

il nuovo Anestesista Rianimatore

NOVEMBRE - DICEMBRE
2014
6
Anno XXXV

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

CONVENZIONI ASSICURATIVE 2015: NEWS

L'AAROIEMAC ha raggiunto l'obiettivo di mantenere per i suoi 10.000 Iscritti, anche per il 2015, la stabilità e la sostenibilità del suo "Sistema di Protezione", con le Convenzioni Assicurative di Responsabilità Civile e di Tutela Legale proposteci da AON, che a parere e a votazione unanime del Consiglio Nazionale della nostra Associazione, svoltosi il 13 Dicembre scorso, hanno le migliori condizioni

di garanzia possibili, e i premi più bassi possibili, rispetto ai migliori prodotti assicurativi disponibili sul mercato.

La Convenzione di Responsabilità Civile con la Compagnia Am Trust, che resta unica nel suo genere, è stata resa più chiara, oltre che più completa, mentre la Convenzione di Tutela Legale disdettata dalla Compagnia Roland è stata sostituita da una Convenzione con la Compagnia Itas.

Gli elementi salienti delle due Convenzioni offerteci, che al momento in cui scriviamo sono in corso di stipula, sono sintetizzati a pag. 3, mentre tutte le loro nuove condizioni contrattuali saranno a breve consultabili online sulle pagine web, linkate al sito AAROIEMAC, gestite dal Broker AON, e saranno inviate a tutti gli Iscritti non appena disponibili.

a pagina 3

Il Patto per la Salute ... "valorizzerà" le risorse?



AAROIEMAC: "partire dai reali bisogni degli ospedali"

È stata presentata il 5 Novembre la prima bozza del DDL delega ex art. 22 del Patto per la Salute per la gestione e lo sviluppo del personale sanitario. Il documento, messo a punto dal Tavolo Politico ex art. 22 del Patto per la Salute, delegherà il Governo ad emanare entro 180 giorni dall'entrata in vigore della Legge uno o più decreti legislativi per garantire "la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze, anche mediante la valorizzazione delle risorse professionali ed umane del Servizio Sanitario Nazionale, nonché del sistema sanitario nazionale nel suo complesso e comunque l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie".

La bozza non ha affatto convinto l'AAROIEMAC, che dopo averne analizzato le inevitabili conseguenze negative per i medici ospedalieri e per i pazienti affidati alle loro cure, ha espresso in un comunicato stampa il totale disappunto, in particolare su due aspetti, ed inoltre ha collaborato attivamente, in seno ad APM, ad una proposta alternativa già presentata al Ministero della Salute.

a pagina 5

Censimento online

Un'iniziativa per avere un quadro aggiornato, nelle nostre realtà lavorative, delle risorse umane e strumentali disponibili, e dell'organizzazione del lavoro. Questi dati, una volta elaborati, ci consentiranno di presentarci al meglio, in ogni sede di confronto sugli attuali e sui futuri assetti del SSN, anche in previsione della ripresa delle trattative contrattuali. Il Censimento, che dovrà essere compilato a cura dei nostri Rappresentanti Aziendali è online sul sito: www.aaroiemac.it/site/i-censimenti.html

a pagina 2

APM

Sette Associazioni di Medici - tra cui anche l'AAROIEMAC - hanno fondato ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA, per collaborare insieme alla tutela della professione medica, nel rispetto delle nostre competenze e responsabilità.

a pagina 4

COSMED

L'AAROIEMAC, nella prospettiva di una sempre maggior interazione con tutti gli Interlocutori Istituzionali, mantenendo la propria identità, entra in COSMED, una grande Confederazione di Sigle Sindacali titolata a prender parte in ARAN alle trattative propedeutiche alla contrattazione di lavoro.

a pagina 6

DDL Responsabilità

Un nuovo Disegno di Legge sulla Responsabilità Professionale, con l'intento di dare ai Medici maggiore tranquillità lavorativa e di dotare ogni struttura, pubblica o privata accreditata, di un organismo interno per prevenire e gestire il rischio clinico. Sarà proprio così? Vedremo.

Il provvedimento "Norme per la tutela della salute, disciplina del rischio e responsabilità professionale medica" è costituito da 17 articoli ed è diviso in due parti: una riguardante la "Disciplina del rischio clinico", l'altra la "Responsabilità".

a pagina 12

Dalle Regioni Lazio, Puglia, Veneto

Nel Lazio le Organizzazioni Sindacali scrivono ai Cittadini per spiegare come la malasanità non possa sempre essere imputata a imperizia medica. A monte di tutto vanno considerate le scelte delle politiche nazionali e regionali.

In Puglia un Giudice di pace ha intimato a una Asl di rimborsare a una paziente i costi sostenuti per l'epidurale.

In Veneto l'Intersindacale denuncia il degrado della Sanità pubblica. In 10 punti le contestazioni sulle condizioni inaccettabili in cui versa il Sistema Sanitario Regionale.

a pagina 11

Tetto alle Pensioni Interviene il Parlamento

Ritorna il tetto sulle pensioni, ma questa volta il Parlamento non si è accontentato di ridurle solo per il futuro: interviene anche su quelle già liquidate negli ultimi tre anni.

Un emendamento del governo al ddl di Stabilità, introdotto per correggere un aspetto della riforma Fornero (che nell'estendere, dal 2012, la regola contributiva a tutti i lavoratori aveva, a dire di alcuni, lasciata aperta una finestra anomala), produrrà effetto dal 1° gennaio 2015 su tutte le pensioni da liquidare e su quelle già liquidate precedentemente.

a pagina 13



Buone Feste
e
Felice 2015

Arriverò
al prossimo numero!

AAROIEMAC

S.A.R.E.D.

SimuLearn®

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

Da lunedì 19 Gennaio 2015, dopo una pausa resasi necessaria per l'aggiornamento di attrezzature e materiali, completamente rinnovati, riprendono i Corsi di Simulazione Avanzata del Centro SimuLearn di Bologna, con manichini e software di ultima generazione! I Corsi sono strutturati in due giornate consecutive (1° giorno pomeriggio + 2° giorno mattino e pomeriggio). Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile sul sito www.aaroiemac.it, dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento. Per ulteriori raggugli, è possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425

CALENDARIO CORSI PRIMO TRIMESTRE 2015

Sicurezza in Anestesia: verso nuovi standard lavorativi

Lunedì 26 Gennaio / Martedì 27 Gennaio

Gestione delle Aritmie Cardiache durante l'intervento chirurgico con Sistemi di Simulazione

Lunedì 19 Gennaio / Martedì 20 Gennaio

Lunedì 9 Febbraio / Martedì 10 Febbraio

Lunedì 2 Marzo / Martedì 3 Marzo

Gestione delle Problematiche Anestesiologiche in Pediatria con Sistemi di Simulazione

Lunedì 2 Febbraio / Martedì 3 Febbraio

Lunedì 16 Marzo / Martedì 17 Marzo

Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 16 Febbraio / Martedì 17 Febbraio

Lunedì 9 Marzo / Martedì 10 Marzo

Ecografia In Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Lunedì 23 Febbraio / Martedì 24 Febbraio

Lunedì 23 Marzo / Martedì 24 Marzo

Censimento Nazionale AAROIE-EMAC: domande online

I dati raccolti serviranno per mettere a punto strategie più mirate sui reali bisogni

Perchè compilare il questionario

"Cari Colleghi, vi presentiamo il Censimento per la raccolta dei dati relativi agli Ospedali ed alle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione presenti sul territorio nazionale. Questa iniziativa nasce dalla necessità di avere un quadro aggiornato e completo delle realtà lavorative, dal punto di vista delle attività svolte, delle risorse strumentali e umane disponibili, e dell'organizzazione del lavoro. L'acquisizione di questi dati risulterà estremamente utile, in quanto, una volta elaborati, ci daranno la possibilità di un fattivo confronto con i vari soggetti istituzionali in tema di attuali e futuri assetti del Sistema Sanitario, soprattutto in previsione della ripresa dell'attività contrattuale.

La ricognizione cui vi chiediamo di partecipare ci permetterà di valutare come meglio portare avanti la battaglia per i Livelli Essenziali di Organizzazione (LEO), che non possono assolutamente esser disgiunti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Vi chiediamo quindi di compilare con grande cura e nei tempi previsti il questionario, seguendo le indicazioni riportate di seguito. Il questionario è online sul sito al link:

www.aaroiemac.it/site/i-censimenti.html

Alessandro Vergallo

Presidente Nazionale AAROIE-EMAC

Fabio Cricelli

Vice Presidente Vicario AAROIE-EMAC

Istruzioni per la compilazione

Per la compilazione del Censimento, da effettuare entro il 31 Gennaio 2015, è necessario procurarsi alcuni dati relativi sia agli Ospedali che alle singole Unità Operative presenti nell'Azienda di riferimento. Pertanto prima di compilarlo è necessario scaricare la lista delle domande contenute, ed approcciarsi poi alla compilazione con i dati già acquisiti. I dati da inserire sono quelli relativi all'anno solare 2013, se non diversamente specificato all'interno della domanda. In particolare, in alcune domande viene richiesto di indicare il dato attuale (es: ferie arretrate, aspettative per maternità, etc). Il Compilatore deve accedere all'area dedicata alla

propria Regione. Il censimento si compone di due sezioni separate, una per Ospedale e una per singola Unità Operativa. Ogni sezione ha un link dedicato. Pertanto, ad esempio, se un'Azienda (ASL, ASP, etc) ha al proprio interno tre Ospedali, ogni Compilatore dovrà cliccare sul link per Ospedale tre volte, una volta per ogni Ospedale, compilando quindi tre schede distinte. Successivamente, dovrà cliccare sul link per Unità Operative, e compilare la relativa scheda tante volte quante sono le UO presenti nei singoli Ospedali.

Chiara Gasperini

Coordinatrice del Censimento

Per informazioni sulla compilazione del censimento scrivere a: info.censimento@aaroiemac.it

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROIE-EMAC

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

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

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il
15 Dicembre 2014
Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
16 Dicembre 2014

Il "Sistema di protezione AAROI-EMAC"

Ottenute le migliori soluzioni per poter lavorare con la tranquillità necessaria

Il mantenimento del "Sistema di Protezione AAROI-EMAC" così ottenuto è la miglior risposta alle soluzioni "alternative" che altri, cercando di copiar male le nostre, e in modo fastidiosamente sospetto, hanno fatto piovere con fare da imbonitori, come se fossero soluzioni miracolose, a gran parte dei nostri Iscritti.

La nostra Associazione – grazie anche alla sua forza associativa e all'impegno di AON – ha onorato così la sua promessa, fatta il 10 Ottobre scorso, di non intendere lasciarsi intimidire né illudere da nessuno, tantomeno da chi nel frattempo continua ad offrire prodotti che ad un'analisi superficiale, sia dal punto di vista economico che da quello delle condizioni effettive di polizza, possono sembrare appetibili, ma per i quali continuano a ravvisarsi pesanti limitazioni al momento dell'effettiva necessità, e che quindi rischierebbero di svolgere per noi una mera funzione di rasserenamento psicologico, almeno finché non si verifica un sinistro.

In estrema sintesi, è necessario ricordare, in primo luogo, che in base all'ordinamento giuridico oggi vigente nel nostro Paese, oltre che per la prevalente applicazione della Magistratura dei principi normativi di legge:

- **in ambito civilistico**, i profili di responsabilità attribuiti al medico, sia esso dipendente pubblico o privato, o libero professionista, restano autonomi rispetto a quelli della struttura sanitaria in cui lavora, a prescindere dall'eventuale esistenza o meno di una polizza assicurativa aziendale; in tale ambito, infatti, il medico, anche se operante in una struttura pubblica, non risponde, sul piano risarcitorio, solo in caso di dolo o colpa grave, dato che il diritto del cittadino al risarcimento in caso di danno conseguente a malpractice prescinde dal grado di colpa, sia essa lieve o grave; resta pertanto assolutamente consigliabile una copertura assicurativa di Responsabilità Civile che, anche e almeno nel caso di inadempimento da parte della struttura sanitaria agli obblighi suoi propri, protegga il medico a prescindere dal grado della colpa, qual è la Polizza Assicurativa in via di perfezionamento con la Compagnia AM Trust, che avrà massimali e premi di 1° Rischio invariati rispetto allo scorso anno, e condizioni ricontrattate;

- **in ambito penalistico**, invece, ai sensi dell'art. 3 comma 1 del Decreto Legge 158/2012 "Balduzzi", poi convertito nella Legge 189/2012, "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve"; resta comunque assolutamente consigliabile una copertura assicurativa di Tutela Legale Penale che protegga il medico a prescindere dal grado della colpa, qual è la Polizza Assicurativa in via di perfezionamento con la Compagnia Itas, che avrà massimali e premi di 1° Rischio aumentati rispetto a quelli precedenti con la Compagnia Roland, e condizioni ricontrattate.

Naturalmente, va considerato che ogni procedimento giudiziario, sia esso civile o penale, implica il dover sostenere spese legali (sempre) e peritali (nella maggior parte dei casi), che restano coperte, negli ampi limiti delle loro condizioni contrattuali, dalle suddette Polizze Convenzionate dall'AAROI-EMAC.

Inoltre, è utile tener presente che, almeno nel nostro Paese, oggi non esiste, in ambito di colpa sanitaria, una singola polizza assicurativa che copra la responsabilità civile unitamente alla tutela legale penale: pertanto, il medico che intenda garantirsi dal rischio di dover provvedere con il proprio patrimonio, qualora chiamato in causa civile, e/o sottoposto a procedimento penale, alle relative spese legali e peritali, oltre che al risarcimento del danno, deve stipulare due polizze assicurative separate e distinte.

Infine, occorre prestare attenzione al fatto che il mercato assicurativo offre oggi una sola gamma di polizze per ognuna delle due tipologie di rischio coperto (in ambito civile e in ambito penale) derivante da un fatto illecito, consistente in un comportamento attivo od omissivo di cui l'Assicurato debba rispondere:

- **per la Responsabilità Civile, si tratta di Polizze "Claims Made";**
- **per la Tutela Legale Penale, si tratta di Polizze "Loss Occurrence".**

È dunque possibile valutare le Polizze suddette solo in questa precisa prospettiva, senza fare confusione tra le loro specifiche peculiarità; non potendo qui dilungarci in modo dettagliato su tutte le loro differenze, ne sintetizziamo di seguito le loro principali caratteristiche:

- **Polizze di Responsabilità Civile "Claims Made":** con la clausola "Claims Made" (letteralmente a "richieste fatte"), l'insorgenza di un sinistro è fatta coincidere con il momento in cui avviene la richiesta di risarcimento del danno avanzata dal terzo presunto danneggiato, e la garanzia assicurativa vale per le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato e da questi denunciate durante il periodo di vigenza delle polizze, anche se la condotta lesiva o il danno stesso siano antecedenti al momento dell'inizio della copertura (queste polizze possono prevedere una garanzia estesa ad un determinato periodo di tempo anteriore alla decorrenza della polizza, detto "periodo di retroattività");

- **Polizze di Tutela Legale Penale "Loss Occurrence":** con la clausola "Loss Occurrence" (letteralmente ad "insorgenza del danno"), l'insorgenza di un sinistro è fatta coincidere con il momento in cui è avvenuto un comportamento dell'Assicurato che possa aver generato una responsabilità penale a suo carico, e la garanzia assicurativa vale per comportamenti avvenuti durante il periodo di vigenza delle polizze.

I MIGLIORAMENTI DELLA CONVENZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE AM TRUST

Definizioni – Verrà introdotta, come segue, la definizione di "data di continuità assicurativa", che crea le condizioni affinché la retroattività non sia più calcolata dall'inizio di ogni anno assicurativo, ma dall'inizio della continuità assicurativa, in modo tale che, per ogni anno di mantenimento della Polizza, la retroattività aumenti di un anno rispetto ai sette anni previsti per la colpa lieve e ai dieci anni previsti per la colpa grave:

Data di continuità Assicurativa: la data meno recente tra:

- *la data di adesione dell'Assicurato alla presente polizza;*

- *la data di adesione dell'Assicurato a precedente polizza stipulata dal Contraente con la Società in presenza di continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente polizza.*

Pertanto, p. es., gli Assicurati alla Convenzione Am Trust dal 30/12/2012, che la rinnoveranno senza averla mai interrotta, avranno retroattività per colpa lieve al 30/12/2005, e per colpa grave al 30/12/2002, mentre i nuovi Assicurati che la successivamente la manterranno senza interruzioni avranno retroattività per colpa lieve al 30/12/2007, e per colpa grave al 30/12/2004.

Oggetto dell'assicurazione – A precisazione dell'operatività della Polizza per tutti i gradi di colpa, il paragrafo dedicato ai Dipendenti e ai Convenzionati del SSN verrà riformulato come segue:

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata sul Modulo di Adesione.

... Nel caso in cui l'assicurato svolga la propria attività professionale in veste di medico dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Servizio Sanitario Nazionale, la copertura della responsabilità civile, all'infuori dei casi di colpa grave di cui al comma che precede, è prestata altresì al ricorrere congiunto delle seguenti condizioni:

a) che la struttura di appartenenza non abbia adempiuto agli obblighi previsti dalla contrattazione collettiva di fornire all'assicurato un'adeguata copertura della responsabilità civile;

b) che la struttura di appartenenza dichiari per iscritto all'assicurato di non volerlo tenere indenne/manlevare di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato. A tal fine l'assicurato dovrà formulare alla struttura, contestualmente all'avviso di sinistro di cui all'art. 19), una richiesta scritta di manleva. Ove la struttura non dia riscontro entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta, il silenzio sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto di manlevare l'assicurato.

Quindi, in caso di sinistro per colpa lieve, la garanzia è operante per tutti gli Assicurati, fatto salvo il diritto dell'Assicurato Dipendente o Convenzionato del SSN di potersi avvalere della tutela aziendale prevista dalle norme di legge e dai contratti di lavoro in essere.

Esclusioni – Per far sì che la notifica di un avviso di garanzia (valevole per l'apertura di sinistro in ambito penale) non possa in alcun modo compromettere l'operatività della polizza per i Medici Dipendenti del SSN che debbano denunciare un sinistro nel momento in cui ricevano una richiesta di risarcimento (valevole per l'apertura di sinistro in ambito civile), verrà precisato che:

... limitatamente agli Assicurati che svolgono la propria attività in qualità di dipendenti o convenzionati di strutture, cliniche o istituti facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, non saranno considerati fatti e/o circostanze note eventuali azioni giudiziarie penali intentate contro l'Assicurato stesso.

Gestione delle vertenze e spese legali – Fermo restando che resteranno a carico della Compagnia le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro, in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, entro il limite del 25% del Massimale medesimo, verrà introdotta la copertura della eventuale Mediazione, come segue:

... Per la gestione legale della sola fase di mediazione il limite massimo dell'esborso posto a carico della Compagnia è pari ad euro 2.000 per ogni Mediazione.

Specializzandi – Gli Specializzandi, a loro scelta, avranno la possibilità di scegliere se avere copertura assicurativa:

- per la sola attività svolta in Ospedale, a fronte di un premio annuo di € 200;

- estesa, oltre che all'attività svolta in Ospedale, all'attività di guardia medica e di sostituzione di medico di base, a fronte di un premio annuo di € 350.

LE CARATTERISTICHE DELLA NUOVA CONVENZIONE DI TUTELA LEGALE ITAS

La Convenzione di Tutela Legale sarà garantita, per il prossimo anno assicurativo, da ITAS, Mutua Assicurazione Italiana con duecento anni di storia e circa 700 milioni di euro di raccolta premi.

Dato l'andamento negativo dei Contratti Assicurativi di Tutela legale Penale registrato negli ultimi due anni, si è reso necessario ricontrattarne le condizioni, accettando inoltre un contenuto aumento dei premi per le Polizze di "1° Rischio" ad adesione facoltativa. La Convenzione di Tutela legale Itas offre comunque una combinazione di garanzie e di massimali, oltre che di premi, che nel suo complesso resta conveniente rispetto ai migliori prodotti disponibili sul mercato.

La Polizza di "2° Rischio", ad adesione automatica con l'iscrizione all'Associazione (Specializzandi esclusi), avrà un massimale di € 20.000, con franchigia fissa di € 2.000, senza minimo scoperto percentuale.

Per offrire una maggiore flessibilità, l'AAROI-EMAC ha negoziato e ottenuto, per coloro (Specializzandi esclusi) che aderiranno alla Polizza di "1° Rischio", la possibilità di scegliere fra due opzioni:

- € 100 di premio annuo, per un massimale di € 40.000 (che si somma al massimale di € 20.000 garantito dalla Polizza di "2° Rischio") con franchigia dimezzata ad € 1.000;

- € 250 di premio annuo, per un massimale di € 40.000 (che si somma al massimale di € 20.000 garantito dalla Polizza di "2° Rischio") senza alcuna franchigia.

Gli Specializzandi, invece, potranno stipulare una specifica Polizza ad adesione facoltativa, con un massimale di € 50.000,00 senza franchigia, a fronte di un premio annuo € 50.

Una specifica opzione di scelta, per tutti gli Iscritti, riguarderà la possibilità di stipulare una Polizza di Tutela Legale ad adesione facoltativa con Itas senza dover obbligatoriamente stipulare una Polizza di Responsabilità Civile ad adesione facoltativa con Am Trust.

GLI ISCRITTI GIÀ ASSICURATI NEL 2014 CON LE POLIZZE AD ADESIONE FACOLTATIVA (1° RISCHIO) AVRANNO TEMPO, PER RINNOVARLE, FINO AL 28 FEBBRAIO 2015, MANTENENDO LA CONTINUITÀ ASSICURATIVA

GLI ISCRITTI CHE INTENDERANNO SOTTOSCRIVERE EX NOVO LE NUOVE POLIZZE AD ADESIONE FACOLTATIVA (1° RISCHIO) POTRANNO FARLO NON APPENA IL BROKER AON LE METTERÀ A DISPOSIZIONE ONLINE, CON I MODULI DI ADESIONE, A PARTIRE DAL 22 DICEMBRE P. V.

PER ULTERIORI CHIARIMENTI E DELUCIDAZIONI RIVOLGERSI AL BROKER AON AL N° VERDE 800 18 60 38

Nasce "Alleanza per la Professione Medica"

Sette proposte per migliorare l'attuale situazione lavorativa dei Medici



Il 16 Ottobre scorso si è svolta a Roma la conferenza stampa di presentazione di ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA, fondata da 7 Associazioni di soli Medici: AAROI-EMAC, ANDI, CIMO, FEMMED, FIMMG, FIMP, SUMAI, alle quali nei giorni scorsi si è aggiunta la CIMOP.

Per sua natura APM costituisce una modalità di aggregazione tra Sigle Sindacali rappresentanti la professione medica, allo scopo di un rilancio del ruolo dei Medici nel SSN, ma senza alcuna pretesa di costituire una Federazione, né una Confederazione, con l'obiettivo, tra altri, di migliorare l'attuale situazione professionale di tutti i Medici, oggi pesantemente colpiti da una grande incertezza sul piano delle responsabilità, che a tutt'oggi non sono regolamentate da una legge chiara dello Stato, dall'attribuzione di nuove competenze a personale non medico, dal blocco del turn-over e degli stipendi, oltre che da continui stravolgimenti del loro percorso formativo e lavorativo.

Per la prima volta, con APM, Medici dell'Ospedalità Pubblica e Privata iniziano con i Colleghi del Territorio, sulle basi e nelle prospettive comuni, un percorso condiviso di progettazione e proposta di modelli professionali e organizzativi di valore nei confronti dei Cittadini e delle Istituzioni. Sarà un percorso non facile, ma nemmeno - speriamo - impossibile.

La nostra Associazione, pertanto, è orgogliosa di aver partecipato alla costituzione di APM, nell'ottica di poterle dare un importante contributo e trarne un altrettanto consistente slancio, fermo restando che le caratteristiche, gli scopi, e le finalità dell'AAROI-EMAC sono peculiari, tanto quanto lo sono la professionalità e le competenze dei suoi Iscritti.

Di seguito il comunicato stampa diffuso per presentare la nuova Aggregazione.

"In questo difficile momento per il nostro Paese, e per il Servizio Sanitario in particolare, le organizzazioni che aderiscono ad ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA avvertono il disagio diffuso fra tutti i medici, la cui gravità è tale da mettere a rischio il corretto svolgimento della loro attività professionale e la loro stessa serenità. Non volendo affrontare passivamente tale disagio, intendiamo avanzare proposte concrete e utili per il suo superamento, al fine di prevenire le possibili ricadute negative, sulla qualità delle cure percepita dagli assistiti, sulla qualità di vita del medico e sui costi aggiunti che indirettamente si vengono a determinare a carico del Servizio Sanitario. I profondi cambiamenti intervenuti in questi anni nella sanità italiana, in termini di formazione universitaria, di organizzazione aziendale e di rapporti fra le professioni, hanno fortemente contribuito a rendere meno chiaro il ruolo del medico, agli occhi del management e degli assistiti, favorendo in alcune aree del paese delle errate interpretazioni dei ruoli e delle competenze.

L'importanza crescente che ha assunto il contributo di altri professionisti della salute nei processi assistenziali più complessi, che richiedono l'integrazione di competenze diverse all'interno

di una équipe, non è stata supportata dalla necessaria chiarezza sui ruoli che ciascun professionista è chiamato a svolgere e sull'identificazione delle rispettive competenze e responsabilità.

Le legittime istanze di risarcimento avanzate dagli assistiti che hanno subito un danno, attivo o omissivo, quando vengono amplificate da irresponsabili speculazioni, esercitano un effetto stressante sul medico e sulla sua attività professionale e lo inducono a seguire dei percorsi diagnostico-terapeutici più lunghi e costosi al fine di evitare umilianti e dispendiosi procedimenti civili e penali. È evidente l'inadeguatezza dei percorsi formativi che, dopo la laurea e gli anni della specializzazione licenziano il medico con una preparazione incompiuta, che dovrà trovare completamente sul campo, dove sarà obbligato a pagare onerose polizze assicurative, già prima di poter esercitare la professione in maniera remunerata. Il sistema contrattuale, sia del dipendente che del convenzionato, è diventato insoddisfacente dal punto di vista del trattamento economico e del riconoscimento professionale. All'assenza di stimoli di carriera, si aggiunge, infatti, la mancanza di adeguati incentivi economici e professionali. Di converso, per attività libero professionali si assiste ad un continuo incremento dei costi di gestione.

A fronte di tutto questo il medico si trova nella condizione di dover onorare contemporaneamente due contratti, quello con l'assistito e quello con la struttura sanitaria, in un contesto giurisprudenziale e deontologico che privilegia il primo ed uno amministrativo gestionale che privilegia il secondo. Ciò sinteticamente premesso, ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA si pone come soggetto che elabora, promuove e sostiene unitariamente ogni possibile soluzione al disagio della professione medica, nella interlocuzione con le Istituzioni e con gli altri soggetti del sistema sanitario, in sinergia con gli Ordini professionali, rappresentativi di tutto il mondo medico e odontoiatrico, ai quali chiediamo di farsi parte attiva in questo percorso.

In particolare proponiamo:

1) di promuovere e difendere nel profilo giuridico di appartenenza (dipendente o convenzionato) l'indispensabile autonomia decisionale del medico, che deve sostanzialmente anche nella possibilità di partecipare concretamente al governo del contesto organizzativo in cui esercita la propria attività professionale;

2) di sostenere la necessità che il medico, comunque responsabile della strategia diagnostica, terapeutica e riabilitativa del paziente, sia in possesso degli strumenti normativi per verificare e vincolare tutti i professionisti che intervengono nel processo assistenziale di cui è responsabile, anche negoziando i livelli di autonomia e responsabilità degli stessi;

3) di promuovere una diversa progressione professionale e di carriera nel corso della vita lavorativa che esalti la sfera professionale, anche attraverso una valutazione/certificazione periodica delle abilità professionali individuali, perseguendo una valorizzazione fondata su indicatori di appropriatezza, processo e risultato, in una logica meritocratica;

4) di promuovere una diversa definizione della responsabilità professionale e la sostituzione in campo sanitario del diritto al risarcimento con quello di indennizzo (salvo che per colpa grave o dolo), perché non si può paragonare il danno colposo da incidente sul lavoro o da incidente stradale con quello che deriva da un trattamento diagnostico o terapeutico. Nell'ambito di ciò si rivendica anche la definizione di specifiche tabelle di indennizzo;

5) di rivendicare una corretta programmazione delle attività formative universitarie, sia per quanto riguarda i tempi e le modalità di accesso al corso di laurea, alle specialità universitarie e al corso di formazione in medicina generale, sia per quanto riguarda i contenuti e i luoghi di formazione specialistica, propedeutico per la successiva immissione nel mondo del lavoro;

6) di recuperare l'autonomia e la centralità del proprio ruolo, all'interno del SSN, attraverso un'area di contrattazione specifica per il medico dipendente;

7) di salvaguardare la libera professione medica ed odontoiatrica dalla sempre più incombente pressione burocratica e fiscale".

Una prima iniziativa di APM è stata una contro-proposta relativa all'art. 22 del Patto per la Salute, riportata a fronte in pagina 5, in cui si è cercato di risolvere le più importanti criticità rilevate nel documento redatto dal Ministero della Salute.

Il Medico è al centro del SSN. Necessario ridargli le giuste prospettive

Fabio Cricelli spiega i motivi che hanno spinto l'AAROI-EMAC ad essere tra i fondatori di APM

Condividiamo il profondo senso di disagio e malessere che è ormai diffuso tra tutti i Medici, che lavorino sul Territorio o in Ospedale: assieme agli altri rappresentanti delle Associazioni Sindacali Mediche che hanno aderito ad APM abbiamo cercato di condividere anche l'analisi delle cause che hanno portato a questa situazione e soprattutto cerchiamo di condividere proposte e soluzioni per ridare prospettive al ruolo del Medico, centrale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Il riordino del sistema di formazione universitaria ha condotto gli esercenti le professioni sanitarie non mediche ad una richiesta di implementazione delle competenze e delle responsabilità. Abbiamo assistito a rivendicazioni di autonomia nella diagnosi, nella certificazione, nella gestione di unità operative sanitarie ospedaliere e territoriali. Molti Amministratori sono tentati di utilizzare personale tecnico ed infermieristico per compiti affidati ai Medici, nell'intento di operare risparmi attraverso l'utilizzo di personale a costo più basso. Nel nostro caso l'esempio più calzante è quello di un Blocco Operatorio in cui la conduzione dell'anestesia è affidata ad un infermiere di anestesia per ogni S.O. mentre la supervisione/responsabilità di più sale operatorie è affidata al Medico Anestesista Rianimatore. Sia ben chiaro che nessuno vuole impedire agli esercenti le professioni sanitarie non mediche di realizzare legittime aspirazioni di crescita professionale, ma questo deve avvenire all'interno di modelli di organizzazione del lavoro rispettosi delle competenze delle categorie interessate nel tessuto unitario del Servizio Sanitario Nazionale. Dobbiamo sostenere con forza il ruolo del medico quale responsabile della strategia diagnostica, terapeutica e riabilitativa del paziente, anche e soprattutto lad-

dove sono operanti nuovi modelli di cura e di assistenza perché proprio lì, a fronte di una forte richiesta di una autonomia professionale che passa attraverso una separazione tra processo clinico e processo assistenziale, si rischiano sovrapposizioni giuridico-istituzionali e gestionali.

Non parliamo poi dell'assurdo protrarsi del blocco contrattuale che, attraverso perdite economiche e mancate progressioni di carriera causa demotivazione e malcontento. Ma il blocco ha portato con sé anche soppressione di tanti primariati, mancata sostituzione dei medici andati in pensione e/o trasferiti o delle colleghe in maternità, e tanto, tanto precariato, contro il quale tutti si stracciano le vesti, ma nessuno fa nulla di concreto. E questo almeno per noi ospedalieri significa, straordinari, guardie notturne, reperibilità, fine settimana lavorativi in più per mantenere aperti i servizi. Ben venga, quindi, un'area di contrattazione specifica per il medico dipendente che da tanto richiediamo, e attraverso cui iniziare una tornata contrattuale all'interno della quale poter discutere di una diversa progressione professionale e di carriera nel corso della vita lavorativa che esalti la sfera professionale e premi il valore dei professionisti.

Il contenzioso sanitario ha raggiunto, negli ultimi anni, livelli preoccupanti con il coinvolgimento di un numero sempre maggiore di medici, a volte di intere Unità Operative, come accade per pazienti ricoverati in Rianimazione/Terapia Intensiva. Questa frequente chiamata in causa riduce notevolmente la serenità lavorativa in ambienti quali quelli di Area Critica e Sala Operatoria in cui i livelli di stress sono già particolarmente elevati. A ciò si deve aggiungere una sempre maggiore difficoltà a reperire validi prodotti Assi-

curativi sia di Tutela Legale che di Responsabilità Civile, in un panorama nazionale in cui la protezione assicurativa da parte delle Regioni e/o delle Aziende è quanto mai varia e, a volte, colpevolmente assente. In questo quadro chiediamo un impegno comune affinché trovino una soluzione unitaria e condivisa tutte quelle proposte di legge che portano ad una diversa definizione della responsabilità professionale del medico e che da troppo tempo giacciono in Parlamento. Non possiamo che guardare con estremo interesse al contenuto della recente sentenza del Tribunale di Milano che attribuisce l'onere della responsabilità contrattuale alle Aziende e quella extracontrattuale al medico. Il tutto, si badi bene, senza nulla togliere ai diritti dei pazienti, anzi, tutelando maggiormente in ordine al loro rapporto diretto con la struttura sanitaria cui affidano la loro salute, anche in termini di responsabilizzazione organizzativa.

Una considerazione per finire: abbiamo rappresentato fin qui solo alcune criticità che sono alla base del malessere diffuso nella classe medica. Vorrei ricordare che queste sono il frutto di anni di politiche governative che hanno portato solo tagli ed un pesante defianziamento del SSN. Abbiamo sempre chiesto di essere ascoltati per esporre anche le nostre proposte per un miglior funzionamento del SSN portando l'esperienza dei professionisti che vi lavorano e che ne hanno a cuore la sopravvivenza. Siamo ancora qui a fare analisi e proposte per dare una mano fattiva in una situazione ancora molto difficile per il nostro Paese. Chiediamo ancora una volta ascolto augurandoci di averlo, ma non ci pare che la politica sia cambiata.

Fabio Cricelli
 Vice Presidente Nazionale Vicario AAROI-EMAC

DDL per gestione e sviluppo del personale sanitario

AAROI-EMAC: "Partire dai fabbisogni reali negli ospedali"

È stata presentata il 5 Novembre la prima bozza del DDL delega ex art. 22 del Patto per la Salute per la gestione e lo sviluppo del personale sanitario. Il documento, messo a punto dal Tavolo politico ex art. 22 del Patto per la Salute, delega il Governo ad emanare entro 180 giorni dall'entrata in vigore della Legge uno o più decreti legislativi per garantire "la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze, anche mediante la valorizzazione delle risorse professionali ed umane del Servizio Sanitario Nazionale, nonché del sistema sanitario nazionale nel suo complesso e comunque l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie".

La bozza non ha convinto l'AAROI-EMAC. Anzi, nel merito, dopo averne analizzato con cura le inevitabili conseguenze negative per i medici ospedalieri e per i pazienti affidati alle loro cure, l'Associazione ha espresso in un comunicato stampa il totale disappunto, in particolare su due aspetti.

"Il primo aspetto – afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC – riguarda l'accesso del personale medico al Servizio Sanitario Nazionale ed il relativo inquadramento in una categoria non dirigenziale, di cui al punto 1, lettera a), che appare come un maldestro tentativo di riordinarne la formazione specialistica.

È innegabile che nel nostro Paese molti Ospedali partecipino attivamente, insieme alle Università, alla rete formativa dei medici specializzandi, ma la creazione di un percorso formativo specialistico ospedaliero "minore", così concepito, aggiungerebbe al nostro SSN ulteriori squilibri e rischi, sia professionali che assistenziali, a quelli già esistenti.

Infatti, per quanto concerne specificatamente la disciplina

di anestesia e rianimazione, per esempio, tutte le attività di diagnosi e cura sui pazienti sono esercitate personalmente e direttamente da ogni singolo medico anestesista rianimatore, e non da un'equipe: pertanto, è impensabile che tali attività siano poste in capo a medici neolaureati, le cui prestazioni professionali in tal caso si configurerebbero tutte come sostitutive e non integrative di quelle del personale specialista di ruolo, anche in evidente ed intollerabile contrasto, tra l'altro, con il dettato del D.Lgs. 368/99, art. 38, c.3, e con tutte le derivanti inaccettabili connotazioni e conseguenze, anche di rilevanza penale, in tema di responsabilità professionale.



La singolare previsione di livelli retributivi "equivalenti a quelli previsti per la categoria DS del comparto", invece, non merita commenti.

Il secondo aspetto – sottolinea Vergallo – riguarda lo sdoppiamento della carriera professionale dei medici in distinti percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale, di cui al punto 1, lettera d), che lascia intravedere una pericolosa e delegittimante scissione delle loro competenze integrate di clinical governance, di cui non si comprendono le finalità, a meno di non dover sospettare un loro progressivo e definitivo confinamento ad un ruolo amministrativo o, alternativamente e più probabilmente, ad un ruolo esclusivamente tecnico, a beneficio di altre figure non mediche, come se la scelta di un "per-

corso gestionale" possa annullare una laurea e una specializzazione, o, viceversa, come se la scelta di un "percorso professionale" possa impedire lo svolgimento di attività gestionali che sono intimamente legate a quelle professionali.

In relazione alle due criticità rilevate – spiega il Presidente AAROI-EMAC –, siamo pronti e disponibili a formulare proposte alternative per "la valorizzazione delle risorse professionali ed umane del Servizio Sanitario Nazionale, nonché del sistema sanitario nazionale nel suo complesso", come recita la bozza di ddl in questione, e le esponiamo di seguito in estrema sintesi:

- sulla formazione specialistica, il percorso da seguire, a nostro avviso, è ben diverso, e deve partire dai fabbisogni reali di specialisti negli Ospedali rispetto alle eventuali carenze di posti nelle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, prevedendo, per coprire tali carenze, di concerto con Ospedali e Università, l'implementazione dei posti necessari e/o una formazione specialistica in "Ospedali di formazione", retribuita ad boc, per giungere al progressivo inserimento di tutti i medici in formazione nelle attività di diagnosi, cura e prevenzione secondo modi e tempi calibrati opportunamente per ogni disciplina specialistica, tenendo conto dei parametri legati alla libera circolazione dei medici in Europa.

- sulla carriera professionale dei medici la soluzione è addirittura più semplice: dato che i medici con qualifica di direttore e/o di responsabile di Unità Operativa, sia ospedaliera che universitaria, non possono oggi esimersi, per evidenti ragioni di natura organizzativa, funzionale, e contrattuale, dalle coesistenti competenze gestionali e cliniche connesse al loro ruolo, se qualcuno di essi non ritiene di esserne all'altezza, torni alla sottostante qualifica di dirigente medico, come il vigente CCNL consente, e lasci il suo posto ad altro collega più in grado di assumersele entrambe, e forse più motivato".

L'APM riscrive l'art. 22 del Patto per la Salute

Presentata al Ministro Lorenzin la proposta di Alleanza per la Professione Medica

Alleanza per la Professione Medica dopo l'incontro col Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, del 18 Novembre scorso, ha proposto una riformulazione dell'Articolo 22 del Patto per la Salute che pone l'accento sulla riclassificazione del personale del SSN, la formazione e la valorizzazione del Medico dipendente. La nuova proposta, pubblicata di seguito, è stata diffusa a pochi giorni di distanza dall'incontro:

1. Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze, anche mediante la valorizzazione delle risorse professionali ed umane del Servizio Sanitario Nazionale, nonché del sistema sanitario nazionale nel suo complesso e comunque l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie, il Governo, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della funzione pubblica ed il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) prevedere l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di una categoria speciale comprendente l'attuale dirigenza medica e sanitaria non medica del Servizio sanitario nazionale, disciplinata in ruoli distinti, razionalizzando e integrando la disciplina già dettata in materia dall'ordinamento con quanto previsto dal presente disegno di legge delega, che per quanto riguarda il medico tenga conto delle peculiarità sue proprie in materia di responsabilità clinica nella diagnosi e cura, nonché di quella decisionale nei percorsi assistenziali, diagnostici e terapeutici.

b) disciplinare la formazione del personale medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, biologo, psicologo, fisico e chimico, prevedendo:

1. l'individuazione preliminare del fabbisogno complessivo specialistico e di medicina generale;

2. la definizione del grado di copertura della formazione specialistica garantito dall'Università e la parte di necessaria integrazione a carico del Fondo del SSN;

3. protocolli d'intesa tra Regione ed Università che disciplinano le modalità di frequenza del corso, lo svolgimento presso la sede universitaria per la parte teorica e presso l'Università stessa od un'azienda che faccia parte della rete formativa regionale di cui all'articolo 35 e ss. del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e s.m., o presso aziende facenti parte della suddetta rete formativa presenti nella stessa Regione o nell'ambito delle cure primarie presso gli studi della Pediatria di libera scelta, per la parte pratica;

4. l'assunzione con un contratto di formazione a tempo determinato della durata del corso di specializzazione, per i medici che si specializzano nell'ambito di un'azienda che faccia parte della rete formativa regionale;

5. l'apposita disciplina concorsuale per l'ammissione ai corsi di formazione specialistica e specifica in medicina generale;

c) ridefinire, di conseguenza, gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione di area sanitaria; (DA RIFORMULARE DA PARTE DEL MIUR);

d) prevedere che:

1. la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, tenendo conto delle valutazioni formulate nelle strutture ove ha avuto luogo la formazione pratica;
2. l'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale comporta, distintamente per ogni disciplina specialistica, la graduale assunzione, fino alla completa autonomia, nell'ultimo anno del corso, delle responsabilità assistenziali, secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione e le peculiarità cliniche di ciascuna disciplina;
3. le nuove disposizioni si applicano anche ai medici in formazione alla data di entrata in vigore del decreto delegato, con le modalità ivi definite;

e) l'adeguamento della disciplina della formazione specifica in medicina generale, prevista dal D.Lgs 368/1999 e s.m.i., ai principi dell'art. 1 del d.l. 158/2012 convertito con m.e.i. dalla legge 189/2012 relativamente in particolare all'individuazione, nell'ambito del riordino della assistenza territoriale, di una rete formativa territoriale per la Medicina Generale e allo svolgimento in essa delle attività professionalizzanti del medico di medicina generale in formazione, così come previsto dall'art. 1 comma 5 della suddetta Legge, prevedendo la definizione dei contenuti organizzativi ed economici nell'ACN della Medicina Generale;

f) disciplinare per i medici dipendenti del SSN:

1. con riferimento allo sviluppo della carriera e la graduazione delle funzioni professionali e gestionali:
 - a) la valorizzazione della peculiarità del lavoro medico all'interno del SSN attraverso il riconoscimento della pari dignità dei ruoli che fanno riferimento alla competenza professionale rispetto ai ruoli gestionali;
 - b) caratterizzazione della direzione di struttura in senso di Governo clinico della struttura stessa con responsabilità di organizzazione delle risorse (umane e strumentali assegnate) mirate all'efficienza clinica ed all'efficacia delle cure;
 - c) responsabilità nella formazione del personale e nell'implementazione di linee guida, protocolli e procedure;
2. con riferimento ai criteri e le modalità di valutazione dei professionisti:
 - a) rilievo dei suoi esiti per la progressione economica e di carriera;
 - b) valutazione dei responsabili di struttura sulla base di una verifica annuale sul raggiungimento degli obiettivi di Clinical Governance e di una verifica alla scadenza dell'incarico sull'attività professionale individuale e complessiva dell'equipe, con riferimento a standard nazionali (PNE) e regionali;
 - c) valutazione degli altri medici su: performance predisposta annualmente dal dirigente della struttura, nella quale deve risultare l'effettivo contributo al raggiungimento degli obiettivi quali-quantitativi di equipe, competenze professionali documentate acquisite nel triennio ed attività professionale svolta con

riferimento a standard nazionali (PNE) e regionali specifici;

g) definire una metodologia condivisa tra il Ministero della salute e le regioni e P.A., anche attraverso la valorizzazione delle iniziative promosse a livello comunitario, che consenta di individuare standard di personale, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria, tenendo conto:

1. di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane;
2. degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
3. delle reti di offerta territoriale ed ospedaliere e del loro sviluppo, così come determinate, in particolare, ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
4. dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;
5. della evoluzione tecnologica; (DA RIFORMULARE DA PARTE DELLE REGIONI);

b) le regioni e le province autonome, nell'individuare gli standard di cui alla lettera f), definiscono i tempi di attuazione degli standard stessi in relazione all'evoluzione dei propri modelli organizzativi.

Gli standard definiti dalle regioni e province autonome sono approvati dal Ministero della salute. (DA RIFORMULARE DA PARTE DELLE REGIONI);

i) individuare, al fine di assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, specifiche misure per la stabilizzazione del personale precario, attraverso procedure concorsuali, anche tenendo conto della riorganizzazione delle reti dei servizi. (DA VERIFICARE DA PARTE DEL MEF).

2. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 17, comma 3, del decreto-legge n. 98/2011, convertito dalla legge 111/2011, come sostituito dall'articolo 15, comma 21, del decreto-legge n. 95/2012, convertito dalla legge 135/2012.

L'AAROI-EMAC entra in COSMED Più forza per CCNQ e CCNL

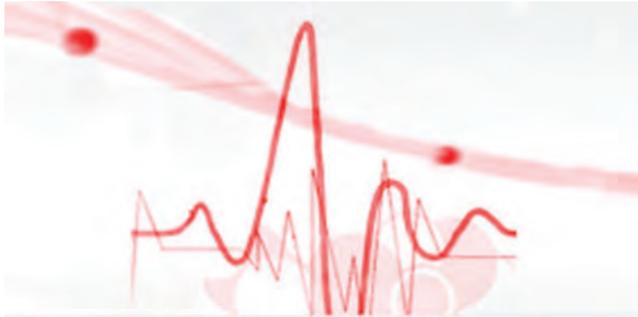
L'AAROI-EMAC entra a far parte della COSMED, la Confederazione di Medici e Dirigenti che oltre alla nostra Associazione riunisce oggi: ANAAO-ASSOMED, FVM, ASSOMED-SIVEMP, SIDIRSS, ANMI-INAIL, FPM, AIIC, FEDIR SANITA', DIRER.

Di seguito il sito web della COSMED:

<http://www.confederazioneecosmed.it/>

L'ingresso nella Confederazione è un'altra iniziativa che consente all'AAROI-EMAC la presenza nell'ambito di trattative istituzionali da cui finora era esclusa, che riguarderanno, tra l'altro, il CCNQ - Contratto Collettivo Nazionale Quadro, propedeutico al CCNL - Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Con l'AAROI-EMAC e con la DIRER, nuove Sigle aderenti, la COSMED rafforza il suo ruolo di principale Confederazione della Dirigenza del Pubblico Impiego, essendo presente in 5 aree contrattuali su 8, e confermandosi largamente rappresentativa non solo all'interno del SSN (Area III e IV), ma anche in altre aree di contrattazione pubblica, quali i Ministeri (Area I), le Regioni ed Enti Locali (Area II), gli Enti Pubblici non economici (Area IV). Con oltre 35.000 Dirigenti iscritti, circa il 37% della dirigenza sindacalizzata, la COSMED, anche grazie all'adesione dell'AAROI-EMAC, si prepara a riproporre, con maggior forza, le istanze dei Lavoratori del Pubblico Impiego.



Stipendi diversi da Regione a Regione Il Rapporto STEM sui costi del personale del SSN

È stato pubblicato il Rapporto STEM relativo alla prima analisi dei costi per il personale del Servizio Sanitario Nazionale anni 2010/2012. Lo studio della Struttura tecnica di monitoraggio sulla sanità che opera presso il Dipartimento degli Affari regionali della Conferenza Stato-Regioni è stato condotto in ogni Regione e Provincia autonoma su dati Agenas, escludendo le strutture private accreditate ed equiparate, validati dalle singole Regioni.

Il dato principale che emerge è la diversità dei costi da una regione all'altra e da una ASL all'altra.

Relativamente al costo medio di tutto il personale dipendente - 658.331 unità di personale FTE - varia dai 62.772 euro della Campania ai 51.753 euro del Veneto, con una differenza di circa 11.000 euro annue, pari al 20%, mentre le Regioni di riferimento 2013 (Emilia-Romagna, Veneto e Umbria) si attestano a 52.900 euro.

Entrando nel dettaglio, per quel che riguarda la Dirigenza sanitaria medica, la differenza tra la Regione Molise e la Regione Sardegna è di circa 15.000 euro, pari al 15%, su un totale, a livello nazionale, di 120.180 unità di personale FTE.

Allo stesso modo per il Comparto sanitario, la differenza tra la Regione Campania e la Regione Sardegna è di quasi 6.000 euro annui (circa il 15%), su una platea, a livello nazionale, di 331.859 unità di personale FTE.

Il discorso non cambia per il Comparto del ruolo tecnico dove la differenza tra la Campania e l'Umbria è di circa 8.000 euro annui (il 28%) su 116.649 unità di personale FTE.

Differenze in parte riconducibili alla determinazione di altre voci retributive che sono lasciate alla contrattazione integrativa aziendale e che riguardano le indennità concesse dalle aziende sanitarie in base ai tre fondi di cui dispongono (di funzione, disagio e risultato). Da questo punto di vista ad esempio, in Campania in media queste indennità pesano sul totale delle retribuzioni per il 23,7% contro il 17,7 della Sardegna e il 20,3 delle regioni benchmark.

Per i medici si va dal 32,6% del Piemonte e il 31,7 del Veneto al 26,1 della Sardegna e il 26,6 della Toscana. Un excursus che per gli infermieri tocca il 19,6% in Campania e l'11,1 in Basilicata.



La notevole variabilità dei costi medi dei singoli ruoli è influenzata anche dalla diversa composizione del personale nel suo insieme: nelle aziende con personale con anzianità di servizio elevata o con un numero maggiore di strutture complesse il costo medio è più alto rispetto alle aziende con personale "lavorativamente" più giovane e con un numero inferiore di strutture complesse.

I costi medi elevati di alcune Regioni, soprattutto di quelle in Piano di rientro, sono influenzati dal permanere, nel triennio considerato, del blocco del turn over, il quale ha prodotto, in alcune situazioni, l'effetto di far aumentare il costo medio del personale, in quanto richiede il pagamento di prestazioni aggiuntive (ad es. straordinari, anche festivi e notturni), retribuite in base agli accordi integrativi aziendali, ad un numero inferiore di unità di personale. A dimostrarlo è anche il dato relativo al costo del personale in rapporto alla popolazione residente, che vede tre Regioni in Piano di Rientro (Campania, Lazio e Puglia) con i valori più bassi.

Il Rapporto evidenzia inoltre che in tre anni le buste paga si sono alleggerite di 1,17 mld complessivi, pari al 3,1% del totale. E il numero complessivo di lavoratori è diminuito di 19mila unità.

I precari devono essere stabilizzati La sentenza della Corte di Giustizia Europea sui contratti a termine

Stop ai contratti a termine a oltranza. Lo stabilisce la Corte di Giustizia Europea con una sentenza che interviene sul precariato pubblico, nel caso specifico in ambito scolastico.

Accogliendo il ricorso di alcuni operatori della scuola, la Corte ha sentenziato che i contratti a tempo determinato per gli insegnanti italiani sono illegittimi rispetto alle norme europee e che i precari che hanno superato i trentasei mesi di insegnamento a scuola devono essere assunti oppure risarciti.

La sentenza che esprime un principio di carattere generale, quindi riferibile a tutti i lavoratori precari della Pubblica Amministrazione, sottolinea il contrasto attualmente esistente tra la normativa italiana e quella europea sul ricorso al tempo determinato.

In sostanza la legislazione italiana non prevede misure per evitare l'abuso di simili contratti, nè specifica le eventuali sanzioni con un'evidente ricaduta negativa sui lavoratori che pertanto non risultano tutelati.

L'accordo quadro (Accordo quadro del 18 marzo 1999 che figura nell'allegato alla direttiva 1999/70/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999) - si legge nel comunicato stampa della Corte di Giustizia Europea - si applica a tutti i lavoratori, senza che si debba distinguere in base alla natura pubblica o privata del loro datore di lavoro nonché al settore di attività interessato.

Al fine di prevenire l'utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato, l'accordo quadro impone agli Stati membri di prevedere, in primo luogo, almeno una delle seguenti misure: l'indicazione delle ragioni obiettive che giustificano il rinnovo dei contratti ovvero la determinazione della durata massima totale dei contratti o del numero dei rinnovi. Peraltro, al fine di garantire la piena efficacia dell'accordo quadro,

una misura sanzionatoria deve essere applicata in caso di utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato. Tale misura deve essere proporzionata, effettiva e dissuasiva.

La normativa italiana - prosegue la nota - non prevede alcuna misura che limiti la durata massima totale dei contratti o il numero dei loro rinnovi; essa non prevede neanche misure equivalenti. In tali circostanze, il rinnovo deve essere giustificato da una «ragione obiettiva», quale la particolare natura delle funzioni, le loro caratteristiche o il perseguimento di una legittima finalità di politica sociale.

Secondo la Corte, la sostituzione temporanea di lavoratori per motivi di politica sociale (congedi per malattia, parentali, per maternità o altri) costituisce una ragione obiettiva che giustifica la durata determinata del contratto.

Tuttavia, contrariamente a quanto so-

stiene il governo italiano, il solo fatto che la normativa nazionale, che consente proprio il rinnovo di contratti di lavoro a tempo determinato per la copertura di posti vacanti e disponibili in attesa dell'espletamento delle procedure concorsuali, possa essere giustificato da una «ragione obiettiva» non è sufficiente a renderla conforme all'accordo quadro, se risulta che l'applicazione concreta di detta normativa conduce, nei fatti, a un ricorso abusivo a una successione di contratti di lavoro a tempo determinato. Ciò si verifica quando tali contratti sono utilizzati per soddisfare esigenze permanenti e durevoli delle scuole statali in materia di personale.

La normativa italiana - si legge ancora - esclude il risarcimento del danno subito a causa del ricorso abusivo a una successione di contratti di lavoro a tempo determinato nel settore dell'insegnamento. Esso non consente neanche la trasformazione di tali contratti in contratti a tempo indeterminato. La normativa italiana - conclude il comunicato - non prevede criteri obiettivi e trasparenti al fine di verificare se il rinnovo risponda ad un'esigenza reale, sia idoneo a conseguire l'obiettivo perseguito e sia necessario a tal fine. Essa non contempla neanche altre misure dirette a prevenire e a sanzionare il ricorso abusivo a siffatti contratti.

Di fronte ad una simile sentenza, l'AAROI-EMAC non starà a guardare. I legali dell'Associazione sono stati immediatamente attivati per valutare le eventuali azioni da portare avanti per fare in modo che i - purtroppo - numerosi Colleghi precari vengano tutelati e accompagnati in un percorso legale che li possa portare, ove possibile, alla definitiva e meritata stabilizzazione della loro posizione lavorativa.

Comunicato COSMED Si alle deleghe sindacali ai Dirigenti a tempo determinato

Il comitato paritetico ha approvato la norma che riconosce la validità delle deleghe sindacali dei dirigenti a tempo determinato, che saranno computate ai fini della rappresentatività sindacale sin dalla prossima rilevazione di questo mese.

Una storica rivendicazione della COSMED trova finalmente applicazione:

da oggi i dirigenti a tempo determinato sono uguali sul piano sindacale a quelli di ruolo.

Ci sono voluti anni, il pronunciamento della Corte Europea, per affermare un elementare principio di democrazia sindacale: tutti concorrono alla rappresentatività in quanto il contratto nazionale si applica a tutti i dirigenti siano essi a tempo determinato che a tempo indeterminato.

Finalmente la tessera dei precari contrattualizzati vale come quella dei dirigenti di ruolo.

Restano purtroppo esclusi molti precari non contrattualizzati, vittime di contratti atipici a capestro che nascondono dietro varie forme (co.co.co., co.co.pro, borsisti, partite IVA etc..) veri e propri rapporti di lavoro di dipendenza.

È ancora lungo l'elenco delle discriminazioni che devono ancora subire i precari del pubblico impiego, ma perlomeno una discriminazione ascrivibile al movimento sindacale è stata rimossa.

Un contributo, in attesa di un definitivo superamento del precariato.

Inoltre con la rappresentatività sarà possibile documentare sin dall'imminente rilevazione la consistenza e l'andamento del precariato.

Alla fine la decisione, superate alcune incertezze, è stata presa all'unanimità e non ci stupiremo se da domani tutti ne rivendicheranno la paternità, magari anche quelle sigle che non fanno nemmeno parte del comitato paritetico, ma questo sarebbe un ulteriore riconoscimento della validità dell'iniziativa.



Direttiva UE sull'orario di lavoro In Gazzetta Ufficiale la Legge per l'adempimento

La procedura d'infrazione aperta dall'UE nei confronti dell'Italia per la mancata applicazione della Direttiva sull'orario di lavoro ai medici operanti nel Servizio Sanitario Nazionale sembra vicina alla conclusione.

Nella Gazzetta Ufficiale del 10 Novembre è stata pubblicata la Legge 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis" che all'articolo 14 indica le "Disposizioni in materia di orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale. Procedura di infrazione n. 2011/4185".

Se da una parte la pubblicazione della Legge pone fine ad un lungo percorso cominciato nel 2012, dall'altro il provvedimento prevede che le norme europee troveranno applicazione soltanto a partire dalla fine del prossimo anno, dopo un periodo necessario per la razionalizzazione delle strutture al fine, evidentemente, di riorganizzare gli organici per far fronte alle nuove disposizioni.

Di seguito il testo dell'articolo:
1. Decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge,

sono abrogati il comma 13 dell'articolo 41 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e il comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66.

2. Per fare fronte alle esigenze derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili sulla base della legislazione vigente. A tal fine, entro il termine previsto dal comma 1, le medesime regioni e province autonome attuano appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari nel rispetto delle disposizioni vigenti e tenendo anche conto di quanto disposto dall'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

3. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 17 del decreto legislativo 8

aprile 2003, n. 66, e successive modificazioni, al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni, i contratti collettivi nazionali di lavoro del comparto sanità disciplinano le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso. Nelle more del rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero, attuative dell'articolo 41, comma 13, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e dell'articolo 17, comma 6-bis, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, cessano di avere applicazione a decorrere dalla data di abrogazione di cui al comma 1.

Cabina di Regia, il sì delle Regioni

Sede di confronto tra Ministero, Regioni e Organizzazioni Sindacali

Via libera della Conferenza delle Regioni alla Cabina di Regia, che dovrebbe costituire un tavolo integrato di confronto tra Ministero della Salute, Regioni e OO SS rappresentative del Personale Convenzionato (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Specialisti Ambulatoriali), del Personale Dipendente con qualifica dirigenziale (Medici e Veterinari, Dir. Sanitari, Professionisti, Tecnici, Amministrativi), e del Personale Dipendente con qualifica non dirigenziale, per affrontare, tra altri, i temi dell'organizzazione del lavoro, dell'evoluzione di tutte le professioni, del monitoraggio e della verifica delle innovazioni in campo sanitario.

Le relazioni delle OOS della Dirigenza Medica con le Istituzioni Ministeriali e Regionali in merito alla Cabina di Regia non sono state e non saranno prive di attriti, per la pressante rivendicazione di maggior o addirittura completa autonomia professionale e gestionale infermieristica.

Secondo l'ultima l'attività della Cabina di Regia dovrà basarsi sui seguenti presupposti:

a) il processo di innovazione nell'organizzazione del lavoro in sanità si realizza in modo plurale, anche con il concorso di più professioni che attuano, in autonomia, responsabilità e competenza, la salvaguardia della salute dei cittadini;

b) il ruolo e le responsabilità diagnostiche e terapeutiche sono in capo ai medici anche per favorire l'evoluzione professionale a livello organizzativo e ordinamentale;

c) gli infermieri e le altre professioni sanitarie, negli ambiti delle specialità già delineate dagli specifici profili profes-

sionali di riferimento, sono garanti del processo assistenziale, ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico;

d) i medici, i veterinari, i dirigenti sanitari, gli infermieri e gli altri professionisti della salute riconoscono i relativi e specifici campi di intervento, autonomia e responsabilità anche alla luce della costante evoluzione scientifica e tecnologica, e concorrono a garantire unitarietà del processo di cura e assistenza attraverso la definizione multi professionale obiettivi, e attraverso criteri di verifica e valutazione degli esiti e dei risultati;

e) i profili professionali della dirigenza sanitaria (biologi, chimici, fisici, farmacisti, psicologi), ferme restando le specifiche competenze professionali previste dai rispettivi ordinamenti legislativi vigenti, concorrono in maniera rilevante all'effettuazione e sviluppo dei processi assistenziali e contribuiscono all'integrazione professionale nei sistemi complessi in ambito multiprofessionale anche alla luce della costante evoluzione tecnico scientifica;

f) Medici, infermieri e gli altri professionisti della salute riconoscono e convengono che, ferme restando le responsabilità gestionali, la responsabilità professionale sulle decisioni e gli atti compiuti negli ambiti dei processi di cui sono garanti e personale e posta in capo a colui che tali decisioni e atti ha assunto e compiuto anche nell'esercizio di competenze avanzate o di tipo specialistico.

Standard Ospedalieri, stop al Regolamento

Il Consiglio di Stato rimanda lo Schema di Decreto al Ministero della Salute

Il Consiglio di Stato, con il parere interlocutorio 03453/2014 del 6/11/2014, ha invitato il Ministero della Salute a rimettere mano sullo schema di decreto recante regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", frutto dell'intesa con le Regioni del 10 luglio scorso sul «Patto per la Salute 2014-2016» (art. 3).

Diverse le motivazioni alla base del parere negativo, a partire dal dubbio posto sul fatto che l'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, prevista come obbligatoria, sia stata effettivamente raggiunta.

Nel parere è sottolineato inoltre che "si dovrebbe tener conto che, del triennio 2014-2016, il primo anno è ormai già interamente trascorso, sicché, se si vuole concedere alle Regioni un triennio per attuare il programma di riduzione della

dotazione di posti letto, il triennio stesso dovrebbe essere quello 2015-2017 (anche per questa eventuale modifica dovrebbe tener conto della durata 2014-2016 del Patto per la Salute)".

"Se è vero - prosegue ancora il parere del Consiglio di Stato - che l'art. 2 contiene



la clausola d'invarianza finanziaria, è anche vero che l'adeguamento delle regioni ai suggerimenti contenuti nell'allegato ed il connesso cambiamento/adeguamento di alcune strutture necessario al perseguimento dei fini fissati nell'allegato stesso potrebbe comportare un immediato onere a carico della finanza pubblica, prima di provocare i risparmi attesi".

Un bocciatura che tocca anche la forma con cui il provvedimento è stato scritto: "Sul piano generale va rilevato come l'intero provvedimento (ivi compreso l'allegato) si caratterizzi per una scrittura assai lontana dai buoni canoni di un periodare piano, comprensibile a prima lettura ed elegante e per un uso assai frequente di acronimi e di espressioni in lingua straniera, il cui ricorrere - secondo le regole della redazione dei testi legislativi - andrebbe vietato".

JOBS ACT, adesso è Legge Riforma approvata con "fiducia"



Lo scorso 3 Dicembre il Senato ha votato la fiducia sul Jobs Act, autorizzando il Governo ad emanare i decreti delegati che sanciranno le nuove regole sui rapporti di lavoro. Ad oggi non è ancora chiaro se e come vi sarà assoggettato anche il Pubblico

Impiego, p. es. riguardo alle cosiddette tutele "crescenti" con l'anzianità di servizio. In attesa di capirlo, questa denominazione rimanda ai Cerusici di un tempo, che chiamavano "carne crescente" certe neoformazioni tumorali meritevoli di amputazione.

Scuole di Specializzazione Una bozza di riordino controversa



La bozza di riordino delle Scuole di Specializzazione medica è approdata sul tavolo del MIUR, Stefania Giannini, per essere trasformato in un Decreto Ministeriale e successivamente approvato entro il prossimo 31 Dicembre.

Il documento, di circa 200 pagine, è stato realizzato dal Tavolo Tecnico che ha riunito il Consiglio universitario nazionale (Cun), la Conferenza dei rettori (Cru) e il Consiglio studentesco nazionale (Cnsu).

Le principali novità sono la riduzione del numero delle Scuole, che passerebbe per accorpamento da 56 a poco più di 40; la riduzione della durata dei corsi a 4 anni dagli attuali 5 per circa 30 Scuole; la riformulazione degli ordinamenti didattici, che dovrebbero prevedere un maggiore spazio per la didattica nelle strutture sanitarie, e la revisione delle attività professionalizzanti della pratica medica.

I risparmi che il riordino dovrebbe produrre andrebbero utilizzati per incrementare il numero di contratti di specializzazione medica, attraverso il finanziamento di 700-800 contratti in più. Numeri che tuttavia non colmerebbero il gap tra il numero di laureati in Medicina e Chirurgia, e l'esigua disponibilità di posti nelle Scuole di Specializzazione.

A lanciare l'allarme è il Segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, A. Mastrillo: "Da quest'anno - ha spiegato - si registra un'impennata del numero degli iscritti (circa 16.500) a seguito delle pronunce della magistratura amministrativa sui numerosi ricorsi presentati in relazione ai test di ammissione (circa 6.500 in più). Ebbene da qui a sei anni sono attesi circa 14mila laureati, vale a dire circa l'85% degli iscritti. Quindi o si triplica il numero delle borse di studio oppure, tra sei anni, circa 10mila giovani medici rimarranno, di fatto, senza lavoro".

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

L'Europa fa alcune critiche alla nuova manovra finanziaria: il Governo non si scompone, continuando a viaggiare spedito sulla cresta dell'onta.

La manovra finanziaria è una vera e propria procedura chirurgica, nel senso che i nostri Governanti sono preoccupati solo di tagliare ed asportare... Speriamo di non giungere ad un triste epilogo: l'intervento è andato bene, ma il Paese è morto...

Il Governo approva una nuova manovra per affossare la sanità. Sarebbe opportuno cominciare ad aggiornare i nomi e chiamare il nostro SSN: "Sistema Sanitaglio Nazionale"

Il Jobs Act è passato. Quindi staremo tutti hungry e foolish. Hungry perché come diavolo le compriamo le pagnotte? Foolish perché bisogna essere dei cretini per apprezzare questa 'riforma'...

Alla luce della nuova sentenza di Milano, il cittadino avrà cinque anni a disposizione per agire legalmente contro il medico. Avvocati sul piede di guerra: sarà un lavoraccio correggere decine di spot pubblicitari...

T.P.

Emergenze cardiovascolari

L'insufficienza del sistema cardiovascolare (shock) può provocare un danno ischemico o un infarto. È anche interessante notare che il danno da reperfusion deve essere considerato come parte dello stesso meccanismo fisiopatologico. In termini fisiopatologici ci sono sei componenti che possono scompensarsi da sole o in diverse combinazioni.

Queste componenti sono: il volume del sangue circolante (precarico), composizione del sangue (viscosità e capacità di trasporto dell'ossigeno), frequenza cardiaca e ritmo; contrattilità miocardica e rilasciamento; tono vascolare soprattutto arterioso o postcarico e la microcircolazione (densità capillare funzionale e flusso). Indipendentemente dall'eziologia lo shock richiede una gestione immediata che deve essere diretta a tutte le componenti interessate e alle cause sottostanti.

EMERGENZA CARDIOVASCOLARE SPECIFICA: FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA)

È la causa di aritmie più frequente. Nel mondo occidentale la sua incidenza aumenta con l'età con una frequenza dello 0,7% in pazienti con età tra 55-59 anni che aumenta a 17,8% nei pazienti sopra 85 anni.

Tuttavia i dati sottostimano la vera prevalenza poiché una percentuale sconosciuta di pazienti ha una FA asintomatica e/o parossistica.

L'incidenza della prima diagnosi o di una nuova comparsa della FA nel perioperatorio è del 5-10% nella chirurgia non cardiaca e del 10-65% per la chirurgia cardiaca.

L'epidemiologia della FA nelle Terapie Intensive (TI) è descritta nei dettagli in seguito. Nel complesso l'incidenza tra questi pazienti che vanno incontro a shock non è conosciuta. La FA è la manifestazione di diverse alterazioni cardiache (elettriche, strutturali, metaboliche, neuroendocrine e molecolari). In numerose condizioni patologiche sia acute (sindrome coronarica acuta, embolia polmonare, sindrome della risposta infiammatoria sistemica/sepsi) e croniche (insufficienza cardiaca, ipertensione, diabete mellito, ipertiroidismo e invecchiamento). Si ritiene che la FA necessiti sia di un substrato sia di un evento scatenante per manifestarsi. Il substrato dominante è il rimodellamento dell'atrio, mentre l'ischemia, l'infiammazione e lo stress catecolaminico sono i principali fattori scatenanti. La FA può essere sostenuta dai circuiti di rientro o dall'impossibilità della depolarizzazione di procedere uniformemente attraverso il tessuto atriale con un rapporto di conduzione di 1:1. Se un'onda di depolarizzazione o un circuito di rientro non sono in grado di completarsi procede lungo il percorso ad una velocità abbastanza bassa tale da permettere al tessuto depolarizzato di ripolarizzarsi (cioè oltre il periodo refrattario). Questo richiede un certo grado di modificazioni strutturali del tessuto atriale per esempio una dilatazione o una fibrosi del tessuto che si hanno in conseguenza delle condizioni croniche su descritte. A livello funzionale l'attività di fibrillazione riduce l'entrata del calcio nelle cellule e favorisce la fuoriuscita di potassio; entrambi le condizioni favoriscono una riattivazione atriale rapida.

Il farmaco antiaritmico di classe III, il vernakalant, da poco commercializzato, si deve considerare un'alternativa ai farmaci di classe I con le stesse limitazioni.

Contesto della FA

Una FA di nuova diagnosi o di nuova insorgenza e una FA parossistica o cronica scarsamente controllata (rapida) nel perioperatorio o nel contesto di una grave malattia acuta si accompagna ad una morbidità importante nel breve e nel lungo periodo, prolungamento della degenza ospedaliera e un aumento della mortalità.

In breve, la FA richiede una forte attenzione e un trattamento sistemico.

La FA può essere l'elemento precipitante o la conseguenza dello shock, la loro associazione richiede un trattamento d'emergenza. La conseguente frequenza ventricolare è rapida ma può essere lenta.

FA ad alta frequenza: conseguenze e trattamento

Se la frequenza cardiaca (FC) aumenta il tempo di riempimento ventricolare (diastole) progressivamente si riduce, rendendo la sistole atriale una componente sempre più importante del volume telediastolico ventricolare e quindi della gittata sistolica e della frazione d'eyezione e la FA ad alta frequenza (>110 battiti/minuto) può determinare una forte riduzione di entrambi. Ad aggravare ulteriormente la situazione, lo shock conseguente stimola una risposta catecolaminica che determina ulteriore tachicardia.

Pertanto, la prima priorità nella gestione FA ad alta frequenza è il controllo della frequenza, e il ripristino di ritmo sinusale (SR) come obiettivo secondario, anche se entrambi sono obiettivi importanti. La

diagnosi e il trattamento tempestivo della causa precipitante la FA è altrettanto importante. Sono anche essenziali la valutazione sistematica e la gestione di tutte le componenti che contribuiscono allo shock.

In aggiunta allo shock e all'insufficienza cardiaca acuta o cronica scompensata le conseguenze secondarie della FA comprendono: la provocazione di un'ischemia miocardica focalizzata o globale (soprattutto in presenza di una limitazione del flusso coronarico prossimale); alterazione fino ad un'aritmia ventricolare mortale; e la tachicardia non controllata per ore o giorni, una cardiomiopatia reversibile indotta dalla tachicardia.

Si propone il seguente piano di trattamento graduale per la gestione dei pazienti con FA a frequenza elevata; nel contesto di una malattia acuta grave o durante il periodo perioperatorio, si definisce come fibrillazione atriale ad alta frequenza, un cambiamento del ritmo da ritmo sinusale o tachicardia del seno a FA veloce con una frequenza >110 battiti/minuto).

Quando si prende in considerazione la FA in questo contesto occorre valutare cinque problematiche:

1. se il paziente è in shock con segni di ipoperfusione d'organo con una pressione arteriosa media <60 mmHg o una caduta della pressione arteriosa media >15% con le modificazioni del ritmo;

2. se l'ischemia miocardica associata alla elevata frequenza è presente nelle 12 derivazioni dell'ECG;

3. se vi è evidenza di preeccitazione nelle 12 derivazioni dell'ECG o della sindrome di Wolff-Parkinson-White. Se è così non si devono somministrare farmaci che bloccano la conduzione atrio-ventricolare in quanto questi non bloccano le vie accessorie e possono determinare un aumento della frequenza ventricolare e/o degenerare in una fibrillazione ventricolare.

4. se c'è un evento scatenante tale da richiedere un intervento urgente o una terapia empirica;

5. se è presente un ipertiroidismo sconosciuto o noto.

Il ruolo per i farmaci di classe I (flecainide e propafenone) in TI è limitato ai pazienti con evidenza di pre-eccitazione in cui i farmaci che bloccano il nodo atrio-ventricolare (β -bloccanti, calcio-antagonisti non diidropiridinici e la digossina) sono controindicati. Tuttavia i farmaci di classe I sono controindicati in presenza di importante ischemia miocardica o alterazione della funzionalità ventricolare sinistra. In tali condizioni bisogna usare il cordarone o il sotalolo.

Il farmaco antiaritmico di classe III, il vernakalant, da poco commercializzato, si deve considerare un'alternativa ai farmaci di classe I con le stesse limitazioni.

Farmaci più recenti/nuovi

Il dronedarone, un analogo dell'amiodarone con minori effetti collaterali, può essere preferito nella terapia cronica in alcuni pazienti, ma è controindicato nei pazienti con insufficienza cardiaca di classe NYHA 3/4; pertanto la decisione sul suo uso è meglio rinviarla dopo la fase acuta agli esperti incaricati della rivalutazione. Sta emergendo un certo numero di farmaci compreso il landiololo e l'ibutinide, ma il loro posto nello schema di trattamento della FA resta da stabilire. Molti farmaci per la terapia cronica della FA sono in fase avanzata di studio.

FA a bassa frequenza

Meno frequentemente la FA si può accompagnare a una bassa frequenza di risposta ventricolare. Questo è di solito la conseguenza di una terapia farmacologica ma si può anche accompagnare con un pacemaker innato o con alterazioni della conduzione. La FA a bassa frequenza si può associare ad alterazioni del cronotropismo, e portata cardiaca insufficiente, nonostante un volume di gittata sistolica e frazione d'eyezione normale. Per il controllo dello shock può essere necessaria una terapia farmacologica per il controllo della frequenza, una cardioversione sincronizzata o il posizionamento di un pacemaker.

Tromboembolia

La FA può inoltre predisporre alla formazione di trombi nell'atrio e conseguenti complicanze emboliche come ictus acuto, ischemia dell'intestino e degli arti. Pertanto nella FA persistente occorre prendere presto in considerazione la strategia anticoagulante ottimale.

Salvo controindicazioni, una dose terapeutica una volta al giorno d'iniezione sottocutanea di eparina a basso peso molecolare (LMWH) probabilmente è la strategia migliore. Numerose linee guida suggeriscono di usare la somministrazione endovenosa di eparina non frazionata prima di una cardioversione urgente elettrica o farmacologica seguita immediatamente o da un'infusione di eparina non frazionata o dalla somministrazione sottocute di LMWH.

Dopo un primo episodio di FA come evento isolato o nel contesto di una malattia acuta grave, si devono valutare i seguenti problemi:

le Pagine Utili

Emergenze mediche fibrillazione atriale e

Anaesthesia 2013, 6

1. Il cuore è strutturalmente normale (ecocardiogramma)?

2. Se è stato cardiovertito al ritmo sinusale:

• La FA è stata un episodio isolato o invece il primo rilievo di una FA parossistica (anamnesi e registrazione per 24h)?

• In quest'ultimo caso, qual è la strategia ottimale per mantenere il ritmo sinusale (pillola in tasca, terapia cronica o ablazione)?

3. In caso di fibrillazione atriale persistente:

(a) Qual è la strategia ottimale di controllo della frequenza cardiaca? Esistono indicazioni contrastanti per dare una risposta a questa domanda, anche se l'obiettivo minimo di una frequenza <110 battiti/minuto a riposo e <140 battiti al minuto durante l'esercizio fisico sub-massimale possa accompagnarsi a una migliore qualità della vita;

(b) Si deve pensare a eseguire un tentativo di cardioversione elettrica ritardata?

(c) Si deve ipotizzare un intervento di ablazione?

4. Quali sono i rischi e le controindicazioni di una terapia a lungo termine con anticoagulanti orali? Si usa la scala a punti CHA2DS2-VASc (per valutare il rischio d'ictus) e la scala HAS-BLED (per la valutazione del rischio emorragico) per ottenere una strategia terapeutica basata sull'evidenza. È importante sottolineare il ruolo della terapia con i nuovi anticoagulanti orali (inibitori del fattore Xa e diretti della trombina) rispetto alle problematiche costituite dalla gestione a lungo termine dei pazienti con FA parossistica o cronica della terapia con antagonisti della vitamina K.

5. Quale terapia a monte, definita come trattamento che può ridurre alcune delle componenti che favoriscono la FA, deve essere modificata o messa in atto? Tra queste è necessario valutare se la coronaropatia è un elemento che vi contribuisce e mettere in atto un'appropriate strategia per la sua diagnosi e il trattamento.

Infine, un crescente numero di prove suggerisce che nei pazienti a rischio elevato di sviluppare una FA acuta è possibile la prevenzione primaria che si traduce in miglioramenti clinicamente rilevanti e non soltanto sull'incidenza della FA acuta. La migliore popolazione di studio è quella dei pazienti sotto-posti a rivascularizzazione coronarica.

EMERGENZA CARDIOVASCOLARE SPECIFICA: INFARTO DEL MIOCARDIO (MIA) CON O SENZA SHOCK

Definizione

Numerose patologie e scenari clinici possono provocare lesioni del miocardio, una di queste è la cardiopatia ischemica aterosclerotica. In accordo con ciò, nel 2007, una task force internazionale, ha creato una definizione universale d'infarto del miocardio. La differenza fondamentale tra questo documento e le definizioni precedenti è che sono stati fissati cinque gruppi di criteri diagnostici e definiti cinque tipi d'infarto del miocardio (IMA) (Tabella 1).

Il principio base della diagnosi d'infarto miocardico acuto è il riconoscimento della morte delle cellule del miocardio per ischemia prolungata.

La morte delle cellule del miocardio è classificata come patologica coagulazione e/o contrazione della banda di necrosi e non come riduzione del flusso arterioso coronarico o trombosì. Il tempo dalla comparsa dell'ischemia miocardica alla morte cellulare, con la necrosi, dura tra 20 minuti e 4 ore (o anche più) a seconda della grado e della persistenza dell'ischemia, la richiesta delle singole cellule di ossigeno e nutrienti, e la capacità delle cellule di resistere allo squilibrio della domanda (chiamato precondizionamento).

Il riconoscimento e le nette differenze tra IMA tipo 1 (spontaneo) e IMA di tipo 2 secondario sono di grande importanza nel perioperatorio e in TI.

Tipo 1 - infarti del miocardio spontanei.

Rientra nella diagnosi clinica della sindrome coronarica acuta (ACS), all'interno della quale esistono tre distinte diagnosi patologiche:

1. Angina instabile - definita come ischemia miocardica ricorrente o persistente a riposo o al minimo sforzo, a causa della stenosi delle arterie coronarie aterosclerotiche ma senza necrosi miocardica. La diagnosi si basa sulle manifestazioni cliniche ed è confermata da specifici, nuovi criteri ECG, insieme con l'esclusione di eziologie alternative per le modificazioni ECG e una serie di normali misurazioni dei biomarker di necrosi miocardica.

2. IMA senza sopra-slivellamento del tratto ST (NSTEMI) - che è definito come necrosi del miocardio come risultato diretto di solito di un'improvvisa e critica riduzione del flusso di sangue dell'arteria coronarica per una trombosi acuta indotta da una rottura o erosione di una placca arteriosclerotica coronarica. La diagnosi si basa sulla presentazione clinica e su criteri ECG specifici insieme con l'esclusione di possibilità eziologiche diverse per le modificazioni dell'ECG e almeno una misurazione aumentata dei biomarker di necrosi miocardica.

3. IMA con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI) - definito come una necrosi del miocardio come risultato diretto di un'occlusione improvvisa prossimale e completa dell'arteria coronarica frequentemente ma non sempre dovuta a una trombosi acuta indotta da una rottura o da un'erosione di una placca coronarica arteriosclerotica. La diagnosi si basa sulla presentazione clinica e sulla comparsa di precisi criteri ECG insieme all'esclusione di eziologie alternative per le modificazioni dell'ECG. La determinazione di un aumento dei biomarker conferma la diagnosi di necrosi ma non sono indispensabili per la diagnosi perché è necessario un intervallo per la necrosi e il rilevamento relativo nel sangue periferico.

Tipo 2 - infarti del miocardio secondari. Sono il risultato di un gruppo eterogeneo di patologie in cui l'ischemia miocardica non è il risultato di un'improvvisa trombosi dell'arteria coronarica indotta da modificazioni acute in una placca arteriosclerotica.

La necessità per questo dettagliato gruppo di definizioni sono che:

1. Molte patologie comuni si associano a un aumento dei biomarker di necrosi del miocardio; pertanto una differenziazione tra l'IMA di tipo 1 e di tipo 2 e l'assenza di necrosi del miocardio resta una vera sfida.

2. Ottenere questa differenziazione è di vitale importanza poiché solo l'IMA di tipo 1 presenta linee guida dettagliate e basate sull'evidenza che sottolineano il tempo critico del successo medico e/o dell'intervento percutaneo. Al contrario non esiste consenso

Tabella 1. Classificazione clinica di differenti tipi

Tipo	Definizione
Tipo 1	Infarto spontaneo associato a ischemia erodente di una placca e/o rottura, fe
Tipo 2	Infarto secondario a ischemia dovuto ad apporto (come anemia, aritmie, embolia coronarica).
Tipo 3	Morte cardiaca improvvisa inaspettata sintomi suggestivi di ischemia miocardica nuova sopra-elevazione del tratto ST o l'evidenza di un trombo fresco in un'arteria; purtroppo la morte si ha prima che i biomarker.
Tipo 4a	Infarto associato all'intervento di ar
Tipo 4b	Infarto dovuta a trombosi dello ster
Tipo 5	Infarto associato a bypass coronari

Linee Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Linee per le perioperatorie: infarto del miocardio

8 (Suppl. 1), 84-101

sul trattamento ottimale dell'IMA di tipo 2 in modo particolare per il fatto che questa diagnosi comprende un intero gruppo di eziologie.

3. C'è una stretta associazione tra aumento dei livelli dei biomarker di necrosi del miocardio (indipendentemente dall'eziologia) e prognosi sfavorevole dopo un intervento chirurgico (cardiaco e non cardiaco) e tutte le malattie acute gravi.

4. Nell'ambito del perioperatorio/TI:

a) I sintomi d'ischemia miocardica sono poco frequenti o silenti, rendendo la rilevazione di un'ischemia miocardica (angina), soprattutto l'angina instabile, molto difficile.

b) I segni fisiologici che possono essere il risultato di un'ischemia miocardica acuta sono comuni e non specifici, andando da un'inspiegabile o persistente modificazione dell'ST, alla comparsa di FA, riduzione del rapporto PaO₂/FiO₂ per lo shock cardiogeno.

c) Le modificazioni dell'ECG a 12 derivazioni coerenti con l'ischemia miocardica di nuova insorgenza possono essere causate da altre patologie o non essere presenti.

d) Le immagini che evidenziano una nuova perdita di contrattilità del miocardio richiedono competenze e attrezzature tecniche che raramente sono disponibili soprattutto fuori orario.

e) L'IMA acuto di tipo 1 o 2 o altre cause di aumento dei biomarker di necrosi del miocardio, frequentemente si hanno in un contesto di almeno un'altra patologia acuta che può limitare la strategia diagnostica e terapeutica o aumentare il dubbio sul rapporto rischio/beneficio degli interventi specifici.

Epidemiologia

Nella popolazione generale l'alta incidenza di STEMI di una volta è in riduzione mentre l'altrettanta elevata incidenza di IMA non STEMI resta immutata o è addirittura aumentata. Sebbene la mortalità dell'IMA STEMI immediata e ospedaliera sia marginalmente più alta che quella NSTEMI, 4 anni dopo l'evento la mortalità da IMA STEMI è doppia rispetto ai pazienti NSTEMI.

I pazienti con miocardiopatia ischemica sono stati oggetto di studi epidemiologici su larga scala; tutti dimostrano l'importanza sia dell'assistenza durante l'evento sia la gestione a lungo termine che molto spesso sembra subottimale.

Per contro, e in parte per le difficoltà diagnostiche descritte in dettaglio in seguito, l'incidenza dell'IMA tipo 1 e tipo 2 nel perioperatorio/TI non è nota.

I biomarker nella diagnosi e prognosi del danno miocardico

Due gruppi separati di biomarker sono utilizzati e continuano ad essere al centro di indagini, diagnosi, stratificazione del rischio, e previsione dell'outcome nei pazienti con infarto miocardico acuto: biomarker di necrosi miocardica; e un secondo gruppo eterogeneo di biomarker che comprende marker di stress o

disfunzione miocardica, marker di attivazione neuro-ormonale, e marker di infiammazione sistemica.

Biomarker di necrosi del miocardio

Sono noti quattro indicatori di necrosi miocardica; mioglobina, CPK-MB, e le troponine cardiache (cTn) T e I. Tra questi la cTn è considerata più importante per la sua specificità e la possibilità di determinazioni ampiamente disponibili, affidabili ed sensibili. La troponina cardiaca I (cTnI) è considerata da alcuni superiore alla troponina cardiaca T (cTnT), per la sua clearance ematica più rapida (4-7 giorni contro 10-14 giorni), anche se per entrambi dipende dalla funzione renale.

Anche se i livelli elevati di cTn classicamente indicano necrosi dei miociti cardiaci, molti altri processi cellulari tra cui l'apoptosi, il rilascio di cTn come prodotto di degradazione cellulare e un aumento della permeabilità della parete cellulare (dopo stiramento o ischemia) comportano elevati livelli plasmatici.

Di conseguenza, è stato descritto un gran numero di cause non-trombotiche e non-ischemiche di aumento del cTn, compreso un danno diretto miocardico da traumi o cardioversione elettrica, stiramento della parete miocardica (embolia polmonare, insufficienza ventricolare sinistra, reintegrazione dei liquidi, ventilazione a pressione positiva), esposizione a sostanze tossiche, infezione locale o infiammazione (miocardite), disturbi infiltrativi, sepsi, insufficienza renale (acuta e cronica), danno cerebrale acuto, esercizio e anche l'infiammazione/lesioni dei muscoli scheletrici.

La cinetica di entrambi, l'aumento e la riduzione della concentrazione plasmatica del cTn possono indirizzare alla diagnosi; misure seriali del cTn sono utili, così come un rapido incremento (aumento >50% del cTnI o un aumento >100% rispetto al cTnT basale in 6-24 h), un valore di picco elevato (>50 volte il limite superiore di riferimento) e la rapida caduta (>50% in 48-72 h) sono indicatori d'infarto miocardico acuto e il valore di picco e l'area sotto la curva del cTn in funzione del tempo sono indicatori delle dimensioni dell'infarto e della prognosi a lungo termine.

Forse la causa più comune di cTnT falsamente negativo e cTnI falsamente elevato è l'emolisi. In caso di grave insufficienza renale, sia acuta che cronica, i livelli di cTn al di sopra del limite superiore di riferimento sono un riscontro comune e si pensa che siano dovuti in diverso grado ad una clearance alterata dei prodotti di degradazione del cTn e a un danno miocardico diffuso. Tuttavia, per attribuire tali dati unicamente al danno renale sono essenziali misurazioni seriali del cTn e la dimostrazione di un livello di cTn prevalentemente statico nel tempo. Poiché ogni livello di cTn sopra il limite di riferimento superiore è associato a un aumento della mortalità, indipendentemente dalla causa, e poiché le misure seriali contribuiscono in concreto a differenziare la causa, è auspicabile una sua misura di routine quotidiana in tutti i pazienti in terapia intensiva. In quelli con livelli maggiori del limite di riferimento superiore, è opportuno eseguire un iter diagnostico, a partire da un ECG a 12 derivazioni.

I biomarker che aiutano nella diagnosi e nella prognosi della sindrome coronarica acuta (ACS)

Tuttavia, in una popolazione generale di TI questi marcatori non hanno dimostrato di avere molto valore. Nonostante ciò, in diversi studi recenti è stata sfruttata la breve emivita di questi marcatori ed eseguito determinazioni seriali per brevi periodi per valutare la risposta alla terapia.

In sintesi, nei pazienti del perioperatorio e di TI, le misure seriali del BNP/NT-proBNP nel contesto di un cTn elevato o in rapida crescita possono aggiungere valore diagnostico e prognostico. Questi marcatori possono anche avere un ruolo nella titolazione dell'insufficienza cardiaca e nella terapia dello shock cardiogeno.

Nei pazienti con ACS, la proteina C-reattiva (CRP) si dimostra affidabile per le informazioni prognostiche a lungo termine, soprattutto se misurata con i reattivi più recenti, molto sensibili. Tuttavia, nel paziente del perioperatorio o in TI, le cause cardiache di aumento della CRP è indistinguibile da un aumento da altre patologie. Allo stesso modo, è stato dimostrato che l'iperglicemia da stress, l'insufficienza renale e l'anemia sono marcatori sensibili e affidabili della prognosi a lungo termine nei pazienti con sindrome coronarica acuta primaria, ma è probabile che la loro utilità sia nulla nei pazienti del perioperatorio e di terapia intensiva con ACS secondaria.

Considerazioni sull'elettrocardiogramma

I medici possono essere avvertiti della possibilità di un infarto miocardico acuto da una varietà di segni fisiologici non specifici che vanno da cambiamenti inspiegabili o persistenti del tratto ST, dalla FA di nuova insorgenza, da una diminuzione del rapporto PaO₂/FiO₂ fino allo shock cardiogeno. In sala operatoria e in terapia intensiva, il monitoraggio ECG continuo di aritmia come ECG a 12 derivazioni per lo screening dei segni di ischemia acuta o infarto è di routine. Tuttavia, pur essendo da molti anni sostenuta a livello internazionale nelle linee guida basate su opinione di esperti, la sorveglianza continua con strumenti automatizzati di monitoraggio del tratto ST resta limitata. Le ragioni sono molteplici, ma la mancanza di evidenza e l'incertezza per quanto riguarda la specificità e le implicazioni nel rilevamento di un'ischemia miocardica sono di primaria importanza. Inoltre, è oggetto di discussione la tecnica migliore. È sorprendente la mancanza di dati su quest'argomento. Infatti, dal monitoraggio continuo del tratto ST risulta evidente che l'ischemia miocardica occasionale è molto frequente nei pazienti di TI ed è in gran parte ignorata.

L'ECG a 12 derivazioni ripetuto non rileva la maggior parte dei eventi ischemici transitori ed inoltre presenta difficoltà di interpretazione; una traccia invariata rispetto al basale non esclude ischemia o infarto del miocardio, e modifiche del segmento ST o dell'onda T suggestive di ischemia o infarto si verificano per altre cause. In sintesi, nel perioperatorio e in terapia intensiva c'è un ragionevole motivo per un monitoraggio continuo del tratto ST con 12 derivazioni, ma i valori predittivi positivi e negativi per una diagnosi di ischemia miocardica e infarto non sono stati stabiliti e non c'è consenso sulla gestione ottimale.

Immagini cardiache non invasive

L'ecocardiografia è una tecnica rapida, non invasiva al letto del paziente per eseguire uno studio dettagliato quantitativo della struttura e della funzione cardiaca. Ha un chiaro e definito ruolo nella diagnosi d'ischemia miocardica acuta, infarto e shock. Nell'ambito dei pazienti sottoposti ad anestesia o in TI con modificazioni dell'ECG e/o aumento dei marker biologici suggestivi di un'ischemia acuta del miocardio o di infarto, la presenza di movimenti anormali di parte della parete ventricolare costituisce elemento di diagnosi, con un valore predittivo positivo e negativo molto alto.

Tuttavia non può essere determinato con precisione il tempo dell'evento cardiaco soprattutto se il paziente presentava segni di cardiopatia ischemica precedente e in assenza di un eco recente (o d'immagini equivalenti) che confermano che i movimenti alterati della parete ventricolare sono nuovi.

A complicare ulteriormente quest'aspetto, il rilevamento di anomalie di movimento della parete richiede abilità ed esperienza. Attualmente, vi è scarsa disponibilità di un servizio continuo di ecodiagnostica.

In effetti, questo non è che uno dei motivi convincenti per la diffusione nei servizi di anestesista e rianimatore dell'ecografo.

La sensibilità e la specificità dell'eco in TI può essere migliorata mediante scansioni ripetute, l'uso di eco-contrasto (per la definizione dell'endocardio) e, potenzialmente, impiegando un protocollo di stress farmacologico.

Altre tecniche potenzialmente utili, non invasive, d'imaging includono metodi per rilevare le stenosi coronariche (coronarografia con TC e RM) e metodi che rilevano limitazione di flusso coronarico (stress farmacologico, radioisotopo e studi di risonanza magnetica). Tuttavia, nessuno di questi, forse con l'eccezione del TAC, è pratico nei pazienti critici. In effetti, i recenti progressi nella TAC possono offrire informazioni supplementari, comprese le anomalie regionali di movimento della parete e i difetti di perfusione a riposo, anche se a costo di una dose di radiazioni rilevante.

Stratificazione del rischio

I pazienti con sindrome coronarica acuta sospetta o accertata sono la popolazione di pazienti più studiati. Il numero e la complessità delle terapie mediche e percutanee disponibili è disorientante, soprattutto per

i non-esperti. Tale complessità terapeutica e la necessità di selezione sempre più dettagliata dei pazienti per studi clinici in corso e futuri hanno portato allo sviluppo di una serie di strumenti di stratificazione del rischio. I due più utilizzati sono la scala a punti de "Registro mondiale di eventi coronarici acuti (GRACE)" e la scala a punti della "Trombolisi nell'Infarto del Miocardio (TIMI)". Una recente metanalisi su questi strumenti ha concluso che GRACE è il migliore. Entrambi queste scale classificano i pazienti con sindrome coronarica acuta (ACS) in gruppi di pazienti a basso, intermedio e alto rischio per reinfarto e per morte. Queste scale a punti esprimono la probabilità attendibile di eventi futuri e sono sempre più utilizzate nelle linee guida internazionali per orientare il processo decisionale terapeutico. A nostra conoscenza, non esiste un singolo studio pubblicato di valutazione della validità o utilità di uno di queste scale a punteggio nel perioperatorio o in terapia intensiva, in cui l'ACS è una complicanza secondaria. Questo è uno studio importante da realizzare. Nel frattempo, l'uso del punteggio GRACE in questi pazienti con sindrome coronarica acuta sospetta o provata sembra ragionevole. Come con la FA il rischio principale di un intervento aggressivo nei pazienti con ACS è il sanguinamento e questa complicanza peggiora in modo importante la prognosi. Nella ACS il rischio di sanguinamento può essere valutato usando la scala CRUSADE. Inoltre questa scala è usata nelle linee guida internazionali per valutare se la terapia raccomandata nei pazienti ad alto rischio per prognosi infausta sono controindicate, se il rischio di sanguinamento è maggiore dei vantaggi della terapia. Poiché questo punteggio di solito è lo strumento migliore per valutare il rischio della terapia deve essere utilizzato nel perioperatorio e nei pazienti di terapia intensiva, nonostante la mancanza di comprovata validità in questa popolazione di pazienti. In sintesi, le scale a punti GRACE e CRUSADE sono gli strumenti migliori da utilizzare a disposizione degli anestesisti e intensivisti per decidere la strategia terapeutica e nel confronto con i cardiologi. Sono necessari studi prospettici utilizzando questi punteggi nella nostra popolazione di pazienti.

Terapie acute e controversie terapeutiche

Primo soccorso. Nella maggior parte dei casi è possibile che siano in uso gli oppioidi per via sistemica e pertanto ciò che serve è una rivalutazione della terapia per ottenere un'analgesia efficace.

L'ossigenoterapia, soprattutto l'iperossia, è frequente e talvolta applicata in modo sconsiderato nel perioperatorio e nei pazienti di TI.

Ci sono alcune evidenze a supporto dei benefici dell'iperossia dopo lesioni cerebrali ma c'è un'evidenza aumentata del danno sia complessivo sia di organi specifici, in modo particolare associato con la vasocostrizione coronarica. L'evidenza attuale, come ritenuto dal gruppo di esperti della Società Europea di Cardiologia, privilegia una modesta ipossia all'iperossia: pertanto sembra ragionevole avere come target una saturazione di ossigeno del 92-95% in tutti i pazienti con sospetta ACS.

Terapia anti ischemica. La terapia con i nitrati elimina i sintomi dell'angina, ma non è mai stata dimostrata (e poco studiata) la sua capacità di ridurre l'area infartuale o migliorare i risultati in ACS, anche se lo dovrebbe. I nitrati devono essere considerati terapia di seconda linea (dopo l'uso di farmaci β -bloccanti adrenergici e/o di calcio-antagonisti non diidropiridinici) in tutti i pazienti nel perioperatorio e in terapia intensiva con ACS e sospetta o accertata ipertensione (definita come una pressione sistolica >140 mmHg). Sono più efficaci se somministrati per infusione endovenosa (0,5-12 mg/h) con lo scopo di ottenere una pressione arteriosa sistolica di 90-120 mmHg.

In questo caso è opportuno controllare subito la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa con l'uso di β -bloccanti. Un'indicazione chiara è la presenza di tachicardia con ipertensione o pressione normale, mentre sono delle controindicazioni la bradicardia e lo shock cardiogeno.

Si raccomandano un carico endovenoso con metoprololo o esmololo con la somministrazione precoce di una dose orale di metoprololo o bisoprololo. Nei casi noti d'intolleranza ai β -bloccanti o di efficacia inadeguata, la sostituzione o l'associazione di un calcio-antagonista non-diidropiridinico (verapamil o diltiazem) dovrebbe essere presa in considerazione. La frequenza cardiaca di riferimento deve essere di 70-90 battiti/minuto e la pressione sistolica di 90-120 mmHg.

Anche se non dimostrata (e non testato), la logica suggerirebbe che queste terapie (compreso l'uso di nitrati), deve essere considerata la terapia di prima linea nell'IMA di Tipo 2.

Nell'inibizione dell'estensione o della formazione di nuovi trombi coronarici con la terapia antiplastrica, l'aspirina rimane una pietra miliare del trattamento dell'ACS. L'aspirina, blocca rapidamente (in

di infarto del miocardio
miocardica dovuto a un evento coronarico primitivo come dissezione, o dissezione.
ita o a un'aumentata domanda di ossigeno o ipertensione sistemica, spasmo delle corona-
ttata, compreso l'arresto cardiaco, peraltro con miocardica, accompagnato probabilmente da una ST o la comparsa di un blocco di branca sinistra, un'arteria coronaria con l'angiografia e/o l'autop-
del campionamento del sangue o prima che nel
ngioplastica.
nt documentato dall'angiografia o dall'autopsia.
ico.

pochi minuti) e in modo irreversibile la produzione di trombociti A2 nelle piastrine circolanti, inibendo una delle tante vie di attivazione piastrinica. Questo effetto può essere eliminato solo dalla produzione di nuove piastrine (con un tempo di dimezzamento di 4 giorni) o con la trasfusione piastrinica. A meno che il paziente è attivamente sanguinamento o presenta una coagulopatia grave, l'aspirina per bocca deve essere somministrata ad una dose di carico di 300 mg, con una dose di mantenimento giornaliera di 75 mg. Non vi è alcun vantaggio dimostrato a somministrare un carico di aspirina nei pazienti già in trattamento con la terapia di mantenimento.

Vale la pena notare che l'uso concomitante di altri anti-infiammatori non steroidei deve essere interrotto o evitato in quanto questi possono bloccare gli effetti dell'aspirina e favorire la trombosi. Nei pazienti in terapia intensiva con alterazioni della funzione intestinale l'aspirina può essere somministrato per via endovenosa o rettale. Tuttavia, nessuna di queste formulazioni è ampiamente disponibile. La resistenza agli effetti antiaggreganti dell'aspirina può essere un fenomeno clinicamente importante, ma non è frequente, non è ben definito e non esiste un metodo affidabile di diagnosi, non sembra essere un grosso problema, anche se ulteriori ricerche su questo problema sono stimolanti. Al di là della questione della ACS nei pazienti in terapia intensiva, una recente pubblicazione di uno studio di coorte di grandi dimensioni, retrospettivo, ha valutato la possibile associazione tra terapia cronica con basse dosi di aspirina e mortalità ospedaliera nei pazienti con sindrome da risposta infiammatoria sistemica o sepsi. I risultati sono interessanti in quanto l'uso dell'aspirina era associato ad una drastica riduzione della mortalità. Se l'aspirina ha un ruolo nella terapia di queste sindromi richiederà uno studio apposito, randomizzato e controllato, ma almeno, questo studio suggerisce che l'aspirina sembra essere vantaggiosa in questa popolazione di pazienti.

È stata più volte dimostrato l'ulteriore vantaggio di bloccare una seconda via di attivazione piastrinica, adenosina difosfato (ADP). Nella pratica corrente si può scegliere tra 3 farmaci, clopidogrel, prasugrel e ticagrelor, ognuno dei quali blocca il recettore ADP P2Y12. Tuttavia, la scelta ottimale del farmaco e il dosaggio rimangono poco chiari. Il clopidogrel, per il quale è disponibile di gran lunga la più grande esperienza, e il prasugrel sono pro-farmaci che richiedono la conversione in metaboliti attivi nel fegato dagli isoenzimi del citocromo P450. Inoltre, l'assorbimento di questi farmaci dipende da proteine di trasporto specifiche. Così l'assorbimento e il metabolismo sono soggetti ad ampia variabilità interindividuale come risultato di comuni polimorfismi genetici. Per di più, entrambi questi processi presentano un'efficienza diminuita in presenza di comorbidità croniche, in particolare del diabete mellito e di altri farmaci, soprattutto degli inibitori della pompa protonica. Le conseguenze di questa farmacocinetica alterata e imprevedibile ha portato alla necessità di una monitoraggio terapeutico rapido.

Purtroppo, la valutazione della funzione piastrinica resta un po' un'arte oscura lasciando il medico in forte difficoltà e una scelta con un algoritmo piuttosto complesso.

Questi sono fortemente influenzati da due fattori: il rischio di sanguinamento (valutato con il punteggio CRUSADA), e la decisione se eseguire o meno un impianto di angioplastica e posizionamento di stent, in particolare stent medicati, in quanto questi ultimi richiedono un tempo minimo di doppia terapia antiaggregante di 12 mesi. Pragmaticamente, nei pazienti del perioperatorio e di terapia intensiva, il clopidogrel deve essere somministrato con una dose di carico di 300 mg per bocca e una dose di mantenimento giornaliera di 75 mg; esiste una serie di controindicazioni come l'emorragia, le gravi coagulopatie, un punteggio della scala di CRUSADA \geq di "rischio elevato", una distanza di tempo dalla chirurgia maggiore <24 ore o la necessità di chirurgia maggiore nei 5-7 giorni successivi. I medici devono essere consapevoli che il clopidogrel richiede un minimo di 2-4 ore per avere effetto, è irreversibile, e con una dose di carico singola gli effetti sull'aggregazione piastrinica durano più di 10 giorni. Se si dovesse verificare un sanguinamento preoccupante, è possibile inattivare l'azione del farmaco con la trasfusione di piastrine. Il ticagrelor, invece, non deve essere metabolizzato, è attivo in 30 min ed è reversibile, ma è associato ad un rischio di sanguinamento significativamente superiore al clopidogrel.

Il prasugrel, nonostante la sua possibile imprevedibile farmacocinetica, sembra essere il più potente dei tre farmaci, è irreversibile, ha la più

lunga durata d'azione e, ovviamente, il più alto rischio di sanguinamento. Dopo un angioplastica (con o senza impianto di stent) è raccomandato un minimo di 12 mesi di terapia. Tornando alla questione degli inibitori della pompa protonica, il significato clinico dell'interazione farmacologica non è chiaro; alcuni affermano che sono da evitare se possibile altri sostengono di usarli come profilassi di routine contro il sanguinamento gastrointestinale. Infine, il rischio cardiovascolare di sospendere un inibitore P2Y12 poche settimane prima di un intervento, al fine di ridurre il rischio di sanguinamento perioperatorio o trattare le complicanze emorragiche, è clinicamente significativo. Questo rischio cardiovascolare è manifestamente superiore se è stato impiantato uno stent coronarico, medicato o metallico, con un rischio altamente significativo per quest'ultimo. Gli studi per un'ottimale terapia ponte sono in corso, ma, data la complessità, le linee guida suggeriscono la consulenza di esperti.

La terapia antiaggregante ultima che può essere presa in considerazione comprende gli inibitori dei recettori delle glicoproteine IIb/IIIa. Ci sono tre farmaci chimicamente diversi disponibili: abciximab, eptifibatide, e tirofiban. Si tratta di farmaci per via endovenosa con relativi periodi di azione brevi (2-4 h). Il loro uso è attualmente raccomandato solo in pazienti sottoposti a intervento percutaneo di emergenza anche se possono avere un ruolo nei pazienti ad alto rischio (valutato col punteggio GRACE) che presentano segni di ischemia in corso e in cui la doppia terapia antiaggregante è irrealizzabile.

Inibizione dell'estensione e della formazione di nuovi trombi coronarici con anticoagulanti

Nell'ACS, la terapia combinata antiaggregante ed anticoagulante è superiore a uno sola terapia. La scelta degli agenti efficaci è diventata complessa e comprende un bolo endovenoso poi l'infusione di eparina non frazionata (UFH), LMWH (di cui l'enoxaparina è il farmaco di scelta), fondaparinux, inibitori diretti del fattore Xa (apixaban, rivaroxaban e otamixaban), inibitori diretti della trombina (bivalirudina e dabigatran). Per bilanciare l'efficacia e il rischio di sanguinamento, il fondaparinux è la scelta preferita a meno che non si proceda ad un intervento di angioplastica coronarica e all'impianto di stent. Somministrata per via sottocutanea è eliminata attraverso i reni con un'emivita di eliminazione di 17 ore (se la filtrazione glomerulare è normale). Tuttavia, nessun monitoraggio terapeutico è disponibile e i suoi effetti non possono essere eliminati, quindi in ambito peri-operatorio e in TI non è la scelta più sicura.

Sebbene ci sia una vasta esperienza nell'uso dell'eparina non frazionata e dell'EBPM in ambito perioperatorio e in terapia intensiva, la bivalirudina (somministrata in bolo endovenoso e poi in infusione) ha una farmacocinetica e dinamica più prevedibile, può essere monitorata usando i test di coagulazione standard, e ha un breve emivita (30-60 min). La sua eliminazione dipende dal rene, ma poiché si può monitorare la dose può essere regolata. Non vi è alcun farmaco antagonista specifico, ma la somministrazione di prodotti del sangue e del fattore VIIa ricombinante è stata usata con successo.

La durata ottimale della terapia anticoagulante rimane da definire e dipende soprattutto dall'esecuzione o meno dell'intervento di angioplastica coronarica percutanea. Le linee guida suggeriscono che la terapia anticoagulante può essere arrestato poche ore dopo il successo dell'intervento coronarico percutaneo, ma dovrebbe essere continuato per 2-8 giorni.

Indicazioni alla coronarografia percutanea diagnostica allo scopo di eseguire un'immediata rivascolarizzazione

Le indicazioni per una coronarografia d'emergenza sono rappresentate dall'angina refrattaria o da un'instabilità emodinamica e elettrica (attribuibile probabilmente alla ACS). La sola controindicazione assoluta è il sanguinamento in atto o un elevato rischio di sanguinamento per cui non possono essere somministrati anticoagulanti e antiaggreganti subito e continuati per mesi (solo terapia antiaggregante). Tuttavia nel perioperatorio e in TI un'ACS di tale gravità deve essere valutata nel contesto più ampio delle condizioni del paziente. In queste condizioni i rischi d'intervento sono più alti e i vantaggi minori. Occorre ribadire che la diagnosi di ACS in questi pazienti è molto difficile. In tutti i pazienti che permangono in stato di shock nonostante la terapia con liquidi e vasopressori, è importante la misura della portata cardiaca.

La conferma che c'è un'importante componente cardiaca dello stato di shock dovrebbe indurre ad iniziare una terapia di supporto inotropo.

Le diagnosi principale da prendere in considerazione sono ACS, miocardite (compresa la depressione miocardica settica), la Takotsubo o la miocardiopatia da stress, lo scompenso acuto di un'insufficienza cardiaca cronica, (ischemica, ipertensiva, valvolare, cardiomiopatica), l'insufficienza ventricolare acuta destra per una patologia polmonare acuta e la contusione traumatica del cuore. Se il sospetto clinico supporta o non può essere ragionevolmente esclusa la possibilità di un'ACS come causa dello shock cardiogeno, esiste l'indicazione per una coronarografia diagnostica d'emergenza. L'angiogramma coronarico può essere una valida scelta.

Esiste molta incertezza sulla terapia di supporto migliore nelle varie forme di shock. Intuitivamente il supporto meccanico nell'insufficienza di pompa dovrebbe essere migliore dei farmaci stimolanti. L'uso precoce di un contropulsatore aortico è ampiamente utilizzato e incoraggiato dalle linee guida internazionali ma non è sempre efficace e le complicanze non sono rare. L'approccio futuro potrebbe risiedere in interventi alternativi come l'ipotermia o un supporto extracorporeo cardiaco o cardiopolmonare. I pazienti del perioperatorio o di TI con ACS sospetta o dimostrata emodinamicamente e con l'attività elettrica stabile dovrebbero essere sottoposti a una valutazione del rischio per determinare i possibili vantaggi di una precoce (entro 12-24 ore), intermedia (entro 72 ore) o ritardata (in attesa di indagini non invasive e/o di stress test) coronarografia percutanea. Vale la pena rilevare che dal registro dei dati si rileva che solo una minoranza (30%-40%) dei pazienti con un'ACS presentano una malattia di un solo vaso. Del resto, probabilmente solo una minoranza ha tra le stenosi multiple una lesione evidente causa del danno. Nonostante i notevoli sviluppi tecnici degli interventi coronarici percutanei, c'è ancora un ruolo per la chirurgia di bypass coronarica di emergenza.

Con l'avvento degli interventi coronarici percutanei, e il grandissimo numero di studi su larga scala sugli interventi di angioplastica percutanei, è risultato sempre più evidente che gli interventi precoci sono vantaggiosi. Negli ospedali con cardiologia interventistica attiva nelle 24 ore, vi è crescente orientamento di un precoce intervento nei pazienti in terapia intensiva con sospetta ACS. Tuttavia,

vi è una percezione diffusa che i pazienti ricoverati in generale e quelli in terapia intensiva in particolare, sono i cugini poveri dei pazienti che si presentano con una sindrome coronarica acuta.

Altre importanti considerazioni e terapie

L'uso precoce e aggressivo della terapia per la riduzione dei lipidi, in particolare delle statine, è ben consolidato nella gestione dell'ACS. La dimostrazione di questo viene principalmente da un unico studio. Forse sono gli effetti anti-infiammatori delle statine piuttosto che i loro effetti sulla riduzione dei lipidi che sono importanti. Si richiede molta attenzione, per le interazioni con l'epatite, la rabdomiolisi e le interazioni con altri farmaci durante la terapia ad alto dosaggio.

Sia l'iperglicemia sia un'elevata variabilità dei valori di glucosio nel sangue sono marker di gravità della malattia e si accompagnano a una prognosi peggiore nei pazienti con sindrome coronarica acuta. Il controllo glicemico è fondamentale, ma l'evidenza è favorevole a un range di riferimento meno ristretto di 5-11 mmol/l, con l'insulina come farmaco di scelta nella fase acuta.

Se la pressione del sangue lo permette, è utile la terapia precoce e prolungata (mesi) con inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-I) o bloccanti del recettore dell'angiotensina (ARB) poiché questi farmaci, insieme ai β -bloccanti, favoriscono il rimodellamento cardiaco. Tuttavia dovrebbero essere considerati i rischi della politerapia, specialmente nei pazienti anziani, in un rapporto rischi/benefici. Il ruolo aggiuntivo di diuretici e degli antagonisti dell'aldosterone dipende in gran parte dall'entità del danno miocardico e dello scompenso sistolico. Va ricordato che l'orientamento è per una sopra-titolazione di questi farmaci verso dosaggi massimi tollerati.

L'anemia è un potente fattore di rischio per una prognosi negativa nell'ACS, compreso il rischio di sanguinamento.

Peraltro la trasfusione di globuli rossi concentrati non è priva di rischi. Nei pazienti con ACS la soglia suggerita per la trasfusione di globuli rossi concentrati è di un ematocrito <25% o una concentrazione dell'Hb <7 gr/dl.

Sopravvivere con ACS nel perioperatorio o in terapia intensiva deve essere considerata l'inizio, non la fine, di un processo patologico che può richiedere indagini ulteriori, l'ottimizzazione della terapia medica, misure preventive secondarie e la riabilitazione cardiaca.

Quisiti di verifica dell'apprendimento	Risposta corretta
1. La frequenza della FA nei soggetti di età maggiore di 85 anni è:	a) maggiore del 20% dei soggetti; b) appena inferiore al 15%; c) tra il 15 e il 20%. c
2. In genere si definisce ad alta frequenza la FA con una frequenza ventricolare:	a) > 110 battiti al minuto; b) > di 150 battiti al minuto; c) > 90 battiti al minuto. a
3. In caso di fibrillazione atriale persistente qual è il valore di frequenza cardiaca da ottenere:	a) < 90 battiti al minuto a riposo; b) < 120 battiti al minuto durante l'esercizio fisico; c) < 110 battiti al minuto a riposo. c
4. Quanti tipi d'infarto del miocardio prevede la classificazione della task force internazionale del 2007:	a) 2; b) 3; c) 5. c
5. Per fare diagnosi di IMA STEMI è:	a) Indispensabile rilevare un aumento dei biomarker; b) Non è indispensabile rilevare un aumento dei biomarker; c) è indispensabile rilevare un aumento precoce dei biomarker. b
6. 4 anni dopo un IMA STEMI la mortalità rispetto all'IMANSTEMI è:	a) molto più bassa; b) molto più alta; c) all'incirca uguale. c
7. Un valore elevato di cTn:	a) è sempre indice d'infarto del miocardio; b) spesso indice d'infarto del miocardio; c) si ha anche nelle epatiti. b
8. In un paziente in terapia con aspirina quali farmaci devono essere evitati:	a) i betabloccanti; b) la ticlopidina; c) i FANS. c
9. Quale farmaco anticoagulante si deve preferire in associazione agli antiaggreganti in corso di ACS	a) il fondaparinux; b) l'eparina non frazionata; c) l'eparina a basso peso molecolare. a
10. In corso di IMA la terapia con i nitrati:	a) riduce l'aria infartuale; b) non si sa se riduce l'area infartuale; c) è il farmaco di prima scelta nei soggetti con ACS. b

AAROI-EMAC Lazio

**La malasanità non dipende dai Medici
Le OO.SS del Lazio scrivono ai Cittadini su Il Messaggero**

Di seguito il testo pubblicato e firmato da Aaroi-Emac, Anpo Ascoti Fials Medici, Cimo, Cimo-Cosips, Cisl Medici, Fassid-Aipac, Fassid-Aupi, Fassid-Simet, Fassid-Sinafo, Fassid-Snr, Fedir Sanità e Ugl Medici:

"Cari cittadini da tempo si parla di sanità come uno dei mali italiani e i cittadini e l'opinione pubblica identificano sempre più spesso gli stessi medici e gli operatori sanitari negli autori degli sfasci. Al contrario di quello che vi viene raccontato, però, sono le scelte delle politiche nazionali e regionali fatte dai governi che si sono succeduti in questi anni e di aver causato l'attuale situazione della Sanità che è sotto gli occhi di tutti.

Basta ricordare quanto è avvenuto con i ticket: prima li hanno tolti poi li hanno reinseriti, e adesso hanno raggiunto dei livelli tali che molte famiglie non riescono nemmeno ad accedere alle cure di cui necessitano per i prezzi troppo elevati delle prestazioni.

Sappiate che l'Italia è l'unico paese europeo in cui oltre il 20% del totale del costo della sanità è direttamente coperto dai privati cittadini. Le scelte a dir poco dubbie operate dai diversi governi hanno influito pesantemente sul funzionamento delle organizzazioni sanitarie senza intervenire sulle reali cause di spreco e di inefficienza. Stiamo assistendo allo stravolgimento di fatto di un modello di sanità che fino a oggi ha garantito la tutela dei bisogni di salute di tutti, senza che nessuno sappia prevederne tutte le conseguenze.

Quella che credete essere una scarsa attenzione nei vostri confronti è solo il frutto di una progressiva riduzione degli organici, dell'imposizione di turni massacranti, della precarizzazione dei professionisti e dell'interferenza della politica nelle scelte manageriali e sulle scelte dei vertici delle Asl per soli meriti politici: tutte cose che impattano negativamente sulla qualità dei servizi che vi offriamo e che non possono quindi essere all'altezza di quello che chiedete e di cui avete bisogno e diritto.

Noi operatori sanitari ci rendiamo conto di questo malcontento diffuso e siamo colpiti dalla vostra crescente ostilità nei nostri confronti. Noi vi comprendiamo, ma allo stesso tempo siamo scoraggiati, perchè la nostra vocazione, il nostro operato, la nostra

funzione e il nostro ruolo vengono messi in discussione. È per questo che vogliamo condividere con voi queste considerazioni e informarvi di quello che vi aspetta, non per causa nostra".

- Dovete sapere che quando sarete ricoverati nei tanto pubblicizzati "reparti a gestione infermieristica" non ci sarà il medico che ogni giorno vi sottoporrà alla visita e controllerà il vostro stato di salute. Questi reparti si propongono come un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera per paziente impropriamente definiti "a carattere post e sub-acuto", ma il medico in realtà non c'è.

- Dovete essere al corrente che quando andate nelle "case della salute" non si sa chi vi prende in carico. Chi è il responsabile del percorso diagnostico e terapeutico a cui dovete essere sottoposti.

- Dovete sapere perchè quando andate nel pronto soccorso trovate file immense e, se venite ricoverati in osservazione, passano giorni prima che troviate un posto letto. La risposta è: perchè mancano i posti letto per accogliervi negli ospedali.

- Dovete poi sapere cosa succede alla provetta che contiene il vostro sangue quando vi recate a fare delle analisi nelle strutture pubbliche in alcune asl di Roma. La vostra provetta viaggerà per chilometri prima di arrivare al centro dove sarà esaminata. Questo a causa della discutibile riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici operata dal governo regionale, che vi costringerà sempre più a recarvi nel privato invece che nel pubblico.

- Dovete sapere che sarà ridimensionata l'assistenza farmaceutica rendendo più difficile l'accesso ai farmaci indispensabili e la lotta agli sprechi e che anche l'assistenza psicologica sta progressivamente sparendo.

- Dovete sapere che sarà ridimensionata la prevenzione, quindi il contrasto dei pericoli derivanti dalle aggressioni infettive e inquinanti ambientali e dai fattori di rischio causati da errati stili di vita e disordini alimentari.

Cari cittadini, ci trovate ogni giorno al nostro posto, pur con tutte le inadeguatezze del sistema, mentre cerchiamo di dare "in scienza e coscienza" tutte le risposte che possiamo ai vostri bisogni di salute, tentando di rinnovare la passione per un lavoro insostituibile, che vorremmo fare con la serenità che oggi purtroppo manca".

S.S.N. E SS.SS. REGIONALI

Puglia

Partoanalgesia: una Sentenza la pone a carico del SSN



L'Asl di Lecce dovrà restituire 801,81 euro, oltre agli interessi e alle spese processuali, pagati da una madre che si era sottoposta al trattamento del parto indolore. Lo ha stabilito il Giudice di pace di Lecce, al quale la donna, figlia del presidente dello Sportello dei Diritti, si era rivolta subito dopo il parto.

Parto, per il quale era stata richiesta l'epidurale, è avvenuto il 6 Novembre del 2011 nel reparto di Ostetricia dell'ospedale Vito Fazzi di Lecce

L'Asl comunicò, fin dalla richiesta, che la procedura era possibile soltanto in intramoenia, ovvero a pagamento. La terapia costò alla donna circa 800 euro. Secondo l'Asl era, infatti, necessario pagare i medici anestesisti visto che all'epoca la procedura poteva aver luogo solo attraverso il ricorso della loro attività libero professionale intra-moenia e perciò a pagamento.

Dopo il parto, però, la donna decise di diffidare l'Asl e di chiedere il rimborso, visto che il Ministero considerava l'epidurale un trattamento coperto dal Servizio Sanitario Nazionale. Al termine del processo il Giudice di pace ha dato ragione alla mamma attraverso la Sentenza depositata lo scorso 31 ottobre.

AAROI-EMAC Piemonte - Valle d'Aosta

Il Dr Gilberto Fiore è il nuovo Presidente Regionale

Congratulazioni e benvenuto nel Consiglio Nazionale AAROI-EMAC

Il 18 Novembre scorso, la Sezione Regionale Piemonte - Valle d'Aosta dell'AAROI-EMAC, riunita in Assemblea, ha eletto come suo Presidente, e quindi come Consigliere Nazionale della nostra

Associazione, Gilberto Fiore, in sostituzione di Arturo Citino, recentemente dimessosi per motivi personali dalla carica che ricopriva dal 2009.

Al neo eletto, con le congratulazioni e con il benvenuto in seno al CN, vanno i migliori auguri di buon lavoro. Ad Arturo Citino, che resta comunque "uno di noi" per i tanti anni di costante e puntuale impegno dedicato senza risparmio di forze a tutte le attività associative svolte dall'AAROI-EMAC, va invece, con un abbraccio corale, il più affettuoso ringraziamento.

AAROI-EMAC Veneto

**L'Intersindacale denuncia il degrado della Sanità pubblica
I Medici Veneti e l'OMCeO Vicenza alzano la voce: "ORA BASTA!"**

"ORA BASTA!". È questo il grido che l'Intersindacale Medica del Veneto (Aaroi-Emac, Anpo-Ascoti-Fials medici, Anaa Assomed, Cimo-Asmd, Cisl medici, Fimmg, Fimp, Fp Cgil Medici, Simet, Smi, Uil-Fpl medici) insieme all'Ordine dei Medici di Vicenza, lancia a difesa della Sanità pubblica regionale. Costretti "a superare il tradizionale riserbo dei medici", le sigle sindacali e la OMCeO Vicenza hanno diffuso un documento in 10 punti per "denunciare le più importanti condizioni di degrado".

Non è più accettabile - si legge nel documento - che:

1. Siano sacrificate le necessità di cura e salute dei pazienti e le esigenze organizzative e cliniche dei medici con la scusa di ottemperare al vincolo del rigore finanziario e contabile. Tutto ciò è ancor più grave a fronte della recente consapevolezza dell'esistenza di una gestione "allegra" della finanza pubblica regionale conseguente a comportamenti non corretti e/o al ricorso a strumenti di "finanza di progetto" onerosi e spesso non trasparenti.

2. Sia scaricato in modo occulto sulla popolazione il costo esorbitante di questi strumenti finanziari usati in sanità mediante la privatizzazione di buona parte dei servizi di supporto ed a volte anche clinici (modo subdolo di imporre con decisione regionale una ulteriore tassazione locale).

3. Sia programmata con Legge regionale una rete gerarchizzata di ospedali e servizi sanitari territoriali, dimenticandosi però di definire con lo stesso strumento i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici delle strutture di questa rete, necessari a garantire uniformi livelli di assistenza, di qualità ed efficacia delle cure su tutto il territorio regionale. In tal modo si nascondono al cittadino le inefficienze programmatiche e le relative responsabilità politiche e si scaricano le conseguenze di questa pericolosa

omissione sui medici che sono pertanto chiamati a compensarle e ad assumersi comunque le responsabilità di condizioni di lavoro inadeguate ed a volte rischiose, generate da altri.

4. Si continui a non voler riconoscere nei fatti il ruolo fondamentale dei medici nella "governance" delle attività sanitarie e delle decisioni professionali.

5. Siano attuate al livello aziendale con il solo obiettivo di risparmio economico, in assenza di sorveglianza o intervento regionale, condizioni di organizzazione del lavoro in palese contrasto con la normativa italiana ed europea, rischiose per l'attività professionale dei medici, dannose per la salute degli stessi e frequentemente (80% circa) causa importante e prevalente degli eventi avversi a carico dei pazienti.

6. Siano attuate modalità e condizioni di assicurazione (auto-assicurazione) non omogenee fra le aziende ed eccessivamente legate ai bilanci ed alla solvibilità finanziaria delle stesse. Rischio reale di queste scelte è che il medico sia chiamato a rispondere economicamente in prima persona in caso d'insolubilità delle strutture pubbliche e che la valutazione del rischio assicurativo risenta dei condizionamenti finanziari delle aziende sanitarie e/o della mancanza di preparazione specifica in questo campo delle stesse.

7. Si continui in una politica di attuazione minimale della strategia di "risk management" (nel gergo scientifico si intende: gestione al fine di prevenzione del rischio di eventi avversi per errore clinico, insito nella professione medica e nell'organizzazione sanitaria) e di sottovalutazione del ruolo fondamentale della specifica competenza medica nella attuazione di tale metodologia. Esempio emblematico: recente affidamento al livello aziendale dell'incarico di direttore o responsabile dell'Unità Operativa di "risk management" ad ingegneri o dirigenti amministrativi. Quali competenze specifiche hanno in materia?

8. Sia attuata in buona parte delle aziende sanitarie, con la com-

PLICITO o il silenzio del mondo politico regionale, una politica spesso autoritaria ed a volte intimidatoria nei riguardi della professione medica ed anche poco rispettosa delle particolari specificità legislative di questa professione e della normativa esistente nei contratti nazionali e nelle convenzioni. Tale situazione sta creando progressivamente in questa categoria un clima di disaffezione nei riguardi della propria professione e di sfiducia nei riguardi delle Istituzioni.

9. Si perduri nel Veneto, con il concorso attivo della Regione, in una abitudine nazionale vetusta (difforme dagli altri paesi europei) di sottrazione dell'insegnamento pratico del "saper fare clinico" alla "governance" delle professionalità mediche dipendenti e convenzionate, presenti nella rete ospedaliera e nei servizi sanitari territoriali ed affidamento sistematico di questo alle istituzioni (Università) depositarie del "sapere teorico".

Conseguenza concreta: i medici così preparati sono carenti delle conoscenze del "saper fare", necessarie per una adeguata autonomia professionale e per poter competere con i professionisti degli altri Paesi.

10. Si continui a permettere al livello di Regione che le aziende perdurino nella politica di ricorrere in modo frequente all'utilizzo di personale medico con rapporto di lavoro precario o addirittura occasionale per compensare le carenze in organico, pur di non ricorrere in modo concreto e non a parole ad una riorganizzazione ed ottimizzazione della ipertrofia della rete ospedaliera e dei servizi territoriali. Conseguenza concreta: i medici con rapporto di lavoro precario e/o occasionale, in conseguenza del loro status, non hanno frequentemente la possibilità di condividere con i colleghi dell'equipe la conoscenza del quadro clinico dei pazienti, delle procedure cliniche ed organizzative interne, dei percorsi clinici usualmente utilizzati, delle particolari specificità della tecnologia in uso, degli spazi strutturali, ecc., con ovvie conseguenze sulla qualità del risultato clinico e sul rischio di eventi avversi per i pazienti.



La responsabilità del Medico dipendente è extra-contrattuale



Il commento del Presidente Nazionale AAROI-EMAC alla sentenza del Tribunale di Milano, sintetizzato nel comunicato stampa diffuso il 14 Ottobre 2014.

«La sentenza del Tribunale di Milano del 17 Luglio 2014 sulla natura giuridica della responsabilità del medico dipendente di una struttura sanitaria è stata, giustamente, al centro di immediati commenti sulla sua portata, definita "storica", in collegamento al "tenore letterale dell'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi" (conversione in Legge n. 189/2012 del DL n. 158/2012), come recita la sentenza in questione.

Tuttavia, a nostro avviso, il vero e significativo merito di tale sentenza non è tanto quello di aver attribuito alla legge "Balduzzi" una valenza risolutiva autonoma dell'annoso problema rappresentato al tempo stesso dalla condivisione e dalla suddivisione di responsabilità tra struttura sanitaria e medico da essa dipendente, quanto piuttosto quello di aver inteso, in base alla suddetta legge, riconoscere, in estrema sintesi e in linea di principio generale, che alla prima resta in capo la responsabilità contrattuale, al secondo quella extra-contrattuale.

Il tutto, si badi bene, senza nulla togliere ai diritti dei pazienti, anzi, tutelandoli maggiormente in ordine al loro rapporto diretto con la struttura sanitaria cui affidano la loro salute, in termini di responsabilizzazione anche organizzativa, verso la quale, in questi anni, non c'è stata la sufficiente attenzione, né, men che meno, la minima assunzione di dovuta responsabilità.

La distinzione tra responsabilità sanitaria contrattuale ed extra-contrattuale, infatti, non è esplicitata né contenuta nella legge "Balduzzi", bensì è normata dal Codice Civile, i cui articoli di riferimento (n. 2018 e n. 2043) sono anch'essi precisamente citati in sentenza. Finalmente un Tribunale si basa sul rimando di una Legge ad una fonte giuridica superiore (il Codice Civile, nel caso specifico del novellato art. 2043) per ribadire alcuni concetti che non avrebbero avuto, in un Paese normale, alcun motivo di essere messi in dubbio, e che invece nel nostro, da oltre un decennio, sono stati ribaltati, ad arte, a vantaggio del disinteresse di troppe strutture sanitarie verso la prevenzione del rischio clinico, e a danno dei medici e dei cittadini.

L'AAROI-EMAC, da anni, sostiene questi concetti in ogni sede, anche di confronto istituzionale, e pertanto plaude alla linearità assoluta delle motivazioni della sentenza in questione, auspicando che la loro logica indiscutibile costituisca fin d'ora non solo un epocale precedente giuridico, ma anche e soprattutto il fondamento di adeguati orientamenti normativi e applicativi sullo status giuridico e contrattuale dei medici».

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

L'onere della prova spetta al paziente

La sintesi della Sentenza del Tribunale di Milano del 17 Giugno 2014

Nelle cause civili di malasanità, l'onere di provare la colpa del medico spetta al paziente. È questa la conclusione - messa nero su bianco - della Sentenza del 17 giugno del Tribunale di Milano su un caso di malpractice. Non solo, il Giudice milanese stabilisce anche che per agire in giudizio ci sono non più dieci anni di tempo ma solo cinque.

In pratica la Sentenza qualifica la responsabilità del medico ospedaliero come "extracontrattuale da fatto illecito" (articolo 2.043 Codice), e non "contrattuale" (articolo 1.128) come avveniva per il medico in base alla teoria del "contatto sociale" e per l'ospedale in base all'idea di contratto obbligatorio atipico di assistenza sanitaria perfezionabile già con la sola accettazione del malato in ospedale.

«Se il paziente/danneggiato - si legge nella Sentenza - agisce in giudizio nei confronti del solo medico con il quale è venuto in "contatto" presso una struttura sanitaria, senza allegare la conclusione di un contratto con il convenuto, la responsabilità risarcitoria del medico va affermata soltanto in presenza degli elementi costitutivi dell'illecito ex art. 2043 c.c. che l'attore ha l'onere di provare; se nel caso suddetto oltre al medico è convenuta dall'attore anche la struttura sanitaria presso la quale l'autore materiale del fatto illecito ha operato, la disciplina delle responsabilità andrà distinta (quella ex art. 2043 c.c. per il medico e quella ex art. 1218 c.c. per la struttura), con conseguente diverso atteggiarsi dell'onere probatorio e diverso termine di prescrizione del diritto al risarcimento; senza trascurare tuttavia che, essendo unico il "fatto dannoso" (seppur distinti i criteri di imputazione della responsabilità), qualora le domande risultino fondate nei confronti di entrambi i convenuti, essi saranno tenuti in solido al risarcimento del danno a norma dell'art. 2055 c.c.».

Il Tribunale di Milano spiega anche il perché interpretazioni diverse abbiano favorito gravi fenomeni negativi.



Nel dare il giudizio, il Tribunale di Milano ammette anche che precedenti interpretazioni abbiano favorito indirettamente la crescita del fenomeno e dell'aumento esponenziale dei premi assicurativi.

«Tale inquadramento della responsabilità medica e il conseguente regime applicabile, unito all'evoluzione che nel corso degli anni si è avuta in tema di danni non patrimoniali risarcibili e all'accresciuta entità dei risarcimenti liquidati - si legge ancora nella Sentenza - ha indubbiamente comportato un aumento dei casi in cui è stato possibile ravvisare una responsabilità civile del medico ospedaliero (chiamato direttamente a risarcire il danno sulla base del solo "contatto" con il paziente se non riesce a provare di essere esente da responsabilità ex art. 1218 c.c.), una maggiore esposizione di tale categoria professionale al rischio di dover risarcire danni anche ingenti (con proporzionale aumento dei premi assicurativi) ed ha involontariamente finito per contribuire all'esplosione del fenomeno della "medicina difensiva" come reazione al proliferare delle azioni di responsabilità promosse contro i medici". Fenomeno che invece avrebbe dovuto ariginare proprio la Legge Balduzzi del 2012

che la Sentenza richiama più volte. «Nell'art.3 comma 1 della legge Balduzzi - sottolinea la Sentenza - il Parlamento Italiano, in sede di conversione del decreto e per perseguire le suddette finalità, ha voluto indubbiamente limitare la responsabilità degli esercenti una professione sanitaria ed alleggerire la loro posizione processuale anche attraverso il richiamo all'art. 2043 c.c.».

Al contrario, secondo il Tribunale di Milano, «ricorrere alla responsabilità del medico nell'alveo della responsabilità da fatto illecito dovrebbe favorire l'alleanza terapeutica fra medico e paziente, senza che venga inquinata (più o meno inconsciamente) da un sottinteso e strisciante "obbligo di risultato" al quale il medico non è normativamente tenuto, spesso alla base di scelte terapeutiche difensive, pregiudizievoli per la collettività e talvolta anche per le stesse possibilità di guarigione del malato».

Purtroppo, però, dal 17 giugno ad oggi, altre sentenze sono ritornate a contraddire i principi affermati con la sentenza in questione, confermando, se mai ce ne fosse bisogno, l'assoluta inadeguatezza delle norme esistenti e, per contrastare, la feconda "creatività" del nostro sistema giuridico.

Responsabilità Professionale: pronto un nuovo DDL

Una nuova proposta si aggiunge alle 8 già all'attenzione della Commissione Affari Sociali

Un nuovo DDL sulla Responsabilità professionale per dare ai Medici maggiore tranquillità nel corso dell'attività lavorativa e con l'intento di dotare ogni struttura, pubblica o privata accreditata, di un organismo interno per prevenire e gestire il rischio clinico.

Il Disegno di Legge "Norme per la tutela della salute, disciplina del rischio e responsabilità professionale medica" è stato presentato nei giorni scorsi su iniziativa del Senatore Lucio Romano, Presidente del gruppo Per l'Italia, Docente universitario di Medicina e Chirurgia, Medico Ginecologo Ostetrico e Bioeticista. Il provvedimento è costituito da 17 articoli ed è diviso in due parti: una riguardante la "Disciplina del rischio clinico", l'altra la "Responsabilità".

All'interno della prima parte sono definiti, tra le altre cose, i "Modelli organizzativi di prevenzione, gestione del rischio clinico e procedure di vigilanza". Modelli che prevedono la costituzione di un organismo che si occupi della prevenzione del rischio clinico e della gestione del contenzioso. Vengono poi definiti i doveri del Direttore Generale e prevista l'"Istituzione della Commissione permanente per l'accreditamento dei modelli organizzativi e per il monitoraggio nazionale dell'andamento del contenzioso sanitario giudiziario ed extragiudiziario relativo alle strutture sanitarie pubbliche e private". A proposito dell'Assicurazione per danni viene previsto che "Ogni struttura sanitaria - pubblica e privata accreditata - ha l'obbligo di comunicare all'assistito se ha stipulato o meno contratto di assicurazione per la copertura della responsabilità civile, nonché il massimale assicurato e la compagnia assicurativa prescelta.

Nella seconda parte del DDL, quella delle responsabilità, viene definita

la "Responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria", si definiscono nel dettaglio i casi di "Azione diretta verso la struttura pubblica, azione di rivalsa, azione erariale". Per quel che riguarda la "Responsabilità penale, il provvedimento stabilisce che "In caso di reati

colposi commessi nonostante l'osservanza di linee guida o protocolli sanitari, il medico è penalmente responsabile solo ove venga accertato che, nel caso specifico, l'adozione di misure diverse da quelle indicate nelle linee guida o protocolli sanitari avrebbe evitato con probabilità elevata o prossima alla certezza l'evento e che il medico, in base al parametro della perizia, avrebbe dovuto adottare". E aggiunge poi che "È esclusa la responsabilità penale del medico il cui errore sia stato determinato dall'organizzazione della struttura sanitaria a cui appartiene o in cui ha svolto la sua attività professionale".

Nel successivo articolo, "Disposizioni processuali", viene specificato che "Per fatti

di reato riconducibili a errore professionale sanitario, la querela nei confronti dell'operatore sanitario deve essere corredata, a pena di improcedibilità, di una consulenza tecnica redatta da medico specialista in medicina legale o da medico specialista nella materia inerente la prestazione sanitaria oggetto di contestazione".

L'articolo 13 incentrato sul dovere di informazione specifica che tale dovere "grava sulla struttura sanitaria, nonché sul medico che ha in cura il paziente". Gli articoli seguenti riguardano rispettivamente i casi di "Scelte critiche", che devono basarsi sul criterio della maggiore idoneità clinica, e la costituzione dell'"Organo di composizione della lite" che dovrebbe essere istituito in ogni sede di Corte di Appello.

DdL in sintesi

✓ Modelli organizzativi di prevenzione, gestione del rischio clinico e procedure di vigilanza.

Responsabilità Civile

✓ Organo di composizione precontenziosa della lite.

✓ Responsabilità contrattuale (art. 1218 c.c.) diretta dell'azienda sanitaria pubblica e privata accreditata, con prescrizione entro 5 anni.

✓ Azione di rivalsa nei confronti del medico in presenza di specifici requisiti.

✓ Obbligo di comunicazione all'assistito, da parte della struttura sanitaria, della stipula o meno del contratto di assicurazione.

Responsabilità Penale

✓ Linee guida o protocolli sanitari: medico responsabile solo ove si accerti che l'adozione di misure diverse da quelle indicate nelle linee guida o protocolli sanitari avrebbe evitato con probabilità elevata o prossima alla certezza l'evento e che, in base al parametro della perizia, avrebbe dovuto adottare.

Immagine dalla presentazione in slides del Disegno di Legge

Un'amara sorpresa

Dal 20 al 26% l'aliquota di tassazione sui rendimenti delle Casse professionali

Amara sorpresa dal Disegno di Legge di Stabilità per le Casse di previdenza e per i Fondi pensione. La Legge che contiene misure per lo sviluppo e per favorire l'occupazione, dunque che vorrebbe investire per il futuro, rischia, invece, di mettere in discussione proprio il futuro, quello previdenziale, di milioni di lavoratori, autonomi e dipendenti.

Casse e Fondi si occupano di ambiti diversi: le une curano, in gran parte, la previdenza di primo pilastro dei professionisti: medici, farmacisti, psicologi, biologi, avvocati, notai, ingegneri. I secondi gestiscono la previdenza complementare dei lavoratori subordinati.

Entrambe le realtà subiranno, con la Legge di Stabilità, un severo innalzamento della tassazione sui rendimenti determinati dagli investimenti che le Casse e i Fondi attivano per incrementare ma anche mantenere i trattamenti pensionistici. Per le Casse il balzello passerà dal 20 al 26%. I Fondi subiranno un prelievo del 20% (contro l'attuale 11,50). Per i Fondi l'handicap è doppio, vista la proposta di chiedere il Tfr - che oggi alimenta parte dei risparmi per la pensione integrativa - in busta paga. Ma non basta. La sorpresa diventa ancora più amara in particolare per i Fondi: il prelievo del 20 per cento avrà efficacia retroattiva e sarà calcolato dal 1° gennaio 2014! Secondo la Legge di Stabilità lo Stato mira a ottenere oltre 3,6 miliardi di introiti dalla tassazione sulle rendite finanziarie. Rispettivamente 2,6 miliardi verrebbero, appunto, dall'aumento dal 20 al 26% delle aliquote sui rendimenti dei patrimoni delle casse privatizzate e oltre 1 miliardo dall'incremento dall'11,5 al 20% del prelievo sui rendimenti dei fondi pensione.

Queste scelte avranno come conseguenza pensioni più basse. I montanti contributivi, infatti, saranno incrementati in misura minima, visto che sui risultati degli investimenti il Fisco pretende un prelievo elevato. La conseguenza è tanto più grave nel momento in cui i calcoli delle prestazioni stanno diventando sempre meno generosi. Dunque: le pensioni di primo pilastro saranno più magre. Così quelle integrative.

Il futuro previdenziale, per il momento, sembra non essere affare del Governo. Ma solo per poche settimane perché nulla nega che vi saranno ulteriori interventi restrittivi per le pensioni in essere. Si profila, infatti, un taglio alle pensioni di importo intorno ai 3.500 euro lordi mensili (2.300 al netto delle imposte). Ne pagheranno, da subito, il conto soprattutto i più giovani. Ma anche per i più anziani saranno ulteriori batoste. Vediamo come reagiscono le Casse ai nuovi "sequestri" del patrimonio. Acquisti monstre di Bot da parte dell'Enpam? D'ora in poi lo stato potrebbe scordarsene. L'aumento della tassazione dei rendimenti del patrimonio di medici e dentisti, previsto nella Finanziaria, non è piaciuto ai vertici della Fondazione. Il presidente dell'Enpam, Alberto Olivetti è stato chiaro: "nell'impiegare i soldi dei medici, d'ora in avanti, tuteleremo solo l'interesse dei nostri iscritti" visto che "sulla tassazione delle rendite finanziarie il governo non fa differenza fra l'investimento privato per un profitto e l'investimento a supporto della sostenibilità previdenziale". Olivetti spiega, anche, che le Casse previdenziali private hanno ampia autonomia conferita dalla legge su come impiegare i loro patrimoni e afferma che in un momento in cui aspettative di ricavare grandi rendimenti senza correre grandi rischi non ce ne sono, la scelta sarà di investire nello sviluppo della professione, quella che poi sostiene, peraltro, il flusso contributivo.

Per il presidente Emilio Croce, dell'Enpaf, la Cassa dei farmacisti la misura avrà conseguenze "esiziali" per la previdenza dei professionisti, che producono con il loro lavoro il 15% del Pil nazionale. L'aumento della tassazione colpirà in modo particolare i giovani che stanno facendo ingresso ora nel mondo professionale, con difficoltà e compensi quasi sempre lontani dagli standard della decenza. È a loro che il Governo, e in particolare i Ministeri che vigilano sull'attività delle casse che si segnalano per il rigore e la trasparenza nella gestione, dovrebbero spiegare le ragioni di una scelta che rischiano di pagare a caro prezzo e che, comunque la si voglia giudicare, risulta incomprensibile.

Per gli esponenti delle professioni la misura su Casse private e Fondi pensione equivale ad un autentico prelievo forzoso ai danni di un settore che non solo non riceve dalle casse pubbliche nemmeno un centesimo, ma spende nel suo complesso centinaia di milioni di euro all'anno in attività di welfare, vicariando lo Stato e alleggerendone il bilancio. Le Casse, privatizzate nel 1994, hanno gran parte delle risorse investite nel sistema finanziario italiano. Se si ritiene che ulteriori risorse debbano essere convogliate a sostegno dell'economia reale del nostro Paese, così come è stato sottolineato due settimane fa nella Commissione parlamentare di controllo sulle attività degli Enti di previdenza, è necessario che la provvista patrimoniale sia unicamente raccolta attraverso strumenti finanziari quotati e con rating, emessi da Cassa depositi e prestiti, a fronte di precise garanzie di forme di investimento coerenti alla missione istituzionale di chi gestisce il risparmio previdenziale. Ma è chiaro che il violento e ingiustificato giro di vite fiscale, inopinatamente imposto dalla Legge di Stabilità, va in direzione esattamente opposta.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

Ritorna il tetto sulle Pensioni

Lo stabilisce un emendamento del Governo al DDL Stabilità

Ritorna il tetto sulle pensioni. Ma questa volta il Parlamento non si è accontentato di ridurle solo per il futuro, ma interviene anche su quelle già liquidate negli ultimi tre anni. I lavoratori occupati prima del 1996, e quindi rientranti, almeno fino a tutto il 2011, integralmente nel sistema retributivo ovvero quelli che sono considerati nel "misto", cioè in parte nel retributivo e per gli anni successivi al 1995 nel contributivo, non possono maturare una pensione superiore a quella calcolata con la regola retributiva.

Lo ha previsto, un emendamento del governo al ddl di Stabilità, al testo della legge ora in discussione al Senato.

La norma, che produrrà effetto dal 1° gennaio 2015 su tutte le pensioni da liquidare, ma anche a quelle già liquidate precedentemente, è stata introdotta per correggere un aspetto della riforma Fornero che nell'estendere, dal 2012, la regola contributiva a tutti i lavoratori aveva, a dire di alcuni, lasciata aperta una finestra anomala. Infatti nel caso di presenza di alte retribuzioni, ai lavoratori già nell'ex regime retributivo e in servizio successivamente al 2011, il nuovo sistema contributivo farebbe maturare pensioni più alte di quelle che avrebbero ricevuto con il vecchio regime retributivo. Un vero e proprio limite alla pensione. La disciplina delle pensioni, ricordiamo, distingue due categorie di lavoratori: i "vecchi", cioè quelli che hanno iniziato a lavorare prima del 1° gennaio 1996 e i «giovani», quelli che hanno iniziato a lavorare dopo tale data. Fino al 31 dicembre 2011 i vecchi hanno fatto parte del regime retributivo o misto di calcolo della pensione, a seconda che avessero o meno di 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995. I più giovani appartengono da sempre (dal 1996) al regime contributivo.

Con la riforma Fornero, dal 1° gennaio



2012, tutti i lavoratori, vecchi e giovani, rientrano nel regime contributivo. Ai vecchi la pensione viene calcolata, in parte con il metodo retributivo, per le anzianità maturate sino al 31 dicembre 2011, e in parte con il sistema di calcolo contributivo per le anzianità maturate successivamente (anzianità dal 1° gennaio 2012). Per i i giovani la pensione è tutta calcolata con la regola contributiva. Per i giovani, inoltre, i contributi si pagano fino a un certo importo di retribuzione. Per il 2014 il limite è di 100.123 euro. Oltre non si pagano contributi, ma non si matura neanche la pensione per la parte non considerata in contribuzione. Quindi per il giovane che guadagna 200 mila euro, nel 2014 paga i contributi fino a 100.222 euro e anche la sua futura pensione sarà calcolata fino al corrispondente (ridotto) montante contributivo.

Lo stesso limite non vale per i vecchi. Ed è questa l'anomalia della riforma Fornero. Perché il dipendente che guadagna 200 mila euro, che nel regime retributivo avrebbe potuto avere una pensione massima, con il massimo d'anzianità di 40 anni, di 160 mila euro (l'80% dell'ultima retribuzione come indicato dal regime Inps o con percentuale lievemente più alta per gli iscritti all'ex Inpdap), con il sistema contributivo può maturare una pensione più alta, perché svincolata dal tetto contributivo e agli anni di contribuzione calcolati fi-

no ad un massimo di 40 anni nel regime retributivo. L'emendamento interviene per correggere questa "anomalia". Per i più anziani non si potranno avere pensioni d'importo superiore a quella retributiva.

In realtà viene riproposta, seppure in forma modificata, una clausola, già ipotizzata nella stessa legge Fornero - ma poi scartata al momento della stesura della legge Obiettivo - che era, ed è adesso, di evitare

che questi ulteriori contributi fruttino, a chi continua a lavorare oltre i 40 anni di contribuzione (adesso diventati 41 e sei mesi per le donne e 42 e sei mesi per gli uomini), un trattamento più generoso, dimenticando che questi stessi dipendenti continuano a contribuire integralmente rispetto al loro effettivo salario ma non ne vedranno i frutti. Un altro emendamento, questo finalmente più favorevole al futuro pensionistico, riguarda i trattamenti cosiddetti anticipati.

Sempre con riferimento ai vecchi lavoratori, la riforma Fornero aveva stabilito che alla pensione anticipata conseguita prima di 62 anni d'età (oggi servono 42 anni e 6 mesi agli uomini, 41 anni e 6 mesi alle donne) venga applicata la penalizzazione della quota retributiva dell'1% per ogni anno di anticipo rispetto ai 62 anni, elevato al 2% per ogni anno di anticipo rispetto a 60 anni. L'emendamento disapplica sostanzialmente a tutti la penalizzazione fino al 31 dicembre 2017. Oggi, invece, la detrazione non si applica a chi entro il 31 dicembre 2017 maturi il requisito contributivo soltanto con prestazione effettiva di lavoro, periodi di astensione obbligatoria per maternità, per leva, infortunio, malattia e cassa integrazione guadagni ordinaria e non per le altre motivazioni.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

Ospedale disorganizzato?

Il medico è innocente



L'uomo era stato portato al pronto soccorso ortopedico dove il medico di turno aveva riscontrato una frattura, dirottandolo poi al pronto soccorso generale per dolori all'addome. Dopo la ricerca vana di un'ambulanza il paziente era stato trasferito in barella: tempo prezioso perso a causa della lunga distanza, e non recuperato dall'infermiera del triage che aveva assegnato un codice verde imponendo un'ora di attesa. La condotta dell'ortopedico viene però ritenuta "immune da censure". Per i magistrati, "egli curò correttamente il paziente in ordine alle lesioni di sua competenza, non disponeva di elementi per propendere verso una decisa diagnosi di emorragia addominale; ed avviò tempestivamente il paziente al pronto soccorso generale, secondo i protocolli interni dell'ospedale". Secondo i giudici "il paziente avrebbe potuto essere salvato", ma tuttavia "disguidi, disorganizzazione ed equivoci non imputabili all'unico sanitario presente nel pronto soccorso ortopedico", l'hanno impedito.

Diversa la posizione del medico di pronto soccorso di medicina generale che, unico in servizio e impegnato a seguire un altro malato, aveva telefonato al collega per lamentarsi dell'errore di valutazione fatto nel non inviare direttamente in chirurgia la vittima dell'incidente automobilistico, invece di verificare personalmente la gravità della situazione. Anche nel suo caso, però, scatta l'assoluzione con la formula che il fatto non sussiste. Per la Cassazione l'omissione può essere considerata una negligenza ma non la causa della morte.

Deficit organizzativo

Primario responsabile del reparto

Con la sentenza n. 22338 del 22 ottobre, la Corte di Cassazione ha rinviato per nuova valutazione la Sentenza della Corte d'appello di Messina che assolse un primario chiamato a rispondere della negligenza dei medici del suo reparto. "Il primario ospedaliero risponde del deficit organizzativo della struttura da lui diretta - si legge nella motivazione della Sentenza -, ove non dimostri di avere adempiuto tutti gli obblighi a lui imposti dall'art. 7 del Dpr 128/1969, e cioè di essersi informato sulle condizioni dei malati, di avere impartito le necessarie istruzioni al personale e di avere predisposto le direttive per eventuali emergenze".

Nello specifico i Medici del reparto erano stati accusati di negligenza perché non rilevarono i dati pelvimetrici della gestante e non eseguirono il necessario parto cesareo. Durante le manovre i Medici provocarono la lesione del plesso brachiale al neonato. I giudici di merito avevano rilevato la disorganizzazione del reparto ma escluso la responsabilità del primario.



Accorpamento selvaggio di ASL e Ospedali: cui prodest?

Le intenzioni di certe Regioni considerate "virtuose" continuano a non convincere

REGIONE TOSCANA



L'Intersindacale Nazionale della Dirigenza Medica e Sanitaria, con le significative eccezioni di CGIL e UIL, ha contestato l'iniziativa della Giunta Regionale Toscana consistente nella riorganizzazione del SSR in sole tre ASL, nella convinzione che certi orientamenti regionali, non solo toscani, già assurti a modelli nazionali in diverse altre circostanze e occasioni, in un clima di delegittimazione delle rappresentanze dei lavoratori come quello attuale, minacciano di espandersi a macchia d'olio, e di diventare un punto di non ritorno nella direzione di un totale stravolgimento del Sistema Sanitario nell'intero nostro Paese. Di seguito i passaggi più significativi della nota diffusa il 26 Novembre, consultabile integralmente su:

www.aaroiemac.it

La ventilata proposta di riorganizzazione del sistema sanitario regionale della Toscana avanzata dalla Giunta regionale presenta numerosi elementi di criticità, oltre a non essere supportata da alcuna evidenza su come possano prevedersi implementazione di

efficienza, riduzione dei costi, maggiore efficacia clinica e maggior soddisfazione dei cittadini.

1) Il gigantismo istituzionale non può rappresentare una scorciatoia per risolvere i deficit organizzativi e di governo del sistema sanitario, in una rincorsa ai benefici della economia di scala, che non sono illimitati, con il rischio, o per meglio dire la certezza, di sacrificare la qualità dei servizi erogati, senza alcuna garanzia di miglioramento dell'efficienza, e con la necessità di pachidermiche strutture intermedie per essere governato.

2) La creazione di aziende integrate con le università configura un nuovo assetto istituzionale, che richiederebbe necessariamente una modifica legislativa, e presenta il rischio di subordinare la condivisione della governance con i Rettori a tutto il territorio, superando le mura della AOU a favore dell'affermarsi di un modello che finora non ha certo brillato per efficienza e contenimento dei costi. Tre macro-aziende corrispondenti alle attuali aree vaste interprovinciali convenzionate con l'Università sono prive di riferimento giuridico nella legislazione vigente ed in contrasto con le previsioni del D.Lgs 517/99 che all'art.2, comma 4, prevede l'unitarietà strutturale e logistica dell'azienda ospedaliero/universitaria ed individua con puntualità le tipologie organizzative, regolamentandone l'organizzazione interna (art. 3) e gli organi di governo (art. 4).

4) Inaccettabile il taglio lineare delle dotazioni organiche, quasi una rottamazione di massa che pensa di mantenere elevati stan-

dard di servizio riducendo le risorse umane e peggiorandone le condizioni di lavoro. La volontà di dichiarare 800 esuberanti tra i dipendenti del SSR è preoccupante, anche perché la normativa attuale prevede l'impossibilità di sostituire i pensionamenti, più o meno coatti, per un periodo di anni.

I vertici nazionali di ANAAO ASSOMED, CI-MO, AAROI-EMAC, FVM, EASSID (FEDERAZIONE AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFI-SNR), CISL MEDICI, FESMED, ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI rigettano senza mezzi termini un'idea di sistema sanitario regionale che, quasi come uno spot mediatico di un hard discount, illude i cittadini sulla possibilità di conciliare una drastica riduzione dei costi con l'incremento della qualità dei servizi di prevenzione e cura e con il miglioramento dei tempi di relazione con i malati, attraverso ristrutturazioni e accorpamenti dei servizi sanitari basati su una legislazione fai da te che rende il loro diritto alla salute una variabile da sacrificare sull'altare di un'autocrazia regionale tanto fantasiosa quanto autoreferenziale.

Una riorganizzazione dei servizi sanitari in funzione della riduzione dei costi dei fattori produttivi, medici compresi, provoca più danni che benefici. Qualunque modello organizzativo deve recuperare il valore del lavoro, delle competenze professionali e della vocazione all'assistenza che fanno la differenza tra la vita e la morte, tra la salute e la malattia, se si vuole realmente continuare a mantenere il diritto dei cittadini alla salute ed alla sicurezza delle cure attraverso le competenze di chi è chiamato a garantirne la esigibilità.

Qualità delle cure

Ricerca Agenas

Sono stati diffusi qualche giorno fa i risultati della ricerca di Agenas in collaborazione con l'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva dal titolo "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" che intendeva misurare il "grado umanizzazione delle strutture di ricovero".

L'indagine ha coinvolto 287 stabilimenti di cura, 286 associazioni locali, 241 équipe e 594 cittadini su tutto il territorio nazionale. Obiettivo dei promotori dell'iniziativa è rendere permanente una verifica periodica finalizzata a un percorso di miglioramento del SSN. Tra gli elementi oggetto della ricerca: l'accoglienza in Pronto Soccorso, la valutazione del dolore, le "terapie intensive aperte" e la partoanalgesia garantita 24 ore al giorno. Quattro in particolare le dimensioni dell'umanizzazione delle cure osservate: 1) Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; 2) Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura; 3) Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza; 4) Cura della relazione con il paziente/cittadino.

Per tutte e quattro i risultati sono stati superiori alla sufficienza: processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona (6,45); accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura (6,93); accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza (6,13); cura della relazione con il paziente/cittadino (6,36).

Per quanto riguarda l'area "cura della relazione con il paziente e con il cittadino" la ricerca ha evidenziato come sia da potenziare la formazione/aggiornamento del personale sanitario e di front office sulla comunicazione e la relazione. L'impegno nel promuovere l'umanizzazione delle cure, si evidenzia, in particolare, nell'attenzione alla condizione del bambino in ospedale (7,53) e nella lotta alla sofferenza inutile (7,85).

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

Mono-Poli-Gamia

L'anamnesi è la raccolta delle notizie sul malato. La fa il medico prima e durante la visita. Ci sono tre anamnesi: familiare, fisiologica, patologica (remota e prossima). In greco *anàmnēsis* significa ricordo, portare alla memoria.

L'anamnesi del Chirurgo è fisica, corporea. È soprattutto un esame manuale. Il Chirurgo (dal greco *cheir*, mano ed *ergon*, opera) "deve" toccare il suo malato. Deve scoprire e toccare la causa (*aitia*) eziologica. Tocca, tasta, palpa, preme, per-cute (la percussione) "per il tramite della cute".

Invece, per entrare "sotto la cute", ha bisogno di cose diverse dalle sue mani. E quali?

Le lastre radiografiche, nere come lavagne, dove il bianco non è fatto col gesso, ma con dei raggi misteriosi, i raggi "X".

Le ecografie, dove gli echi rimbalzano da una mano artificiale ad un organo addominale e da questo vanno ad uno schermo luminoso pieno di puntini.

E poi la Tomografia, con tante immagini quanti sono i tomi della *Summa Theologiae* di San Tommaso d'Aquino, il *Doctor Angelicus* padre del Tomismo.

Per non parlare della Risonanza Magnetica, nata appunto per i Sommi della Chirurgia, innamorati della "risonanza" mediatica e maestri del "magnetismo" clinico. "A me gli occhi" in tutti i sensi: dei clienti, dei direttori generali, delle telecamere.

Finalmente la diagnosi, con e senza mani, viene fatta. Il Chirurgo entra in scena, cioè entra in sala e opera. Con le mani. Da qualche anno, anche senza mani. O meglio, con delle lunghe mani (*longa manus* dicevano i Romani; ma per altre cose), lo strumentario delle videolaparoscopie. E infine c'è il robot: siamo alla fantascienza, roba da Guerre Stellari!

Il Chirurgo è monogamo. Sposa un unico coniuge e gli è fedele "nella salute e nella malattia, nella buona e nella cattiva sorte". Sposa il corpo del malato. Nei preliminari pre-operatori, mentre lo visita, quasi lo accarezza. Se lo fa soffrire è per il suo bene. Sta col corpo del malato durante tutta la cerimonia nuziale nel "tempio" della Chirurgia, la sala operatoria. Il "consenso" lo ha raccolto l'Anestesista celebrante. Lo sposo indossa l'abito di nozze da principe (in) azzurro; l'operata ha l'abito bianco "monouso" da sala.

E l'Anestesista?

Partiamo dall'anamnesi: la sua non è corporea, è puro spirito. Quasi mai tocca il malato. Parla, chiede, ascolta, annota, pensa, risponde, fa ricordare e rammenta, rammenda qualche strappo nel tessuto del vissuto e tranquillizza l'operando. Il suo

è un vero "anamnesizzare". Perché dovrà anestetizzare. Cioè togliere la coscienza e il dolore. Sembrerebbe qualcosa di diabolico: il soggetto è "senza coscienza", non prova rimorso né dolore. E invece è qualcosa di divino. Una "mission" in favore di chi viene operato: "*Opus divinum est sedare dolorem*".

Quindi, la relazione che ha l'Anestesista con i malati non ha nulla di tattile, di carnale, ma è platonica (San Tommaso era aristotelico). L'Anestesista, platonicamente, è molto vicino a Socrate. A volte gli fanno bere la cicuta, in sala operatoria. Lui, per il quieto vivere, la beve senza protestare. E senza morire.

L'Anestesista è fondamentalmente poligamo. Ma in che senso? Nel senso che si lega a tutti i suoi malati. Come Don Giovanni, si appassiona per ognuno e gli vuole bene. Vuole il suo bene. Allora è come il Chirurgo? Non proprio: questi ha una "unica" compagna, sempre paziente: la paziente "operanda" (in latino "da operare").

Per l'Anestesista il paziente non è mai "operando", cioè "da operare" in ogni caso. Dato che è poligamo, lui difende, ama e coccola tutte le sue "spose". Salomone, il più sapiente degli uomini, aveva 700 mogli. Certo sapeva metterle d'accordo. Quante volte l'Anestesista risolve salomonicamente situazioni e conflitti apparentemente insanabili?

Molière, nel suo "Don Giovanni" (atto I, scena 2) fa dire al protagonista: "Le passioni nascenti, dopo tutto, presentano un fascino inspiegabile, e tutto il piacere dell'amore sta nel cambiamento."

"Don Giovanni è un ingenuo. Vuole rimanere sempre allo stadio iniziale. Le storie con delle debuttanti si assomigliano tutte. Il libertino è monogamo." Fabrice Hadjadj, giovane filosofo francese, sostiene queste cose nel suo libro "Mistica della carne. La profondità dei sessi". E dice: "Se mia moglie cambia contemporaneamente a me, perché non amarla sempre di nuovo? In lei avrò amato una giovane, una fidanzata, un'attrice, una madre, una signora, una vecchia signora, chi può sapere? una morta, una resuscitata... Mentre con una studentessa, poi un'altra, poi una moltitudine, non avrei altrettante donne."

Gli viene fatto osservare: "Ma quando ci si sposa, bisogna rinunciare a tutte le donne, salvo una!" Hadjadj suggerisce una risposta. "Quando ci si sposa, si accolgono tutte le donne, in una. Bisogna essere sufficientemente contemplativi per accorgersene. E abbastanza pazienti. In ciò risiede l'enorme difficoltà. È, per così dire, una poligamia di fondo".

G.M.B.

In T.I. con la famiglia

La proposta di legge

Sta iniziando il suo percorso legislativo ma non è ancora calendarizzata, la proposta di legge della deputata Maria Antezza (Pd) che contiene indicazioni sulla terapia intensiva aperta, sull'adeguata formazione a medici e infermieri, sui piani nazionali di edilizia sanitaria finalizzata ad attrezzare gli ospedali e a favorire la presenza delle famiglie. "Il mio obiettivo" ha dichiarato Antezza - è realizzare dei reparti di Terapia intensiva perché è dimostrato che per i pazienti il contatto con i familiari migliora la qualità della cura. Reparti aperti 12 ore nelle terapie per adulti e 24 per le terapie intensive pediatriche. Ma per fare questo c'è bisogno di compiere un salto culturale perché in Italia la presenza dei familiari nei reparti di Ti è soggetta a molte restrizioni".

Si legge sulla PDL che "in media, il tempo di visita è limitato a circa due ore al giorno e solo il 2% dei reparti non pone un limite alle visite nell'arco delle 24 ore contro, ad esempio il 23% delle TI francesi o il 70% di quelle svedesi". E ancora che "un consistente numero di reparti di TI italiani non modifica le proprie visiting policies neppure quando il paziente ricoverato è un bambino (9%) o quando il paziente sta morendo (21%)".

Negli ultimi anni però le cose stanno cambiando e sono sempre più le Terapie Intensive che hanno modificato le loro visiting policies. Nonostante questo, nella maggior parte dei casi, permangono politiche di visita molto restrittive.



QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Le risposte di Domenico Minniti
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

INDENNITA' DI PRONTA DISPONIBILITA'



Quesito: L'indennità di pronta disponibilità (reperibilità) è pagata 20,66 euro in tutta Italia, oppure si tratta di un importo minimo e da lì si può salire?

Risposta: L'indennità del turno di pronta disponibilità così come qualunque altra indennità di turni "disagiati" può essere incrementata utilizzando il fondo accessorio compatibilmente con la sua capienza.

Con tale fondo occorre retribuire anche le ore di straordinario per i Colleghi che non intendono recuperarle e quindi occorre porre attenzione a tale utilizzo che, chiaramente, depaupererà il fondo non consentendo di remunerare altre indennità disagiate.

D.M.

RETRIBUZIONE DI RISULTATO

Quesito: Avendo lavorato per un breve periodo a cavallo tra due anni solari presso una azienda ospedaliera pubblica vorrei conoscere con quali criteri viene riconosciuta la retribuzione di risultato?

Risposta: Dal sito ARAN si possono ricavare alcuni Orientamenti applicativi sulla problematica:

«Relativamente...alla retribuzione di risultato si deve ricordare che questa particolare voce retributiva...non è direttamente collegata alla presenza in servizio. Si tratta, infatti, di un emolumento da corrispondere "a seguito di valutazione annuale"...dopo aver verificato i risultati conseguiti in relazione agli obiettivi assegnati...»

L'Ente deve, comunque, procedere alla valutazione annuale dei risultati conseguiti ed è ragionevole presumere che i periodi di assenza incidano negativamente su tale aspetto, determinando la conseguente riduzione del compenso da corrispondere, fino ad annullarlo, quando i risultati conseguiti, proprio a causa della lunga durata della assenza, non siano apprezzabili...»

Di conseguenza è la "valutazione annuale" che dovrà valutare il peso che ciascun Collega ha avuto nel raggiungimento degli obiettivi della Struttura di appartenenza.

D.M.

DIRITTO ALLA MENSA

Quesito: Quali sono le normative che regolano il diritto alla mensa?

Risposta: Il quesito va affrontato sotto due aspetti differenti:

- il diritto al consumo del pasto
- il diritto alla pausa

Il primo aspetto è affrontato dal CCNL integrativo dell'8 Giugno 2000 che all'art.24 recita:

Mensa

1. Le aziende, in relazione al proprio assetto organizzativo e compatibilmente con le risorse disponibili, possono istituire mense di servizio o, in alternativa, garantire l'esercizio del diritto di mensa con modalità sostitutive.

2. Hanno diritto alla mensa tutti i dirigenti, ivi compresi quelli che prestano la propria attività in posizione di comando, nei giorni di effettiva presenza al lavoro, in relazione alla particolare articolazione dell'orario di lavoro.

3. Il pasto va consumato al di fuori dell'orario di lavoro e nel rispetto delle articolazioni orarie delle strutture ed unità operative di assegnazione, concordate in azienda, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. B), quarto alinea del CCNL 8 giugno 2000.

4. Il costo del pasto, determinato in sostituzione del servizio mensa, a carico dell'azienda non può superare complessivamente l'importo di £. 10.000 (pari a € 5,16). Il dirigente è tenuto a contribuire in ogni caso nella misura fissa di £. 2.000 (pari a € 1,03) per ogni pasto. Il pasto non è monetizzabile.

5. Sono disapplicati gli artt. 33 del D.P.R. 270/1987 e 134, comma 2 del D.P.R. 384/1990.

Tale articolo dispone la possibilità che le aziende affrontino il problema istituendo una mensa o con modalità sostitutive e garantisce tale diritto anche ai Dirigenti (comma 2).

Il secondo aspetto del problema (il diritto alla pausa) è affrontato dal Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66 - "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 14 aprile 2003 - Supplemento Ordinario n. 61.

Art. 8 - Pause

1. Qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e la cui durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1, in difetto di disciplina collettiva che preveda un intervallo a qualsivoglia titolo attribuito, al lavoratore deve essere concessa una pausa, anche sul posto di lavoro, tra l'inizio e la fine di ogni periodo giornaliero di lavoro, di durata non inferiore a dieci minuti e la cui collocazione deve tener conto delle esigenze tecniche del processo lavorativo.

3. Salvo diverse disposizioni dei contratti collettivi, rimangono non retribuiti o computati come lavoro ai fini del superamento dei limiti di durata i periodi di cui all'articolo 5 regio decreto 10 settembre 1923, n. 1955, e successivi atti applicativi, e dell'articolo 4 del regio decreto 10 settembre 1923, n. 1956, e successive integrazioni.

Da quest'ultimo Decreto 66/2003 si evince il diritto ad un intervallo di lavoro allorché l'orario di lavoro ecceda le sei ore lavorative.

Tale intervallo non può essere sostituito da una decurtazione sulla timbratura senza una interruzione della attività che, ovviamente non garantisce il recupero psicofisico e si palesa come una illecita cancellazione di ore lavorate.

D.M.

PROCEDURE PER MOBILITA' VOLONTARIA

Quesito: Nelle procedure per la gestione della mobilità volontaria quali sono i criteri da seguire per stilare una graduatoria tra più partecipanti?

È lecito l'utilizzo del colloquio che valuti le competenze professionali del candidato?

Risposta: L'istituto della mobilità non esplicita i criteri di scelta dei candidati nel caso esistano più richiedenti rispetto ai posti disponibili, lasciando la decisione sui criteri alla contrattazione decentrata regionale e/o aziendale. Molte Aziende Sanitarie ed alcune Regioni si sono dotate di tali criteri e, di conseguenza, sarà il caso di richiedere all'Azienda di destinazione l'eventuale esistenza degli stessi.

È opportuno aggiungere che molte Aziende utilizzano la procedura del colloquio per valutare i candidati, procedura che non trova riscontro nella normativa attualmente vigente anche perché i candidati sono tutti dirigenti medici a tempo indeterminato che hanno già subito una valutazione concorsuale ed il periodo di prova nell'Azienda di provenienza e che non andrebbero valutati sulle capacità professionali.

Le Aziende e le Regioni che, al contrario, si sono dotate o si doteranno di criteri è opportuno che facciano riferimento a criteri di tipo "sociale" (figli in tenera età, avvicinamento alla famiglia, patologie gravi in famiglia) e che sono sicuramente da annoverare tra le giuste ragioni per le quali si propone una domanda di trasferimento.

Suggerirei di chiedere all'Azienda di destinazione sull'esistenza di tali criteri chiedendo loro anche se hanno stipulato accordi sull'argomento con altro personale diverso dalla Dirigenza Medica, accordi ai quali si potrà fare riferimento.

D.M.

RIPOSO COMPENSATIVO

Quesito: Il recupero di una giornata lavorativa o riposo compensativo è da attribuire anche nel caso in cui la reperibilità inizi alle 20 del giorno prefestivo e termini alle 8 del giorno festivo, con 12 ore di pronta disponibilità, di cui 8 sul festivo?

Risposta: Il periodo di tempo che va dalle ore 00.00 alle ore 24.00 della giornata festiva (domenica e/o altra festività riconosciuta) fa parte interamente della giornata in questione; di conseguenza, ciascuno dei Colleghi che abbia effettuato un turno di pronta disponibilità all'interno del suddetto periodo di tempo ha diritto ad un riposo compensativo, senza riduzione del debito orario settimanale, non avendo potuto godere della festività.

D.M.

ORGANIZZAZIONE COMPLESSO OPERATORIO

Quesito: Nell'organizzazione di un complesso operatorio è prevista l'assegnazione di un collega "fuori sala" per eventuali difficoltà e/o esigenze imprevedibili?

Risposta: Per quanto riguarda la presenza di un collega fuori sala per esigenze improvvise ed imprevedibili si può fare riferimento alle Linee Guida AAROI/SIAARTI del 1996 che prevedono:

"È inoltre necessaria la presenza di un Anestesista Rianimatore svincolato da attività elettiva, con il compito di coordinare ed intervenire in caso di difficoltà, coprire assenze impreviste o temporanee e coordinare l'attività nella sala di risveglio".

D.M.

ELISOCORSO E INDENNITA' DI VOLO

Quesito: Per il servizio di elisoccorso regionale svolto in orario di servizio istituzionale (non in libera professione) è previsto il pagamento di una "indennità di volo"?

Risposta: Il Contratto Nazionale di lavoro non prevede "indennità di volo" tra le voci stipendiali.

All'interno di una trattativa aziendale si potrebbe prevedere una voce del genere utilizzando il fondo accessorio che è utilizzabile per attività "disagiate".

D.M.

LETTO PER MEDICO DI GUARDIA IN RIANIMAZIONE

Quesito: Il Medico di Guardia notturna della Rianimazione può avere un letto dove riposare durante la notte quando i pazienti ricoverati sono stabili, non ci sono ricoveri o richieste di consulenze urgenti esterne?

Risposta: La domanda riguarda un argomento spesso dibattuto che ad oggi non trova, purtroppo, una soluzione normativa e/o giurisprudenziale definitiva.

In linea generale, non si comprende il perché del voler negare al medico in turno di guardia notturna, con pazienti stabili, e comunque in assenza di effettive necessità assistenziali, la disponibilità di un letto ove poter riposare in periodi di eventuale inattività.

Nel merito, esiste una sentenza della Corte di Giustizia Europea (n° C-151/02 del 09/09/2003), reperibile facilmente sul web, relativamente alla quale, per l'avvocatura generale, "il fatto che il medico, durante il servizio di guardia, abbia a disposizione un letto per potersi riposare occasionalmente contribuisce a proteggere la sua salute e a garantire un servizio adeguato agli assistiti".

Sarebbe quanto mai opportuno discutere e richiedere quanto auspichi alla Direzione Generale, anche con il tramite del rappresentante sindacale aziendale, tenendo presente però che la suddetta sentenza appare, purtroppo, priva di valore imperativo.

D.M.

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

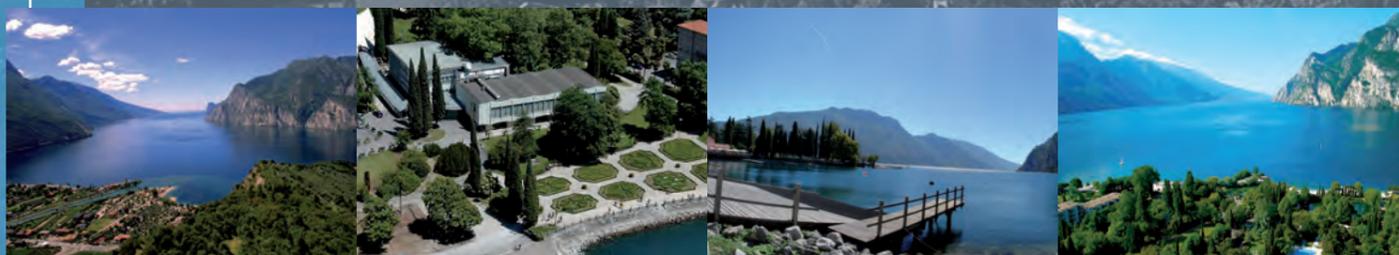
11° Congresso
Nazionale

SIARED

Percorsi di cura
tra innovazione,
tradizione e consuetudini

Diagnosi e trattamento del paziente dall'emergenza all'alta specialità

Save the date



11/12/13 Maggio 2015 - Riva del Garda (TN) - Fierecongressi

Partecipare per crescere

www.siared.it

 **AAROIEMAC**
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

INTESA
PROVIDER ECM