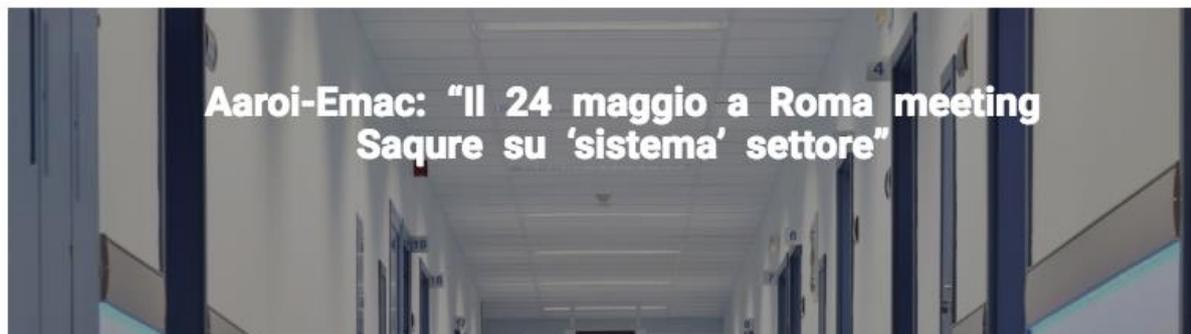


SA ♦ QU ♦ RE
SAfety ♦ QUality ♦ RELiability

La Rassegna Stampa



ROMA – “Il **Sistema Sanitario Italiano** continua a patire le conseguenze di tagli economici e di **deregulation normative e amministrative** che lo colpiscono senza alcun riguardo ormai da troppi anni. Tra i progetti politici succedutisi a più riprese per una sua riorganizzazione che ne implementi e ne riqualifichi il valore ed i risultati finora ottenuti a tal fine c'è una distanza che aumenta di giorno in giorno. Negli ospedali, sia pubblici sia privati, la realizzazione degli **obiettivi di produttività e di qualità** succedutisi nel tempo per rilanciare una sanità efficiente ed efficace è un percorso ad ostacoli, tanto per i pazienti quanto per i professionisti. 'Isorisorse' è stato il mantra tossico impostoci dalle strategie politico-economiche di governo del Ssn, a livello sia centrale sia locale. Un mantra mendace sin dal suo esordio: **le risorse su cui il Ssn può contare, infatti, sono sempre più scarse**, altro che 'iso'. Ma gli ostacoli che i professionisti della sanità incontrano ogni giorno nel garantire ai cittadini il pieno diritto alla salute vanno comunque superati. A tal fine, la loro conoscenza del sistema e delle sue regole, con cui devono quindi confrontarsi, è fondamentale e richiede una formazione dedicata. Questo è il motivo fondamentale per cui l'Aaroi-Emac quest'anno ha introdotto nel suo appuntamento annuale di formazione ed aggiornamento professionale sessioni specificatamente dedicate a quest'ambito". Così il Presidente Nazionale dell'Associazione, Alessandro Vergallo, presenta **Saqure** (SAfety, QUality, REliability), il Meeting che il **Sindacato degli Anestesisti Rianimatori Italiani** ha organizzato a Roma dal 24 al 26 maggio.

Tre giorni pensati per formare i partecipanti su **problematiche contrattuali**, ma anche **organizzative e strutturali** oltre che relative alla qualità e alla sicurezza dei servizi. Temi concreti che vanno, ad esempio, dal Ccnl alla contrattazione decentrata, ma anche relazioni di esperti su come funziona un ospedale e di che cosa deve occuparsi un direttore sanitario o su **come funziona una rete formativa** e come si imposta una gara per le forniture ospedaliere.

"I medici devono conoscere le regole alla base di un sistema sanitario organizzato per garantire la sicurezza e la qualità dell'intero percorso assistenziale- spiega **Franco Marinangeli, presidente del Meeting- Saqure** vuole essere un momento di riflessione comune in cui discutere i grandi temi organizzativi, e in cui su tali temi si faccia cultura nei confronti di chi è giornalmente in trincea, in prima linea. Riteniamo, infatti, che la conoscenza di simili argomenti possa contribuire a riportare serenità ed equilibrio nei luoghi di lavoro".

Nel meeting, ampio spazio sarà dedicato ai diversi aspetti relativi alla **responsabilità professionale**, in particolare alla luce della recente Legge Gelli-Bianco, con- tra gli altri approfondimenti- una simulazione di un contenzioso medico legale nei confronti di un anestesista rianimatore con la presenza di avvocati e consulenti tecnici.

Si farà anche **il punto sulle maxi-emergenze**, con la presenza di rappresentanti del Cnsas e sull'Elisoccorso in Italia, con approfondimenti sugli eventi critici, sulla sicurezza e qualità degli elicotteri e sui modelli organizzativi. Inoltre, nel Meeting esordirà una sessione sulla comunicazione, sia tra medico e paziente sia all'interno dell'équipe professionale, con un focus dedicato alla Comunicazione Digitale.

Si svolgerà, infine, sabato mattina l'evento dedicato al "**Biotestamento dopo la Legge 219/2017**" in cui, tra gli altri, saranno presenti Amato De Monte, Beppino Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni. Nello stesso giorno verrà affrontato un altro tema di estrema attualità, con l'approfondimento sul "Buon uso del sangue", in cui è prevista una relazione dedicata alla gestione del Paziente Testimone di Geova, conclude l'Aaroi-Emac.



Garantire qualità e sicurezza in sanità. Meeting SAQURE organizzato dall'AAROI-EMAC

DI INSALUTENEWS.IT · 22 MAGGIO 2018



Dott. Alessandro Vergallo

Roma, 22 maggio 2018 – “Il Sistema Sanitario italiano continua a patire le conseguenze di tagli economici e di deregulation normative e amministrative che lo colpiscono senza alcun riguardo ormai da troppi anni. Tra i progetti politici succedutisi a più riprese per una sua riorganizzazione che ne implementi e ne riqualifichi il valore ed i risultati finora ottenuti a tal fine c'è una distanza che aumenta di giorno in giorno.

Negli Ospedali, sia Pubblici sia Privati, la realizzazione degli obiettivi di produttività e di qualità succedutisi nel tempo per rilanciare una Sanità efficiente ed efficace è un percorso ad ostacoli, tanto per i Pazienti quanto per i Professionisti. "Isorisorse" è stato il mantra tossico impostoci dalle strategie politico-economiche di governo del SSN, a livello sia centrale sia locale. Un mantra mendace sin dal suo esordio: le risorse su cui il SSN può contare, infatti, sono sempre più scarse, altro che "iso".

Ma gli ostacoli che i Professionisti della Sanità incontrano ogni giorno nel garantire ai Cittadini il pieno diritto alla salute vanno comunque superati. A tal fine, la loro conoscenza del sistema e delle sue regole, con cui devono quindi confrontarsi, è fondamentale e richiede una formazione dedicata. Questo è il motivo fondamentale per cui l'AAROI-EMAC quest'anno ha introdotto nel suo appuntamento annuale di formazione ed aggiornamento professionale sessioni specificatamente dedicate a quest'ambito".

Con queste parole il Presidente Nazionale dell'Associazione, Alessandro Vergallo, presenta SAQURE (SAFety, QUAality, RELiability), il Meeting che il Sindacato degli Anestesiisti Rianimatori Italiani ha organizzato a Roma dal 24 al 26 maggio.

Tre giorni pensati per formare i partecipanti su problematiche contrattuali, ma anche organizzative e strutturali oltre che relative alla qualità e alla sicurezza dei servizi. Temi concreti che vanno, ad esempio, dal CCNL alla contrattazione decentrata, ma anche relazioni di esperti su come funziona un Ospedale e di che cosa deve occuparsi un Direttore Sanitario o su come funziona una Rete Formativa e come si imposta una gara per le forniture ospedaliere.

“I Medici devono conoscere le regole alla base di un sistema sanitario organizzato per garantire la sicurezza e la qualità dell’intero percorso assistenziale – spiega Franco Marinangeli, Presidente del Meeting – SAQURE vuole essere un momento di riflessione comune in cui discutere i grandi temi organizzativi, e in cui su tali temi si faccia cultura nei confronti di chi è giornalmente in trincea, in prima linea. Riteniamo, infatti, che la conoscenza di simili argomenti possa contribuire a riportare serenità ed equilibrio nei luoghi di lavoro”.

Nel Meeting, ampio spazio sarà dedicato ai diversi aspetti relativi alla Responsabilità Professionale, in particolare alla luce della recente Legge Gelli-Bianco, con – tra gli altri approfondimenti – una simulazione di un contenzioso medico legale nei confronti di un Anestesista Rianimatore con la presenza di Avvocati e Consulenti Tecnici.

Si farà anche il punto sulle maxi-emergenze, con la presenza di rappresentanti del CNSASe sull’Elisoccorso in Italia, con approfondimenti sugli eventi critici, sulla sicurezza e qualità degli elicotteri e sui modelli organizzativi.

Inoltre, nel Meeting esordirà una sessione sulla Comunicazione, sia tra Medico e Paziente sia all’interno dell’équipe professionale, con un focus dedicato alla Comunicazione Digitale.

Si svolgerà, infine, sabato mattina l’evento dedicato al “Biotestamento dopo la Legge 219/2017” in cui, tra gli altri, saranno presenti Amato De Monte, Beppino Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni.

Nello stesso giorno verrà affrontato un altro tema di estrema attualità, con l’approfondimento sul “Buon uso del sangue”, in cui è prevista una relazione dedicata alla gestione del Paziente Testimone di Geova.



Saquire: dal 24 al 26 Maggio il meeting Aaroi-Emac

Saquire (Safety, Quality, Reliability): dal 24 al 26 Maggio il meeting dell'Associazione Aaroi-Emac

Il Presidente Nazionale dell'**Associazione Aaroi-Emac**, Alessandro Vergallo, presenta **Saquire** (Safety, Quality, Reliability), il Meeting che il **Sindacato degli Anestesisti Rianimatori Italiani** ha organizzato a Roma dal 24 al 26 maggio.

Tre giorni pensati per formare i partecipanti su **problematiche contrattuali**, ma anche **organizzative e strutturali** oltre che relative alla qualità e alla sicurezza dei servizi. Temi concreti che vanno, ad esempio, dal Ccnl alla contrattazione decentrata, ma anche relazioni di esperti su come funziona un ospedale e di che cosa deve occuparsi un direttore sanitario o su **come funziona una rete formativa** e come si imposta una gara per le forniture ospedaliere.

“Il **Sistema Sanitario italiano** continua a patire le conseguenze di tagli economici e di **deregulation normative e amministrative** che lo colpiscono senza alcun riguardo ormai da troppi anni. Tra i progetti politici succedutisi a più riprese per una sua riorganizzazione che ne implementi e ne riqualfichi il valore ed i risultati finora ottenuti a tal fine c'è una distanza che aumenta di giorno in giorno. Negli ospedali, sia pubblici sia privati, la realizzazione degli **obiettivi di produttività e di qualità** succedutisi nel tempo per rilanciare una sanità efficiente ed efficace è un percorso ad ostacoli, tanto per i pazienti quanto per i professionisti. 'Isorisorse' è stato il mantra tossico impostoci dalle strategie politico-economiche di governo del Ssn, a livello sia centrale sia locale. Un mantra mendace sin dal suo esordio: **le risorse su cui il Ssn può contare**, infatti, **sono sempre più scarse**, altro che 'iso'. Ma gli ostacoli che i professionisti della sanità incontrano ogni giorno nel garantire ai cittadini il pieno diritto alla salute vanno comunque superati. A tal fine, la loro conoscenza del sistema e delle sue regole, con cui devono quindi confrontarsi, è fondamentale e richiede una formazione dedicata. Questo è il motivo fondamentale per cui l'Aaroi-Emac quest'anno ha introdotto nel suo appuntamento annuale di formazione ed aggiornamento professionale sessioni specificatamente dedicate a quest'ambito”.

“I medici devono conoscere le regole alla base di un sistema sanitario organizzato per garantire la sicurezza e la qualità dell’intero percorso assistenziale- spiega **Franco Marinangeli, presidente del Meeting- Saqure** vuole essere un momento di riflessione comune in cui discutere i grandi temi organizzativi, e in cui su tali temi si faccia cultura nei confronti di chi è giornalmente in trincea, in prima linea. Riteniamo, infatti, che la conoscenza di simili argomenti possa contribuire a riportare serenità ed equilibrio nei luoghi di lavoro”.

Nel meeting, ampio spazio sarà dedicato ai diversi aspetti relativi alla **responsabilità professionale**, in particolare alla luce della recente Legge Gelli-Bianco, con- tra gli altri approfondimenti- una simulazione di un contenzioso medico legale nei confronti di un anestesista rianimatore con la presenza di avvocati e consulenti tecnici.

Si farà anche **il punto sulle maxi-emergenze**, con la presenza di rappresentanti del Cnsas e sull’Elisoccorso in Italia, con approfondimenti sugli eventi critici, sulla sicurezza e qualità degli elicotteri e sui modelli organizzativi. Inoltre, nel Meeting esordirà una sessione sulla comunicazione, sia tra medico e paziente sia all’interno dell’équipe professionale, con un focus dedicato alla Comunicazione Digitale.

Si svolgerà, infine, sabato mattina l’evento dedicato al “**Biotestamento dopo la Legge 219/2017**” in cui, tra gli altri, saranno presenti Amato De Monte, Beppino Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni. Nello stesso giorno verrà affrontato un altro tema di estrema attualità, con l’approfondimento sul “Buon uso del sangue”, in cui è prevista una relazione dedicata alla gestione del Paziente Testimone di Geova, conclude l’Aaroi-Emac.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Conoscere il "Sistema" e le regole per garantire qualità e sicurezza

panoramasanita.it/2018/05/22/conoscere-il-sistema-e-le-regole-per-garantire-qualita-e-sicurezza/



«Il Sistema Sanitario italiano continua a patire le conseguenze di tagli economici e di deregulation normative e amministrative che lo colpiscono senza alcun riguardo ormai da troppi anni. Tra i progetti politici succedutisi a più riprese per una sua riorganizzazione che ne implementi e ne riqualifichi il valore ed i risultati finora ottenuti a tal fine c'è una distanza che aumenta di giorno in giorno. Negli Ospedali, sia Pubblici sia Privati, la realizzazione degli obiettivi di produttività e di qualità succedutisi nel tempo per rilanciare una Sanità efficiente ed efficace è un percorso ad ostacoli, tanto per i

Pazienti quanto per i Professionisti. "Isorisorse" è stato il mantra tossico impostoci dalle strategie politico-economiche di governo del Ssn, a livello sia centrale sia locale. Un mantra mendace sin dal suo esordio: le risorse su cui il Ssn può contare, infatti, sono sempre più scarse, altro che "iso". Ma gli ostacoli che i Professionisti della Sanità incontrano ogni giorno nel garantire ai Cittadini il pieno diritto alla salute vanno comunque superati. A tal fine, la loro conoscenza del sistema e delle sue regole, con cui devono quindi confrontarsi, è fondamentale e richiede una formazione dedicata. Questo è il motivo fondamentale per cui l'Aaroi-Emac quest'anno ha introdotto nel suo appuntamento annuale di formazione ed aggiornamento professionale sessioni specificatamente dedicate a quest'ambito». Con queste parole il Presidente Nazionale dell'Associazione, Alessandro Vergallo, presenta Saqure (SAfety, QUality, RELiability), il Meeting che il Sindacato degli Anestesisti Rianimatori Italiani ha organizzato a Roma dal 24 al 26 Maggio. "Tre giorni pensati per formare i partecipanti" spiega l'Aaroi Emac "su problematiche contrattuali, ma anche organizzative e strutturali oltre che relative alla qualità e alla sicurezza dei servizi. Temi concreti che vanno, ad esempio, dal Ccnl alla contrattazione decentrata, ma anche relazioni di esperti su come funziona un Ospedale e di che cosa deve occuparsi un Direttore Sanitario o su come funziona una Rete Formativa e come si imposta una gara per le forniture ospedaliere". «I Medici devono conoscere le regole alla base di un sistema sanitario organizzato per garantire la sicurezza e la qualità dell'intero percorso assistenziale – spiega Franco Marinangeli, Presidente del Meeting -. Saqure vuole essere un momento di riflessione comune in cui discutere i grandi temi organizzativi, e in cui su tali temi si faccia cultura nei confronti di chi è giornalmente in trincea, in prima linea. Riteniamo, infatti, che la conoscenza di simili argomenti possa contribuire a riportare serenità ed equilibrio nei luoghi di lavoro». Nel Meeting, ampio spazio sarà dedicato ai diversi aspetti relativi alla Responsabilità Professionale, in particolare alla luce della recente Legge Gelli-Bianco, con – tra gli altri approfondimenti – una simulazione di un contenzioso medico legale nei confronti di un Anestesista Rianimatore con la presenza di Avvocati e Consulenti Tecnici. Si farà anche il punto sulle maxi-emergenze, con la presenza di rappresentanti del Cnsas e sull'Elisoccorso

in Italia, con approfondimenti sugli eventi critici, sulla sicurezza e qualità degli elicotteri e sui modelli organizzativi. Inoltre, nel Meeting esordirà una sessione sulla Comunicazione, sia tra Medico e Paziente sia all'interno dell'équipe professionale, con un focus dedicato alla Comunicazione Digitale. Si svolgerà, infine, sabato mattina l'evento dedicato al “Biotestamento dopo la Legge 219/2017” in cui, tra gli altri, saranno presenti Amato De Monte, Beppino Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni. Nello stesso giorno verrà affrontato un altro tema di estrema attualità, con l'approfondimento sul “Buon uso del sangue”, in cui è prevista una relazione dedicata alla gestione del Paziente Testimone di Geova.



Aaroi Emac: "Noi anestesisti in trincea, decidiamo il meglio in una manciata di secondi"



ROMA – 'Bisogna fare cultura su chi, come noi anestesisti rianimatori, si trova tutti i giorni in trincea di fronte a decisioni da prendere nell'immediato. Siamo noi a dover stabilire se fare o non fare una trasfusione ad un paziente testimone di Geova, oppure se staccare o meno la spina ad un altro che si trova magari nelle stesse condizioni di Dj Fabo. E mentre i tribunali spesso impiegano anni per giudicare le nostre azioni, noi siamo obbligati a decidere il meglio per i nostri pazienti in una manciata di secondi'. A parlare con l'agenzia Dire è il professor Franco Mariangeli, direttore dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università

dell'Aquila, intervistato in occasione del Meeting di formazione e aggiornamento (di cui sarà presidente) dal titolo 'Saquire' (SAfety, QUality, REliability), organizzato dal sindacato degli anestesisti e rianimatori italiani dell'Aaroi Emac. L'evento si svolgerà nella Capitale da domani al 26 maggio, al Roma Eventi – Fontana di Trevi (in piazza della Pilotta).

Ecco l'intervista:

– C'è poca informazione sugli anestesisti rianimatori, spesso invisibili perché 'nascosti' nelle sale operatorie o nelle terapie intensive. Ma anche i medici ne sanno poco della vostra professione... È così?

'Sì. Da anestesista rianimatore ritengo ci sia ancora poca informazione sul nostro lavoro anche all'interno degli ospedali e della sanità in generale. Eppure abbiamo un ruolo chiave per la sicurezza dei pazienti, soprattutto all'interno dei blocchi operatori, e offriamo un servizio agli stessi chirurghi. Esiste un problema di cultura'.

– Esistono due ambiti, però, per i quali gli anestesisti rianimatori sono più visibili e apprezzati all'esterno: quello della terapia del dolore e delle cure palliative e quello dell'emergenza sanitaria sul territorio...

'Al Meeting parleremo infatti anche di questo. Ma vorrei aprire una parentesi sui colleghi che svolgono servizio di elisoccorso: mentre nei 118 ci sono medici di varia estrazione, sugli elicotteri quasi il 90% dei camici bianchi sono anestesisti rianimatori. Per questo negli ultimi tempi abbiamo investito risorse in questo settore e a 'Saquire' ci sarà una presenza importante di ingegneri dell'Augusta Westland, con cui stiamo collaborando per elaborare percorsi che migliorino la sicurezza sia dei mezzi sia dell'organizzazione dell'elisoccorso'.

– È anche questo il motivo per cui tenete molto al servizio di elisoccorso?

'Esattamente: l'elisoccorso è la punta di diamante dell'emergenza. Ma purtroppo frequentemente avvengono incidenti aerei in cui sono coinvolti i sanitari, almeno uno all'anno; l'ultimo è avvenuto lo scorso anno in Abruzzo e durante l'impatto hanno perso la vita sei persone, tra cui appunto un collega. Al Meeting sarà con noi anche il dottor Alberto Zoli, direttore generale dell'Areu Lombardia (l'Azienda regionale Emergenza-Urgenza), che nella sua regione ha creato un modello di efficienza preso ad esempio dentro e oltre i confini nazionali'.

– Ma quali sono le difficoltà a cui gli anestesisti rianimatori vanno più spesso incontro?

'La principale difficoltà è quella organizzativa, ma il vero neo rimane la cattiva o mancata comunicazione tra le parti, cioè tra l'anestesista e il medico o tra l'anestesista e il paziente, da cui derivano molte dei contenziosi medico-legali. Spesso si sente parlare di responsabilità di equipe e in questo meeting sviscereremo tutte le problematiche di comunicazione, proprio perché riteniamo che la maggior parte degli incidenti che accadono negli ospedali, veri o presunti, dipendono proprio da una cattiva comunicazione all'interno dell'equipe. C'è scarsa comprensione, scarsa collaborazione e su questo dobbiamo lavorare'.

– Conoscere il sistema e le regole per garantire qualità e sicurezza, è un po' il messaggio che il Meeting 'Saquire' vuole trasmettere. Può farci però un esempio concreto sui rischi di una cattiva comunicazione?

'Una cattiva comunicazione, banalmente, potrebbe portare un medico a fare un errore di compilazione della cartella clinica. E in questo Meeting non ci nasconderemo dietro a nulla, anzi, partiremo da uno studio che abbiamo condotto nel triennio 2014-2016 sulle problematiche medico-legali in anestesia e rianimazione. Il campione coinvolto è quello degli iscritti all'Aaroi Emac, cioè 10.500 anestesisti rianimatori sui 15mila totali italiani, mentre gli ospedali sono circa 1000 tra pubblici, privati e convenzionati tra nord, centro e sud Italia. Un campione di tutto rispetto, insomma, anzi il più grande al mondo per questo tipo di studio, grazie al quale oggi sappiamo quali sono le fasi dell'anestesia in cui si sono verificati la maggior parte degli incidenti e quali le problematiche in terapia intensiva che hanno più spesso portato a contenzioso. Abbiamo fatto inoltre l'identikit dell'anestesista indagato, andando a verificare se potevano esserci cause legate all'esperienza professionale, oltre che alla grandezza degli ospedali, per cercare di migliorare l'intero sistema. Abbiamo quindi utilizzato il sistema assicurativo (lo stesso per tutti gli iscritti al sindacato) e i dati come se fossero indicatori indiretti di qualità. Da qui riusciamo anche a capire dove è importante fare formazione, che non va fatta a pioggia, ma rispettando le reali necessità, che per quanto ci riguarda è in primis la sicurezza del malato'.

– Dalla gestione dell'emergenza alla responsabilità professionale con la legge Gelli, fino alla norma sul Biotestamento, tanti saranno gli argomenti affrontati durante il Meeting 'Saquire'...

'Proprio così: al Meeting metteremo in evidenza gli anelli deboli che riguardano la nostra professione e su quelli inizieremo a lavorare. La legge Gelli certamente riguarda tutti i medici, ma forse a noi ci tocca più direttamente. Colgo l'occasione per ricordare che nei casi di malasanità, il più delle volte, noi veniamo indagati ma non condannati. E parliamo di oltre il 90% dei casi. Poi c'è la legge sul Biotestamento, verso la quale abbiamo un interesse particolare: pensiamo al fine vita in rianimazione oppure a quello negli hospice, dove siamo presenti in tantissimi. A 'Saquire' sarà presente anche Amato De Monte, il medico anestesista che fu imputato per avere staccato la spina ad Eluana Englaro'.

– Dal Meeting uscirà anche un documento sulle buone pratiche o delle linee guida che l'anestesista rianimatore dovrà rispettare?

'Certamente sì. Abbiamo molto da dire sul buon funzionamento degli ospedali e ne siamo il cuore pulsante. Dal Meeting uscirà fuori non uno ma più documenti sulle varie aree di interesse, da discutere con la nostra società scientifica di riferimento che è la Siaarti. Portando, perché no, anche delle proposte fattive al ministero della Salute. C'è infatti la necessità di linee guida accreditate che serviranno per definire e determinare la strada giusta del medico diligente rispetto a quello negligente'.

Sanità

Aaroi-Emac: mancano 4mila anestesisti rianimatori. Lea a rischio

Carenza assunzioni ma anche di medici specialisti

ASKANEWS

GIOVEDÌ 24 MAGGIO 2018

Roma, 24 mag. - Nel 2016 "nei 162 Presidi Ospedalieri, a fronte di un organico previsto a regime di 3345 Anestesisti Rianimatori ce ne erano realmente in attività 3095. Situazione che ad oggi è peggiorata. L'attuale carenza di oltre 4000 Anestesisti Rianimatori, che sta mettendo a rischio i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), non dipende soltanto da un problema di assunzioni, ma dalla carenza di Medici specialisti in questa disciplina a causa di una mancata definizione dei reali Fabbisogni". E' l'allarme lanciato oggi dal sindacato di Anestesisti Rianimatori AAROI-EMAC al Meeting SAQURE in corso a Roma.

Roma, 24 mag. - "Lo stress in Ospedale è dilagante - ha aggiunto Chiarello - anche per la mancata applicazione delle norme europee in tema di riposi settimanali e turni di lavoro. Il tutto nell'assenza totale di supporto da parte delle Direzioni, guidate solo dal raggiungimento di un pareggio economico ottenuto a forza di tagli, mentre si verificano violazioni contrattuali continue basate su relazioni sindacali non corrette, convocazioni ottenute dopo sentenze di tribunali del lavoro, calcoli sbagliati dei fondi contrattuali aziendali. Criticità a cui si aggiungono coperture assistenziali fantomatiche basate su pronte disponibilità (reperibilità) illegali al posto di guardie deputate all'emergenza. In un Paese civile - prosegue Chiarello - non dovremmo nemmeno chiedere di essere messi in condizioni ottimali per salvare vite, perché di questo parliamo. Se una Guardia di Anestesia viene sostituita dalla reperibilità del Medico deputato alla gestione delle emergenze, si mette a rischio la vita dei Cittadini".

Giovedì, 24 Maggio 2018, 16.35

Doctor33

POLITICA E SANITÀ

[Home](#) / [Politica e Sanità](#) / Aaroi-Emac: anestesisti in trincea. Serve più informazione e più lavoro di equipe

 mag
 24
 2018

Aaroi-Emac: anestesisti in trincea. Serve più informazione e più lavoro di equipe

TAGS: SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI), AAROI-EMAC (ASSOCIAZIONE ANESTESISTI RIANIMATORI OSPEDALIERI ITALIANI EMERGENZA AREA CRITICA)



«Bisogna fare cultura su chi, come noi anestesisti rianimatori, si trova tutti i giorni in trincea di fronte a decisioni da prendere nell'immediato. Siamo noi a dover stabilire se fare o non fare una trasfusione ad un paziente testimone di Geova, oppure se staccare o meno la spina ad un altro che si trova magari nelle stesse condizioni di Dj Fabo. E mentre i tribunali spesso impiegano anni per giudicare le nostre azioni, noi siamo obbligati a decidere il meglio per i nostri pazienti in una manciata di secondi». A parlare è il professor Franco Mariangeli, direttore dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università dell'Aquila, in occasione del Meeting di formazione e aggiornamento (di cui sarà presidente) dal titolo 'Saquire' (SAfety, QUality, RELiability), organizzato dal sindacato degli anestesisti e rianimatori italiani dell'Aaroi Emac. L'evento si svolgerà a Roma fino al 26 maggio.

«Da anestesista rianimatore» continua «ritengo ci sia ancora poca informazione sul nostro lavoro anche all'interno degli ospedali e della sanità in generale. Eppure abbiamo un ruolo chiave per la sicurezza dei pazienti, soprattutto all'interno dei blocchi operatori, e offriamo un servizio agli stessi chirurghi. Esiste un problema di cultura». Ma quali sono le difficoltà a cui gli anestesisti rianimatori vanno più spesso incontro? «La principale difficoltà è quella organizzativa, ma il vero neo rimane la cattiva o mancata comunicazione tra le parti, cioè tra l'anestesista e il medico o tra l'anestesista e il paziente, da cui derivano molte dei contenziosi medico-legali. Spesso si sente parlare di responsabilità di equipe e in questo meeting sviscereremo tutte le problematiche di comunicazione, proprio perché riteniamo che la maggior parte

degli incidenti che accadono negli ospedali, veri o presunti, dipendono proprio da una cattiva comunicazione all'interno dell'equipe. C'è scarsa comprensione, scarsa collaborazione e su questo dobbiamo lavorare». Dal meeting è atteso anche un documento sulle buone pratiche che l'anestesista rianimatore dovrà rispettare. «Dal Meeting uscirà fuori non uno ma più documenti sulle varie aree di interesse, da discutere con la nostra società scientifica di riferimento che è la Siaarti» conferma Mariangeli. «Portando, perché no, anche delle proposte fattive al ministero della Salute. C'è infatti la necessità di linee guida accreditate che serviranno per definire e determinare la strada giusta del medico diligente rispetto a quello negligente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

 Non è presente ancora una discussione su questo articolo.
 Vuoi inviare un commento?



Elisoccorso, al via il Meeting SAQURE dell'AAROI-EMAC

24 MAGGIO 2018

L'appuntamento è partito oggi, 24 maggio, a Roma. Tra i temi l'HEMS, con approfondimenti sugli eventi critici, sulla sicurezza e qualità degli elicotteri e sui modelli organizzativi

Elisoccorso, eventi critici, sicurezza e qualità degli elicotteri. Ecco uno dei temi del Meeting SAQURE, l'appuntamento organizzato dal Sindacato degli Anestesiisti Rianimatori Italiani (AAROI-EMAC) a Roma dal 24 al 26 Maggio.

Tre giorni pensati per formare i partecipanti su **problematiche contrattuali, ma anche organizzative e strutturali** oltre che relative alla qualità e alla sicurezza dei servizi. Temi concreti che vanno, ad esempio, dal CCNL alla contrattazione decentrata, ma anche relazioni di esperti su come funziona un Ospedale e di che cosa deve occuparsi un Direttore Sanitario o su come funziona una Rete Formativa e come si imposta una gara per le forniture ospedaliere.



AAROI-EMAC
@AaroiEmac



#Roma #24maggio #SAQURE - STOP al Far West. Le regole ci sono, dobbiamo farle rispettare! - Vergallo: Il nostro obiettivo è quello di formare il maggior numero di Iscritti affinché si diffonda la conoscenza delle normative
#AAROIEMAC #Anestesiisti #AnestesiistiRianimatori

17:41 - 24 mag 2018

3 Visualizza altri Tweet di AAROI-EMAC

"Il Sistema Sanitario italiano continua a patire le conseguenze di tagli economici e di deregulation normative e amministrative che lo colpiscono senza alcun riguardo ormai da troppi anni - spiega Alessandro Vergallo, presidente nazionale dell'Associazione -. Tra i progetti politici succedutisi a più riprese per una sua riorganizzazione che ne implementi e ne riqualifichi il valore ed i risultati finora ottenuti a tal fine c'è una distanza che aumenta di giorno in giorno. Negli Ospedali, sia Pubblici sia Privati, la realizzazione degli obiettivi di produttività e di qualità succedutisi nel tempo per rilanciare una Sanità efficiente ed efficace è un percorso ad ostacoli, tanto per i Pazienti quanto per i Professionisti. "Isorisorse" è stato il mantra tossico impostoci dalle strategie politico-economiche di governo del SSN, a livello sia centrale sia locale. Un mantra mendace sin dal suo esordio: le risorse su cui il SSN può contare, infatti, sono sempre più scarse, altro che "iso". Ma gli ostacoli che i Professionisti della Sanità incontrano ogni giorno nel garantire ai Cittadini il pieno diritto alla salute vanno comunque superati. A tal fine, la loro conoscenza del sistema e delle sue regole, con cui devono quindi confrontarsi, è fondamentale e richiede una formazione dedicata. Questo è il motivo fondamentale per cui l'AAROI-EMAC quest'anno ha introdotto nel suo appuntamento annuale di formazione ed aggiornamento professionale sessioni specificatamente dedicate a quest'ambito".



"I Medici devono conoscere le regole alla base di un sistema sanitario organizzato per garantire la sicurezza e la qualità dell'intero percorso assistenziale - spiega **Franco Marinangeli**, Presidente del Meeting -. SAQUIRE vuole essere un momento di riflessione comune in cui discutere i grandi temi organizzativi, e in cui su tali temi si faccia cultura nei confronti di chi è giornalmente in trincea, in prima linea. Riteniamo, infatti, che la conoscenza di simili argomenti possa contribuire a riportare serenità ed equilibrio nei luoghi di lavoro".

Nel Meeting, ampio spazio sarà dedicato ai diversi aspetti relativi alla **Responsabilità Professionale**, in particolare alla luce della recente Legge Gelli-Bianco, con - tra gli altri approfondimenti - **una simulazione di un contenzioso medico legale nei confronti di un Anestesista Rianimatore** con la presenza di Avvocati e Consulenti Tecnici.

Si farà anche il **punto sulle maxi-emergenze, con la presenza di rappresentanti del CNSAS** e sull'**Elisoccorso in Italia**, con approfondimenti sugli eventi critici, sulla sicurezza e qualità degli elicotteri e sui modelli organizzativi.

Inoltre, nel Meeting esordirà una sessione sulla Comunicazione, sia tra Medico e Paziente sia all'interno dell'équipe professionale, con un focus dedicato alla Comunicazione Digitale.

Si svolgerà, infine, sabato mattina l'evento dedicato al "Biotestamento dopo la Legge 219/2017" in cui, tra gli altri, saranno presenti **Amato De Monte, Beppe Englaro e Maria Antonietta Farina Coscioni**.

Nello stesso giorno verrà affrontato un altro tema di estrema attualità, con l'approfondimento sul "Buon uso del sangue", in cui è prevista una relazione dedicata alla **gestione del Paziente Testimone di Geova**.



Roma, 24 maggio 2018 - Analisi del CCNL e possibili prospettive, focus sulla contrattazione decentrata e sulle regole per una corretta applicazione delle norme contrattuali, in correlazione al rilancio della Scuola Sindacale per gli Iscritti, che ha visto numerosi partecipanti in occasione degli ultimi incontri già svoltisi in Calabria e a Roma. Su questi temi si è aperto oggi SAQURE, il Meeting organizzato dall'AAROI-EMAC che è in corso a Roma fino al 26 maggio.

“Il nostro obiettivo come Sindacato degli Anestesiisti Rianimatori è quello di formare il maggior numero di Iscritti, non solo chi riveste un ruolo sindacale, affinché si diffonda la conoscenza delle normative - afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale dell'Associazione - Esistono regole scritte a chiare lettere a cui non abbiamo alcuna intenzione di rinunciare e che tutti dovrebbero conoscere per evitare che vengano violate, come purtroppo accade fin troppo spesso in troppi Ospedali. Le conseguenze sono pesanti per chi lavora in una situazione di deregulation, ma possono diventarlo anche sotto il profilo assistenziale, a scapito dei nostri Pazienti”.

La situazione, d'altra parte, è quanto mai difficile. Secondo un censimento realizzato dall'Associazione nel 2016, su 162 Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, relative ad altrettanti Presidi Ospedalieri distribuiti in tutto il territorio nazionale, il totale di ferie arretrate ammontava ad oltre 100.000 giorni a cui si aggiungevano 300.000 ore di straordinario non riconosciuto.

Il monitoraggio rivelava, inoltre, che su 100 donne in congedo di maternità, soltanto 30 erano state sostituite. Risultava anche che, nei 162 Presidi Ospedalieri, a fronte di un organico previsto a regime di 3345 Anestesiisti Rianimatori erano realmente in attività 3.095.

Situazione che ad oggi è peggiorata. L'attuale carenza di oltre 4000 Anestesiisti Rianimatori, che sta mettendo a rischio i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), non dipende soltanto da un problema di assunzioni, ma dalla carenza di Medici specialisti in questa disciplina a causa di una mancata definizione dei reali fabbisogni.

“Lavoriamo sotto organico da decenni - commenta Marco Chiarello, Presidente AAROI-EMAC Marche e Coordinatore della Commissione Contratto dell'Associazione - con contratti precari da anni, con turni massacranti e con ore di lavoro eccedenti, congelate in attesa di una loro eventuale valutazione economica. Lo stress in Ospedale è dilagante anche per la mancata applicazione delle norme europee in tema di riposi settimanali e turni di lavoro. Il tutto nell'assenza totale di supporto da parte delle Direzioni, guidate solo dal raggiungimento di un pareggio economico ottenuto a forza di tagli, mentre si verificano violazioni contrattuali continue basate su relazioni sindacali non corrette, convocazioni ottenute dopo sentenze di tribunali del lavoro, calcoli sbagliati dei fondi contrattuali aziendali. Criticità a cui si aggiungono coperture assistenziali fantomatiche basate su pronte disponibilità (reperibilità) illegali al posto di guardie deputate all'emergenza”.

“In un Paese civile - prosegue Chiarello - non dovremmo nemmeno chiedere di essere messi in condizioni ottimali per salvare vite, perché di questo parliamo. Se una Guardia di Anestesia viene sostituita dalla reperibilità del Medico deputato alla gestione delle emergenze, si mette a rischio la vita dei Cittadini”.

Per rendere quanto più possibile concreto e costante l'obiettivo formativo, è già in via di sperimentazione in Calabria una calendarizzazione mensile della Scuola di formazione AAROI-EMAC sui Diritti e sui Doveri del Medico Ospedaliero, che riunisce mensilmente tutti i Rappresentati Aziendali della Regione per analizzare tematiche specifiche e fare in modo che - a cascata - le informazioni arrivino a tutti gli Iscritti, anche attraverso le assemblee nei luoghi di lavoro previste dal CCNL.

“La Scuola rappresenta un'evoluzione delle Giornate di Orientamento Sindacale che da anni l'Associazione organizza nelle diverse Regioni - spiega Domenico Minniti, Presidente AAROI-EMAC Calabria ed anch'egli in staff alla Commissione Contratto - Il progetto prevede un percorso formativo articolato in lezioni vere e proprie che seguono un programma improntato sulla normativa, sulla contrattazione, ma anche su aspetti manageriali che per forza di cose i Dirigenti Ospedalieri, in quanto tali, devono conoscere. La mancanza di uniformità interpretativa e, soprattutto, un diffuso 'fai da te' basato troppo spesso sulle proprie opinioni o, peggio, sulle consuetudini del luogo rappresentano, invece, un rischio che si può evitare proprio attraverso la conoscenza. Non dimentichiamo, infatti, che la conoscenza è potere!”.



Roma, 24 maggio 2018 - “Bisogna fare cultura su chi, come noi anestesisti rianimatori, si trova tutti i giorni in trincea di fronte a decisioni da prendere nell’immediato. Siamo noi a dover stabilire se fare o non fare una trasfusione ad un paziente testimone di Geova, oppure se staccare o meno la spina ad un altro che si trova magari nelle stesse condizioni di Dj Fabo. E mentre i tribunali spesso impiegano anni per giudicare le nostre azioni, noi siamo obbligati a decidere il meglio per i nostri pazienti in una manciata di secondi”.

A parlare è il prof. Franco Marinangeli, direttore dell’Istituto di Anestesia e Rianimazione dell’Università dell’Aquila, intervistato in occasione del Meeting di formazione e aggiornamento (di cui sarà presidente) dal titolo ‘SAQURE’ (SAfety, QUality, RELiability), organizzato dal sindacato degli anestesisti e rianimatori italiani dell’Aaroi Emac. L’evento si svolgerà nella Capitale da oggi al 26 maggio, al Roma Eventi – Fontana di Trevi (in piazza della Pilotta).

C’è poca informazione sugli anestesisti rianimatori, spesso invisibili perché ‘nascosti’ nelle sale operatorie o nelle terapie intensive. Ma anche i medici ne sanno poco della vostra professione... È così?
“Sì. Da anestesista rianimatore ritengo ci sia ancora poca informazione sul nostro lavoro anche all’interno degli ospedali e della sanità in generale. Eppure abbiamo un ruolo chiave per la sicurezza dei pazienti, soprattutto all’interno dei blocchi operatori, e offriamo un servizio agli stessi chirurghi. Esiste un problema di cultura”.



Prof. Franco Marinangeli

Esistono due ambiti, però, per i quali gli anestesisti rianimatori sono più visibili e apprezzati all'esterno: quello della terapia del dolore e delle cure palliative e quello dell'emergenza sanitaria sul territorio...

“Al Meeting parleremo infatti anche di questo. Ma vorrei aprire una parentesi sui colleghi che svolgono servizio di elisoccorso: mentre nei 118 ci sono medici di varia estrazione, sugli elicotteri quasi il 90% dei camici bianchi sono anestesisti rianimatori. Per questo negli ultimi tempi abbiamo investito risorse in questo settore e a ‘SAQURE’ ci sarà una presenza importante di ingegneri dell’Augusta Westland, con cui stiamo collaborando per elaborare percorsi che migliorino la sicurezza sia dei mezzi sia dell’organizzazione dell’elisoccorso”.

È anche questo il motivo per cui tenete molto al servizio di elisoccorso?

“Esattamente: l’elisoccorso è la punta di diamante dell’emergenza. Ma purtroppo frequentemente avvengono incidenti aerei in cui sono coinvolti i sanitari, almeno uno all’anno; l’ultimo è avvenuto lo scorso anno in Abruzzo e durante l’impatto hanno perso la vita sei persone, tra cui appunto un collega. Al Meeting sarà con noi anche il dott. Alberto Zoli, direttore generale dell’Aereu Lombardia (l’Azienda regionale Emergenza-Urgenza), che nella sua regione ha creato un modello di efficienza preso ad esempio dentro e oltre i confini nazionali”.

Ma quali sono le difficoltà a cui gli anestesisti rianimatori vanno più spesso incontro?

“La principale difficoltà è quella organizzativa, ma il vero neo rimane la cattiva o mancata comunicazione tra le parti, cioè tra l’anestesista e il medico o tra l’anestesista e il paziente, da cui derivano molte dei contenziosi medico-legali. Spesso si sente parlare di responsabilità di equipe e in questo meeting sviscereremo tutte le problematiche di comunicazione, proprio perché riteniamo che la maggior parte degli incidenti che accadono negli ospedali, veri o presunti, dipendono proprio da una cattiva comunicazione all’interno dell’equipe. C’è scarsa comprensione, scarsa collaborazione e su questo dobbiamo lavorare”.

Conoscere il sistema e le regole per garantire qualità e sicurezza, è un po’ il messaggio che il Meeting ‘SAQURE’ vuole trasmettere. Può farci però un esempio concreto sui rischi di una cattiva comunicazione?

“Una cattiva comunicazione, banalmente, potrebbe portare un medico a fare un errore di compilazione

della cartella clinica. E in questo Meeting non ci nasconderemo dietro a nulla, anzi, partiremo da uno studio che abbiamo condotto nel triennio 2014-2016 sulle problematiche medico-legali in anestesia e rianimazione. Il campione coinvolto è quello degli iscritti all’Aaroi Emac, cioè 10.500 anestesisti rianimatori sui 15mila totali italiani, mentre gli ospedali sono circa 1.000 tra pubblici, privati e convenzionati tra nord, centro e sud Italia. Un campione di tutto rispetto, insomma, anzi il più grande al mondo per questo tipo di studio, grazie al quale oggi sappiamo quali sono le fasi dell’anestesia in cui si sono verificati la maggior parte degli incidenti e quali le problematiche in terapia intensiva che hanno più spesso portato a contenzioso. Abbiamo fatto inoltre l’identikit dell’anestesista indagato, andando a verificare se potevano esserci cause legate all’esperienza professionale, oltre che alla grandezza degli ospedali, per cercare di migliorare l’intero sistema. Abbiamo quindi utilizzato il sistema assicurativo (lo stesso per tutti gli iscritti al sindacato) e i dati come se fossero indicatori indiretti di qualità. Da qui riusciamo anche a capire dove è importante fare formazione, che non va fatta a pioggia, ma rispettando le reali necessità, che per quanto ci riguarda è in primis la sicurezza del malato”.

Dalla gestione dell'emergenza alla responsabilità professionale con la legge Gelli, fino alla norma sul Biotestamento, tanti saranno gli argomenti affrontati durante il Meeting 'SAQURE'...

“Proprio così: al Meeting metteremo in evidenza gli anelli deboli che riguardano la nostra professione e su quelli inizieremo a lavorare. La legge Gelli certamente riguarda tutti i medici, ma forse a noi ci tocca più direttamente. Colgo l’occasione per ricordare che nei casi di malasanità, il più delle volte, noi veniamo indagati ma non condannati. E parliamo di oltre il 90% dei casi. Poi c’è la legge sul Biotestamento, verso la quale abbiamo un interesse particolare: pensiamo al fine vita in rianimazione oppure a quello negli hospice, dove siamo presenti in tantissimi. A ‘SAQURE’ sarà presente anche Amato De Monte, il medico anestesista che fu imputato per avere staccato la spina ad Eluana Englaro”.

Dal Meeting uscirà anche un documento sulle buone pratiche o delle linee guida che l'anestesista rianimatore dovrà da rispettare?

“Certamente sì. Abbiamo molto da dire sul buon funzionamento degli ospedali e ne siamo il cuore pulsante. Dal Meeting uscirà fuori non uno ma più documenti sulle varie aree di interesse, da discutere con la nostra società scientifica di riferimento che è la SIAARTI. Portando, perché no, anche delle proposte fattive al Ministero della Salute. C’è infatti la necessità di linee guida accreditate che serviranno per definire e determinare la strada giusta del medico diligente rispetto a quello negligente”.



Il tavolo dell'Elisoccorso: a Roma il meeting AAROI-EMAC

25 MAGGIO 2018

Organizzazione, formazione, sicurezza e certificazione dei medici HEMS: al via a Roma il tavolo italiano. Franco Marinangeli: "Puntiamo a nuovi standard di formazione e di organizzazione"

Organizzazione, formazione, sicurezza e certificazione dei medici HEMS: il tavolo dell'**Elisoccorso** italiano inizia a prendere forma. Con questi obiettivi si è svolta la prima sessione a tema **HEMS** di venerdì 25 maggio al **Meeting SAQURE**, l'appuntamento organizzato dal **Sindacato degli Anestesiisti Rianimatori Italiani (AAROI-EMAC)** in programma a Roma fino al 26 Maggio.

"Crediamo – spiega a Helipress il Presidente del Meeting, **Franco Marinangeli** – che serva una riflessione comune tra tecnici e medici che operano nell'**Elisoccorso**". Nella prima fase della sessione, intitolata "**Elisoccorso in sicurezza: requisiti e ruolo del medico nell'HEMS team**", i temi affrontati hanno riguardato gli incidenti critici, i modelli di organizzazione dell'**Elisoccorso** e la certificazione del medico di emergenza".



"È importante – continua Marinangeli – parlare delle **competenze del medico che lavora in Elisoccorso**. Stiamo lavorando, come AAROI-EMAC, in collaborazione con la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (**SIAARTI**), in un tavolo tecnico che ha come obiettivo la produzione di **standard di formazione e di organizzazione** per i medici impegnati nell'**HEMS**".

A chiudere la sessione, una riflessione sulla **sicurezza** degli elicotteri per l'Elisoccorso attuale e futuro e sul ruolo dell'Anestesista Rianimatore.

IL MEETING SAQURE

Il Meeting SAQURE, che si chiuderà sabato 26 maggio, è formato da una serie di appuntamenti mirati a formare i partecipanti su problematiche contrattuali, ma anche organizzative e strutturali oltre che relative alla qualità e alla sicurezza dei servizi.

Temi concreti che hanno spaziato, ad esempio, dal CCNL alla contrattazione decentrata, ma anche relazioni di esperti su come funziona un Ospedale e di che cosa deve occuparsi un Direttore Sanitario o su come funziona una Rete Formativa e come si imposta una gara per le forniture ospedaliere.

[Privacy](#)

politicamentecorretto.com

direttore responsabile Salvatore Viglia

**Data ed ora di accesso alla pagina**

5/6/2018 - 11:54

Aaroi Emac: "Noi anestesisti in trincea, decidiamo il meglio in una manciata di secondi"

Riceviamo e pubblichiamo on 24 Maggio, 2018 20:51:12 | 96 numero letture

Nessuna novita' per questo articolo

ROMA – ‘Bisogna fare cultura su chi, come noi anestesisti rianimatori, si trova tutti i giorni in trincea di fronte a decisioni da prendere nell’immediato. Siamo noi a dover stabilire se fare o non fare una trasfusione ad un paziente testimone di Geova, oppure se staccare o meno la spina ad un altro che si trova magari nelle stesse condizioni di Dj Fabo. E mentre i tribunali spesso impiegano anni per giudicare le nostre azioni, noi siamo obbligati a decidere il meglio per i nostri pazienti in una manciata di secondi’. A parlare è il professor Franco Mariangeli, direttore dell’Istituto di Anestesia e Rianimazione dell’Università dell’Aquila, intervistato in occasione del Meeting di formazione e aggiornamento (di cui sarà presidente) dal titolo ‘Saquire’ (SAfety, QUality, RELiability), organizzato dal sindacato degli anestesisti e rianimatori italiani dell’Aaroi Emac. L’evento si svolgerà nella Capitale da oggi al 26 maggio, al Roma Eventi – Fontana di Trevi (in piazza della Pilotta).

– C’è poca informazione sugli anestesisti rianimatori, spesso invisibili perché ‘nascosti’ nelle sale operatorie o nelle terapie intensive. Ma anche i medici ne sanno poco della vostra professione... È così?

‘Sì. Da anestesista rianimatore ritengo ci sia ancora poca informazione sul nostro lavoro anche all’interno degli ospedali e della sanità in generale. Eppure abbiamo un ruolo chiave per la sicurezza dei pazienti, soprattutto all’interno dei blocchi operatori, e offriamo un servizio agli stessi chirurghi. Esiste un problema di cultura’.

– Esistono due ambiti, però, per i quali gli anestesisti rianimatori sono più visibili e apprezzati all’esterno: quello della terapia del dolore e delle cure palliative e quello dell’emergenza sanitaria sul territorio...

‘Al Meeting parleremo infatti anche di questo. Ma vorrei aprire una parentesi sui colleghi che svolgono servizio di elisoccorso: mentre nei 118 ci sono medici di varia estrazione, sugli elicotteri quasi il 90% dei

camici bianchi sono anestesisti rianimatori. Per questo negli ultimi tempi abbiamo investito risorse in questo settore e a 'Saquire' ci sarà una presenza importante di ingegneri dell'Augusta Westland, con cui stiamo collaborando per elaborare percorsi che migliorino la sicurezza sia dei mezzi sia dell'organizzazione dell'elisoccorso'.

– È anche questo il motivo per cui tenete molto al servizio di elisoccorso?

‘Esattamente: l’elisoccorso è la punta di diamante dell’emergenza. Ma purtroppo frequentemente avvengono incidenti aerei in cui sono coinvolti i sanitari, almeno uno all’anno; l’ultimo è avvenuto lo scorso anno in Abruzzo e durante l’impatto hanno perso la vita sei persone, tra cui appunto un collega. Al Meeting sarà con noi anche il dottor Alberto Zoli, direttore generale dell’Aereu Lombardia (l’Azienda regionale Emergenza-Urgenza), che nella sua regione ha creato un modello di efficienza preso ad esempio dentro e oltre i confini nazionali’.

– Ma quali sono le difficoltà a cui gli anestesisti rianimatori vanno più spesso incontro?

‘La principale difficoltà è quella organizzativa, ma il vero neo rimane la cattiva o mancata comunicazione tra le parti, cioè tra l’anestesista e il medico o tra l’anestesista e il paziente, da cui derivano molte dei contenziosi medico-legali. Spesso si sente parlare di responsabilità di equipe e in questo meeting sviscereremo tutte le problematiche di comunicazione, proprio perché riteniamo che la maggior parte degli incidenti che accadono negli ospedali, veri o presunti, dipendono proprio da una cattiva comunicazione all’interno dell’equipe. C’è scarsa comprensione, scarsa collaborazione e su questo dobbiamo lavorare’.

– Conoscere il sistema e le regole per garantire qualità e sicurezza, è un po’ il messaggio che il Meeting ‘Saquire’ vuole trasmettere. Può farci però un esempio concreto sui rischi di una cattiva comunicazione?

‘Una cattiva comunicazione, banalmente, potrebbe portare un medico a fare un errore di compilazione della cartella clinica. E in questo Meeting non ci nasconderemo dietro a nulla, anzi, partiremo da uno studio che abbiamo condotto nel triennio 2014-2016 sulle problematiche medico-legali in anestesia e rianimazione. Il campione coinvolto è quello degli iscritti all’Aaroi Emac, cioè 10.500 anestesisti rianimatori sui 15mila totali italiani, mentre gli ospedali sono circa 1000 tra pubblici, privati e convenzionati tra nord, centro e sud Italia. Un campione di tutto rispetto, insomma, anzi il più grande al mondo per questo tipo di studio, grazie al quale oggi sappiamo quali sono le fasi dell’anestesia in cui si sono verificati la maggior parte degli incidenti e quali le problematiche in terapia intensiva che hanno più spesso portato a contenzioso. Abbiamo fatto inoltre l’identikit dell’anestesista indagato, andando a verificare se potevano esserci cause legate all’esperienza professionale, oltre che alla grandezza degli ospedali, per cercare di migliorare l’intero sistema. Abbiamo quindi utilizzato il sistema assicurativo (lo stesso per tutti gli iscritti al sindacato) e i dati come se fossero indicatori indiretti di qualità. Da qui riusciamo anche a capire dove è importante fare formazione, che non va fatta a pioggia, ma rispettando le reali necessità, che per quanto ci riguarda è in primis la sicurezza del malato’.

– Dalla gestione dell’emergenza alla responsabilità professionale con la legge Gelli, fino alla norma sul Biotestamento, tanti saranno gli argomenti affrontati durante il Meeting ‘Saquire’...

‘Proprio così: al Meeting metteremo in evidenza gli anelli deboli che riguardano la nostra professione e su quelli inizieremo a lavorare. La legge Gelli certamente riguarda tutti i medici, ma forse a noi ci tocca più direttamente. Colgo l’occasione per ricordare che nei casi di malasanità, il più delle volte, noi veniamo indagati ma non condannati. E parliamo di oltre il 90% dei casi. Poi c’è la legge sul Biotestamento, verso la quale abbiamo un interesse particolare: pensiamo al fine vita in rianimazione oppure a quello negli hospice,

dove siamo presenti in tantissimi. A 'Saquire' sarà presente anche Amato De Monte, il medico anestesista che fu imputato per avere staccato la spina ad Eluana Englaro'.

– Dal Meeting uscirà anche un documento sulle buone pratiche o delle linee guida che l'anestesista rianimatore dovrà da rispettare?

‘Certamente sì. Abbiamo molto da dire sul buon funzionamento degli ospedali e ne siamo il cuore pulsante. Dal Meeting uscirà fuori non uno ma più documenti sulle varie aree di interesse, da discutere con la nostra società scientifica di riferimento che è la Siaarti. Portando, perché no, anche delle proposte fattive al ministero della Salute. C'è infatti la necessità di linee guida accreditate che serviranno per definire e determinare la strada giusta del medico diligente rispetto a quello negligente'.

 **Commenti (0 inviato)**



Il video servizio al link:
[http://www.dire.it/wp-content/uploads/2018/05/aaroi_emac_videoservizio3.mp4?_=1](http://www.dire.it/wp-content/uploads/2018/05/aaroi_emac_videoservizio3.mp4?_=)

ROMA – Analisi del Ccnl e possibili prospettive, focus sulla contrattazione decentrata e sulle regole per una corretta applicazione delle norme contrattuali, in correlazione al rilancio della Scuola Sindacale per gli Iscritti, che ha visto numerosi partecipanti in occasione degli ultimi incontri già svoltisi in Calabria e a Roma. Su questi temi si è aperto oggi Saquire, **il Meeting organizzato dall'Aaroi-Emac che è in corso a Roma fino al 26 Maggio**. "Il nostro obiettivo come Sindacato degli Anestesisti Rianimatori è quello di formare il maggior numero di Iscritti, non solo chi riveste un ruolo sindacale, affinché si diffonda la conoscenza delle normative- afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale dell'Associazione- Esistono regole scritte a chiare lettere a cui non abbiamo alcuna intenzione di rinunciare e che tutti dovrebbero conoscere per evitare che vengano violate, come purtroppo accade fin troppo spesso in troppi Ospedali. Le conseguenze sono pesanti per chi lavora in una situazione di deregulation, ma possono diventarlo anche sotto il profilo assistenziale, a scapito dei nostri Pazienti". La situazione, d'altra parte, è quanto mai difficile. Secondo un censimento realizzato dall'Associazione nel 2016, su 162 Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, relative ad altrettanti Presidi Ospedalieri distribuiti in tutto il territorio nazionale, il totale di ferie arretrate ammontava ad oltre 100.000 giorni a cui si aggiungevano 300.000 ore di straordinario non riconosciuto. Il monitoraggio rivelava, inoltre, che su 100 donne in congedo di maternità, soltanto 30 erano state sostituite.

Risultava anche che, nei 162 Presidi Ospedalieri, a fronte di un organico previsto a regime di 3345 Anestesisti Rianimatori erano realmente in attività 3095. Situazione che ad oggi è peggiorata. L'attuale carenza di oltre 4000 Anestesisti Rianimatori, che sta mettendo a rischio i Lea (Livelli Essenziali di Assistenza), non dipende soltanto da un problema di assunzioni, ma dalla carenza di Medici specialisti in questa disciplina a causa di una mancata definizione dei reali fabbisogni. Così in un comunicato l'Aaroi-Emac. "Lavoriamo sotto organico da decenni- commenta Marco Chiarello, Presidente Aaroi-Emac Marche e Coordinatore della Commissione Contratto dell'Associazione- con contratti precari da anni, con turni massacranti e con ore di lavoro eccedenti, congelate in attesa di una loro eventuale valutazione economica. Lo stress in Ospedale è dilagante anche per la mancata applicazione delle norme europee in tema di riposi settimanali e turni di lavoro. Il tutto nell'assenza totale di supporto da parte delle Direzioni, guidate solo dal raggiungimento di un pareggio economico ottenuto a forza di tagli, mentre si verificano violazioni contrattuali continue basate su relazioni sindacali non corrette, convocazioni ottenute dopo sentenze di tribunali del lavoro, calcoli sbagliati dei fondi contrattuali aziendali. Criticità a cui si aggiungono coperture assistenziali fantomatiche basate su pronte disponibilità (reperibilità) illegali al posto di guardie deputate all'emergenza. In un Paese civile non dovremmo nemmeno chiedere di essere messi in condizioni ottimali per salvare vite, perché di questo parliamo. Se una Guardia di Anestesia viene sostituita dalla reperibilità del Medico deputato alla gestione delle emergenze, si mette a rischio la vita dei Cittadini".

Per rendere quanto più possibile concreto e costante l'obiettivo formativo, è già in via di sperimentazione in Calabria una calendarizzazione mensile della Scuola di formazione Aaroi-Emac sui Diritti e sui Doveri del Medico Ospedaliero, che riunisce mensilmente tutti i Rappresentati Aziendali della Regione per analizzare tematiche specifiche e fare in modo che- a cascata- le informazioni arrivino a tutti gli Iscritti, anche attraverso le assemblee nei luoghi di lavoro previste dal Ccnl. "La Scuola rappresenta un'evoluzione delle Giornate di Orientamento Sindacale che da anni l'Associazione organizza nelle diverse Regioni- spiega Domenico Minniti, Presidente Aaroi-Emac Calabria ed anch'egli in staff alla Commissione Contratto- Il progetto prevede un percorso formativo articolato in lezioni vere e proprie che seguono un programma improntato sulla normativa, sulla contrattazione, ma anche su aspetti manageriali che per forza di cose i Dirigenti Ospedalieri, in quanto tali, devono conoscere. La mancanza di uniformità interpretativa e, soprattutto, un diffuso 'fai da te' basato troppo spesso sulle proprie opinioni o, peggio, sulle consuetudini del luogo rappresentano, invece, un rischio che si può evitare proprio attraverso la conoscenza. Non dimentichiamo, infatti, che la conoscenza è potere!".

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Formazione sindacale, Aaroi Emac: Stop al Far West. Le regole ci sono, dobbiamo solo farle rispettare

panoramasanita.it/2018/05/25/formazione-sindacale-aaroi-emac-stop-al-far-west-le-regole-ci-sono-dobbiamo-solo-farle-rispettare/

0
0
0
0
0



Analisi del Ccnl e possibili prospettive, focus sulla contrattazione decentrata e sulle regole per una corretta applicazione delle norme contrattuali, in correlazione al rilancio della Scuola Sindacale per gli Iscritti, che ha visto numerosi partecipanti in occasione degli ultimi incontri già svoltisi in Calabria e a Roma. Su questi temi si è aperto ieri Saquire, il Meeting organizzato dall'Aaroi-Emac che è in corso a Roma fino al 26 Maggio. «Il nostro obiettivo come Sindacato degli Anestesisti Rianimatori è quello di formare il maggior numero di Iscritti, non solo chi riveste un ruolo sindacale, affinché si diffonda la conoscenza delle normative – afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale dell'Associazione -. Esistono regole scritte a chiare lettere a cui non abbiamo alcuna intenzione di rinunciare e che tutti dovrebbero conoscere per evitare che vengano violate, come purtroppo accade fin troppo spesso in troppi Ospedali. Le conseguenze sono pesanti per chi lavora in una situazione di deregulation, ma possono diventarlo anche sotto il profilo assistenziale, a scapito dei nostri Pazienti». «La situazione, d'altra parte» sottolinea l'Aaroi Emac, «è quanto mai difficile. Secondo un censimento realizzato dall'Associazione nel 2016, su 162 Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, relative ad altrettanti Presidi Ospedalieri distribuiti in tutto il territorio nazionale, il totale di ferie arretrate ammontava ad oltre 100.000 giorni a cui si aggiungevano 300.000 ore di straordinario non riconosciuto. Il monitoraggio rivelava, inoltre, che su 100 donne in congedo di maternità, soltanto 30 erano state sostituite. Risultava anche che, nei 162 Presidi Ospedalieri, a fronte di un organico previsto a regime di 3345 Anestesisti Rianimatori erano realmente in attività 3095. Situazione che ad oggi è peggiorata. L'attuale carenza di oltre 4000 Anestesisti Rianimatori, che sta mettendo a rischio i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), non dipende soltanto da un problema di assunzioni, ma dalla carenza di Medici specialisti in questa disciplina a causa di una mancata definizione dei reali Fabbisogni». «Lavoriamo sotto organico da decenni – commenta Marco Chiarello, Presidente Aaroi-Emac Marche e Coordinatore della Commissione Contratto dell'Associazione -, con contratti precari da anni, con turni massacranti e con ore di lavoro eccedenti, congelate in attesa di una loro

eventuale valutazione economica. Lo stress in Ospedale è dilagante anche per la mancata applicazione delle norme europee in tema di riposi settimanali e turni di lavoro. Il tutto nell'assenza totale di supporto da parte delle Direzioni, guidate solo dal raggiungimento di un pareggio economico ottenuto a forza di tagli, mentre si verificano violazioni contrattuali continue basate su relazioni sindacali non corrette, convocazioni ottenute dopo sentenze di tribunali del lavoro, calcoli sbagliati dei fondi contrattuali aziendali. Criticità a cui si aggiungono coperture assistenziali fantomatiche basate su pronte disponibilità (reperibilità) illegali al posto di guardie deputate all'emergenza. In un Paese civile – prosegue Chiarello – non dovremmo nemmeno chiedere di essere messi in condizioni ottimali per salvare vite, perché di questo parliamo. Se una Guardia di Anestesia viene sostituita dalla reperibilità del Medico deputato alla gestione delle emergenze, si mette a rischio la vita dei Cittadini». Per rendere quanto più possibile concreto e costante l'obiettivo formativo, è già in via di sperimentazione in Calabria una calendarizzazione mensile della Scuola di formazione Aaroi-Emac sui Diritti e sui Doveri del Medico Ospedaliero, che riunisce mensilmente tutti i Rappresentati Aziendali della Regione per analizzare tematiche specifiche e fare in modo che – a cascata – le informazioni arrivino a tutti gli Iscritti, anche attraverso le assemblee nei luoghi di lavoro previste dal Ccnl. «La Scuola rappresenta un'evoluzione delle Giornate di Orientamento Sindacale che da anni l'Associazione organizza nelle diverse Regioni – spiega Domenico Minniti, Presidente Aaroi-Emac Calabria ed anch'egli in staff alla Commissione Contratto. Il progetto prevede un percorso formativo articolato in lezioni vere e proprie che seguono un programma improntato sulla normativa, sulla contrattazione, ma anche su aspetti manageriali che per forza di cose i Dirigenti Ospedalieri, in quanto tali, devono conoscere. La mancanza di uniformità interpretativa e, soprattutto, un diffuso "fai da te" basato troppo spesso sulle proprie opinioni o, peggio, sulle consuetudini del luogo rappresentano, invece, un rischio che si può evitare proprio attraverso la conoscenza. Non dimentichiamo, infatti, che la conoscenza è potere!».



Al meeting anestesisti e rianimatori Aaroi-Emac il punto sul Biotestamento

ROMA – 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 di **Saquire**, il Meeting organizzato dall'**Aaroi-Emac** che si è chiuso oggi a Roma. "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 dei 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 questo".

La testimonianza di Beppino Englaro

Nel corso della sessione 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 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 reciproco. 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 chiedi il nostro consenso? **Il medico ha opposto il codice deontologico**. 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 22giorni. Oggi questo diritto viene garantito dalla legge sul Biotestamento'.

De Monte (Azienda Ospedaliera Universitaria di Udine): "Il medico deve rispettare le scelte del paziente"

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".

L'intervento di Maria Antonietta Farina Coscioni

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)".

Il contributo degli esperti in materia di Biotestamento e Bioetica

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**, Professore Ordinario 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 (disposizione anticipata di trattamento). 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 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".

quotidianosanita.it

Sabato 26 MAGGIO 2018

Biotestamento. Il punto degli anestesisti rianimatori sulla legge nel meeting dell'Aaroi-Emac

"Un passo avanti a livello normativo per regolamentare un ambito delicato come il fine vita". Questo in sintesi il giudizio emerso dal meeting Saquire conclusosi oggi a Roma. Gli Anestesisti Rianimatori sono i Medici senza dubbio maggiormente coinvolti e sempre in prima linea nel rapporto con i pazienti e i familiari. Per il presidente del meeting, Franco Mariangeli: "Fissati principi e confini chiari tra trattamento palliativo e astensione dall'accanimento terapeutico".

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 di Saquire, il Meeting organizzato dall'Aaroi-Emac che si è chiuso oggi a Roma.

"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 dei 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 questo".

Nel corso della sessione 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'entrare voi con la mia vita?' – ha raccontato Beppino Englaro, padre di 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 reciproco. 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 chiedi il nostro consenso? Il medico ha opposto codice deontologico. 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 22giorni. 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)".

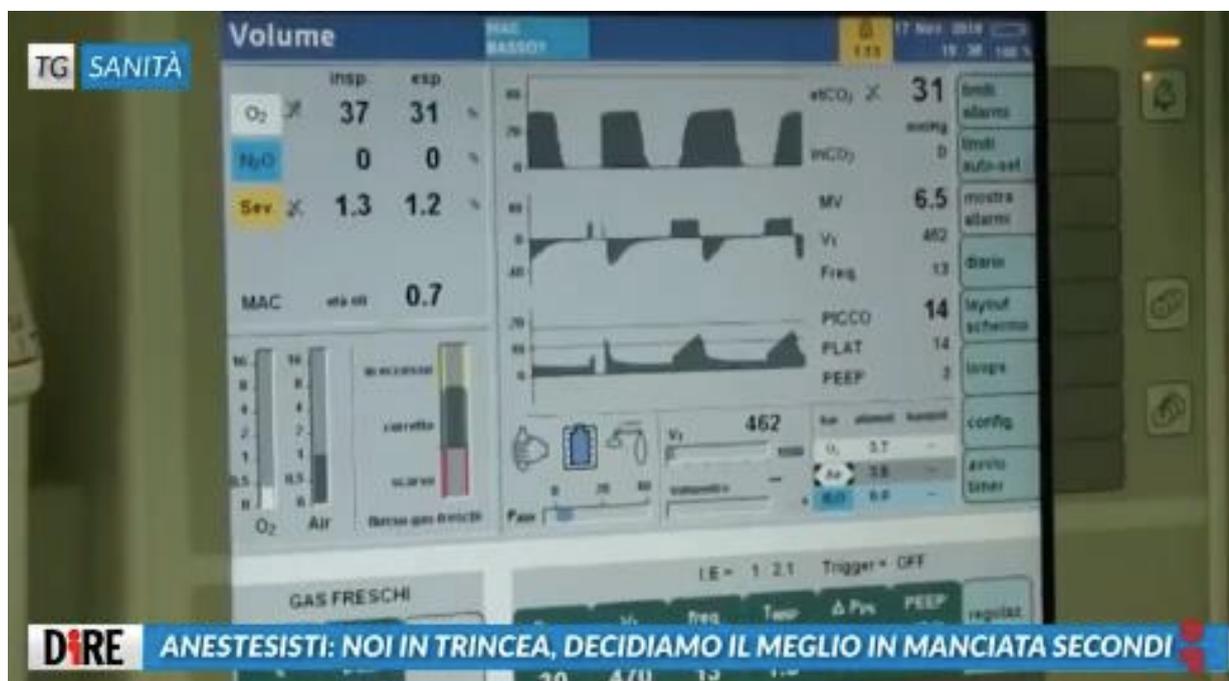
Alla sessione hanno partecipato anche esperti in materia di Biotestamento e Bioetica.

"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**, Professore Ordinario 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 (disposizione anticipata di trattamento). 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 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”.



ANESTESISTI: NOI IN TRINCEA, DECIDIAMO IL MEGLIO IN MANCIATA SECONDI

"Bisogna fare cultura su chi, come noi anestesisti rianimatori, si trova tutti i giorni in trincea di fronte a decisioni da prendere nell'immediato. Siamo noi a dover stabilire se fare o non fare una trasfusione ad un paziente testimone di Geova, oppure se staccare o meno la spina ad un altro che si trova magari nelle stesse condizioni di Dj Fabo". A parlare con l'agenzia Dire è il professor Franco Marinangeli, direttore dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università dell'Aquila, intervistato in occasione del Meeting 'Sature'...

Il servizio al link:

<http://www.dire.it/28-05-2018/206365-arriva-tmb-nuovo-test-per-fotografare-mutazioni-tumori-hiv-un-malato-su-10-non-sa-di-esserlo-in-arrivo-nuovi-farmaci/>

Minuto 3 m 17 s



ROMA – "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**. Mediamente se ne verifica uno all'anno e **l'ultimo schianto di un elicottero e' avvenuto nel 2017 in Abruzzo, a Campo Felice**, in seguito al quale hanno perso la vita sei persone, tra cui anche il medico dell'elicottero". Lo ha affermato **Gianluca Facchetti**, anestesista del soccorso alpino **Cnsas**, intervistato dall'agenzia Dire a Roma in occasione del **Meeting 'Saquire' organizzato dall'Aaroi-Emac**. "Nei 27 incidenti gravi presi in esame- ha proseguito Facchetti- nel 52% dei casi l'elicottero e' caduto perche' ha impattato contro ostacoli (collisioni o cavi) e nel 33% perche' non aveva visibilita' (succede per esempio in caso di 'whiteout', condizione di visibilita' azzerata, appunto, dovuta a condizioni meteo precarie e molta neve, ndr). Questi incidenti hanno portato ad un totale di **59 persone coinvolte**, di cui **37 feriti e 22 morti** (di questi 22, 16 hanno perso la vita durante incidenti causati da mancanza di visibilita' e 6 in quelli causati dall'impatto contro un ostacolo)". "La tecnologia pero' ci viene in aiuto- ha spiegato il dottor Facchetti- Grazie a particolari allestimenti, gli elicotteri possono diventare macchine piu' sicure. Esistono infatti sistemi anticollisione (li abbiamo gia' sulle auto, perche' non averli anche sugli elicotteri?), di identificazione dei cavi (in alcune regioni italiane, come il Trentino Alto Adige, esiste gia' una mappatura completa dei cavi), e strumentazioni che consentono un volo in sicurezza in caso di mancanza di visibilita'. Sul nuovo elicottero dell'elisoccorso dell'Aquila, per esempio, queste nuove strumentazioni di sicurezza gia' ci sono".



E proprio per questo, per migliorare sia la sicurezza sia la performance degli elicotteri che prestano soccorso sanitario, circa due anni fa l'Aaroi-Emac ha stipulato un accordo con la Leonardo elicotteri. "Grazie a questa collaborazione- ha spiegato l'anestesista del soccorso alpino Cnsas- noi medici abbiamo la possibilita' di confrontarci con gli ingegneri che progettano i mezzi. E laddove esiste un confronto e' sempre un qualcosa di positivo, perche' insieme si possono trovare soluzioni migliori a problematiche che da anni affliggono il mondo dell'elisoccorso".

Al Meeting 'Sature' ha partecipato anche **Alberto Zoli**, considerato il 'numero uno' del servizio sanitario di emergenza-urgenza della Lombardia, che a sua volta e' un modello di efficienza studiato e preso ad esempio dentro e oltre i confini nazionali. "La Lombardia- ha commentato quindi Facchetti- e' una delle regioni, ma non l'unica, a stare piu' avanti nell'ambito dell'elisoccorso. Mettere l'esperienza del dottor Zoli a disposizione degli altri sistemi e' comunque estremamente positivo".

L'anestesista del Cnsas, intanto, era presente come medico del soccorso alpino durante la **tragedia di Rigopiano** (in Abruzzo) avvenuta a gennaio dello scorso anno, quando una valanga, a seguito delle scosse di terremoto, travolse l'Hotel causando la morte di 29 persone tra clienti e personale della struttura. Furono 11 i superstiti, alcuni dei quali strappati dopo ore alla trappola di macerie, ghiaccio e neve. Cosi' Facchetti ricorda l'evento: "La tragedia di Rigopiano rappresenta un po' un discorso a parte per la sua eccezionalita'- ha detto Facchetti- per trovare valanghe catastrofiche simili, nel nostro Paese, dobbiamo andare indietro fino alla Prima guerra mondiale". Come tutti i fatti eccezionali, ha raccontato ancora all'agenzia Dire l'anestesista del Cnsas, sono "difficili da gestire dal punto di vista dei soccorsi e in particolar modo dell'elisoccorso. **A Rigopiano le condizioni erano pessime**: era notte, era inverno e nevicava, e non c'era possibilita' di far giungere un elicottero dove serviva. Questo, inevitabilmente, ha significato che i tempi si sono allungati... Basti pensare che gli uomini del soccorso alpino sono potuti arrivare sul posto solo con gli sci il piu' rapidamente possibile, ma comunque sette/otto ore dopo il verificarsi dell'evento. In merito non abbiamo ancora dati scientifici certi, ma senz'altro quest'allungamento dei tempi non ha giovato alla sopravvivenza delle persone che erano ancora vive sotto alle macerie".

Ma come ci si prepara di fronte ad una emergenza/urgenza? "Per il Corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico e' previsto un iter formativo sia di tipo tecnico sia sanitario- ha concluso infine Facchetti- con esercitazioni su montagne, in grotte e nelle forre. La legge riconosce infatti specifiche scuole nazionali, che durano normalmente un minimo di un anno".

Il servizio al link:

http://www.dire.it/wp-content/uploads/2018/05/Facchetti_sito.mp4?_=1



Roma, 28 maggio 2018 - 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 Anestesiisti 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 di SAQURE, il Meeting organizzato dall'AARO I-EMAC che si è chiuso oggi a Roma.

“Si tratta di una tematica fondamentale per gli Anestesiisti 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 dei 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'AARO I-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 questo”.

Nel corso della sessione ci sono stati gli interventi di esperti e testimoni diretti di alcune delle situazioni oggi normate dalla Legge sul Biotestamento.

“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, Anestesista Rianimatore, Direttore di Dipartimento ad Attività Integrata di Anestesia e Rianimazione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Udine - 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”.

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, Professore Ordinario 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 (disposizione anticipata di trattamento). 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 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”.

26
MAC
2018

Il Biotestamento dopo la Legge 219/2017. Opinioni a Confronto

DIBATTITO | - Roma - 08:50 Durata: 4 ore 11 min

A cura di Fabio Arena e Bretema



Organizzatori: Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica



Registrazione video del dibattito dal titolo "Il Biotestamento dopo la Legge 219/2017. Opinioni a Confronto", registrato a Roma sabato 26 maggio 2018 alle ore 08:50.

Dibattito organizzato da Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica.

Sono intervenuti: Franco Marinangeli (direttore dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università dell'Aquila), Felice Eugenio Agrò (responsabile dell'Unità di Anestesia e Rianimazione del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico), Paola Frati (docente di Medicina Legale presso l'Università La Sapienza di Roma), Maria Luisa Borgia (componente del Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa), Amato De Monte (capo dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Civile di Udine), Vittorio Fineschi (direttore del Dipartimento di Medicina Legale dell'Università La Sapienza di Roma), Umberto Lucangelo (direttore sanitario presso Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste), Giuseppina Di Fiore (anestesista presso l'Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione di Enna), Beppino Englaro (presidente dell'Associazione Per Eluana), Maria Antonietta Farina Coscioni (presidente dell'Istituto "Luca Coscioni").

Sono stati discussi i seguenti argomenti: Accanimento Terapeutico, Associazioni, Autodeterminazione, Bioetica, Coscioni, Cure Palliative, Diritti Civili, Englaro, Etica, Eutanasia, Libertà Di Cura, Medici, Medicina, Politica, Salute, Sanità, Suicidio, Testamento Biologico.

La registrazione video di questo dibattito ha una durata di 4 ore e 11 minuti.



SANITÀ. ANESTESISTI, SINISTRI APERTI PASSATI DA 384 DEL 2016 A 603 DEL 2017 PRESENTATI ULTIMI DATI STUDIO AAROI-EMAC SU CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

(DIRE) Roma, 30 mag. - '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, e' 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. (SEGUE)

(Cds/ Dire)
15:13 30-05-18

SANITÀ. ANESTESISTI, SINISTRI APERTI PASSATI DA 384 DEL 2016 A 603 DEL 2017 -2-

(DIRE) Roma, 30 mag. - 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 linea 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 responsabilita' professionale i sinistri aperti dagli Iscritti all'Associazione, e quindi - data l'altissima prevalenza associativa delle categorie di medici che essa rappresenta - piu' 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 particolare modo - in sede civile.(SEGUE)

(Cds/ Dire)

15:13 30-05-18

SANITÀ. ANESTESISTI, SINISTRI APERTI PASSATI DA 384 DEL 2016 A 603 DEL 2017 -4-

(DIRE) Roma, 30 mag. - Comunque, prosegue Vergallo, questo 'ci da' ulteriore impulso ad implementare ulteriormente l'attivit  di monitoraggio dei sinistri, con la conseguente attivita' 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, perche' 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 e' legata anche alla dimensione delle strutture. Mentre al Nord c'e' una prevalenza di strutture medio-grandi (che hanno un'incidenza di sinistri inferiore), al Sud c'e' una maggioranza di strutture piccole con meno di 120 posti letto in cui le denunce sono percentualmente piu' numerose. (SEGUE)

(Cds/ Dire)

15:13 30-05-18

SANITÀ. ANESTESISTI, SINISTRI APERTI PASSATI DA 384 DEL 2016 A 603 DEL 2017 -5-

(DIRE) Roma, 30 mag. - 'Sulla base di queste evidenze - dichiara Franco Marinangeli, Presidente del Meeting SAQURE 2018 - l'AAROI-EMAC insieme ad AON ha gia' 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. Sara' inoltre necessario, per poter pianificare azioni di categoria a difesa di tutti i colleghi, allargare le analisi dei dati, perche' proprio questi dati evidenziano che lavorare in certi ospedali puo' portare piu' 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 attivita' di anestesia e rianimazione in sala operatoria, in terapia intensiva o in altro

reparto. In sala operatoria la responsabilita' e' spesso di e'quipe: gli incidenti possono accadere al momento dell'induzione dell'anestesia, nel suo mantenimento (anche se in questa fase, gli incidenti appaiono piu' spesso legati globalmente all'intervento chirurgico in corso) e nel post-operatorio. Ed e' proprio il post-operatorio ad essere sotto i riflettori dell'Osservatorio AAROI-EMAC, perche' l'obiettivo e' quello di ridurre sempre piu', idealmente fino ad azzerarli, gli eventi avversi occorsi anche e soprattutto in questa fase. 'Attraverso un maggiore controllo del paziente e una piu' efficace comunicazione di equipe - spiega Marinangeli - possiamo ottenere un risultato molto importante verso questo obiettivo'.(SEGUE)

(Cds/ Dire)

15:13 30-05-18

SANITÀ. ANESTESISTI, SINISTRI APERTI PASSATI DA 384 DEL 2016 A 603 DEL 2017 -6-

(DIRE) Roma, 30 mag. - L'analisi dell'eta' dei medici coinvolti rivela come i maggiori esposti sono i professionisti piu' anziani e quelli piu' giovani, questi ultimi piu' spesso operativi in piccole strutture (che come abbiamo visto sono quelle piu' esposte a sinistri e aperture contenzioso). 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 inadempienze 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 (Societa' 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 necessita' di lavorare su tutte le linee di attivita': anestesia, rianimazione, dolore, fine vita, emergenza ed elisoccorso. Siamo gia' 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, Qualita', problematiche medico legali in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore, Cure di fine vita, Emergenza sanitaria'.
(Cds/ Dire)

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

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

panoramasanita.it/2018/05/31/aaroi-emac-la-legge-gelli-bianco-aumenta-la-conflittualita-fra-medici-e-strutture-sanitarie/

0
0
0
0
0



I sinistri aperti sono passati da 384 del 2016 a 603 del 2017.

Presentati gli ultimi dati dello Studio Aaroi Emac sul contenzioso medico-legale.

Sono stati presentati a Saquire 2018, il Meeting organizzato dall'Associazione che si è tenuto a Roma dal 24 al 26 maggio, i dati dell'ultimo 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» afferma Aaroi-Emac «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" prosegue l'Aaroi-Emac "che si è interrotto, in linea 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” spiega l’Aaroi-Emac “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 Saquire 2018 – 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” afferma l’Aaroi-Emac “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 Medici coinvolti” afferma l’Aaroi “rivela come i maggiori esposti sono 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 contenzioso). 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 inadempienze 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 Saquire 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».

quotidianosanita.it

Mercoledì 30 MAGGIO 2018

Contenzioso. “Legge Gelli aumenta la conflittualità fra medici e strutture sanitarie. Sinistri aperti cresciuti del 60%”. Intervista a Vergallo (Aaroi-Emac)

Nel 2017 i sinistri aperti, che possono coinvolgere più professionisti per uno stesso evento avverso, sono passati da 384 del 2016 a 603 nel 2017. Questi i dati dello Studio sul contenzioso sanitario realizzato dall'Osservatorio Permanente Aaroi-Emac. Ne abbiamo parlato con il Presidente degli anestesisti e rianimatori

Brusca frenata del trend positivo sui contenziosi sanitari registrata negli ultimi anni. Dall'applicazione della Legge Gelli-Bianco si assiste, al contrario, a un aumento in vertiginoso della conflittualità fra medici e strutture sanitarie. Nel 2017, infatti, i sinistri aperti, e che possono coinvolgere più professionisti per uno stesso evento avverso, sono aumentati dal 2016 al 2017 del 60%. E i sinistri aumentano vorticosamente non solo in sede penale, ma soprattutto in sede civile.

Sono questi i dati dell'ultimo studio realizzato dall'Osservatorio permanente Aaroi Emac sul contenzioso sanitario, in collaborazione con il Broker assicurativo Aon e presentati al Meeting di SAQURE 2018 (Safety Quality Reliability), che si è tenuto a Roma dal 24 al 26 maggio.

Un Osservatorio, ha spiegato il Presidente Aaroi Emac **Alessandro Vergallo** in questa intervista, che ha consentito all'Associazione dimonitorare anno per anno l'andamento dei sinistri riguardanti la stragrande maggioranza dei medici appartenenti ad una categoria di professionisti definita ed omogenea. “Grazie al nostro osservatorio – ha detto – prendiamo in esame le situazioni relative ai sinistri che possono coinvolgere gli oltre 10mila medici rappresentati dall'Associazione. Con il triennio passato e quello che abbiamo davanti, possiamo disporre di dati che non sono in possesso nemmeno delle Istituzioni di governo del Ssn e con questi dati siamo in grado di monitorare l'andamento del contenzioso, anche in relazione allo spartiacque temporale costituito della Legge Gelli-Bianco n. 24/2017.

Presidente Vergallo, i dati del vostro Osservatorio segnalano un aumento vertiginoso dei contenzioni. Cosa è emerso?

Nel 2017 i sinistri aperti, che possono coinvolgere più professionisti per uno stesso evento avverso, sono passati da 384 del 2016 a 603 nel 2017, con circa il 60% di incremento. Un 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 – che 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, 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, da quanto è entrata in vigore la Legge Gelli-Bianco, i dati raccolti dal nostro Osservatorio evidenziavano un progressivo calo del numero complessivo dei sinistri, 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%.

Insomma la Legge Gelli non ha aiutato a risolvere i contenziosi?

L'applicazione della Legge Gelli-Bianco da parte delle amministrazioni ospedaliere, ha evidenziato un risultato

esattamente contrario agli obiettivi dichiarati dalla norma, mostrando una preoccupante divaricazione, in rapporto ai casi di presunta malpractice, tra la posizione delle strutture sanitarie e quella dei loro medici dipendenti. Significa che dall'entrata in vigore della nuova Legge sulla responsabilità professionale, i sinistri aperti dagli Iscritti all'Associazione e 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, sono aumentati vorticosamente, sia in sede penale, sia in sede civile. Questo dirompente effetto negativo 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'. Significa che per legge è 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.

Quindi che cosa è cambiato dall'entrata in vigore della Legge Gelli?

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. 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. Comunque, questo ci dà un ulteriore impulso ad implementare l'attività di monitoraggio dei sinistri, a continuare l'attività di prevenzione del rischio clinico e degli eventi avversi, attuate con tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento professionale di cui l'Aaroi Emac si fa carico. Iniziative che hanno sicuramente contribuito a determinare una costante riduzione dei sinistri nel triennio 2014-2016, e hanno di certo limitato, perlomeno riducendo gli eventi avversi, la pericolosa escalation del 2017 riguardante i sinistri aperti.

Daniela Robles

La Legge Gelli-Bianco aumenta la conflittualità fra medici e Asl



ANESTESIA E RIANIMAZIONE (ANESTESIA-E-RIANIMAZIONE) | REDAZIONE DOTNET | 30/05/2018 20:03

I sinistri aperti sono passati da 384 del 2016 a 603 del 2017. Presentati gli ultimi dati dello Studio AAROI-EMAC sul contenzioso medico-legale

Sono stati presentati a SAQURE 2018, il Meeting organizzato dall'Associazione che si è tenuto a Roma dal 24 al 26 maggio, i dati dell'ultimo 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 della 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 erogatevi, 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 linea 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 sinistri (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 – 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 Medici coinvolti** rivela come i maggiori esposti sono 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 contenzioso). 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 inadempienze rispetto alla legge 38/2010 (che ha normato il diritto del paziente a ricevere adeguato sollievo dal dolore).

DA NON PERDERE

Contenziosi sanitari in aumento con la Gelli: l'allarme di Aaroi-Emac

In evidenza Medicina Legale News Mag 31, 2018



In una intervista rilasciata a Quotidiano Sanità, il Presidente Aaroi Emac Alessandro Vergallo lancia l'allarme sull'aumento dei sinistri in ambito sanitario post Legge Gelli-Bianco.

Dopo un periodo durante il quale si era registrato un trend sostanzialmente positivo per quel che concerne i contenziosi sanitari, i dati relativi registrati dall'Osservatorio Permanente Aaroi-Emac fotografano una situazione molto più preoccupante.

Nel corso di una intervista rilasciata a Quotidiano Sanità, il Presidente Aaroi Emac Alessandro Vergallo ha riflettuto sul vertiginoso incremento dei contenziosi sanitari **dall'applicazione della Legge Gelli-Bianco**.

ResponsabileCivile.it utilizza cookie, anche di terze parti, per offrire ai suoi lettori servizi e pubblicità personalizzati, in linea con le preferenze di navigazione in rete. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie di ResponsabileCivile.it visita la nostra Cookie Policy. Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso del cookie. Grazie

Ok

Leggi di più

L'Osservatorio negli anni si è dimostrato uno strumento efficacissimo per monitorare l'andamento dei contenziosi sanitari.

“Grazie al nostro osservatorio – ha ammesso Vergallo – prendiamo in esame le situazioni relative ai sinistri che possono coinvolgere gli oltre 10mila medici rappresentati dall'Associazione”.

Questo consente ad Aaroi-Emac di ottenere dati di prima mano, di cui nemmeno il SSN è in possesso. Dati che permettono anche di valutare gli effetti della Legge Gelli-Bianco n. 24/2017.

In particolare nel 2017 i sinistri aperti, sono passati da 384 del 2016 a 603 nel 2017, con circa il 60% di incremento.

Secondo Vergallo, tale incremento “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, 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”.

Ma non è tutto. Vergallo sostiene come fino al 1 aprile 2017 si era invece registrato un progressivo calo del numero complessivo dei sinistri, confermando anche nel primo trimestre 2017 una riduzione del contenzioso.

Dati positivi, che lasciavano ben sperare, con un calo dei contenziosi dal 6,5% al 3,5%.

Dunque, fa notare Vergallo, “l'applicazione della Legge Gelli-Bianco da parte delle amministrazioni ospedaliere, ha evidenziato un risultato esattamente contrario agli obiettivi dichiarati dalla norma”.

In buon sostanza, da quando la Legge Gelli è entrata in vigore, “i sinistri aperti dagli Iscritti all'Associazione e 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, sono aumentati vorticosamente, sia in sede penale, sia in sede civile”.

Ma qual è, secondo Aaroi-Emac, la causa di questo preoccupante aumento dei contenziosi sanitari?

Per Vergallo, questo “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’. Significa che per legge è 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 vero cambiamento, secondo Vergallo, dall'entrata in vigore della Legge è che i tempi ristretti per l'invio di queste comunicazioni, hanno indotto le amministrazioni ospedaliere a adottare un'applicazione irresponsabile di questa norma. Le Corti di merito, all'andando, ne prevedono la potestà di questa pratica di ricorso di ammissione notale in merito all'efficacia della comunicazione.

dei cookie. Grazie

Ok

Leggi di più

Un fatto che spesso coinvolge decine di medici per ogni sinistro. E, a volte, addirittura intere equipe. Situazioni che hanno conseguenze serie per un ospedale.

“Da aprile 2017 – prosegue Vergallo – siamo sommersi da parte delle Aziende di richieste di relazioni scritte su specifici casi clinici”. E il tutto “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”.

Una situazione, quella fotografata dall'osservatorio Aaroi Emac, che porta l'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani a voler comunque implementare la già assidua attività di monitoraggio.

L'obiettivo, infatti, è proprio quello di tenere d'occhio gli effetti sulla sanità italiana della Legge Gelli-Bianco.

E continuare a promuovere delle iniziative volte all'attività di prevenzione del rischio clinico e degli eventi avversi.

Leggi anche:

TRIBUNALE DI FERRARA E MALPRACTICE MEDICA DOPO LA LEGGE GELLI



Salva in pdf



Stampa

© Copyright 2015 - Responsabile Civile - Tutti i diritti riservati.

ResponsabileCivile.it utilizza cookie, anche di terze parti, per offrire ai suoi lettori servizi e pubblicità personalizzati, in linea con le preferenze di navigazione in rete. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie di ResponsabileCivile.it visita le nostre Cookie Policy. Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso

dei cookie. Grazie

Ok

Leggi di più



Sanità, anestesisti: "Sinistri aperti passati da 384 del 2016 a 603 del 2017"

ROMA – 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'.

DAL 2016 AI 2017 INCREMENTO DEL 57%

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 erogatevi, 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.

CON LEGGE GELLI IL TREND IN CALO SI E' ARRESTATO

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 linea 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.

TEMPI STRETTI HANNO PROVOCATO 'TSUNAMI' DI COMUNICAZIONI

'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, prosegue Vergallo, 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**.

PIU' COINVOLTI GLI OSPEDALI PIU' PICCOLI

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.

"AL SUD SIAMO CONTINUAMENTE SOTTO ATTACCO"

'Sulla base di queste evidenze – dichiara **Franco Marinangeli**, presidente del **Meeting SAQURE 2018** – 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 medici coinvolti rivela come i maggiori esposti sono 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 contenzioso). 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 inadempienze 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 ellisoccorso**. 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**'.



Il servizio al link:

http://www.dire.it/wp-content/uploads/2018/06/aaroi-emac.mp4?_=1



TG Sanità al link:

<http://www.dire.it/04-06-2018/208410-elisoccorso-in-italia-27-incidenti-in-20-anni-sclerosi-multipla-da-ue-35-mln-per-progetto-multi-act-su-ricerca/>

Martedì, 05 Giugno 2018, 09.04

Doctor33

POLITICA E SANITÀ

Home / Politica e Sanità / Boom di sinistri dopo legge Gelli. Le Asl li aprono ogni volta che trattano risarcimenti

giu
4
2018

Boom di sinistri dopo legge Gelli. Le Asl li aprono ogni volta che trattano risarcimenti

TAGS: RISARCIMENTO E INDENNIZZO, FEDERICO GELLI, MALPRACTICE, ALESSANDRO VERGALLO, RIFORMA GELLI



Boom di sinistri aperti e potenziali contenziosi per gli anestesisti, e forse non solo per loro. La causa sembra essere la legge Gelli-Bianco, proprio quella che doveva tenere lontane le preoccupazioni a suon di dimostrazioni di aver seguito le linee guida. Invece non sembra così almeno per gli anestesisti: i 10 mila italiani hanno un osservatorio costituito dal sindacato Aaroi-Emac che tiene d'occhio l'andamento delle polizze e i sinistri degli assicurati, inclusi i contenziosi civili e penali che si aprono. Proprio Aaroi con il broker Aon ha presentato a Saquire 18 una ricerca sul trend dei contenziosi 2017, con risultati inquietanti. L'inquadramento dello scorso anno conferma che i primi 3 mesi erano stati "piatti" o anzi con contenziosi in calo: i sinistri erano in calo dal 2010 (quando coinvolgevano il 6,5% degli anestesisti, ora il coinvolgimento era sceso al 3,5%). Dal 1° aprile, data di entrata in vigore della legge Gelli-Bianco il trend si è invertito e c'è un aumento vorticoso di sinistri aperti che coinvolgono i professionisti, anche tanti per uno stesso evento: si è passati da 384 sinistri nel 2016 a 603 del 2017, con un salto del 57%. Il trend denuncia un andamento esattamente contrario dagli obiettivi che la legge 24/17 sulla sicurezza delle cure dichiarava di prefiggersi, almeno per l'anestesista.

Qual è il motivo? L'articolo 13 della legge Gelli-Bianco dice che l'azienda ospedaliera o sanitaria deve comunicare al dipendente che è in corso un contenzioso dove si mette in gioco la sua responsabilità. E lo deve far sapere non solo quando il contenzioso è giudiziario (penale o civile) ma anche quando intraprende trattative stragiudiziali. «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 gli ospedali ad applicare indiscriminatamente la 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», afferma **Alessandro Vergallo** presidente Aaroi Emac. Non solo. «Da aprile 2017 -continua Vergallo- 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». «Aaroi Emac ed Aon hanno avviato un approfondimento che ha l'obiettivo di analizzare i motivi di questa tendenza», dice **Franco Marinangeli**, Presidente del Meeting SAQUIRE 2018 «Cercheremo di capire se le denunce sono fatte per reali motivi o se risentono di motivazioni meramente strumentali ad un fine risarcitorio che prescinde dall'effettivo avvenuto danno per malpractice».

Per pianificare azioni a difesa dei colleghi «sarà inoltre necessario allargare le analisi dei dati», tanto più in quanto si evidenzia che lavorare in ospedali piccoli e del Sud in media è più rischioso. I 1382 sinistri catalogati nel database di oltre 10.500 medici, confermano una maggior incidenza in strutture tra 120 e 500 letti. «Ma facendo riferimento al parametro 'normalizzato' di 1.000 posti letto - evidenzia Marinangeli- risultano più coinvolti sugli 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)». Gli incidenti possono accadere soprattutto in sala operatoria al momento dell'induzione dell'anestesia, nel suo mantenimento e nel post-operatorio. Negli ultimi anni iniziano ad essere coinvolti anestesisti che lavorano nell'ambito della terapia del dolore, esposti a possibili inadempienze rispetto alla legge 38/2010 che ha normato il diritto del paziente a ricevere adeguato sollievo dal dolore.

Mauro Miserendino

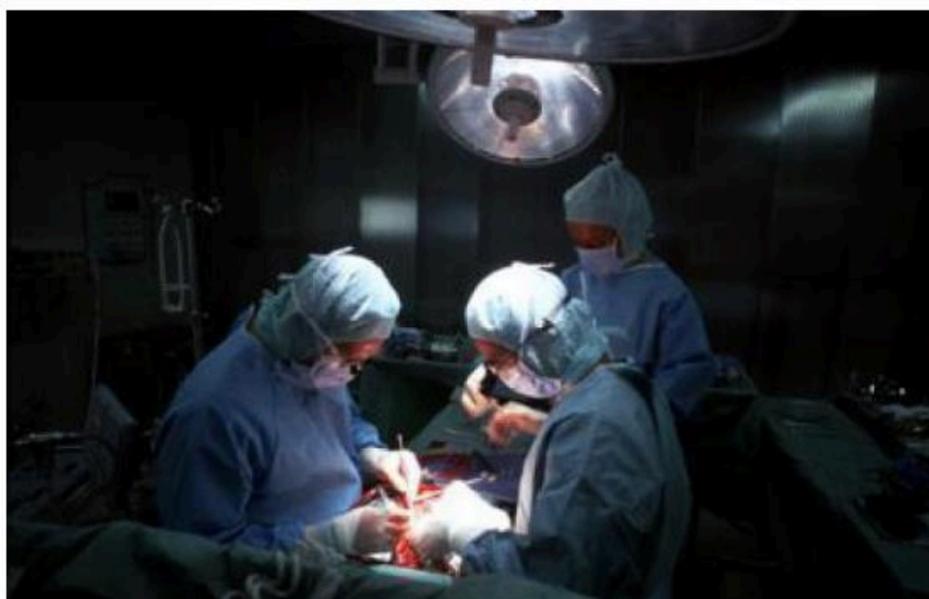
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità: anestesisti, dopo legge Gelli più medici sotto accusa e più stress

05/06/2018 - 16:00

I professionisti coinvolti in 'errori' sono passati da 384 nel 2016 a 603 nel 2017



Roma, 5 giu. (AdnKronos Salute) - Con la legge Gelli non è diminuita la pressione sugli anestesisti per il contenzioso sugli errori medici. Anzi. Pur non essendo aumentati gli 'sbagli', sono quasi raddoppiati i 'denunciati': i sinistri aperti si sono infatti 'gonfiati', passando dai 384 del 2016 ai 603 del 2017, con un +57%. Una situazione che fa crescere anche la conflittualità tra i medici e le aziende. Lo rilevano gli anestesisti dell'Aaroi-Ernac in uno studio realizzato dall'Osservatorio permanente del sindacato sul contenzioso sanitario, in collaborazione con il broker assicurativo Aon e presentato recentemente a Roma. Il problema è legato al coinvolgimento di più medici e operatori in uno stesso 'errore', con conseguenze non trascurabili, oltre che sul profilo assicurativo per il singolo operatore, sulla serenità dei professionisti. Insomma, proprio il contrario - secondo gli anestesisti - di quello che la norma si proponeva.

A creare l'effetto negativo, spiega Alessandro Vergallo, presidente nazionale Aaroi-Ernac, è "un'applicazione aziendale pedissequa e acritica dell'art. 13 della legge Gelli-Bianco, ovvero l'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, pena forti sanzioni, ha indotto gli ospedali a un uso indiscriminato 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, i cui gli effetti sull'aumento del conflitto di interessi tra gli ospedali e i loro medici sarà valutabile solo a partire dalla fine del 2018".

L'Osservatorio Aaroi-Emac, ricorda Vergallo, "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 il sindacato mette a disposizione di tutti gli iscritti sin dal 2003". E la sua importanza "è enorme, in quanto ci consente di monitorare anno per anno l'andamento dei sinistri che riguardano la stragrande maggioranza dei medici appartenenti a una categoria di professionisti precisamente definita e 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".

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 degli anestesisti 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 linea temporale, contestualmente all'applicazione della legge Gelli-Bianco da parte delle amministrazioni ospedaliere. Relativamente al triennio 2014-2016, su 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 (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 le 6 dei grandi ospedali).

Sempre ogni 1.000 posti letto, ma in base alla localizzazione, si registrano 13 denunce al Sud, 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. 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 a essere sotto i riflettori dell'Osservatorio.

L'analisi dell'età dei medici coinvolti rivela come i maggiori esposti sono i professionisti più anziani e quelli più giovani, questi ultimi più spesso operativi in piccole strutture (che come detto sono quelle più esposte a sinistri e aperture contenzioso).

Quanto ai settori di esercizio professionale, invece, il maggiore coinvolgimento riguarda le sale operatorie e le rianimazioni, ma negli ultimi anni cominciano a essere coinvolti anche i medici che lavorano nell'ambito della terapia del dolore e che oggi sono esposti anche a possibili inadempienze rispetto alla legge 32, che ha normato il diritto del paziente a ricevere adeguato sollievo dal dolore.

L'Osservatorio permanente Aaroi-Emac sul contenzioso sanitario, secondo il sindacato, fornisce indicazioni 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.