

il nuovo Anestesista Rianimatore

AGOSTO - SETTEMBRE - OTTOBRE
2017
4
Anno XXXVII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesiologi 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

Alessandro Vergallo confermato Presidente Nazionale

Teresa Matarazzo Vice Presidente Area Nord, Cesare Iesu Vice Presidente Area Centro, Emanuele Scarpuzza Vice Presidente Area Sud, Quirino Piacevoli Coordinatore dell'Ufficio Esteri. La Lista ha ottenuto il 94% dei voti presenti a Congresso.



Speciale XI Congresso Nazionale alle pagine 2, 3, 4, 5, 6 e 7

Contratto

Gli interventi COSMED e dell'Intersindacale

La voce dell'AAROIEMAC e delle altre OO.SS. si sta facendo sentire sia attraverso la COSMED, con l'ARAN e con le Regioni, sia attraverso le relazioni inter-

sindacali nazionali.

Resta fermo l'impegno a scongiurare un contratto senza aumenti stipendiali adeguati o addirittura un "contratto alla Robin Hood".

a pagina 10

Previdenza

Via al Cumulo dei contributi

I nodi sul cumulo previdenziale potrebbero presto sciogliersi in maniera definitiva.

Il 4 Ottobre l'INPS ha inviato al Ministero del Lavoro una bozza di circolare applicativa della legge 11 dicembre 2016, n. 232. Lo Schema di circolare il 10 Ottobre ha ricevuto il nulla osta ministeriale.



a pagina 13

FAD 2017

Ultime Novità per gli Iscritti

TUTTI gli Iscritti, anche quelli che avevano già svolto il corso nel 2016, possono ora accedere al Percorso FAD "Dall'Emergenza all'Alta Specialità: Percorsi di Cura Centrati sul Paziente", da completare entro il 31 Dicembre 2017.

Si ricorda, inoltre, che sono attualmente disponibili altri due percorsi FAD "Evoluzione della tecnologia e della cura: nuove sfide per l'Anestesista Rianimatore. Focus su emergenza, rianimazione, cuore e monitoraggio" accessibile fino al 30 Aprile 2018 e "Evoluzione della tecnologia e della cura: nuove sfide per l'Anestesista Rianimatore. Dal paziente pediatrico al perioperatorio dell'adulto" accessibile fino al 30 Giugno 2018.

Tutte le informazioni sulla Piattaforma FAD al seguente link:

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

www.aaroiemac.it



@AaroiEmac

follow us on
twitter

L'Analisi

Le diverse insidie della Legge "Gelli"



Una puntuale disamina sulla Responsabilità Professionale alla luce della Legge "Gelli", con una valutazione delle sue insidie, tra cui un aumento degli avvisi di garanzia, in crescita "grazie" ad una legge che prometteva di alleviare la persecuzione giudiziaria dei medici.

a pagina 11



XI CONGRESSO NAZIONALE AAROI-EMAC

La Relazione del Presidente Nazionale a Bergamo

Il testo che sintetizza il lavoro svolto dall'Associazione nel mandato 2013 - 2017

Carissimi Delegati e Colleghi,
 al nostro appuntamento congressuale ordinario, che è quadriennale, e che deve tracciare le linee strategiche che l'AAROI-EMAC dovrà perseguire nel quadriennio che ci attende, per opera di tutti i livelli di gerarchia associativa, in coordinamento tra loro e con la nostra base di Istituti, è tradizione tracciare un quadro sintetico di quanto è stato fatto nel quadriennio in chiusura.

Va quindi riassunto - a grandi linee - il lavoro svolto dalla nostra Associazione, con la mia Presidenza, nel mandato 2013 - 2017. Gli ambiti in cui questo lavoro si è realizzato sono tali e tanti che basterà, anche per necessità di sintesi, esporli per sommi capi.

Sono stati quattro anni senza dubbio complicati sotto tanti aspetti e in diversi ambiti, nei quali, tuttavia, possiamo affermare senza tema

di smentite che l'AAROI-EMAC, nonostante i colpi infertili da ogni direzione possibile e immaginabile, ha mantenuto dritta la barra nella direzione di una costante coerenza con le nostre stesse finalità costitutive, in primis - ma non solo - "la tutela sindacale".

A tal proposito dobbiamo porci alcuni quesiti:

- 1) In che modo, con quali strumenti e con quali mezzi sono state perseguite, in questi quattro anni, le finalità dell'AAROI-EMAC?
- 2) Con quali risultati?
- 3) In che panorama complessivo?
- 4) Che cosa significheranno tali finalità nell'ottica futura?
- 5) Con quali prospettive?
- 6) Con quali possibili strategie di sviluppo?

I primi tre quesiti costituiscono la materia di questa relazione, per dar conto di come la gerarchia associativa che abbiamo attuato in questi quattro anni ha tradotto questa coerenza in risultati concreti.

Per quanto riguarda gli ultimi tre quesiti, sarà compito di questo Congresso individuare le migliori opportunità di azione per il prossimo quadriennio, che la squadra costituita dagli Organismi Direttivi della nostra Associazione dovrà poi mettere in pratica.

La risposta ai primi due interrogativi non può prescindere

dalla realtà inconfutabile che un'Associazione (qualunque Associazione) vale in base alla sua rappresentatività.

La rappresentatività dell'AAROI-EMAC, come quella di qualunque altro Sindacato, si basa su due pilastri: il primo è il numero di Istituti, il secondo la sua capacità di penetrazione attiva negli ambiti delle trattative sindacali, e più in generale delle relazioni istituzionali, oltre che nella visibilità anche mediatica.

Il primo pilastro della nostra rappresentatività (il numero di Istituti) è stato rafforzato in senso assoluto, facendoci arrivare ad oltre 10.000 iscritti effettivi e dimostrabili, tra i quali quelli rientranti nel Pubblico Impiego, che l'ARAN ha certificato a Dicembre 2015 e confermato a Gennaio 2016, sono cresciuti di quasi il 7% in più rispetto alla precedente rilevazione (495 Colleghi).

Ma il numero dei nostri Istituti è cresciuto anche in senso relativo, al confronto con gli Istituti delle altre OS della nostra Area, tra le quali solo un paio sono cresciute (%almente non altrettanto), un paio hanno "tenuto", mentre altre hanno risentito di un arretramento.

Naturalmente, tale crescita ha riguardato anche le altre categorie di nostri Istituti: i Liberi Professionisti, i Dipendenti Privati, e i Titolari di contratti atipici, Colleghi che non sono rappresentativi per l'ARAN, ma che per noi sono altrettanto importanti.

E, si badi bene, questa crescita è avvenuta a dispetto di tre fattori.

Il primo fattore è stato l'accorpamento - obbligato dalla riforma delle Aree Contrattuali avviata in epoca ormai remota dal Ministro Bru-

netta e poi portata a termine dalla Ministra Madia - dell'Area Contrattuale IV (quella storica esclusiva della Dirigenza Medica e Veterinaria) con l'Area Contrattuale III (quella storica esclusiva della Dirigenza SPTA), che ci ha "remato contro", diluendo non poco la base numerica dei Sindacati esclusivamente Medici come il nostro.

Il secondo fattore è stato, nonostante le nostre battaglie a favore della stabilità contrattuale, il progressivo aumento dei contratti atipici nel Pubblico Impiego, che

come già detto - purtroppo - non vengono conteggiati ai fini ARAN.

Il terzo fattore è - invece - dipeso dalla nostra scelta, confermata nello scorso appuntamento congressuale di quattro anni addietro, di restare un Sindacato riservato esclusivamente ai Medici realmente iscrivibili in base alla nostra stessa denominazione AAROI-EMAC quindi non riservato esclusivamente agli Anestesisti Rianimatori, ma nemmeno troppo "generalista".

In base a tale scelta, per necessaria coerenza oltre che per una indispensabile stabilità dei servizi che la nostra Associazione riserva ai suoi Istituti, abbiamo operato una coraggiosa manutenzione della nostra base di Istituti, sia effettivi sia potenziali, all'interno della quale base si erano inseriti, nelle pieghe di prassi iscrivitive molto poco chiare che avevamo ereditato, Medici appartenenti a discipline non rientranti negli ambiti che la nostra Associazione rappresenta, con una dispersione che stava mettendo a rischio i nostri assetti associativi.

Ebbene, il prezzo di tale coraggio, che ha comportato il non poter più iscrivere questi Colleghi, è stato ben ripagato, e con gli interessi.

Gli Istituti sono cresciuti quasi del 7% rispetto alla precedente rilevazione con 495 Colleghi in più



I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI

Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti

CONSULENZE MANAGERIALI

Sul controllo di gestione dei servizi sanitari

PARERI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ETC.

A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia

CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AAROI-EMAC E DALLA SIARED, PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM

INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore", rinnovato e aggiornato

CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:

- Responsabilità Civile e Professionale
- Tutela Legale
- Responsabilità Amministrativa
- Altri Settori (in corso di attivazione)

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETARIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • matarazzo@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr CESARE IESU • sardegna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@siared.it
PRESIDENTE SIAARTI • Dr ANTONIO CORCIONE • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • QUIRINO PIACEVOLI • ufficiosteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

ABRUZZO • Dr FABRIZIO MARZILLI • abruzzo@aaroiemac.it
BASILICATA • Dr FRANCESCO ALLEGRI • basilicata@aaroiemac.it
CALABRIA • Dr DOMENICO MINNITI • calabria@aaroiemac.it
CAMPANIA • Dr GIUSEPPE GALANO • campania@aaroiemac.it
EMILIA ROMAGNA • Dr MATTEO NICOLINI • emilia-romagna@aaroiemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dr ALBERTO PERATONER • friuli@aaroiemac.it
LAZIO • Dr QUIRINO PIACEVOLI • laazio@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 LUIGI DE SIMONE • toscana@aaroiemac.it
UMBRIA • Dr ALVARO CHIANELLA • umbria@aaroiemac.it
VENETO • Dr MASSIMILIANO DALSASSO • veneto@aaroiemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO • Dr.ssa ROBERTA PEDRAZZOLI • bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO • Dr PIERGIORGIO CASETTI • trento@aaroiemac.it

il nuovo Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
 Tribunale di Napoli
 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
 ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
 CESARE IESU
 TERESA MATARAZZO
 EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
 GIAN MARIA BIANCHI
 POMPILIO DE CILLIS
 COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il

Tiratura: 10.600 copie
 Spedito il

XI CONGRESSO NAZIONALE AAROI-EMAC



comportato il non poter più iscrivere questi Colleghi, è stato ben ripagato, e con gli interessi. Nei numeri, come abbiamo dimostrato, e nella rinforzata stabilità dei nostri assetti, recuperata con un certosino lavoro di riordino.

Il secondo pilastro della nostra rappresentatività (la nostra capacità relazionale) è stato rafforzato ancora di più, con un incessante e capillare impulso – mai avvenuto prima – alle relazioni e alla comunicazione. Una crescita delle relazioni e della comunicazione che è avvenuta anche grazie ad un Ufficio Stampa coinvolto (come è opportuno che sia) sempre più attivamente, rendendolo sia più correlato alla nostra Segreteria Nazionale, per implementare la nostra visibilità. Una visibilità correlata:

- con la nostra base iscrivitiva, portando “*Il Sindacato a domicilio*” in mille modi, facendo sì da adottare attivamente come strumenti propri, e non solo limitandosi passivamente a guardarli da lontano o addirittura a subirla, i canali diretti di comunicazione in tempo reale che la moderna tecnologia mette a disposizione, sia con gli Iscritti sia con i non Iscritti, che rappresentano un bacino di potenziale ulteriore crescita per nulla trascurabile; si è attuato così, attraverso i social media

(fb, twitter, etc.), un confronto continuo con i Colleghi mai attuato in precedenza; sono stati attivati profili associativi ufficiali Youtube per i video e Flickr per le immagini degli eventi associativi; naturalmente, gli Iscritti hanno conservato canali privilegiati di informazione associativa (Giornale, email); a proposito del Giornale, ricordo che il suo rinnovamento completo è avvenuto nel 2013, immediatamente all'indomani dello scorso Congresso, e quindi è sotto gli occhi di tutti senza bisogno di dettarlo; idem per il Sito Web, completamente rinnovato nel 2016; una novità è invece la Newsletter quindicinale, quasi un Reader's Digest delle News;

- con la nostra presenza sulle principali testate di settore sanitario, sia cartacee, sia telematiche;
- con la nostra presenza nelle relazioni intersindacali, alle quali abbiamo apportato una partecipazione sempre più attiva, non limitandoci semplicemente ad un appoggio di iniziative preconfezionate;
- con la nostra presenza negli Enti, come l'Onaosi, dove il nostro Sindacato si era già gua-

dagnato un ruolo a suo tempo, e dove c'è e ci sarà più che mai bisogno di nuova linfa;

- con la nostra adesione alla COSMED, novità verificatasi a fine 2014, previa una lungimirante strategia relazionale, che ci ha consentito di sedere ai tavoli delle trattative più “alte” rispetto a quelle del CCNL, oltre che di acquisire il diritto al rafforzamento di alcune prerogative sindacali a favore della nostra struttura associativa;

- con un maggiore dialogo con la FNOM-CeO, che sotto la sua Presidenza ha assunto un maggior ruolo di difesa della professione medica, da noi condiviso e supportato in diverse occasioni.

Siamo scesi in campo – oltre che per difendere i nostri diritti – anche per cercare di aprire gli occhi ai cittadini di fronte alle situazioni di pericolo. Un solo esempio tra i tanti, perché particolarmente emblematico.

Per un anno intero abbiamo portato avanti una campagna per la sicurezza dei Punti Nascita, dove la disponibilità e la presenza dell'Anestesista Rianimatore è fondamentale per la sicurezza della donna. Allo stesso tempo abbiamo detto a chiare lettere quanto illusorio sia stato includere

la PartoAnalgesia nei LEA senza un piano di assunzioni per AR. Lo abbiamo fatto convinti che fosse nostro dovere, oltre che i nostri Iscritti, informare le donne e allo stesso tempo il Governo, a partire dal Mini-

stro della Salute, che senza gli Specialisti necessari il parto indolore continuerà ed essere un diritto solo sulla carta.

Sui pilastri fondanti che abbiamo finora esaminato si sono ristrutturati, e laddove occorreva costruiti, gli ambiti di “tutela” che il nostro Statuto prevede:

- sugli aspetti contrattuali, in assenza di trattative, ci siamo mossi con alterne fortune, con interventi costanti in ogni sede e modo sui temi di vitale importanza per la categoria, per far emergere le nostre posizioni e per far valere i nostri diritti derivanti dai contratti vigenti, sia pubblici sia privati, contrastando tutte quelle numerose illegittimità che si moltiplicano a danno dei nostri Colleghi da parte di Aziende e di intere Regioni;

- sulla tutela delle nostre competenze e della nostra professionalità, idem come sopra, ma potendo intervenire con maggiore incisività, per

esempio nei confronti di ogni pretesa di appiattimento tra professioni e tra le stesse discipline specialistiche mediche: la nostra vittoria sul famigerato Comma 566, inserito con un colpo di mano nella Legge di Stabilità 2015, ma poi miseramente ad oggi desaparecido, per quanto non defunto, ha rappresentato il risultato concreto più evidente di tale impegno; ma tante altre sono state le nette prese di posizione che ci hanno consentito di non capitolare davanti alle pretese di tutti coloro – e non sono pochi – che vorrebbero relegarci definitivamente ad un ruolo di subalterneità o di ancillarità, quando non di parafulmine;

- sulla promozione della formazione e dell'aggiornamento professionale:

- con una riorganizzazione sia gestionale sia operativa del nostro Provider ECM INTESA, che nel 2016 ha finalmente condotto alla sua qualificazione, passato il non facile esame con i complimenti degli Ispettori Agenas, come Provider Standard, dalla sua precedente ed incerta qualifica “provvisoria”;

- con l'implementazione, a favore dei nostri Iscritti, di tutte le modalità di formazione e aggiornamento in tutte le loro forme, ECM e non, stanziali, residenziali, e a distanza;

- con la recentissima sottoscrizione di accordi di collaborazione, ultimo quello con un'azienda che produce mezzi di elisoccorso, al fine di fare almeno un tentativo per mantenere, e per recuperarlo là dove da anni e anni lo abbiamo perso, il nostro ruolo in quest'ambito di estrema importanza per il riconoscimento della nostra leadership sul paziente critico;

- con una riorganizzazione sia gestionale sia scientifica del nostro Centro “SimuLearn” di Bologna, riportato al suo ambito strettamente associativo, implementato nelle disponibilità di uomini e mezzi, e finalmente dotato di una vera autonomia nel rilascio delle certificazioni AHA; infatti, anche per merito della riorganizzazione attuata, il nostro Centro, liberatosi nel frattempo da ogni vassallaggio nei confronti di soggetti esterni, dal 2016 è “Authorized Training Center AHA” - (Provider secondo i criteri certificati dalla American Heart Association®).

Ma non abbiamo mancato di utilizzare il nostro Centro anche al servizio di un Osservatorio sul Contenzioso Medico-Legale, istituito sempre nel 2016, che ha mostrato un calo delle denunce nei confronti dei nostri Iscritti, confermando di fatto la qualità del sistema di protezione professionale dell'AAROI-EMAC, sia attraverso una formazione continua e all'avanguardia, sia con il mantenimento di una tutela assicurativa al momento senza paragoni con altre sul mercato, che non sarà certo la Legge Gelli, con le sue operazioni cosmetiche sulla responsabilità civile e penale dei Medici, a poter rendere più attraenti rispetto alla nostra.

TUTTO QUESTO È STATO REALIZZATO CON UNA SENSIBILE E DOCUMENTATA RIDUZIONE DELLE SPESE DI GESTIONE A CARICO DELLE CASSE SOCIALI, IL CUI RISPARMIO HA CONSENTITO DI INVESTIRE IN RISORSE FONDAMENTALI PER LA VITA DELL'AAROI-EMAC, AD INIZIARE DALLA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO E DALLA DOTAZIONE DI PERSONALE DIPENDENTE, CHE OGGI DISPONE DI BEN 7 PERSONE AL 100% A DISPOSIZIONE, AVENDO AL CONTEMPO SOSTITUITO UN PAIO DI DIPENDENTI DA NOI EREDITATI, CHE PRETENDEVANO DI CONTINUARE A SVOLGERE ATTIVITÀ IMPRENDITORIALI AUTONOME IN EVIDENTE ED INCREDIBILE CONFLITTO

DI INTERESSI CON LA NOSTRA ASSOCIAZIONE.

E tutto questo è stato realizzato in un periodo storico nel quale, non dimentichiamolo, diversi sono stati gli attacchi alle Organizzazioni Sindacali in quanto tali, che hanno tutte, nessuna esclusa, subito in tutti i modi i più protervi tentativi di minarne l'autorevolezza e la credibilità. E dobbiamo essere consapevoli che questi attacchi sono tutt'altro che cessati.

Così, a proposito degli scenari in cui abbiamo gestito la nostra Associazione, arriviamo al terzo interrogativo che ci siamo posti (In che panorama complessivo in questi quattro anni, sono state perseguite le finalità dell'AAROI-EMAC?)

La risposta a questa domanda è al tempo stesso semplice e sconfinata. Un panorama devastante. Bastino pochi esempi per ricordarne solo i profili: nel 2014 sono stati falcidiati i distacchi e i permessi sindacali, con la conseguenza di ridurre considerevolmente il tempo a disposizione per “fare sindacato”.

Allo stesso tempo, il protrarsi del blocco dei contratti del pubblico impiego ha di fatto spuntato il principale compito dei Sindacati, quello della contrattazione, già a suo tempo minato alla base da quella sciagurata riforma del Pubblico che ridusse a suo tempo molte materie di contrattazione e di concertazione ai livelli inferiori della consultazione o addirittura della mera informazione.

Ma il Legislatore, negli ultimi anni, a prescindere dalla connotazione politica dei Governi che si sono succeduti, non si è limitato a questo: ha snaturato o addirittura abolito normative contrattuali duramente conquistate nei decenni scorsi, giungendo senza alcuno scrupolo a sconvolgere

o a cancellare principi dello Statuto dei Lavoratori che si credevano al riparo da ogni follia destituente.

E invece è accaduto, con conseguenze che hanno rischiato – rischio ancora attuale – di trascinare

Inaccettabile una foresta di Sherwood dove lo Sceriffo di Nottingham si traveste da Robin Hood

l'intero mondo del lavoro nel baratro di un caporalato globale. Un caporalato da cui saranno tutt'altro che immuni, anzi saranno forse i più colpiti, i Liberi Professionisti, per la semplice ragione che ogni mercato, anche quello del lavoro, è implacabilmente regolato dal rapporto tra domanda e offerta, e – senza regole di tutela per il settore pubblico che facciano da calmiera – nemmeno i nostri Colleghi del settore privato potranno essere valorizzati per la loro professionalità.

Intere questioni di vitale importanza per il lavoro, come la programmazione dei fabbisogni, il turn-over, il benessere lavorativo, le nuove assunzioni e la dignitosa quiescenza dal servizio, la riorganizzazione ospedaliera, la definizione dei LEA, sono state affrontate dalle Amministrazioni che a vario livello governano il nostro SSN in modo autocentrico, orientato al solo risparmio economico a danno del SSN e dei suoi lavoratori.

Il risparmio economico investirà inevitabilmente il nostro nuovo CCNL all'interno del Pubblico Impiego. Anzi, l'ha già investito, da ultimo con la reiterata proposta, derivante anche da un atto di indirizzo ancora emanando ma i cui contenuti, sostanzialmente, ricalcheranno lo slogan governativo “*Togliere ai ricchi per dare ai poveri*”, nel quale slogan abbiamo una parte importantissima: quella dei “ricchi”.

È frustrante, dopo 8 anni di fermo contrattuale e di blocchi economici, questa aggettivazione che ci addita come capri espiatori di un disagio sociale conseguente ad una crisi economica che di certo non risparmia i medici, soprattutto quelli che come noi hanno nel lavoro ospedaliero la sola sostanziale fonte di reddito.

Noi diciamo che le condizioni e la remunerazione delle nostre competenze professionali, cioè il nostro lavoro, non possono diventare una foresta di Sherwood dove lo Sceriffo di Nottingham si traveste da Robin Hood.

Su questo ritengo che nessuno possa avere dubbi o incertezze.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

XI CONGRESSO NAZIONALE AAROI-EMAC

Il Programma di mandato 2017 – 2021

Proponiamo in queste pagine il Programma inviato via mail a tutti gli Istituti alcuni giorni prima del Congresso, successivamente presentato a Bergamo al momento della mia personale candidatura alla Presidenza Nazionale, e di Teresa Matarazzo come Vice Presidente Nazionale Area Nord, Cesare Iesu come Vice Presidente Nazionale Area Centro, Emanuele Scarpuzza come Vice Presidente Nazionale Area Sud, e Quirino Piacevoli come Coordinatore dell'Ufficio Esteri.

Tengo a sottolineare che intendiamo attuare questi propositi con la COLLABORAZIONE di tutti gli Organismi Direttivi della nostra Associazione, ma – auspicabilmente – anche con quella di ogni Istituito che abbia la passione e l'entusiasmo per contribuirvi.

Tale Programma, inoltre, non può prescindere dal Programma presentato dal sottoscritto al precedente Congresso, nella prospettiva di una continuità di mandato alla Presidenza Nazionale espressa in blocco con le suddette candidature.

Di seguito, numerati come nel Programma originale per lo scorso quadriennio, ma riordinati per l'esigenza di brevità, tutti i relativi punti con un breve commento.



ANALISI REALIZZAZIONE PROGRAMMA 2013-2017

1) **INTERAZIONE FUNZIONALE DEI SETTORI STRATEGICI PER L'ASSOCIAZIONE:** tale interazione si è realizzata quasi interamente, pur con qualche ritardo nei suoi step;

2) **SVILUPPO DEL RUOLO STRATEGICO DEL CONSIGLIO NAZIONALE:** idem come sopra;

3) **MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE DELLA TUTELA PROFESSIONALE:** tale obiettivo, peraltro sempre in progress, è stato minuziosamente attuato ed implementato in ogni sua forma, fino – tra l'altro – all'istituzione dello "Osservatorio sul Contenzioso Medico-Legale";

5) **PECULIARITA' DELLA DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE:** quest'obiettivo è stato quotidianamente il nostro viatico, non ci siamo mai fatti mancare alcuna occasione di dimostrarlo;

6) **RILANCIO DEL "SENSO DI APPARTENENZA" ASSOCIATIVO:** anche questo obiettivo è stato perseguito in tutti i suoi aspetti;

7) **RIORGANIZZAZIONE DELLA SEGRETERIA NAZIONALE:** obiettivo raggiunto;

4) **RISTRUTTURAZIONE DELLA FORMAZIONE SINDACALE IN MERITO AL CCNL, ALLE NORME VIGENTI, ALLA LORO APPLICAZIONE DECENTRATA:**

8) **RIORGANIZZAZIONE DELLE CONSULENZE "TECNICHE" AGLI ISCRITTI:**

Questi obiettivi, sinceramente, hanno subito qualche rallentamento e qualche intoppo, dovuti sia alla disponibilità di tempo dei nostri formatori, sia ad una partecipazione effettiva alle iniziative da parte del nostro target, che, sempre per motivi di tempo a disposizione, è stata al di sotto delle aspettative;

TUTTAVIA, TALI DIFFICOLTÀ SONO STATE RISOLTE IN BUONA PARTE CON L'INTERAZIONE A DISTANZA, grazie all'enorme impegno di diversi Colleghi – coordinati a tutt'oggi da D. Minniti e da A. Citino, il quale in particolare va ringraziato per la sua passione e per il suo entusiasmo che continuano ancora oggi, nonostante da tempo abbia passato le consegne di Presidente AAROI-EMAC Piemonte-Valle d'Aosta, ad essere a disposizione dei nostri Colleghi;

9) **PROMOZIONE DELLA PARITÀ DI GENERE:** un altro punto per il quale, pur trattandosi di un ambito per il quale non vi sono strumenti concreti adeguati, non è mancato l'impegno orientato in primo luogo, a tutti i livelli, alla necessaria sensibilizzazione sull'argomento;

10) **FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE:** obiettivo mantenuto e fortemente rilanciato;

11) **ATTENZIONE VERSO GLI SPECIALIZZANDI E LE NUOVE GENERAZIONI:** sono il nostro futuro, e anche questo obiettivo è stato perseguito in ogni modo, per esempio aggiungendo all'iscri-

zione gratuita all'AAROI-EMAC per gli Specializzandi una riduzione economica loro riservata per la fruizione di tutti i servizi che l'AAROI-EMAC mette a disposizione dei suoi Istituiti; non solo: anche a specializzazione avvenuta, per i primi anni da specialisti, è stata prevista, qualora il primo rapporto di impiego sia di tipo libero-professionale, una quota di iscrizione all'Associazione parametrata agli effettivi mesi dell'anno solare, oltre che – ancora più consistente – è stata ottenuta dal Broker Assicurativo una consistente scontistica di premio; ma – a parte le facilitazioni economiche – per le nuove generazioni si è seguito un percorso di coinvolgimento sempre maggiore nella vita associativa.

PROGRAMMA 2017-2021

Molto resta da fare, sia per gli obiettivi già raggiunti, sia per quelli ancora da perfezionare, sia per quelli nuovi, soprattutto per dar ancora più valore a quella che a qualche amico, con lo stesso entusiasmo con cui ha collaborato al rinnovamento della nostra Associazione in questo quadriennio, piace affettuosamente chiamare "AAROI-EMAC 2.0".

Ed è per questo che l'esposizione del nuovo Programma, che sarà la naturale evoluzione di quanto già fatto, si soffermerà su quanto ci proponiamo di fare per una "AAROI-EMAC 3.0".

È d'obbligo, a questo punto, esporre gli ambiti in cui ci proponiamo di muoverci per ottenere risultati raggiungibili in concreto.

Quali sono questi ambiti? Essenzialmente due: **RINNOVO DEL CCNL** e **QUALITÀ E SICUREZZA LAVORATIVA**, che entrambi devono poter contare su adeguati **STRUMENTI** per attuare tutto ciò che possiamo e dobbiamo FARE.

RINNOVO CCNL

A proposito di sogni, il rinnovo contrattuale della Dirigenza Medica rischia di trasformarsi in un incubo, se non ci porremo nelle condizioni di scongiurare in qualche modo un "contratto in perdita" le cui **PESSIME PREMESSE** sono, in estrema sintesi:

- la già avvenuta "Riforma Madia del Pubblico Impiego";
- un già decretato sottofinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (quello a cui fanno capo anche le risorse economiche contrattuali);

- un emanando atto di indirizzo le indiscrezioni a proposito del quale sono tutt'altro che rassicuranti;

IN QUESTI AMBITI AVREMO POCO SPAZIO PER POTER INTERVENIRE.

Quali sono le **ALTRE PREMESSE** del prossimo CCNL?

- alcune intenzioni, già di dominio pubblico, delle Regioni, che d'intesa con il Governo Centrale, con il quale "grazie" ad una politica basata sui tagli trovano per quanto riguarda il personale del SSN, medico soprattutto, una magica intesa; tale intesa si basa sulla "TRATTATIVA DECENTRATA".

- **PER QUANTO RIGUARDA I NOSTRI STIPENDI**, la nostra "parte datoriale", sia nazionale che regionale, pretende che dalla "trattativa decentrata" ne dipenda una gran parte; in pratica, del punto di vista economico, questo rischia di significare l'essere messi in condizione di non avere alcuna garanzia contrattuale nazionale non solo per gli sbandierati

"85 euro" medi mensili di aumento, ma anche – persino – per gli attuali emolumenti; per dirla ancor più chiaramente, le "38 ore" rischiano di diventare davvero un obbligo minimo di presenza, per avere sostanzialmente la stessa busta-paga;

- **PER QUANTO RIGUARDA DIRITTI E DOVERI CONTRATTUALI**, la medesima "trattativa decentrata" rischia di significare una lotta impari, potremmo dire quotidiana, tra l'Amministrazione di ogni Struttura Sanitaria e il Rappresentante Aziendale, o addirittura il singolo Medico.

ECCO PERCHÉ QUESTO È UN AMBITO NEL QUALE, INVECE, FORSE POSSIAMO ANCORA FARE LA NOSTRA PARTE IN TRATTATIVA: porre limiti certi ed invalicabili alla "trattativa decentrata" rispetto a regole contrattuali nazionali dovrà essere una nostra priorità.

NESSUN ACCENNO, dalla nostra controparte, ad una seria **RISOLUZIONE DELLE SEMPRE PIÙ DIFFICILI CONDIZIONI LAVORATIVE**, né ad una seria politica di rinnovare il turn-over, a fronte di organici ridotti all'osso e di un surplus orario che in molti Ospedali non è più quantificabile.

Grande risalto, dalla politica che amministra il SSN, è stato dato alla "RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA". Ma che cosa è stato davvero fatto per tale riorganizzazione? A dire il vero molte cose, che hanno rivelato quanto i nostri interlocutori abbiano a cuore il nostro "malessere lavorativo". Citiamone solo alcune:

- LEA di carta, mentre noi lavoriamo sulle persone;
- accorpamenti di più Ospedali in un'unica Azienda, in certi casi addirittura "regionale";
- mobilità di personale in ogni forma, temporanea, definitiva, a scavalco, d'urgenza; una mobilità spesso estesa ad ambiti territoriali tanto vasti da poter pensare che secondo questi signori i medici dovrebbero essere in grado di volare da un Ospedale all'altro
- nuovo impulso al completo snaturamento dell'istituto contrattuale della pronta disponibilità.

ANCHE SU QUESTI TEMI, OLTRE A QUANTO GIÀ FATTO, AL TAVOLO DELLE TRATTATIVE PER IL RINNOVO DEL CCNL DOVREMO SPENDERE GRANDI ENERGIE, ALMENO PER LIMITARE I DANNI LADDOVE NON SONO ANCORA DEFINITIVI.

Un altro grande tema è stato quello dei "LIMITI EUROPEI" ALL'ORARIO DI LAVORO. Un tema complesso, la cui applicazione cieca ha creato non pochi danni, su cui l'AAROI-EMAC – per ridurli al minimo, ha prodotto documenti che tutti conoscete. Ma tali limiti, all'estero, sono da anni e anni ampiamente superati, per i medici, in forza di contratti di lavoro esteri che prevedono deroghe.

Proprio l'assenza di queste deroghe, nel CCNL Italiano, fa sì che – ma solo nominalmente – i medici italiani siano più tutelati, ma fa anche sì che debbano fronteggiare il rischio di danni non di poco conto, dall'impossibilità di avere – in certi casi – anche un solo weekend libero dal lavoro, a restrizioni sulle prestazioni lavorative che esulano dalle attuali "38 ore", che vengono propriamente o impropriamente ascritte sotto il lavoro di tipo dipendente invece che libero-professionale.

ECCO PERCHÉ ANCHE QUESTO SARÀ UN TEMA CHE PROBABILMENTE SARÀ ANCH'ESSO OGGETTO DI TRATTATIVA, che nel caso specifico richiederà, per non rischiare di uscirne perdenti, di rifarci alle analisi fatte all'indomani del recepimento italiano della "normativa europea", nel 2015.

LA PROSPETTIVA CONTRATTUALE, QUINDI, È TUTT'ALTRO CHE PROMETTENTE, per la mancanza, al momento, dei "requisiti minimi" per una trattativa dignitosa.

Del resto, in assenza dell'Atto di Indirizzo, ogni "piattaforma contrattuale" che possiamo immaginarci non può che limitarsi ad individuare le possibili strategie di massima, con qualche excursus "tecnico", come per esempio sulla detassazione del salario accessorio, terreno sul quale ci stiamo già muovendo.

D'ALTRA PARTE, SULLA BASE DELLE ISTANZE DI TUTTI I NOSTRI ISCRITTI, E COERENTEMENTE CON QUANTO IL NOSTRO STATUTO SANCISCE ALL'ART. 20 C. 3 LETTERA A, SPETTA ANCHE AI DELEGATI AL CONGRESSO "STABILIRE LE LINEE PROGRAMMATICHE, AMMINISTRATIVE ED OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA LINEA SINDACALE DEFINITA DAL CONGRESSO NAZIONALE", a cui certo non può essere sottratta la materia contrattuale.

ECCO PERCHÉ TOCCA PROPRIO AL CONGRESSO (NdR: come è poi avvenuto con l'approvazione della mozione congressuale

XI CONGRESSO NAZIONALE AAROI-EMAC

finale, pubblicata in questa pagina in basso) DIBATTERE E DELINEARE LE STRATEGIE più opportune per il rinnovo contrattuale, delle quali strategie tutti, ciascuno per la sua parte, anche e soprattutto nel dibattito, dobbiamo assumerci l'onere, anche – ma non solo – sulla base del Programma per il Quadriennio 2017-2012.

QUALITÀ e SICUREZZA LAVORATIVA

OLTRE CHE SUGLI ASPETTI MERAMENTE CONTRATTUALI, CI PROPONIAMO DI CONTINUARE A LAVORARE AFFINCHÉ SIA RICONOSCIUTA – più in generale – ADEGUATA DIGNITÀ ALLA QUALITÀ E ALLA SICUREZZA DEL NOSTRO LAVORO, sia dal punto di vista della nostra formazione specialistica, sia da quello inerente il nostro aggiornamento professionale, sia da quello della necessaria serenità lavorativa che ci è dovuta.

Una serenità che oggi ci manca sempre di più.

Ogni giorno noi dedichiamo gran parte del nostro tempo al lavoro, conosciamo bene che cosa voglia dire lavorare con organici ridotti, con orari di lavoro in cui lo straordinario, per lo più non riconosciuto, è la norma, sappiamo più che bene che la mancanza di requisiti minimi di sicurezza è rischiosa sia per noi sia per il paziente. Ma i riflettori della politica si accendono unicamente quando c'è un caso di presunta "malasanità", accusa con la quale veniamo messi alla gogna ben prima che siano accertate le reali responsabilità, spesso imputabili – invece – alla mancanza dei requisiti minimi di sicurezza che, ascoltati a fatica, reclamiamo da sempre.

IN QUEST'AMBITO CI PROPONIAMO DI LAVORARE IMPLEMENTANDO IL NOSTRO IMPEGNO SIA SUL VERSANTE DELLE TUTTE ASSICURATIVE, un nostro fiore all'occhiello finora mantenuto con la stessa perseveranza, con la stessa determinazione, e con la stessa competenza che ci hanno consentito a tutt'oggi – e lo stesso vogliamo che sia in futuro – di restare prevalentemente immuni dai marosi provocati anche da novazioni normative (da ultimo la Legge "Gelli") le quali, pur proponendosi di apportare criteri di legge a favore del miglioramento di assetti giuridici che nel nostro Paese continuano a penalizzare il lavoro del medico nelle aule dei tribunali, continuano a non intervenire sulle loro criticità strutturali, in qualche aspetto addirittura creando le condizioni per ulteriori problematiche.

MA CI PROPONIAMO DI CONTINUARE A LAVORARE, ANCHE E SOPRATTUTTO, SULLA FORMAZIONE E SULL'AGGIORNAMENTO, SIA PROFESSIONALE SIA SINDACALE.

IL PUNTO, IL VERO PUNTO IN QUESTIONE, IN ORDINE ALLA TUTELA DELLA QUALITÀ E ALLA SICUREZZA DEL NOSTRO LAVORO È: CHE COSA FARE.

Come possiamo noi, noi come AAROI-EMAC, anche attraverso la COSMED di cui siamo parte, anche attraverso l'Intersindacale,

come possiamo farci ascoltare, come possiamo raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissati e che abbiamo ben chiari?

Noi dobbiamo trovare il modo di farci ascoltare, perché al di là della volontà governativa – più o meno evidente – di indebolire le Organizzazioni Sindacali, abbiamo la certezza di sapere che cosa sia meglio per il SSN e per la Sanità tutta.

Abbiamo inviato lettere, chiesto appuntamenti alle più alte cariche governative, fatto manifestazioni, scioperi, sit-in. La risposta, nel migliore dei casi, è stata un cenno di comprensione, non oltre.

E allora che cosa ci resta da poter fare? "Gettare la spugna"? Questo MAI.

Mai perché innanzitutto siamo Medici e il nostro primo pensiero è la tutela della salute dei Pazienti, che va di pari passo con quella di chi la salute deve garantirla, ossia NOI.

Sono due prospettive assolutamente parallele. Da una parte dobbiamo essere garanti della salute dei cittadini, che non possono conoscere – a meno che non riusciamo in qualche modo a renderli consapevoli – tutti i dettagli dello smantellamento ordito ai danni della sanità italiana, dall'altra parte dobbiamo essere la voce dei tanti nostri Iscritti, i quali subiscono quotidianamente le pesanti conseguenze di decisioni politiche sbagliate.

Il nostro lavoro, come Rappresentanti Sindacali a tutti i livelli, dovrà quindi essere triplice:

- proseguire con il lavoro di sensibilizzazione dell'utenza, anche grazie ad una rinnovata alleanza con la FNOMCeO, che dopo il rinnovo dei suoi vertici si è resa promotrice negli ultimi anni di tanti eventi in questa direzione;

- avere un contatto sempre più diretto con gli Iscritti, con i loro problemi quotidiani, e con le difficoltà di confronto con le Direzioni Sanitarie e Aziendali;

- trasformare questi due obiettivi in una sola forza sinergica per avere, a livello di confronto istituzionale, politico, e più in generale di livello interlocutorio con tutti i decisori che amministrano il nostro SSN un reale potere contrattuale.

GLI STRUMENTI

IL SENSO DI APPARTENENZA degli Iscritti alla nostra Associazione, la COERENZA di ciascuno con gli scopi e con le finalità della nostra Associazione, in ogni occasione, anche quotidiana, e quindi non solo nelle iniziative collettive di protesta, resta uno strumento fondamentale, senza il quale ogni programma, ogni progetto, ogni strategia, ogni tattica, divengono automaticamente deboli.

E invece dobbiamo essere forti.

L'AAROI-EMAC è costituita dai suoi Iscritti, la sua forza dipende dalla coesione all'interno della categoria: il nostro è – e nelle nostre intenzioni tale deve sforzarsi di restare – un Sindacato for-

temente caratterizzato da una connotazione specialistica, ed in questo senso è senz'altro il più grande sindacato della dirigenza medica. È anche un grande Sindacato in assoluto, come anche i numeri su cui possiamo contare ci confermano, ma ciò che più ci preme è la ferma convinzione che si confermi sempre più un grande Sindacato delle idee concrete e dei progetti realizzati e realizzabili. Ecco perché puntiamo sempre (obiettivo n. 4 del Precedente Programma 2013-2017) sulla quanto più possibile estesa diffusione, anche attraverso le giornate di Formazione Sindacali e le risposte agli innumerevoli Quesiti, delle conoscenze necessarie per far fronte alle difficoltà quotidiane di organizzazione e di tutela del lavoro. E' infatti per noi importante che ogni singolo Iscritto conosca sia i propri diritti sia i propri doveri contrattuali, e che sia in grado di capire quando si profila un abuso da parte delle varie Direzioni o, a volte – purtroppo – anche da parte di Colleghi.

Tanto resta ancora da fare, per poter contare su tutte le forze che ci occorrono al fine di crescere ancora. E per questo vi sono ancora margini di crescita numerica tutt'altro che trascurabili: senza voler trascurare il mondo del PS e del 118, possiamo affermare che – a dir poco – almeno il 30% dei nostri Colleghi Anestesisti Rianimatori non è iscritto all'AAROI-EMAC. Possiamo e dobbiamo crescere anche sul piano delle idee concrete e dei progetti realizzabili. Ma per far questo, dobbiamo demolire fino in fondo certe errate percezioni che l'AAROI-EMAC sia un rivenditore di polizze assicurative, perché i servizi che l'Associazione offre hanno valore direttamente proporzionale alla coerenza di ciascun Iscritto alle sue finalità e alle sue strategie.

CONCLUSIONI

Come Presidente Nazionale, insieme a tutti i Componenti del nostro Consiglio Nazionale, ho cercato di prendermi carico di tutte le situazioni più difficili, intervenendo anche personalmente per risolverle.

Ancor prima delle elezioni abbiamo cercato di sensibilizzare sull'importanza del voto per la scelta del Rappresentante Aziendale: non bisogna infatti mai dimenticare che il Sindacato è fatto da mille rami, e non da un solo tronco.

Innumerevoli volte ci siamo trovati davanti alla domanda "E il Sindacato che cosa fa?". Ebbene, il Sindacato non può fare tutto ciò che legittimamente gli si chiede se non può avvalersi della collaborazione di tutti gli Iscritti. Questo deve essere sempre ben chiaro. Non ci stancheremo mai di ripeterlo, perché questo concetto dovrà rientrare nell'intimo di ciascuno di noi.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

MOZIONE D'INDIRIZZO QUADRIENNIO 2017 – 2021

L'Assemblea Congressuale ha votato all'unanimità un documento in sei punti



L'Assemblea dei Delegati all'XI Congresso Nazionale AAROI-EMAC a seguito delle tesi emerse nel corso del dibattito congressuale impegna il futuro Presidente Nazionale ed il Consiglio Direttivo dell'Associazione:

- A sottoscrivere il nuovo CCNL a condizione di un congruo incremento economico, premessa per ridefinire tutti gli aspetti normativi. Questi ultimi devono definire maggior-

mente le tematiche che hanno immediata attinenza con l'organizzazione del lavoro;

- A garantire in tutti i modi e nelle sedi opportune la sicurezza nel lavoro, la dignità della persona, la serenità e la professionalità di ogni Iscritto;

- Ad una conduzione dell'Associazione nel Quadriennio con le caratteristiche della imparzialità, della trasparenza e della condivisione e comunicazione tempestiva di tutte le istanze aventi riflesso sulla vita professionale degli Iscritti;

- Ad esperire ogni sforzo, anche economico, per garantire l'aggiornamento sindacale e professionale degli Iscritti, con il coinvolgimento dei propri organismi e delle Società Scientifiche della disciplina;

- A rendere operativi i modelli organizzativi volti alla difesa legale, professionale ed amministrativa degli Iscritti, unitamente al miglioramento delle varie forme di assicurazione;

- A produrre Linee documentative dalle quali si possono dedurre modelli di organizzazione omogenei per la categoria, facilitando la diffusione di corretti comportamenti nelle unità operative della disciplina.

Bergamo, 30 Settembre 2017

XI CONGRESSO NAZIONALE AARO-EMAC

Le immagini del Congresso

L'arrivo dei Delegati



Il Saluto degli Ospiti



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
La professione medica deve riscoprire la capacità di risuota #FilippoAnelli
#EMAC al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Un po' di quello che sarà la sanità per i cittadini dipende da noi
#GiorgioCavallero #COSMED al #XICongressoNazionale #AAROEMAC



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Oggi abbiamo un Governo che salta ogni forma di intermediazione
#CostantinoTroise #ANAAO al #XICongressoNazionale #AAROEMAC



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
La sanità pubblica sta per fare una brutta fine #GuidoQuici #CIMO al
#XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Va recuperato il senso della professione: la cura del paziente #AndreaFilippi
#PCGImedi al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Chi è in pensione se la goda. No lavoro nel privato a partita IVA #BiagioPapotto
#IGLmedici al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Necessaria una riforma del fessu. I sindacati sono gli interlocutori
#FVM al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Le regole devono essere uguali per tutti: nel pubblico e nel privato
#AntonioCastorina #SINAFO al #XICongressoNazionale #AAROEMAC



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Se la chirurgia ha fatto progressi li ha fatti grazie ad anestesia #EmilioPozzi
#COMCaO-BG al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Tanti sindacati o un solo sindacato? Parla di rappresentanza #PaoloLevoni
#SDSNABI al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
Anestesista rianimatore protagonista assoluto nell'eliosoccorso #LucaTonini
#LeonardoSPA al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
#BrunoGiardina, già presidente #AARO, ripercorre le tappe alle "origini" della
professione al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo

Le Società Scientifiche



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
#AdrianaPaolicchi al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
#AntonioCorcione al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo



AARO-EMAC @AaroEmac - 28 set
#FlaviaPetri al #XICongressoNazionale #AAROEMAC #Bergamo

Il Sindaco di Bergamo



XI CONGRESSO NAZIONALE AAROI-EMAC

I Lavori Congressuali



Alcuni Gruppi



Il voto



La Cena sociale



Il video e le foto online



L'inaugurazione dell'XI Congresso Nazionale AAROI-EMAC è stata trasmessa per la prima volta in diretta streaming. E' comunque possibile rivedere il video sul canale youtube AAROI-EMAC al link:
www.youtube.com/watch?v=xp_hTTGDn-Q



La selezione delle foto del Congresso è invece disponibile sul canale AAROI-EMAC di flickr:
<https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/albums>

le Pagine

Acido tranexamico e il trattamento dell'

Da: *British Journal of Anaest*

L'emorragia postparto (PPH) è la causa principale di mortalità materna comprendendo circa 1/4 di tutte le morti materne nel mondo. Gli uterotonici dopo la nascita si sono dimostrati efficaci per la prevenzione della PPH.

L'acido tranexamico (TXA), un agente antifibrinolitico, è stato studiato come possibile complemento utile per la prevenzione e il trattamento della PPH in quanto il suo meccanismo di azione potrebbe integrare gli effetti degli uterotonici nel trattamento della PPH e perché è stato dimostrato che riduce la perdita di sangue nella chirurgia d'elezione, il sanguinamento nei pazienti traumatizzati, e la perdita di sangue mestruale. Il TXA sembra essere un farmaco promettente per la prevenzione e il trattamento della PPH dopo parto vaginale e cesareo. Tuttavia, l'attuale livello di evidenza a sostegno della sua efficacia è insufficiente. Sono necessari ampi studi multicentrici randomizzati prima che possa essere raccomandato nell'uso diffuso per la prevenzione e il trattamento della PPH.

INCIDENZA DELLA PPH

L'emorragia postparto primaria (PPH) è classicamente definita come una perdita > 500 ml di sangue nelle prime 24 ore dopo il parto.

È la causa principale della mortalità materna e interessa circa 1/4 delle morti materne nel mondo. Sebbene la mortalità materna sia un evento raro nei paesi sviluppati, essa tuttavia resta un indicatore fondamentale della qualità dell'assistenza ostetrica e lo stato di salute delle madri. Nei paesi con elevate risorse economiche, e soprattutto in Europa, la Francia si distingue per il forte contributo della PPH alla mortalità materna. È la principale causa di mortalità materna responsabile del 27% delle morti materne dirette in Francia tra il 2007-9 rispetto, per esempio, all'8% del Regno Unito nel 2006-8, nonostante l'incidenza di mortalità materna media sia simile nei 2 paesi.

L'incidenza della PPH in letteratura presenta grandi differenze, variando dal 3% al 15% dei parti. Le differenze si possono in parte spiegare con la diversità dei criteri e dei metodi usati per definire la PPH: le definizioni sono basate su indicatori ematologici o sul volume di sangue perso, che a sua volta può essere stimato clinicamente o misurato in maniera più precisa ad esempio con la raccolta del sangue.

Circa 1 emorragia su 5 progredisce in forma grave e può mettere in pericolo la vita della madre o la sua fertilità futura; espone al rischio di trasfusioni, complicanze e rianimazione; rappresenta un costo per la famiglia, per la comunità e può causare il rimborso di una grande quantità di denaro da parte delle compagnie di assicurazioni. Gli studi di popolazione condotti nei paesi con grandi risorse evidenziano una prevalenza di grave morbidità materna per PPH compresa tra lo 0,5% e l'1,5% dei parti, e questa è la principale causa di morbidità materna grave.

Le cause più frequenti di emorragia postparto sono l'atonia uterina, l'impianto anomalo di placenta compreso il distacco di placenta, la lacerazione delle vie genitali inferiori, la ritenzione di placenta e le coagulopatie.

I fattori di rischio per PPH comprendono una precedente PPH, la prima gravidanza, l'obesità, il travaglio lungo o difficile, le gravidanze multiple, il pregresso taglio cesareo, il polidramnio e la macrosomia fetale. Tuttavia la maggior parte delle donne con PPH hanno gravidanze a basso rischio e fattori di rischio non identificabili. *Pertanto è indispensabile prevenire la PPH in tutte le donne.* Questa prevenzione è importante soprattutto poiché molte indicazioni provenienti dai paesi ricchi hanno descritto un incremento recente dell'incidenza della PPH. Poiché l'espulsione della placenta è una finestra critica per la prevenzione della PPH sono stati proposti diversi interventi preventivi in questo stadio.

Questi possono in modo schematico essere divisi in 2 categorie: quelli che richiedono un intervento meccanico e quelli che utilizzano un farmaco.

La gestione attiva del terzo stadio del travaglio (AMTSL) descritta per la prima volta nel Regno Unito e in Irlanda, consiste, come concepito inizialmente, di una combinazione dei seguenti interventi:

- somministrazione preventiva di uterotonici immediatamente dopo il parto, precoce clampaggio e recisione del cordone;
- trazione controllata del cordone (CCT), e, in accordo con molti autori,
- massaggio dell'utero.

Il principio base è quello di usare un farmaco uterotonico; l'ossitocina è l'uterotonico più utilizzato e studiato, il massaggio dell'utero per stimolare la contra-

zione dell'utero dopo il parto, una trazione controllata del cordone per facilitare una espulsione rapida della placenta e ottenere rapidamente una retrazione dell'utero necessaria per una buona emostasi locale con l'uso di presidi meccanici.

L'efficacia della somministrazione preventiva di ossitocina è stata dimostrata con un elevato livello di evidenza. La metanalisi di questi studi conclude che la somministrazione di ossitocina nel terzo stadio del travaglio riduce il rischio di perdite di sangue > 500 ml del 50% e di perdite > 1000 ml del 40%. Il ruolo della trazione controllata del cordone (CCT) è diverso. Due ampi studi randomizzati e controllati hanno recentemente dimostrato che la CCT per gestire l'espulsione della placenta non ha un effetto significativo sull'incidenza della PPH nelle donne a cui è stata somministrata preventivamente ossitocina per via sistemica. Pertanto considerando che l'evidenza suggerisce che un clampaggio ritardato del cordone è vantaggioso per il bambino, il clampaggio precoce del cordone non è più compreso nell'AMTSL, sebbene i rischi e i vantaggi per la madre non siano stati ben valutati.

Infine si è visto che nelle donne che partoriscono per via vaginale e ricevono a scopo profilattico l'ossitocina, il massaggio dell'utero per via transaddominale dopo l'espulsione della placenta non riduce le perdite di sangue rispetto alla sola somministrazione di ossitocina.

In conclusione la somministrazione di uterotonici, e in particolare dell'ossitocina, dopo il parto è il solo intervento che si è dimostrato efficace nel prevenire la PPH. Tuttavia in aggiunta al miglioramento dell'emostasi meccanica, ci si può attendere un'emostasi complementare biochimica con l'uso di farmaci proemostatici.

ACIDO TRANEXAMICO NELLA PREVENZIONE DELLA PPH

Razionale

Azione biochimica

Nel processo emostatico la coagulazione si realizza rapidamente nella sede del danno vascolare con la formazione di una fitta rete di fibrina. Allo stesso tempo il sistema fibrinolitico rimuove i depositi di fibrina che possono determinare un'occlusione vascolare permanente dopo la riparazione del vaso. Il sistema della coagulazione e quello fibrinolitico sono in uno stato di equilibrio dinamico per mantenere indenne l'apparato vascolare. L'acido tranexamico (TXA) è un potente antifibrinolitico che esercita il suo effetto bloccando il sito di legame della lisina nella molecola del plasminogeno e ha la possibilità di migliorare i meccanismi emostatici del paziente.

Di conseguenza la rottura del coagulo (fibrinolisi) è inibita e il sanguinamento è ridotto.

Durante il parto, quando la placenta si separa dalla parete dell'utero, si mettono in atto in sequenza modificazioni fisiologiche ed emostatiche per ridurre il sanguinamento: una forte contrazione miometrale, un'aumentata attività piastrinica con liberazione massiva di fattori della coagulazione e conseguentemente un aumento dell'attività fibrinolitica.

Mentre la somministrazione di ossitocina migliora il primo meccanismo, la somministrazione di TXA può essere capace di contrastare l'ultimo e facilitare in tal modo il processo emostatico. Infine, l'associazione tra l'entità della riduzione del fibrinogeno plasmatico e la gravità delle perdite rilevate nelle donne con PPH precoce suggerisce che la coagulazione e il processo fibrinolitico sono implicati nel controllo delle perdite di sangue nel postparto e supporta ulteriormente l'ipotesi che il TXA possa essere efficace nella prevenzione della PPH. Di conseguenza vi è una chiara motivazione teorica per l'uso di un antifibrinolitico per ridurre le perdite di sangue nel postparto.

Evidenza degli studi clinici in altri contesti medici

Gli antifibrinolitici sistemici sono ampiamente utilizzati nella chirurgia programmata per prevenire la rottura del coagulo (fibrinolisi) e ridurre le perdite di sangue perioperatorie.

Una review sistematica di studi controllati e randomizzati ha valutato l'effetto degli antifibrinolitici nei pazienti sottoposti a chirurgia d'elezione. I risultati hanno evidenziato che il TXA riduce il rischio di trasfusioni di sangue del 39% e il volume medio di trasfusioni di 1,1 unità. Il TXA può anche ridurre la necessità di re-interventi sebbene la differenza non sia statisticamente significativa. Non si sono rilevati rischi di complicanze trombotiche. L'effetto positivo del TXA è stato rilevato indipendentemente dal tipo di chirurgia (chirurgia ortopedica, cardiaca, epatica urologica e vascolare). Una

metanalisi più recente su studi controllati e randomizzati ha valutato in maniera più specifica l'effetto di una somministrazione preventiva di TXA nella chirurgia d'elezione concludendo che il TXA riduce il rischio di trasfusioni di sangue del 38%; è stato anche rilevato un effetto preventivo del TXA indipendentemente dal tipo di chirurgia.

Tuttavia lo studio CRASH-2 (Clinical Randomisation of an Antifibrinolytic in Significant Haemorrhage) ha dimostrato che la somministrazione di TXA riduce la mortalità da sanguinamento nel paziente traumatizzato nei paesi ad alto, medio e basso reddito. Infine, sono state rilevate notevoli riduzioni pari al 26-54% rispetto al gruppo di controllo con placebo nelle perdite di sangue mestruale nelle donne con menorragia trattate con TXA. Questi risultati sono particolarmente significativi in quanto l'efficacia del TXA nella menorragia suggerisce che si può ridurre la perdita di sangue uterino anche nelle perdite di volumi bassi e in ambito neurochirurgico. Questo apporta un ulteriore supporto all'ipotesi che il TXA può essere efficace nella prevenzione della PPH dopo parto cesareo e vaginale

Efficacia del TXA nella prevenzione della PPH: evidenza da studi clinici

Una review sistematica della Cochrane del 2011 ha identificato 5 studi controllati e randomizzati che hanno valutato l'uso del TXA nella prevenzione della PPH. Due di questi sono stati inclusi in una metanalisi che comprendeva 453 donne. Gli autori hanno concluso affermando che, sebbene si rilevi che il TXA riduca le perdite di sangue dopo il parto, l'evidenza disponibile è di scarsa qualità per cui sono necessari ulteriori studi. Da allora sono stati pubblicati numerosi altri studi. Utilizzando una ricerca con Medline nel 2014 sono stati identificati 12 studi controllati e randomizzati relativi a questo argomento. Tutti gli studi erano stati eseguiti in paesi a reddito medio basso (Cina, India, Iran, Turchia, Pakistan ed Egitto). Tutti, tranne 2 studi, comprendevano donne con parto cesareo. Nel complesso la qualità di questi studi è scadente; in particolare lo scopo principale dello studio raramente era costituita dall'incidenza della PPH o di una PPH grave ma erano presi in considerazione altri indicatori relativi a perdite di sangue che possono non avere un'importanza clinica rilevante. Il metodo usato per rilevare le perdite di sangue era spesso approssimativo e soggettivo. Per questo i risultati devono essere interpretati con cautela.

IL TXA per la prevenzione della PPH dopo parto cesareo

Sono stati individuati 10 studi controllati e randomizzati relativi alla valutazione dell'efficacia del TXA nella prevenzione del PPH dopo parto cesareo. In tutti gli studi, tranne che in uno, il parto cesareo era d'elezione. In tutti i 10 studi è stato rilevato che le donne che avevano ricevuto TXA presentavano una perdita di sangue significativamente minore senza alcun effetto sui principali parametri vitali (pressione del sangue, frequenza cardiaca e respiratoria) o trombotici. Tuttavia tutti questi studi presentano numerosi limiti.

Tutti presentavano una potenza insufficiente per la valutazione degli effetti secondari. Tutti erano studi eseguiti in centri singoli e alcuni erano randomizzati in modo inadeguato. Tre studi non comprendevano un gruppo placebo e solo 2 avevano dichiarato in modo chiaro lo scopo principale dello studio. Tuttavia il limite principale in tutti questi studi, ad esclusione di uno, era rappresentato dalla misura della perdita di sangue; la modalità variava molto tra i diversi studi. Tuttavia la valutazione dipendeva fortemente dal giudizio degli operatori ed era basata soprattutto sul peso dei materiali utilizzati (garze, tamponi, teli) e sul contenuto degli aspiratori, anche se tutti gli autori hanno affermato chiaramente che questa modalità non permetteva di distinguere il liquido amniotico dalle perdite di sangue prima del secondamento. Un'altra limitazione forse più importante è data dal fatto che non sono state riportate

nello studio le condizioni del neonato. La sicurezza neonatale richiede un'attenta valutazione soprattutto perché il TXA è stato somministrato in tutti gli studi 10 minuti prima dell'incisione per il parto cesareo e quindi 10 minuti prima del taglio del cordone.

I 2 studi più interessanti sono quello di Gundorkuk e di Abdel-Aleem.

Lo studio di Gundorkuk è un ampio studio in doppio cieco metodologicamente molto robusto ed ha evidenziato che il TXA riduce in modo significativo le perdite di sangue durante il parto cesareo (perdita media di 499 ml rispetto a 600 ml) e la percentuale di pazienti con perdite maggiori di 1.000 ml (2,1% rispetto a 5,8%) e la necessità di dosi aggiuntive di uterotonici (8,5% rispetto a 14,5%)

Nonostante alcune perplessità sull'affidabilità dei dati riportati (inserimento dell'88% delle pazienti arruolabili; nessuna paziente persa durante il follow-up), questi risultati suggeriscono che il TXA può essere utile nel ridurre le perdite di sangue dopo il parto e le emorragie.

Abdel-Aleem ha pubblicato recentemente un altro ampio studio randomizzato e controllato relativo a 740 pazienti. Ha rilevato una riduzione statisticamente significativa delle perdite medie di sangue nel gruppo sperimentale che aveva ricevuto TXA rispetto al gruppo di controllo (241 ml rispetto a 510 ml). Inoltre la riduzione dell'emoglobina e dell'ematocrito misurati 24 ore dopo l'intervento è stata significativamente minore nel gruppo di studio rispetto a quello di controllo. Tuttavia lo studio non era cieco e non è stato usato il placebo. Per finire i 10 studi randomizzati e controllati in cui è stato valutato l'effetto del TXA nella prevenzione della PPH durante il parto cesareo hanno evidenziato una riduzione significativa della perdita di sangue nei pazienti che hanno ricevuto TXA e non è stato rilevato un aumento nell'incidenza degli effetti secondari. Tuttavia è importante rilevare che la maggior parte di questi studi controllati e randomizzati presentano numerosi limiti metodologici e comprendono campioni di piccole dimensioni con potenza insufficiente per valutare il rischio di effetti secondari. La qualità dell'evidenza disponibile resta poco chiara e i risultati vanno interpretati con cautela

TXA nella prevenzione della PPH dopo parto vaginale

2 studi hanno valutato l'efficacia del TXA nella prevenzione della PPH dopo il parto vaginale.

Nel 2001, Yang ha eseguito uno studio controllato e randomizzato di confronto tra quattro gruppi. Un gruppo ha ricevuto una dose singola di 1 grammo di TXA per via endovenosa (n. 94), un altro gruppo ha ricevuto una dose singola di 0,5 grammi di TXA per via endovenosa (n. 92), un terzo gruppo, una dose singola endovenosa di acido amino-metilbenzoico (n. 92), e un quarto gruppo è stato utilizzato come gruppo di controllo (n. 87). Ha rilevato una minore incidenza di emorragia postparto (6/94) (definita dagli autori come una perdita \geq 400 ml) nelle donne cui era stato somministrato TXA in dosi maggiori rispetto al gruppo di controllo (22/87). Il principale limite di questo studio è l'assenza del placebo e il fatto di non essere cieco, e anche il numero limitato di pazienti in ciascuno dei quattro gruppi. Inoltre non è stata descritta la modalità di randomizzazione.

Più recentemente Gundorkuk ha arruolato 439 pazienti con parto vaginale in uno studio controllato e randomizzato in doppio cieco. Le donne del gruppo trattato hanno ricevuto una dose singola di TXA di 1 grammo per via endovenosa al momento dell'espulsione della spalla anteriore mentre il gruppo di controllo ha ricevuto un placebo. Lo scopo dello studio era la valutazione delle perdite di sangue durante il terzo e quarto stadio del parto. Queste sono state significativamente minori nel gruppo trattato con TXA rispetto al gruppo placebo (261,5 rispetto a 349,98 ml). L'incidenza di PPH > 500 ml è stata più bassa nel gruppo trattato con TXA

Linee Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Linee Utili per la prevenzione emorragia postparto

ginecologia 114 (4): 576-87 (2015)

(n. 4) rispetto al gruppo di controllo (n. 15). Inoltre la frequenza di perdite totali di sangue >1.000 ml è stata più alta tra le donne che avevano ricevuto il placebo (2,3%) rispetto alle donne a cui era stato somministrato TXA (0,5%) anche se la differenza non è stata significativa.

Un numero di donne significativamente maggiore che aveva ricevuto il placebo (8,7%) rispetto a quelle trattate con TXA (2,7%) ha avuto bisogno di dosi aggiuntive di uterotonici. I gruppi non hanno evidenziato differenze nelle richieste di trasfusioni di sangue: i valori di emoglobina e di ematocrito sono stati uguali in entrambi i gruppi, mentre il giorno dopo il parto sia l'emoglobina sia l'ematocrito sono stati più alti nel gruppo trattato con TXA. Infine non ci sono stati casi di trombosi nel gruppo di donne trattate con TXA.

I risultati di questo studio di un solo centro suggeriscono che TXA è un farmaco promettente nella prevenzione della PPH dopo parto vaginale e probabilmente per la riduzione della morbidità materna associata alla PPH. Tuttavia ci sono ancora alcuni dubbi sulla validità di questi dati perché il periodo compreso tra la fine dello studio e la presentazione del manoscritto è stato molto breve, non c'è stata alcuna perdita di pazienti nel follow-up nei controlli a breve e medio termine (3 settimane dopo il parto), solo le donne che hanno ricevuto TXA sembra che fossero state avvisate del rischio di complicanze tromboemboliche anche se gli autori hanno affermato che lo studio era randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo e tutte le pazienti di entrambi i gruppi avevano avuto una gestione attiva del terzo stadio del travaglio. Questo studio era sottodimensionato per la valutazione delle complicanze gravi. Tuttavia questi due studi suggeriscono che la somministrazione di TXA può ridurre le perdite di sangue dopo parto vaginale

TXA nel trattamento della PPH

Attualmente è disponibile una scarsa evidenza affidabile sull'efficacia del TXA nel trattamento della PPH. È disponibile solo uno studio controllato e randomizzato che ha valutato se le dosi elevate di TXA riducono le perdite di sangue nelle donne con PPH: lo studio EXADEL1 eseguito in Francia. Le donne con PPH > 800 ml dopo parto vaginale sono state randomizzate per ricevere dosi elevate di TXA (dosi di carico di 4 grammi in 1 ora e successivamente l'infusione di 1 grammo/h per 6 ore o niente. In entrambi i gruppi è stato permesso l'uso di sacche di globuli rossi concentrati (GRC) e di colloidi secondo le linee guida francesi. L'uso di altri farmaci favorevoli alla coagulazione è stato permesso solo in caso di emorragia intrattabile. 144 donne hanno completato il protocollo (72 in ciascun gruppo). Le perdite di sangue, misurate con la raccolta in una sacca tra il momento dell'arruolamento e 6 ore più tardi, sono state significativamente più basse nel gruppo TXA rispetto al gruppo di controllo (173 rispetto a 221 ml). Rispetto al gruppo di controllo il gruppo con TXA ha presentato una durata di sanguinamento inferiore e una minore frequenza di progressione verso una PPH grave (definita come uno o più dei seguenti criteri: riduzione dell'Hb > 4 grammi/dl, trasfusione di almeno 4 unità di GRC, interventi emostatici invasivi), o morte o necessità di trasfusioni di GRC (28 unità rispetto a 62). Modeste e transitorie complicanze si sono avute con maggiore frequenza nel gruppo trattato con TXA. Tuttavia questo studio interessante presenta diversi limiti: l'assenza del placebo e il non essere cieco rappresentano le maggiori limitazioni, soprattutto quando la misura primaria (stima delle perdite di sangue) e quella secondaria (necessità di trasfusioni e interventi invasivi) dipendono dal giudizio e dalle decisioni dei medici. Inoltre la ridotta differenza nelle perdite di sangue tra i due gruppi può non avere importanza clinica. Infine questo studio non aveva una potenza adeguata per valutare la sicurezza delle complicanze rare e gravi. Per la scarsa evidenza i recenti aggiornamenti delle linee guida dell'OMS per il trattamento della PPH indicano

che il TXA può essere usato se le altre misure falliscono ma sottolineano che l'evidenza di base è scarsa e pertanto sono necessari ulteriori studi sull'uso del TXA nella PPH. Analogamente nel Regno Unito è raccomandato di considerare l'uso di TXA nelle PPH intrattabili.

Lo studio WOMEN coordinato dall'università di Londra è stato organizzato per fare luce su questa incertezza clinica. È uno studio in doppio cieco randomizzato controllato con placebo su donne con diagnosi clinica di emorragia postparto con lo scopo di valutare l'efficacia di una precoce somministrazione del TXA nel prevenire la morte, l'isterectomia, e altre morbidità (intervento chirurgico, trasfusioni di sangue e rischi di complicanze vascolari non mortali). Questo studio attualmente sta reclutando donne negli ospedali in Africa e in Europa con lo scopo di raggiungere un campione di 15.000 donne. In tal modo potrà avere la potenza necessaria a valutare le complicanze materne gravi (lo scopo principale è quello di valutare il numero di donne che muoiono o subiscono l'isterectomia) come anche le complicanze gravi come quelle trombotiche. Tuttavia al momento del reclutamento si può verificare un errore nella selezione poiché le donne con PPH sono arruolabili solo se il medico è in dubbio se usare o no il TXA e i criteri di esclusione comprendono donne per le quali il medico ritiene che esiste una chiara indicazione all'uso del TXA.

In conclusione il TXA sembra essere un farmaco promettente per il trattamento della PPH ma i dati attualmente disponibili sono troppo pochi per giustificare un uso diffuso nella PPH. Si può ragionevolmente ritenere che questa importante informazione possa venire dai risultati dello studio WOMEN.

COMPLICANZE DA TXA

Il TXA inibisce la fibrinolisi e pertanto rappresenta un possibile rischio di trombosi soprattutto nei pazienti con un'anamnesi positiva di trombosi e nelle donne gravide.

Complicanze materne

Complicanze materne gravi da TXA: evidenza dagli studi clinici

Una review sistematica degli studi controllati e randomizzati di pazienti di chirurgia d'elezione in precedenza citati comprendenti 5.484 pazienti, ha preso in considerazione le complicanze gravi. Non ci sono stati aumenti importanti di rischi d'infarto miocardico, ictus, trombosi venosa profonda o embolia polmonare. Tuttavia com'è stato sostenuto in modo precauzionale dagli autori, questa metanalisi non risolve i dubbi sul rischio di complicanze trombotiche. Queste complicanze sono estremamente rare e la maggior parte di questi studi non presentano una potenza adeguata per rilevare aumenti clinicamente importanti del rischio.

Sebbene ci si possa attendere sul piano teorico un aumento del rischio di complicanze trombotiche, la recente evidenza nello studio CRASH-2 sull'uso del TXA nel sanguinamento del paziente traumatizzato (10.096 pazienti trattati con TXA e 10.115 con placebo) ha evidenziato una riduzione statisticamente significativa nella mortalità globale senza un aumento delle complicanze trombotiche.

Pertanto c'è stata una riduzione statisticamente significativa del rischio di infarto del miocardio nei pazienti traumatizzati trattati con TXA.

Infine è stato ipotizzato che la somministrazione di TXA può causare un'insufficienza renale acuta per la necrosi corticale indotta dalla trombosi. Sono state pubblicate cinque descrizioni d'insufficienza renale acuta. In questi casi è stata descritta, dopo la somministrazione di TXA una trombosi di fibrina nei capillari e nelle arteriole infrogglomerulari con comparsa d'infarto. Quattro di questi cinque pazienti presentavano fattori di rischio per danno ischemico renale e necrosi acuta

corticale renale: ipotensione, emofilia A, leucemia promielocitica acuta. L'evidenza disponibile per valutare la sicurezza dell'uso del TXA nelle partorienti per il trattamento e la prevenzione della PPH è più limitata rispetto alle pazienti non gravide dato il numero totale di donne arruolate e l'incidenza prevista per queste complicanze.

Prima di raccomandare l'uso di questa sostanza è necessaria molta attenzione nella pratica clinica nella prevenzione e nel trattamento della PPH visto il possibile aumento delle trombosi venose e arteriose in seguito alla sua somministrazione. Si deve tener presente che le concentrazioni plasmatiche dei fattori della coagulazione aumentano non solo durante la gravidanza ma anche dopo il parto come anche l'attività piastrinica; le donne nel postparto si trovano in una condizione d'ipercoagulabilità.

Accanto alle modificazioni dell'attività piastrinica, vi sono indicazioni che si sviluppi una risposta infiammatoria sul letto placentare dopo il distacco di placenta che favorisce la formazione di trombi.

È pertanto ben noto che il rischio di tromboembolia venosa è aumentato durante la gravidanza normale (poco più di 1/1.000 donne di gravide) e soprattutto durante le prime 6 settimane dopo il parto, quando il rischio di una tromboembolia nella donna è 21,5 volte maggiore del rischio presente nelle pazienti non gravide e non nel postparto. Tuttavia è importante rilevare che non c'è stato un incremento significativo nell'incidenza di complicanze trombotiche dovute a TXA in tutti gli studi sul TXA tra le donne gravide (1/4.228), comprendenti studi controllati e randomizzati, osservazionali, studi non randomizzati e serie di casi. Inoltre le complicanze possono essere diverse tra basse dosi di TXA (1 grammo, come usato negli studi sulla prevenzione della PPH) e alte dosi (dosi bolo di 4 grammi e infusioni di 1 grammo/ora, come utilizzato nello studio EXADEL1). In quest'ultimo studio non è stata osservata alcuna compromissione della funzionalità renale e ci sono stati 2 casi di trombosi nel gruppo TXA e 1 caso nel gruppo di controllo dopo un parto complicato. Tuttavia dopo che questo protocollo è stato adottato nel distretto in cui l'unità di maternità di riferimento era il centro principale dello studio EXADEL1, i ricercatori hanno pubblicato una relazione di aggiornamento del protocollo avvertendo i sanitari partecipanti allo studio della comparsa di un numero di casi di insufficienza renale grave e inspiegabili dopo trattamento della PPH con, tra gli altri farmaci, il TXA. Hanno consigliato di ridurre il dosaggio di TXA a 1 grammo con l'aggiunta di 1 altro grammo se il sanguinamento continuava.

Finora non sono disponibili altre informazioni sul ruolo del TXA in questi casi d'insufficienza renale. Tuttavia occorre attenzione nell'interpretazione di questi dati, poiché sono stati descritti casi d'insufficienza renale acuta e di necrosi corticale dopo grave PPH senza l'uso di TXA.

Tuttavia uno studio ha rilevato che alte dosi di TXA (100 mg/Kg) possono determinare un'incidenza aumentata di crisi epilettiche generalizzate nel postoperatorio in pazienti sottoposti a sostituzione della valvola aortica. Una possibile spiegazione è che il TXA agisce come un antagonista dei recettori dell'acido γ -amino-

butirrico (GABA A) e pertanto riduce la soglia convulsiva. Prendendo in considerazione questi importanti dati, sembra ragionevole sconsigliare alte dosi di TXA nelle emorragie acute, in particolare nelle gravi PPH fino a quando non saranno disponibili nuovi dati sulla sicurezza e sull'efficacia. È importante che i futuri studi controllati e randomizzati che valuteranno l'efficacia del TXA nelle donne gravide abbiano una potenza adeguata per rilevare un aumento moderato d'incidenza di complicanze trombotiche rispetto al placebo. Lo studio WOMEN è stato progettato per avere una simile potenza

Complicanze materne minori dovute a TXA

Nessuno degli studi principali (studi controllati e randomizzati, osservazionali non randomizzati, e serie di casi) comprendenti donne gravide in cui è stato valutato l'effetto del TXA sui principali parametri vitali (pressione del sangue, frequenza cardiaca, e frequenza respiratoria) hanno rilevato alcun effetto su questi parametri. Tuttavia l'uso del TXA può determinare modesti effetti secondari transitori compresi disturbi gastrointestinali come nausea e vomito.

Effetti secondari sul neonato

Non conosciamo i possibili effetti negativi neonatali che si possono avere quando 1 grammo di TXA è somministrato per via endovenosa 10-20 minuti prima di un parto cesareo come profilassi della PPH poiché nessuno studio ha valutato questo importante effetto ed è di potenza sufficiente per una valutazione adeguata. Tuttavia occorre rilevare che i rari ma gravi effetti neonatali si possono avere quando il TXA si somministra prima del clampaggio del cordone ombelicale poiché è noto che il TXA attraversa la placenta.

CONCLUSIONI

Sia gli argomenti teorici sia i risultati di studi controllati e randomizzati condotti in altri contesti clinici indicano che il TXA è un farmaco promettente nella prevenzione della PPH. Tuttavia i dati disponibili da studi randomizzati, concentrati soprattutto sulla prevenzione e nel trattamento della PPH dopo parto cesareo sono di qualità inadeguata per raggiungere qualsiasi conclusione definitiva, anche se indicano che la somministrazione di TXA riduce le perdite di sangue dopo l'intervento. Inoltre questi studi non presentano una potenza adeguata per valutare gli effetti secondari.

Data l'attuale incertezza sulla sua efficacia e sugli effetti secondari nelle partorienti e sui bambini, sono necessari ampi studi multicentrici, randomizzati e controllati con placebo e di potenza adeguata prima di poter raccomandare l'uso del TXA nella prevenzione della PPH durante il terzo stadio del parto. Allo stesso modo l'unica evidenza disponibile nel trattamento della PPH proviene da uno studio controllato e randomizzato con somministrazione off-label del TXA. L'atteggiamento più ragionevole sembra quello di attendere i risultati dello studio WOMEN, un ampio studio multicentrico controllato in doppio cieco che dovrà fornire solide indicazioni su questo problema.

Test d'apprendimento	
Quesiti	
1. L'emorragia postparto (PPH) è definita come una perdita di sangue dopo il parto.	a. > di 1000 ml fino a 4 ore dopo il secondamento; b. > 500 ml nelle prime 24 ore; c. una caduta dell'Hb < a 10 gr/dl
2. La PPH è stata tra il 2007-9 la principale causa di morte materna in:	a. Italia; b. Inghilterra; c. in Francia
3. Il momento più critico per la PPH è:	a. la fase espulsiva; b. il secondamento; c. tutte le fasi del travaglio
4. ossitocina nel terzo stadio del travaglio riduce il rischio di perdite di sangue:	a. > 500 ml del 20%; b. > di 500 ml del 40%; c. > 1000 ml del 40%.
5. nel parto vaginale il massaggio dell'utero per via transaddominale dopo l'espulsione della placenta e somministrazione di ossitocina:	a. riduce le perdite di sangue; b. non riduce le perdite di sangue; c. è utile in quanto previene la PPH
6. L'uso del TXA:	a. aumenta il rischio di ictus; b. non comporta aumento del rischio di ictus; c. comporta aumento solo della trombosi venosa profonda
7. CRASH-2 sull'uso del TXA nel paziente traumatizzato ha evidenziato:	a. una riduzione della mortalità; b. un lieve incremento non significativo della mortalità; c. nessun effetto sulla mortalità
8. nello studio EXADEL1	a. c'è stato un aumento di casi di insufficienza renale; b. c'è stato un aumento significativo dei casi di trombosi venosa; c. non c'è stato un aumento di casi di insufficienza renale
9. nello studio CRASH-2	a. c'è stata una riduzione significativa dell'IMA; b. c'è stato un aumento significativo dell'IMA; c. l'aumento dell'IMA non è stato significativo
10. Lo studio di Gundorkuk nell'uso del TXA nel parto vaginale ha evidenziato:	a. un aumento del numero di trasfusioni nel gruppo di controllo; b. nessuna differenza nell'uso di sangue nei 2 gruppi di studio; c. un lieve aumento delle complicanze trombotiche nel gruppo trattato con TXA

Le risposte corrette sono sottolineate

Contratti: gli interventi della COSMED e dell'Intersindacale

COSMED

Tavoli vuoti senza gli aumenti stipendiali



In seguito all'incontro tra ARAN e Confederazioni, la COSMED di cui l'AAROI-EMAC fa parte e che era presente con il Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo, ha diffuso un'informativa per descrivere quanto portato al tavolo di confronto. Di seguito il testo a firma del Segretario Generale, Giorgio Cavallero:

«L'ARAN ha proposto un tavolo di confronto per risolvere alcune criticità, in particolare quelle sull'effettiva consistenza delle risorse economiche complessive, quelle inerenti il welfare e il trattamento fiscale dei dipendenti pubblici, oltre che quelle relative ad una riforma del modello di partecipazione sindacale nelle relazioni con le parti datoriali.

La discussione è poi scivolata sul problema del reperimento dei famigerati "80 euro" a favore dei redditi più bassi, risultato effimero dell'accordo di fine novembre 2016, con il tentativo di attingere alle risorse contrattuali delle categorie più "ricche".

La COSMED ha ribadito che la trattativa contrattuale è strettamente legata e condizionata dalla prossima Legge di Bilancio, la quale dovrà non solo finanziare il prossimo contratto del settore pubblico, ma anche chiarire alcuni aspetti fondamentali, quali la detassazione e la decontribuzione del salario accessorio, attualmente prevista solo per il settore privato.

E' infatti insopportabile che il lavoro pubblico sia escluso dal contesto generale delle agevolazioni che in tali ambiti sono state delineate per il lavoro privato.

«La produttività non può essere riserva del privato», in particolare nella Sanità, dove esiste una effettiva competitività tra pubblico e privato accreditato, i quali sono entrambi finanziati dal SSN.

Escludere i dipendenti pubblici da queste agevolazioni fiscali significa – tra l'altro – alterare a vantaggio del privato la competitività delle prestazioni, con alterazione della concorrenza e penalizzando ingiustamente il lavoro pubblico e relegandolo ad un ruolo residuale.

Sono in gioco la dignità, la qualità e le prospettive future del lavoro pubblico.

La COSMED ha chiesto all'ARAN di segnalare al Governo il valore e le conseguenze politiche del mantenimento di un regime fiscale discriminatorio dei pubblici servizi.

In sede di Legge di Bilancio – inoltre – si dovrà chiarire che le iniziative di welfare aziendale, la previdenza complementare, nonché il bonus di 80 euro non dovranno decurtare ulteriormente le già scarse risorse contrattuali che verranno poste in trattativa.

La COSMED ha infine ribadito la necessità dell'indipendenza dei singoli contratti di lavoro dal tavolo confederale, quest'ultimo si deve occupare delle questioni di politica generale e non diventare una camera di compensazione economica dei singoli contratti. In particolare, la Dirigenza non può essere chiamata a contribuire economicamente per compensare materie non contrattuali, quali ad esempio i bonus fiscali.

L'ARAN ha assicurato che non vi saranno discriminazioni tra Comparto e Dirigenza nella convocazione dei tavoli che saranno aperti non appena saranno ufficialmente licenziati i relativi atti di indirizzo».

In una successiva comunicazione la Confederazione è intervenuta su un'ipotesi circolante di azzeramento degli aumenti contrattuali dei dipendenti pubblici con più di 75.000 euro di reddito:

«Significherebbe che per tutti i medici e dirigenti non ci sarebbero aumenti stipendiali e con queste risorse si provvederebbe alla ristorazione dei redditi più bassi.

Sarebbe l'ipotesi "contratto Robin Hood", dove i dirigenti sono il nemico, lo sceriffo di Nottingham e con la polpa sottratta a

160.000 dirigenti si andrebbero a sfamare 3 milioni e mezzo di dipendenti pubblici. Una sorta di partita di giro, bonus scaccia bonus, dove al bonus corrisponde il malus per i dirigenti. Dopo quasi dieci anni di mancati rinnovi contrattuali si producono queste mirabolanti innovazioni. Si ipotizza non solo lo stravolgimento di tutte le premesse e di tutte le regole della contrattazione, ma anche delle regole del buon senso.

Questo significherebbe che l'avvio delle trattative, l'atto di indirizzo in via di emanazione e l'atto di indirizzo generale emanato sarebbero una grottesca finzione, una finzione pubblica. Se non ci sono aumenti stipendiali a che serve aprire tavoli vuoti?

L'idea di usare il contratto di lavoro per ridistribuire il reddito, compito della fiscalità, è davvero una pensata mai prima proferita. Un pensiero minore e alieno. Un drone o forse meno tecnologicamente un asino che vola.

Viene spontaneo domandarsi se sia proprio il contratto dei lavoratori pubblici la palestra ideale per scherzi estivi e giochi acquatici. Forse qualche agenzia demoscopica ha indicato un sicuro ritorno elettorale derivante dal maltrattamento di medici e dirigenti?

Per questo nei contenuti della prossima Legge di Bilancio i servizi pubblici non sono di attualità, premi bonus e incentivi sono solo rigorosamente per il privato? La crisi sembra essere superata per tutti, ma non per noi».

ANAAO ASSOMED – ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA (ANDI – ANPO ASCOTI FIALS MEDICI – CIMO – CIMOP – FESMED – FIMMG – FIMP – SBV – SUMAI) – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR) – CISL MEDICI – COORDINAMENTO NAZIONALE AREE CONTRATTUALI MEDICA E VETERINARIA UIL FPL – SNAMI – SMI – INTESA SINDACALE – FESPA

La lettera delle OO.SS. a Governo e Regioni

Il 14 Settembre l'Intersindacale ha scritto al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro della Salute, al Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, al Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni e al Presidente del Comitato di Settore per porre alla loro attenzione le diverse criticità legate al rinnovo dei contratti. A distanza di pochi giorni i rappresentanti delle Sigle Sindacali sono state convocate per un incontro con il Presidente del Comitato di Settore, Massimo Garavaglia.

Di seguito il testo della lettera Intersindacale:

«I contratti della Dirigenza sanitaria dipendente del SSN e l'Accordo Collettivo Nazionale per i medici convenzionati rappresentano irrinunciabili strumenti di governo, anche della spesa, e di innovazione dei modelli organizzativi del sistema sanitario. Alla vigilia della ripresa delle trattative, appare concreto il rischio di un mancato ristoro economico del danno conseguente a sette anni di blocco a causa di un finanziamento puramente simbolico del rinnovo degli accordi vigenti.

Se è vero come è vero che "in Sanità si è tagliato anche troppo", 35 miliardi dal 2010 in poi, mettendo a rischio sostenibilità assistenziale e universalismo, e determinando il peggioramento di molti indicatori di salute e l'allargamento della forbice tra Nord e Sud, senza un reale incremento del FSN non ci saranno le condizioni per l'effettiva ed omogenea erogazione dei LEA né tantomeno per il rinnovo, se non solamente formale, di contratti e convenzioni del personale della sanità. Una annunciata Exit Sanità Pubblica che lascia i cittadini ancora più soli di fronte alla loro fragilità e alle loro malattie.

Se il sistema sanitario ancora regge, dopo che sono usciti, non sostituiti, migliaia tra medici e sanitari con un conseguente depauperamento del monte salari del personale, a favore dell'Erario, oltre che una diminuzione del perimetro dell'offerta assistenziale pubblica, ed il fondamentale diritto alla salute è ancora esigibile senza carta di credito, è solo perché chi è rimasto in corsia e nel territorio continua a dar prova di grande senso del dovere. In prima linea, tutti i giorni e tutte le notti, a far fronte ad una domanda crescente e complessa con risorse decrescenti, esposto alla delegittimazione sociale ed a rischi sempre meno sostenibili a fronte di retribuzioni bloccate da 7 anni che nemmeno recuperano il costo delle spese per i medici convenzionati ed il risparmio prodotto dalla contrazione degli organici e delle carriere dei medici e dirigenti sanitari dipendenti.

I tagli lineari, nel vuoto di politiche attive per le cure primarie, hanno trasformato il Pronto Soccorso in luogo simbolo della negazione di diritti costituzionali per famiglie e medici. Il tutto ovviamente con 21 declinazioni differenti.

In attesa dei provvedimenti richiesti e solo promessi, si innalza l'età media dei medici fino al primato mondiale, dilaga tra i giovani la precarietà. Un'intera generazione si vede negare, dopo 10-11 anni di studi, i diritti fondamentali del lavoro, anche grazie al fallimento del sistema formativo post laurea che sta desertificando il sistema sanitario, sia nel settore ospedaliero che in quello territoriale, di medici specialisti e di medicina generale. E' ora di aumentare l'occupazione dei giovani, ridurre il tempo di accesso alla professione, favorire una formazione professionalizzante adeguatamente retribuita e mettere fine ad un precariato, dirigenziale e convenzionale, che li priva di ogni certezza.

Il rinnovo del contratto di lavoro dei medici, dei veterinari e dei dirigenti sanitari dipendenti del SSN e dell'accordo collettivo nazionale per il settore convenzionato, non può avvenire, dopo 7 anni di blocco, con un finanziamento simbolico. Abbiamo già pagato, specie i giovani, un alto prezzo al risanamento dei conti in termini di valore assoluto e potere d'acquisto delle retribuzioni e delle pensioni.

Occorre, ora, una svolta del Governo per investire sul servizio sanitario pubblico, volano di una filiera produttiva che vale 11 punti di PIL, al primo posto per competitività secondo l'ISTAT, salvaguardando sia il diritto alla salute dei cittadini sia il lavoro, che del SSN è valore fondante, e dimostrare con i fatti che "continua a considerare impegno sulla sanità pubblica assolutamente fondamentale", come recentemente affermato dal Presidente del Consiglio Gentiloni. E' tempo, insomma, che la politica decida se la salute dei cittadini è ancora un diritto costituzionale, da tutelarsi attraverso un'idea ed una azione progettuale e non abbattendo le condizioni professionali ed economiche dei lavoratori. Senza risorse adeguate non esistono le condizioni per rinnovi non formali dei rapporti di lavoro.

Per questo alla Legge di Bilancio 2018 chiediamo un intervento che:

1. implementi le risorse disponibili per un finanziamento di contratto e convenzione coerente con il valore e la funzione sociale del nostro lavoro, al netto del contributo che le regioni

a statuto ordinario devono alle finanze pubbliche;

2. preveda, anche per la sanità pubblica, la defiscalizzazione del salario di produttività e provvedimenti corrispondenti sulla quota variabile dei convenzionati;

3. garantisca la salvaguardia della RIA per i dipendenti ed il pieno riallineamento dei cessati nel calcolo del Fondo di ponderazione dei convenzionati;

4. estenda al settore pubblico forme di welfare aziendale per dirigenti e convenzionati;

5. acceleri la stabilizzazione dei precari e l'aumento dell'occupazione giovanile, promessi con la legge di stabilità dello scorso anno, sia per i dirigenti che per i convenzionati, garantisca l'adeguamento numerico dei contratti di formazione post laurea, per i medici specialisti, per i medici di medicina generale e per i dirigenti sanitari, alle necessità del turn over, assicurando la loro equiparazione economica.

La questione è strettamente politica e implica scelte senza le quali la contrattazione non avrà i necessari presupposti ed il Paese che cambia nuovi modelli di sviluppo sanitario e sociale.

Le Organizzazioni sindacali non vogliono essere spettatrici passive del declino inesorabile della sanità pubblica e del ruolo e dello status delle categorie che rappresentano, e chiedono, pertanto, al Governo un segnale che scommetta sul capitale umano del SSN, bene comune da valorizzare e non da liquidare in maniera strisciante.

In caso di mancate o non soddisfacenti risposte, daremo vita ad iniziative di sensibilizzazione dei cittadini e di mobilitazione dei medici, coinvolgendoli nelle iniziative sindacali che riterremo più efficaci, fino alla effettuazione di una o più giornate di protesta nazionale in cui spiegheremo agli elettori quanto fallimentari siano le scelte governative riguardanti la tutela della loro salute.



Contenzioso medico-legale: un problema aggravato dalla sua pasticciata “soluzione”, la Legge “Gelli” (L. 24/2017)

L'orientamento giurisprudenziale secondo il quale, fino alla Legge “Gelli”, tutta la responsabilità professionale sanitaria rientrava nell'alveo della c.d. “responsabilità contrattuale”, ha fatto sì che molto spesso il paziente presunto danneggiato da malpractice agisse civilmente esclusivamente nei confronti dell'Azienda (Pubblica o Privata) presso la quale aveva fruito di una prestazione sanitaria, o più raramente chiamando in causa, “solidarmente”, anche il medico da essa dipendente che lo aveva curato.

L'Azienda, a sua volta, in molti casi affrontava il giudizio o transava extra-giudizialmente senza che i medici dipendenti coinvolti a vario titolo nelle cure ne sapessero nulla, salvo poi, spesso a distanza di molti anni, ritrovarsi a rispondere personalmente alla Corte dei Conti delle somme pagate dalla propria Azienda a titolo di risarcimento del danno.

Su questa iniqua criticità, la Legge Gelli 24/2017 è intervenuta con l'art.13 (rubricato: “Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità”) (vedasi nota¹), che si sta rivelando, in concreto, una soluzione di gran lunga peggiore rispetto al problema in ambito civilistico, con riflessi inevitabili e di poco meno devastanti anche in quello penalistico.

Tale disposizione, infatti, prevede nella sua prima parte che le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private – o i loro assicuratori se presenti – abbiano l'obbligo di comunicare all'esercente la professione sanitaria (mediante PEC o raccomandata RR) l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal paziente danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, che deve essere allegata alla comunicazione stessa.

Nella seconda parte della norma si prevede che le stesse strutture sanitarie e sociosanitarie (o i loro assicuratori) sempre entro dieci giorni comunichino con le modalità su indicate all'esercente la professione sanitaria, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.

Infine, la norma si conclude prevedendo che: “L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma precludono l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9”.

Tradotto dal giuridichese, questo significa che oggi, “grazie” a questa pasticciata Legge, l'Ente deve recapitare formalmente a medici suoi dipendenti una comunicazione che li informa che nei confronti dell'Ente stesso (anche quando i medici stessi non sono stati chiamati in causa dal presunto danneggiato!) è stata avviata una richiesta o un'azione di risarcimento, chiamandoli per iniziativa del medesimo Ente a prender parte alle “trattative stragiudiziali con il danneggiato”.

Una follia che dimostra quanto il pressapochismo del Legislatore possa dimostrarsi catastrofico nei confronti di professionisti la cui “colpa” è sostanzialmente quella costituita dall'onore e dall'onere di garantire la salute dei cittadini. Qui – peraltro – si prende in esame la situazione dei medici, ma ricordiamo che la nuova legge riguarda tutti i professionisti sanitari.

Sull'iniquità costituita dall'assenza di informazione ai medici coinvolti nelle cure al riguardo di azioni giudiziali o di transazioni stragiudiziali di cui l'Azienda si faceva carico anche a nome e per conto degli stessi, salvo scaricarne su di loro tutto il peso non solo economico attraverso la contestuale segnalazione alla Corte dei Conti per ipotesi di colpa grave abbiamo speso, negli anni, fiumi di richieste di intervento legislativo, suggerendo che **tale ingiustizia fosse risolta semplicemente prevedendo l'obbligo, per l'Azienda, di informare di tali situazioni soltanto i medici concretamente coinvolti nel singolo caso**, non certo l'universo mondo dei medici suoi dipendenti che a vario titolo ri-

sultavano, magari, solo presenti in servizio durante la degenza del paziente in Ospedale.

Perché questo è esattamente uno dei più sconcertanti risultati concreti della Legge 24/2017: una valanga di comunicazioni inviate acriticamente dalle Aziende, per ogni singolo caso di presunta malpractice, ad una moltitudine di medici che risulteranno, alla fine, estranei a qualunque ipotesi di colpa. Una valanga montante, che sta moltiplicando a dismisura le comunicazioni, già spropositatamente incongrue, che fino a ieri hanno già vergognosamente intasato la giustizia in ambito sanitario. Il perché questo avviene, sempre “grazie” alla nuova legge, lo capirebbe anche un bambino.

Innanzitutto, il termine di dieci giorni è assolutamente insostenibile: in soli dieci giorni, se va bene, l’“atto introduttivo” indicato dalla norma – cioè il ricorso notificato dall'avvocato del paziente – è stato protocollato. Ne consegue che, in un tempo così breve, nessun “Nucleo di Valutazione Sinistri” è in grado di individuare quali siano “tutti” i professionisti (effettivamente) interessati dal procedimento attivato. Ne consegue che, in pratica, ogni volta che viene notificato un atto, le direzioni delle strutture sanitarie inviano comunicazioni nei confronti di tutti i professionisti che (direttamente o indirettamente) hanno avuto anche minimi “contatti” con il paziente presunto danneggiato partendo dal suo ingresso in Ospedale sino alla sua dimissione.

Ma c'è di più: se nel caso di ricezione dell'atto introduttivo questo tipo di accertamento può essere (parzialmente) agevolato dalla lettura del ricorso notificato dal paziente e dalla descrizione dei fatti ivi contenuta, tutto si complica ulteriormente “grazie” all'obbligo di comunicazione contemplato dall'art. 13, in forza del quale le stesse strutture sanitarie e sociosanitarie e i loro assicuratori, “entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, (...), l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte”: una scelta condizionata da quanto disposto dall'ultima parte dell'art.13 secondo cui: “L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma precludono l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9”. Ne consegue che, al fine di non perdere ogni diritto di rivalsa o di azione amministrativa, le Amministrazioni delle strutture sanitarie preferiscono eccedere nelle comunicazioni piuttosto che rischiare, a loro volta, di ricadere in una responsabilità personale (di “colpa grave” amministrativa) per non aver adeguatamente ottemperato a quanto disposto da questa pessima legge.

Oltre a causare i problemi evidenziati, la norma in esame non chiarisce cosa si intenda con l'espressione “avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato”. In tale prospettiva, occorre evidenziare che ogni singola Azienda Sanitaria ha dato della disposizione una interpretazione personale: in alcuni casi, la comunicazione viene inviata non appena ricevuta la richiesta di risarcimento danni, in altri, la stessa comunicazione viene inviata al termine delle trattative instaurate dalla Struttura con il paziente danneggiato (sic!) riducendo (o escludendo) ogni possibilità di intervento da parte del professionista sanitario nell'accertamento della verità. Nello stesso senso, la norma non dà alcuna indicazione sul contenuto di tali comunicazioni. Ne consegue che alcune Strutture si limitano ad avvisare il professionista dell'esistenza della trattativa, mentre altre arrivano addirittura a “mettere in mora” il malcapitato, predisponendolo di fatto ad una sorta di condanna annunciata.

Inoltre ancora, in modo a dir poco indecente, le Strutture Sanitarie, nel formulare la comunicazione prevista dal citato art.13 della Legge “Gelli”, omettono di indicare che esse (pubbliche o private che siano) “stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni

di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9”, obbligo previsto sempre ai sensi della stessa Legge (art.10, primo comma, terzo periodo), obbligo in ragione del quale in tutte le comunicazioni ex art.13 le Strutture Sanitarie dovrebbero precisare che, salvo successivo accertamento di colpa grave, i professionisti sanitari sono manlevati dalla Azienda stessa per qualsiasi risarcimento del danno al paziente dovesse emergere in conseguenza dei fatti ivi comunicati.

Grazie alla nuova legge, per questi motivi, il girone infernale nel quale i medici si trovano oggi a lavorare è divenuto ancor più ingiustamente ed intollerabilmente punitivo.

Non si possono nascondere, infine, le conseguenze anche assicurative dei problemi sin qui evidenziati, perché gli esiti applicativi della Legge “Gelli” non fanno altro che confermare, di fatto, almeno per i medici, l'inadeguatezza di tutte le polizze di “Colpa Grave”, alla cui reale utilità, a differenza di molti altri, non abbiamo mai creduto. Le ragioni sono principalmente tre.

La prima: molto spesso, esse disciplinano le “Dichiarazioni dell'Assicurato” prevedendo anche che il medico deve dichiarare “di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso o dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione”.

Si tratta di una dichiarazione talmente generica che, alla fine, espone il medico assicurato a non essere coperto in caso di sinistro, a causa di dichiarazione, per quanto rese in buona fede, inesatta o reticente. Da un lato, perché ogni attività medica che non si sia risolta con la piena soddisfazione (anche soggettiva) del paziente potrebbe, potenzialmente, determinare in futuro richieste di risarcimento (addirittura la dichiarazione si estende ai sostituti...); dall'altro perché, nel caso delle comunicazioni di cui all'art.13 della Legge “Gelli”, per il medico che ha ricevuto l'informazione dell'apertura delle trattative con il danneggiato o della notifica del ricorso, è evidente che quel fatto si trasforma in un “fatto noto”.

La seconda: chi ha una polizza per la sola colpa grave in cui si richiede una dichiarazione come quella su riportata ha necessità indispensabile almeno di poter aprire il sinistro.

Purtroppo, molto spesso, queste polizze per colpa grave prevedono, sempre all'inizio del testo di polizza nella parte relativa alle “Definizioni”, una formulazione della “Richiesta di Risarcimento” che non ammette nessuna possibilità. Si prevede la possibilità di aprire il sinistro solamente nei **tre casi elencati nella definizione di Richiesta di Risarcimento, che sono:**

i. l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro l'Assicurato....

ii. la comunicazione con la quale la struttura sanitaria pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

iii. la sentenza per colpa grave emanata dall'Autorità Giudiziaria Ordinaria, Penale o Civile.

Per effetto di questa definizione non è possibile aprire un sinistro nel caso in cui vi sia:

- la richiesta di risarcimento del terzo diretta al professionista sanitario in sede civile o penale;

- ogni comunicazione che NON contenga l'intenzione di ritenere responsabile per colpa grave l'Assicurato: ivi comprese tutte le comu-

nicazioni ex. art. 13 della Legge Gelli di cui abbiamo parlato.

In tutti questi casi la comunicazione all'Assicuratore non sarà presa in carico in quanto “il fatto non rappresenta un sinistro”. Ne consegue che, nel momento in cui vi sia il cambio dell'assicuratore, il nuovo assicuratore non prenderebbe in carico quel fatto oggetto della comunicazione in quanto “fatto noto” e, pertanto, escluso dalla polizza assicurativa stipulata. In altre parole: se, successivamente, per le somme pagate a titolo di risarcimento del danno da parte della azienda, si aprirà un giudizio avanti alla Corte dei Conti, il professionista sanitario che possiede una mera polizza per la colpa grave tenterà di aprire il sinistro presso il proprio assicuratore (che nel frattempo sarà sicuramente cambiato) il quale, però, gli negherà la copertura in quanto il fatto, oggetto della vicenda giudiziaria, era già conosciuto dal professionista in quanto oggetto, appunto, della comunicazione ufficiale ex art.13: in altre parole, un “fatto noto” che, in quanto tale, non coperto dalla polizza assicurativa di sola “colpa grave”, lascia il medico che abbia una polizza assicurativa limitata ad essa ad affrontare ogni vicenda processuale che lo riguardi – avanti al Tribunale Civile o Penale - assolutamente da solo.

La terza: con la nuova Legge 24/2017 è necessario che anche il medico dipendente pubblico si doti di una polizza che copra non solo nel caso in cui il paziente decida di richiedere i danni direttamente al medico (come espressamente previsto a titolo di responsabilità extra-contrattuale dalla Legge “Gelli”: art. 7, terzo comma), ma anche nel caso in cui sia la stessa Azienda Sanitaria a chiamare in causa il medico (suo dipendente) a “manleva” nei confronti della azione di risarcimento avanzata dal paziente-danneggiato. Del resto, la sentenza N. 26659 del 18/12/2014 emanata dalla Corte di Cassazione – Sezioni Unite, ha stabilito il principio (che la nuova legge lascia inalterato) secondo il quale “L'azione di responsabilità contabile nei confronti dei sanitari dipendenti di una azienda sanitaria non è sostitutiva delle ordinarie azioni civilistiche di responsabilità nei rapporti tra amministrazione e soggetti danneggiati, sicché, quando sia proposta da una azienda sanitaria domanda di manleva nei confronti dei propri medici, non sorge una questione di riparto tra giudice ordinario e contabile, attesa l'autonomia e non coincidenza delle due giurisdizioni”.

In conclusione, l'art. 13 della Legge “Gelli” va riformulato, a garanzia sia dei professionisti, sia dei cittadini, sia delle strutture sanitarie, oltre che per non compromettere l'efficienza e l'efficacia di funzionamento della giustizia, e per non aumentare a dismisura i relativi costi che gravano, oltre che sui singoli malcapitati, anche sulle pubbliche finanze.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

Note:

1) Art. 13 Legge 24/2017 “Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità” – 1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma precludono l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9”.

AAROI-EMAC Emilia Romagna



Chiusura piccoli Punti Nascita

Le future mamme devono sapere che l'ospedale sotto casa non è sinonimo di sicurezza

rischio per la Sicurezza della donna e del bambino». Con queste parole l'AAROI-EMAC Emilia Romagna è intervenuta all'indomani della decisione ministeriale di chiudere in via definitiva tre Punti nascita e di mantenerne in deroga altri tre, sebbene al di sotto dei 550 parti annui.

«La vera battaglia da fare è quella culturale di formazione e di informazione in rete con le donne, future mamme, e di programmazione di un percorso nascita che permetta di superare in sicurezza i disagi possibili legati alle situazioni geografiche più difficili - ha sottolineato nella nota Teresa Matarazzo, Vice Presidente Nazionale Area Nord dell'Associazione - E' importante far capire che un parto in

una struttura che registra 124, 153 o 196 parti all'anno non ha le garanzie di sicurezza richieste a livello nazionale e internazionale. Centralizzare le nascite permette, invece, di rispondere con cure adeguate e percorsi nascita personalizzati e sicuri alle esigenze delle mamme. La comodità dell'ospedale sotto casa non può andare a scapito della sicurezza».

«Il nostro auspicio, dopo la chiusura di tre Punti Nascita - ha aggiunto Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia Romagna -, è che le strutture in deroga siano sottoposte a stretto monitoraggio affinché i requisiti di sicurezza vengano sempre garantiti senza ricorrere ad espedienti fantasiosi. Non dimentichiamo, infatti, quanto accaduto con le modalità organizzative del periodo estivo di alcuni Punti Nascita che prevedevano la figura dell'Anestesista Rianimatore mascherato da ginecologo, con la funzione di "tappabuchi" in situazioni di competenza ginecologico-ostetrica. Sia quindi ben chiaro che - se proprio devono rimanere aperti -, i Punti Nascita di Scandiano (Re), Mirandola (Mo) e Cento (Fe) dovranno rispettare gli standard clinici e organizzativi, a partire dal numero adeguato di personale e l'imprescindibile presenza dell'anestesista dedicato in sede H24 per le eventuali urgenze e magari arrivare finalmente a offrire il servizio di parto in analgesia epidurale».

Sulla situazione l'AAROI-EMAC Emilia Romagna era intervenuta anche lo scorso Luglio chiedendo l'immediata sospensione delle modalità organizzative per il periodo estivo previste dall'Azienda Usl di Reggio Emilia per alcuni Punti Nascita dove, in pratica, gli Anestesisti Rianimatori erano utilizzati come tappabuchi in situazioni di competenza ginecologico-ostetrica.

«Pur comprendendo la delusione delle mamme dei comuni in cui è stata stabilita la chiusura dei Punti Nascita - Castelnovo ne' Monti (Re), Pavullo nel Frignano (Mo) e Borgo Val di Taro (Pr) -, gli Anestesisti Rianimatori condividono la decisione del Ministero della Salute e si mettono a disposizione per spiegare ancora una volta alle comunità che i piccoli Punti Nascita, sebbene più vicini a casa, sono ad alto

AAROI-EMAC Lombardia

Competenze in Pronto Soccorso: tanto rumore per nulla?

L'incarico di Direttore rimane vacante per la rinuncia dei tre candidati idonei

Le dichiarazioni di Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC, sull'incarico per la Direzione del Pronto Soccorso dell'ASST Spedali Civili di Brescia, ancora vacante dopo la rinuncia dei primi tre candidati risultati idonei. Gli stessi che nei mesi scorsi avevano portato avanti esposti e ricorsi sulla legittimità dei Bandi emanati.

Quando finalmente il percorso è arrivato alla conclusione, i candidati hanno rinunciato all'incarico tanto ambito. La conseguenza è ben descritta nell'articolo pubblicato il 4 ottobre sul Corriere della Sera di Brescia e che proponiamo nell'immagine.

«La comune rinuncia dei primi tre candidati risultati idonei all'incarico di Direttore del Pronto Soccorso cittadino dell'ASST Spedali Civili di Brescia ha dell'incredibile».

Ci sfugge la correlazione logica tra tale rinuncia e la partecipazione compatta al bando di concorso di chi aveva sbandierato una "battaglia di principio" incentrata sulla presunta irregolarità della sua apertura anche («al lupo, al lupo!») agli Anestesisti Rianimatori. Attualmente, peraltro, ci risulta che sia proprio un Anestesista Rianimatore il "Direttore facente funzioni" del PS bresciano, che per anni era stato egregiamente diretto da un altro Anestesista Rianimatore fino al pensionamento, senza che nessuno, fino al momento di doverlo rimpiazzare, avesse sollevato questioni di legittimità.

L'ecumenismo costituito dalle ben 43 specializzazioni

ni ancor oggi equipollenti alla "Medicina e Chirurgia d'accezione e urgenza", lo ricordiamo per l'ennesima volta, deriva da una normativa nata in tempi che rispetto ad oggi sono preistoria organizzativa ospedaliera. D'altra parte, la stessa anacronistica normativa consentirebbe ancor oggi - a favore di chi all'epoca della sua prima assunzione in ruolo ospedaliero precedente all'obbligo di specializzazione non possedeva alcun titolo

specialistico, ma solo la laurea in Medicina e Chirurgia - l'aggiornamento "sanatorio" di tali già ampissimi confini. Basta, a quanto pare, che nel frattempo non si sia macchiato di una colpa gravissima: la specializzazione in Anestesia e Rianimazione.

E allora cui prodest questa strenua difesa delle vetero-equipollenze inerenti l'emergenza-urgenza, che ad oggi, per merito di un gioco a rimpiazzamenti tra rivendicazioni di competenze tanto "esclusive" quanto fu-

mose, lascia questo PS ancora senza un Direttore a pieno titolo? Di certo non all'ASST, tantomeno ai cittadini cui il servizio è rivolto.

Siamo curiosi di vedere come andrà a finire, sperando almeno che questa telenovela non finisca, magari per carenza di disponibilità legate anche al clima creatosi, con il doversi nominare Direttore qualcuno che con l'emergenza-urgenza poco ha avuto a che fare, e alla quale almeno potrebbe dare, in tale veste, in termini di qualità».

CRONACA DI BRESCIA

Il concorso/2

di Silvia Ghilardi

Cercasi primario disperatamente. No, non si può certo dire che il Civile sia fortunato con i concorsi: se da una parte (come scriviamo sopra) è la decisione della direzione generale ad essere messa in discussione, dall'altra sono i vertici dell'azienda a subire le bizze degli aspiranti dirigenti di struttura complessa. Hanno risposto tutti picche, infatti, i candidati che si sono classificati al primo tre posti nel concorso per l'incarico di direttore del pronto soccorso del Civile. Senza più un candidato idoneo l'Asst Spedali Civili non ha potuto fare altro che emettere un nuovo bando per il ruolo di primario.

Pronto soccorso, un'odissea

Nuovo bando per il direttore

Dopo i ricorsi in tre rinunciano al posto da dirigente

La vicenda

I primari classificati al bando per il posto da dirigente in pronto soccorso al Civile hanno rinunciato all'incarico: si tratta di Gianfranco Cervellini (da Pinerolo), Gian Alfonso Cibineti (da Pinerolo) e Fabio De Iaco (da Imperia).



In cerca di un dirigente il posto da primario in pronto soccorso è ancora vacante (LaPresse)

proposta del suo direttore. Il secondo a cui è stata offerta la posizione da primario al Civile è stato Gian Alfonso Cibineti, pronto soccorrista del dipartimento di emergenza dell'azienda sanitaria locale di Collegno e Pinerolo in Piemonte nonché presidente della Simeu, la società italiana della medicina di emergenza urgenza. Anche in questo caso il medico ha preferito volare verso altri lidi. Stesso esito per il terzo candidato, Fabio De Iaco, responsabile del pronto soccorso di Imperia. Esaurita così la terza lista dei candidati idonei Ezio Belleri, direttore dell'Asst, ha dovuto bandire un nuovo concorso. Un ennesimo buco nell'acqua che lascerà vacante per mesi l'incarico da responsabile di struttura complessa al momento retta da Carlo Concozzetti.

Il turbolento iter del quale non si può ancora scrivere la parola d'ordine più di due anni fa. A novembre 2015 il Civile pubblicò un bando di selezione per il posto da primario del pronto soccorso, bando che da subito scatenò l'ira della Simeu. La società contestò la scelta di ammettere alla selezione solo gli anestesisti-rianimatori e non gli specialisti in medicina d'urgenza e emergenza. Dopo un esposto alla Procura il Civile modificò il bando. Quello nuovo (dicembre 2015) non andò bene stavolta alla Simeu, la federazione italiana medicina di emergenza urgenza, che ricorse al Tar per una questione di equipollenze tra discipline. Ricorso accettato in parte. Il Civile quest'estate ha emanato quindi un terzo bando con le modifiche richieste. E ora arrivano le rinunce.

AAROI-EMAC Calabria

Oltre 100 AR in Simposio

A Villa San Giovanni, la XXV edizione

Il Simposio Meridionale di Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore, giunto alla sua venticinquesima edizione, ha riunito il 6 ed il 7 ottobre scorsi, nel castello di Altafiumara della Città Metropolitana di Reggio Calabria, 120 Medici Anestesisti Rianimatori calabresi.

Il meeting scientifico, la cui organizzazione è stata affidata quest'anno al Dottor Domenico Forte, Direttore del Dipartimento di Emergenza/Urgenza dell'ASP di Reggio Calabria ed al Dottor Francesco Adamo, Direttore dell'UOC Anestesia e Rianimazione del presidio Spoke di Locri, è realizzato anche con il patrocinio dell'AAROI-EMAC, Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica e della SIARED, Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore, ha riscosso gli unanimi consensi di tutti i partecipanti per i suoi contenuti.

Due giornate dense di relazioni di altissimo valore culturale e formativo, introdotte dai saluti del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Dottor Alessandro Vergallo, da quello delle Autorità, dalla lettura magistrale del Professor Alberto Zangrillo, cui sono seguite le presentazioni scientifiche da parte di relatori provenienti da tutta Italia e da docenti delle Università di Bari, Catania, Catanzaro, Chieti, Messina, Palermo, Roma.

I temi trattati, decisamente "up to date", hanno focalizzato l'attenzione dei partecipanti sul management in sala operatoria del paziente a rischio, nella sessione dedicata all'Anestesia, e del paziente critico in Terapia Intensiva, in quella invece dedicata alla Rianimazione.

Inoltre, tre workshop teorico pratici destinati ai Medici Anestesisti Rianimatori, di cui due sull'uso degli ultrasuoni, tanto nella diagnostica polmonare quanto nell'esecuzione delle anestesie locoregionali ed uno sul monitoraggio emodinamico in terapia intensiva, hanno completato l'offerta formativa di questo importante evento scientifico.

L'evento ha compreso anche una sessione dedicata agli Infermieri di area critica con un quarto workshop avente come tema l'incannulamento dei vasi venosi con l'ausilio dell'ecografo.

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

Fine-vita

L'INPS entra di prepotenza nel dibattito sull'eutanasia, dichiarandosi a favore: è l'unico modo che ha per far quadrare i conti.

Etica

Come potremmo mai metterci d'accordo sul fine-vita se non siamo neanche in grado di vederne l'inizio?

Cumulo Previdenziale: Note sulla Circolare INPS n. 140/2017

Con la circolare n. 140 del 12 ottobre 2017, acquisito il nulla osta del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nota n. 7027 del 9 ottobre 2017, a scioglimento della riserva formulata nella circolare n. 60 del 2017, l'Inps fornisce istruzioni applicative riguardo al cumulo dei periodi assicurativi non coincidenti in presenza di periodi di contribuzione anche presso gli Enti di previdenza privati.

L'istituto preannuncia che eventuali ed ulteriori istruzioni sulla materia in oggetto saranno poi emanate dallo stesso Istituto a seguito della stipula dei previsti rapporti convenzionali con le Casse professionali.

L'articolo 1, comma 195, della legge n. 232 del 2016 aveva previsto, a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'esercizio della facoltà di cumulo dei periodi assicurativi non coincidenti di cui alla legge n. 228 del 2012, ai fini del conseguimento di un'unica pensione di vecchiaia, anticipata, di inabilità e ai superstiti, anche nei confronti degli iscritti agli Enti di previdenza privatizzati di cui al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509 e al decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, non già titolari di pensione diretta a carico di una delle gestioni di cui all'articolo 1, comma 239, della legge n. 228 del 2012, ancorché abbiano maturato i requisiti per il diritto autonomo al trattamento pensionistico presso una delle predette gestioni.

L'articolo 1, comma 239, come modificato dall'articolo 1, comma 195, lettera b), della legge n. 232 del 2016 prevedeva che la facoltà di cumulo possa essere esercitata, per la liquidazione del trattamento pensionistico, a condizione che il soggetto interessato abbia i requisiti anagrafici previsti dal comma 6, dell'articolo 24, della legge n. 214 del 2011, adeguati agli incrementi della speranza di vita ai sensi dell'articolo 12, della legge n. 122 del 2010, e il requisito contributivo di cui al comma 7 del medesimo articolo.

Tale facoltà, ai sensi del comma 243, deve avere ad oggetto tutti e per intero i periodi assicurativi accreditati presso le gestioni interessate al cumulo.

I commi 241 e 245, non innovati dalla legge n. 232 del 2016, dispongono infatti rispettivamente che:

"Il diritto al trattamento di pensione di vecchiaia è conseguito in presenza dei requisiti anagrafici e di contribuzione più elevati tra quelli previsti dai rispettivi ordinamenti che disciplinano le gestioni interessate all'esercizio della facoltà di cui al comma 239 e degli ulteriori requisiti, diversi da quelli di età e anzianità contributiva, previsti dalla gestione previdenziale alla quale il lavoratore o la lavoratrice risulta da ultimo iscritto" e che "le gestioni interessate, ciascuna per la parte di propria competenza, determinano il trat-

tamento pro quota in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione maturati, secondo le regole di calcolo previste da ciascun ordinamento e sulla base delle rispettive retribuzioni di riferimento".

Al riguardo, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali con nota n. 13919 dell'11 settembre 2017 e allegati ha precisato che:

"La pensione di vecchiaia in cumulo, tenuto conto degli ordinamenti coinvolti e della loro autonomia regolamentare può configurarsi come una fattispecie a formazione progressiva, in forza della quale rilevano più momenti o fasi interconnesse. Di conseguenza, ai fini del diritto alla pensione di vecchiaia in cumulo, è necessario che sussistano i requisiti minimi di cui ai commi 6 e 7 dell'articolo 24 della legge n. 214 del 2011, utilizzando tutti i periodi assicurativi accreditati presso le gestioni di cui al comma 239.

Ai fini della misura, la liquidazione del trattamento pro quota in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione maturati, secondo le regole di calcolo previste da ciascun ordinamento e sulla base delle rispettive retribuzioni di riferimento, avverrà solo al conseguimento dei rispettivi requisiti anagrafici e contributivi".

Da ciò si rileva che la "misura" è determinata dalle regole degli enti interessati e quindi anche della stessa Inps che prevedeva che tutti i trattamenti prodotti antecedentemente al 31 dicembre 1995 fossero considerati ai fini della determinazione del criterio previdenziale retributivo ovvero misto.

La stessa circolare lo conferma poi affermando che:

"L'articolo 1, comma 245, della legge n. 228 del 2012 prevede che le forme assicurative interessate, ciascuna per la parte di propria competenza, determinano il trattamento pro quota in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione, secondo le regole di calcolo previste da ciascun ordinamento e sulla base delle rispettive retribuzioni di riferimento.

Ai fini della misura del trattamento pensionistico pro quota devono essere presi in considerazione tutti i periodi assicurativi accreditati nella singola gestione, indipendentemente dalla loro eventuale coincidenza con altri periodi accreditati presso altre gestioni.

Resta fermo che ciascuna gestione provvede a liquidare il rispettivo pro quota di competenza tenendo conto delle proprie regole di calcolo".

Diviene di conseguenza illegittima e contraddittoria la determinazione a cui giunge la stessa circolare:

"Per la determinazione dell'anzianità contributiva rilevante ai fini dell'applicazione del sistema di calcolo della pensione, secondo quanto previsto dall'articolo 1, commi 6, 12 e 13, della legge n. 335 del 1995 e tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 2, della legge n. 214 del 2011, come integrato dall'articolo 1, comma 707, della legge n. 190 del 2014, ai fini della determinazione dell'anzianità contributiva posse-

duta al 31 dicembre 1995, deve essere presa in considerazione la sola contribuzione maturata dall'interessato presso l'assicurazione generale obbligatoria, le forme esclusive e sostitutive della medesima, nonché la gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge n. 335 del 1995, purché tali periodi non siano sovrapposti temporalmente".

Escludendo inopinatamente dal calcolo complessivo le anzianità maturate, ante 1996 presso le Casse professionali privatizzate ma includendo, invece, tutti gli istituti pubblici ed anche la stessa gestione separata Inps!

Tale esclusione impedirebbe di ottenere, per coloro che possono vantare anzianità ante 1996 ovvero almeno 18 anni di contribuzione al 31 dicembre 1995, il trattamento di miglior favore con il calcolo retributivo ovvero misto, da parte dall'Inps.

Condizione che dovrà essere fonte di ricorso da parte degli stessi interessati e delle stesse organizzazioni sindacali di categoria.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziale
Articolo del 13 Ottobre 2017

COSMED

Riconosciuta la dignità a tutte le attività lavorative svolte



Il cumulo dei contributi previdenziali viene esteso, come richiesto dalla COSMED, alle Casse autonome. Lo stabilisce la circolare 140 del 12 ottobre 2017 dell'Inps che finalmente, dopo reiterati solleciti, ha reso operativa la disposizione contenuta nella legge di bilancio 2017.

E' un principio di civiltà giuridica, commenta la Confederazione: il lavoro ha pari dignità, sia come lavoro dipendente che come lavoro autonomo, sia se effettuato con contribuzione Inps che con contribuzione ad altre Casse previdenziali. Del resto i contributi sono del lavoratore non dell'Istituto che li gestisce, qualunque esso sia.

Si attenuano in tal modo per molti gli effetti della legge Fornero e si rende pienamente esigibile un diritto liberando dall'incertezza migliaia di aspiranti pensionati.

Dopo che il 16 marzo 2017 la possibilità di cumulo è stata estesa alla gestione separata Inps, con importante

beneficio per i medici, che hanno conseguito la specializzazione dal 2006 che si vedono riconoscere automaticamente gli anni della formazione come anzianità contributiva, il coinvolgimento dei contributi alle casse previdenziali autonome allontana per i medici e i dirigenti sanitari la prospettiva di dover lavorare fino a 70 anni, con tutte le conseguenze sul lavoratore e sulla sicurezza dei servizi resi ai cittadini.

Il provvedimento manifesta, però, un passaggio di dubbia legittimità negando che gli anni di contribuzione alle Casse Professionali anteriori al 1996 siano utilizzabili per raggiungere i 18 anni al 31.12.1995 (ottenendo il calcolo retributivo fino al 2011) e per passare dal sistema contributivo a quello misto. Una condizione inaccettabile per le penalizzazioni economiche e le evidenti contraddizioni tra la legge e la sua applicazione.

Questa Confederazione, che ha proposto l'emendamento recepito dalla legge di bilancio 2017, non può non dichiararsi soddisfatta per l'affermazione di un principio generale di non discriminazione che rende possibile per i medici guardare con maggiore serenità al proprio futuro previdenziale aumentando la loro flessibilità in uscita dal un lavoro che troppo spesso oggi viene vissuto come una prigione.

LEGISLATION



Assoluzione per un infermiere ingiustamente accusato di abuso della professione medica

La Rettifica del Presidente Nazionale, CTU nel caso giudiziario

Orbene, la consistenza della "colpa" di abuso della professione medica imputata all'infermiere dal PM sarebbe stata quella di praticare una "anestesia" alla paziente, svolgendo illecitamente funzioni di medico specialista in anestesia e rianimazione.

Ma qual era questa "anestesia"? La somministrazione ev di una benzodiazepina (diazepam), su ordine e sotto sorveglianza dei medici chirurgici operatori, su una paziente sottoposta ad intervento eseguito in anestesia locale praticata da un medico chirurgo.

Quindi, è assolutamente scorretto parlare di qualsivoglia "anestesia". Qualora, del resto, vi fossero stati elementi tali da configurare una "anestesia" praticata dall'infermiere, di certo non mi sarebbe stato possibile collaborare come CTP con gli avvocati che l'hanno difeso fino all'assoluzione, anche in relazione al mio mandato di Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC, Organizzazione Sindacale che

rappresenta nel nostro Paese la gran parte degli Anestesisti Rianimatori.

La vicenda è stata angosciante, colpendolo profondamente sul piano psicologico, per l'infermiere accusato a mio parere ingiustamente di essere colpevole di "abuso della professione medica", mentre invece aveva svolto funzioni professionali che la sua qualifica gli consentiva nel pieno rispetto delle norme di legge.

Il formalismo tecnico della sentenza stessa di assoluzione (tardività della querela), così come presentato dai media, non pare essere entrato nel merito di elementi di valutazione sostanziali della vicenda, che comunque sono stati oggetto di dibattito.

Il capo di imputazione "abuso della professione medica", in particolare, è stato chiaramente demolito dagli avvocati difensori dell'infermiere imputato anche in base alla mia relazione di CTP, e non può escludersi che

tale demolizione possa evincersi anche dalle motivazioni della sentenza, che la legge prevede siano depositate successivamente alla stessa.

L'assoluzione - ritengo - sarebbe comunque arrivata, perchè tali elementi (soprattutto la liceità della sua condotta professionale in relazione alla somministrazione di farmaci su ordine medico) erano a mio parere assolutamente a favore dello scagionamento dell'infermiere stesso dall'accusa di "abuso della professione medica".

Guai se - in base a tale accusa - vi fosse stata in questo caso una sentenza di condanna a carico dell'infermiere in questione. Gli Anestesisti Rianimatori e gli Infermieri italiani devono operare e cooperare nel rispetto delle reciproche professionalità, ed in questo caso la prestazione professionale infermieristica non risultava aver violato in alcun modo questo basilare principio normativo e deontologico».

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

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



INCARICO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Domanda: Qual è la procedura per avere l'incarico di alta specializzazione?

Risposta: Tutti gli incarichi di qualunque tipo devono essere proposti dal Direttore Struttura Complessa e devono essere conferiti dal Direttore Generale.

Dopo il periodo di prova sono conferibili incarichi di base (lettera "d" art. 27 CCNL 1998/2001), mentre sono necessari 5 anni di anzianità per gli incarichi natura professionale, anche di alta specializzazione (lettera "c" art. 27) o di Responsabile Struttura semplice (lettera "b" articolo 27).

ATTIVITA' DURANTE ALLATTAMENTO

Domanda: Le colleghe in allattamento possono lavorare in sala dove sono presenti radiazioni?

Risposta: L'argomento è trattato dall'Art. 15 CCNL 10.2.2004 che recita:

3. Ferma restando l'applicazione dell'art. 7 del d.lgs. 151/2001, qualora durante il periodo della gravidanza e per l'intera durata del periodo di allattamento si accerti che l'espletamento dell'attività lavorativa comporta una situazione di danno o di pericolo per la gestazione o la salute della lavoratrice madre, l'azienda provvede al temporaneo impiego della medesima e con il suo consenso in altre attività, nell'ambito di quelle disponibili, che comportino minor aggravio psicofisico.

Il medico competente dovrà dare indicazioni in ciascuna situazione su quali siano le attività consentite.

FRUIZIONE RISCHIO ANESTESIOLOGICO

Domanda: Il rischio anestesio logico, se non goduto presso una determinata Azienda, può essere fruito interamente dopo il passaggio ad altra Azienda in continuità di servizio dal momento che si tratta non di normali ferie ma di un periodo da trascorrere lontano dalla sala operatoria per ragioni di tipo preventivo?

Risposta: Occorre distinguere: se si transita in un'altra Azienda con un processo di mobilità volontaria, dato che non si tratta di un nuovo rapporto di lavoro, si può fruire del rischio anestesio logico nella nuova Azienda.

Se si tratta di passaggio in seguito a vittoria di concorso per tempo indeterminato o bando per tempo determinato non è prevista la possibilità di fruire di ferie, rischi, ore in esubero da recuperare che siano state maturate nell'Azienda di provenienza.

ASPETTATIVA NON RETRIBUITA

Domanda: Può essere richiesto e conseguentemente concesso un periodo di aspettativa non retribuita per motivazioni strettamente personali?

Risposta: Può essere concesso compatibilmente con le esigenze di servizio a norma dell'Art. 10 CCNL 10.2.2004, come integrato dall'Art. 24 CCNL 3.11.2005

1. Al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato che ne faccia formale e motivata richiesta, compatibilmente con le esigenze di servizio, possono essere concessi periodi di aspettativa per esigenze personali o di famiglia senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità, per una durata complessiva di dodici mesi in un triennio. - il CCNL prevede l'obbligatorietà di esplicitazione delle esigenze personali.

L'articolo in questione parla di "motivata richiesta" quindi va motivata.

PAUSA DURANTE TURNI DI LAVORO

Domanda: E' lecito che alcune Aziende decurtino 30' di pausa, siano essi goduti o meno in un turno che duri più di 6 ore?

Risposta: La problematica nasce dall'obbligo di garantire una pausa dopo la sesta ora di lavoro a norma del D.lgs. 66/2003. Alcune Aziende decurtano 30 minuti dopo la sesta ora con l'errata convinzione di aver fatto godere della pausa i colleghi ed è chiaro che si tratta di un artificio contabile che non consente di rispettare il diritto alla pausa; occorre organizzare le attività in modo da poter godere della pausa e, nel raro caso non si possa interrompere le attività dopo la sesta ora occorre giustificare l'accaduto attraverso una comunicazione alla Direzione Generale da parte del Direttore della Struttura Complessa. Tale comunicazione deve impedire la decurtazione oraria.

L'articolo in questione recita:

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.

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

TURNI E NORMATIVA EUROPEA

Domanda: È possibile effettuare il turno mattina notte alla luce delle disposizioni in materia di rispetto della normativa europea?

Risposta: Si tratta di un turno da evitare in quanto, se le 24 ore vengono calcolate dalle 8 alle 8, mancherebbero le 11 ore di riposo nelle 24 ore

La circolare 8/2005 del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, all'art.12 recita infatti:

"Il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutive ogni 24 ore, calcolate dall'ora di inizio della prestazione lavorativa".

PRONTA DISPONIBILITA' DOPO GUARDIA 12H

Domanda: E' possibile effettuare la pronta disponibilità

notturna dopo 12h di guardia diurna?

Risposta: Dal momento che, a norma del Dlgs 66/2003 occorre godere di 11 ore di riposo nelle 24 ore la turnazione in questione è ad alto rischio di illiceità se, durante la reperibilità, si viene chiamati per più di un'ora.

GIORNI DI RIPOSO

Domanda: Se si lavora 15 giorni consecutivi si avrebbe diritto a due giorni di riposo: è lecito considerare riposo le 48 ore in cui si è reperibili su fine settimana a metà dei 15 giorni?

Risposta: La risposta è inequivocabilmente negativa. I riferimenti normativi sono contenuti nel D. Lgs. 66/2003 che recita:

Art. 7

Riposo giornaliero

1. Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.

Art. 9

Riposi settimanali

1. Il lavoratore ha diritto ogni sette giorni a un periodo di riposo di almeno ventiquattro ore consecutive, di regola in coincidenza con la domenica, da cumulare con le ore di riposo giornaliero di cui all'articolo 7 il suddetto periodo di riposo consecutivo è calcolato come media in un periodo non superiore a quattordici giorni.

STIPENDIO DI RISULTATO

Domanda: Durante il periodo di prova in un rapporto a tempo determinato si percepisce lo stipendio di risultato?

Risposta: Durante il periodo di prova su un tempo indeterminato si percepisce lo stipendio di risultato se si raggiungono gli obiettivi assegnati, salvo diverso accordo di concertazione aziendale.

Domanda: E' necessario che venga pubblicato un avviso

AVVISO DI MOBILITA' PRIMA DI CONCORSO

di mobilità prima del bando di un concorso pubblico?

Risposta: Il comma 2 bis dell'articolo 30 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 recita:

2-bis. Le amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità di cui al comma 1, provvedendo, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli delle amministrazioni in cui prestano servizio.

Il trasferimento è disposto, nei limiti dei posti vacanti, con inquadramento nell'area funzionale e posizione economica corrispondente a quella posseduta presso le amministrazioni di provenienza; il trasferimento può essere disposto anche se la vacanza sia presente in area diversa da quella di inquadramento assicurando la necessaria neutralità finanziaria.

Di conseguenza la risposta alla domanda è positiva.

C'è da aggiungere che le domande di mobilità volontaria possono essere presentate indipendentemente dal bando di mobilità in questione.

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



ISCRIZIONI 2017

**Collegli Anestesisti Rianimatori
Collegli di Emergenza-Area Critica
(Pronto Soccorso e 118)**

**per un adeguato riconoscimento
delle nostre qualifiche professionali**

**per una giusta valorizzazione
del lavoro che svolgiamo ogni giorno**

**per una rispettosa applicazione
dei nostri diritti e dei nostri doveri**

**iscrivetevi
all'A.A.R.O.I.-EM.A.C.!**

**la grande Associazione Sindacale a tutela dei Medici Specialisti
in Anestesia-Rianimazione, in Emergenza, e in Area Critica,
pilastri fondamentali del nostro Sistema Sanitario Nazionale**

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