

il nuovo Anestesista Rianimatore

GIUGNO - LUGLIO
2018
3
Anno XXIX

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

Gli auguri al neo Ministro della Salute Giulia Grillo

Nel giorno del Giuramento del nuovo Governo, l'AAROIEMAC ha inviato al Ministro della Salute Giulia Grillo - tramite comunicato stampa - gli auguri di buon lavoro. Di seguito il testo.

L'AAROIEMAC, augurandole buon lavoro, si complimenta con l'On. Dr.ssa Giulia Grillo per l'incarico che da oggi rivestirà in qualità di Ministro della Salute, nella speranza che sia messa in condizione di poter dare seguito sin da subito, con tutti gli strumenti che il suo Dicastero consente, agli interventi necessari per tutelare e rilanciare un SSN il cui ruolo primario per il benessere dei cittadini di questo Paese non merita le difficoltà che da anni stanno stritolando gli ospedali, e ancor più i medici che ci lavorano.

Ricordiamo bene la sua sensibilità, che in più occasioni abbiamo avuto il piacere di constatare, verso le denunce che l'AAROIEMAC ha pubblicamente lanciato in merito alle cro-

niche criticità con cui devono ogni giorno fare i conti, come professionisti che devono garantire la salute dei pazienti nelle situazioni più gravi e delicate, i medici ospedalieri "in prima linea" che la nostra Associazione rappresenta.

Per affrontarle ed iniziare davvero a risolverle, riteniamo particolarmente cogenti, come abbiamo sottolineato più volte, effettuare una seria ricognizione - disciplina per disciplina - dei reali fabbisogni di medici ospedalieri, commisurati agli effettivi carichi di lavoro, adeguare le programmazioni formative specialistiche in coerenza con i risultati di questa ricognizione, e - assumendo il personale che serve dove serve - riportare, almeno negli ospedali pubblici, certi contratti di lavoro quantomeno fantasiosi all'unico rapporto di lavoro che in ospedale deve ritenersi legittimo, vale a dire il CCNL del pubblico impiego come Dirigenti Medici, un CCNL il cui rinnovo

giace peraltro irrisolto da oltre otto anni.

Si tratta - ce ne rendiamo conto - di obiettivi non semplici, che richiedono un impegno trasversale, perché legati ad una volontà politica che non può essere solo quella del Ministro alla Salute, correlata com'è anche a dinamiche complesse che caratterizzano le relazioni istituzionali del suo Dicastero con diversi altri, primo fra tutti il MEF, e non ultimo quello della Pubblica Amministrazione.

Abbiamo apprezzato, tra altri, l'intervento della Dr.ssa Grillo, nel corso di una manifestazione intersindacale di alcuni mesi fa, a favore della Sanità Pubblica come strumento migliore per assicurare la tutela della salute a tutti i cittadini in maniera egualitaria, ed auspichiamo che possa essere proprio questo il punto di partenza di un dialogo costruttivo orientato al futuro.

Aggressioni Medici: la protesta della Campania

A Napoli il Flash Mob degli Operatori Sanitari del 118



Il Flash Mob degli Operatori sanitari del 118 si è svolto il 30 maggio sulla scalinata dell'Ospedale Cardarelli di Napoli. Tutti uniti per dire NO alla violenza nei confronti del personale sanitario.

Al 6 Giugno 2018 - secondo quanto rilevato dall'Associazione "Nessuno tocchi Ippocrate" - risultavano 43 le aggressioni avvenute da Gennaio.

In diverse occasioni è intervenuto - anche attraverso i media - il Presidente AAROIEMAC Campania, Giuseppe Galano, Direttore della Centrale Operativa Regionale e Territoriale 118 che ha sottolineato come una simile situazione sia anche da "attribuire all'inaccettabile carenza di risorse umane e di mezzi, che condizionano il nostro oneroso lavoro e ci rende vittime di un sistema che non regge più la richiesta di salute le disattenzioni al 118 non sono più accettabili".

a pagina 12



SAQUIRE 2018

La retrospettiva e le immagini

All'interno del giornale, diverse pagine di approfondimento su alcuni dei temi di SAQUIRE, il Meeting AAROIEMAC che si è svolto dal 24 al 26 Maggio a Roma e che ha ricevuto numerosi complimenti sia dagli Iscritti, sia dai Relatori. Tra le pagine anche una selezione (non esaustiva) di immagini dell'evento.

alle pagine 4, 5, 6, 7, 8

Elisoccorso/1

Anestesiisti Rianimatori in Cina: l'evento formativo AAROIEMAC / LEONARDO

Si è tenuto in Cina - presso l'Ospedale Ruijin di Shanghai - il primo evento dimostrativo internazionale nel settore dell'elisoccorso nell'ambito dell'Accordo sottoscritto da AAROIEMAC e Leonardo nell'Aprile 2017.

a pagina 9

Elisoccorso/2

Valutazione del rischio in HEMS

Online la Survey - da compilare in 15 minuti - per analizzare e confrontare la percezione del rischio fra le categorie di professionisti coinvolti nell'ambito dell'elisoccorso. Il Questionario è compilabile online in maniera anonima.

a pagina 9

facebook

Su FB: @AaroiEmac1

twitter

Su TW: @AaroiEmac

Giurisprudenza

Registrazione telefonate di lavoro



Alcune volte, nelle controversie di lavoro, si assiste alla

produzione in giudizio di registrazioni di colloqui intercorsi tra il datore di lavoro e il lavoratore o fra gli stessi lavoratori. In linea generale, la Corte di Cassazione ha ritenuto, già in passato, che la registrazione di una conversazione effettuata all'insaputa dell'interlocutore sia legittima.

All'interno, la disamina dell'esperto.

a pagina 13

Pagine Utili

La Fragilità Perioperatoria

Per la maggior parte dei chirurghi e per alcuni anestesisti il paziente fragile è di solito "l'elefante in sala operatoria" è facile da individuare ma spesso è ignorato.

Quantificare la fragilità permette di aumentare la precisione della valutazione del rischio perioperatorio.

L'approfondimento pubblicato in questo numero è dedicato alla Fragilità Perioperatoria: definizione, valutazione, implicazioni gestionali, impatto sulla prognosi dopo l'anestesia.



alle pagine 10 e 11

Pensione: Liquidazione subito!

La Convenzione con Banco BPM



Gli Iscritti Dipendenti Pubblici all'AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa che vanno in pen-

sione potranno avere in un'unica soluzione i TFS a cui hanno diritto.

Il 23 Aprile 2018 l'Associazione ha, infatti, sottoscritto, insieme con le altre sigle aderenti alla COSMED, una convenzione con la filiale di Roma Montecitorio del Gruppo Banco BPM che consente di avere tutta la liquidazione in un'unica con un interesse fisso del 1%.

a pagina 13

Specializzandi per tappare i buchi? La sala operatoria resta "no-fly-zone"

Dibattito sulle possibili soluzioni alla carenza di medici specialisti ospedalieri: ultime news



Sulla ormai preoccupante carenza di medici specialisti, si stanno diffondendo diverse proposte che hanno il comune obiettivo di trovare una soluzione immediata - ma non per questo organica - per far fronte alle difficoltà presenti nella maggior parte delle strutture ospedaliere italiane. La questione di una situazione estremamente grave è stata più volte segnalata dall'AAROI-EMAC che, anche in questo caso, è entrata nel dibattito sollevato su Quotidiano Sanità. Di seguito la lettera a firma del Presidente Nazionale, inviata alla testata il 13 Giugno.

In questi giorni riemergono con sempre maggior insistenza ipotesi di soluzioni varie per risolvere nell'immediato, a partire da subito, le carenze di personale medico specialista negli ospedali.

Tra le tante, quella del Collega Carlo Palermo dell'ANAAO, che in breve sintesi propone di provvedere "in via eccezionale e limitatamente al periodo di criticità, ai fini di non interrompere l'erogazione dei servizi sanitari stabiliti con i LEA, all'assunzione con un contratto di formazione/lavoro a tempo determinato di medici specializzandi che abbiano superato il tronco comune, in deroga alla legge vigente. O perlomeno ammettere ai concorsi, come già si fece a metà degli anni 90, gli iscritti all'ultimo anno di specializzazione."

Nessuno tra i progetti che sulla "autonomia progressiva" hanno basato la soluzione, temporanea o meno, della carenza di personale medico, è stato per noi soddisfacente

Non entriamo qui nei dettagli degli impatti che questa soluzione avrebbe sulle Unità Operative italiane di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso, oltre che sull'intera organizzazione ospedaliera che i medici di questi settori sostengono a garanzia della salute dei pazienti nelle condizioni più gravi e delicate cui gli Ospedali per acuti devono far fronte.

Ci limitiamo per il momento a ribadire l'assoluta titolarità sindacale dell'AAROI-EMAC, in quanto sigla di precisa e peculiare connotazione specialistica, di entrare nel merito delle attività cliniche che i medici in formazione specialistica negli ambiti che l'AAROI-EMAC - piaccia o no - sindacalmente rappresenta possono o non possono svolgere ai diversi stadi di quella "autonomia progressiva" che ad oggi è diventata illecitamente una discarica di illiceità.

Finora, nessuno tra i progetti che su questa "autonomia progressiva" hanno basato la soluzione, temporanea o meno, della carenza di personale medico, è stato per noi soddisfacente, a partire dall'ormai lontano "Disegno di Legge Delega ex art. 22 Patto per la Salute" datato 2016, per motivi già sin dall'epoca abbondantemente da noi esposti.

Comunque, riconosciamo che le riflessioni di Carlo Palermo sono tutt'altro che peregrine, e siamo disponibili a valutare sia con l'ANAAO sia con le altre sigle sindacali mediche quali possano essere le eventuali possibili nostre condivisioni alle soluzioni che egli ipotizza, ferma restando la nostra contrarietà a sostituzioni di medici specialisti con medici in formazione nelle attività e nelle situazioni in

cui è indispensabile il possesso della specializzazione. In ogni caso (potrebbe sembrare lapalissiano, ma è sempre meglio ribadirlo), resta priorità assoluta l'assunzione degli specialisti già disponibili.

La sala operatoria, per dirla più chiaramente, per noi resta "no-fly-zone": pur se potrebbe forse essere ipotizzabile che uno specializzando in chirurgia sostituisca il secondo o

il terzo operatore chirurgo, nessuno specializzando può sostituire l'unico medico specialista in anestesia e rianimazione dell'équipe operatoria, il quale - ci scusiamo se è poco - è da solo a doversi occupare di mantenere in vita il paziente sotto i ferri.

Naturalmente, per la corretta identificazione di tali attività negli ambiti specialistici che l'AAROI-EMAC rappresenta, potremo confrontarci anche con le Società Scientifiche di riferimento disciplinare, purché regolarmente accreditate ai sensi del DM 02 agosto 2017 "Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie" (G.U. Serie Generale, n. 186 del 10 agosto 2017), nel pieno e completo rispetto dei criteri ivi previsti, sul quale elenco - by the way - al momento in cui scriviamo regna ancora un mistero sospetto, o quantomeno inspiegabile.

Quanto ai fabbisogni di medici nei vari settori ospedalieri in generale, ed in particolare in quelli che direttamente ci riguardano, fabbisogni la cui reale consistenza - settore per settore - è alla base di soluzioni improntate a criteri di efficacia clinica ma anche di appropriatezza di spesa, ci stiamo già confrontando, insieme alle altre OO.SS., con il Ministero della Salute, e a tal proposito - dato che la carenza di personale medico nelle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso continua ad aggravarsi più di tante altre - ribadiamo che non saremo disposti ad accettare criteri di nuovo personale assunto "a pioggia" senza una metodica quantificazione degli effettivi carichi di lavoro.

E, sempre a proposito di fabbisogni sia di personale sia di posti nelle varie scuole di specializzazione, non demordiamo dal ricordare che le naturali principali destinazioni formative degli specializzandi (ed in assoluto quelle lavorative degli specialisti) in Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza sono i Pronto Soccorso, non altre Unità Operative. Altrimenti non si capisce a che cosa sia servito istituire questa scuola di specializzazione.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

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

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (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
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • QUIRINO PIACEVOLI • ufficioesteri@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 • lazio@aaroiemac.it
LIGURIA • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA • Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI • 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
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il
14 giugno 2018
Tiratura: 11.200 copie
Spedito il
18 giugno 2018

Endorsement al programma del candidato Antonello Giarratano alla Presidenza SIAARTI 2022-2024

La decisione del Consiglio Direttivo Nazionale AARO-EMAC



di vista di interlocuzione politica e più in generale istituzionale, le innumerevoli problematiche che sono in attesa di soluzione.

A sugello di questa ritrovata intesa, a Bologna, a Dicembre dello scorso anno, è stato siglato l'accordo di reciproca collaborazione tra SIAARTI e AARO-EMAC, con cui si sono definiti comuni obiettivi e strategie per raggiungerli, nel rispetto dei rispettivi ambiti di attività. La valenza storica di questo Statement è indiscutibile, così come indiscutibili sono le sue positive ricadute sul futuro degli Anestesiisti Rianimatori Italiani.

Tra gli obiettivi di quest'intesa vi è senz'altro, come presupposto importantissimo per il suo successo, la crescita sia dell'AARO-EMAC sia della SIAARTI, con l'impegno reciproco che ne deriva di favorire l'appartenenza contestuale degli Iscritti ad entrambe le Associazioni.

Proprio in virtù di questo patto di riconoscimento reciproco che – con il supporto del CPAR – la SIAARTI e l'AARO-EMAC si sono date, il nostro Consiglio Nazionale, che ha l'onore e l'onore di rappresentare oltre 10.000 Colleghi, ha ritenuto naturale e opportuno, anche nella prospettiva della necessaria continuità nei rapporti, fondamentale per dare seguito a quanto stabilito nei tavoli tecnici che hanno visto riunite le 3 Organizzazioni, un suo pronunciamento ufficiale sul programma di candidatura alla prossima Presidenza SIAARTI 2022-2024 che meglio corrisponde, beninteso senza affatto sminuire i propositi che quello concorrente si pone da parte sua, all'intesa tra Società Scientifica e Sindacato.

Il Consiglio Nazionale dell'AARO-EMAC ha preso atto, già dallo scorso mese di Aprile, delle due candidature ufficiali alla Presidenza SIAARTI 2022-2024 attraverso il sito web della Società Scientifica, con i loro rispettivi Programmi, cui si rimanda, ed ha ritenuto che maggiormente in linea con tale Statement sia quello presentato dal Prof. Giarratano, la cui storia, oltretutto, parla da sé, ad iniziare dai pluriennali rapporti e dai conseguenti progetti portati avanti in Sicilia insieme al Dr Emanuele Scarpuzza, Presidente AARO-EMAC regionale, fino ad arrivare allo State-

ment del 16 Dicembre 2017, che lo ha visto tra i più convinti ed entusiasti sostenitori, senza tralasciare non poche altre comuni progettualità di cui a livello sia regionale sia nazionale si è fatto promotore o interprete, con importanti e tangibili risultati.

Per l'AARO-EMAC, e quindi per i suoi Iscritti, è fondamentale avere un interlocutore autorevole e affidabile con cui condividere i problemi attuali, giornalieri, a supporto dei colleghi che giornalmente "sono in trincea", alle prese con problemi organizzativi, logistici, di processo lavorativo, e che, con la promulgazione della Legge Gelli, dovranno attenersi a linee guida e norme di buona pratica clinica scritte dalla SIAARTI. Per questo è importante che la linea strategica che la SIAARTI attuale e quella del prossimo futuro individuerà e perseguirà sia conosciuta ed al massimo grado condivisa in anticipo, sempre nel pieno rispetto dei rispettivi ruoli ed ambiti, dall'AARO-EMAC.

Il Prof. Giarratano è un Anestesista Rianimatore iscritto da decenni all'AARO-EMAC, con una storia di specialista ospedaliero successivamente avviato alla carriera universitaria, che ben conosce le problematiche di chi è sul campo, che aveva chiesto ufficialmente, in precedente incontro, di poter esprimere le sue idee programmatiche al Consiglio Nazionale dell'AARO-EMAC, dopo aver seguito la prassi di una candidatura espressa ufficialmente nel Collegio dei Professori ormai 1 anno fa. Le interlocuzioni avute, così come le sue dichiarazioni diffuse, in occasione della sua candidatura, anche attraverso i canali mediatici e social che gli Anestesiisti Rianimatori Italiani frequentano con sempre maggior partecipazione, depongono a favore di ampie garanzie sull'intenso lavoro che attende la SIAARTI e l'AARO-EMAC, con la collaborazione sempre più attiva del CPAR, per un futuro sviluppato insieme.

Pertanto, il Consiglio Nazionale dell'AARO-EMAC ritiene di dare pieno sostegno alla candidatura del Prof. Antonino Giarratano (nella foto), ritenendolo espressione di garanzia di continuità rispetto ad un percorso virtuoso intrapreso dagli Anestesiisti Rianimatori Italiani con enorme fatica, ma con i risultati positivi di oggi e le migliori prospettive di sviluppo di domani, che stana alla nostra perseveranza mantenere ed implementare.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale

Carissimi,

il 05 Maggio 2017 il Consiglio Nazionale dell'AARO-EMAC ha valutato l'opportunità di esprimersi o meno in riferimento alle prossime elezioni per la presidenza SIAARTI, triennio 2021-2024, che vedono come Candidati il Prof. Luca Brazzi, Cattedratico di Torino, e il Prof. Antonino Giarratano, Cattedratico di Palermo, entrambi autorevoli esponenti del mondo professionale e scientifico della Disciplina di Anestesia e Rianimazione.

L'importanza di esprimersi nel merito, senza nulla togliere al valore di alcuno dei due Candidati, è stata ritenuta unanimemente opportuna, stante l'impegno che negli ultimi 4 anni è stato profuso per ricostruire l'integrità della Disciplina di Anestesia e Rianimazione, con numerosi tavoli tecnici che hanno visto partecipare il CPAR, la SIAARTI e l'AARO-EMAC al fine di superare ormai anacronistiche ostilità. Con gli attuali Presidenti CPAR Prof. De Gaudio e SIAARTI Dr Corcione, anche sulla scia fondamentale dei dialoghi avviati con i loro predecessori Prof. Braschi e Prof. Antonelli, nonché con i loro successori designati Prof. Pelosi e Prof.ssa Petrini, l'AARO-EMAC ha posto le basi per una proficua collaborazione, indispensabile per proseguire il percorso di costruzione di una categoria specialistica forte, in grado di affrontare, anche da un punto

Iscriversi alla SIAARTI: perchè?

Qui di seguito le motivazioni per cui un Anestesista Rianimatore dovrebbe iscriversi alla SIAARTI, così come spiegate dal Prof Giarratano in condivisione con l'AARO-EMAC.

Per chi ha maturato da tempo la convinzione della necessità di un percorso organico e unitario della Disciplina di Anestesia e Rianimazione è naturale sottolineare l'importanza di contribuire alla crescita della SIAARTI, non solo semplicemente iscrivendosi, ma anche e soprattutto partecipando attivamente alle molteplici attività in cui essa è impegnata a livello scientifico, e più in generale culturale.

Perchè?

• Perchè, nelle sfide di fronte alle quali gli Anestesiisti Rianimatori Italiani si troveranno nei prossimi anni, ma che già oggi sono attuali, la collaborazione tra l'AARO-EMAC, il Sindacato di categoria, e la SIAARTI, la Società Scientifica di riferimento per la nostra Disciplina, nel rispetto assoluto dei ruoli e delle funzioni, sarà fondamentale per una sempre maggiore collaborazione sulle tematiche "di confine". Solo per fare un esempio, in un contesto ormai imminente, in cui la Società Scientifica dovrà elaborare i protocolli e le linee guida secondo i dettami della Ricerca Scientifica e della legge "Gelli" sulla Responsabilità Professionale, ed in cui il Sindacato dovrà gestire gli impatti sull'organizzazione del lavoro, è fondamentale l'obiettivo di una condivisione dei percorsi di Buona Pratica Clinica.

• Perchè l'aggiornamento e la ricerca possono e devono essere condivisi tra comunità scientifica e mondo del lavoro. Questa condivisione è la strategia migliore per poter editare percorsi clinici che siano adeguatamente validati nelle sedi di confronto istituzionale, sia in ambito monodisciplinare sia in ambito multidisciplinare, soprattutto laddove altre discipline, adducendo motivazioni non scientifiche ma autoreferenzialmente strumentali, tentano di sottrarre ruoli e competenze o di scaricare su di noi responsabilità improprie, come ben sappiamo da tempo. Non solo: la condivisione è l'unica via per far sì che i percorsi clinici siano tanto rigorosi nella loro individuazione quanto realmente applicabili nelle realtà ospedaliere.

• Perchè il livello dei progetti educativi e formativi deve essere sempre più ampio, qualificato ed accessibile, e quest'obiettivo sarà più facilmente raggiungibile potendo disporre di più alti numeri di Iscritti sia all'AARO-EMAC sia alla SIAARTI.

• Perchè in tal modo la forza dei "numeri" e della "qualità" per la Disciplina sarebbe massima, e l'interlocuzione su precise tematiche condivise con il Ministero della Salute e con alcune peculiari agenzie come l'AGENAS, ci renderebbe autorevoli come possono esserlo solo un Sindacato ed una Società Scientifica poste in tal modo in grado di convergere sull'obiettivo di valorizzare i Medici che rappresentano, ciascuna nel suo specifico ambito di competenza.

• Perchè essere anche Soci SIAARTI significa avere la possibilità di spendersi nel Consiglio delle Regioni (novità statutaria), indirizzando la Società Scientifica verso una migliore comprensione e definizione di progetti formativi e linee guida "attuabili".

Primo tavolo tecnico AARO-EMAC - SIAARTI Online il verbale della riunione

Il 24 marzo 2018 si è riunito a Bologna il Tavolo Tecnico AARO-EMAC/SIAARTI per dar seguito allo Statement sottoscritto tra le due Associazioni il 16/12/2017 (nella foto la notizia pubblicata sul n. 1/2018 del Nuovo Anestesista Rianimatore ndr).

Statement sui rapporti AARO-EMAC e SIAARTI Intesa a favore di tutti gli Anestesiisti Rianimatori Italiani



Nella riunione il Tavolo Tecnico ha affrontato i seguenti punti, tra loro correlati:

- 1) Ambiti delle Linee Guida ex Legge 24/2017 e normativa correlata;
- 2) Linee Programmatiche per la Crescita delle due Associazioni;
- 3) Ruoli e Competenze per la Sinergie da percorrere;
- 4) Strategie condivise in ordine ai punti precedenti.

Si è inoltre colta l'occasione per illustrare aspetti salienti:

- A) del Nuovo Regolamento SIAARTI;
- B) delle Aree Culturali SIAARTI strategiche.

Il verbale integrale è disponibile sul sito AARO-EMAC al seguente link:
<http://www.aaroiemac.it/website/tavolo-tecnico-aaroi-emac-siaarti-n1531.html>

SPECIALE SAQURE 2018

Il Meeting organizzato dall'AAROI-EMAC si è svolto a Roma dal 24 al 26 Maggio, proponendo un programma innovativo pensato per formare i partecipanti su problematiche contrattuali, ma anche organizzative e strutturali oltre che relative alla qualità e alla sicurezza dei servizi.

SAQURE

SAfety ♦ QUality ♦ REliability

**Grazie
 e arrivederci al 2019!**

Carissimi,

ad evento concluso, a nome dell'AAROI-EMAC che ho l'onore di rappresentare come Presidente, desidero ringraziarvi tutti per l'apporto che ci avete dato in occasione del Meeting SaQuRe 2018 svoltosi a Roma dal 24 al 26 Maggio scorsi.

La vostra presenza di quest'anno all'appuntamento nazionale annuale per la formazione e l'aggiornamento professionale tradizionalmente organizzato dalla nostra Associazione, ma per l'occasione riformulato nella denominazione, nell'egida, e nel programma, è stata preziosa, sia per averne potuto confermare il valore a tutti coloro che vi hanno partecipato, sia per averlo potuto rendere un'occasione di incontro e di confronto di ben più estesa portata rispetto alla sua dimensione ECM.

Quest'anno l'AAROI-EMAC, con la prima edizione del SaQuRe, ha fatto una scelta precisa, che ha costituito una svolta evidente rispetto al passato, di cui si è fatto primo promotore Franco Marinangeli, Presidente del Meeting, in una scelta di trasparenza e di coerenza rispetto all'avvenuta evoluzione dei tempi ed agli ormai tracciati accordi di collaborazione tra l'AAROI-EMAC e la SIAARTI, nell'interesse di tutti gli Anestesisti Rianimatori Italiani.

Il Meeting, infatti, ha affrontato i tradizionali temi scientifici della professione in stretta correlazione alla qualità e alla sicurezza del lavoro di tutti i giorni in ospedale, sottolineando l'importanza del ruolo dei medici messo al servizio delle esigenze dei pazienti, in condizioni di lavoro serene, e non – pur sopportando la sorte di una remunerazione certamente insufficiente rispetto all'impegno – sotto forma di una sorta di missione a cui sacrificarsi sull'altare delle ristrettezze di risorse che oggi più di ieri, purtroppo, affliggono le nostre realtà lavorative negli ospedali pubblici e privati.

Ma – a prescindere dalla forma e dalla sostanza del Meeting SaQuRe – molte cose, negli ultimi tempi, sono cambiate nelle strategie dell'AAROI-EMAC orientate al perseguimento dei suoi fini statutari, tra cui la formazione

e l'aggiornamento professionale dei suoi Iscritti, e più in generale l'implementazione del valore della loro disciplina specialistica, restano senza dubbio obiettivi che l'Associazione è per sua stessa costituzione chiamata a mantenere e ad implementare.

Uno step fondamentale per quest'evoluzione è senz'altro stato lo Statement sottoscritto con la SIAARTI il 16 Dicembre 2017, con il quale la Società Scientifica più prestigiosa e l'unica Organizzazione Sindacale che rappresentano a tutti i rispettivi livelli gli Anestesisti Rianimatori Italiani si sono formalmente date atto, l'una all'altra, degli specifici valori che le animano, ma soprattutto si sono prefisse insieme obiettivi di comune crescita e sviluppo, nel perseguimento – ciascuna nei propri ambiti – delle loro finalità.

Finalità distinte per ruoli e funzioni associative, ma inevitabilmente tutte orientate al comune ed unitario interesse di una categoria specialistica che solo un altrettanto comune ed unitaria sinergia, posta in atto sia sul versante scientifico sia su quello sindacale, può rendere vincente.

Si tratta certo di un primo passo, al quale dovrà far seguito, sin da subito, anche per arrivare ancor più uniti alla prossima edizione 2019 del Meeting SaQuRe, l'innesco di ulteriori marce in avanti, in modo tale che l'AAROI-EMAC persegua la formazione e l'aggiornamento professionale dei suoi Iscritti sempre più collaborando con la SIAARTI nella produzione e nella diffusione della cultura e della conoscenza scientifica, con il proprio crescente apporto sindacale nel merito dell'organizzazione del lavoro che la professione mette al servizio dei bisogni di salute.

Occorre abbandonare una volta per tutte ogni forma di concorrenzialità del Sindacato sul terreno di studio e ricerca spettante alla Società Scientifica, così come occorre abbandonare con altrettanta determinazione certi stereotipi secondo i quali il Sindacato “non aiuta” a tradurre in lavoro efficace ed efficiente, a beneficio dei pazienti, le competenze scientifiche e più in generale professionali di coloro i quali ne sono rappresentati, e che proprio nel Sindacato, giustamente, vedono un punto di riferimento per la tutela dei pro-

pri diritti di lavoratori, fermo restando il dovuto rispetto dei doveri – non solo contrattuali – che la professione impone.

I criteri di buona organizzazione del lavoro che il Sindacato si prefigge non sono infatti per nulla in conflitto con il valore di un'attività lavorativa che trae linfa vitale da una formazione scientificamente validata.

Tant'è vero che in troppi ospedali oggi è negato il diritto contrattualmente dovuto e mai abbastanza preteso alle ore di aggiornamento professionale; e si tratta – guarda caso – proprio di quegli ospedali le cui amministrazioni si fanno fautrici di una produttività operaia nel suo significato più deleterio, e non di una efficienza qualitativamente elevata per l'offerta di cure complesse ed altamente specializzate come quelle erogate in sala operatoria o in rianimazione.

E occorre dire anche di più, more solito con un'ormai consueta chiarezza che non ha timori di sollevare surrettizi fraintendimenti: Sindacato e Società Scientifica, se vorranno davvero rappresentare tutti gli Anestesisti Rianimatori Italiani e non solo una loro parte più o meno consistente, dovranno procedere insieme anche al CPAR, il Collegio dei Professori della categoria, affinché i fabbisogni di Specialisti nella nostra Disciplina siano finalmente riconosciuti dalle Istituzioni che ne regolano gli accessi, con un adeguamento vero e non cosmetico alle necessità reali del numero di posti nelle Scuole di Specializzazione.

Anche su questo specifico obiettivo, che consentirebbe finalmente di risolvere, senza alcun fariseismo più o meno obbligato da situazioni incresciose che tutti conosciamo bene, il problema di Medici in Formazione utilizzati al posto degli Specialisti, occorre investire i nostri comuni sforzi.

Un altro obiettivo altrettanto importante è la trasformazione in regolari contratti di lavoro della dirigenza medica (quindi con CCNL del pubblico impiego) della pleora di contratti di lavoro atipici (tra cui quelli da “specialisti ambulatoriali”) che hanno finora invaso illecitamente le sale operatorie, le rianimazioni, e le altre unità operative ospedaliere più “di frontiera”, come i Pronto Soccorso.

Un altro obiettivo ancora resta la difesa delle nostre competenze dagli appetiti di altre Discipline che vorrebbero addirittura usare verso gli Anestesisti Rianimatori, nel nome di una “trasversalità multidisciplinare” a senso unico, addirittura la “gentilezza” di escluderli da ambiti di cui essi stessi sono stati creatori, solo per fare qualche esempio dall'elisoccorso alle ambulanze medicalizzate, dalla medicina iperbarica alla terapia del dolore, ma sempre facendo i generosi con la bontà altrui (la nostra), dato che resta sempre e comunque a noi il privilegio di dover soccorrere certi incauti esploratori dei nostri territori professionali avventuratisi oltre i limiti che elementare prudenza vorrebbe.

Ecco perché (concludendo questa mia per non annoiarvi troppo) Sindacato e Società Scientifica possono e devono continuare a convergere, anche sognando in grande, come sottolineato in occasione del saluto inaugurale al Meeting che ho avuto il piacere di rivolgere ai presenti in auditorium insieme ai principali artefici dello Statement AAROI-EMAC/SIAARTI del 16/12/2017 presenti all'evento, il Presidente SIAARTI Antonio Corcione ed il Candidato alla Presidenza SIAARTI per il triennio 2022-2024 Antonino Giarratano, al quale l'AAROI-EMAC ha espresso chiaramente il suo endorsement, apprezzandone il programma.

L'auspicio inaugurale del Meeting, per chi non avesse avuto modo di ascoltarlo in tempo reale, è che tutti gli Anestesisti Rianimatori Italiani, un giorno non lontano, siano al contempo Soci SIAARTI ed Iscritti AAROI-EMAC. Un sogno? Oggi lo è sicuramente, ma la realtà potrebbe – un giorno – non essere tanto diversa. Dipenderà da quanto sapremo anticiparne insieme le opportunità.

L'edizione del SaQuRe 2019, che si terrà sempre a Roma in Maggio, è già in fase di progettazione. Contiamo su di Voi anche per quell'occasione!

Ancora grazie,.

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale

SPECIALE SAQURE 2018

Il punto sul Biotestamento

Tra i Relatori, Amato De Monte, Beppino Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni



Maria Antonietta Farina Coscioni

L'approvazione della Legge 219/2017 sul Biotestamento ha rappresentato un importante passo avanti a livello normativo per regolamentare un ambito delicato come il fine vita, ambito in cui gli Anestesisti Rianimatori sono i Medici senza dubbio maggiormente coinvolti e sempre in prima linea nel rapporto con i pazienti e i familiari.

Sull'argomento si è fatto il punto nel corso del Meeting SAQURE.

«Si tratta di una tematica fondamentale per gli Anestesisti Rianimatori che quotidianamente, ben prima della Legge sul Biotestamento, si occupano del fine vita - ha affermato Franco Marinangeli, Presidente del Meeting -. La Legge è un passo in avanti perché stabilisce principi chiari e fissa i confini tra il trattamento palliativo (che significa protezione del paziente nei confronti della sofferenza, sia fisica che morale, psicologica o sociale) e l'astensione dall'accanimento terapeutico da un lato e qualsiasi azione finalizzata ad abbreviare la vita dall'altro, due piani che si pongono agli opposti estremi dal punto di vista sia legale che etico.

L'accanimento terapeutico, ad esempio, è un vero e proprio nemico nei confronti del paziente perché è tale quando non c'è speranza di cura e ha l'unico effetto di allungare la vita senza per questo migliorarne la qualità. Il vero obiettivo deve essere, invece, l'appropriatezza della cura in funzione del bene del paziente. Ciò non toglie che occorrerà ancora tempo affinché l'applicazione della Legge diventi realmente efficace. Permangono, infatti, situazioni non chiare che possono essere di difficile gestione in assenza della Disposizione Anticipata di Trattamento con possibili ricadute medico legali sulla professione. In questo senso l'AAROI-EMAC intende portare avanti azioni specifiche che favoriscano il miglioramento della comunicazione tra medico e paziente ma anche di confronto tra professionisti della sanità con eventi come SAQURE».

Nel corso della sessione dedicata al Biotestamento ci sono stati gli interventi di esperti e testimoni diretti di alcune delle situazioni oggi normate dalla Legge sul Biotestamento, a partire da Beppino Englaro.

«Eluana nel 1980 non aveva ancora 10 anni ma durante un dibattito familiare, ritenendosi non rispettata abbastanza, ci apostrofò e disse "cosa c'entrate voi con la mia vita?" - ha raccontato Beppino Englaro, padre di



Paola Frati

Eluana - Aveva già ben definito il concetto di libertà e di dignità. Per il Natale 1991 scrisse una lettera in cui descriveva la sua famiglia come un "nucleo molto forte basato sul rispetto e l'aiuto reci-



Luisa Borgia

proco. Famiglia salda, calda e affettuosa sulla quale si può sempre contare". Nel 1992 l'incidente. Noi non c'eravamo. La prima persona a parlare con i medici fu una sua compagna di Liceo. Francesca si è chiesta fin da subito cosa avrebbe voluto Eluana: "no grazie all'offerta terapeutica anche se era la migliore. Considerando il danno, lascia che la morte accada".

Al 4° giorno abbiamo avuto il primo colloquio con il responsabile della rianimazione che ci ha detto che il giorno successivo avrebbero fatto la tracheotomia e non avevano bisogno di nessun consenso. Ma noi eravamo il suo nucleo saldo, caldo e affettuoso. Per cui abbiamo fatto presente: perché non chiede il nostro consenso? Il medico ha opposto il codice de-



Vittorio Fineschi

ontologico. Io non posso non curare. Punto e basta. Nel 2007 ha risposto la magistratura: avrebbe autorizzato solo se la condizione fosse irreversibile (e lo era) e che i convincimenti culturali, etici e filosofici della ragazza fossero quelli (e lo erano). Eravamo finalmente autorizzati a riprendere il processo del morire di Eluana. La nostra vicenda come quella di Nelson Mandela: per rivendicare uguaglianza tra bianchi e neri finì in galera. Eluana, per rivendicare il diritto di dire "no grazie alle cure" rimase imprigionata nel suo corpo per 6233 giorni, 17 anni e 22 giorni. Oggi questo diritto viene garantito dalla legge sul Biotestamento».

A rafforzare la testimonianza di Englaro anche Amato De Monte, Anestesista Rianimatore, Direttore di Dipartimento ad Attività Integrata di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Udine.

«Il Medico deve porsi nei confronti del paziente in una dimensione olistica, a maggior ragione deve farlo quando si parla di fine vita - ha spiegato Amato De Monte -. Il Medico è una persona, così come il paziente e ha dei doveri che si pongono su diversi piani: culturale, con l'aggiornamento, sociale, attraverso il rispetto delle leggi e della Costituzione, deontologico, attraverso il rispetto del Codice, spirituale e ambientale in linea anche con quanto più volte indicato dalla Chiesa Cattolica sulla necessità che il Medico rispetti la dignità del paziente ed eviti l'accanimento terapeutico. Il punto principale è, infatti, questo: il Medico deve esercitare con spirito di servizio, ossia rispettare le scelte del paziente anche quando non sono in linea con le proprie convinzioni. A lui compete la capacità di trasmettere le informazioni in maniera adeguata e di utilizzare le cure in maniera corretta e appropriata. Oggi in Italia esiste una Legge che garantisce l'autodeterminazione del paziente».

Sempre in tema di autodeterminazione anche l'intervento di Maria Antonietta Farina Coscioni, presidente dell'Istituto Luca Coscioni.

«Oggi più che mai il concetto di salute non è e non deve essere un bene autonomamente tutelato - ha sottolineato Maria Antonietta Farina Coscioni -. La salute non è solo integrità fisica, assenza di malattia ma coinvolge una condizione complessiva di benessere psicofisico del soggetto. Si pensi ad un malato di SLA che riconosce, nel senso che conosce, è pienamente cosciente della degenerazione neuronale che lo ha colpito. Tutti abbiamo un termine ma a chi viene diagnosticata una malattia come la SLA il concetto di terminalità appare immediato e concreto. Al momento in cui un malato manifesta una volontà di sospendere un trattamento che non viene rispettata, "subisce" un danno di agonia: "dolore provato da colui che è in grado di percepire lucidamente e consapevolmente l'avvicinarsi della fine". È uno stato mentale e fisico estremo. Dal greco: lotta (battaglia estrema che il corpo mette in atto contro la morte). Chi risarcisce il paziente di questo danno? Di questo tempo di sofferenza che gli è stato procurato? Le cure palliative mettono in grado le persone che soffrono di malattie gravi o che sono in stato di forte prostrazione di esercitare l'autodeterminazione. L'approccio non è quindi solo basato sulla risposta al bisogno ma contribuisce direttamente a far sì che i diritti umani civili e partecipativi della persona possano essere esercitati fino al momento della morte (Consiglio d'Europa 2009 e articolo 32 della nostra costituzione)».

Alla sessione hanno partecipato anche esperti in materia di Biotestamento e Bioetica.

«In Italia la gestazione di questa legge è stata lunga. Mentre in quasi tutta Europa le DAT erano riconosciute, da noi, nel silenzio del legislatore, ad aiutare il medico interveniva la magistratura - ha spiegato Paola Frati, Professoressa Ordinaria di Medicina Legale all'Università La Sapienza di Roma -.

Il fine vita è un universo complesso che va affrontato in modo profondo. Per orientarsi serviva una "bussola" per questo il concetto chiave al quale si è deciso di fare riferimento è il concetto di qualità di vita che è estremamente soggettivo. Ora una legge c'è. È la n.219 del 2017, è completa e chiara: non c'è opzione per il medico se scegliere se rispettare le DAT. Deve farlo e basta. Può rifiutarsi solo se le DAT sono incongrue con la situazione clinica del paziente. La Legge definisce, infatti, il carattere vincolante delle DAT e non viene prevista l'obiezione di coscienza, ma qualcosa di molto più profondo

e legato alla professionalità del sanitario ovvero il rifiuto della prestazione se incongrua con l'evoluzione clinica del paziente e ribadisce il divieto di eutanasia proprio perché il punto di partenza è la percezione della qualità della vita. Inoltre valorizza una relazione medico-paziente basata su una alleanza terapeutica e fa rientrare la comunicazione nel tempo di cura al pari delle terapie. Io confido che la magistratura non vada a sgretolare una legge rispondente al comune sentire di una nazione. Il mio auspicio è che la legge Gelli e la legge 219 abbiano aperto una strada che sarebbe bene seguire».

«Dal punto di vista della bioetica la Legge - ha sottolineato Luisa Borgia, componente del Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa -, analizzata alla luce dei documenti bioetici internazionali, ha luci e ombre, a partire dalla scelta del termine "disposizioni" che si discosta da tutti i documenti internazionali, in primis dalla Convenzione di Oviedo, in cui si parla di wishes dei pazienti, mai vincolanti per il medico e che non



Beppino Englaro - Amato De Monte

è indenne da ricadute proprio perché ha in sé il carattere di vincolo. L'impostazione che ne deriva è quindi di tipo contrattualistico e questo potrebbe aprire le porte alla medicina difensiva.

Altre criticità bioetiche, riguardano l'assenza di criteri per accertare che il dichiarante sia lucido e consapevole al momento delle DAT, una definizione della sofferenza non ben specificata quando si parla di sedazione profonda, l'attribuzione tout court di atti terapeutici alla nutrizione e all'idratazione artificiale anche quando, in particolare l'idratazione, hanno esclusivamente la finalità di accompagnare il paziente verso la morte con una valenza palliativa».

«La Legge 219/2017 è un'ottima Legge - ha sottolineato Vittorio Fineschi, Professore Ordinario di Medicina Legale all'Università La Sapienza di Roma -, di grande crescita culturale, che non è sul fine vita ma sull'autodeterminazione e propone soluzioni applicative e di orientamento pragmatico. Rappresenta un cambiamento culturale che protegge sotto diversi punti di vista e che ha rispettato le linee concettuali di maggior consenso, oltre alla giurisprudenza e alle norme già previste dal Codice deontologico dei Medici.

Esalta la professionalità del medico e di ogni esercente le professioni sanitarie e rappresenta una standardizzazione del rispetto dell'etica morale condivisa. Occorre, tuttavia, andare oltre anche attraverso una corretta informazione per i cittadini e una formazione per i Medici e per il personale sanitario sulla quale gli insegnamenti nei corsi di laurea in medicina hanno già previsto la specifica attenzione».

Guarda online

Il video integrale su RadioRadicale.it



Sul sito di Radio Radicale è disponibile il video integrale del confronto sul "Biotestamento" dopo la Legge 219/2017 che si è svolto sabato 26 maggio nel corso del Meeting.

Il link è il seguente:
<https://www.radioradicale.it/scbedata/542619/il-biotestamento-dopo-la-legge-2192017-opinioni-a-confronto>
La registrazione video ha una durata di 4 ore e 11 minuti.

SPECIALE SAQURE 2018

Una selezione di immagini dei tre giorni di Meeting



SPECIALE SAQURE 2018

Altre foto sul canale Flickr AAROI-EMAC (www.flickr.com/photos/aaroi-emac/)



SPECIALE SAQURE 2018

La Legge Gelli-Bianco aumenta la conflittualità fra medici e strutture sanitarie

I primi dati 2017 dell'Osservatorio AAROI-EMAC sul contenzioso medico-legale

Sono stati presentati a SAQURE, i dati dello studio realizzato, in collaborazione con il Broker assicurativo AON, dall'Osservatorio Permanente AAROI-EMAC sul contenzioso sanitario.

«L'importanza del nostro Osservatorio, – ricorda Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC – che prende in esame le situazioni relative ai sinistri che possono coinvolgere gli oltre 10.000 medici rappresentati dall'Associazione, assicurati in ambito sia civile sia penale tramite la convenzione che l'AAROI-EMAC mette a disposizione di tutti gli Iscritti sin dal 2003, è enorme, in quanto ci consente di monitorare anno per anno l'andamento dei sinistri riguardanti la stragrande maggioranza dei medici appartenenti ad una categoria di professionisti precisamente definita ed omogenea. Con il triennio passato e quello che abbiamo davanti, AAROI-EMAC disporrà di dati che non sono in possesso nemmeno delle Istituzioni di governo del SSN per monitorare l'andamento del contenzioso, anche in relazione allo spartiacque temporale costituito dalla Legge Gelli-Bianco n. 24/2017».

La validazione statistica - appena avvenuta



-dell'analisi dei dati definitivi relativi al triennio 2014-2016 ne ha confermato l'interpretazione preliminare anticipata lo scorso anno, mentre un primo inquadramento dei dati riguardanti il 2017, ancora in fase di elaborazione, evidenzia un aumento vertiginoso dei sinistri aperti.

Nel 2017, infatti, i sinistri aperti (che possono coinvolgere più professionisti per uno stesso evento avverso) risultano passati da 384 del 2016 a 603 nel 2017, con un incremento del 57% circa.

Tale incremento, ad una prima analisi dei dati - considerato che gli eventi avversi i quali danno origine all'apertura dei sinistri conservano comunque una tendenziale riduzione della loro entità - appare soprattutto imputabile alle comunicazioni di avvio delle trattative stragiudiziali, in diretta conseguenza delle quali le strutture sanitarie, una volta chiamate in causa nel contenzioso avviato dai pazienti che si ritengono danneggiati a seguito di un accesso alle cure erogate, coinvolgono i singoli medici dipendenti nell'iter che ne conseguirà, eventualmente anche in sede giudiziale sia presso i tribunali ordinari sia presso la Corte dei Conti.

Fino al 1 aprile 2017 (data di entrata in vigore della Legge Gelli-Bianco) i dati raccolti dalla AAROI-EMAC evidenziavano un progressivo calo del numero complessivo dei sinistri aperti, confermando anche nel primo trimestre 2017 una riduzione del contenzioso che lasciava ben sperare: nell'anno 2016, infatti, la percentuale complessiva di colleghi coinvolti in procedimenti giudiziari sia civili che penali, rispetto al numero totale di assicurati, era arrivata, con un trend in calo a partire dal 2010, anno in cui aveva raggiunto circa il 6,5%, ad abbassarsi al 3,5%.

Un trend positivo che si è interrotto, in li-

nea temporale, contestualmente all'applicazione della Legge Gelli-Bianco da parte delle amministrazioni ospedaliere, momento a partire dal quale l'aumento delle chiamate in causa, da parte delle stesse, dei singoli medici nel contenzioso ha evidenziato un risultato esattamente contrario agli obiettivi dichiarati dalla norma: una preoccupante divaricazione, in rapporto ai casi di presunta malpractice, tra la posizione delle strutture sanitarie e quella dei loro medici dipendenti.

Dall'entrata in vigore della nuova Legge sulla responsabilità professionale i sinistri aperti dagli Iscritti all'Associazione, e quindi - data l'altissima prevalenza associativa delle categorie di medici che essa rappresenta - più in generale i sinistri riguardanti in primis i medici specializzati in Anestesia e Rianimazione e in misura comunque rilevante quelli operanti nei Pronto Soccorso e nell'Emergenza 118, appaiono aumentati vorticosamente, sia in sede penale, sia - in particolar modo - in sede civile.

«Questo dirompente effetto negativo - spiega Vergallo - è dipeso da un'applicazione aziendale pedissequa e acritica dell'art. 13 della Legge Gelli Bianco rubricato 'Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità', che è per legge esteso anche alle 'trattative stragiudiziali' intraprese dalle strutture sanitarie a seguito della loro chiamata in causa per malpractice da parte dei pazienti o dei loro congiunti.

Il fatto che la legge imponga tempi ristrettissimi per l'invio di queste comunicazioni - unito alla sanzione prevista per le strutture sanitarie in caso di omissione tardiva o incompletezza della comunicazione -, ha indotto le Amministrazioni Ospedaliere ad adottare un'applicazione indiscriminata di questa norma, coinvolgendo decine e decine di medici in ogni singolo sinistro, con situazioni kafkiane che arrivano a interessare in un unico sinistro l'intera équipe di Anestesisti Rianimatori di un ospedale. Uno tsunami di comunicazioni, l'entità dei cui effetti sull'aumento del conflitto di interessi tra gli ospedali ed i loro medici nell'ambito della responsabilità sanitaria sarà valutabile solo a partire dalla fine del 2018.

I dati mostrano due aspetti di rilievo: uno, sicuramente positivo, riguarda l'andamento in riduzione del trend dei sinistri, e di rimando, evidentemente, quello degli eventi avversi, avvenuto nel triennio 2014-2016, un altro a cui occorre porre con urgenza rimedi: da Aprile 2017 siamo sommersi da parte delle Aziende di richieste di relazioni scritte su specifici casi clinici senza che i professionisti possano sapere esattamente a che cosa andranno incontro dopo averle firmate. In questa prospettiva gli esiti che la Legge Gelli-Bianco avrà sono ancora tutti da analizzare, ma i dati emergenti non sono affatto confortanti. Comunque, questo ci dà ulteriore impulso ad implementare ulteriormente l'attività di monitoraggio dei sinistri, con la conseguente attività di prevenzione del rischio clinico, e quindi degli eventi avversi, attuate con tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento professionale di cui l'AAROI-EMAC si fa carico, le quali iniziative hanno sicuramente contribuito a determinare una costante riduzione dei sinistri nel triennio 2014-2016, e sicuramente hanno limitato, perlomeno riducendo gli eventi avversi, la pericolosa escalation del 2017 riguardante i sinistri aperti».

Relativamente al triennio 2014-2016, che ha preso in esame un database di oltre 10.500 medici, i dati definitivi confermano la maggiore

incidenza di sinistri aperti al Sud, seguiti da quelli aperti al Nord e al Centro, per un totale di 870 eventi avversi e 1.382 sinistri aperti a livello nazionale. Il dato grezzo aggregato per ospedale, rapportato alla dimensione delle strutture, evidenzia inoltre che quelle maggiormente coinvolte nelle vicende giudiziarie sono le strutture di medie dimensioni (che hanno tra 120 e 500 posti letto), ma rapportando lo stesso dato in riferimento al parametro 'normalizzato' di 1.000 posti letto si evidenzia che maggiormente coinvolti sono gli ospedali di minori dimensioni, perché hanno un'incidenza maggiore sia di eventi avversi che di sinistri aperti: 7 eventi ogni 1.000 posti letto (rispetto ai 5 dei medi e ai 4 dei grandi ospedali) e 9 denunce di sinistro (contro le 8 dei medi e 6 dei grandi ospedali). Sempre ogni 1.000 posti letto, ma in base alla localizzazione, si registrano 13 denunce al Sud, contro 6 al Centro e 5 al Nord. La maggiore incidenza al Sud è legata anche alla dimensione delle strutture. Mentre al Nord c'è una prevalenza di strutture medio-grandi (che hanno un'incidenza di sinistri inferiore), al Sud c'è una maggioranza di strutture piccole con meno di 120 posti letto in cui le denunce sono percentualmente più numerose.

«Sulla base di queste evidenze - dichiara Franco Marinangeli, Presidente del Meeting SAQURE 2018 (nella foto) - l'AAROI-EMAC insieme ad AON ha già avviato un approfondimento che ha l'obiettivo di analizzare i motivi di questa tendenza. Attraverso l'analisi di altri aspetti cercheremo di capire se queste denunce sono fatte per reali motivi o se invece risentono di motivazioni meramente strumentali ad un fine risarcitorio che prescinde dall'effettivo avvenuto danno per malpractice. Sarà inoltre necessario, per poter pianificare azioni di categoria a difesa di tutti i colleghi, allargare le analisi dei dati, perché proprio questi dati evidenziano che lavorare in certi ospedali può portare più facilmente a subire una denuncia. In particolare in questo momento in cui, proprio al Sud, siamo quotidianamente sotto attacco, spesso anche fisico».

Che cosa viene denunciato? Tutte le attività di anestesia e rianimazione in sala operatoria, in terapia intensiva o in altro reparto. In sala operatoria la responsabilità è spesso di équipe: gli incidenti possono accadere al momento dell'induzione dell'anestesia, nel suo mantenimento (anche se in questa fase, gli incidenti appaiono più spesso legati globalmente all'intervento chirurgico in corso) e nel post-operatorio. Ed è proprio il post-operatorio ad essere sotto i riflettori dell'Osservatorio AAROI-EMAC, perché l'obiettivo è quello di ridurre sempre più, idealmente fino ad azzerarli, gli eventi avversi occorsi anche e soprattutto in questa fase.

«Attraverso un maggiore controllo del paziente e una più efficace comunicazione di équipe - spiega Marinangeli - possiamo ottenere un risultato molto importante verso questo obiettivo».

L'analisi dell'età dei Me-

dici coinvolti rivela come i maggiori esposti siano i professionisti più anziani e quelli più giovani, questi ultimi più spesso operativi in piccole strutture (che come abbiamo visto sono quelle più esposte a sinistri e aperture contenziose). Quanto ai settori di esercizio professionale, invece, il maggior coinvolgimento riguarda le sale operatorie e le rianimazioni, ma negli ultimi anni cominciano ad essere coinvolti anche i medici che lavorano nell'ambito della terapia del dolore e che oggi sono esposti anche a possibili inadempimenti rispetto alla legge 38/2010 (che ha normato il diritto del paziente a ricevere adeguato sollievo dal dolore).

«L'Osservatorio Permanente AAROI-EMAC sul contenzioso sanitario - conclude Marinangeli - fornisce indicazioni importanti sulle problematiche su cui indirizzare formazione e ricerca, in modo da poter attuare un progetto di Total Quality Management per l'intera categoria dei medici rappresentati dall'AAROI-EMAC sul piano sindacale, e dalla SIAARTI (Società Scientifica accreditata di riferimento della categoria) sul versante scientifico, e quindi anche a tutela della sicurezza dei pazienti che affidano la propria salute alle loro cure. Abbiamo infatti la necessità di lavorare su tutte le linee di attività: anestesia, rianimazione, dolore, fine vita, emergenza ed elisoccorso. Siamo già al tavolo delle linee guida per l'elisoccorso insieme alla SIAARTI, facciamo da anni corsi di simulazione in anestesia e terapia intensiva e ora abbiamo in programma di lavorare sul dolore e le terapie palliative.

Inoltre durante il Meeting SAQURE abbiamo lanciato l'idea di un centro di ricerca e formazione per la Sicurezza, Qualità, problematiche medico legali in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore, Cure di fine vita, Emergenza sanitaria».



LEGISLATION



Elisoccorso, training in Cina per i colleghi di Shanghai



AAROI-EMAC e Leonardo, la principale azienda industriale italiana e tra i leader mondiali in campo elicotteristico, insieme nel primo evento dimostrativo internazionale nel settore dell'elisoccorso che si è svolto in Cina, presso l'Ospedale Ruijin di Shanghai. I due partners hanno effettuato alcune attività di formazione finalizzate al trasferimento di capacità e know-how per il personale medico e per gli specialisti destinati all'impiego sulle eliambulanzole. Due rappresentanti di AAROI-EMAC, il Dr. Angelo Taglienti e il Dr. Roberto Balagna, hanno partecipato a esercitazioni congiunte e a una conferenza dedicata. Il personale medico e i soccorritori coinvolti hanno arricchito il proprio addestramento, in particolare per operazioni su eliambulanzole, anche grazie alla presenza di elicotteri Leonardo AW119Kx e AW139 utilizzati in Cina da Kingwing e di proprietà della società Sino-US Intercontinental.

L'evento rappresenta una tappa significativa dell'accordo di collaborazione raggiunto da AAROI-EMAC e Leonardo nel 2017 che prevede, tra gli obiettivi da raggiungere, l'implementazione scientifica, tecnica ed organizzativa nell'ambito dell'elisoccorso. L'intesa nasce al fine di sviluppare sinergie per sempre più elevati livelli di capacità operativa e di sicurezza per il personale del soccorso sanitario impiegato su elicotteri, da sempre in tutto il mondo punta di diamante dell'intero Sistema di Emergenza-Urgenza. Sulla base dell'intesa, gli Anestesisti Rianimatori e i loro colleghi di Emergenza e di Area Critica stanno dando il loro contributo affinché Leonardo, sulla scorta delle loro specifiche competenze ed esperienze professionali, possa apportare costanti miglioramenti tecnici ai mezzi HEMS

L'evento rappresenta una tappa significativa dell'accordo di collaborazione raggiunto da AAROI-EMAC e Leonardo nel 2017 che prevede, tra gli obiettivi, l'implementazione scientifica, tecnica e organizzativa nell'ambito dell'elisoccorso

(Helicopter Emergency Medical Service – Elisoccorso) dell'Azienda, mantenendoli sempre aggiornati.

L'AAROI-EMAC ha a sua volta coinvolto la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia, Rianimazione, Terapia Intensiva), accreditata per la definizione di linee guida secondo la Legge Gelli, nella definizione di un tavolo tecnico che sta già lavorando sulla individuazione degli standard italiani per questo delicato e importante settore della sanità. Se SIAARTI è interessata agli



aspetti di formazione e clinici, AAROI-EMAC è fortemente interessata agli aspetti della Sicurezza, della Qualità e alle problematiche assicurative e medico legali legate al mondo dell'elisoccorso. E' per questo che nel Meeting SAQURE 2018 (Safety, Quality, Reliability), che si è tenuto a Roma lo scorso maggio, è stato dato ampio spazio al mondo dell'elisoccorso.

Il lavoro svolto, come stabilito nell'Accordo del 2017, sarà utile alla pubblicazione, con dati scientificamente validati e su scala ancor più ampia, di protocolli dedicati all'intero settore del soccorso e del trasporto sanitario d'urgenza, che il progres-

sivo sviluppo dell'organizzazione ospedaliera secondo modelli di tipo Hub-Spoke (modello a reti cliniche integrate) rende già oggi indispensabile riformare. Definito lo standard nazionale, Leonardo e AAROI-EMAC sono intenzionate a lavorare insieme con altre Associazioni che abbiano le stesse finalità (SIAARTI sarà certamente coinvolta in questo progetto) per presentarlo a livello internazionale, in particolare in Europa, facendo tesoro della grande esperienza e della varietà di condizioni ed esigenze operative che caratterizzano l'elisoccorso in Italia, contribuendo alla eventuale definizione di uno standard europeo e divenendo un modello per quei Paesi interessati a sviluppare un proprio servizio di elisoccorso.

L'Accordo di collaborazione del 2017 ha fatto seguito a quello tra Leonardo e il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS) annunciato nel dicembre 2016, e conferma l'impegno dell'Azienda nel settore delle emergenze con una flotta di oltre 600 elicotteri dedicati a compiti di soccorso in più di 50 Paesi nel mondo. Si ricorda che **oggi oltre l'80% dei Medici di elisoccorso in Italia è rappresentato da Anestesisti Rianimatori che lavorano nel SSN, da qui l'interesse di AAROI-EMAC a difendere la qualità del lavoro in questo ambito.**



Valutazione del rischio in HEMS

Compila il questionario. Il link è sul sito AAROI-EMAC

L'utilizzo di elicotteri HEMS è una pratica diffusa ormai in tutto il mondo, seppur con differenze fra Nazione e Nazione.

L'utilizzo dell'HEMS permette il rapido trasporto, in caso di intervento primario, di una équipe sanitaria del luogo dell'incidente, e successivamente, il trasporto del paziente presso un adatto presidio ospedaliero.

La grande versatilità del servizio è dovuta, in parte, anche alla molteplicità di figure che vi prendono parte.

Purtroppo, l'utilizzo dell'HEMS non è scevro da rischi, nonostante l'impiego delle nuove tecnologie in campo aeronautico associate ad una crescente attenzione alla tematica della sicurezza.

A differenza di altre Nazioni come la Germania e l'Inghilterra, in Italia non esistono studi pubblicati sugli incidenti HEMS, e questo rende difficile la valutazione dei possibili fattori di rischio.

Oltre alla valutazione del rischio effettivo, inoltre, è importante la valutazione della percezione del rischio da parte dei membri dell'equipaggio e del personale sanitario.

Al giorno d'oggi non ci sono studi in Italia che valutano la percezione del rischio da parte del personale di elisoccorso (pilota, medici, infermieri, tecnici).

Un simile studio è stato svolto solo nel 2016 in Inghilterra.

L'obiettivo primario di questa survey è quello di analizzare e confrontare la percezione del rischio fra le categorie di profes-

sionisti coinvolti nell'ambito dell'elisoccorso, con l'obiettivo secondario di confrontare i risultati, ove possibile, con studi simili presenti in letteratura.

Il questionario proposto è compilabile on-line e verrà somministrato ad un campione il più possibile eterogeneo, composto da tutte le categorie professionali impegnate nell'ambito dell'elisoccorso.

La distribuzione della survey sarà il più possibile capillare, avvalendosi dei contatti con le singole basi di elisoccorso, il supporto della AAROI-EMAC e l'utilizzo dei social network.

La survey è composta da 58 domande, compilabile completamente online in maniera anonima e non tracciabile, nel pieno rispetto della vigente normativa sulla privacy.

Le domande sono in parte a risposta multipla e in parte a risposta aperta.

Il link si trova sul sito AAROI-EMAC: <http://www.aaroiemac.it/website/valutazione-del-rischio-in-hems-n1564.html>.

Il tempo stimato per la compilazione è di 15 minuti.

I NUMERI

Elisoccorso: i dati a SAQURE

In Italia negli ultimi venti anni durante l'attività di elisoccorso si sono verificati 27 incidenti gravi, che hanno portato alla morte di 22 persone e 37 feriti.

Sono i dati presentati a SAQURE da Gianluca Facchetti, Anestesista Rianimatore del CNSAS.

Nei 27 incidenti gravi presi in esame, nel 52% dei casi l'elicottero è caduto perché ha impattato contro ostacoli (collisioni o cavi) e nel 33% perché non aveva visibilità (succede per esempio in caso di 'whiteout'). "La tecnologia però ci viene in aiuto - ha spiegato il dottor Facchetti - Grazie a particolari allestimenti, gli elicotteri possono diventare macchine più sicure. Esistono infatti sistemi anticollisione, di identificazione dei cavi e strumentazioni che consentono un volo in sicurezza in caso di mancanza di visibilità".



le Pagine Utili

Fragilità per Definizione, valutazione, impatto sulla prognosi

Da: *Advances in Anesthesia*

Per la maggior parte dei chirurghi e per alcuni anestesisti il paziente fragile è di solito "l'elefante in sala operatoria" è facile da individuare ma spesso è ignorato.

Quantificare la fragilità permette di aumentare la precisione della valutazione del rischio perioperatorio. Inoltre, la cura ottimale per i pazienti fragili e la reversibilità della fragilità con riabilitazione preventiva sono aree fertili per la ricerca futura. La fragilità è una sindrome importante della popolazione anziana. La comparsa della fragilità ha importanti implicazioni prognostiche in generale per il paziente e in particolare in occasione di un intervento chirurgico.

Gli anestesisti devono essere in grado di riconoscere e diagnosticare la fragilità nei pazienti anziani e conoscere il suo impatto sulla prognosi. La misura della fragilità può facilitare la capacità di prendere decisioni da parte dei pazienti e dei loro familiari come anche degli anestesisti e dei chirurghi. Le ricerche future dovrebbero essere dirette a controllare la fragilità e ridurre le complicanze nei pazienti fragili sottoposti a chirurgia.

Introduzione

L'età avanzata non è considerata una controindicazione alla chirurgia e gli anziani rappresentano una larga fascia della popolazione sottoposta a chirurgia e a procedure chirurgiche. Negli Stati Uniti più del 40% della chirurgia è eseguita in pazienti di età maggiore di 65 anni. Poiché il numero dei pazienti geriatrici continua a crescere, la conoscenza della popolazione anziana rappresenta un'indicazione particolarmente importante per gli anestesisti poiché presenta elevati rischi intrinseci di complicanze e di mortalità. Una sfida che s'incontra quando si trattano pazienti anziani è quella di valutare l'età fisiologica rispetto a quella cronologica, e stimare le conseguenze dell'invecchiamento sulla morbilità e sulle riserve funzionali del paziente. Recentemente è stato evidenziato che la fragilità è una condizione importante e sempre più frequente nella popolazione anziana che predispone il paziente a prognosi negativa dopo l'anestesia e la chirurgia.

Perché studiare la fragilità?

È ben noto che nei soggetti anziani si riduce la funzionalità degli organi e diminuiscono le riserve funzionali del paziente. Inoltre patologie comuni come l'ipertensione, il diabete, le coronaropatie, e le patologie polmonari sono molto più frequenti nei soggetti anziani.

Tuttavia l'impatto dell'età sulle malattie associate all'età possono variare in maniera considerevole in quanto la popolazione anziana è molto eterogenea. La fragilità attualmente è un concetto ben accettato e permette di valutare l'impatto combinato dell'invecchiamento e delle comorbilità sulle riserve funzionali del paziente.

L'identificazione preoperatoria del paziente fragile idealmente permette di mettere in atto strategie per trattare la fragilità e aumentare le riserve funzionali di base. Anche se il tempo disponibile prima di un intervento chirurgico spesso può impedire l'attuazione di tutte le misure preventive, ci possono essere condizioni in cui l'identificazione precoce della fragilità potrebbe influenzare il processo decisionale e indurre ad adottare strategie terapeutiche che potrebbero migliorare la prognosi. È noto che nei pazienti molto anziani i programmi di esercizi possono determinare miglioramenti in diversi ambiti compresa la forza, il benessere cognitivo, e l'equilibrio. I programmi di attività fisica possono determinare inoltre una riduzione dell'attività infiammatoria, con produzione di sostanze antiradicali liberi, la modulazione del metabolismo e il miglioramento della resistenza all'insulina. La debolezza muscolare e la cattiva alimentazione sono le caratteristiche della fragilità e bassi livelli di albumina si accompagnano a una prognosi perioperatoria negativa. Tuttavia i dati concernenti lo stato nutrizionale preoperatorio nei pazienti fragili sono insufficienti, spesso probabilmente a causa di un limitato periodo di tempo disponibile prima di una chirurgia programmata in un paziente fragile.

Definizione di fragilità

La fragilità è una condizione di una ridotta riserva funzionale e conseguentemente di un'aumentata vulnerabilità alle situazioni che interferiscono sull'equilibrio omeostatico. La fragilità non è una condizione di malattia di per sé, ma rappresenta invece un insieme di sintomi o condizioni che determinano un declino riconoscibile delle funzioni fisiche e cognitive e della resistenza generale. Si accompagna ad un rischio aumentato di complicanze come cadute, delirio e morbilità generale. In ambito chirurgico la fragilità è sempre più riconosciuta come un'importante sindrome geriatrica associata ad un aumentato rischio di complicanze, durata del ricovero, della dimissibilità e della mortalità. La prevalenza della mortalità non è completamente nota, ma per gli anziani residenti in comunità si stima intorno al 3%-7% tra 65 e 75 anni, tra il 20%-26% tra gli 80-90 anni e in circa del 33% nei soggetti maggiori di 90 anni. La fragilità è particolarmente più frequente nei soggetti con malattie cardiovascolari e la presenza della fragilità è ritenuta una componente importante quando si decidono strategie terapeutiche nei pazienti cardiovascolari.

Fisiopatologia

Le cause che determinano la comparsa della fragilità non sono ben conosciute. Durante l'invecchiamento "normale" si ha un progressivo danno della cellula mediante diversi meccanismi. A un certo punto l'effetto complessivo di danno dovuto all'età è sufficiente per influenzare negativamente le funzionalità degli organi, riducendo in ultima analisi le riserve funzionali nei pazienti più anziani. Nei pazienti fragili le velocità e l'entità del declino è accelerato e l'accumulo di deficit in diversi organi determina un declino globale della funzionalità più rapido. C'è un'evidenza crescente che la fisiopatologia della fragilità comporta un'interconnessione tra modificazioni infiammatorie e alterazione della modulazione endocrina e immunitaria.

Nella popolazione fragile sono stati trovati markers dell'infiammazione come la proteina C-reattiva, e l'interleukina-6 e le alterazioni immunitarie caratterizzate da un aumento dei neutrofili e della conta dei monociti.

Il ruolo del deficit di vitamina D non è chiaro, sebbene un'evidenza crescente associa bassi livelli di vitamina D e ridotta massa e forza muscolare nei pazienti anziani, entrambi caratteri distintivi della fragilità. Non si sa quale sia il ruolo che giocano fattori esterni come il fumo, la bassa attività fisica nello sviluppo della fragilità.

Parte delle difficoltà nel definire la fisiopatologia della fragilità è l'assenza di markers e sintomi specifici associati alla fragilità. Un aumento dei markers infiammatori e molti dei mediatori associati alla fragilità sono peraltro presenti in altre condizioni, compreso nel normale invecchiamento, nel cancro, nella demenza tipo Alzheimer.

Riconoscimento della fragilità

Non esiste un singolo test specifico che possa essere utilizzato per diagnosticare la fragilità, mentre esistono molte scale e strumenti di misura. Tra le scale condivise le soglie per l'identificazione della fragilità possono variare a secondo della popolazione.

Gli strumenti di screening possono essere molteplici, al contrario delle scale specifiche utilizzate per misurare l'effetto del trattamento dopo un intervento. Nonostante le molte scale, ci sono 2 approcci principali utilizzati comunemente per definire la fragilità. Questi sono il metodo del fenotipo clinico e il modello dell'accumulo di deficit. Ciascuno ha i suoi vantaggi e svantaggi.

Fenotipo clinico

Fried nel 2001 per primo ha stabilito il fenotipo della fragilità utilizzando dati provenienti di più di 5.000 pazienti. Le 5 variabili associate al fenotipo della fragilità sono:

1. perdita di peso non intenzionale maggiore di 4,5 kg nell'anno precedente;
2. sintomi di debolezza;

3. ridotta attività fisica;
4. debole forza nella stretta di mano;
5. andatura rallentata.

Ai pazienti è assegnato un punteggio da 0 a 5 in base alla presenza o assenza di sintomi di perdita di peso, alla debolezza, alla descrizione dell'attività fisica, o alla forza nella stretta di mano e all'andatura. Tutte le variabili hanno lo stesso peso e ognuna vale 1 punto. I pazienti con punteggio 0 sono considerati non fragili, quelli con 1 o 2 punti sono considerati prefragili; quelli con 3, 4 o 5 punti sono considerati soggetti fragili. Anche se di facile utilizzo questo modello è stato criticato in quanto è basato solo sulla riduzione della massa muscolare (sarcopenia) come elemento centrale della fragilità, mentre sono escluse la valutazione di qualsiasi componente dello stato cognitivo ed emotiva.

Accumulo di deficit

L'indice di fragilità (FI) è stato creato inizialmente utilizzando i dati dello studio canadese sulla salute e invecchiamento (CSHA), studio prospettico su un campione di 10.263 pazienti. Sono state identificate 92 variabili che comprendevano diversi sintomi, valori di laboratorio alterati, comorbilità e una valutazione delle disabilità. L'indice di fragilità è il numero delle variabili identificate diviso per 92 (il totale delle variabili studiate).

Più alto è il valore (riflesso di un maggior numero di deficit) maggiore è la probabilità che il paziente sia fragile. Dallo sviluppo del modello originale che usava 92 variabili, sono state descritte numerose modifiche dell'indice di fragilità, comprendenti 70, 30 o anche 11 variabili di morbilità.

Tabella 1 Indice di fragilità canadese modificato: modello dell'accumulo di deficit

1. diabete mellito
2. BPCO
3. Insufficienza cardiaca congestizia
4. IMA
5. Ipertensione trattata con farmaci
6. Angina o precedenti interventi sulle coronarie compresi stent o bypass
7. Vasculopatia periferica
8. Alterazioni del sensorio
9. Precedente TIA o ictus senza deficit residuo
10. Accidenti cerebrovascolari con deficit residuo
11. Non autosufficienza

Queste scale di fragilità modificate sono molto più semplici da calcolare e probabilmente sono di maggiore utilità nella pratica clinica.

Poiché il modello dell'accumulo di deficit non richiede una valutazione dello stato fisico, quest'approccio è diventato molto popolare per le ricerche, utilizzando i dati estratti dalle cartelle cliniche. Negli Stati Uniti il Programma Nazionale di Miglioramento della Qualità Chirurgica (NSQIP) raccoglie i dati dei pazienti chirurgici di 450 ospedali. Il NSQIP è stato confrontato con il CSHA e sono state identificate 11 variabili preoperatorie comuni ad entrambi i programmi.

Queste 11 variabili sono state inserite in un Indice di fragilità modificato (mFI) e se applicato ai dati dell'NSQIP ha evidenziato una correlazione positiva tra fragilità, morbilità e mortalità postchirurgica.

Sono disponibili altri semplici test da eseguire al letto del paziente che possono essere usati per valutare la capacità funzionale dei pazienti anziani prima dell'intervento, molti di questi sono usati regolarmente dai geriatri ma raramente dagli anestesisti. Gli esempi comprendono il tempo di alzarsi e camminare, la forza prensile e la velocità generale dell'andatura a piedi.

zarsi e camminare, la forza prensile e la velocità generale dell'andatura a piedi.

Un semplice racconto di una caduta è anche un indicatore importante di possibili deterioramenti dell'autonomia motoria che è stata associata a un aumento delle complicanze dopo un intervento. Questi test possono rappresentare un importante complemento alla valutazione anestesio-logica preoperatoria soprattutto quando sono avanzate richieste insistenti relative alle possibilità di recupero e le diverse opzioni per l'intervento chirurgico.

Il ruolo della valutazione geriatrica globale

Come descritto in precedenza, ci sono molte scale utilizzate per identificare la fragilità, ma queste possono rappresentare solo una valutazione limitata della capacità funzionale del paziente e della sua salute. Il sistema di Valutazione Geriatrica Complessiva (CGA) è un processo di valutazione multi-dimensionale che copre diversi e distinti ambiti della salute delle persone anziane, e permette di misurare la fragilità.

Il CGA generalmente si basa su una valutazione da parte di un'equipe medica che esegue una approfondita valutazione medica, dello stato cognitivo, psicologico e funzionale. Il CGA sembra particolarmente utile nella valutazione dell'attesa di vita. Il CGA non è stato messo a punto come strumento di valutazione preoperatoria, sebbene recentemente è stato utilizzato in ambito prechirurgico con alterne fortune.

Il CGA fornisce una valutazione approfondita dei pazienti anziani; i componenti possono variare in relazione alle situazioni e alle istituzioni. In una delle sue forme più complete il CGA comprende la valutazione di ben 11 settori diversi, e coinvolge numerosi operatori sanitari tra cui medici, fisioterapisti, e assistenti sociali. Le aree di valutazione vanno dallo screening per la demenza e il delirio a una valutazione delle percezioni sensoriali (udito e vista). Una parte essenziale della CGA riguarda la mobilità e l'indipendenza. Come rilevato in precedenza il test di valutazione relativo al tempo di "alzarsi e camminare" è uno strumento validato per misurare la mobilità e il rischio di caduta. Si chiede al paziente di sedersi su una sedia, percorrere una certa distanza fare un giro completo e ritornare a sedersi. Sebbene sia semplice questo test richiede forza e equilibrio per non cadere o necessita di assistenza supplementare. Una valutazione dell'indipendenza del paziente richiede uno studio delle attività della vita quotidiana (ADL) usando, per esempio, l'indice di Barthel, che comprende domande sulla continenza della vescica e dell'intestino, la capacità di alimentarsi, vestirsi, e di andare su e giù per le scale in maniera autonoma. Inoltre il CGA può comprendere una valutazione dell'assistenza della badante, specificando il supporto disponibile e quello necessario al paziente in modo regolare.

Nei pazienti anziani affetti da neoplasia gli studi hanno evidenziato che il CGA aggiunge valore predittivo non solo alla morbilità e alla mortalità associata ma anche al trattamento. Questi studi suggeriscono che il CGA può avere un valore particolare nella programmazione del trattamento del

me Utili

a cura di Cosimo Sibilla

rioperatoria implicazioni gestionali, osi dopo l'anestesia

esia 32 (2014) 119-131

tumore nei pazienti che devono affrontare percorsi terapeutici complessi.

Tuttavia quando il CGA è stato applicato in ambito chirurgico, l'entità del valore aggiunto è stata variabile. In uno studio di piccole dimensioni, Suh ha studiato 60 pazienti sottoposti a chirurgia per neoplasia ginecologica che nel preoperatorio sono stati valutati in maniera approfondita usando il CGA. Poi ha confrontato l'utilità di del CGA in tutte le sue componenti con una semplice valutazione delle condizioni psicofisiche e dell'attività della vita quotidiana (ADL).

La complessità della chirurgia prevedeva la comparsa di complicanze maggiori e minori e la valutazione delle condizioni psicofisiche è stata utile per identificare i pazienti a rischio di complicanze a differenza del CGA che non è stato efficace nel predirle.

Al contrario Kim ha eseguito una valutazione CGA in 140 pazienti sottoposti a chirurgia. Il basso punteggio rilevato con il CGA si è accompagnato in maniera indipendente con una prognosi chirurgica negativa nei pazienti anziani.

In uno studio di pazienti anziani che dovevano subire un intervento di colecistectomia laparoscopica, Lasithiotakis, utilizzando il CGA ha diviso i pazienti in fragili e in forma. Il CGA comprende l'uso di strumenti di valutazione globale dello stato di autosufficienza, valutazioni di comorbilità, utilizzando l'indice di comorbilità Charlson, valutazione dello stato nutrizionale e cognitivo. Se i pazienti presentavano alcune caratteristiche di fragilità venivano considerati fragili; per essere considerati in forma pazienti dovevano soddisfare tutti i criteri predefiniti. Il solo criterio prognostico valutato è stato la comparsa di complicanze nel postoperatorio entro 30 giorni. 57 pazienti hanno completato il CGA nel postoperatorio e tra questi il 56% sono stati considerati fragili rispetto a 44% considerati in forma. Le complicanze postoperatorie, compresa la lunghezza della degenza, sono state significativamente più alte nei pazienti fragili rispetto ai pazienti sani: rispettivamente 85% e 15%.

Forza e velocità dell'andatura

La valutazione del fenotipo della fragilità o il CGA possono comprendere un test sulla velocità dell'andatura e sulla mobilità. Per il fenotipo Fried una lenta velocità di deambulazione è il fattore predittivo più importante di disabilità cronica e di ricovero sociale. Negli anziani residenti in comunità la velocità dell'andatura lenta è associata a maggiore rischio di deterioramento cognitivo e di disabilità. Un'andatura lenta probabilmente è un riflesso di malattie cerebrovascolari e neurologiche croniche che si accompagna a iperdensità della sostanza bianca e modificazioni della sostanza grigia nella regione temporale mediale che sono associate alla memoria. Una riduzione dell'area prefrontale (una regione particolarmente vulnerabile agli insulti ipertensivi) contribuisce a un'andatura lenta alterando l'elaborazione delle informazioni.

Anche se è un indicatore importante, la velocità dell'andatura è aspecifica e molteplici condizioni patologiche possono contribuire ad una velocità dell'andatura lenta. Nella maggior parte de-

gli studi si misura il tempo di per-correnza di 5 metri su una superficie piana. La forza della stretta della mano, un altro indicatore della forza ha anche un buon valore predittivo sulla prognosi.

Capacità aerobica

Sebbene sia chiaro il rapporto tra velocità dell'andatura e fragilità, si conosce meno del rapporto tra fragilità e capacità aerobica. La capacità aerobica massima si riduce del 10% ogni 10 anni dopo l'età di 20 anni, per una riduzione della frequenza cardiaca massima, della frazione di eiezione e della massa muscolare cardiaca. Tuttavia fino al 50% di questo calo può essere dovuto al decondizionamento piuttosto che all'invecchiamento. Il test da sforzo cardiovascolare è un noto strumento di stratificazione del rischio, soprattutto per la chirurgia complessa, come il trapianto di cuore. La validità del test da sforzo in altri ambiti è stata messa in discussione e non è disponibile di routine in molti ospedali. Inoltre solo una piccola parte dei pazienti più anziani sono in grado di eseguire questo test, il 55% degli uomini e il 72% delle donne presentano importanti limitazioni anche dell'attività di base della vita quotidiana e non sono in grado di salire una sola rampa di scale.

Sarcopenia (perdita di massa muscolare)

L'invecchiamento normale si accompagna a una riduzione della qualità e della massa dei muscoli scheletrici, della forza e della funzionalità associata. Questa condizione è nota come sarcopenia, che può essere primaria o secondaria. La sarcopenia primaria sembra sia dovuta all'inattività legata all'età che determina debolezza e alterazioni funzionali; la sarcopenia secondaria è una forma attiva e si accompagna ad alterazioni del metabolismo, è detta cachessia. Dopo i settant'anni la velocità di perdita di funzionalità rispetto alla perdita di massa è accelerata ed ha importanti implicazioni sulla mobilità e sulla indipendenza funzionale. Inoltre il tempo di recupero della funzionalità muscolare è alterato nei soggetti anziani e anche pochi giorni di allettamento e l'immobilità possono comportare importanti perdite della funzionalità muscolare.

La sarcopenia è una caratteristica importante della fragilità e un predittore di mortalità e complicanze dopo un intervento. Sebbene la sarcopenia classica e la fragilità siano caratterizzate da perdita di peso e d'indice di massa muscolare (BMI), recentemente è stata riconosciuta l'obesità sarcopenica nei pazienti anziani con un elevato BMI ma bassa massa muscolare.

Malattie cardiovascolari e fragilità

Aumenti generali dei biomarker infiammatori come l'interleukina-6, la proteina-C reattiva, e diverse citochine, e altre immuno alterazioni contribuiscono allo sviluppo dell'arteriosclerosi e al danno del sistema cardiovascolare.

Lo stato di fragilità presenta molti di questi markers, e una malattia cardiovascolare subclinica è presente frequentemente nei pazienti fragili. La fragilità sta diventando una componente sempre più importante nei pazienti cardiovascolari in-

fluendo la prognosi e la scelta terapeutica.

Le stime suggeriscono che la fragilità si ha nel 25-50% dei pazienti con malattia cardiovascolare.

Khan ha trovato che negli anziani ricoverati in comunità una condizione di fragilità da moderata a grave si è associata ad un rischio maggiore del 30% di sviluppare insufficienza cardiaca clinicamente evidente.

L'associazione del rischio tra malattia cardiovascolare e fragilità è importante per la valutazione del rischio preoperatorio nei pazienti sottoposti ad anestesia e chirurgia, soprattutto nei pazienti con insufficienza cardiaca congestizia.

Identificazione preoperatoria dei pazienti vulnerabili

Tabella 3 Biomarkers aspecifici associati alla fragilità

1. Proteina c reattiva;
2. Interleuchina 6
3. Tumor necrosis factor alfa
4. Conta dei neutrofili
5. D-dimero
6. Inibitore 1 dell'attivatore del plasminogeno.
7. Testosterone
8. Fattore della crescita1 insulino-simile
9. Albumina
10. Vitamina D
11. Conta dei linfociti

Come descritto in precedenza la fragilità si accompagna con un aumento delle complicanze dopo l'intervento, e l'identificazione preoperatoria dei pazienti fragili permette efficaci interventi di prevenzione. Usando l'indice di fragilità modificato (mFI) per valutare il grado di fragilità presente nei pazienti sottoposti a chirurgia laparoscopica del colon, Keller ha rilevato che il punteggio di fragilità più alto si è associato ad una maggiore degenza e che i pazienti con punteggio 0 nella valutazione della fragilità sono stati dimessi prima. Le componenti dell'Hopking Score modificato comprendono la rilevazione della perdita di peso, la riduzione della forza della presa, la stanchezza, un'attività ridotta, e una bassa velocità nel cammino. Il vantaggio della scala di fragilità modificata descritta da Keller è la semplicità d'esecuzione, che non richiede costi aggiuntivi. L'Hopking Score è uno strumento affidabile per prevedere le complicanze postoperatorie. L'aggiunta di altri fattori predittivi di complicanze postoperatorie come l'albumina, la proteina C reattiva, la filtrazione glomerulare e del classico ADL non migliorano la forza predittiva del mFI.

Attualmente non sono disponibili strumenti per il controllo della fragilità prima di un intervento, ma questo studio e altri simili suggeriscono che la valutazione della fragilità prima della chirurgia possa predire chi può avere bisogno di risorse aggiuntive dopo l'intervento e quali sono le popolazioni di pazienti più a rischio. Ha utilizzato una serie di 7 diversi test di fragilità e ha classificato i pazienti come non fragili, prefragili e fragili. Per i pazienti di chirurgia coloretale si sono avute complicanze nel 21% dei pazienti non fragili, 40% nei pazienti prefragili e 58% nei pazienti fragili. L'incidenza delle complicanze nei pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca è stata del 17% nei non fragili, rispetto al 56% dei pazienti fragili. La durata del ricovero è stata maggiore e le riammissioni sono state più frequenti nei pazienti fragili in entrambi i tipi di chirurgia.

Anestesia e paziente fragile

Non esiste un unico approccio ai pazienti fragili; invece un'assistenza accurata dei pazienti anziani è importante. I pazienti fragili sono soggetti con ridotte riserve funzionali, vulnerabili anche al minimo insulto; per esempio con l'ipotensione o l'ipovolemia. I pazienti fragili sottoposti ad anestesia e chirurgia presentano un rischio aumentato di complicanze e esiti negativi, compreso il delirio. Il contributo dell'anestesia a questi esiti negativi non è ben conosciuto. Negli adulti, l'anestesia profonda, rilevata con l'indice bispettrale (BIS) si è accompagnata a una mortalità aumentata dei pazienti, soprattutto di quelli con bassa pressione arteriosa e ematocrito. In questi studi non è chiaro se il basso valore del BIS sia un indicatore delle condizioni generali di salute sca-

denti o riflette l'effetto degli anestetici sul cervello. Recentemente sono stati eseguiti numerosi studi per accertare la relazione tra la profondità dell'anestesia e il rischio di sviluppare disfunzioni cognitive dopo l'intervento.

Siebert ha randomizzato pazienti con fratture di anca sottoposti a riparazione chirurgica in anestesia spinale con 2 diversi livelli di sedazione. Entrambi i gruppi erano stati sedati con propofol e/o midazolam. L'incidenza di delirio è stata del 50% inferiore nel gruppo con sedazione leggera, in cui il BIS era stato mantenuto ad un valore maggiore del 50% rispetto ai pazienti del gruppo con sedazione profonda con un valore del BIS inferiore al 50%. Nel follow-up ad 1 anno la mortalità è stata del 50% più alta nei pazienti con portatori di diverse comorbilità nel gruppo con sedazione profonda rispetto a quelli del gruppo con sedazione leggera.

In diversi altri studi di anestesia generale con gas anestetici i pazienti che erano stati mantenuti con valori di BIS più alti (45% o più) presentavano un risveglio più rapido e minore rischio di delirio nel breve periodo o disfunzioni cognitive postoperatorie nel lungo periodo. Questi studi non erano rivolti direttamente ai pazienti fragili, ma per il noto rischio aumentato di delirio e di riduzioni delle riserve funzionali è intuitivo che questi pazienti possano aver bisogno di una minore quantità di anestesia. È noto che la MAC (minima concentrazione alveolare) dell'anestesia è più bassa nei pazienti anziani e questi studi suggeriscono che è utile monitorare la profondità dell'anestesia nei pazienti molto anziani e fragili.

Preabilitazione e miglioramento della ripresa dopo chirurgia programmata

La rilevazione del decadimento fisico (ad

Tabella 2 Elementi di un programma di preabilitazione

1. Passeggiare 15-20 minuti per tre volte la settimana;
2. Esercizi per la forza: arti superiori e spalle, arti inferiori compresi la flessione delle ginocchia e la pronazione delle caviglie;
3. Esercizi di respirazione addominale.

esempio anamnesi positiva per facile stancabilità, riduzione della forza prensile della mano, perdita di peso, e condizione di precarie condizioni nutrizionali) è fondamentale per individuare i pazienti fragili. I pazienti fragili soprattutto quelli con sarcopenia presentano un alto rischio dopo un breve periodo d'immobilità. Per preabilitazione s'intende un programma concentrato di esercizi dei pazienti prima di un intervento, a differenza della tradizionale fisioterapia riabilitativa postchirurgica. È noto che l'allenamento alla resistenza nei pazienti più anziani può determinare un miglioramento della funzionalità fisica. Quest'approccio è stato attuato in pazienti ortopedici fragili. Alcuni studi hanno dimostrato un beneficio nei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva del ginocchio sottoposti a un allenamento di resistenza per alcune settimane prima dell'intervento.

Tuttavia devono ancora essere stabilite la fattibilità e i costi della preabilitazione per i pazienti di chirurgia generale. È possibile che un periodo di preabilitazione possa migliorare l'esito funzionale. Eras ha rilevato un miglioramento della ripresa dopo un intervento. Questi percorsi clinici preoperatori e di assistenza postchirurgica del paziente hanno messo in evidenza un miglioramento della prognosi in interventi di protesi articolare anche se non sono stati utilizzati in modo specifico per i pazienti fragili.

Riassunto

La fragilità è una sindrome importante della popolazione anziana. La presenza della fragilità ha importanti implicazioni prognostiche in generale per i pazienti e in particolare al momento dell'intervento. Gli anestesisti devono essere in grado di riconoscere e diagnosticare la fragilità nei pazienti anziani e comprendere l'impatto sulla prognosi. La misura della fragilità può contribuire alla capacità decisionale per i pazienti e per i loro famigliari come anche degli anestesisti e dei chirurghi.

AAROI-EMAC Campania

E se i Medici fossero considerati pubblici ufficiali?

Sempre più spesso il personale sanitario viene aggredito nello svolgimento del proprio lavoro. Ma cosa succederebbe se invece che essere "semplici" uomini e donne fossero considerati veri e propri pubblici ufficiali con la conseguenza di commettere reato nel momento in cui li si aggredisce? La provocazione parte da Napoli ma intanto dash cam e body cam saranno installate su mezzi e camici.

Sono sempre più frequenti, in tutta Italia, le aggressioni a medici, infermieri e personale in servizio sulle ambulanze del 118.

Un fenomeno intollerabile (già oltre 40 aggressioni a Napoli contro le ambulanze dall'inizio dell'anno) che vede al Sud il maggior numero di casi. Ed è proprio a Napoli, all'Ospedale Cardarelli che il personale sanitario del 118, composto da medici e infermieri, ha recentemente messo in atto una protesta (nelle foto alcuni momenti catturati dal fotografo Riccardo Stano per il sito de la Repubblica Napoli) che li ha visti tutti uniti sulle scale del nosocomio in un flash mob per dire NO alla violenza ai danni dei camici bianchi.

Ma come invertire questa escalation? In una recente intervista a la Repubblica il Dr Giuseppe Galano, Presidente AAROI-EMAC Campania e Direttore 118 dell'area metropolitana di Napoli, ha precisato che far scortare ogni singola ambulanza che parte per un servizio non solo sarebbe estremamente dispendioso ma sarebbe soprattutto "una sconfitta dello Stato di diritto". Potrebbero essere invece utili telecamere installate sulle ambulanze e su camici dei medici perché in questo modo, essendo collegate direttamente con la centrale consentirebbero una più facile identificazione degli aggressori. Fondamentale

anche una sensibilizzazione della cittadinanza che non può e non deve accettare che questi atteggiamenti diventino la regola. "Spero - ha precisato Galano - che i cittadini solidarizzino con gli operatori e li difendano, se necessario. E' un problema anche culturale che deve partire fin dalle scuole".

Ma Galano va anche oltre e, nel corso di una recente intervista rilasciata ai microfoni di Radio Crc in occasione di una delle recenti aggressioni agli equipaggi del 118 di Napoli, ha dichiarato: "L'operatore sanitario dovrebbe essere considerato un pubblico ufficiale in modo da perseguire d'ufficio le eventuali violenze che possono essere perpetrate nei suoi confronti".

Non c'è dubbio che la violenza sia violenza ma, cambia la pena a seconda di chi è il destinatario. Quindi, per essere più espliciti, **che differenza c'è tra i due tipi di reato?**

In base al codice penale, il reato di percosse rientra nel-

l'ambito dei delitti contro la persona (artt. 575-623 bis) e, se non porta gravi conseguenze, viene punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a 309 euro.

Molto diverso invece se i medici fossero considerati pubblici ufficiali al pari, per intenderci, degli agenti delle forze dell'ordine.

In questo caso, in base all'art. 336 Codice penale, chiunque usa violenza o minaccia un pubblico ufficiale o ad un incaricato di un pubblico servizio, per costringerlo a fare un atto contrario ai propri doveri, o ad omettere un atto dell'ufficio o del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Probabilmente un tale cambiamento, se approvato, sarebbe molto utile come ulteriore deterrente, nel caso le dash board camera e le body cam installate nei taschini degli operatori non fossero sufficienti.

Presenti alla manifestazione di protesta insieme al Dr Giuseppe Galano anche il direttore generale del Cardarelli Giro Verdoliva, il direttore dell'Asl Napoli I Mario Forlenza, l'assessore al Welfare del Comune di Napoli Roberta Gaeta e il consigliere regionale Francesco Emilio Borrelli.



LEGGI ONLINE

LA NOTIZIA

Il Fatto Quotidiano

"Tra le categorie di medici sempre più introvabili ci sono soprattutto anestesisti e ginecologi. Dei primi ne mancano circa 4mila su tutto il territorio nazionale...". Le testimonianze di alcuni Rappresentanti AAROI-EMAC nell'articolo pubblicato su Il Fatto Quotidiano.

La versione integrale è disponibile sul sito AAROI-EMAC al link:

<http://www.aaroiemac.it/website/carenza-medici-in-corsia-mancano-allappello-sempre-pi-anestesisti-n1569.html>

Carenza medici, in corsia mancano all'appello sempre più anestesisti: "Meno 50mila tra 10 anni"



Drastico calo anche dei ginecologi. E così i punti nascita sono sempre più a rischio chiusura

di Chiara Daina | 4 giugno 2018

AAROI-EMAC Lombardia

Le risposte a due casi

Dichiarazioni e precisazioni

CHIUSURA PUNTO NASCITA OSPEDALE DI CODOGNO

Condividiamo pienamente quanto stabilito dai vertici dell'Asst di Lodi - ha affermato Cristina Mascheroni, Presidente AAROI-EMAC Lombardia -, per una struttura che supera di poco il numero minimo di parti l'anno previsti dalla normativa nazionale, con un trend in calo nel 2018.

La chiusura del Punto Nascita non va intesa come l'eliminazione di un servizio, bensì come un'azione necessaria per la sicurezza del percorso nascita. Nella struttura di Codogno, dotata di Rianimazione e Ostetricia con Servizio di partoanalgesia, non era infatti prevista la doppia Guardia di Anestesia e Rianimazione e il ricorso al reperibile in caso di emergenza, metteva a rischio la sicurezza della donna, del nascituro e degli stessi Medici.

Pur comprendendo, quindi, che la chiusura del Punto Nascita di Codogno possa essere percepita - in particolare dalle future mamme - come un disagio, non bisogna dimenticare che la sicurezza viene prima di tutto.

NON ESISTE NESSUN CASO ANESTESISTA

In relazione a un articolo uscito su La Provincia di Sondrio ad aprile scorso riferito ad un supposto "caso anestesista" che determinerebbe "lo spostamento degli anestesisti aziendali dalle sale operatorie ai mezzi di soccorso AREU con conseguente ritardi degli interventi chirurgici specialistici", la Presidente AAROI-EMAC Lombardia ha precisato che "fino a quando non sarà possibile implementare in maniera congrua il numero degli Anestesisti Rianimatori in ASST ma soprattutto fino a quando non saranno prese le dovute decisioni politiche relative all'esistenza di alcuni Presidi Ospedalieri ormai agonizzanti, gli Anestesisti Rianimatori rappresentati da AAROI EMAC non accetteranno di essere visti come i capri espiatori di una situazione indipendente dalla loro volontà. Stigmatizziamo certe prese di posizione da parte di politici che non hanno titoli per violare la dignità di professionisti della pubblica salute che stanno da tempo cercando di sorreggere con il proprio lavoro una situazione sempre più precaria".

AAROI-EMAC Lazio

"Ossigeno" alla ASL Roma 5

Anestesisti Rianimatori in arrivo

Assunzioni e stabilizzazioni alla Asl Roma 5. Si tratta di 9 nuovi anestesisti e 10 professionisti della Rianimazione già in forza alla Asl.

Soddisfatto il delegato aziendale AAROI-EMAC, Daniele Di Cerbo che,



per questa decisione ha espresso "grande soddisfazione personale, sapendo di interpretare anche il sentimento di tutti i Dirigenti Medici in carico al nostro servizio di Anestesia e Rianimazione, per l'attuazione della Delibera n° 407 del 23.05.2018 che ha di fatto posto fine al blocco ultradecennale di concorsi indetti dall'ASL Roma 5 per l'assunzione di nuovi Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione".

"Voglio sottolineare - ha continuato Di Cerbo - la profonda gioia per la stabilizzazione professionale di quei colleghi che da tanti anni collaborano con noi attraverso forme di contratto precarie, dimostrando sempre massimo impegno ed assoluta abnegazione".

"La nostra azienda sanitaria - ha aggiunto - potrà finalmente vedere incrementato il proprio numero di Anestesisti, con il beneficio così di poter dare un più ampio respiro alle prestazioni inerenti al servizio, attraverso l'implementazione di nuove attività, che consentiranno non solo di assicurare l'assistenza essenziale, ma soprattutto di poter smaltire le lunghe liste d'attesa di tutti i pazienti candidati a chirurgia elettiva".

Di Cerbo ha chiuso con i ringraziamenti al Commissario della ASL Roma 5 Dr Giuseppe Quintavalle e al Direttore Sanitario Aziendale Dr Luciano Cifaldi, e si dice "certo che il nuovo percorso strategico possa portare in tempi brevi proficui e decisivi vantaggi per tutti i cittadini afferenti ai nostri Presidi Ospedalieri".

Iscritti Pensionandi e Liquidazione subito

Per gli Iscritti all'AAROI-EMAC una convenzione con BPM per non dover attendere i tempi dell'INPS

Carissimi,

oggi, il Dirigente Medico che va in pensione subisce (come tutti gli altri pubblici Dipendenti) un iniquo sequestro della cosiddetta "liquidazione", che gli viene erogata in tre rate rispettivamente dopo 24, 36 e 48 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro per quiescenza.

Si tratta di un provvedimento discriminatorio, varato dal 2011 e reiterato più volte, che penalizza esclusivamente i Dipendenti Pubblici (i Dipendenti Privati, infatti percepiscono tutta la liquidazione entro 3 mesi dall'avvenuto pensionamento).

L'AAROI-EMAC e le altre sigle della COSMED (la Confederazione di cui la nostra Associazione fa parte) avevano inoltrato ricorso finalizzato alla dichiarazione di incostituzionalità della norma, insieme ad altre sigle e comitati spontanei e già alcuni tribunali hanno attivato la procedura presso la Corte Costituzionale, che - si spera - si pronuncerà nei prossimi mesi.

Nel frattempo, dato che ci piace poco vivere di sole speranze, per venire incontro ai Colleghi Dipendenti Pubblici che cessano dal servizio per godersi la meritata pensione, il 23 Aprile 2018 l'AAROI-EMAC ha sottoscritto insieme con le altre sigle aderenti alla COSMED, una convenzione particolarmente vantaggiosa con la filiale di Roma Montecitorio del Gruppo Banco BPM, primario gruppo bancario italiano, che

consente l'anticipo di tutta la liquidazione con un interesse fisso del 1%.

In pratica, gli Iscritti Dipendenti Pubblici alla nostra Associazione in regola con il pagamento della quota associativa che vanno in pensione potranno avere l'anticipazione immediata in unica soluzione dei TFS a cui hanno diritto, senza aspettare i termini di tempo oggi previsti dall'INPS nella Circolare n.12/2011 e nel rispetto delle disposizione Banca d'Italia sul "Credito ai consumatori", cedendo il credito del diritto alla liquidazione alla Banca, che da parte sua la eroga immediatamente tutta all'interessato, trattenendo un interesse annuo del 1% fisso e perentorio, modificabile solo previo preavviso di 60 giorni in caso di cambiamento dei tassi da parte della BCE e comunque non retroattivo.

In circolazione esistono analoghe forme di cessione del credito, ma con tassi nettamente superiori.

La Convenzione, che è analoga a quella sottoscritta dalla Corte dei Conti, dall'Associazione Nazionale Magistrati, dal Consiglio di Stato, il Ministero dell'interno, e l'Avvocatura dello Stato per le medesime finalità di anticipo, consente la facoltà di estinguere il pagamento degli interessi in caso di rimborso anticipato, sia per la pronuncia della Corte Costituzionale che speriamo giunga prima o poi favorevole, sia per volontà dell'interessato.

NOTA BENE: PER ACCEDERE ALLE CONDIZIONI PRIVILE-



GIATE DI CUI SOPRA È NECESSARIA L'ATTESTAZIONE DELL'ISCRIZIONE ALL'AAROI-EMAC DA ALMENO UN ANNO CON REGOLARE PAGAMENTO DELLE QUOTE ASSOCIATIVE, RILASCIATA ESCLUSIVAMENTE DALLA NS SEGRETERIA DOPO APPOSITA RICHIESTA AGLI USUALI RECAPITI.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale

Legenda Convenzione AAROI-EMAC/BPM

- Necessaria una lettera di accredito AAROI-EMAC, attestante l'essere in regola con le quote associative
- Prodotto erogabile solo dall'Agenzia 1450 di Banca Popolare di Milano, sede di Roma, Piazza Montecitorio previa apertura di conto di appoggio (senza spese).
- Richiesta soltanto tramite Agenzia 1450 di Banca Popolare di Milano, sede di Roma, Piazza Montecitorio.
- Pertanto è necessario aprire il conto fisicamente presso detta agenzia; successivamente è comunque possibile trasferire il denaro in qualunque banca sul territorio nazionale.
- Si tratta di un prestito al tasso perentorio del 1% per un periodo

massimo di 54 mesi e comunque fino al pagamento del TFS da parte di INPS (scadenza naturale).

- Gli interessi si applicano al prestito e la base imponibile si riduce al pagamento da parte di INPS delle rate di liquidazione.
Esempio:
- liquidazione di 150.000 euro:
- 1^ rata di 50.000 euro dopo 1 anno
- 2^ rata di 50.000 euro dopo 2 anni
- 3^ rata di 50.000 euro dopo 3 anni.

▪ La Banca eroga immediatamente fino ad un massimo di 150.000 euro (previo esito positivo della necessaria istruttoria creditizia da parte della banca, senza spese di istruttoria e di segreteria su base fiduciaria senza notaio) utile comunque mantenere sul conto quanto

occorre per il pagamento degli interessi.

- Pagamento interessi secondo le norme in vigore e in ottemperanza a quelle sull'anatocismo (liquidazione annuale l'1 marzo dell'anno successivo a quello di maturazione):
- Interessi 1° anno 1500 euro
- Interessi 2° anno 1000 euro
- Interessi 3° anno 500 euro.
- In caso di rimborso anticipato (per sentenza della corte costituzionale) o per restituzione del credito da parte dell'interessato si riduce il debito e di conseguenza gli interessi.
- La convenzione non esclude altre convenzioni in essere da parte di associazioni sindacali aderenti o dell'interessato.



Registrabili le telefonate di lavoro

Se ne può disporre ai fini di prova nel processo

lora essa sia necessaria per tutelare o far valere un diritto in sede giudiziaria. L'orientamento giurisprudenziale e maggioritario dominante ritiene infatti che la registrazione di una conversazione, ancorché effettuata all'insaputa

di uno dei partecipanti, costituisca una "forma di memorizzazione fonica di un fatto storico, della quale l'autore può disporre legittimamente, anche ai fini di prova nel processo."

Su questa linea si è uniformata la sentenza n.11322 del 10 maggio scorso con cui la Corte di Cassazione ha ritenuto illegittimo il licenziamento del dipendente licenziato per aver registrato conversazioni sul posto di lavoro all'insaputa dei colleghi, qualora le registrazioni, mai diffuse all'esterno, si erano rese necessarie al lavoratore per preconstituersi di elementi di difesa per salvaguardare la propria posizione in azienda. Il d.lgs. n.196/2003, il codice in materia di protezione dei dati personali, consente di derogare al necessario consenso dell'interessato ove il trattamento dei dati sia de-

stinato a far valere un diritto in sede giudiziaria e/o a svolgere le investigazioni difensive previste dalla legge di modifica del c.p.n.397/2000, ad esempio per documentare le problematiche esistenti sul posto di lavoro e a salvaguardare la propria posizione.

La giurisprudenza, in sintesi, ritiene che la registrazione di una conversazione, telefonica o tra presenti, effettuata da uno degli interlocutori non costituisca offesa alla libertà di comunicazione della persona e che tale registrazione possa essere utilizzata in giudizio, assumendo essa valore di prova documentale. Le registrazioni possono formare piena prova dei fatti o cose rappresentate, se colui contro il quale sono prodotte non ne disconosce la conformità ai fatti o alle cose medesime.

La sentenza n.11322 del 10 maggio ha riguardato il caso di un dipendente che, al fine di preconstituersi una prova per tutelare la propria posizione all'interno dell'azienda e per difendersi da eventuali contestazioni disciplinari, aveva registrato, all'insaputa dei colleghi, le conversazioni svolte in ufficio. Successivamente, in occasione di un incontro aziendale avente ad oggetto la discussione di una precedente contestazione disciplinare consegnava le registrazioni.

L'azienda, scoperte le registrazioni, contestava la gravissima ed intollerabile violazione

della privacy e procedeva al licenziamento del dipendente dal momento che, secondo la stessa, il dipendente aveva leso il vincolo fiduciario alla base del rapporto di lavoro e costituiva una violazione della privacy.

Il dipendente ricorreva innanzi al Tribunale competente al fine di ottenere la declaratoria di illegittimità del licenziamento e la reintegrazione nel posto di lavoro.

Il primo giudice rigettava il ricorso del dipendente. La Corte d'appello riformava in parte la sentenza con attribuzione di un risarcimento ma senza prevederne il reintegro nel posto di lavoro.

L'interessato ricorreva, quindi, alla Corte di Cassazione che ha sentenziato, anche sulla base delle precedenti pronunce, che la condotta del dipendente che registrava le conversazioni dei colleghi nelle quali era presente era legittima e non poteva integrare non solo l'illecito penale ma anche quello disciplinare in quanto costituiva legittimo esercizio di un diritto. La Corte di Cassazione, altresì, ha sottolineato come la condotta del dipendente che registrava le conversazioni dei colleghi non potesse ledere il vincolo fiduciario del rapporto di lavoro. Inoltre, la Corte ha affermato che, poiché la condotta del dipendente era legittima, scattava la tutela per la reintegrazione in servizio.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 14 Maggio 2018

Alcune volte, nelle controversie di lavoro, si assiste alla produzione in giudizio di registrazioni di colloqui intercorsi tra il datore di lavoro e il lavoratore o fra gli stessi lavoratori.

Si tratta, nella grande maggioranza dei casi, di registrazioni effettuate in forma occulta dal lavoratore al fine di tutelare un proprio diritto, come avviene, ad esempio, quando il lavoratore intenda preconstituersi elementi di difesa in una causa di mobbing o "svelare" eventuali azioni discriminatorie o ritorsive del datore di lavoro ovvero del superiore o dei propri colleghi.

In linea generale, la Corte di Cassazione ha ritenuto, già in passato, che la registrazione di una conversazione effettuata all'insaputa dell'interlocutore sia legittima, e possa essere validamente utilizzata in sede processuale, qua-



A "scuola" di Comunicazione Digitale

Il corso si è svolto al Centro AAROI-EMAC SimuLearn®

Due giorni, 20 e 21 Aprile, interamente dedicati alla Comunicazione Digitale con cui, nel bene e nel male, è ormai necessario fare i conti con la consapevolezza che sia necessario conoscere al meglio questa realtà.

Il Corso si è svolto nel Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna e ha coinvolto oltre 20 Anestesisti Rianimatori, guidati dai due Relatori, Nicola Zamperini e Francesco Marino, in un percorso fatto di approfondimenti ma anche di scoperte.

Partendo dai numeri dei social network oggi, i Relatori hanno mostrato come la conoscenza del web e dei social network, sia attualmente indispensabile per tutti, anche per coloro che ritengono di poterne far a meno o di riuscire a rimanerne totalmente fuori.

In questo senso, diversi sono stati gli esempi di invasività della rete che -

al di là della nostra volontà - può pervadere il nostro mondo e la nostra privacy.

«Siamo nell'era della post-verità - hanno dichiarato i Relatori - . Secondo l'Oxford Dictionary, si tratta di un contesto in cui "le convinzioni personali contano più dei fatti oggettivi nel valutare la realtà"».

Il risultato è il proliferare di fake news, di pareri privi di qualsiasi concreto fondamento che talvolta surclassano fatti accertati o competenze scientifiche. Una gran parte di queste fake news riguarda la sanità, la salute delle persone. A titolo di esempio sono state portate le campagne NO VAX che in certi casi ed in determinati periodi hanno avuto la meglio sulle considerazioni degli esperti.

In un contesto di questo tipo in cui ormai ciascuno può confezionare una fake news a regola d'arte, è quindi ne-

cessario imparare a orientarsi e a difendersi, ma come?

Secondo i Relatori, "occorre innanzitutto conoscere la grammatica del web e degli spazi digitali; serve un'alfabetizzazione minima per comprendere come funziona Internet, cosa sono i social network e come le notizie (false o vere che siano) si diffondono in rete; occorre infine capire in che modo i medici possono difendersi e sfruttare gli spazi digitali per comunicare in maniera efficace e moderna all'interno e all'esterno dell'ospedale".

Convinzioni che l'AAROI-EMAC condivide pienamente, al punto da organizzare una formazione ad hoc per gli Iscritti che è partita da Bologna, ma che avrà sicuramente un seguito.

Il tema della Comunicazione, d'altra parte, è stato ampiamente approfondito anche nell'ambito del Meeting SAQURE.

ANESTESISTI-RIANIMATORI: LA NOSTRA STORIA

La genesi della Legge 653/1954, il contributo del Dr Gualtiero Bellucci

Come anticipato nel precedente numero del Nuovo Anestesista Rianimatore di seguito viene pubblicato l'articolo sulla genesi della Legge 653/1954 che il Prof Gualtiero Bellucci ci ha fornito e che integra quello pubblicato sul Nuovo Anestesista Rianimatore nel 2008.

Non ho conosciuto il Prof. Borsellino, vero apostolo della chirurgia di allora, la cosiddetta "chirurgia eroica" che ricordo allorché, studente di medicina, in tempo di guerra e nell'immediato dopoguerra aiutavo i pochi volenterosi chirurghi a praticare sui tavoli delle cucine che venivano prediletti per il loro pesante piano di marmo che conferiva doti di stabilità ed era di facile pulizia. Anche qualche appendicectomia con organo in via di perforazione, molti raschiamenti, sutura di ferite, regolarizzazioni, immobilizzazioni di fratture anche con le cosiddette "chiarate" d'uovo quando non vi era gesso a disposizione. La storia della Legge 653/1954, istitutiva dei Servizi di Anestesia, andò così: Achille Mario Dogliotti, il vero padre dell'Anestesia e dell'Analgesia italiana, ci suggeriva la strada per rendere autonoma l'Anestesia dalla Chirurgia, idea e proposito allora non condivisi da quegli anestesisti che lavoravano anche in Case di cura e che temevano, così di alienarsi il ben volere dei loro ...datori di lavoro. I pochi Anestesisti presenti negli ospedali e negli Istituti universitari lo erano come Assistenti chirurgici ordinari o volontari. Nel VI° Congresso nazionale della Società Italiana di Anestesia che si tenne a Firenze nel Giugno del 1953 l'allora Presidente SIAR, Prof. Dogliotti, nel corso dell'assemblea dei soci sollevò il tema dell'autonomia ritenendo allora maturi i tempi per l'istituzione di autonomi Servizi di Anestesia negli Ospedali, suggerendo la proposizione di una legge ad hoc. Si pose allora, nel corso della discussione, il problema della formulazione della proposta di legge ed a chi affidarla. Fu allora che il Prof. Pippo Sangiorgi di Palermo, fece il nome del "Santuzzo", Prof. Borsellino che era stato eletto alla Camera dei Deputati. Nel corso della notte elaborammo una bozza in cui

alcuni di noi, con preveggenza, proposero di aggiungere il termine "e di rianimazione" a quello dei Servizi di anestesia. Al mattino successivo proponemmo al collega Mazzoni, che era l'anestesista della Patologia Chirurgica dell'Università di Roma, diretta dal Prof. Valdoni e frequentata dall'Onorevole Raimondo Borsellino, di avvicinarlo e convincerlo alla proposizione. Non durò troppa fatica a convincerlo e accettò. Così, nel giro di un mese, la proposta di legge istitutiva dei Servizi di Anestesia passò, senza la Rianimazione ritenuta ancora da venire per quanto alcuni di noi ne stavano praticamente mettendo le basi. Tempi passati in cui l'entusiasmo giovanile, la speranza di tempi migliori e la passione per la Specialità supportavano l'assai magro e gravoso volontariato.

Prof Gualtiero Bellucci



Congratulazioni alla Dr.ssa Behr

Da Aprile Direttore a Camposampiero

La Dottoressa Astrid Ursula Behr, Istruttrice del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®, dallo scorso Aprile è il nuovo Direttore dell'Unità Operativa complessa di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Camposampiero - Ulss 6 Euganea

Di origine tedesca, Behr si è laureata in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Padova nel 1988. Ha esercitato negli ospedali di Bolzano, Brunico e Padova in cui dal 2009 è stata Responsabile per l'anestesia in ortopedia, traumatologia e chirurgia del rachide. Docente in numerosi corsi a livello nazionale è stata professore a contratto dal 1999 al 2010 per la Scuola di specialità in Anestesia e Rianimazione dell'Università patavina. E' inoltre autrice e coautrice di circa 70 pubblicazioni scientifiche nell'ambito dell'Anestesia, Terapia Intensiva e Antalgica.

Da diversi anni è parte del team del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®. (nella foto la Dr.ssa Behr a SAQURE)



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

Conversazioni Medico-Paziente

L'allettamento

- Dottore, come sta oggi la mia mamma?
 - E' stazionaria, Signora. Solo che stamattina, a colazione, ha avuto una lipotimia e l'abbiamo allettata fino a mezzogiorno.
 - Bene, sono contenta. Sa, Dottore, mia mamma è sovrappeso, ma sapeste come mangia a colazione! E voi le avete dato quella cosa lì, la lipo... , la lipotimina. Penso per non farla ingrassare

...
 - No, Signora. La lipotimia è una ipotensione arteriosa.
 - Ho capito! Mi scusi; sa, faccio un po' di confusione. Certo, è per la pressione alta. E così, avete dovuto alletterla fino a mezzogiorno? Scommetto che la mamma non voleva prenderla la pastiglia per la pressione.

- No, Signora. L'abbiamo allettata perché non manteneva la stazione eretta.

- Sì, sì: bisogna sempre alletterla promettendole qualcosa. La conosco. Lei però non le mantiene mai le promesse. Ma perché doveva mantenere la cosa... la stazione. Lei odia i treni.

- No, Signora. Allettare significa tenere supini.

- E voi siete riusciti a convincerla a stare sui pini del cortile?

- No, Signora. Adesso mi scusi, ma devo andare. Stia tranquilla. Mezz'ora fa, sua mamma si è alzata dal letto e ha pranzato al tavolino. Buongiorno.

- Grazie Dottore. Lei è così bravo a spiegare le cose!

La critica

- Dottore, come sta la mia mamma, quella del letto 4?
 - In questo momento è una paziente molto critica. Le dobbiamo infondere dopamina per tenerla su di pressione.

- Eh sì, Dottore. Purtroppo mia mamma è sempre stata una donna che criticava tutti. Abbiate pazienza... Ma dovete proprio darle il doping per tenerla su?

- No, Signora. La dopamina è un'amina che sostiene il circolo.
 - Siamo a questo punto!? Ma come fate per far scoppiare questa mina?

- No, Signora. Non è una mina. E' un farmaco vasopressore che agisce sul cuore e sui vasi periferici.

- Meno male. Spero che i vasi non soffrano troppo, con questo freddo. Ma la mamma, con questa cura, va meglio?

- No, Signora. Glielo ripeto: è sempre molto critica. Dobbiamo sedarla con gli oppioidi.

- Ho capito che è molto critica. Le dirò di smetterla. Ma gli oppioidi sono il doping, vero? E allora, non diventerà ancora più critica? Non la smetterà più di parlare e protestare...

- No, Signora. E' il contrario: col remifentanil la sediamo.

- Ma perchè dovete tenerla seduta? Forse per respirare meglio? Ieri aveva l'affanno...

- Dottore, presto, venga! La numero 4 è da intubare!!!

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)



INDENNITA' NOTTURNA

Domanda: L'indennità notturna e l'indennità notturna oraria sono tariffe stabilite a livello nazionale? È possibile che l'indennità oraria possa non corrispondere alle ore effettivamente lavorate?

Risposta: Il valore delle indennità è stabilito dalla contrattazione collettiva nazionale. Per quanto riguarda le ore effettivamente lavorate, sarà opportuno rifarsi alla definizione di "lavoro notturno" di cui al **D.Lgs. 66/2003 all'art. 1 lettera: "d"**

d) "periodo notturno": periodo di almeno sette ore consecutive comprendenti l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino;

motivo per il quale è lecito attendersi la relativa retribuzione limitata a questo numero di ore per notte.

A questa, andrà aggiunta l'indennità prevista dall'art. 8 comma 2 biennio economico 2004/2005, pari a 50€/notte.

SCELTA SEDI

Domanda: Se si è in graduatoria di concorso di una Asl con vari presidi afferenti, quando si viene convocati a tempo indeterminato è corretto che venga decisa da parte dell'amministrazione la sede di lavoro, senza permettere invece la scelta al lavoratore in base ai posti disponibili (che quindi non vengono resi pubblici), a differenza di quanto invece accade con altre figure della P.A.? Non vi sono norme al riguardo?

Risposta: Nel caso in esame, ad evitare che si possano sospettare favoritismi, sarebbe necessario esplicitare nel bando il metodo di assegnazione delle varie sedi disponibili (assegnazione immediata ed in seguito per scorrimento futuro di graduatoria onde chiarire quando si scorre la graduatoria ed in base a cosa si esplicita la vacanza);

in caso contrario occorre diffidare l'Azienda (personalmente con nota scritta e protocollata oppure, meglio, con una nota da parte di un legale) dall'utilizzo di metodi non esplicitati nel bando per la scelta della sede pronti ad adire le vie legali nel caso l'Azienda procedesse empiricamente con criteri non trasparenti.

NUMERO TURNI CONSECUTIVI

Domanda: Esiste un limite massimo di turni conse-

cutivi senza riposo che possono essere assegnati?

Risposta: La questione è normata dal D.Lgs. 66/2003 s.m.i. che recita:

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.

FERIE IN CASO DI CAMBIO CONTRATTO

Domanda: Se un medico ha accumulato ferie durante il contratto a tempo determinato e poi viene assunto con continuità di servizio con contratto a tempo indeterminato, perde le ferie del primo contratto se non le fa entro la scadenza dello stesso oppure le può trasferire nel nuovo contratto a tempo indeterminato?

Risposta: Le ferie, come recita l'articolo 36 della Costituzione, sono un diritto irrinunciabile da parte del lavoratore.

Immaginiamo sia forte la tentazione, quasi a volersi sdebitare con l'Azienda che ha trasformato il contratto da tempo determinato ad indeterminato, di rinunciarvi, ma...

Le ferie non possono essere trasferite anche se trattasi della medesima Azienda. Vanno pertanto godute integralmente prima della definitiva assunzione o, se ciò non è possibile per inderogabili motivi di servizio, monetizzate.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE CONCORSO

Domanda: Dopo la prova di un concorso si ha diritto al rilascio di una attestazione di presenza da consegnare alla propria di Asl anche se si ha un rapporto a tempo determinato?

Risposta: Il CCNL 1996 all'art. 16 - Assunzioni a tempo determinato recita:

(Omissis commi 1-4)

5. Ai Dirigenti assunti a tempo determinato si applica il trattamento economico e normativo previsto dal presente contratto per le relative posizioni a tempo indeterminato, con le seguenti precisazioni:

- le ferie sono proporzionali al servizio prestato;

- in caso di assenza per malattia, fermi rimanendo i criteri stabiliti dagli artt. 24 e 25, in quanto compatibili, si applica l'art. 5 del D.L. n. 463/1983, convertito con modificazioni nella L. 638/1983; i periodi di trattamento economico intero o ridotto sono stabiliti in misura proporzionale secondo i criteri di cui all'art. 24, comma 6, salvo che non si tratti di un periodo di assenza inferiore a due mesi; il trattamento economico non può comunque essere erogato oltre la cessazione del rapporto di lavoro; il periodo di conservazione del posto è pari alla durata del contratto e non può in ogni caso superare il termine massimo fissato dall'art. 24;

- possono essere previste assenze non retribuite fino ad un massimo di 10 giorni, salvo il caso di matrimonio in cui si applica l'art. 23, comma 2;

ed all'ART. 23 - Assenze retribuite recita:

1. Il dirigente può assentarsi nei seguenti casi:

- partecipazione a concorsi od esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove, ovvero partecipazione a convegni, congressi o corsi di aggiornamento,

perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi, connessi all'attività di servizio: giorni otto all'anno;

- lutti per coniuge, convivente, parenti entro il secondo grado ed affini entro il primo grado: giorni tre consecutivi per evento;

- particolari motivi personali e familiari, compresa la nascita di figli: 3 giorni all'anno

2. Il dirigente ha altresì diritto ad assentarsi per 15 giorni consecutivi in occasione di matrimonio

3. Le assenze di cui ai commi 1 e 2 sono cumulabili nell'anno solare e non riducono le ferie e sono valutate agli effetti dell'anzianità di servizio.

Dal combinato disposto dei due articoli si potrebbe sostenere che, essendo garantite le Assenze retribuite (art.23) ai Dirigenti, sarebbe da intendere estesa anche ai Dirigenti a tempo determinato (art.16 1° comma).

E' comunque da sottolineare che l'ultima parte del comma 5 dell'art.16, concedendo ai Dirigenti a tempo determinato fino ad un massimo di 10 giorni di assenze non retribuite, potrebbe essere intesa come escludente il diritto alle assenze retribuite dell'art.23.

In ogni caso il diritto ad ottenere la certificazione di partecipazione al concorso è da ritenersi indiscutibile. In seguito ciascuno utilizzerà tale certificazione come meglio crede.

PRONTA DISPONIBILITA' SOSTITUTIVA IMPOSTA

Domanda: E' corretta la pronta disponibilità sostitutiva imposta dal *sistema* nella turnazione, ma non retribuita perchè, a detta dell'Ufficio decentrato addetto al pagamento non è legale?

Risposta: La situazione descritta non è in linea con il contratto di lavoro che non prevede la PD sostitutiva nei servizi di Anestesia e Rianimazione. L'organizzazione delle guardie e delle reperibilità prevede una delibera a firma del DG e discussa con le OO.SS. a norma dell'Art. 6 CCNL 3.11.2005 che recita:

b) Concertazione:

• I soggetti di cui alla lett. A), ricevuta l'informazione, possono attivare, mediante richiesta scritta, la concertazione sui criteri generali inerenti alle seguenti materie: - articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze;

MONTE ORE

Domanda: Può l'azienda azzerarti d'imperio il monte ore?

Risposta: Non esiste norma che consenta l'azzeramento delle ore in esubero. Può essere consigliabile inviare una nota protocollata al Direttore Generale richiedendo il recupero delle ore di straordinario a norma del vigente contratto di lavoro che all' Art. 28 CCNL 10.2.2004 recita:

2. Le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti di cui all'art. 16, comma 1 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico e 20 del CCNL 5.12.1996, per i servizi di guardia e di pronta disponibilità di cui agli artt. 19 nonché per altre attività non programmabili.

Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite.

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

Tutela Assicurativa Professionale Medici in Formazione Specialistica in Anestesia e Rianimazione



Pur essendo il **Medico in Formazione Specialistica** sottoposto ad una **“autonomia vincolata”** dalle direttive ricevute dal Tutor, **la Legge prevede**, anche in relazione all’allineamento della Legislazione Italiana relativa alle Scuole di Specializzazione alla Regolamentazione adottata dall’Unione Europea per la collocazione giuridica delle diverse forme di attività di cura espletate durante la Specializzazione, che **l’ottenimento del Diploma di Medico Chirurgo Specialista sia subordinato alla “partecipazione personale del Medico Chirurgo candidato alla specializzazione, alle attività e responsabilità proprie della disciplina”** (art. 20, comma 1, lett. e – D.Lgs. 368/91) e la Corte di Cassazione ne ha più volte affermato gli autonomi profili di responsabilità (v., fra tutte, Cass. Pen. n. 32424/2008).

Per consentire ai Colleghi in formazione specialistica la massima serenità nell’esercizio delle attività e responsabilità proprie della disciplina – ed in ottemperanza a quanto previsto nello Statement sottoscritto fra la AAROIEMAC e la SIAARTI per la valorizzazione della disciplina di Anestesia e Rianimazione sia negli ambiti scientifici che sindacali – la AAROIEMAC ha predisposto, in accordo anche con il CPAR, **la presente INFORMATIVA finalizzata alla diffusione di alcuni basilari elementi di conoscenza utili per consentire ai Medici Specializzandi in Anestesia e Rianimazione di accedere alla convenzione assicurativa che l’AAROIEMAC ha realizzato “su misura” per loro, ovviamente a condizione che risultino regolarmente iscritti (GRATUITAMENTE!) all’Associazione.**

La Convenzione Assicurativa AAROIEMAC si articola in 2 Coperture Assicurative, dedicate specificatamente ai Medici in Formazione Specialistica nelle discipline di riferimento dell’AAROIEMAC (in primis Anestesia e Rianimazione) entrambe senza alcuna franchigia, cioè senza alcuna scopertura economica nei limiti delle rispettive Condizioni di Polizza:

LA POLIZZA DI RC PROFESSIONALE, ad un premio annuo di € 200, con un massimale € 2.000.000, più che sufficiente alla copertura del rischio specifico per:

- l’attività svolta dal medico specializzando in qualità di Medico del SSN
- l’attività svolta presso ONLUS o nell’ambito di Eventi Sportivi e Gare
- la responsabilità contabile-amministrativa per eventuale chiamata in causa davanti alla Corte dei Conti.

NON SOLO! LA POLIZZA DI RC PROFESSIONALE prevede:

- la possibilità di estendere la copertura al Servizio di Continuità Assistenziale (Guarda Medica) ed alla Sostituzione di Medico di Medicina Generale, con un incremento del premio pari ad € 150.

- un’ulteriore facilitazione, che si realizza al momento del conseguimento della specializzazione: in tale momento, il Medico che continuerà estende la copertura: in tal caso, il premio già versato viene sottratto dal premio dovuto in qualità di Medico Specialista.

LA POLIZZA DI TUTELA LEGALE, ad un premio annuo di € 50, con un massimale di € 20.000, più che sufficiente alla copertura del rischio specifico per:

- le spese per il Legale liberamente scelto, o selezionato all’interno dei fiduciari nominati dall’AAROIEMAC con la Compagnia
- le spese per il Consulente Tecnico d’Ufficio (CTU) e dei Periti
- le spese processuali
- le spese di giustizia e il contributo per le spese degli atti giudiziari
- le spese necessarie per la domiciliazione.

NON SOLO! LA POLIZZA DI RC PROFESSIONALE rimane operativa (senza alcun supplemento di Premio) per l’intero periodo assicurativo anche a seguito del conseguimento della specializzazione (scadenza il 30 Dicembre di ciascun anno).

Iscrivetevi all’AAROIEMAC! E naturalmente anche alla SIAARTI! Un’Associazione Sindacale ed una Società Scientifica entrambe forti nei numeri sono importanti per la tutela e lo sviluppo della nostra Disciplina!