 • 09134 Pirri (CA) • Tel. e Fax 07042939 • sardegna@aaroiemac.it

SICILIA • Dott. Emanuele SCARPUZZA • Viale Michelangelo, 1004 • 90135 Palermo • Tel. 339.4241469 • Tel. e Fax 091.227982 • sicilia@aaroiemac.it

TOSCANA • Dott. Fabio CRICELLI • Via S. Donato, 24-4 • 50127 Firenze • Tel. 055.3245661 • Fax 055.39069595 • toscana@aaroiemac.it

UMBRIA • Dott. Alvaro CHIANELLA • Via della Ferrovia, 3 • 06034 Foligno(PG) • Tel. 074220818 • umbria@aaroiemac.it

VENETO • Dott. Attilio TERREVOLE • Via Berlendis, 9 • 36100 Vicenza • Tel. 0444.753438 • Fax 0444.302583 • veneto@aaroiemac.it

L'A.A.R.O.I. - EM.A.C. su INTERNET: www.aaroiemac.it

il nuovo
Anestesista Rianimatore

Organo Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - EM.A.C.

Autorizzazione

Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile

VINCENZO CARPINO

Vice Direttori

MARCO CHIARELLO
MARIO RE
TERESA MATARAZZO

Comitato di Redazione

GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

**Direzione, Redazione,
Amministrazione**

VIA E. SUAREZ, 12 - 80129 NAPOLI
Tel. 081.5585160 - Fax 081.3606204
e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it

**Progetto grafico
realizzazione e stampa**

INK & PAPER s.r.l.
Via Censi dell'Arco, 22 - 80040 Cercola (Na)
e-mail: inkpaper@fastwebnet.it

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

Chiuso in Redazione il
22 marzo 2013
Tiratura: 10.000 copie
Spedito il
28 marzo 2013

Continua dalla prima pagina

L'AAROI-EMAC offre ai suoi iscritti...

non soltanto l'impossibilità della progressione di carriera per i professionisti in servizio ma anche molte pecuniarie.

Per quanto attiene i crediti da acquisire per il triennio 2011-2013, il programma ECM è regolamentato dalla Determinazione della Commissione Nazionale ECM del 13/01/2010 e dal DPCM del 26/07/2010. Viene confermato che ogni operatore sanitario deve acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2011-2013, (50 crediti/anno - con un minimo di 25 e un massimo di 75). Da quest'anno non si possono recuperare i crediti degli anni precedenti. Il numero massimo di crediti acquisibili attraverso convegni, congressi, simposi e conferenze (tipologia 2), gruppi di miglioramento (tipologia 5), attività di ricerca (tipologia 6), docenze e tutoring (tipologia 10) non può eccedere il 60% vale a dire 90 crediti nei 3 anni.

Non esistono invece limitazioni al numero di crediti che si possono acquisire tramite FAD, con l'unica eccezione degli infermieri, per i quali il limite è del 60% di 150, vale a dire 90 crediti nei 3 anni. La nuova ECM limita inoltre il numero di crediti acquisibili attraverso la partecipazione ad eventi sponsorizzati, che non può superare un terzo del totale (50 crediti su 150). Questa limitazione non è presente invece per gli eventi erogati in modalità FAD.

Infine vi è da segnalare che secondo la Cassazione (sentenza 21817 del 19.09.2011) non sussiste a carico delle Asl l'obbligo di predisporre e organizzare Corsi di aggiornamento e formazione per i propri dipendenti delle professioni sanitarie, né è un diritto di questi ultimi di ottenere direttamente dall'Asl di appartenenza la promozione e l'organizzazione di tali attività. Secondo la Corte di Cassazione, che rispondeva alla richiesta di danni da parte di un medico alla propria Asl, colpevole di non aver organizzato Corsi di formazione ed in tal modo di avergli impedito avanzamenti di carriera, è il professionista sanitario che deve provvedere a garantire il rispetto dei suoi obblighi formativi.

Il professionista sanitario si trova quindi, da un lato, con la necessità di accumulare il fabbisogno creditizio formativo, sia ovviamente per la propria esigenza di aggiornamento ma sia anche per la necessità di non incorrere in illeciti disciplinari, dall'altro lato è sempre più solo nel dover gestire il costo di tali necessità. Pur sottolineando la validità degli eventi congressuali organizzati dalle Società nazionali ed internazionali di riferimento scientifico, il professionista sanitario vive oggi in un'era in cui i costi della formazione non sono sempre ben sostenibili dal singolo. La FAD, in questo contesto, è la giusta soluzione perché, pur avendo dei costi di startup non trascurabili, consente di offrire formazione a costi assolutamente contenuti.

Ciò che viene richiesto è comunque un cambiamento epocale nel modo di intendere la formazione medico-scientifica con la comparsa

di nuove modalità in cui il corretto abbinamento di FAD pura, con esercitazioni pratiche in strutture ospedaliere e soprattutto con la simulazione computerizzata e robotizzata, consente di superare barriere un tempo nemmeno ipotizzabili, portando i livelli di preparazione del professionista sanitario a standard elevati, con riduzione del rischio clinico e miglioramento del servizio reso al paziente.

L'AAROI-EMAC vede nell'aggiornamento professionale dei propri iscritti un cardine statutario e una finalità principe della propria attività. È in questo contesto che è nata la SIARED ed è sempre in questo contesto che si è sviluppata tutta la produzione scientifica successiva.

L'AAROI-EMAC segue attentamente l'evolversi della formazione medica ed in particolare di quella specialistica di sua competenza. L'acquisizione del Centro di Simulazione Medica Avanzata "SimuLearn" di Bologna è un caposaldo per assicurare le migliori possibilità formative ai propri iscritti.

Accanto ai Corsi Residenziali Itineranti ECM, accanto al Congresso Nazionale della SIARED, accanto ai Corsi di Simulazione, da

oggi l'AAROI-EMAC è in grado di fornire ai propri iscritti anche la FAD, grazie ad una partnership peculiare con la Medigroup S.C. di Trieste.

Il primo prodotto formativo che l'AAROI-EMAC vuole offrire ai suoi iscritti è esempio di attualità scientifica: "L'ipotermia terapeutica nella pratica clinica". Trattasi di un Corso totalmente FAD della durata teorica di 12 ore, in cui si ripercorrono le basi fisiopatologiche dell'utilizzo clinico dell'ipotermia, le modalità pratiche di gestione del paziente ipotermico, l'applicazione nella sindrome post arresto cardiaco, in ambito cardiologico e nel neonato con sofferenza asfittica perinatale.

Programma Scientifico

- Basi fisiopatologiche e neurocardioprotezione
- Modalità di induzione e mantenimento
- Gestione del paziente ipotermico
- Modalità di ritemperamento
- Controllo termico post-ritemperamento
- Morte cardiaca improvvisa
- Sindrome post-rianimazione
- Protocolli clinici nell'arresto cardiaco
- Anossia cerebrale peripartum
- Pattern fisiopatologici nel neonato anossico
- Protocolli clinici nel neonato anossico

L'evento formativo

- È completamente gratuito per gli iscritti dell'AAROI-EMAC;
- È accessibile dal 15 marzo 2013 al 31 dicembre 2013, sul sito internet www.aaroiemac.it
- L'utenza sarà attivata previa verifica dell'iscrizione all'AAROI-EMAC.
- La registrazione dell'utente sul sito web dedicato è necessaria ai fini dell'attribuzione dei Crediti ECM;
- L'evento è stato accreditato con 18 Crediti ECM che verranno assegnati ad iter formativo concluso.
- L'attribuzione dei crediti avverrà solo dopo il superamento del test finale e al termine dell'anno formativo con diretta comunicazione da parte del Provider Medigroup S.C. all'Agenas.
- Durante il periodo di erogazione dell'evento formativo sarà possibile fare riferimento scientifico ai membri dell'I.C.E. Committee per risolvere qualsiasi problematica scientifica riguardante la tematica del Corso.
- L'iscritto al Corso dovrà completare il percorso formativo entro il 31 dicembre 2013.
- I colleghi che sospendono la partecipazione al Corso non potranno più usufruire dei Corsi gratuiti offerti dall'AAROI-EMAC.

Certamente sarà scritta un'altra pagina importante della storia dell'AAROI-EMAC. L'attiva partecipazione, migliorando la formazione specialistica, renderà più ricco e completo il servizio che l'Associazione offre a tutti i suoi iscritti.

Vincenzo Carpino

FAD (formazione a distanza)

L'IPOTERMIA TERAPEUTICA NELLA PRATICA CLINICA

Per richiedere l'accesso al Corso:

1 - Inserire il Codice Fiscale

2 - Specificare l'indirizzo E-mail al quale si desidera ricevere la notifica di avvenuta attivazione dell'utenza sulla piattaforma FAD

FAD (formazione a distanza)

L'IPOTERMIA TERAPEUTICA NELLA PRATICA CLINICA

La sua richiesta è stata accettata. La invitiamo a completare la procedura di registrazione alla piattaforma FAD prestando attenzione nel riportare correttamente i seguenti dati:

Nome xxxxxxxx
 Cognome xxxxxxxx
 E-mail xxxxxxxx
 Codice Fiscale xxxxxxxx

Al termine della procedura di registrazione alla piattaforma FAD si potrà accedere ai contenuti del Corso specificando la

Chiave di Iscrizione xxxxxxxx

Registrazione alla piattaforma FAD

Continua dalla prima pagina

Il potere gerarchico...

La posizione di "subordinato" non è considerabile al pari di un mero esecutore di ordini, essendo membro attivo e responsabile dell'equipe ai sensi dell'art. 63, c.3°, 5° e 6° del D.P.R. 761/1979. Del resto, per evitare una frammentazione, (parcellizzazione) della cura del paziente, occorre il rispetto delle direttive sotto il profilo diagnostico-terapeutico, vertendosi in quella "autonomia vincolata alle direttive ricevute", cioè un'autonomia limitata dalla possibilità del medico superiore di imporre la propria scelta terapeutica con l'avocazione del caso, ma addossandosene la responsabilità. Se dunque il "superiore" e il "subordinato" condividono la scelta, ne assumono entrambi la responsabilità. Al contrario, se il subordinato dissente dalla scelta terapeutica disposta dal superiore è tenuto ad esprimere il proprio dissenso documentandolo e a collaborare (C. Cass., sez. IV, 28.6.1996). In difetto potrà essere ritenuto responsabile dell'esito infausto del trattamento, non avendo compiuto quanto in suo dovere per impedire l'evento (art. 40, c. 2° c.p.), ovvero rispondere a diverso titolo per aver interrotto un servizio pubblico.

In caso di intervento sanitario potenzialmente pericoloso, il subordinato potrebbe avere due alternative: l'astensione dall'esecuzione e dalla collaborazione, con il conseguente rischio di sanzioni disciplinari, o l'ottemperanza all'ordine, dopo aver manifestato e possibilmente documentato il dissenso. Se infatti il dissenziente non collaborasse, questo orientamento comporterebbe un'inammissibile vanificazione dei poteri direttivi del sanitario in posizione apicale, senza i quali sarebbe difficile organizzare il lavoro di equipe e la programmazione-direzione dell'unità operativa /dipartimentale. Resterebbe poi il rischio di una mancata adesione a direttive diagnostico-terapeutiche che potrebbero rivelarsi esatte. Per ovviare a tale problema, è funzionale la possibilità di "avocazione" del superiore: in questo modo il sanitario in posizione apicale può ottenere anche la collaborazione del subordinato dissenziente senza che questo corra il rischio di corre-

sponsabilità in caso di esito infausto, poiché in virtù dell'avocazione, unico responsabile è il "primario" (C. Cass. Pen. Sez. IV, 17.11.1999).

Val la pena specificare che si tratta di poteri di indirizzo e scelte sotto il profilo clinico potendosi definire gli ambiti di operatività della figura apicale e dei suoi collaboratori medici e personale medico sanitario non medico, competenza "concorrente". Vi sono infatti attività espletabili tanto dal medico (specie se figura apicale) quanto dagli altri sanitari e altre rimesse solo ai medici. Per esempio le ostetriche possono svolgere autonomamente le attività normativamente definite, di cui alle fonti giuridiche ed extragiuridiche richiamate, ma non esclusive. Ciò implica le possibilità che senza intralcio, interferenze e nocumento delle pazienti, possono dette attività essere svolte da entrambe le figure professionali. Naturalmente l'ostetrica che abbia intrapreso un'attività inerente al suo profilo professionale non potrà ingiustificatamente essere interrotta o distolta dall'attività programmata o intrapresa, ciò potendo integrare, in assenza di giustificato motivo, estremi di illecito (civile, amministrativo e perfino penale).

Del resto l'ostetrica non può sostituirsi al medico nelle attività di esclusiva pertinenza di questi poiché tale condotta potrebbe essere censurata sotto il profilo disciplinare, amministrativo, civile/penale, e rilevare gravemente in caso di evento infausto e danno alla paziente e/o neonato.

La figura apicale invece, nell'ambito dei suoi poteri può, per giusta causa, avocare a sé il caso, tanto che della vicenda clinica ci sia stata la presa in carico da parte del medico, quanto dell'ostetrica. Tuttavia anche la condotta della figura apicale (capo equipe, dirigente di struttura o "ex primario") non può essere arbitraria, dovendo sempre essere dettata dalla necessità di intervenire per la particolare complessità del caso e nell'interesse del paziente, in difetto, potendo integrare estremi di illecito, sotto vari profili.

A completamento di quanto fin qui esposto, è opportuno notare che, in materia di obbligo di collaborazione, la giurisprudenza, affermando l'esistenza di un dovere di controllo anche del "subordinato" sulle attività del suo "superiore", ha riconosciuto la corresponsabilità del "subordinato" in

mancanza di traccia del suo dissenso, per errori commessi dal sanitario in posizione apicale. Vero è che è onere del "subordinato" accertarsi che il dissenso sia percepito chiaramente dal sanitario in posizione apicale, sia registrato nella documentazione sanitaria, sebbene per motivi pratici e/o di soggezione psicologica ciò possa all'atto pratico risultare difficile. Inoltre, quale corollario dell'obbligo in esame, il "subordinato", se a conoscenza di elementi ulteriori, sconosciuti al "superiore", per i quali la scelta terapeutica risulti inadeguata, ha il dovere di attivarsi, affinché quest'ultimo ne prenda coscienza e vi ponga rimedio.

L'obbligo di collaborazione per il "subordinato", viene meno solo nel caso in cui la direttiva del "superiore" contrasti con i più elementari principi dell'arte medica o consista in mansioni che richiedono capacità superiori a quelle dallo stesso possedute.

In attesa di giurisprudenza e legislazione chiarificatrice, restano gli attuali orientamenti per cui in caso di esito infausto per illegittimo ordine, occorre rifiutare l'adempimento affinché operi la scriminante ex art. 51, u.c. c.p. salvo il caso di ordine insindacabile o errore incolpevole. Orbene è necessario a questo punto richiamare l'attenzione sulla natura incipiente del rapporto che lega sanitari operanti in uno stesso rapporto. Se da una parte non si può vanificare il potere direttivo-impositivo della professione apicale (che deve organizzare il lavoro dei collaboratori), dall'altra nonostante il rapporto di diritto pubblico tra sanitari operanti nella stessa struttura, l'ordine (direttiva) del superiore gerarchico non è assolutamente vincolante per il "subordinato", che secondo la Suprema Corte non è cieco esecutore di ordini.

Questa conclusione deriva dall'art. 63, c. 3°, D.P.R. 761/69, che fa riferimento alla responsabilità (in proprio) per le attività professionali direttamente affidategli, e 5° e 6° comma, laddove si prevede che il "primario" debba rispettare l'autonomia professionale operativa del personale dell'unità assegnatagli.

Il medico in posizione superiore può imporre le proprie scelte terapeutiche quando esse contrastino con quelle del sanitario cui è assegnato il caso, ricorrendo al mezzo dell'avocazione (cosa che si è verificata nel caso di specie). Il "subordinato" o

membro dell'equipe che si trovi in disaccordo con le scelte compiute dalla figura apicale, è legittimato, in virtù dell'autonomia professionale, a manifestare il proprio dissenso (cosa avvenuta nel caso che ci occupa ancorché verbalmente e non per iscritto) mantenendo il dovere di collaborazione nei confronti dell'apicale nonostante la manifestazione del dissenso (cosa avvenuta nel caso di specie).

In tema di ripartizione dei ruoli funzionali (e relative responsabilità) tra la figura apicale e i sanitari operanti nella medesima struttura sanitaria pubblica, la Suprema Corte ha indicato nella possibilità concessa dalla legge al "primario" di avocare casi alla sua diretta responsabilità il modo in cui quest'ultimo può ottenere la collaborazione del "subordinato" dissenziente o che non condivida i rilievi critici mossi, o l'opzione terapeutica, residuando il dovere del subordinato di prestare la sua collaborazione all'intervento personale, diretto del primario. Il "subordinato" non può infatti rifiutarsi di "collaborare" anche ad un intervento che non ritenga corretto perché se si astenesse totalmente dal collaborare diminuirebbe l'efficacia dell'organizzazione funzionale gerarchica della struttura sanitaria.

Invero, la programmazione, le istruzioni, le direttive della figura apicale sono competenze previste ai fini della corretta organizzazione del reparto/struttura, in base a suoi poteri giuridici impeditivi di eventuali eventi lesivi, le funzioni di indirizzo e verifica delle prestazioni di diagnosi e cura sono tutte tese alla tutela dei pazienti, ma trattandosi di rapporto "gerarchico" non certo di tipo militare o equiparato, da svolgersi entro precisi limiti (di rispetto dell'autonomia professionale operativa degli altri sanitari) e per le precise finalità su richiamate, tale rapporto non si presenta come assolutamente vincolante sotto il profilo della scelta terapeutica. Il membro dell'equipe, collaboratore, personale medico o sanitario non medico, ben può, alla luce della sua esperienza e competenza professionale, ritenere più adeguata una diversa scelta terapeutica, stante la sua autonomia professionale, se legittimamente manifesta il suo dissenso e si fa luogo all'avocazione del caso, dopo di che se esegue coscienziosamente e diligentemente la collaborazione non sembra potersi muovere nei suoi confronti alcuna censura.

In questi ultimi anni si sta progettando una sanità con meno Ospedali, meno posti letto e sempre meno medici. Il ruolo e le competenze dei medici sono state, nel recente periodo, oggetto di unilaterali proposte di revisione al ribasso con il tentativo di trasferire competenze a categorie prive di percorsi formativi paragonabili (vedi il presente Accordo Stato-Regioni sulla implementazione delle competenze infermieristiche).

L'AAROI-EMAC è stata la prima Associazione a prendere posizione contro questo Accordo con un documento inviato il 5 luglio

2012 sia al Ministro della Salute che al Presidente della Conferenza Stato-Regioni. Finalmente anche la FISM è uscita allo scoperto con una nota di seguito pubblicata.

Alle timide prese di posizione da parte dell'Intersindacale medica sull'argomento fa eco il silenzio della FNOMCeO e del suo Presidente Amedeo Bianco.

La nostra Associazione è pronta ad un duro contrasto per fermare questa deriva, i cui effetti negativi sulla classe medica si manifesteranno certamente in tempi non molto lunghi.

Ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere

LA POSIZIONE DELLA FISM

Il Consiglio Direttivo della FISM (Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane) ha avuto modo di rilevare e valutare tutti i punti deboli dell'impianto normativo contenuto nella "bozza di Accordo tra Governo e la Conferenza Stato Regioni," (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato936826.pdf>) "che ha come oggetto la ridefinizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

FISM ritiene doveroso portare a conoscenza della collettività le seguenti riflessioni:

1. Il rapporto tra competenze e responsabilità professionali non può essere, nemmeno in parte, disgiunto. Non è possibile che il medico sia, in qualche modo, costretto a delegare parte della propria attività, **che gli compete per legge**, senza, tuttavia, "alleggerirsi" delle relative responsabilità.
2. Non esiste alcun tipo di Accordo che possa, in alcun modo, attribuire all'infermiere competenze e responsabilità che **la legge riserva ai medici**. Prima di modificare la legge serve un franco confronto tra coloro che sono coinvolti a garantire l'appropriatezza delle cure e la sicurezza del paziente. Il passo successivo deve consistere nell'ascoltare il parere dei cittadini e delle organizzazioni dei pazienti.

ti. Infine, eventualmente, si procede modificando leggi, regolamenti e tutto ciò che attiene alle attribuzioni di responsabilità.

3. I contenuti che si rilevano dal testo dell'accordo definiscono l'iter procedurale con il quale s'intende modificare il profilo professionale della professione infermieristica senza un'adeguata riflessione su ciò che caratterizza la professione di medico-chirurgo, distinguendola dalla professione infermieristica. Questo passaggio è essenziale per garantire il corretto approccio diagnostico e terapeutico al paziente. Di fatto alcune attività mediche potrebbero essere attribuite agli infermieri che non hanno avuto, nel loro profilo formativo, elementi relativi a tali attività.
4. È necessario tener conto dei costi che l'applicazione di tali direttive e la conseguente formazione di tutto il personale comportano. La modifica delle competenze, infatti, ove dovesse avvenire per semplice attribuzione di nuovi compiti, senza un'adeguata formazione di tutto il personale coinvolto, creerebbe problemi di attribuzione di responsabilità a carico delle strutture sanitarie. Si tenga presente che l'eventuale rielaborazione del profilo professionale potrà avvenire solo attraverso un **percorso formativo certificato**. È irragionevole ipotizzare la responsabilità del medico per attività svolte dall'infermiere, non previste dall'aggiornamento del suo ruolo professionale.

5. Il **curriculum formativo professionale del medico è ispirato alle regole dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica**. A garanzia di ciò sono richiesti 6 anni di studi universitari e 4/5 anni di specializzazione per una corretta assunzione di responsabilità nei confronti del paziente.
6. La proposta di revisione dei profili professionali degli infermieri deve essere assolutamente valutata in considerazione delle competenze che verranno inserite **nell'ambito dei profili giuridici** e non sulla base di esperienze che hanno riguardato solo alcuni settori delle attività infermieristiche ed in alcune regioni prese a campione. Si ribadisce che **la modifica del profilo professionale può essere solo realizzata nel rispetto delle norme** e deve scaturire dal confronto tra le figure chiamate in causa, nell'interesse del cittadino.
7. L'eventuale attribuzione futura di competenze professionali proprie dei medici al nuovo profilo infermieristico può essere accettata solo dopo una necessaria revisione e aggiornamento professionale "obbligatorio" da parte di tutti i professionisti interessati. Non può esistere un'equiparazione "sulla carta" dell'eventuale nuovo aggiornamento del profilo professionale.
8. L'eventuale futuro profilo di responsabilità dell'infermiere deve necessariamente com-

portare un'informazione corretta a tutta la collettività e un'informazione esplicita ai cittadini-pazienti che devono conoscere le nuove responsabilità attribuite a un profilo professionale costruito su di un percorso di studi di soli 3 anni.

9. Si prende atto che, per l'ennesima volta, argomenti di questa portata sono discussi senza ascoltare il parere dei rappresentanti il mondo delle Società Medico-Scientifiche, ignorando che le Società Medico-Scientifiche sono fortemente coinvolte nella materia in quanto il provvedimento in bozza propone di intervenire, modificando il profilo dell'infermiere, sulle competenze della professione medica, sui modelli organizzativi e sulla sicurezza dei percorsi assistenziali, aspetti che rappresentano il corpo delle Linee Guida la cui stesura è compito precipuo delle Società Medico-Scientifiche.

La FISM chiede alle Istituzioni, Regioni e il Ministero della Salute, di essere ascoltata, nella sua qualità di rappresentante delle Società Medico-Scientifiche, unitamente agli altri attori coinvolti (rappresentanze Sindacali, Ordini Professionali, Università), al fine di evitare soluzioni affrettate che possono comportare rischi per i pazienti e confusione dei ruoli che i singoli professionisti sono e saranno chiamati a svolgere.

La professione medica è una garanzia per il cittadino

L'AAROI-EMAC SCRIVE AL MINISTRO DELLA SALUTE

Egregio Sig. Ministro,
L'Associazione AAROI-EMAC denuncia la progressiva demedicizzazione strisciante in atto di alcune prestazioni sanitarie, ulteriormente accelerata dalla costituzione di tavoli tecnici in sedi istituzionali con lo scopo di modificare i profili professionali dei sanitari. Questo è il risultato del processo messo in atto nelle politiche sanitarie di questi ultimi anni che la "spending review", imposta dalla congiuntura economica, potrebbe accelerare ulteriormente. La demedicizzazione rappresenta la risposta sbagliata e inadeguata all'incontrollato aumento che la domanda di prestazioni sanitarie ha fatto registrare progressivamente nel tempo. La correzione efficace può essere definita attraverso un'analisi ragionata della domanda stessa correggendo l'inappropriatezza da cui derivano gli incrementi ingiustificati della spesa sanitaria e dei tempi di attesa. In altri termini, anziché coltivare una classe medica preparata, motivata e corresponsabilizzata all'ottimizzazione delle risorse e al governo della domanda, ci si affida sempre più a sperimentazioni di forme alternative di erogazione dell'assistenza che poggiano sulla progressiva riduzione della funzione e del ruolo del medico e del medico specialista. Per la nostra Associazione si tratta di un errore,



perché la continua ricerca di modelli in apparenza più efficienti ma non imperniati sulla centralità del rapporto medico-paziente può, di fatto, generare incertezza nell'assistito, con conseguente ricorso a ulteriori prestazioni non giustificate o comunque onerose per il sistema sanitario e per il cittadino stesso vista la onerosità del contributo personale richiesto attraverso il ticket.

Una visione moderna dell'assistenza sanitaria deve tornare al rispetto del rapporto medico-paziente, laddove dare ascolto al paziente è la base per la diagnosi e la cura successiva.

Il lavoro in sanità deve essere certamente un lavoro di squadra, ma vale la pena ricordare che la squadra funziona e vince se ogni giocatore mantiene la sua posizione e il suo ruolo, basato sulle reali competenze e abilità professionali di tutti.

Urge quindi affidare a un gruppo di lavoro tecnico istituzionale la definizione del ruolo che il medico deve assumere oggi nel Ssn attraverso la definizione corretta dell'"Atto Medico".

Solo così si potrà recuperare la professione a quei valori senza i quali il sistema sanitario italiano potrebbe progressivamente perdere le sue caratteristiche di universalità e solidarietà.

dott. Vincenzo Carpino
Presidente Nazionale



CENTRO DI SIMULAZIONE AVANZATA
PER LA FORMAZIONE DEL MEDICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

CALENDARIO DEI CORSI DEL 1° SEMESTRE 2013

GENNAIO 2013		FEBBRAIO 2013		MARZO 2013		APRILE 2013		MAGGIO 2013		GIUGNO 2013	
1	Mar		1 Ven Corso Itinerante ACLS Cagliari	1	Ven Corso Itinerante ACLS Vicenza	1	Lun	1	Mer	1	Sab
2	Mer		2 Sab Corso Itinerante ACLS Cagliari	2	Sab Corso Itinerante ACLS Vicenza	2	Mar	2	Gio	2	Dom
3	Gio		3 Dom	3	Dom	3	Mer Corso ACLS Bologna	3	Ven	3	Lun Anestesia Ped Bologna
4	Ven		4 Lun Anestesia Ped Bologna	4	Lun Aritmie Cardiache Bologna	4	Gio Corso ACLS Bologna	4	Sab	4	Mar Anestesia Ped Bologna
5	Sab		5 Mar Anestesia Ped Bologna	5	Mar Aritmie Cardiache Bologna	5	Ven	5	Dom	5	Mer Corso PALS Bologna
6	Dom		6 Mer Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	6	Mer	6	Sab	6	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	6	Gio Corso PALS Bologna
7	Lun		7 Gio Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	7	Gio	7	Dom	7	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	7	Ven
8	Mar		8 Ven	8	Ven	8	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	8	Mer Corso ACLS Milano	8	Sab
9	Mer		9 Sab	9	Sab	9	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	9	Gio Corso ACLS Milano	9	Dom
10	Gio		10 Dom	10	Dom	10	Mer Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	10	Ven Corso BLS-D Bologna	10	Lun Aritmie Cardiache Bologna
11	Ven		11 Lun Aritmie Cardiache Bologna	11	Lun Aritmie Cardiache Bologna	11	Gio Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	11	Sab	11	Mar Aritmie Cardiache Bologna
12	Sab		12 Mar Aritmie Cardiache Bologna	12	Mar Aritmie Cardiache Bologna	12	Ven Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	12	Dom	12	Mer
13	Dom		13 Mer Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	13	Mer Corso Itinerante ACLS Lametia T.	13	Sab Corso Itinerante ACLS Caltanissetta	13	Lun Aritmie Cardiache Bologna	13	Gio
14	Lun		14 Gio Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	14	Gio Corso Itinerante ACLS Lametia T.	14	Dom	14	Mar Aritmie Cardiache Bologna	14	Ven
15	Mar		15 Ven Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	15	Ven Corso Itinerante ACLS Lametia T.	15	Lun Aritmie Cardiache Bologna	15	Mer Aritmie cardiache per specializzandi Bologna	15	Sab
16	Mer	Corso Itinerante ACLS Bologna	16 Sab Corso Itinerante ACLS S. Ben. T.	16	Sab Corso Itinerante ACLS Lametia T.	16	Mar Aritmie Cardiache Bologna	16	Gio Aritmie cardiache per specializzandi Bologna	16	Dom
17	Gio	Corso Itinerante ACLS Bologna	17 Dom	17	Dom	17	Mer Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	17	Ven	17	Lun
18	Ven	Corso Itinerante ACLS Bologna	18 Lun Aritmie Cardiache Bologna	18	Lun Anestesia Ped Bologna	18	Gio Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	18	Sab	18	Mar
19	Sab	Corso Itinerante ACLS Bologna	19 Mar Aritmie Cardiache Bologna	19	Mar Anestesia Ped Bologna	19	18 e 19 Corso PALS Biella	19	Dom	19	Mer Corso BLS-D Brindisi
20	Dom		20 Mer Corso BLS-D Milano	20	Mer Corso Lettura ECG Bologna	20	Sab	20	Lun Anestesia Ped Bologna	20	Gio Corso ACLS Brindisi
21	Lun	Aritmie Cardiache Bologna	21 Gio	21	Gio Gestione delle vie aeree Bologna	21	Dom	21	Mar Anestesia Ped Bologna	21	Ven Corso ACLS Brindisi
22	Mar	Aritmie Cardiache Bologna	22 Ven	22	Ven Gestione delle vie aeree Bologna	22	Lun Anestesia Ped Bologna	22	Mer Corso ACLS Roma	22	Sab
23	Mer	Corso BLS-D Milano	23 Sab	23	Sab	23	Mar Anestesia Ped Bologna	23	Gio Corso ACLS Roma	23	Dom
24	Gio		24 Dom	24	Dom	24	Mer	24	Ven	24	Lun
25	Ven		25 Lun Aritmie Cardiache Bologna	25	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	25	Gio	25	Sab	25	Mar
26	Sab		26 Mar Aritmie Cardiache Bologna	26	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	26	Ven	26	Dom	26	Mer Corso ACLS Milano
27	Dom		27 Mer Corso Itinerante ACLS Vicenza	27	Mer	27	Sab	27	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	27	Gio Corso ACLS Milano
28	Lun	Anestesia Ped Bologna	28 Gio Corso Itinerante ACLS Vicenza	28	Gio Corso BLS-D Bologna	28	Dom	28	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	28	Ven
29	Mar	Anestesia Ped Bologna		29	Ven	29	Lun	29	Mer Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	29	Sab
30	Mer	Corso Itinerante ACLS Cagliari		30	Sab	30	Mar	30	Gio Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	30	Dom
31	Gio	Corso Itinerante ACLS Cagliari		31	Dom			31	Ven		

LEGENDA DEL CALENDARIO

“Gestione delle aritmie cardiache durante l’intervento chirurgico con sistemi di simulazione” **Aritmie Bologna** – Centro SimuLearn.

“Gestione delle problematiche anestesilogiche in pediatria con sistemi di simulazione” **Anestesia Ped. Bologna** – Centro SimuLearn.

“Gestione della ventilazione non invasiva domiciliare con sistemi di simulazione” **Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna** - Centro SimuLearn.

Corsi Itineranti ACLS riservati agli iscritti dell’AARO I-EMAC:

Corsi Itineranti ACLS + sede. Per l’iscrizione gratuita rivolgersi ai rispettivi Presidenti Regionali.

Corsi residenziali BLS-D – ACLS – PALS – Gestione vie aeree – Lettura ECG con pagamento della quota di iscrizione (per iscriversi contattare la dott.ssa Laura Bendoricchio 335- 7217103). **Corso + sede.**

Il “Centro SimuLearn” dove si svolgono sia i Corsi di Simulazione medica avanzata sia i Corsi AHA (American Heart Association) si trova a Bologna in via Piero Gobetti, 52.

Per ulteriori informazioni contattare la Segreteria dell’AARO I-EMAC di Roma al numero 06 47825272.

CONVENZIONE ALBERGHIERA

Per venire incontro alle necessità dei colleghi che frequentano i Corsi di Simulazione medica avanzata ed i Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare, in particolare per quanto riguarda la sistemazione alberghiera, l’AARO I-EMAC ha stipulato una convenzione con il SAVHOTEL – via Parri, 9 – 40128 Bologna – usufruendo delle seguenti tariffe agevolate:

- camera doppia uso singola: 69 euro
- camera doppia: 79 euro
- tariffa per la cena di lunedì: 25 euro
- garage: 5 euro al giorno

Le camere verranno riservate fino a 15 giorni prima della data di arrivo.

Servizi inclusi: – American buffet breakfast – Connessione internet WI-FI – Accesso area fitness 24 ore – Coffee station dalle ore 10 alle ore 18

SAVHOTEL



BOLOGNA

per prenotare:

Tel. 051-361361 – Fax 051-373511

reservation@savhotel.it – www.savhotel.it

L'ISTAT PUBBLICA I DATI DEFINITIVI DEL CENSIMENTO 2011

GLI ITALIANI SEMPRE PIÙ LONGEVI ED IN BUONA SALUTE

Anche quest'anno siamo giunti all'apuntamento con l'Annuario statistico italiano dell'Istat, la pubblicazione che dal 1878 racconta il nostro Paese attraverso i numeri. In oltre ottocento pagine e con una veste grafica accurata, il volume offre moltissime chiavi di lettura sui principali fenomeni ambientali, demografici, sociali ed economici. Per la salute il bilancio è positivo. I risultati definitivi del censimento 2011 dopo dieci anni dall'ultimo effettuato mostra un incremento del 4,3% della popolazione residente. L'aumento è dovuto esclusivamente agli stranieri, mentre gli italiani diminuiscono di 250 mila unità. Più donne che uomini e crescono gli ultracentenari.

Vediamo la fotografia degli italiani scattata dall'Istat.

SANITÀ E SALUTE

Sempre più longevi

Nel contesto internazionale l'Italia si conferma uno dei paesi più longevi: nel 2010, all'interno dell'Unione europea, soltanto la Svezia continua a mantenere migliori condizioni di sopravvivenza maschile (79,6 anni), mentre in Francia e in Spagna le femmine fanno registrare la vita media più elevata (85,3 anni). Secondo le stime relative al 2011, la speranza di vita alla nascita migliora sia per gli uomini (79,4) che per le donne (84,5), grazie all'influenza positiva della riduzione dei rischi di morte a tutte le età.

Lo stato di salute è buono, più per gli uomini che per le donne

La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore globale dello stato di salute della popolazione, molto utilizzato in ambito internazionale. Il 71,1% della popolazione ha fornito un giudizio positivo del proprio stato di salute; la percentuale è più alta fra gli uomini (75,3%) che fra le donne (67,1%). Quanto alle patologie croniche, il 38,6% delle persone dichiara di esserne affetto, ma la percentuale sale notevolmente, raggiungendo l'86,1%, fra gli ultrasessantacinquenni. Le malattie croniche più diffuse sono l'artrosi/artrite (16,7%), l'ipertensione (16,4%), le malattie allergiche (10,6%), l'osteoporosi (7,7%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,1%) e il diabete (5,5%).

Un Paese di anziani, cresce l'assistenza domiciliare

Nel 2009 l'assistenza sanitaria territoriale conta circa 46mila medici di base, 7,7 ogni 10 mila abitanti.

Sebbene il contratto dei medici di medicina generale preveda che si possano assistere fino a un massimo di 1.500 pazienti, il valore medio nazionale si attesta a 1.134 assistiti per medico. Sono, invece, 7.700 i pediatri, nove ogni 10 mila bambini fino a 14 anni.

Sul territorio nazionale, ogni 100 mila abitanti operano circa 16 ambulatori e laboratori pubblici e privati convenzionati (in lieve calo negli ultimi tre anni) e 4,9 servizi di guardia medica (anch'essi in calo). Il progressivo invecchiamento della popolazione spiega, invece, la crescita progressiva, da 475 mila nel 2007 a 533 mila nel 2009, dei pazienti assistiti al proprio domicilio, l'84% dei quali è ultrasessantacinquenne.

Il pranzo a casa, espressione dell'Italian style of life

Nel nostro Paese fatica a prendere piede l'abitudine a consumare un pasto veloce fuori casa: ancora nel 2012 il 74,3% delle persone pranza generalmente a casa e la percentuale è in crescita (+1,2%) rispetto all'anno precedente, soprattutto tra i giovani di 25-34 anni (+4,1%). Fortemente diffusa è anche la consuetudine a fare una colazione "adeguata" al mattino: circa otto persone su 10 abbinano al caffè o al tè alimenti nutrienti come latte, biscotti, pane.

Il fumo più diffuso fra i giovani e le signore di mezza età

L'abitudine al fumo è stabile negli ultimi anni e coinvolge il 21,9% della popolazione over 14. Anche nel 2012 a fumare sono soprattutto gli uomini (27,9%) rispetto alle donne (16,3%), ma la quota di persone dedite al tabagismo è nettamente più elevata fra i giovani 25-34enni (35,9%) e fra le signore di 45-54 anni (23,4%). I non fumatori rappresentano la maggioranza della popolazione di 14 anni e più (54,2%), con evidenti differenze di genere: il 41,2% degli uomini e il 66,3% delle donne. In un anno, la quota di popolazione adulta non dedita al fumo aumenta di un punto e mezzo percentuale.

In lieve aumento la fecondità, ma si diventa mamme sempre più tardi

Nel 2011 il numero medio di figli per donna si attesta a 1,42 a livello nazionale (1,41 l'anno precedente), ma raggiunge il valore di 1,48 nel Nord, che si conferma la ripartizione con la fecondità più alta.

All'interno dell'Unione europea a 15 Paesi (dati 2010) l'Italia si colloca al quarto posto per bassa fecondità, preceduta da Portogallo (1,36 figli per donna), Spagna (1,38) e Germania (1,39). Nell'Ue 27 i paesi con un minor numero medio di figli per donna sono la Lettonia (1,17), l'Ungheria (1,25) e la Romania (1,33); l'Italia si posiziona al decimo posto.

Le donne diventano madri sempre più tardi: 31,3 anni è l'età media al parto in Italia, il valore più alto fra i paesi europei, lo stesso di Liechtenstein e Svizzera; seguono Irlanda e Regno Unito (31,2). Meno matrimoni, al Nord il sorpasso del rito civile su quello religioso.

Per il quarto anno consecutivo scende il numero dei matrimoni: nel 2011 ne sono stati celebrati 208.702, quasi novemila in meno dell'anno precedente; di conseguenza, il tasso di nuzialità passa da 3,6 a 3,4 per mille. Pur se in calo (da 4,4 a 4,1 per mille), il tasso di nuzialità del Mezzogiorno supera la media nazionale.

Il matrimonio religioso resta la scelta più diffusa (60,2%), ma sono sempre di più le coppie che decidono di sposarsi davanti all'ufficiale di stato civile, da 79 mila nel 2010 a circa 83 mila nel 2011. È soprattutto nelle regioni meridionali a prevalere un modello di tipo tradizionale, dove la percentuale dei matrimoni celebrati con rito religioso è del 76,3%, contro il 48,8% del Nord e il 50,1% del Centro.

Crescono mobilità interna e migrazioni con l'estero

Nel 2010 ammontano a 1.345.466 le migrazioni interne per trasferimento di residenza, 32.703 in più dell'anno precedente. Nello stesso anno le iscrizioni dall'estero sono state 447.744 (+26.000 circa rispetto al 2009), con il Nord che resta l'area più attrattiva della Penisola (56,4% degli iscritti da paese estero). In crescita, ma su livelli decisamente inferiori, anche i cancellati per l'estero (da 64.921 a 67.501).

LA POPOLAZIONE ITALIANA

Siamo 59,4 milioni: la popolazione è aumentata in dieci anni del 4,3%

Dopo dieci anni dall'ultimo censimento effettuato - il 9 ottobre 2011, data di riferimento del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni - la popolazione residente in Italia ammonta a 59.433.744 unità. Rispetto al 2001, quando si contarono 56.995.744 residenti, l'incremento è del 4,3%, da attribuire esclusivamente alla componente straniera. Infatti, nel decennio intercensuario la popolazione di cittadinanza italiana è diminuita di oltre 250 mila individui (-0,5%), mentre quella straniera è aumentata di 2.694.256 unità.

I cittadini stranieri risultano in crescita in tutte le regioni della Penisola, mentre gli italiani diminuiscono nel Mezzogiorno oltre che in Piemonte, Liguria e Friuli-Venezia Giulia. In particolare, i cittadini italiani aumentano nel 43,2% dei comuni (3.493) e diminuiscono nel restante 56,8% (4.599). I comuni in cui si registra il maggior incremento di residenti italiani sono Rognano, Sant'Alessio con Vialone e Roncaro, tutti in provincia di Pavia; quelli che ne perdono di più sono Paludi in provincia di Cosenza, Quindici in provincia di Avellino e Rocca de' Giorgi in provincia di Pavia. Nel periodo intercensuario i maggiori incrementi di popolazione si rilevano nelle regioni del Centro-Nord, specie in Trentino-Alto Adige (+9,5%), Emilia-Romagna (+8,5%), Lazio (+7,6%), Lombardia (+7,4%) e Veneto (+7,3%). Al contrario, nelle regioni del Sud e delle Isole si registrano incrementi lievi (intorno all'1% in Campania, Puglia e Sicilia) e perdite di popolazione (superiori al 2% in Molise, Basilicata e Calabria).

Più femmine che maschi

In Italia, al 9 ottobre 2011, ci sono 93,7 uomini ogni 100 donne (28.745.507 uomini, 30.688.237 donne). A livello territoriale non si segnalano differenze significative, anche se nell'Italia Centrale il rapporto di mascolinità scende al 92,3% (5.568.595 uomini, 6.032.080 donne), mentre nelle regioni del Sud, nelle Isole e nel Nord-Est si attesta rispettivamente a 94,3% (6.783.667 uomini,

7.193.764 donne), 94,1% (3.219.998 uomini, 3.422.268 donne) e 94,2% (5.551.923 uomini, 5.895.882 donne).

Il rapporto di mascolinità è più alto in Trentino-Alto Adige (95,9%), Basilicata (95,8%) e Sardegna (95,6%) mentre il più basso si registra in Liguria (89,5%). In 1.898 comuni, pari al 23,5% del totale, il rapporto di mascolinità risulta sbilanciato a favore della componente maschile, con il primato che spetta a due centri del cuneese: Castelmagno (182,8 uomini ogni 100 donne) e Valmala (190,9 uomini ogni 100 donne). Al contrario, si contano solo 67,8 uomini ogni 100 donne a Montebello sul Sangro in provincia di Chieti, e 69,4 a Introzzo in provincia di Lecco.

Aumentano le ultracentenarie

Dal 2001 al 2011 la percentuale di popolazione di 65 anni e più è passata dal 18,7% (10.645.874 persone) al 20,8% (12.384.963 persone); era al 15,3% nel 1991 (8.700.185 persone). Anche i "grandi vecchi", ovvero gli ultra 85enni, incrementano il loro peso sul totale della popolazione residente (dal 2,2% del 2001 al 2,8% del 2011). In particolare, si registra un aumento del 78,2% nella classe 95-99 anni e del 138,9% in quella degli ultracentenari. Le persone di 100 anni e più, infatti, erano 6.313 nel 2001 (1.080 maschi e 5.233 femmine), mentre nel 2011 ne sono state censite 15.080, con una percentuale di donne pari all'83,7% (12.620 unità); 15.060 hanno una età compresa tra i 100 e i 109 anni; in 11 hanno raggiunto i 110 anni, in sette i 111 e solo due donne (residenti una in provincia di Milano e una in provincia di Venezia) alla data del 15° Censimento avevano compiuto 112 anni.

La Lombardia è la regione in cui risiede il maggior numero di ultracentenari (2.391, pari al 15,9% del totale), seguita dall'Emilia-Romagna (1.533, 10,2%) e dal Veneto (1.305, 8,6%). Anche nel 2001 la Lombardia (940, 14,9%) e l'Emilia-Romagna (602, 9,5%) erano le regioni con più ultracentenari, mentre al terzo posto si collocava il Piemonte (598, 9,4%) anziché il Veneto (542, 8,6%). Nel corso degli ultimi dieci anni il numero di ultracentenari è raddoppiato in quasi tutte le regioni italiane ed è più che triplicato in Basilicata (da 43 a 137 persone, con un incremento percentuale pari al 218,6%). I residenti di 100 anni e più sono cresciuti del 204,0% nel Lazio, del 197,8% in Umbria.

Le città con più ultracentenari al 9 ottobre 2011 sono Roma (681, 4,5%), Milano (494, 3,3%), Genova (267, 1,8%) e Torino (240, 1,6%). Nel Sud, le percentuali più elevate di anziani di 100 anni e più sono state registrate a Napoli (1,0%, 145 unità), Palermo (0,6%, 89) e Messina (0,6%, 88).

L'analisi territoriale mostra una geografia dell'invecchiamento abbastanza variabile. Considerando l'età media della popolazione residente, che per l'Italia nel suo complesso è pari a 43 anni, le regioni del Sud presentano valori al di sotto del dato nazionale. In Calabria, Puglia, Trentino-Alto Adige e Sicilia l'età media è di 42 anni, mentre in Campania scende al livello minimo di 40 anni. Quattro sono le regioni che si attestano sul valore medio nazionale (Lazio, Basilicata, Veneto e Lombardia); nel resto della Penisola l'età media varia dai 44 anni di Sardegna, Valle d'Aosta, Abruzzo e Molise, ai 45 anni di Marche, Emilia-Romagna, Umbria, Piemonte e Toscana, fino a toccare il valore massimo in Friuli-Venezia Giulia (46 anni) e Liguria (48 anni).

Il comune mediamente più giovane è Orta di Atella, in provincia di Caserta, con una età media di 32 anni, il più vecchio è Zerba, in provincia di Piacenza, dove l'età media è di 65 anni.

Stranieri: superata la soglia dei 4 milioni

Nel corso dell'ultimo decennio la popolazione straniera residente in Italia è triplicata, passando da 1.334.889 a 4.029.145, con una crescita pari al 201,8%.

Due stranieri su tre risiedono nel Nord (35,4% nell'Italia Nord-Occidentale e 27,1% nel Nord-Est), il 24,0% nel Centro e solo il 13,5% vive nel Mezzogiorno.

La componente femminile rappresenta il 53,3% del totale degli stranieri, valore che sale al 56,6% nel Meridione. Il rapporto di mascolinità, diminuito di oltre 10 punti percentuali rispetto al 2001, è di 87,6 maschi ogni 100 femmine.

La variabile sesso non sembra incidere significativamente sulla distribuzione territoriale dei cittadini stranieri, tanto che la componente femminile si distribuisce alla stregua di quella maschile: nel Nord

Italia risiede circa il 60% di donne straniere, nelle regioni centrali poco più del 24%. Quasi un quarto degli stranieri vive in Lombardia, circa il 23% in Veneto e in Emilia-Romagna e il 9% in Piemonte. Il Lazio e la Toscana totalizzano il 18%, la Campania il 3,7%. In tutte le regioni prevale la componente femminile, sebbene in Lombardia e in Veneto le percentuali di donne siano più contenute che altrove. L'Emilia-Romagna registra l'incidenza più elevata, con 104 stranieri ogni 1.000 censiti, seguita dall'Umbria (99,2‰), dalla Lombardia (97,6‰) e dal Veneto (94,2‰), mentre nel Sud e nelle Isole i valori dell'indicatore si riducono in misura consistente. Tra i grandi comuni, l'incidenza più elevata si registra a Brescia, con 166,1 stranieri ogni 1.000 censiti. Il 46% degli stranieri residenti ha un'età compresa tra 25 e 44 anni, uno su quattro ha tra i 30 e 39 anni. L'età media è di 31,1 anni e la componente maschile risulta più giovane (29,7 anni) di quella femminile (32,3 anni). I comuni con l'incidenza più elevata di stranieri sul totale della popolazione censita sono Rocca de' Giorgi (Pv) con 36,7 stranieri per 100 censiti, San Pio delle Camere (Aq) con il 27,6% e Airole (Im) con il 26,5% di stranieri.

CONTI DELLA PROTEZIONE SOCIALE

Cresce la spesa pubblica del settore

Ammonta a circa 469 miliardi di euro la spesa per la protezione sociale sostenuta in Italia nel 2011, pari al 29,7% del Prodotto interno lordo (Pil). Quasi 438 miliardi (93,2% della spesa totale) sono stati spesi dalle amministrazioni pubbliche, destinati per 418 miliardi alle prestazioni per i cittadini (l'1,4% in più dell'anno precedente), con un'incidenza del 26,5% sul Pil e del 55,7% sulla spesa pubblica corrente.

Alla previdenza la fetta più grande di risorse

Più di due terzi della spesa per prestazioni delle amministrazioni pubbliche si concentra nella previdenza (67,2%), alla sanità è destinato il 24,9% e all'assistenza il restante 7,9%. L'incidenza sul prodotto interno lordo è pari al 17,8% per la previdenza, al 6,6% per la sanità, al 2,1% per l'assistenza.

Oltre metà della spesa è finanziata dai contributi sociali

Fra le fonti di finanziamento dell'intero sistema di protezione sociale, i contributi sociali rappresentano il 52,9% del totale (56,3% nel 2008). Fra il 2008 e il 2011 i contributi sociali effettivi a carico dei datori di lavoro crescono in media dello 0,1%, in linea con la crescita registrata per la quota di contributi a carico dei lavoratori indipendenti, mentre quelli a carico dei lavoratori dipendenti si riducono dell'1%. La seconda voce rilevante, pari al 46,2%, è quella delle contribuzioni diverse, costituita in gran parte da trasferimenti statali (73,5% nel 2011, contro il 67,3% del 2008).

Ambiente e territorio

In calo il numero di incendi e la superficie interessata dal fuoco. Nel 2010 si sono verificati 4.884 incendi, che hanno interessato circa 46 mila ettari di superficie forestale. Il numero di incendi è inferiore a quello dell'anno precedente (5.422), così come la porzione di territorio interessata, che scende a 9,5 ettari di superficie media percorsa dal fuoco, dai 13,5 del 2009.

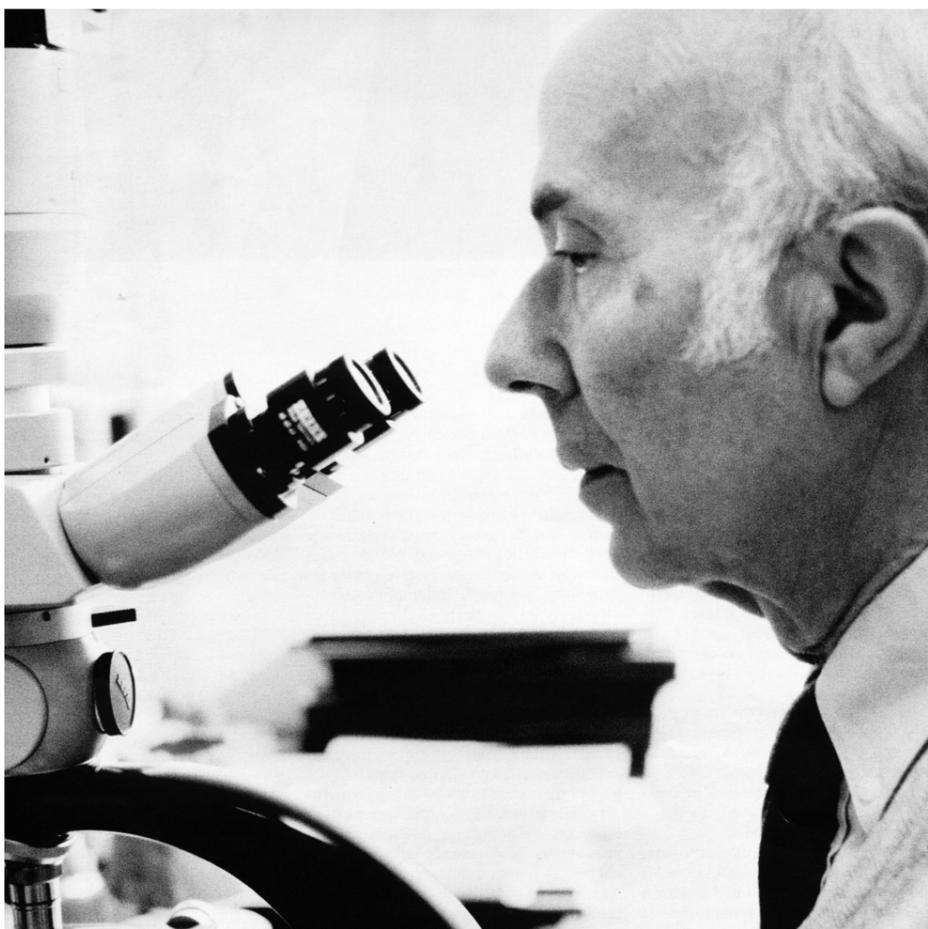
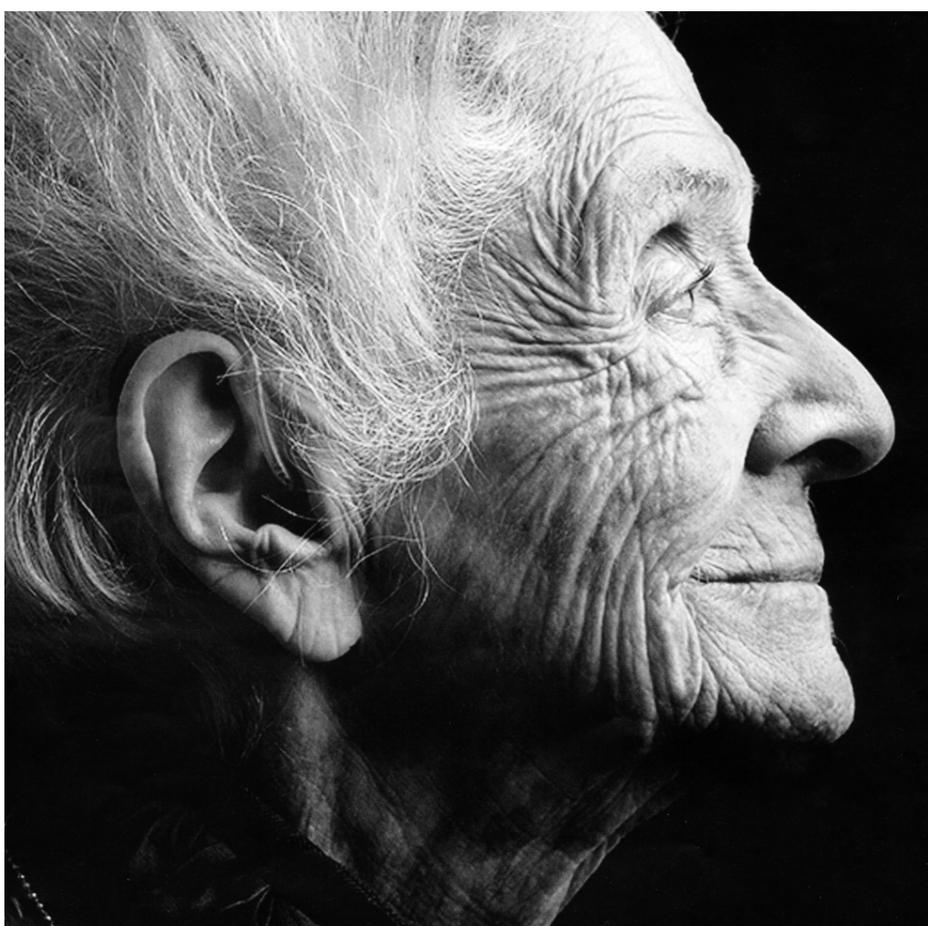
Il Nord ancora in testa per la raccolta differenziata

Nel 2010 la quantità di rifiuti urbani raccolti si attesta a 32,4 milioni di tonnellate (ovvero 537 chilogrammi per abitante), quella differenziata arriva al 35,3%, dal 33,6% del 2009; a livello territoriale i valori più alti di raccolta differenziata si registrano al Nord (49,1%); seguono a grande distanza le regioni del Centro (27,1%) e quelle del Sud (21,2%).

Traffico, parcheggio e inquinamento i problemi più avvertiti dalle famiglie. Nel 2012 il traffico è sempre uno dei problemi che le famiglie dichiarano di affrontare quotidianamente relativamente alla zona in cui vivono (38,4% delle famiglie della stessa zona). Seguono la difficoltà di parcheggio (35,8%), l'inquinamento dell'aria (35,7%) e il rumore (32,0%). In ultima posizione si colloca l'irregolarità nell'erogazione dell'acqua, che costituisce un problema per l'8,9% delle famiglie, ma le differenze sul territorio sono forti: le percentuali più alte si registrano in Calabria (29,2%) e Sicilia (26,5%).

La scomparsa di due premi Nobel italiani

Nel 2012 sono scomparsi Renato Dulbecco e Rita Levi-Montalcini, premi Nobel per la medicina che hanno portato la ricerca italiana nell'eccellenza internazionale. Quanto dovremo ancora attendere per assumere di nuovo un ruolo di vertice scientifico?



LA SICUREZZA DEI PAZIENTI IN UN DECALOGO DI COMPORTAMENTI

Un supplemento speciale degli Annals of internal medicine elenca le 10 priorità individuate dall'Agency for healthcare research and quality (Ahrq) per migliorare la sicurezza dei pazienti, e ridurre drasticamente gli errori di prescrizione, le piaghe da decubito e le infezioni iatrogene. Secondo l'analisi diretta da **Paul Shekelle**, della Rand corporation di Santa Monica, in California, dalla pubblicazione dello storico rapporto dell'Institute of medicine (braccio medico della National academy of sciences americana) intitolato "Errare è umano" ("To err is human") molti studi rigorosi sono stati condotti, senza che i loro risultati siano però stati implementati in modo sistematico e duraturo, per cui rimangono ampi margini di miglioramento.

Secondo le stime, negli Stati Uniti la mortalità annua legata a errori diagnostici è compresa tra 44.000 e 80.000, e quella legata alle piaghe da decubito ammonta a 68.000. Migliaia di decessi sono poi dovuti a cattiva comunicazione o potrebbero essere evitati con un più sistematico impiego di interventi evidence-based. Gli autori del rapporto dell'Ahrq sono partiti da un precedente rapporto della stessa agenzia che nel 2001 aveva individuato 79 strategie, e negli ultimi quattro anni hanno verificato con l'aiuto di clinici, ricercatori e manager della sanità quali di queste debbano essere considerate prioritarie in base all'epidemiologia degli errori e dei danni evitabili.

Sorprendentemente, vista l'entità degli investimenti effettuati, nella top ten non figura la cartella clinica informatizzata.

Ecco le dieci priorità per la sicurezza dei pazienti:

- *Check-list preoperatorie e anestesologiche per ridurre gli eventi avversi durante e dopo gli interventi.*
- *Azioni congiunte – tra cui check-list – per ridurre la sepsi associata all'uso del catetere venoso centrale.*
- *Interventi per limitare l'uso dei cateteri urinari.*
- *Azioni congiunte per prevenire la polmonite associata alla ventilazione meccanica.*
- *Igiene delle mani.*
- *Elenco di abbreviazioni da non usare perché ambigue e pericolose.*
- *Interventi multicomponenti per aiutare a prevenire le lesioni da compressione.*
- *Precauzioni-barriera per ridurre le infezioni ospedaliere.*
- *Inserimento del catetere venoso centrale con guida ecografica in tempo reale.*
- *Strategie per migliorare la profilassi del tromboembolismo venoso.*

Accanto a questi primi dieci punti, i ricercatori guidati da Shekelle hanno anche selezionato i 31 più rilevanti tra i restanti 69, nella consapevolezza che qualunque lista di questo tipo si presta a obiezioni, ma certo un'azione sistematica su tutti i fattori principali è destinata ad accrescere la consapevolezza degli operatori e quindi a ridurre significativamente le minacce alla sicurezza dei pazienti.

2° Congresso Nazionale SIAATIP ANCONA 2013



23-24-25 maggio

SEDE



VILLA STELLA MARIS
Via di Colle Ameno, 5
Torrette di Ancona

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA



Vicolo della Regina, 20 60122 Ancona
Tel. 071.2071411 - Fax 071.2075629
www.congredior.it - info@congredior.it

Gli ultrasuoni sono stati introdotti nella pratica clinica all'inizio del 1970 e sono stati usati comunemente per una varietà d'indicazioni cliniche. La miniaturizzazione e i progressi nella tecnologia dei computer hanno reso gli ultrasuoni accessibili nel prezzo, portatili e in grado di fornire immagini ad alta risoluzione dei tessuti e del flusso del sangue.

L'incannulamento di vene e arterie è un aspetto importante dell'assistenza ai pazienti per la somministrazione di liquidi e farmaci e per il monitoraggio. La pratica di utilizzare la superficie anatomica e la palpazione dei vasi da cateterizzare prima di tentare l'incannulamento (tecnica dei punti di reperi) si basa sulla presunta posizione dei vasi, l'identificazione di reperi anatomici cutanei o superficiali e l'inserimento alla cieca di un ago fino all'aspirazione di sangue. La conferma del successo dell'incannulamento del vaso previsto si basa sull'aspirazione di sangue con certe caratteristiche e colore (vale a dire la mancanza di pulsazione e il colore scuro quando s'incannula una vena o la presenza di pulsazioni e un colore rosso brillante quando s'incannula un'arteria) la misura della pressione con una colonna liquida o con un trasduttore di pressione o l'osservazione della forma d'onda endovascolare su un monitor di pressione.

Sebbene i cateteri vascolari siano di solito inseriti su un filo guida metallico, alcuni medici inizialmente incannulano un vaso con un ago di piccolo calibro prima di inserire un ago di calibro maggiore. Questa modalità è molto utile con la tecnica senza ultrasuoni, in quanto gli aghi più piccoli possono ridurre l'entità di un danno involontario alle strutture sottostanti. Quindi s'incannula un vaso con un ago di calibro maggiore da 16 o 18 G attraverso il quale s'introduce un filo guida e quindi sul filo guida s'inserisce un catetere di calibro maggiore. Questa tecnica dell'inserimento del catetere sul filo guida è chiamata tecnica di Seldinger. Sebbene il posizionamento di un catetere endovascolare sia eseguito frequentemente ed è insegnato nella fase di formazione del medico, si accompagna a un certo numero di complicanze. Riguardo alla sede e alle caratteristiche dei pazienti, la tecnica dei punti di reperi nell'incannulamento vascolare ha una frequenza di successo variabile dal 60% al 95%. Uno studio del 2003 che si riferisce a > 5 milioni d'incannulamenti di vasi venosi centrali (giugulare, succlavia, femorale) eseguiti solo negli Stati Uniti ha presentato una frequenza di complicanze dal 5% al 19%. Queste complicanze sono più frequenti con operatori meno esperti, con condizioni anatomiche più difficili (obesità, cachessia, vasi tortuosi, fuori posto o trombizzati), anomalie congenite come la persistenza di una vena cava superiore sinistra) condizioni di esecuzione difficili (ventilazione meccanica, emergenza) e la presenza di comorbidità (coagulopatie, enfisema). Le lesioni meccaniche nell'incannulamento di un vaso venoso centrale comprendono la puntura arteriosa, l'ematoma, l'emotorace, il pneumotorace, la fistola artero-venosa, l'embolismo gassoso, i danni nervosi, le lesioni del dotto toracico (solo sul lato sinistro), la dissezione intralaminare e la puntura dell'aorta.

Le complicanze più frequenti dell'incannulamento della vena giugulare interna (GI) sono la puntura arteriosa e l'ematoma. La complicanza più frequente dell'incannulamento della vena succlavia (SC) è il pneumotorace.

L'incidenza di complicanze meccaniche aumenta di più di 6 volte quando uno stesso operatore esegue più di 3 tentativi. L'uso delle immagini ecografiche prima e durante l'incannulamento vascolare aiuta molto il successo al primo passaggio e riduce le complicanze.

Principi degli ultrasuoni per l'incannulamento vascolare eco-guidato

Il tipo di ultrasuoni utilizzati per evidenziare le strutture vascolari e l'anatomia circostante comprende gli ultrasuoni bi-dimensionali, il color Doppler del flusso e l'interrogazione spettrale Doppler. L'operatore deve conoscere l'orientamento della sonda, le immagini evidenziate, la fisica degli ultrasuoni e il meccanismo della produzione delle immagini e degli artefatti ed essere capace di interpretare le immagini bidimensionali, dei lumi vascolari interessati e delle strutture circostanti. La tecnica peraltro richiede l'acquisizione di un coordinamento occhio-mano necessario per dirigere la sonda e manipolare l'ago seguendo le immagini evidenziate. L'uso supplementare del flusso color Doppler per conferma della presenza

e della direzione del flusso richiede la conoscenza dei meccanismi e le limitazioni dell'analisi e delle immagini del flusso color Doppler. Quest'abilità si deve accompagnare alla destrezza manuale dell'operatività tridimensionale di introdurre un catetere nel vaso di destinazione utilizzando e interpretando un'immagine bidimensionale. Le immagini bidimensionali di solito evidenziano sia l'asse corto (AC) sia quello lungo (AL) del vaso scelto, ciascuno con vantaggi e svantaggi riguardanti il corretto orientamento dell'angolo di entrata e la profondità dell'ago d'incannulamento.

Gli ultrasuoni tridimensionali possono superare le limitazioni spaziali delle immagini bidimensionali fornendo contemporaneamente in tempo reale la visione dell'asse corto e lungo con la prospettiva di volume senza modificare la posizione del trasduttore permettendo una visione simultanea dell'anatomia del collo in tre piani ortogonali. Una conoscenza dettagliata dell'anatomia vascolare della regione d'interesse è fondamentale per raggiungere il successo, per evitare complicanze, per evitare l'incannulamento di vasi sbagliati. Le sonde a ultrasuoni usate per l'accesso vascolare sono di diverse dimensioni e forme. Le sonde con base piccola sono preferibili in età pediatrica. Sono da preferire le sonde a frequenza più alta (> 5 MHz) poiché offrono una risoluzione migliore delle strutture superficiali presenti in prossimità della superficie cutanea. La ridotta penetrazione delle sonde ad alta frequenza non rappresenta un ostacolo poiché la maggior parte delle strutture vascolari interessate all'incannulamento si trova a una profondità di 8-10 cm dalla superficie cutanea.

È importante apprezzare come l'orientamento delle sonde si correla alle immagini evidenziate. La convenzione stabilita dalla società americana di ecocardiografia per la rilevazione d'immagini transtoraciche del cuore e più recentemente delle immagini epicardiche, stabilisce che l'indicatore della sonda e il lato destro del monitor devono essere orientati verso il lato sinistro del paziente o verso la testa.

In questo modo le immagini proiettate si correlano bene con quelle visualizzate dall'ecografo poste sul lato sinistro del paziente e guardano la spalla destra del paziente. Al contrario la posizione dell'operatore varia durante l'accesso vascolare ecoguidato, in accordo con il vaso scelto. Per esempio l'operatore tipicamente si pone sopra la testa del paziente e guarda verso il basso durante l'incannulamento della vena GI. Il lato sinistro del monitor evidenzia le strutture verso il lato sinistro del paziente (figura 1). Al contrario durante l'incannulamento della vena femorale (FE), l'operatore tipicamente si pone in basso e guarda verso l'alto per cui il lato sinistro del monitor evidenzia le strutture del lato destro del paziente. Per l'incannulamento della vena succlavia il lato sinistro e destro del monitor evidenziano le strutture cefaliche e caudali in relazione alla lateralità (destra o sinistra). Le modificazioni dell'orientamento delle immagini dalle tipiche immagini transtoraciche, epicardiche o trans-esofagee costituiscono una distinzione importante. Per l'incannulamento ecoguidato dei vasi la sonda e l'immagine del monitor sono orientati per evidenziare la migliore immagine della sezione trasversa che possa essere rilevata. Pertanto il monitor sinistro e destro possono non seguire le convenzioni standard ma variare piuttosto con la sede e con l'orientamento nell'inserimento dell'ago. La cosa comune per tutti i siti di accesso vascolare è che l'operatore orienta la sonda in modo che le strutture che si evidenziano sotto il lato sinistro della sonda compaiono sul lato sinistro dell'immagine del monitor. Sebbene le sonde di solito presentano un indicatore che evidenzia un particolare lato del trasduttore, l'operatore deve verificare quale immagine dello schermo corrisponde all'indicatore sulla sonda. Questi indicatori possono

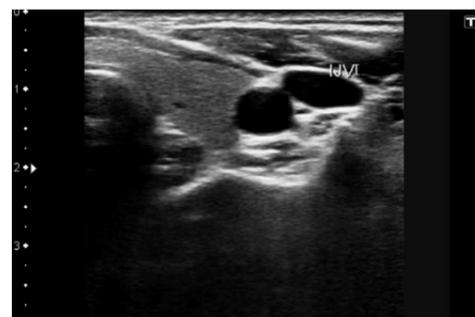


Fig. 1. Incannulamento della vena GI di destra. La sonda a ultrasuoni è posta in modo che ogni lato dello schermo visualizza strutture omolaterali.

Linee guida per l'incannulamento

(Raccomandazioni delle Società Americane di Ecocardiografia e di Anestesia Card)

non essere evidenti, per cui una pratica consigliata è di muovere la sonda in una direzione o nell'altra mentre si osserva lo schermo e si applica una leggera pressione sulla superficie esterna della cute su un lato del trasduttore in modo da dimostrare il corretto allineamento dell'orientamento destro-sinistro della sonda con l'immagine evidenziata. Infine la sonda usata dipende dalla sua disponibilità, dall'esperienza dell'operatore, dalla facilità d'uso e dalle caratteristiche del paziente (ad esempio pazienti più piccoli sono avvantaggiati da sonde più piccole). Alcune sonde consentono l'uso di una guida dell'ago, che dirige l'ago nel piano dell'immagine e a una profondità stabilita come evidenziato dal monitor (figura 2). Non tutte le sonde per ultrasuoni hanno una guida dell'ago; anche se la guida dell'ago può essere un presidio utile nei principianti che non hanno ancora sviluppato l'abilità manuale con l'immagine bidimensionale evidenziata sullo schermo per eseguire una manovra tridimensionale. Uno studio che ha valutato l'incannulamento della GI ecoguidato con o senza una guida dell'ago ha evidenziato che il suo uso migliora molto il successo dell'incannulamento dopo la prima o la seconda introduzione dell'ago.

Il successo dell'incannulamento è stato del 100% dopo sette introduzioni dell'ago, indipendentemente dalla tecnica. In modo particolare la guida dell'ago migliora il successo alla prima introduzione dell'ago soprattutto tra gli operatori più giovani, mentre la frequenza della puntura arteriosa è stata del 4,2% indipendentemente dalla tecnica e dall'operatore.

Una limitazione della guida dell'ago è che la traiettoria dell'ago è limitata all'orientamento ortogonale del piano dell'asse corto dell'immagine. Anche se utile nel limitare la deviazione laterale del percorso dell'ago, talvolta l'angolazione obliqua del percorso dell'ago può facilitare l'incannulamento del vaso scelto. Inoltre il costo della guida dell'ago può essere rilevante. A secondo del produttore essi possono costare pochi come anche molti dollari, fino a più di 100. È anche importante sapere che, se l'ago guida facilita l'incannulamento nei principianti, esso non offre alcuna protezione dalla puntura arteriosa. Tuttavia uno studio di simulazione in vitro ha smentito questi risultati in vivo.

La puntura di un'arteria durante il tentativo d'incannulamento di un vaso ecoguidato in genere si ha per un disallineamento tra l'ago e l'immagine sullo schermo. Si può avere anche la puntura di un'arteria posta dietro la vena per una puntura trans-parietale della vena.

La prima condizione dipende da un'errata direzione dell'ago mentre la seconda per un mancato controllo della profondità dell'ago. Il controllo della profondità dell'ago è un elemento importante da considerare poiché l'anatomia può essere diversa se l'ago è avanzato a una profondità maggiore della sede del vaso.

La guida dell'ago compensa le limitazioni dell'uso degli ultrasuoni a 2 dimensioni per eseguire la manovra a tre dimensioni dell'accesso vascolare. L'operatore più esperto con una migliore comprensione di questi principi e una migliore abilità manuale può ritenere l'ago guida ingombrante scegliendo la manovrabilità di una tecnica a mano libera. Le strutture vascolari possono essere evidenziate secondo l'asse corto o l'asse lungo o con un orientamento obliquo. Il vantaggio dell'immagine sull'asse corto è una migliore visualizzazione delle strutture circostanti e la loro posizione rispetto all'ago.

Di solito c'è un'arteria in stretta vicinanza anatomica della maggior parte delle vene centrali. L'identificazione di entrambe le strutture è indispensabile per evitare un involontario incannulamento dell'arteria.

Inoltre può essere più facile indirizzare l'ago per l'incannulamento verso il vaso scelto e anche delle strutture circostanti quando sono evidenziate dalle immagini.

Il vantaggio dell'immagine sull'asse lungo offre una migliore visualizzazione dell'ago lungo il suo decorso e della profondità d'inserimento in quanto durante l'avanzamento si vede sulle immagini a ultrasuoni un maggiore tratto di ago e la punta, evitando così l'inserimento dell'ago fuori dal vaso scelto.

Uno studio osservazionale prospettico randomizzato in un servizio di emergenza medica ha valutato quale tra l'approccio con l'immagine dei vasi dell'asse corto o dell'asse lungo permettesse un più rapido accesso vascolare tra gli operatori principianti. L'approccio dell'immagine lungo l'asse corto ha determinato un accesso vascolare più rapido rispetto a quello con immagini dell'asse lungo del vaso, e l'operatore principiante percepisce come più facile la proiezione del vaso lungo l'asse corto. La capacità di coordinamento mani-occhi dell'operatore nell'allineare la sonda degli ultrasuoni e l'ago è la variabile più importante che influenza la visibilità dell'ago e del vaso scelto. Le immagini lungo l'asse corto permettono di vedere contemporaneamente la punta dell'ago e le strutture circostanti, ma non il percorso intero dell'ago o la profondità d'inserimento. Sebbene i principianti possano ritenere che l'approccio all'incannulamento vascolare con guida ultrasonica sia più facile da realizzare usando le immagini lungo l'asse corto del vaso, si dovrebbe proporre l'apprendimento dell'uso delle immagini con l'asse lungo, giacché consentono la visualizzazione di tutto l'ago e la profondità d'inserimento. L'asse obliquo è un'altra possibilità che permette una migliore visualizzazione dell'ago e offre la sicurezza delle immagini delle strutture sottostanti contemporaneamente, mettendo insieme i vantaggi delle proiezioni sull'asse corto e su quello lungo.

Immagini in tempo reale rispetto alle immagini statiche

La guida con ultrasuoni per l'accesso vascolare è molto efficace se usata in tempo reale (durante l'avanzamento dell'ago) con una tecnica sterile che comprende gel sterile, rivestimento sterile della sonda. Si osserva l'ago nelle immagini presenti e contemporaneamente si avanza l'ago verso il vaso scelto lontano dalle strutture circostanti e a una corretta profondità.

Con le immagini ultrasoniche statiche si usano le immagini degli ultrasuoni per trovare il punto d'inserimento dell'ago sulla cute dei vasi sottostanti; offre il vantaggio di immagini ottenute su un campo non sterile evitando la necessità di un rivestimento della sonda sterile gel per ultrasuoni sterile e ago guida. Se gli ultrasuoni sono usati per segnare la cute per il successivo incannulamento senza un uso in tempo reale, (dinamico), gli ultrasuoni sono una tecnica di localizzazione del vaso per migliorare i reperi esterni piuttosto che una tecnica che guida l'ago nel vaso. Sia la tecnica statica che quella in tempo reale sono superiori alla tecnica dei reperi tradizionale. Sebbene la guida in tempo reale sia migliore della tecnica a ultrasuoni statica con reperi cutanei, la frequenza delle complicanze è simile.

La puntura delle vene con ultrasuoni in tempo reale è più rapida e ha richiesto un minor numero d'introduzioni dell'ago tra i neonati e i bambini randomizzati per un cateterismo della vena giugulare interna assistita con ultrasuoni con la tecnica in tempo reale rispetto alla tecnica statica. Meno di tre tentativi sono stati eseguiti nel 100% del gruppo di pazienti in tempo reale, rispetto al 74% dei pazienti nel gruppo con tecnica statica. In quest'ultimo gruppo di pazienti si è avuto un ematoma e una puntura arteriosa. Di

ne Utili

a cura di Cosimo Sibilla

amento vascolare eco-guidato

(vivascolare)

PARTE PRIMA

solito un solo operatore può eseguire l'incannulamento con ultrasuoni in tempo reale.

La mano non dominante tiene la sonda a ultrasuoni, mentre la mano dominante controlla l'ago.

Il successo dell'incannulamento del vaso è confermato dalla visione diretta dell'ago che entra nel vaso e dal sangue che entra nella siringa durante l'aspirazione. Si appoggia la sonda fuori dal campo sterile, si stacca la siringa, e s'inserisce il filo guida attraverso l'ago. Un'ulteriore conferma del successo dell'incannulamento del vaso è data dalla visione diretta del filo guida nel vaso. In caso di difficoltà di cateterizzazione si può avere l'aiuto di un secondo operatore, che con guanti sterili assiste il primo operatore per tenere il trasduttore e passare il filo guida.

Identificazione del vaso

Si possono usare le caratteristiche anatomiche e morfologiche per distinguere un'arteria da una vena con gli ultrasuoni bidimensionali. Per esempio, la vena giugulare interna (GI) ha una forma ellittica ed è più larga e più collassabile con una modesta pressione esterna rispetto alla carotide (CA), che ha una forma rotonda, parete più spessa e un diametro minore (figura 2). Il diametro della vena giugulare interna varia con la posizione e con lo stato d'idratazione del paziente. Il paziente deve essere messo in posizione di Trendelenburg per aumentare il diametro della vena giugulare interna, e ridurre il rischio di embolia gassosa quando s'incannula la vena succlavia, salvo che questa manovra non sia controindicata.

Una manovra di Valsalva può ulteriormente aumentare il loro diametro e questo è particolarmente utile nei soggetti ipovolemici. Se disponibile il color Doppler può permettere di distinguere se il vaso è un'arteria o una vena. Il flusso color Doppler evidenzia un flusso ematico pulsante nelle arterie in tutte le proiezioni. È necessaria una scala di Nyquist più bassa per evidenziare una minore velocità del flusso venoso. A questo settaggio ridotto, il flusso del sangue venoso presenta un colore uniforme e si presenta durante la sistole e la diastole con un flusso laminare mentre il flusso arterioso può essere evidenziato solo durante la sistole nei pazienti con flusso arterioso unidirezionale (assenza di rigurgito aortico). L'errata identificazione del vaso con gli ultrasuoni è la causa più frequente di un'errata in-

cannulazione arteriosa. La conoscenza della posizione anatomica relativa dell'arteria e della vena è indispensabile.

Le immagini ultrasoniche delle arterie e delle vene hanno caratteristiche diverse. Le vene hanno pareti sottili e comprimibili e possono presentare modificazioni con il ritmo respiratorio. Al contrario le arterie hanno pareti spesse, non facilmente comprimibili con una pressione esterna della sonda e sono pulsati in condizioni cardiache fisiologiche. Ovviamente la pulsatilità arteriosa non può essere usata per identificare un'arteria durante condizioni cliniche come bypass cardiopolmonare, assistenza circolatoria ventricolare non pulsatile, e arresto cardiaco e circolatorio.

Incannulamento della vena giugulare interna (GI)

Considerazioni anatomiche

La vena GI classicamente fuoriesce dal forame giugulare esterno nella base cranica posteriormente alla carotide interna, decorre in posizione anterolaterale rispetto alla carotide scendendo verso il basso. Denys e Uretsky hanno osservato che la GI è posta antero-lateralmente alla carotide nel 92% dei casi; a una distanza > 1 cm lateralmente alla carotide nell'1% dei casi, medialmente alla carotide nel 2% dei casi, e fuori dal percorso previsto dai punti di reperi nel 5,5% dei pazienti. L'anatomia della GI è sufficientemente diversa tra i diversi pazienti da complicare l'accesso vascolare della tecnica alla cieca con punti di reperi. Pertanto è almeno un chiaro e intuitivo vantaggio usare immagini statiche di ultrasuoni per segnare la cute e per individuare i pazienti in cui la tecnica dei punti di reperi non assicura il successo.

Tecnica d'incannulamento

L'approccio tradizionale d'incannulamento della GI prevede l'uso di strutture anatomiche esterne per localizzare la vena. Un approccio frequente individua un triangolo sotteso dai due capi del muscolo sternocleidomastoideo e la clavicola. Un ago introdotto all'apice di questo triangolo e diretto verso il capezzolo omolaterale dovrebbe incontrare la GI a 1, 1,5 cm sotto la superficie cutanea. L'uso di punti di reperi esterni per l'accesso al sistema venoso centrale è ritenuto una tecnica sicura in mani esperte.

Una frequenza di fallimento del 7-19,5% è in parte dovuta all'incapacità dei reperi esterni di correlarsi con la localizzazione del vaso.

Inoltre, quando i tentativi iniziali sulla guida dei reperi cutanei sono stati inefficaci, il successo dell'incannulamento si riduce a < 25% nei tentativi successivi. Inoltre esiste una forte correlazione diretta tra il numero di tentativi e l'incidenza di complicanze, aumento dell'ansietà del paziente e disagio, e potenzialmente un ritardo nell'infusione dei liquidi, dei farmaci e del monitoraggio. Tutto questo è importante nella qualità dell'assistenza quando si sceglie la tecnica migliore per l'accesso venoso centrale. Numerosi studi hanno rilevato un netto vantaggio nell'incannulamento della GI con la tecnica eco-guidata rispetto a quella dei reperi cutanei. Troianos ha dimostrato che la frequenza del successo nell'incannulamento venoso centrale può migliorare dal 96% al 100% con l'uso degli ultrasuoni.

Questo può non sembrare importante se non si tiene conto del miglioramento del successo al primo tentativo (dal 54% al 73%), della riduzione del numero d'inserimenti dell'ago (da 2,8 a 1,4 volte), della riduzione del tempo d'incannulamento (da 117 a 61 secondi) e una minore incidenza di punture arteriose (dall'8,43% all'1,39%). Molti studi con gli ultrasuoni hanno chiarito la relazione anatomica tra la GI e la CA, soprattutto in termini di sovrapposizione di vasi. Sulek prospetticamente esamina l'effetto della posizione della testa sulla posizione relativa della CA e della GI. La percentuale di sovrapposizioni tra CA e GI aumenta se la testa è ruotata controlateralmente dalla posizione neutra di 40-80 gradi. Troianos ha evidenziato che si sono avute più del 77% di sovrapposizioni nel 54% dei pazienti in cui la testa era stata ruotata controlateralmente. Inoltre 2/3 dei pazienti più anziani presentavano un'incidenza di sovrapposizione > 75% tra la GI e la CA. L'età è stato il solo fattore demografico che si accompagna alla sovrapposizione dei vasi. Il problema è che la sovrapposizione dei vasi si accompagna alla possibilità di una puntura della carotide attraverso una puntura transparietale della vena.

La puntura accidentale della parete posteriore della vena si può avere nonostante l'uso d'immagini ultrasoniche quando si utilizza come guida la visione dell'asse corto del vaso. Infatti, la parete anteriore della vena è compressa dall'avvicinarsi dell'ago alla vena. L'effetto compressivo termina quando l'ago entra nella vena e il vaso assume il diametro normale. Una bassa pressione della GI può comprimerla parzialmente o completamente durante l'avanzamento dell'ago, causando la puntura della parete anteriore e posteriore della vena senza aspirazione di sangue nella siringa. La sovrapposizione della GI e della CA aumenta la possibilità di un'involontaria puntura dell'arteria, così il margine di sicurezza diminuisce.

Molti autori hanno descritto il margine di sicurezza come la distanza tra il punto medio della GI e il bordo laterale della CA. Il margine di sicurezza si riduce e la percentuale di sovrapposizione aumenta dal 29% al 42% al 90% se la testa è ruotata dal lato opposto da 0 (posizione neutra) a 45 a 90 gradi rispettivamente. La sovrapposizione dei vasi con la rotazione della testa aumenta con l'aumento della superficie corporea (>1,87 m²) e con l'indice di massa corporea (>25 Kg/m²). Gli ultrasuoni possono essere usati per modificare l'angolo d'inserimento dell'ago ed evitare la puntura della CA dirigendo l'ago che avanza lontano dalla CA. Anomalie vascolari e variazioni anatomiche sono presenti nel 36% dei pazienti. Gli ultrasuoni identificano le dimensioni e la posizione della vena, le anomalie, la pervietà del vaso, evitando pertanto tentativi inutili nei pazienti con vene mancanti o trombizzate o con anomalie congenite come la persistenza della vena cava superiore sinistra.

Denys ha osservato nel 3% dei pazienti una GI piccola e fissa. Un diametro della vena agli ultrasuoni < 7 mm (area della sezione trasversa < 0,4 cm²) determina un basso successo all'incannulamento, orientando l'operatore a cateterizzare un altro vaso, riducendo il tempo d'incannulamento e il disagio per il paziente. Gli ultrasuoni peraltro evidenziano le differenze nella pervietà e nel calibro tra la giugulare interna destra e sinistra (la GI destra di solito è di calibro maggiore della GI sinistra). Le manovre che aumentano le dimensioni della GI e pertanto potenzialmente migliorano il successo dell'incannulamento comprendono la manovra di Valsalva e il Trendelenburg.

Complicanze

Molti fattori contribuiscono alla frequenza del successo, ai rischi e alle complicanze associate all'incannulamento di un vaso venoso centrale, comprese le caratteristiche del paziente, le comorbilità, e il sito di accesso.

Sebbene la tecnica dei reperi si accompagni al rischio di puntura arteriosa del 6,3% fino al 9,4% per la GI, del 3,1% al 4,9% per la SC e del 9% al 15% per la FE, Ruesch ha trovato una maggiore incidenza di punture arteriose durante il tentativo d'incannulare la GI rispetto all'accesso della SC.

I pazienti obesi che presentano spesso un collo corto e grosso e altri con reperi esterni non individuabili si avvantaggiano molto dalla guida con ultrasuoni con una riduzione delle punture arteriose, di ematomi e di pneumotorace. Riconoscere ed evitare il tessuto pleurico con le immagini a ultrasuoni in tempo reale, può in teoria ridurre il rischio di pneumotorace, per approcci che richiedono un punto di entrata dell'ago più vicino alla clavicola. Condizioni ad alto rischio sono rappresentate da alterazioni della coagulazione, mancata collaborazione dei pazienti, pazienti gravi che possono essere ipovolemici, e pazienti nei quali in precedenza sono stati inseriti diversi cateteri centrali.

Oguzkurt prospetticamente rivaluta l'inserimento di 220 cateteri temporanei in GI per la dialisi, posizionati su guida ecografica da radiologi interventisti in 171 pazienti ad alto rischio (27,7% con tendenza al sanguinamento, 10% non collaboranti, 2% obesi, 37% con precedenti cateterismi, 21,3% con procedure eseguite a letto in quanto le condizioni dei pazienti non permettevano il loro trasporto in radiologia). La percentuale di successo è stata del 100%, con solo 7 complicanze tra le 171 procedure.

La frequenza della puntura della carotide è stata dell'1,8%, mentre la trasudazione attorno al catetere e la puntura pleurica senza pneumotorace sono state dell'1,4%.

In sintesi le immagini a ultrasuoni della GI e delle strutture circostanti durante l'incannulamento venoso centrale facilitano l'identificazione della vena e migliorano l'incannulamento alla prima puntura oltre a ridurre l'incidenza del danno alle strutture arteriose circostanti.

Raccomandazioni per l'incannulamento della vena GI

Si raccomanda che medici adeguatamente preparati utilizzino gli ultrasuoni in tempo reale durante l'incannulamento della GI, ogni volta che è possibile, per migliorare il successo all'incannulamento, e ridurre l'incidenza di complicanze che si accompagna all'inserimento di un catetere di grosso calibro.

L'uso di ultrasuoni statici (quindi non usati in tempo reale) è utile per identificare l'anatomia del vaso segnando sulla cute il punto ottimale di entrata dell'ago e per identificare i vasi trombotici ed è migliore della tecnica dei reperi cutanei.

Incannulamento della vena succlavia (SC)

Considerazioni anatomiche

I reperi per l'incannulamento della SC utilizzano un punto sul bordo inferiore della clavicola compreso tra il terzo medio e il terzo mediale della clavicola; l'ago s'inserisce 1 cm inferiormente al reperi. Il grado di spostamento laterale del punto di entrata si basa sull'anamnesi dei pazienti e su considerazioni anatomiche.

Tecnica d'incannulamento

L'esecuzione dell'incannulamento della vena SC sulla guida dei reperi cutanei è considerata da molti medici il modo più semplice di un accesso venoso centrale. Diversi milioni di cateteri venosi centrali sono inseriti nella vena succlavia ogni anno. I vantaggi di usare la vena SC per l'accesso venoso centrale sono dati dai punti di reperi cutanei precisi e la localizzazione della vena, lo scarso disagio per il paziente e la bassa incidenza d'infezioni.

Contrariamente al tentativo d'incannulamento della vena GI in cui un danno involontario della carotide interna vicina può compromettere la circolazione cerebrale, un involontario danno dell'arteria succlavia durante l'incannulamento della vena SC determina sequele meno gravi.

L'esperienza del medico e l'assenza di disagio per la procedura del paziente sono i principali elementi che condizionano il successo del cateterismo della SC e non ci sono altri elementi relativi al paziente che aumentano l'incidenza di complicanze. La vena SC si può incannulare per via so-

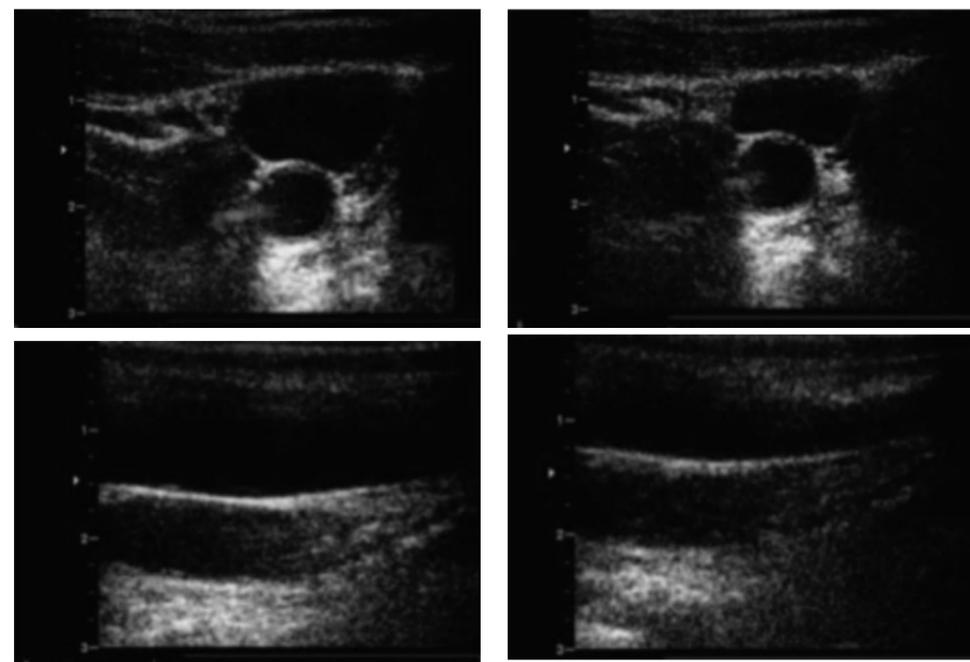


Fig. 2. Riconoscimento dei vasi. In alto vista sull'asse corto della vena GI: a sx non compressa; a dx compressa. In basso vista sull'asse lungo della vena GI: a sx non compressa a dx compressa.

praclaveare e infraclaveare. *L'approccio infraclaveare è il più frequente.*

L'approccio sopraclaveare (con o senza ultrasuoni) è stato precocemente abbandonato per l'alta incidenza di pneumotorace.

L'esperienza dell'anestesia regionale ecoguidata per il blocco dell'arto superiore ha migliorato la capacità d'identificare i vasi e i nervi sopraclaveari; i medici hanno una maggiore familiarità con le immagini dell'approccio sopraclaveare della vena SC usando gli ultrasuoni.

Tau ha studiato le sezioni anatomiche della clavicola e della vena SC e ha stabilito che analizzando sezioni anatomiche della clavicola e della vena SC in posizione supina, con le spalle in posizione neutra o una leggera retrazione della spalla è stata il modo più efficace per allineare la vena per la tecnica basata sui punti di repere. *Sebbene molti medici pongano il paziente in Trendelenburg per distendere la circolazione venosa centrale, la vena succlavia si distende meno della vena GI poiché la vena SC è fissata nei tessuti circostanti, per cui le modificazioni relative di calibro non sono come quelle che interessano la vena GI.*

Pertanto la ragione più importante per la posizione di Trendelenburg è di ridurre il rischio di embolia gassosa nei pazienti che respirano spontaneamente.

L'incannulamento vascolare con la guida degli ultrasuoni può portare gli operatori non esperti a usare un angolo d'introduzione dell'ago che comporta un aumentato rischio di complicanze. È importante che l'approccio tradizionale e le tecniche utilizzate non siano abbandonati con l'uso degli ultrasuoni, soprattutto durante l'incannulamento della vena SC in cui un angolo d'entrata più grande può comportare la puntura pleurica.

L'ago è diretto verso l'incisura giugulare dello sterno sul piano coronale. Il bisello dell'ago deve essere diretto anteriormente durante l'inserzione esercitando una leggera aspirazione con una siringa; l'ago entra nella cute con un angolo molto basso (quasi parallelo) alla parete toracica. Un angolo maggiore o più ampio aumenta la possibilità di pneumotorace.

Il bisello dell'ago deve essere rivolto caudalmente durante la puntura per dirigere il filo guida in basso verso l'atrio. Ci deve essere uno stretto controllo dell'ECG per le extrasistoli che possono comparire quando il filo guida avanza nell'atrio destro o nel ventricolo destro. La radiografia del torace è indispensabile non solo per vedere la corretta posizione del catetere ma anche per escludere un eventuale pneumotorace.

L'incannulamento della vena SC ecoguidato richiede la stessa preparazione della tecnica dei reperi cutanei, rispetto alla posizione, la preparazione della cute e il kit di accesso vascolare. Si raccomanda l'uso di una sonda del trasduttore con una base piccola per l'accesso ecoguidato della vena SC in quanto le sonde più larghe rendono più difficile evidenziare la vena. Generalmente è più difficile collocare una base di una sonda più grande tra la clavicola e la costa per ottenere un'adeguata immagine della vena SC. Nonostante la perdita di risoluzione che inevitabilmente avviene nel campo lontano con i trasduttori più piccoli, questi possono offrire una migliore manovrabilità sotto la clavicola. Analogamente alla tecnica dei reperi cutanei, il terzo medio della clavicola è scelto come punto usato per le immagini degli ultrasuoni e per l'inserimento dell'ago.

Il trasduttore è orientato per evidenziare l'immagine della vena sull'asse trasverso con un piano coronale delle immagini.

La vena appare come una struttura ecolucente, sotto la clavicola. È importante distinguere tra la pulsilità della vena dovuta alle variazioni respiratorie e la pulsilità dell'arteria. La conferma della circolazione venosa può essere facilitata con l'iniezione in una vena del braccio dello stesso lato di un bolo di soluzione salina agitata, "eco contrasto", con l'evidenziazione delle microbolle nella succlavia.

La conferma peraltro può essere ottenuta con la rilevazione del flusso all'eco-color Doppler. Quando si mette il marker del trasduttore rivolto alla spalla sinistra (durante l'incannulamento della vena SC destra) il flusso arterioso è quello che si allontana dal trasduttore, mentre il flusso venoso è quello che va verso il trasduttore.

È importante assicurarsi della corretta posizione del trasduttore prima dell'uso del flusso color Doppler per l'identificazione dell'arteria e della vena. È necessaria una forte pressione della cute per ottenere uno schiacciamento del piano dell'immagine. Uno studio prospettico randomizzato sull'incannulazione della vena succlavia è favorevole all'approccio con guida degli ultrasuoni al posto di quello su guida dei punti di repere, con una frequenza di successo più alta (92% rispetto a 44%), minor numero di complicanze (1 rispetto a 11) e minori tentativi di puntura (1,4 rispetto a 2,5) e l'uso di un minor numero di kit per l'incannulamento della vena SC. Uno studio più recente di 1250 tentativi di incannulare un vaso venoso centrale comprende 354 tentativi della SC. *La frequenza del successo con la guida degli ultrasuoni durante l'inserimento di un catetere venoso centrale supporta l'impressione di molti clinici che il vantaggio apportato dall'uso degli ultrasuoni durante l'incannulamento della vena SC è inferiore a quello che si ha durante l'incannulamento della vena GI. Anche se l'uso degli ultrasuoni per l'incannulamento della vena SC era raro sia come prima scelta sia come supporto successivo, la frequenza del successo era alta anche quando la tecnica dei reperi di superficie non aveva avuto successo.*

Complicanze

La frequenza di complicanze nell'incannulamento della vena SC con la tecnica dei reperi cutanei va dallo 0,3% al 12% compreso il pneumotorace, l'ematoma, la puntura arteriosa, l'emotorace, l'embolia gassosa, le aritmie, la puntura atriale con il filo guida, perdita del filo guida, anafilassi in pazienti allergici agli antibiotici con l'inserimento di un catetere impregnato di antibiotici, malposizione del catetere, catetere nel vaso sbagliato e lacerazione del dotto toracico (solo dal lato sinistro).

Kilbourne ha segnalato che gli errori più frequenti dei medici residenti durante i tentativi falliti di posizionamento del catetere nella vena SC sono stati: l'errata identificazione dei punti di repere, l'errata posizione d'inserimento, l'avanzamento dell'ago attraverso il periostio, l'angolo dell'ago superficiale o rivolto verso l'alto, la perdita della posizione endovenosa dell'ago nel tentativo di inserire il filo guida.

I fattori associati con il fallimento dell'incannulamento erano rappresentati da un precedente intervento chirurgico maggiore, terapia radiante, precedente cateterizzazione, precedenti tentativi di cateterizzazione, elevato indice di massa corporea, numero d'inserimenti dell'ago maggiori di 2, un solo anno di pratica dopo la specializzazione, modificazioni dell'anatomia classica, e precedente frattura della prima costa o della clavicola. Se è stato fatto un solo tentativo d'inserimento dell'ago, la frequenza dell'insuccesso d'inserimenti successivi è di 1,6%, rispetto al 10,2% per 2 tentativi al 43,2% per tre o più tentativi.

Nell'8,7% dei pazienti in cui il tentativo iniziale di cateterizzazione era fallito, il tentativo successivo da parte di un secondo medico ha avuto un successo del 92% con una frequenza di complicanze dell'8,7%. Una frequenza di successo simile è stata osservata in uno studio di pazienti sottoposti a incannulamento della vena SC con o senza guida con ultrasuoni. Il gruppo con ultrasuoni ha evidenziato un minor numero di tentativi, una migliore accettazione del paziente, e un'incidenza di pneumotorace pari a zero, mentre l'incidenza di pneumotorace nel gruppo con reperi cutanei è stata del 4,8%. Il riconoscimento dei fattori di rischio durante l'incannulamento può ridurre la frequenza di complicanze modificando la modalità d'esecuzione, comprendendo la guida ecografica. Inoltre nei pazienti con BMI >30 Kg/m² o < 20 Kg/m², con precedenti cateterizzazioni, chirurgia, o radioterapia nel punto di accesso venoso, il cateterismo venoso deve essere eseguito da medici esperti piuttosto che da medici in addestramento. I pazienti obesi con collo corto e grosso e altri nei quali i punti di repere esterni non sono evidenziabili, potrebbero trarre un particolare vantaggio dalla guida con ultrasuoni, con una riduzione delle punture arteriose, formazione di ematomi, e pneumotorace.

Mansfield ha rilevato che un BMI > 30 Kg/m² determina una frequenza d'insuccesso all'in-

cannulamento del 20,1% nel tentativo d'incannulamento della vena SC.

Hind in una metanalisi rileva che la tecnica dei reperi cutanei presenta una maggiore incidenza di rischio di fallimento e un maggiore tempo medio d'incannulamento della vena SC. Se gli operatori acquisiscono una maggiore esperienza con l'uso degli ultrasuoni come guida nelle cateterizzazioni e nelle indagini diagnostiche, è possibile che si abbia un aumento dei vantaggi con l'uso degli ultrasuoni nell'incannulamento della vena SC.

Una chiara evidenza supporta in letteratura l'uso di routine degli ultrasuoni per l'accesso alla vena GI, mentre i dati dell'incannulamento della vena SC evidenziano che problematiche di reperi anatomici e l'interferenza con la clavicola impediscono un uso routinario degli ultrasuoni per la tecnica in tempo reale.

Raccomandazioni per l'incannulamento della vena SC

La letteratura attuale non supporta l'uso routinario degli ultrasuoni per pazienti non complessi sottoposti a incannulamento della vena SC. Un singolo operatore non deve tentare l'incannulamento per più di 2 volte in quanto l'incidenza di complicanze, soprattutto pneumotorace, aumenta in modo importante nei tentativi successivi. I pazienti ad alto rischio possono avvantaggiarsi di una valutazione con ultrasuoni della vena SC prima del tentativo d'incannulamento per identificare la localizzazione del vaso, la sua capienza ed evidenziare la presenza di un trombo prima del tentativo d'incannulamento.

Incannulamento della vena femorale (FE)

Considerazioni anatomiche

I vasi femorali sono utilizzati soprattutto per l'accesso a interventi sul lato destro e sinistro del cuore.

Inoltre la vena femorale comune è utilizzata per l'accesso venoso centrale in condizioni d'emergenza per la sua sicura e accessibile posizione con reperi anatomici prevedibili (scorre nel triangolo femorale nella regione inguino-femorale). Una precisa comprensione dell'anatomia regionale è importante per eseguire l'incannulamento della vena femorale usando la tecnica dei reperi cutanei.

L'arteria femorale comune e la vena FE si trovano nel triangolo femorale nella regione inguino-femorale. Il margine superiore di questo triangolo è formato dal ligamento inguinale, il bordo mediale del muscolo adduttore lungo, e il bordo laterale del muscolo sartorio. *Un altro importante repere è la pulsazione dell'arteria femorale, in quanto la vena femorale comune si trova medialmente all'arteria femorale comune entro la guaina femorale.*

L'arteria femorale si trova nel punto di mezzo del ligamento inguinale che collega la spina iliaca antero-superiore al tubercolo pubico, con la vena FE comune che si trova medialmente all'arteria femorale.

Questo rapporto fianco a fianco tra l'arteria femorale comune e la vena FE si ha in prossimità del ligamento inguinale; si possono avere numerose sovrapposizioni dei vasi, soprattutto nei bambini.

Inoltre è importante comprendere che la relazione tra la piega inguinale e il ligamento inguinale varia molto per cui non sempre la piega inguinale è un utile repere superficiale.

La vena Fe presenta numerosi vantaggi sia per un accesso vascolare d'elezione sia nei pazienti critici.

L'accesso femorale è il più utilizzato per interventi sul cuore per il tempo relativamente breve e per le scarse complicanze.

Nel paziente critico la sede è relativamente libera da altri monitoraggi e presidi di accesso alle vie aeree permettendo il movimento delle braccia e del collo senza impedimenti sulla via d'accesso.

L'accesso femorale evita il rischio di emotorace e pneumotorace, particolarmente importante nei pazienti con gravi coagulopatie e gravi insufficienze respiratorie.

Inoltre permette il tentativo d'incannulamento senza interruzione delle manovre di rianimazione cardiopolmonare durante l'arresto cardiaco.

Tuttavia la via femorale si associa a un certo numero di complicanze come il sanguinamento, il danno vascolare, come lo pseudo aneurisma, la fistola artero-venosa e il sanguinamento retroperitoneale.

Tecnica d'incannulamento

Analogamente ad altri accessi venosi centrali, la tecnica di Seldinger modificata è il metodo più frequentemente usato per l'accesso alla vena FE. La procedura richiede la posizione del paziente con le anche in posizione neutra o con una leggera abduzione ed extrarotazione delle anche. L'abduzione e l'extrarotazione aumentano l'accessibilità alla vena FE comune dal 70% all'83% nell'adulto e aumentano il diametro del vaso nei bambini rispetto alla posizione neutra. *La posizione di anti-Trendelenburg aumenta l'area della sezione trasversa del vaso del 50%.*

I reperi cutanei sono identificati e la vena FE localizzata palpando il punto di massima pulsilità dell'arteria femorale, dirigendosi verso l'alto e medialmente con un angolo di 45 gradi dalla cute.

Alcuni medici utilizzano una puntura esplorativa con un ago di piccolo diametro (25 G) per iniziare a identificare la localizzazione della vena. S'inserisce quindi un ago di calibro maggiore (20 G o 22 G) adiacente all'ago precedente. La vena si trova normalmente 2-4 cm sotto la cute.

Complicanze

Esiste un certo numero di complicanze associate all'incannulamento della vena FE. *L'infezione resta uno dei problemi più comuni con il cateterismo femorale per la sua vicinanza con la regione perineale, ragione per la quale la sede non è raccomandata per un cateterismo prolungato.* Alcuni ricercatori che hanno dimostrato che l'incidenza delle infezioni da catetere con la vena femorale non è significativamente maggiore di quella delle vene sopraclaveari, contestano quest'affermazione. Il numero di tentativi per l'accesso aumenta il rischio d'infezione, ma sembra sia correlato soprattutto alla durata del cateterismo. Le complicanze dovute all'incannulamento della vena FE associate direttamente alla tecnica d'inserimento del catetere sono per la maggior parte dovute all'involuta puntura dell'arteria femorale.

Per la stretta vicinanza con l'arteria femorale comune, si può pungere l'arteria se l'ago è indirizzato troppo lateralmente. Si può manifestare un ematoma, un sanguinamento retroperitoneale, uno pseudo aneurisma, e una fistola artero-venosa.

Inoltre si può realizzare una trombosi nella vena FE o nella vena iliaca per la presenza del catetere o durante la compressione per la sua rimozione. Se l'ago è diretto troppo lateralmente il paziente può avvertire parestesie con il rischio di danni al nervo femorale. Altre rare ma gravi complicanze comprendono la perforazione intestinale e la puntura della vescica.

Le complicanze compaiono nonostante l'uso ottimale della tecnica dei reperi cutanei. Le immagini a ultrasuoni della sede femorale hanno dimostrato che i reperi anatomici superficiali sono poco utili nella proiezione dell'anatomia sottostante, mentre l'anatomia superficiale è più affidabile quando il punto d'incannulamento è più vicino al ligamento inguinale. L'incannulamento ecoguidato dell'arteria femorale e della vena femorale probabilmente presenta un basso numero di complicanze poiché l'anatomia è meglio definita.

Iwashima e Seto hanno dimostrato una minore incidenza di complicanze dovute all'involuta puntura dell'arteria femorale o della vena FE se si fa uso della guida ecografica durante l'incannulamento.

Raccomandazioni per l'incannulamento della vena FE

L'evidenza scientifica per l'uso della guida ecografica in tempo reale durante l'incannulamento della vena FE è insufficiente per supportare una raccomandazione nell'uso di routine. Inoltre le complicanze da incannulamento della vena Fe sono meno gravi di quelle che si hanno con l'incannulamento della vena SC e GI. È raccomandabile se possibile, l'uso degli ultrasuoni in tempo reale per valutare eventuali sovrapposizioni del vaso e la pervietà.

L'Ospedale non paga i danni da malasana

LE CASE DEI MEDICI A RISCHIO PIGNORAMENTO

In Italia sei strutture su dieci (tra ASL e Aziende Ospedaliere) sono senza assicurazione per colpa grave!

Scricchiola il sistema delle assicurazioni per le colpe mediche: la punta dell'iceberg di ciò che da mesi paventavano i camici bianchi, specie quelli alle prese con ospedali che smettono di assicurarsi per gli eccessivi costi delle polizze imposti dalle compagnie per il boom di denunce giudiziarie, comincia ad affiorare in quello che sta avvenendo presso il Tribunale di Milano in due sentenze milionarie di malasana. O, meglio, in ciò che non sta avvenendo: perché in entrambi i casi né gli ospedali né l'assicurazione stanno pagando i risarcimenti alle famiglie. E i medici iniziano a tremare: per incassare il dovuto, infatti, le parti civili potrebbero benissimo passare ad aggredire direttamente il patrimonio personale (cominciando a far pignorare la casa) dei medici

condannati in solido con i loro ospedali a risarcire i danni.

All'inizio di ottobre 2012 due neurologi e due infermieri del Niguarda di Milano sono stati condannati dalla V sezione del Tribunale a risarcire con una provvisionale di 1 milione la moglie di un norvegese al quale avrebbero non diagnosticato una specifica sindrome e sottovalutato i rischi di crisi respiratorie legate a quel tipo di malattia. A tutt'oggi l'ospedale non ha ancora messo mano a un quattrino, apparentemente per una diatriba con la compagnia sull'interpreta-



zione della tempistica e di alcune delle clausole standard che regolavano i contratti. Regolavano: perché dalla scorsa primavera il Niguarda - come

numerosi altri ospedali della Lombardia - ha scelto di non assicurarsi più. Facendo il bilancio tra i premi pagati alle assicurazioni (fino a 5 milioni l'anno per un ospedale sui mille posti letto) e i soldi che le compagnie hanno liquidato per i danni dei vari omicidi o lesioni colpose, i vertici aziendali hanno ritenuto economicamente più conveniente smettere di assicurarsi e accettare invece il rischio di dover far fronte di-

rettamente con i propri soldi agli eventuali indennizzi. Ma alla prima controprova, questa "botta" da 1 milione di euro, l'ospedale fa fatica ad aprire il portafoglio, forse anche perché sullo sfondo c'è magari la paura di dover poi rispondere anche del danno erariale.

Un secondo caso riguarda la famiglia di un 47enne diabetico, di cui al San Carlo non sarebbe stato ben compreso un primo malore seguito da frettolose dimissioni, non sta vedendo un euro del milione e 180 mila euro a cui avrebbe diritto perché l'ospedale sta chiedendo la sospensiva e sta appellando la sentenza su un sinistro che - come documentano atti ufficiali - "non risultava essere coperto da alcuna delle polizze stipulate per la copertura rischi".

Colleghi, non cascate nella trappola! Non abbiate esitazione. Attivate solo coperture assicurative per colpa di ogni entità.

ERRORI MEDICI

SOCIETÀ SCIENTIFICHE IN RIVOLTA "MEDICI SIANO TRATTATI COME I MAGISTRATI"

Decreto Balduzzi insufficiente, coperture assicurative impossibili, poca trasparenza sul "chi" è deputato a fare le linee guida. Non ha dubbi la Fism, che rappresenta 163 società medico scientifiche italiane, norme e ambiti della responsabilità professionale per i medici vanno rivisti e va ridata serenità al lavoro medico.

"È arrivato il momento di dire con chiarezza alla collettività - sottolineando in un documento la Fism - quali siano i rischi cui il nostro sistema sanitario va incontro se non si opera una brusca sterzata capace di rimettere sui binari un convoglio che appare disorganizzato, con poco carburante ma, soprattutto senza guida". E ancora: "È inutile parlare d'insostenibilità del sistema se non si affronta il problema della qualità accettabile e garantita delle prestazioni che il sistema stesso eroga e parlare di razionalizzazione delle risorse se il sistema non inizia a produrre protocolli operativi e a illustrare procedure per la cui applicazione è indispensabile definire esattamente quante e quali siano le carenze o le risorse disponibili al suo interno".

E proponendo che per i medici si usi la stessa logica che si usa per i magistrati che "sbagliano", la Fism si chiede: "Esiste una valida ragione per la quale il bene "giustizia" debba essere ritenuto più rilevante del bene "salute" oppure è indiscutibile che si debba garantire con le stesse regole anche chi ogni mattina va a lavorare in ospedale, con una struttura organizzativa spesso inadeguata che crea inefficienza, ponendo comunque la propria professionalità a disposizione di tutti e rischiando costantemente il proprio patrimonio personale?". La Fism ritorna così sul tema delle "responsabilità professionali degli esercenti le professioni sanitarie" e in particolare sulle linee guida e sulle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica internazionale di cui i giudici "dovrebbero tener conto nell'accertamento della colpa lieve nell'attività del medico". Una questione affrontata

dal decreto Balduzzi con un approccio che non ha convinto la Fism. "L'unico aspetto positivo che emerge è che si faccia finalmente riferimento a linee guida accreditate dalla comunità scientifica nazionale, riconoscendo implicitamente quel compito che le società medico-scientifiche svolgono, in alcuni casi, da più di 100 anni". Secondo la Federazione delle società medico-scientifiche manca però ancora un passaggio nodale, in quanto bisogna "definire il loro percorso di accreditamento per raggiungere, in breve tempo, un risultato concreto e di sicura rilevanza per la collettività e per la qualità delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini".

Altro aspetto fondamentale riguarda la definizione del concetto di linee guida che dovrebbero orientare l'attività del medico. La Fism sottolinea come le attività di diagnosi, assistenza e cura avvengano "nell'ambito di strutture ospedaliere che, molto spesso, non riescono a garantire la presenza di specifici requisiti organizzativi in termini di risorse, strumenti e protocolli operativi, senza dei quali la mera sequela di linee guida accreditate non garantisce per nulla il livello qualitativo delle prestazioni effettuate". Una situazione cui si aggiungono i tagli dovuti alla spending review, che penalizzano pesantemente "la presenza in misura adeguata di quelle risorse e di quegli strumenti indispensabili per produrre prestazioni sanitarie qualitativamente idonee".

Alle linee guida - attacca la Fism - sono quindi attribuite prerogative che non dovrebbero loro appartenere, poiché esse "non possono avere in alcun modo dignità di norma dal momento che contengono requisiti minimi che dovrebbero consentire una determinata prestazione resa in ambito clinico-sanitario".

Il vero nervo scoperto del decreto Balduzzi sarebbe quindi la totale assenza di riferimenti ai protocolli operativi che - invece - "dovrebbero essere prodotti e applicati dalle strutture sanitarie facendo riferimento agli standard assistenziali per la produzione delle diverse

prestazioni sanitarie garantite nel proprio ambito". Allo stato attuale infatti "una percentuale significativa degli episodi di cosiddetta malasana è sicuramente riconducibile a carenze della struttura e alla mancanza di protocolli operativi e non a responsabilità specifiche e individuali dell'operatore sanitario".

Una situazione definita "inaccettabile" dalla Fism che per invertire la rotta lancia cinque proposte di intervento.

- Far emanare e aggiornare le linee guida da soggetti accreditati dal nostro sistema sanitario. È quindi necessario definire chiaramente i requisiti per l'accertamento delle società medico-scientifiche.
- Modificare il decreto Balduzzi per qualificare le linee guida come uno degli elementi - e non l'unico - di cui il giudice dovrà tener conto nell'accertamento della responsabilità professionale, senza però dimenticare di considerare anche i protocolli operativi emanati dalla struttura coinvolta.
- Definire in maniera chiara e inequivocabile i concetti di "colpa grave", "atto medico" e "colpa lieve", come già avviene per i magistrati.
- Inserire limiti più adeguati all'entità dei risarcimenti, in modo da porre rimedio al pericoloso trend di svuotamento che sta penalizzando molte scuole mediche di specialità, soprattutto chirurgiche.
- Introdurre una norma che preveda, nei procedimenti riguardanti l'area sanitaria, l'utilizzo obbligatorio di Consulenti Tecnici d'Ufficio provenienti da società medico-scientifiche accreditate presso le istituzioni.

L'applicazione di queste proposte - assicura la Fism - permetterebbe di arginare la diffusione "della cosiddetta medicina difensiva" e riposizionerebbe l'Italia al livello delle altre nazioni europee "grazie a regole certe, a una normativa moderna e intelligente e alla possibilità di eliminare tutte quelle zone di discrezionalità interpretativa che hanno reso il nostro Paese un esempio negativo da non imitare".

La mappa dettagliata dei risarcimenti in Italia

Il chirurgo sono i più vessati per le richieste di risarcimento danni nella sanità pubblica e privata italiana, ad una spanna dagli errori diagnostici nel settore pubblico (16%) e terapeutici nel privato (10,38%). Il costo per la sanità pubblica è di ben 3.410 euro di valore assicurativo per ogni posto letto, il 26,88% in più a quanto registrato negli anni scorsi.

Sono queste le principali evidenze dei due report Medmal Claims di Marsh presentati lunedì che prendono in esame 95 strutture ospedaliere/sanitarie pubbliche, e 52 private accreditate e non; grazie a questo ampio campione d'indagine, Marsh ha potuto "tastare il polso" della sanità in Italia nell'arco di 8 anni (2004 - 2011). Come si ricorderà Mercurio ha organizzato lo scorso dicembre un importante convegno proprio sull'argomento con un parterre vastissimo di qualificati esponenti del settore sanitario e giuridico. Vediamo allora i dettagli della ricerca: per quanto riguarda pubblico e privato, circa un terzo delle richieste danni analizzate sono state chiuse e un ulteriore 22% circa risulta senza seguito, pertanto più della metà dei sinistri trova una definizione e questo rende il campione ancora più stabile. In totale sono state quasi 35.000 le richieste di risarcimento danni, mentre, sempre negli 8 anni oggetto d'esame il costo complessivo dei sinistri denunciati ha superato il miliardo, per un totale di 26.723 sinistri dal costo medio di 42.600 euro a testa. Circa il 50% delle richieste di risarcimento danni sono denunciate entro il primo anno dalla data di accadimento dell'evento, più della metà entro 2 anni. Fa eccezione

la specialità di ostetricia e ginecologia, che presenta una consistente percentuale di richieste di risarcimento anche al quinto anno dall'accadimento.

Settore pubblico: 10,43 incidenti ogni cento posti letto

Il valore assicurativo di un posto letto, spiega QS, mostra significative differenze a seconda della regione italiana presa in considerazione: se nord e centro sono paragonabili (rispettivamente circa 3.280 euro e 4.047 euro), il sud vale quasi il doppio (6.128 euro). Secondo i dati del Report, avvengono 10,43 sinistri ogni cento posti letto, 2,78 ogni mille ricoveri, 18 eventi ogni cento medici e 7,6 ogni cento infermieri. Laddove ci sono delle forti specializzazioni il rischio si riduce notevolmente: nelle aziende sanitarie ed ospedaliere di base, non specialistiche, il tasso è pari a 22,42 ogni cento posti letto e 6,79 ogni mille ricoveri; nei policlinici si registra un tasso pari a 27,22 ogni cento posti letto e 6,44 ogni mille ricoveri; nelle aziende monospécialistiche si contano 16,94 eventi ogni cento posti letto e 3,72 eventi ogni mille ricoveri. A conferma di questo elemento si aggiunge il dato complessivo delle richieste danni in base alla tipologia di struttura sanitaria e/o ospedaliere: le strutture sanitarie di primo livello, ovvero quelle di base, registrano il maggior numero di richieste danni pari al 55% (19.252), seguono le strutture di secondo livello (ospedali ad alta intensità di cura o ad alta specializzazione) 24% (8.398) e gli ospedali universitari 18% (6.319). Molto distanziate sono le strutture specialistiche monotematiche come

quelle ortopediche 1,53% (534), materno infantile 1% (327) e quelle oncologiche 0,30% (90). Le conseguenze seguite all'evento che ha determinato la richiesta di risarcimento sono principalmente le lesioni (78%) seguite dai danni alle proprietà (11%). Solo nel 7% dei casi si tratta di decesso. Gli errori chirurgici (30%) sono al primo posto; seguono gli errori diagnostici (16%), gli errori terapeutici (10%), le cadute di pazienti e visitatori (10%), i danneggiamenti a cose (6%) e gli smarrimenti e furti (5%). Ortopedia (15%) è la specialità clinica maggiormente interessata, ma hanno totalizzato percentuali elevate anche i danni da struttura e parti comuni (14%), pronto soccorso (13%), chirurgia generale (12%) e in misura inferiore contribuiscono anche ostetricia e ginecologia (7%), anestesia e rianimazione (4%) e medicina generale (3%). Nello specifico, è il Sud a pagare di più per l'assicurazione. In media le regioni meridionali pagano quasi 8 mila euro a medico e oltre 137 euro a ricovero: quasi 40 euro in più che al Centro e 50 in più che al Nord. Spesa alta anche per i piccoli ospedali: spendono 105 euro a ricovero contro i circa 74 dell'ospedale universitario dove - presumibilmente - rischi e casistiche sono a più alto rischio.

Settore privato: al Nord la percentuale maggiore dei sinistri per singola struttura sanitaria

Complessivamente sono state raccolte 3.286 richieste di risarcimento danni, con un incremento progressivo del numero fino al 2009 e una flessione

negli anni 2010 e 2011, si legge su QS. Geograficamente, le richieste di risarcimento danni per singola struttura sanitaria si attestano al 66,34% al Nord, al 12,51% al Centro e 21,15% al Sud. A guidare la classifica per tipologia di rischi è ovviamente il rischio clinico con l'81,62%. Seguono i rischi relativi alla struttura (eventi in aree comuni, parcheggi, scale, ecc. tranne gli infortuni e i danni alla proprietà) con l'8,67%, i danni alla proprietà (oggetti personali, protesi, ecc.) con il 5,84% e i rischi professionali con l'1,07%. L'analisi delle conseguenze seguite all'evento che ha determinato la richiesta di risarcimento vede al primo posto le lesioni (82,59%) seguite dai decessi (8,79%) e dai danni alle proprietà (5,81%). Anche per la sanità privata, gli errori chirurgici sono i più reclamati (36,91%), seguono gli errori terapeutici (10,38%), gli errori diagnostici (10,16%), le cadute di pazienti e visitatori (8,52%), le infezioni (5,05%), gli errori da procedura invasiva (3,8%). Percentuali contenute riguardano gli errori da parto/cesareo e gli errori anestesiológicos, entrambi al 2,65%. Rispetto all'ospedalità pubblica, si nota un minore impatto del Pronto Soccorso perché molte strutture non offrono questo servizio, ma s'inseriscono specialità come l'odontoiatria, la cardiocirurgia e in taluni casi la chirurgia plastica. Ecco la classifica delle specialità cliniche maggiormente interessate: Ortopedia (13,54%), Struttura e parti comuni, (11,99%), Chirurgia Generale (7,97%), Ostetricia e Ginecologia (4,78%), DEA/Pronto Soccorso (4,53%), Cardiocirurgia (4,47%), Odontoiatria (4,38%), Oculistica e Oftalmologia (3,90%), Anestesia (3,46).



Viaggio nelle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE - POLICLINICO DI BARI

Nel Policlinico di Bari ci sono tre Strutture complesse di Anestesia e Rianimazione, due a direzione universitaria e una a direzione ospedaliera. A queste si aggiunge un'altra Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione, a direzione ospedaliera, presente nel vicino Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII.

Tra le Strutture universitarie e quella ospedaliera presenti nel Policlinico esiste un rapporto di grande collaborazione anche per il fatto che allo stato attuale la Struttura Complessa ospedaliera non prevede posti di rianimazione. Per quel che riguarda l'anestesia, le attività invece sono abbastanza differenziate. Alla Struttura ospedaliera, diretta dal dott. Giuseppe Barbone, afferiscono due Chirurgie generali, la Chirurgia vascolare, tutta la Chirurgia ortopedica e una Chirurgia pediatrica. In tutto il Policlinico lavorano circa 90 anestesisti rianimatori, di cui 16 costituiscono l'equipe del dott. Barbone.

Nel Policlinico vengono svolte tutte le attività di anestesia e di rianimazione oltre alla terapia del dolore e alla partoanalgesia h24 gratuita, sebbene con qualche difficoltà. Il parto indolore in Puglia era stato finanziato con un progetto obiettivo della Regione che successivamente non è stato possibile rifinanziare. A Bari il servizio va avanti ugualmente, nonostante le risorse limitate e la carenza di specialisti. Esiste infine anche un piccolo centro di in-cannulamento di vene centrali per terapie a lungo termine, dedicato soprattutto ai pazienti neoplastici.

Il Policlinico è centro di riferimento interregionale, con un bacino d'utenza che supera i confini della Puglia richiamando pazienti anche da Basilicata, Calabria e Molise. Il numero di posti letto è di circa 1300 con un totale di quasi 1000 medici, di cui oltre 600 ospedalieri.

GIUSEPPE BARBONE

Direttore della Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione



- dott. Barbone, quali sono i rapporti interpersonali e di socializzazione all'interno della Unità Operativa?

Dirigo la Struttura da 4 anni e mi ritengo fortunato perché il gruppo è molto compatto. Lo dimostra il fatto che abbiamo una ottima mobilità interna tra i vari blocchi operatori. I colleghi non hanno nessuna difficoltà a spostarsi nel rispetto delle esigenze di tutti, soprattutto nel caso di assenze per malattie, ferie o aggiornamento. Tra di noi esiste un'intensa comunicazione per quel che riguarda l'attività professionale. All'interno del reparto, è stata istituita una Scheda di visita da compilare all'atto del prericovero o quando visitiamo il paziente prima dell'intervento, in modo che tutti i colleghi possano avere le informazioni fondamentali. Se ci sono problematiche particolari c'è una forte collaborazione e uno scambio di idee e proposte per il trattamento ottimale del singolo paziente. Una simile organizzazione è fondamentale perché alla Struttura da me diretta afferisce una attività chirurgica importante con pazienti spesso difficili, di età media avanzata e patologie coesistenti anche gravi. In questo senso la comunicazione all'interno del gruppo diventa essenziale.

- Quali sono i motivi di soddisfazione (o insoddisfazione) professionale?

Le soddisfazioni sono tutte legate alla nostra attività che è gratificante e qualificante soprattutto per la tipologia di pa-

ziente: spesso molto impegnativo, ma che alla fine ci consente di acquisire esperienze importanti, talvolta uniche. I motivi di insoddisfazione sono legati alla limitata possibilità di carriera e al modesto riconoscimento economico. Da una parte il Policlinico è una piramide che si restringe molto verso l'alto consentendo a pochi di arrivare ai vertici e dall'altra è un ospedale dove non si guadagna tantissimo perché non dispone di quei mezzi economici che potrebbero dare soddisfazione a tutti.

In altri termini lavoriamo in un'Azienda in cui arriva di tutto, dalle piccole operazioni ai grossi interventi. Il risultato è che il professionista si trova di fronte ad una mole di lavoro a cui non corrisponde il giusto riconoscimento economico. Le grandi aziende sanitarie, infatti, ed in particolare il Policlinico, spesso dispongono di fondi proporzionalmente inferiori rispetto ad altre strutture.

- Quali sono i rapporti con i vertici Aziendali?

Il rapporto con i vertici aziendali è decisamente buono, sia con la direzione generale sia con la direzione sanitaria. Recentemente ho avuto una serie di incontri che spero si riveleranno positivi per un'ottimizzazione del servizio che dirigo e in generale per le altre strutture che si occupano di anestesia e rianimazione.

Anche da un punto di vista del rifornimento di materiali e di tecnologie nuove, la Direzione, con i limiti posti dalla congiuntura economica, cerca di rifornirci nel migliore dei modi. Negli ultimi due mesi siamo stati dotati di un ecografo portatile, necessario per eseguire alcune manovre specialistiche e di un monitor da emodinamica avanzata per la sala operatoria, necessario in particolare per i pazienti critici. A mio avviso quindi l'amministrazione fa tutto quello che può.

- Quali sono i margini di accoglimento e di realizzazione delle vostre richieste?

Cerchiamo di accontentarci, speriamo di non arrivare al punto di addormentare i pazienti con la clava. Scherzi a parte, ci rendiamo conto quotidianamente che le risorse diminuiscono. A volte scontiamo il ritardo nella consegna di farmaci o di altri presidi. Per il momento riusciamo a svolgere il nostro lavoro senza grandissimi scompensi, però non so per quanto tempo potremo andare avanti. Anche a livello di organico siamo all'osso, con turni massacranti per tutto il personale medico ed infermieristico. La salvezza è la presenza di moltissimi colleghi di buona volontà con grande attaccamento al lavoro.

- Quanto è sentito l'interesse per l'aggiornamento professionale?

L'aggiornamento professionale tra colleghi è molto sentito perché siamo consapevoli che è fondamentale per crescere, per confrontarci ed aprirci a realtà diverse. L'Azienda organizza corsi all'interno dell'ospedale e non pone vincoli alla frequenza di corsi in esterno, ma sarebbe opportuno che venisse valorizzata la presenza universitaria. Attualmente i corsi di formazione aziendali sono piuttosto generici per gli anestesisti rianimatori e non vanno ad esplorare le specificità e i particolari bisogni formativi dei medici.

Cerchiamo anche di partecipare a Corsi FAD in modo tale che ognuno possa scegliere i temi ritenuti di maggiore interesse.

Ritengo infine che i Corsi di aggiornamento organizzati all'esterno dovrebbero essere sottoposti ad una selezione migliore anche a livello ministeriale perché non sempre sono corrispondenti alle aspettative.

- Sono sufficienti il livello e la modalità dell'informazione sindacale?

Obiettivamente siamo molto vicini al sindacato. Con i rappresentanti sindacali ci vediamo e ci sentiamo spesso anche attraverso una fitta corrispondenza via mail. Siamo consapevoli che il sindacato è quello che ti permette di lavorare meglio sotto tutti i punti di vista: dalla logistica, alla sicurezza, dalla tutela dei diritti a quella assicurativa. L'AAROI-EMAC è vicina ai suoi iscritti, anche perché è un sindacato di categoria che ne comprende realmente i bisogni.

- Quale è il livello di gradimento degli obiettivi e della metodologia delle iniziative che l'AAROI-EMAC promuove soprattutto in sede nazionale?

Il metodo dell'AAROI-EMAC, per quanto mi riguarda, è molto gradito, intanto per la comunicazione capillare e soprattutto per quello che l'Associazione sta facendo gradualmente a tutti i livelli, dall'informazione alla formazione, ai servizi assicurativi oggi fondamentali per la nostra tranquillità e per il rapporto con il paziente.

MARIA CAMERO

Rappresentante Aziendale dell'AAROI-EMAC



- dott.ssa Camero, quale è la situazione professionale del Policlinico di Bari?

Dal punto di vista professionale ritengo che per i colleghi anestesisti rianimatori del Policlinico di Bari il problema principale sia la scarsa organizzazione del sistema dell'emergenza perché si ha la sensazione che tutto arrivi al Policlinico e che si debbano spesso affrontare situazioni estreme. A partire dalla carenza assoluta di posti letto di rianimazione vera e propria a cui si aggiungono la rianimazione dell'Ospedale pediatrico e le terapie intensive per i trapiantati e per la cardiocirurgia.

In questo ospedale, probabilmente unico in Italia, da due anni ci sono pazienti da rianimazione che vengono stabilmente allocati nelle sale operatorie, sui letti operatori. Con conseguenze sulla attività operatoria di elezione e allungamento delle liste d'attesa. I colleghi si ritrovano a fare gli anestesisti, gli intensivisti, i rianimatori in situazioni critiche senza avere il tempo di fermarsi un attimo. Siamo quindi in una condizione di estrema difficoltà in cui anche la continuità terapeutica non è garantita. Una situazione che oltretutto talvolta crea problemi e conflittualità interne anche tra chi svolge attività prevalentemente anestesiologicala e chi si occupa per lo più della attività rianimatoria.

Dovrebbe essere aperto un nuovo modulo di altri 8 posti letto di rianimazione. Anche questa soluzione non basterà. Esiste un problema organizzativo che dovrà essere risolto a livello regionale con il potenziamento delle rianimazioni degli ospedali limitrofi e con una netta distinzione tra rianimazione, terapia intensiva e strutture specializzate per lungodegenti. In realtà non dovrebbe essere possibile che un posto di rianimazione venga occupato da un paziente lungodegente. Per quanto riguarda le attività di elezione il discorso è diverso perché non manca la programmazione e la definizione dei compiti.

Un'altra questione riguarda le scelte aziendali delle cariche apicali, per lo più affidate agli universitari nonostante siano presenti in numero decisamente minore all'interno del Policlinico. Recentemente, per fare un esempio, sono stati approvati i Dipartimenti assistenziali integrati che sono stati tutti affidati alla direzione di colleghi universitari. Allo stesso modo i vicedirettori sono tutti universitari ad eccezione di un ospedaliero. In un'Azienda di questo tipo, bisognerebbe essere un po' più rispettosi delle professionalità ospedaliere.

- Quale è il vostro rapporto di categoria con l'Azienda?

Il rapporto è buono, l'AAROI-EMAC è il primo sindacato all'interno del policlinico e viene per quanto possibile ascoltato. Permane però la mancanza di una definizione esatta della mission dell'azienda unita al fatto che sarebbe necessario fare scelte ben precise riguardo all'investimento del budget. Non si può fare di tutto e di più al Policlinico. È necessario definire gli obiettivi da raggiungere e dedicare maggiore cura soprattutto all'emergenza urgenza perché è il settore che in un ospedale deve funzionare al meglio. Sono punti su cui veniamo anche presi in considerazione, ma le parole non diventano fatti come dimostra la situazione del padiglione dedicato all'emergenza urgenza di cui abbiamo ap-

pena parlato. Purtroppo non esistono mezzi concreti né le risorse umane per risolvere la questione. In regione e quindi anche in questa azienda abbiamo il più basso numero di occupati in sanità di tutta Italia e nel corso degli ultimi 4 anni abbiamo perso il 16% della forza lavoro sanitaria che non è stata rimpiazzata per blocchi concorsuali imposti dai piani di rientro. La situazione è talmente critica che il Direttore generale del Policlinico ha ufficializzato un piano che scatta il primo maggio e che porta ad una decurtazione del 40% delle attività aziendali se non vengono assunti entro fine aprile almeno 250 infermieri. Se dovesse accadere, verrebbe bloccata la sanità non solo pugliese ma anche di alcune regioni limitrofe. Il paradosso è che in Puglia è stata preservata la mobilità regionale, ma la nostra azienda è l'unica che sta perdendo personale piuttosto che guadagnarne. La Puglia ha rispettato i piani di rientro, ma ancora non è stata concessa alcuna deroga alle assunzioni. Siamo al punto di non poter garantire i livelli essenziali di assistenza.

- Qual è il grado di sindacalizzazione aziendale al vostro interno?

Quasi tutti i colleghi sono iscritti all'AAROI-EMAC. La percentuale al Policlinico è altissima. Mi auguro che questo risultato non sia legato solo ai benefit offerti dall'Associazione ma che ci sia un reale interesse sindacale. È infatti importante che gli iscritti capiscano che i rappresentati sono i portavoce del sindacato, non sono il sindacato. La base dovrebbe partecipare di più per ottenere risultati concreti che diversamente non è possibile raggiungere.

- C'è unione fra i vostri iscritti?

Per questioni sindacali l'unione c'è, la partecipazione meno. Molti colleghi tendono a delegare e a trascurare le riunioni in cui sono spesso presenti sempre gli stessi, tra cui, bisogna darne merito, tutti i direttori di struttura.

- Quali sono i rapporti con gli altri sindacati?

I rapporti sono generalmente buoni, migliori con alcune sigle meno con altre. In alcune occasioni andiamo avanti come Intersindacale in altre agiamo autonomamente, in particolare quando non c'è accordo sulle richieste da portare avanti o sull'interpretazione delle leggi. Sicuramente il fatto

di essere un sindacato di categoria ci consente una certa libertà di azione superiore ai sindacati generalisti.

- Quali sono i rapporti con gli altri operatori sanitari?

I rapporti sono buoni nonostante le condizioni difficili in cui spesso ci troviamo a lavorare. Per tutti gli operatori sanitari, la cura del paziente è l'elemento principale e in funzione del suo benessere e della sua sicurezza troviamo sempre la giusta sintonia per svolgere il nostro lavoro.

- Che cosa pensa degli obiettivi e dei metodi di trattativa che l'AAROI-EMAC promuove sia in ambito regionale che nazionale?

Io ho un'estrema fiducia nel nostro rappresentante regionale, il dott. Antonio Amendola. Ritengo che le nostre battaglie siano state condivise e portate avanti con successo. La linea d'azione dell'Associazione sia a livello nazionale che regionale è quindi condivisa da quasi tutti i nostri iscritti.



Una parte del gruppo di 16 Anestesisti Rianimatori della Struttura Complessa di Anestesia del Policlinico di Bari

Linee guida delle società scientifiche e protocolli operativi delle strutture sanitarie

LE PROPOSTE DELLA FISM

La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Decreto Legge no. 158 del 12/09/2012, altrimenti conosciuto come "Decreto Balduzzi" ha riportato alla ribalta non solo il problema della "responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" ma anche la prassi tipicamente "italica" di non voler mai affrontare le problematiche d'importanza critica nel loro vulnus, perimetrando correttamente e compiutamente soltanto gli ambiti generici della materia in discussione. Scopriamo così, al comma 1 dell'articolo 3, che il giudice nell'accertamento della colpa lieve nell'attività del medico "tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle Linee Guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale". Concluso, per così dire l'argomento, si passa al comma seguente.

L'unico aspetto positivo che emerge da questo comma è che si faccia finalmente riferimento a linee guida accreditate dalla comunità scientifica nazionale, riconoscendo implicitamente quel compito che le società medico-scientifiche svolgono, in alcuni casi, da più di 100 anni: forse è arrivato il momento di definire il loro percorso di accreditamento per raggiungere, in breve tempo, un risultato concreto e di sicura rilevanza per la collettività e per la qualità delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini. Eppure sono necessari anni per ottenere una cosa che all'estero esiste in pratica da sempre. Resi chiari questi concetti, non possiamo non rilevare le vistose lacune che rendono il comma 1 dell'articolo 3 sostanzialmente inadeguato per tutti i professionisti medici, in massima parte rappresentati dalle società scientifiche aderenti alla FISM:

1. Si parla di Linee Guida e di buone pratiche accreditate che devono orientare l'attività del medico nello svolgimento dei doveri di assistenza, diagnosi e cura, paradossalmente dimenticando che tutto ciò non accade in strutture ideali poste fuori dal contesto della quotidiana realtà sanitaria ma, al contrario, nell'ambito di strutture ospedaliere che, molto spesso, non riescono a garantire la presenza di specifici requisiti organizzativi in termini di risorse, strumenti e protocolli operativi, senza dei quali la mera sequela di Linee Guida accreditate non garantisce per nulla il livello qualitativo delle prestazioni effettuate. È altresì evidente che l'applicazione acritica dei dettami contenuti nella legge di Spending Review, a cui stiamo da tempo assistendo,

va a penalizzare pesantemente la disponibilità e la presenza in misura adeguata di quelle risorse e di quegli strumenti indispensabili per produrre prestazioni sanitarie qualitativamente idonee. Tutto ciò al legislatore non sembra interessare molto. In un contesto di carenza legislativa sconcertante per la mancata definizione di cosa si debba inequivocabilmente intendere per atto medico, colpa grave e colpa lieve, si lasciano inevitabilmente ai giudici ampi spazi all'interno dei quali è possibile operare liberamente fornendo interpretazioni che definire suggestive e, in alcuni casi, inquietanti è sicuramente limitativo. Vediamo così attribuire alle Linee Guida prerogative che esse stesse non possiedono e non devono possedere. Le Linee Guida, infatti, non possono avere in alcun modo dignità di norma, dal momento che contengono raccomandazioni costruite sulla base dei requisiti minimi che devono consentire una determinata prestazione resa in ambito clinico-sanitario.

2. Registriamo con grande sconcerto la totale assenza di qualsiasi riferimento a protocolli operativi che dovrebbero essere prodotti e applicati dalle strutture sanitarie facendo riferimento agli standard assistenziali, per la produzione delle diverse prestazioni sanitarie, garantite nel proprio ambito. Ciò che nelle aziende produttive è prassi consolidata da anni, nelle aziende sanitarie sembra essere un tabù inavvicinabile, a tal punto che una percentuale significativa degli episodi di cosiddetta malasanità è sicuramente riconducibile a carenze della struttura e alla mancanza di protocolli operativi e non a responsabilità specifiche e individuali dell'operatore sanitario. Possibile ignorare tutto ciò?

3. È fin troppo facile notare com'è ampio lo spazio che il decreto riserva ai commi che definiscono a CHI compete la scelta della Dirigenza Sanitaria e COME questa scelta debba essere portata a termine, mentre è in concreto trascurabile lo spazio dedicato a definire COSA questa Dirigenza abbia il compito di attuare nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni. Sorprenderà scoprire che la parola "protocollo" non è contemplata dal presente decreto mentre la parola "procedure" è presente sei volte, ma sempre riguardo a prassi amministrative e non sanitarie.

Tutto questo non è più accettabile, almeno per i professionisti medici specialisti. È arrivato il momento di dire con chiarezza alla collettività quali

siano i rischi cui il nostro sistema sanitario va incontro se non si opera una brusca sterzata capace di rimettere sui binari un convoglio che appare disorganizzato, con poco carburante ma, soprattutto senza guida. È inutile parlare d'insostenibilità del sistema se non si affronta il problema della qualità accettabile e garantita delle prestazioni che il sistema stesso eroga; è inutile parlare di razionalizzazione delle risorse se il sistema non inizia a produrre protocolli operativi e a illustrare procedure per la cui applicazione è indispensabile definire esattamente quante e quali siano le carenze o le risorse disponibili al suo interno. FISM, in rappresentanza di 163 società medico-scientifiche sottopone alle Istituzioni preposte, così come all'intera collettività nazionale, le seguenti proposte d'intervento:

1. Prendere atto del fatto che Linee Guida e "buone pratiche" accreditate devono essere emanate e continuamente aggiornate da soggetti accreditati del nostro sistema sanitario. Si giunga una buona volta a definire i requisiti per l'accreditamento delle società medico-scientifiche italiane evitando di sperperare un bagaglio di scienza ed esperienza consolidatosi nell'arco di decenni che già tiene conto delle linee guida internazionali adattate alla nostra cultura e legislazione.
2. Modificare, nella nuova legislatura, il decreto 158 per qualificare le Linee Guida come uno degli elementi che il giudice dovrà valutare nell'accertamento della responsabilità professionale, ma comunque tenendo in considerazione i protocolli operativi emanati dalla struttura coinvolta nel singolo caso specifico.
3. Porre rimedio al vuoto legislativo esistente definendo in modo inequivocabile i concetti di "colpa grave", analogamente a quanto previsto per la magistratura, "atto medico" e "colpa lieve". Com'è noto, infatti, la legge 13 aprile 1988, n.117 non esclude la responsabilità del magistrato ma la limita alle sole ipotesi di "dolo" e di "colpa grave" prevedendone, però, un'espressa definizione. Esiste una valida ragione per la quale il bene "giustizia" debba essere ritenuto più rilevante del bene "salute" oppure è indiscutibile che si debba garantire con le stesse regole anche chi ogni mattina va a lavorare in ospedale, con una struttura organizzativa spesso inadeguata che crea inefficienza, ponendo comunque la propria professionalità a disposizione di tutti e rischiando costantemente il proprio patrimonio personale?

4. Occorre metter mano all'entità dei risarcimenti individuando modalità idonee ad inserire dei limiti adeguati e proporzionati, analogamente a quanto accade ad altre forme di risarcimento danni previste nel nostro Paese e in altri Paesi europei. Si porrà rimedio, in questo modo, al pericoloso trend di svuotamento delle scuole mediche di specialità, prevalentemente chirurgiche, che, se continua con l'attuale andamento, costringerà gli italiani a farsi operare in futuro da specialisti stranieri, che non conoscono il rischio che corrono, o ad andare all'estero per trovare qualcuno disposto a eseguire prestazioni considerate ad alto rischio.
5. Introdurre una norma che preveda, nei procedimenti riguardanti l'area sanitaria, l'utilizzo obbligatorio di Consulenti Tecnici d'Ufficio provenienti da società medico-scientifiche accreditate presso le istituzioni, al fine di eliminare pericolose sacche di dubbia autoreferenzialità o superficialità, così frequentemente presenti nelle perizie cui assistiamo quotidianamente nei tribunali italiani dove l'esperto chiamato in causa può non essere uno specialista del settore.

La realizzazione degli interventi indicati consentirà di porre un freno alla diffusione della cosiddetta medicina difensiva, che tutto è fuorché un sistema efficiente di contenimento della spesa sanitaria, che, al contrario, è dilatata dal proliferare di prestazioni "inappropriate", prescritte unicamente con l'obiettivo dell'autotutela da parte del medico da rivale del paziente o del sistema.

La realizzazione degli interventi indicati riposizionerà l'Italia al livello delle altre nazioni europee grazie a regole certe, a una normativa moderna e intelligente e alla possibilità di eliminare tutte quelle zone di discrezionalità interpretativa che hanno reso il nostro Paese un esempio negativo da non imitare.

La realizzazione degli interventi indicati definirà in modo adeguato i criteri per stabilire la responsabilità degli "esercenti le professioni sanitarie" e contribuirà a tutelare la salute dei cittadini grazie all'introduzione di standard operativi effettivamente calibrati per le caratteristiche delle singole strutture distribuite sul territorio nazionale nell'obiettivo rispetto dei criteri di accreditamento stabiliti dalla nostra legge e non di standard, spesso puramente teorici, recuperati da altre Nazioni o da altre realtà che nulla hanno a che vedere con la cultura e con la struttura legislativa del Sistema Sanitario del nostro Paese.

La malattia può portare al licenziamento

I contratti di lavoro dei dipendenti delle aziende sanitarie prevedono, per il personale assente per malattia, il diritto alla conservazione del posto per un periodo di diciotto mesi. Ai fini della maturazione del predetto periodo si sommano alle assenze dovute all'ultimo episodio morboso le assenze per malattia verificatesi nel triennio precedente. Superato il periodo previsto, al lavoratore che ne faccia richiesta, può essere concesso, per casi particolarmente gravi, di assentarsi per un ulteriore periodo di 18 mesi, senza diritto al trattamento retributivo. Qualora il dipendente lo abbia richiesto, l'amministrazione procede all'accertamento delle condizioni di salute del dipendente stesso al fine di verificare la sussistenza dell'idoneità a svolgere proficuo lavoro. Superati i periodi di conservazione del posto previsti e così anche nel caso in cui, a seguito di accertamento il dipendente sia dichiarato permanentemente inidoneo a svolgere qualsiasi proficuo lavoro, l'amministrazione ha la facoltà di procedere alla risoluzione del rapporto di lavoro corrispondendo al dipendente l'indennità sostitutiva del preavviso. Il trattamento economico spettante al dipendente assente per malattia è:

- l'intera retribuzione fissa mensile, comprese le indennità pensionabili, con esclusione di ogni altro compenso accessorio, comunque denominato, per i primi 9 mesi di assenza;
 - il 90 % della retribuzione per i successivi 3 mesi di assenza;
 - il 50 % della retribuzione per gli ulteriori 6 mesi del periodo di conservazione del posto.
- In caso di patologie gravi che richiedano, terapie salvavita ed altre assimilabili, come ad esempio l'emodialisi, la chemioterapia, il trattamento riabilitativo per soggetti affetti da AIDS, sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia i relativi giorni di ricovero ospedaliero o di day-hospital ed i giorni di assenza dovuti alle citate terapie, debitamente certificati dall'Azienda sanitaria o struttura convenzionata, ivi compresi i giorni di ricovero domiciliare, purché sostitutivi del ricovero ospedaliero. Per agevolare il soddisfacimento di particolari esigenze collegate a terapie o visite specialistiche, gli enti devono favorire un'idonea articolazione dell'orario di lavoro nei confronti dei soggetti interessati. In un rapporto come il contratto di lavoro, che prevede lo scambio tra la prestazione del dipendente e la retribuzione erogata dal datore la ma-

lattia, quale evento che impedisce lo svolgimento dell'attività lavorativa, è regolata dall'articolo 38 della Costituzione (che pone un principio generale di tutela economica) e dall'articolo 2110 del Codice civile, il quale dispone che il lavoratore malato ha diritto a conservare il proprio posto di lavoro e, quindi, non può essere licenziato per tutto il periodo stabilito dalla legge, dagli usi e normalmente dalla contrattazione collettiva. È quindi al contratto collettivo che deve farsi riferimento, in quanto è questo che normalmente individua la durata del periodo tutelato, "comporto" e il relativo trattamento economico. Il periodo di comporto è costituito da quell'arco di tempo durante il quale, in caso di malattia del lavoratore, il potere di licenziamento è sospeso. Una volta spirato il termine finale il datore può recedere concedendo al dipendente di lavorare il periodo di preavviso, ovvero esentandolo e pagando la retribuzione equivalente. L'individuazione dei criteri con i quali conteggiare i giorni di assenza ha dato luogo a un certo contenzioso. Non si contano come giorni di malattia utili al raggiungimento del comporto tutte quelle assenze legate a infermità che siano imputabili al datore di lavoro, a causa

della nocività delle mansioni o dell'ambiente di lavoro, che egli abbia ommesso di prevenire o eliminare, in violazione dell'obbligo di sicurezza (articolo 2087 del Codice civile) o di specifiche norme. Si conteggia nel comporto il congedo straordinario per cure (durata massima 30 giorni l'anno) concesso, ex articolo 7 del Dlgs 18 luglio 2011, n. 119, ai soggetti con riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 50 %. Si conteggiano (salvo diversa previsione del contratto) anche le giornate non lavorate (sabato, domenica, festività infrasettimanali, sciopero) che cadono nel periodo di malattia. Nel caso di part time orizzontale, la durata del comporto è uguale a quella dei rapporti con orario a tempo pieno. Nel caso di part time verticale, in mancanza di una specifica previsione contrattuale, pure prevista dall'articolo 4, comma 2, del Dlgs 25 febbraio 2000, n. 61, il compito di ridurre il periodo in proporzione alla quantità della prestazione è affidato al giudice di merito, facendo eventualmente ricorso alle fonti sussidiarie indicate dall'articolo 2110, Codice civile, quali usi o equità (Cassazione 14 dicembre 1999, n. 14065).

Claudio Testuzza

Pensioni anticipate ma ridotte

Per le lavoratrici dipendenti od autonome esiste una norma transitoria, valida sino al 2015, che consente loro la possibilità di anticipare il momento del pensionamento rispetto ai lavoratori uomini. Le lavoratrici, che hanno maturato più di 35 anni di contribuzione sono escluse dall'applicazione dei nuovi requisiti pensionistici previsti dalla riforma Monti-Fornero di fine 2011. Altra condizione necessaria è che siano in possesso di un'età di almeno 57 anni ed optino, però, per la prestazione pensionistica calcolata con il sistema del metodo contributivo. Negli altri casi la pensione anticipata potrà essere conseguita solamente perfezionando i requisiti più severi previsti dalla riforma Monti-Fornero. Entro giugno 2013 le lavoratrici, prive di un diritto a pensione entro la fine del 2011, potranno chiedere di andare in pensione con 41 anni e 5 mesi di contributi. Infatti le elevate anzianità contributive richieste dalla riforma, in sostituzione del requisito contributivo di 40 anni, dal 1° gennaio scorso sono state adeguate agli incrementi legati alla speranza di vita. Tre mesi in più, e dal prossimo anno subiranno un ulteriore aumento di un mese. Per gli uomini i requisiti sono maggiorati di un anno: 4 anni 2 e 5 mesi. Tuttavia, anche in questo caso si assiste ad un possibile taglio del trattamento pensionistico. La norma pre-

vede che sulle anzianità contributive maturate prima del 2012 sia applicata una riduzione pari all'1% per ogni anno di anticipo nell'accesso al pensionamento rispetto all'età di 62 anni. Il taglio sale al 2% per ogni ulteriore anno di anticipo rispetto ai 60 anni. L'Inps, con le circolari numero 35 e 37/2012, ha precisato che la riduzione si applica sulle quote di pensione relative alle anzianità contributive maturate alla fine del 2011, rientranti pertanto nella quota pensionistica correlata al calcolo con il sistema retributivo, per i soggetti con almeno 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995. Mentre per coloro che alla predetta data abbiano contribuzione inferiore, e quindi rientrano nel sistema misto, la riduzione si applica sulla quota di pensione relativa alle anzianità contributive maturate sino al 31 dicembre 1995. In pratica la riduzione si applica sulle così dette quote A e B di pensione. Tuttavia la decurtazione risulta mitigata dal decreto mille proroghe 2012, il quale ha stabilito che le riduzioni non trovano applicazione nei confronti dei soggetti che maturano il requisito contributivo entro il 2017, qualora l'anzianità contributiva derivi esclusivamente da prestazione effettiva di lavoro, includendo i periodi di astensione obbligatoria per maternità, per l'assolvimento degli obblighi di leva, per infortunio, per malattia e cassa integrazione guadagni ordinaria.

Per i pubblici dipendenti il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la circolare 2/2012, ha raccomandato alle amministrazioni di non esercitare la risoluzione unilaterale, prevista dal decreto legge 112/2008, la così detta "rottamazione" introdotta dall'allora ministro Brunetta, nei confronti di quei dipendenti per i quali potrebbero operare le penalizzazioni. Di fatto, le amministrazioni possono avere la certezza di questo solo quando il dipendente compirà il sessantaduesimo anno o, in alternativa, avrà lavorato un periodo pari a quello che comporterebbe la penalizzazione. Le amministrazioni, nella compilazione del modello previdenziale predisposto dall'ente previdenziale, potrebbero, infatti, trovare difficoltà nel determinare se i trattamenti pensionistici dei propri dipendenti subiranno o meno il taglio previsto, perché diversi istituti contrattuali, seppur coperti da contribuzione effettiva ed utili ai fini pensionistici come il congedo matrimoniale, i permessi per la Legge 104/1992, i permessi retribuiti per motivi familiari e lutto, diritto allo studio, sciopero e congedi parentali (ex maternità facoltativa), sembrerebbero non utili al fine di determinare l'anzianità da prendere in considerazione per non far scattare le penalizzazioni previste.

Claudio Testuzza

Distacchi e permessi sindacali

LE REGIONI CHIEDONO TAGLI E ADEGUAMENTO DELLE AREE CONTRATTUALI

Meno distacchi e permessi sindacali. Con più controlli e senza più riunioni durante l'orario di lavoro. Perché è tempo di rigore, e a pagare lo scotto dei risparmi possibili dovranno essere anche i sindacati che rappresentano i dipendenti della Sanità e delle Regioni. Che finora sono stati esclusi dalle regole taglia-permessi. Un esercito di oltre 776mila lavoratori pubblici: 682mila nel Servizio sanitario nazionale (il secondo di tutta la pubblica amministrazione, dopo la scuola) e altri 94mila nelle Regioni. Un taglio che potrà valere, e magari anche superare, il 15%, come ormai accade dappertutto nello Stato. Se, però, ci sarà una nuova legge. A fare la voce grossa non è l'Economia, né tanto meno la Funzione pubblica che pure ha pieno titolo in materia. A chiedere di tirare la cinghia e di garantire piena par condicio nella concessione dei "benefit sindacali", questa volta, sono i governatori. Cioè: le Regioni. Anche loro a caccia di tutti i risparmi possibili, per questo decise più che mai a rastrellare tutto il rastrellabile.

La risposta all'Aran

Lo strappo dei governatori, che non mancherà di sollevare un vespaio di polemiche e di aprire un inevitabile dossier di confronto-scontro con i sindacati, è stato espresso dal Comitato di settore regionale sulla sanità in una risposta fatta pervenire all'Aran la settimana scorsa. Oggetto della lettera la risposta alla richiesta di parere sull'atto di indirizzo preparato dall'Aran per la definizione del contratto quadro collettivo nazionale per il 2013-2015 di ripartizione dei distacchi e dei permessi alle organizzazioni sindacali rappresentative nei comparti di contrattazione e nelle aree della dirigenza. Un passo dovuto, per l'Aran. Al quale però le Regioni hanno replicato a muso duro. Non per respingere al mittente il problema. Anzi, per mettere l'Aran alle strette: le regole vanno cambiate. Per la precisione: vanno rafforzate, rese stringenti e uguali per tutti. E se così non sarà "lo scrivente Comitato non potrà rilasciare il necessario parere favorevole". Prendere o lasciare. Mano pesante. Dunque, scrivono le Regioni senza perdersi in troppi preamboli, va usata la mano pesante sui distacchi e permessi sindacali anche nella sanità pubblica e nel comparto dei dipendenti regionali. "Nel quadro di razionalizzazione della spesa pubblica che ha già

coinvolto le prerogative sindacali di altre pubbliche amministrazioni - scrive il Comitato di settore - si ritiene non più ragionevole una differenza di trattamento per quanto attiene alle prerogative sindacali dei comparti Regioni-Sanità". Tradotto: niente favoritismi. È tempo di vacche magre, tutti paghino allo stesso modo anche nella riduzione di permessi e distacchi sindacali.

È infatti "opportuno", si aggiunge nella risposta all'Aran, "una disposizione normativa che operi, anche per il nostro settore, una riduzione di permessi e distacchi sindacali in misura almeno uguale a quanto già avvenuto per le altre amministrazioni dello Stato". Ma servirà una legge. Un taglio "almeno" del 15%, appunto, conseguenza della legge del 2008 (la n. 133) che ha disciplinato ex novo la materia, salvo appunto escludere i comparti Sanità-Regioni. Questa la richiesta delle Regioni. Che però, taglienti, aggiungono altre due richieste. La prima è di carattere squisitamente "organizzativo" e tende a smontare altre forme in vigore della rappresentanza sindacale: va "scongiurato" in modo esplicito, scrivono le Regioni, che le riunioni per le trattative sindacali si svolgano durante l'orario di lavoro "in elusione della normativa che impone l'utilizzo del monte-ore dei permessi sindacali". Dunque: va superata una "prassi diffusa in molti enti" che "crea un'ingiusta posizione di favore per le organizzazioni meno rappresentative".

La seconda richiesta fa il paio con la volontà di mettere sotto scacco l'eccesso di "spostamenti" dei sindacalisti. La gestione di permessi e distacchi dovrà avvenire solo per via informatica, grazie alla piattaforma che già esiste alla Funzione pubblica (sistema operativo Gedap). In poche parole: numeri e fatti tutti sotto controllo e tracciabili. Subito le nuove aree contrattuali. E tra le richieste "vincolanti" per il sì all'atto di indirizzo il Comitato di settore mette la necessità che ci si adegui alle previsioni della riforma Brunetta di accorpamento delle aree contrattuali (originariamente otto, da ridurre a quattro secondo il Dlgs 150/2009), che fino a oggi "registra la mancata applicazione" che in questo modo "crea una situazione di ambiguità che finisce per ripercuotersi negativamente nella definizione e ripartizione delle prerogative sindacali oggetto dell'atto di indirizzo in esame. Si chiede pertanto in modo ultimativo e urgente - scrive il Comitato nella premessa del parere inviato all'Aran - un chiarimento, se necessario legislativo, per dare effettività alle norme".

SENTENZE IN PILLOLE

SE NON C'È PERICOLO DI VITA IL MEDICO È OBBLIGATO A INFORMARE IL PAZIENTE

Corte di Cassazione

L'obbligo del consenso informato conosce due sole eccezioni: un intervento urgente salvavita e il trattamento sanitario obbligatorio. Negli altri casi il medico deve sempre informare il paziente, anche a costo di interrompere un'operazione in corso se giudica necessario cambiare tecnica chirurgica. Non farlo può costare caro, pure se ha agito con perizia e diligenza.

A chiarirlo è stata la terza sezione civile della Cassazione, che ha cassato con rinvio una sentenza emessa nel 2009 dalla Corte d'appello di Roma. La vicenda da cui è originata la pronuncia riguarda un ginecologo che nel 1998 consigliò a una sua paziente che aveva subito due aborti spontanei di rimuovere una cisti paraovarica in laparoscopia, intervento per cui la donna esprime il suo consenso. Ma durante l'operazione il medico ritenne necessario procedere a una laparotomia, tecnica più invasiva della laparoscopia concordata. Nel decorso post-operatorio la paziente accusò dolori e difficoltà respiratorie e poi, una volta dimessa, fitte al fianco e febbre tanto che, nove giorni dopo, si recò in un altro ospedale dove risultò affetta da peritonite. Le venne praticata una nuova laparotomia ma non bastò: pochi giorni dopo dovette subire un'altra perché fu rilevata una microlesione al colon. Dalla trafila di interventi risultò un indebolimento della capacità di procreare. Di qui il ricorso ai giudici: in sede penale la condanna in primo grado è stata annullata in appello per insufficienza di prove, in sede civile la Corte d'appello ha confermato la sentenza del tribunale con cui il medico era ritenuto responsabile per non aver rilevato le lesioni intestinali durante l'intervento ed essere stato negligente nel decorso post-operatorio. Contro la pronuncia hanno proposto ricorso in Cassazione sia la paziente sia il medico. E la Suprema corte ha accolto proprio la censura della donna sull'assenza di consenso informato per l'intervento in laparotomia. La Cassazione ha sottolineato la centralità dell'informazione al paziente come diritto inviolabile della persona all'autodeterminazione, sancito dalla Costituzione, dalla Convenzione di Oviedo, dalla Carta di Nizza e dal Codice deontologico ma che "soprattutto trova fondamento nella dignità di ogni essere umano". Ciò premesso - accertato che il consenso era stato raccolto per l'intervento in laparoscopia e che entrambe le operazioni erano state effettuate senza imperizia o negligenza - la Cassazione ha stabilito l'importante principio cui il giudice del rinvio dovrà conformarsi: "Il diritto al consenso informato, in quanto diritto irrinunciabile della persona va comunque e sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza, rinvolti, a seguito di un intervento concordato e programmato e per il quale sia stato richiesto e sia stato ottenuto il consenso, che pongano in gravissimo pericolo la vita della persona, bene che riceve e si correda di una tutela primaria nella scala dei valori giuridici a fondamento dell'ordine giuridico e del vivere civile, o si tratti di trattamento sanitario obbligatorio". Il consenso "è talmente inderogabile che non assume alcuna rilevanza per escluderlo anche quando l'intervento sia stato effettuato in modo tecnicamente corretto": la lesione della dignità della persona si consuma comunque.

Nella fattispecie l'urgenza non c'era. Dunque, prima di procedere alla laparotomia, "l'intervento avrebbe dovuto essere interrotto al fine di consentire all'attrice di esprimere il suo consenso". Il medico aveva spiegato di aver osservato aderenze così numerose e serrate che non avrebbe potuto rimuoverle con la sola laparoscopia e di aver voluto evitare alla paziente un'ulteriore anestesia. La Cassazione, però, è stata categorica: non c'è alcuno spazio per la discrezionalità del medico.

ORDINI E SINDACATI: LEGITTIMO DIFENDERE UN ASSOCIATO SOLO SE C'È INTERESSE COLLETTIVO

Consiglio di Stato

In varie occasioni le Associazioni di categoria (Sindacati e Ordini) sono intervenute in giudizi al fine di far valere un interesse legittimo dell'intera categoria rappresentata affiancando le azioni giudiziarie di un iscritto avverso provvedimenti normativi ritenuti, in qualche modo, lesivi dei diritti di tutti gli iscritti.

A volte l'intervento a tutela degli interessi legittimi della categoria è stato ritenuto ammissibile, a volte, viceversa, l'Autorità Giudiziaria lo ha ritenuto inammissibile considerandolo un intervento che avallava gli interessi di un iscritto ma contro gli interessi di un'altro iscritto.

Ebbene, negli ultimi mesi, il Consiglio di Stato si è ripetutamente pronunciato affermando il concetto che le associazioni di categoria sono legittimate a impugnare atti concernenti i singoli associati solo se ed in quanto gli stessi concretizzano anche una lesione dell'interesse collettivo statutariamente tutelato da dette associazioni in quanto, diversamente, l'azione si tradurrebbe in una non consentita sostituzione processuale, con possibilità di realizzare un contrasto potenziale tra i vari iscritti.

Sarà quindi opportuno che, nel caso in cui un'associazione di categoria (Ordine o Sindacato) voglia intervenire in un giudizio che interessi gli iscritti, valuti con particolare attenzione se l'interesse che si presume leso sia un interesse dell'intera associazione statutariamente protetto e non solo un conflitto di interessi tra due colleghi.

DIRIGENTE MEDICO E ATTIVITÀ PROFESSIONALE AUTONOMA

Corte dei Conti

Il procuratore regionale presso la Corte dei Conti ha citato in giudizio un medico dipendente di una Asl, poi condannato al pagamento di oltre 130mila euro a titolo di risarcimento del danno nei confronti del datore di lavoro. Il sanitario, pur essendo titolare di partita Iva, aveva comunicato all'azienda di optare per il rapporto di lavoro esclusivo con lo svolgimento di attività privata in regime di intramoenia; tuttavia, secondo la prospettazione dell'accusa, nel periodo 2003-2007 aveva svolto attività libero professionale in nome e per



conto proprio, percependo un reddito pari a oltre 300mila euro e assumendo altri particolari incarichi per compagnie assicuratrici, senza essere autorizzato.

Vige un principio generale che non consente al pubblico dipendente l'esercizio del commercio, dell'industria, né di alcuna professione o impiego alle dipendenze di privati. Con specifico riferimento ai dipendenti del Servizio sanitario, il legislatore, ha stabilito che «con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso».

La Corte dei Conti, sul presupposto che il medico avesse senz'altro svolto negli anni in contestazione attività professionale autonoma ulteriore rispetto a quella intramoenia, attività non autorizzata ai sensi dell'articolo 53 del D.Lgs. 165/2001 e, comunque, non autorizzabile, cos'ì violando la disciplina relativa alle incompatibilità e altre disposizioni, lo ha condannato al risarcimento del danno.

PROCEDIMENTO DISCIPLINARE: CINQUE ANNI LA DURATA MASSIMA

Corte di Cassazione

Un Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha applicato a un proprio iscritto la sanzione disciplinare della sospensione di un mese dall'esercizio della professione per pubblicità scorretta. Si è addebitata al sanitario l'esposizione mediante targa e l'insediamento nelle Pagine Gialle, di un testo, concernente la propria qualificazione professionale, diverso da quello autorizzato dall'Ordine, essendo stato pubblicizzato un testo in cui la specificazione «estetica» seguiva a medicina e chirurgia, nonostante la specificazione fosse stata espunta in sede di autorizzazione rilasciata dall'Ordine Professionale. La commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie ha rigettato il ricorso proposto dal medico il quale ha impugnato il provvedimento dinanzi alla Corte di Cassazione.

Ai sensi dell'articolo 51 del Dpr 221/1950, il procedimento disciplinare nei confronti degli esercenti una professione sanitaria deve concludersi entro cinque anni a pena di prescrizione dell'azione, salvo il compimento di atti interruttivi, quale è la delibera del consiglio dell'Ordine di esercitare l'azione medesima, ma non anche la convocazione del medico davanti al presidente del consiglio dell'Ordine, poiché questa, essendo ancora preliminare all'apertura del procedimento, e volta all'acquisizione-verifica degli elementi informativi per addivere alla decisione, è posta a garanzia del sanitario, e, a volerne riconoscere una capacità interruttiva, si frustrerebbe l'esigenza di evitare la protrazione per un tempo indefinito della possibilità di applicazione della sanzione.

La Suprema Corte ha rigettato il ricorso proposto dal sanitario.

CONDANNA PENALE PER MINACCIA A PUBBLICO UFFICIALE IN CORSIA

Corte di Cassazione Penale

Il compagno di una donna in travaglio è stato condannato per i reati di minaccia a pubblico ufficiale, lesioni e danneggiamento. Il comportamento ritenuto penalmente rilevante si era consumato all'interno di una struttura ospedaliera ed era stato finalizzato a sollecitare il personale sanitario all'intervento in favore della propria compagna che secondo la valutazione dell'uomo non veniva adeguatamente assistita. La Corte d'appello di Palermo ha confermato la sentenza di condanna cosicché l'imputato ha agito proponendo ricorso dinanzi alla Suprema corte.

La Corte di cassazione penale ha evidenziato come la condotta concreta, nella vicenda specifica sia da qualificarsi idonea ad integrare l'elemento costitutivo del delitto di violenza o minaccia al pubblico ufficiale, essendo diretta a costringere la parte offesa ad una scelta dei tempi di intervento del tutto personale, individuati prescindendo dalla valutazione complessiva delle esigenze del reparto e degli altri pazienti in quel momento, che i sanitari stavano operando in scienza e coscienza ed a cui, per il ruolo rivestito e le competenze loro

attribuite, deve essere demandata la piena autonomia valutativa. Il ricorso dell'imputato è stato dichiarato inammissibile.

USO DELL'AMBULANZA A SCOPI PERSONALI

Corte di Cassazione

Con sentenza del maggio 2004, il Gup del Tribunale di Chieti ha dichiarato due operatori sanitari del servizio 118 colpevoli dei reati di concorso in peculato e truffa aggravata in danno dell'Asl, condannandoli alla pena di due mesi e venti giorni di reclusione e 800 euro di multa ciascuno, oltre al risarcimento del danno in favore della parte civile. Si era addebitato ai due operatori sanitari di essersi appropriati momentaneamente dell'ambulanza di cui avevano la disponibilità per ragioni di servizio, per recarsi in una località diversa da quella istituzionale, e partecipare al matrimonio di un collega, nonché di aver riscosso l'intera retribuzione giornaliera, anche per l'attività lavorativa non prestata. A seguito di impugnazione degli imputati, la Corte di Appello dell'Aquila, in parziale riforma della pronuncia, li ha assolti entrambi dal reato di truffa; ha rideterminato la pena per il residuo reato di peculato, in concorso anche delle attenuanti, in mesi uno e giorni venticinque di reclusione, convertiti in 13.750 euro di multa ciascuno; ha ridotto a 1.000 euro per ciascuno di essi l'importo liquidato a titolo di risarcimento del danno alla parte civile. In motivazione, la Corte d'appello, ha condiviso i rilievi e le argomentazioni del giudice di primo grado a conferma del giudizio di colpevolezza, non dubitando della sussistenza del peculato d'uso sotto il duplice profilo dell'elemento oggettivo e di quello soggettivo del reato, ritenendo irrilevante che l'utilizzo indebito dell'ambulanza si fosse protratto per poco più di mezzogiorno. Gli imputati hanno proposto ricorso per cassazione.

In tema di uso di auto di servizio la giurisprudenza è ormai orientata al principio che non è configurabile il reato di peculato d'uso nell'utilizzo episodico e occasionale dell'auto di servizio solo quando la condotta abusiva non abbia leso la funzionalità della pubblica amministrazione e non abbia causato un danno patrimoniale in relazione all'utilizzo del carburante e dell'energia lavorativa degli autisti addetti alla guida.

La Suprema Corte ha annullato la sentenza impugnata limitatamente all'entità della pena pecuniaria determinandola nella misura di 2.090 euro. Ha rigettato i ricorsi nel resto.

STIPENDIO PER IL DIRIGENTE CON FUNZIONI DI PRIMARIO

Corte d'Appello di Roma

Un medico ha chiamato in giudizio l'azienda ospedaliera datrice di lavoro per ottenere il pagamento delle differenze retributive relative allo svolgimento, dal 2003 al 2006, dell'incarico di direttore di unità operativa complessa in sostituzione del precedente responsabile andato in pensione. Il Tribunale di Roma ha respinto la richiesta del dirigente che ha proposto appello.

La Corte d'Appello ha ritenuto che, nel caso specifico, non si è in presenza di un'ipotesi di sostituzione di altro dirigente assente o impedito, giacché il precedente direttore della Uoc era andato in pensione e l'azienda avrebbe dovuto avviare le procedure per la designazione di un nuovo dirigente. Il medico ricorrente, invece, aveva svolto, al di fuori di ogni ipotesi contrattuale e per ordine del suo superiore, le funzioni proprie di capo di struttura complessa, senza che il direttore generale, pur formalmente reso edotto di tale incarico, avesse rilevato nulla di anomalo, né avesse avviato la procedura di nomina del nuovo responsabile o fatto cessare l'incarico di supplenza.

I giudici hanno riconosciuto il diritto del dirigente alle differenze - le cui voci sono state dettagliatamente indicate in sentenza - tra la retribuzione percepita e quella corrispondente al livello di responsabilità della struttura complessa.

MANCATA PREDISPOSIZIONE DI TAGLIO CESAREO DI ELEZIONE

Corte dei Conti

La Procura contabile ha deciso di intraprendere ulteriore azione risarcitoria contro due medici, aventi all'epoca dei fatti (1985) funzioni di primario e aiuto, affinché l'Azienda Sanitaria potesse ottenere ristoro del danno indiretto subito per l'esecuzione della sentenza di condanna conseguente alle lesioni patite da una neonata in occasione del parto e consistenti nella paralisi dell'arto superiore sinistro. La nuova azione è stata determinata dall'ulteriore pregiudizio erariale indiretto, ammontante a 179.687,84 euro, conseguente al maggiore risarcimento del danno determinato dalla Corte di Appello rispetto alla pronuncia di primo grado del Tribunale di Matera. Al ginecologo curante della puerpera e primario del reparto di ostetricia e ginecologia si era ritenuto addebitabile il fatto di non avere predisposto un parto cesareo di elezione, che avrebbe evitato la condizione traumatica subita dalla piccola durante il parto naturale, mentre all'aiuto si era addebitato un errore nelle manovre di disimpegno delle spalle del feto che causò lo stiramento eccessivo dei tessuti tra collo e spalla sinistra, causando la paralisi osterica.

La Ctu era giunta alla conclusione che la menomazione subita dalla neonata era stata conseguenza dell'errata scelta di un parto fisiologico, invece di quello mediante taglio cesareo, nonché di non corrette manovre nell'assistenza al parto. Il non aver disposto il parto mediante taglio cesareo ha configurato una scelta imputabile esclusivamente al primario, per la decisiva considerazione che l'articolo 7 del Dpr n. 128/1969 (disciplinante l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri) demanda specificamente al primario - oltre la generica vigilanza sull'attività del personale in servizio presso il reparto e la responsabilità dei malati - la definizione dei criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti.

La Corte dei Conti, rilevata la colpa grave, ha condannato i sanitari al risarcimento del danno valutando l'apporto del primario nella misura dell'80%.

X CONGRESSO NAZIONALE DELL'AARO-EMAC

Riccione 20-21-22 giugno 2013



REBUS

frase: 6, 9, 9, 1, 8



Atropina +
Neostigmina

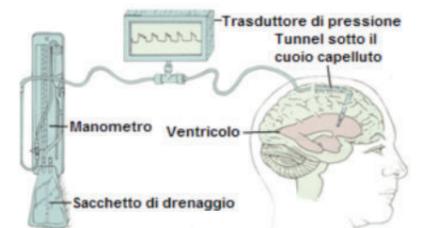
... urarizzazione



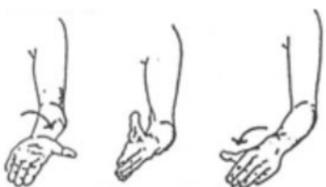
st... latore midollare



... iuntivite



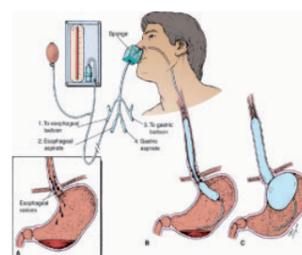
p... ione
intracranica



pr... e
supinazione



G... no
Pergamo 129 - Roma 216



v... i esofagee



Antonio Corcione
Presidente
2015-18 SIAARTI

Antonio Cor...