

il nuovo Anestesista Rianimatore

MARZO - APRILE
2014
2
Anno XXXV

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

L'Intersindacale al nuovo Governo Salvaguardare il SSN

L'Intersindacale della Dirigenza Medica, Sanitaria, Tecnica e Professionale è intervenuta a tutela della sanità pubblica e dei professionisti che lavorano nel settore con una lettera indirizzata al Presidente del Consiglio, Matteo Renzi, ai Ministri della Salute, Beatrice Lorenzin, e per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, Maria Anna Madia, al Presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani e al coordinatore degli Assessori alla Salute, Luca Coletto.

Diversi i punti individuati nel testo pubblicato integralmente a pagina 4. In particolare viene chiesto che il coordinamento tra Governo, Regioni e Parlamento produca risposte esaustive almeno a cinque criticità: la legge sulla responsabilità professionale; avviare la trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro; riconoscere la peculiarità dei medici e dirigenti sanitari; trovare una soluzione definitiva al problema del precariato in sanità; allineare il numero dei contratti di formazione specialistica con quello dei laureati.

L'appello, che si conclude con una richiesta di incontro urgente, è stato firmato dalle seguenti sigle sindacali: ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROIEMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID - CISEL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL MEDICI - AUPI - FP CGIL SPTA - UIL FPL FPTA - SINAFO - FEDIR SANITÀ - SIDIRSS - UGL MEDICI

a pagina 2

X Congresso SIARED 12-14 Maggio 2014

Alle pagine 8-9 il programma staccabile da portare con voi a Catania



Tre giorni di intenso lavoro aspettano i partecipanti al prossimo congresso SIARED che si terrà dal 12 al 14 maggio a Catania, in Sicilia.

Tre giorni in cui si parlerà di tutte le novità della professione e si approfondiranno i temi più discussi senza dimenticarsi lo spazio per il confronto, un grande momento di formazione per gli Anestesiisti Rianimatori italiani. Dieci corsi, due grandi macrotemi

(anestesia e dolore, anestesia e rianimazione) e quattro workshop con una frequenza che può essere decisa liberamente dal partecipante.

L'appuntamento è per lunedì 12 maggio a partire dal primo pomeriggio. Il giorno più denso di appuntamenti è martedì 13 maggio. Ultime ma non meno importanti sessioni nella mattinata di mercoledì 14 maggio. Il programma è al centro del giornale.

SIARED NEWS

Erano presenti oltre 250 Anestesiisti Rianimatori all'Assemblea Nazionale dei Soci SIARED che si è svolta lo scorso primo Marzo a Firenze.

Un appuntamento importante nel corso del quale è stata ratificata la nomina di Adriana Paolicchi come Presidente SIARED e sono state approvate le modifiche allo Statuto, pubblicato in versione integrale a pagina 10.

alle pagine 7-10

Riforma Titolo V La speranza di un ritorno allo Stato



Le considerazioni di David Di Lello, Presidente AAROIEMAC Molise, sul Titolo V della Costituzione che, come sostiene nell'articolo a pagina 4, "ha generato confusione, conflittualità per l'attribuzione di poteri, paralisi nei processi decisionali, enormi difficoltà nel controllo della spesa pubblica e 21 Sistemi Sanitari differenti con evidenti disuguaglianze tra le garanzie e i servizi offerti ai cittadini".

a pagina 4

Lorenzin fa il bis Riconfermata al vertice della Salute



Nella staffetta tra Enrico Letta e Matteo Renzi a Capo del Governo in pochi hanno mantenuto il proprio incarico ma lei alla fine ce l'ha fatta. Beatrice Lorenzin, sostenuta da praticamente tutte le sigle sindacali è pronta per il secondo mandato. Patto per la Salute con gli stati generali, la vicenda Stamina e un anno per mettere ordine nella Sanità sono le sue priorità.

a pagina 3

OOSS in agitazione L'AAROIEMAC vicina ai Ginecologi

Il 12 febbraio 2013 i Ginecologi scioperarono bloccando di fatto le sale parto italiane. A distanza di 12 mesi tornano sugli stessi temi: messa in sicurezza dei punti nascita e una legge sulla responsabilità professionale per limitare il contenzioso medico legale. Accanto a loro anche le Organizzazioni Sindacali AAROIEMAC, CIMO ASMD, FESMED. All'interno il resoconto della conferenza stampa e le dichiarazioni del Presidente Vergallo.



a pagina 5

Leggi e sentenze In servizio anche oltre i 65

Nella pagina "Previdenza&Giurisprudenza" ampio spazio alle sentenze degli ultimi 12 mesi in tema di responsabilità medica con un focus dedicato a quella più recente che riguarda l'onere della prova.

Si parla inoltre della recente sentenza della Corte di Cassazione che chiarisce chi sono gli Ex Specializzandi che possono chiedere il risarcimento del danno da inadempimento delle direttive n.82/76/Cee, riassuntiva delle direttive n.75/362/Cee e n.75/363/Cee.

Sul piano previdenziale c'è infine la notizia che i medici possono rimanere in servizio anche oltre i 65 anni.

a pagina 13

Sanità Regionale Le notizie dal territorio

Sotto la lente ci sono il Piemonte con il caso di condanna, confermata in appello, dell'Asl Santa Croce e Carle di Cuneo per condotta antisindacale; la Puglia con la lettera che Antonio Amendola, Presidente AAROIEMAC Puglia, ha inviato ai quotidiani locali in materia di liste d'attesa; lo stanziamento che la Regione Lombardia ha fatto in favore della partoanalgesia per il 2014; l'accordo tra Toscana ed Emilia-Romagna finalizzato al miglioramento reciproco dei servizi in materia sanitaria; il Lazio e lo stanziamento di 35milioni di euro della Giunta regionale per lavori di manutenzione in particolare di Pronto Soccorso e Area Emergenza.

a pagina 12

Anestesiisti Rianimatori nel mondo L'esperienza di una Collega nella Repubblica Centrafricana



Alessandra Napoleone, Anestesista Rianimatore della Sardegna, parla della sua esperienza con Emergency nella capitale della Repubblica Centrafricana.

"Emergency a Bangui ha un ospedale pediatrico e gestisce la sala operatoria di un ospedale pubblico. La città fino a pochi mesi fa era tranquilla poi è scoppiata la guerra. Ogni giorno - racconta - ci portano bambini colpiti da proiettili o feriti a colpi di machete. La situazione è molto brutta. Si spara nelle strade, tutti si combattono in un grande caos e noi operiamo senza poter uscire dall'ospedale". Dopo un periodo in Italia tornerà in Africa "per stare vicino a chi soffre".

a pagina 14

L'Intersindacale scrive a Renzi, Lorenzin, Errani

La richiesta di un incontro urgente per salvare il Servizio Sanitario Nazionale

I ANAAO ASSOMED – CIMO-ASMD – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI – FVM – FASSID – CISL MEDICI – FESMED – ANPO-ASCOTI-
 FIALS MEDICI – UIL FPL MEDICI – AUPI – FP CGIL SPTA – UIL FPL FPTA – SINAFO – FEDIR SANITÀ – SIDIRSS – UGL MEDICI

Di seguito la lettera inviata il 24 Marzo al Presidente del Consiglio, al Ministro della Salute, al Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, al Presidente della Conferenza delle Regioni, al Coordinatore Commissione Salute.

Negli ultimi anni la Sanità pubblica, come Scuola ed Enti Locali, ha costituito il bersaglio preferito di politiche di tagli ciechi e lineari, fino a mettere a rischio la sua sostenibilità economica e la stessa esigibilità del diritto alla salute. La Sanità è stata chiamata a contribuire al risanamento economico con tagli, dalla Corte dei Conti quantificati in 31 miliardi nel periodo 2010-2014, che hanno avviato un progressivo processo di asfissia del sistema e di riduzione dei servizi ai cittadini. Essere curati secondo i bisogni costituisce un limite etico, civile e sociale invalicabile che è oggi fortemente minacciato e, da qualche parte del nostro Paese, già travalicato, mettendo a rischio di tracollo il sistema di welfare con la sanità nel ruolo di capro espiatorio e laboratorio ove si sperimentano ricette privatistiche di uscita dalla crisi.

Tale involuzione regressiva ipotoca anche il futuro della nostra vita professionale, rallentando lo sviluppo della moderna medicina, della ricerca, della innovazione, della formazione, della sicurezza. Essa porta con sé tagli anche a chi opera in nome e per conto dello Stato, tutti i giorni e tutte le notti, a difesa di un bene tutelato dalla costituzione, peggiorandone le condizioni di lavoro. Milioni di ore non pagate, ritmi e carichi che mettono a rischio la sicurezza delle cure, una riforma delle pensioni che non considera la diversa fatica dei differenti lavori costringendo le donne della sanità, impegnate oltre i 60 anni in turni notturni e festivi, ad andare in quiescenza dopo meno stressanti lavori privati, un blocco delle assunzioni che priva di futuro una generazione ed incentiva l'abuso di contratti atipici divenuti sacche di "preariato stabile".

Nella catena decisionale delle organizzazioni sanitarie, i professionisti sono un mero fattore produttivo, alla stregua delle loro apparecchiature. Chiamati a pagare, con i cittadini, i costi della ristrutturazione e lasciati in prima linea a reggere il fronte di una domanda crescente e complessa, con risorse decrescenti, facilmente esposti alla delegittimazione sociale. Ed a sopportare la crescita del contenzioso civile e penale che sollecita comportamenti difensivi, costosi e pericolosi. Mentre il conflitto istituzionale tra Stato e Regioni rende palesi le ambiguità della legislazione concorrente ed il fallimento di un federalismo imperfetto che aumenta le disuguaglianze, priva larghe fasce di popolazione dei LEA, declina un diritto uno e indivisibile in 20 modi diversi. Il rinnovato Titolo V della Costituzione ha determinato la rottura della unitarietà del servizio sanitario nazionale legando appropriatezza e sicurezza delle cure al luogo di residenza. Ineludibile che la promessa revisione costituzionale non escluda la sanità, dando certezza a livello nazionale sulla potestà legislativa necessaria per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, compreso il fabbisogno del personale, nonché sui finanziamenti adeguati, con il superamento di sprechi localistici e fenomeni corruttivi. Condannare la sanità pubblica a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, come in Grecia ed in Spagna, significa incidere sullo stesso grado di civiltà di un Paese, come la vicenda greca dimostra. Ma si tutela il sistema delle cure se si tutela chi quelle cure è chiamato ad erogare. Non sarà possibile mantenere un Sistema Sanitario equo, solidale ed universalistico, se i professionisti del Servizio Sanitario vengono sconfitti nei propri valori etici e deontologici, ridotti ad ingranaggi di un apparato che continua a scaricare su di loro l'insostenibile obbligo di continuare a colmare il vuoto tra le attese dei cittadini e le risorse a disposizione.

Si tratta, come vede, di temi prioritari per la tenuta del Sistema Sanitario, che al nuovo Governo chiedono segnali positivi, un inequivocabile riconoscimento della centralità del SSN pubblico come strumento imprescindibile del diritto alla salute, il solo che la Costituzione definisce fondamentale. Da un tale dibattito non possono, comunque, essere esclusi i professionisti, sul lavoro dei quali si basano tale centralità e tale diritto.

Chiediamo che il coordinamento tra Governo, Regioni e Parlamento produca risposte esaurienti almeno a **cinque criticità**, sollevate da tempo, operando per:

1. accelerare l'approvazione di una **legge sulla responsabilità professionale**, per restituire agli ospedali situazioni di maggior sicurezza e ai medici serenità di curare in condizioni di lavoro migliori. La perdurante assenza di una legislazione specifica alimenta, infatti, una medicina difensiva che porta via dal sistema salute ingenti risorse, valutate in oltre 10 miliardi di euro all'anno, a discapito di cittadini e medici e a vantaggio dei sistemi assicurativi, di studi legali e pseudo legali;

2. **consentire lo svolgimento delle procedure contrattuali** eliminando anche per il SSN, come già fatto per altre categorie del pubblico impiego, quali gli insegnanti e le forze di sicurezza, l'estensione al 2014 degli effetti dell'art. 9, comma 1, 2 e 2 bis, della legge 122/2010, previa ridefinizione delle aree di contrattazione. Mantenere questi effetti determina, di fatto, un rinvio a tempo indeterminato della contrattazione, anche di quella integrativa periferica che non necessita di risorse aggiuntive, bloccata dal 2009, mentre è partito il rinnovo delle Convenzioni per i Medici di Medicina Generale, Pediatri e Specialisti ambulatoriali. La crisi economica non può diventare un alibi per una fuga da un confronto amplificando ed incattivendo un quadro già drammatico per cittadini ed operatori;

3. **riconoscere la peculiarità della dirigenza medica e sanitaria**, valorizzando la progressione di carriera, i metodi di valutazione, le attribuzioni funzionali, tenendo conto delle sue specificità, derivanti non solo da un percorso formativo, di lunga durata ed alta specialità, ma, soprattutto, da un'attività che richiede elevate competenze tecnico-professionali con responsabilità di natura gestionale legate a processi decisionali di natura clinico-assistenziale;

4. **garantire una soluzione strutturale del problema del precariato in sanità**, anche con la pubblicazione del DPCM in preparazione. L'abuso di contratti atipici per sostenere una domanda di salute non comprimibile, ha allargato oltre misura il numero di medici costretti a lavorare in perduranti condizioni di instabilità, privati di diritti e di futuro, impegnati in attività istituzionali sotto una spada di Damocle che minaccia la stessa continuità delle cure;

5. **allineare il numero di contratti di formazione specialistica** con quello dei laureati, cambiando anche il paradigma della formazione medica attraverso il recupero del ruolo e della funzione professionalizzante del SSN. Oggi restano al palo le speranze dei giovani per una occupazione consona ad un lungo periodo formativo ed alle loro capacità e si accentua la discriasia con il mondo del lavoro, uno scollamento tra sistema universitario e servizio sanitario, alimentando il paradosso di Medici laureati in Italia, a spese della collettività, che poi vanno a lavorare all'estero o alimentano bacini di nuova disoccupazione.

Nel giudizio dei medici e dirigenti dipendenti del SSN sulla volontà e capacità del Suo Governo di valorizzare nei fatti la sanità pubblica, conteranno anche parole e fatti che non eludano le questioni che poniamo. Per l'insieme delle motivazioni esposte le sottoscritte Organizzazioni Sindacali chiedono un incontro urgente con le SS.LL.

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

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

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

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

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

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

CONTATTI

SEGRETERIA NAZIONALE • aaroiemac@aaroiemac.it
PRESIDENTE NAZIONALE • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Prof MASSIMO ANTONELLI • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • Dr PAOLO NOTARO • ufficiosteri@aaroiemac.it
SEGRETARIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
ABRUZZO • Dr MICHELE FAVALE • abruzzo@aaroiemac.it
BASILICATA • Dr FRANCESCO ALLEGRI • basilicata@aaroiemac.it
CALABRIA • Dr VITO CIANNI • calabria@aaroiemac.it
CAMPANIA • Dr GIUSEPPE GALANO • campania@aaroiemac.it
EMILIA ROMAGNA • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroiemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dr SERGIO CERCELLETTA • friuli@aaroiemac.it
LAZIO • Dr QUIRINO PIACEVOLI • laio@aaroiemac.it
LIGURIA • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA • Dr ALESSANDRO VERGALLO • lombardia@aaroiemac.it
MARCHE • Dr MARCO CHIARELLO • marche@aaroiemac.it
MOLISE • Dr DAVID DI LELLO • molise@aaroiemac.it
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dr ARTURO CITINO • piemonte-aosta@aaroiemac.it
PUGLIA • Dr ANTONIO AMENDOLA • puglia@aaroiemac.it
SARDEGNA • Dr CESARE IESU • sardegna@aaroiemac.it
SICILIA • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
TOSCANA • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
UMBRIA • Dr ALVARO CHIANELLA • umbria@aaroiemac.it
VENETO • Dr ATTILIO TERREVOLI • veneto@aaroiemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO • Dr MASSIMO BERTELLI • bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO • Dr ALBERTO MATTEDI • trento@aaroiemac.it

il nuovo Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
 Tribunale di Napoli
 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
 ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
 FABIO CRICELLI
 TERESA MATARAZZO
 EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
 GIAN MARIA BIANCHI
 POMPILO DE CILLIS
 COSIMO SIBILLA

Direzione e Amministrazione
 VIA XX Settembre, 98/E
 00187 - Roma
 Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733

email per contattare la redazione:
ilnuovoar@aaroiemac.it

email per inviare quesiti sindacali:
quesiti@aaroiemac.it

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

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

Chiuso in Redazione il
 2014
 Tiratura: 10.600 copie
 Spedito il
 2014

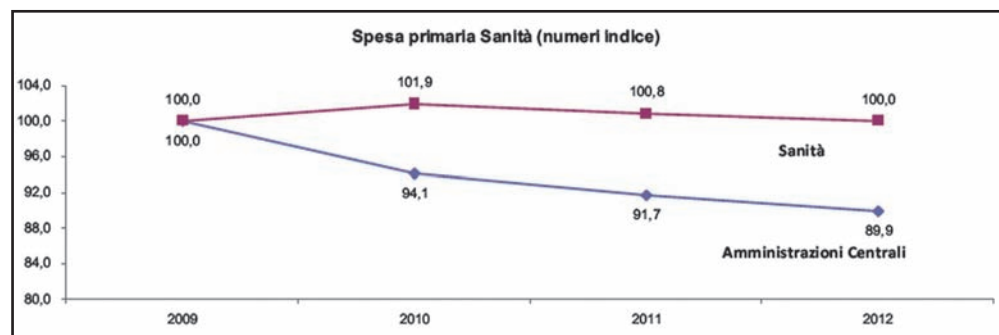
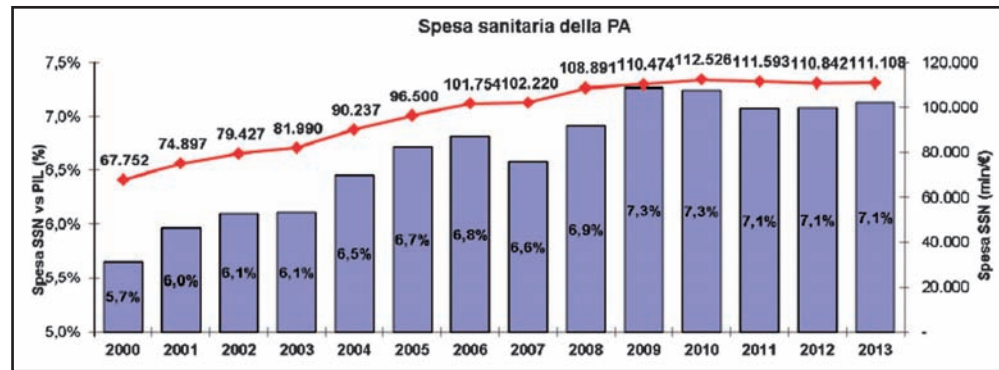
SPECIALE Spending Review

Cottarelli scioglie la prognosi: ecco tutti i tagli

Il Commissario Straordinario alla Spending Review ha presentato il suo piano ma il Ministro Lorenzin rilancia ulteriormente, convinta che la Sanità abbia una grande occasione di crescita

Tre miliardi in tre anni: 300 milioni nel 2014; 800 milioni nel 2015 e 2 miliardi nel 2016. Esclusa la spesa per beni e servizi però, sulla quale le razionalizzazioni seguiranno un'altra strada. Il Commissario Straordinario per la spending review, Carlo Cottarelli ha messo le carte in tavola. "Il sistema sanitario nazionale è sostenibile - ha spiegato lo stesso Cottarelli durante un'audizione in commissione Bilancio alla Camera nel corso della quale ha defi-

nito *soft* i tagli relativi al capitolo sanitario -, non credo sia necessario alcun cambiamento radicale sulla sanità, in percentuale i risparmi del mio piano sono abbastanza contenuti. Non c'è da rivedere il sistema. Ci vuole un'azione di risparmio e di efficientamento dei servizi e lo strumento per migliorare l'efficienza in alcune regioni è l'introduzione e l'allargamento dei costi standard". Ma se la sanità non ha subito grossi traumi, è la pubblica amministrazione che piange con una previsione di 85mila esuberanti al 2016 anche se la prima stima va affinata sulla base delle effettive riforme (gli eventuali esuberanti potrebbero essere riassorbiti con la mobilità). Altre voci rilevanti sono quelle degli stipendi dei dirigenti Statali, che contribuiranno con tagli dall'8 al 12%.



Proprio nel momento in cui Mister Spending Review lavorava alla presentazione del suo piano tagli, il Ministro Beatrice Lorenzin rilasciava un'intervista al quotidiano *La Repubblica* in cui sosteneva che in sanità il risparmio potrebbe in realtà essere ben più alto di quanto scritto sulle tabelle di Cottarelli. Le tabelle parlano di un taglio di 3mld di euro per il solo settore della sanità ma, ha dichiarato il Ministro, "con le Regioni abbiamo intenzione di ridurre gli sprechi in sanità per un totale di

ben oltre tre miliardi di euro". Parte dei risparmi Lorenzin e le Regioni vorrebbero recuperarli eliminando i ricoveri inappropriati e quanto risparmiato potrebbe essere reinvestito per finanziare i nuovi LEA. Circa 2mld servirebbero poi per le infrastrutture e parte degli euro risparmiati potrebbero essere utili per rivedere il blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro.

Il Ministro alla Salute Beatrice Lorenzin in questi giorni sta affrontando i tavoli del Patto della Salute insieme alle amministrazioni locali con più serenità grazie alle parole pronunciate da Matteo Renzi alcuni giorni fa, che rassicuravano sul fatto che i tagli alla sanità sarebbero rimasti alla sanità.

"È una grande occasione - ha detto a *La Repubblica* - per rimettersi in piedi. Poter reinvestire nel nostro sistema vuol dire non pesare sulle casse dello Stato. Adesso dobbiamo tutti avere il coraggio di recuperare risorse per fare investimenti. E, dobbiamo eliminare gli sprechi".

Il Ministro è sicura di avere ampio spazio di manovra soprattutto per quello che riguarda l'acquisto di beni e servizi. "Se facciamo delle centrali uniche, regionali, per comprare dai fornitori e magari rinegoziamo alcuni contratti - spiega - possiamo recuperare tra il 10 e il 15% di quanto spendiamo per gli acquisti. Si tratta di diversi miliardi di euro. Questi soldi li reinvestiremo in tecnologie". Con l'*e-health* a regime, invece, "cioè l'informatizzazione del sistema sanitario" si potrebbero risparmiare 7mld.

Lorenzin parla anche di ticket che deve essere più equo ma anche più onesto: "l'idea di partenza è quella di arrivare a un sistema più equo. Vanno aiutati le fasce che oggi sono in difficoltà, come i disoccupati o le famiglie con tanti figli, che devono pagare poco o essere esentati. Allo stesso tempo però va recuperata parte dell'evasione. Nel nostro paese l'esenzione dal ticket tocca il 50% con punte dell'80 in certe Regioni. Dobbiamo recuperare risorse facendo pagare il ticket a chi può permetterselo, per sollevare chi è in difficoltà.

UE: i medici italiani lavorano troppo

Italia deferita dalla Corte di Giustizia Europea per non aver recepito correttamente la Direttiva sull'orario di lavoro

Alla fine l'Italia è stata deferita alla Corte di Giustizia Europea per non aver recepito la Direttiva sull'orario di lavoro (Direttiva 2003/88/CE).

Eppure lo scorso Maggio la Commissione Europea aveva inviato un parere motivato avvertendo che se non ci fossimo messi in regola avremmo appunto rischiato di essere deferiti.

Ancora oggi, invece, in Italia numerosi diritti fondamentali stabiliti nella Direttiva sull'orario di lavoro, quali la durata media dell'orario settimanale limitata a 48 ore e un periodo minimo di riposo giornaliero di 11 ore, non vengono rispettati.

C'è da sottolineare comunque che alcuni aspetti della Direttiva restano lacunosi e nello specifico:

- a) non viene chiarito quale sia la durata massima del turno di lavoro;
- b) non esplicita in forma chiara che anche la pronta disponibilità debba essere considerata come lavoro;
- c) non chiarisce per quante settimane si possa superare le 48 ore ed entro quale tempo possa essere recuperato.

Di seguito le considerazioni di Arturo Citino, Presidente AAROI-EMAC Piemonte-Valle d'Aosta

La DIRETTIVA 2003/88/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 4 novembre 2003 concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro sancisce alcune norme per la cui carenza l'Italia è stata deferita alla Corte dell'Unione Europea

Ritengo utile esaminare nello specifico tale Direttiva per evidenziarne le interpretazioni possibili e l'effettiva applicabilità anche al fine di ottenere chiarezza nell'affrontare il problema in forma risolutiva per chi affronterà la revisione delle nostre norme per adeguarsi.

Gli articoli della Direttiva di maggiore criticità riguardano il Riposo giornaliero (art.3), la Durata massima dell'orario di lavoro (art.6), la Durata del lavoro notturno (art.8), la Pausa (art.4).

Esaminando l'art.3 (Riposo giornaliero): gli Stati membri prendono le misure necessarie affinché ogni

lavoratore benefici, nel corso di ogni periodo di 24 ore, di un periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive.

Si evidenziano vari dubbi interpretativi nella gestione pratica della turnistica dell'orario di lavoro rendendolo di difficile applicazione e nello specifico:

1) ARCO TEMPORALE - non è specificato se il periodo di 24 ore sia da com-

prendere la giornata intera (dalla mezzanotte alla mezzanotte) rendendo, in tal caso, illeciti i turni mattina e notte o se si possa prendere in esame un periodo diverso.

2) ATTIVITÀ IN PRONTA DISPONIBILITÀ - essendo previsto all'art.2:

- «orario di lavoro»: qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni, conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali;

- «periodo di riposo»: qualsiasi periodo che non rientra nell'orario di lavoro;

non è chiaro se i periodi trascorsi in pronta disponibilità (periodo a disposizione del datore di lavoro) debbano essere valutati con analogo peso rispetto ai turni in servizio esigendo anch'essi un analogo periodo di riposo di 11 ore ogni 24.

3) DURATA MASSIMA DI TURNO DI LAVORO - è da prevedere quale sia la durata massima di un turno di lavoro continuativo (anche se con la pausa dopo le 6 ore) e, di conseguenza, la liceità o meno di effettuare turni di 12 ore.

Il combinato disposto dell'art.6 - "la durata media dell'orario di lavoro per ogni periodo di 7 giorni non superi 48 ore, comprese le ore di lavoro straordinario" con l'art.16 comma b "per l'applicazione dell'articolo 6 (durata massima settimanale del lavoro), un periodo di riferimento non superiore a quattro mesi" - evidenzia una notevole criticità applicativa rendendo di fatto elevate il numero delle settimane (continue o meno) che possono giungere a 48 ore, non chiarendo peraltro entro quanto tempo è necessario ottenere un recupero orario rispetto alle 38 ore che il nostro CCNL sancisce.

Un'ultimo passaggio di difficile applicazione è evidenziata all'art.4 (Pause) che demanda alla contrattazione collettiva la loro gestione anche se sancisce l'obbligo di

Ddl Omnibus Decreto Lorenzin: iter al via a Palazzo Madama

Il Ddl Lorenzin (il cosiddetto Decreto Omnibus) è arrivato in Parlamento dove inizia l'iter di approvazione a partire dalla Commissione Sanità del Senato. Nei 26 articoli, insieme al riordino degli ordini professionali anche la sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, la sicurezza alimentare e del benessere animale, la promozione della prevenzione.

pausa dopo le 6 ore non chiarendo ancora se possa essere ripresa come attività lavorativa (e di che tipo) dopo la pausa e per quanto tempo.

Dalla disamina delle varie problematiche chiunque abbia esperienza di gestione della turnistica in una Unità operativa evidenzia facilmente le enormi difficoltà applicative pur nel rispetto della doverosa necessità del riposo dei lavoratori.

Occorre sicuramente affrontare il problema in quanto in molte situazioni è necessario rivedere i carichi di lavoro dei colleghi ma non è possibile affrontare l'argomento in forma così lacunosa lasciando al gestore della turnistica una impossibile quadratura del cerchio.

Un'ultima riflessione ritengo sia necessaria e riguarda il dubbio sulla reale applicazione di tali norme negli altri paesi europei con criticità simili alle nostre. Non comprendo, se così fosse, il deferimento della sola Italia alla U.E..

Non condivido l'approvazione "sic et simpliciter" di tale deferimento alla U.E. ma, al contrario, auspico un coinvolgimento delle associazioni professionali nella stesura di regole chiare che garantiscano operatori e pazienti nel rispetto reciproco.



La tutela della salute tra sussidiarietà e solidarietà Considerazioni sul Titolo V

La nostra Costituzione all'art.32 "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e la Legge n° 833 nel 1978, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale, recepì questo dettato costituzionale prevedendo un sistema generalizzato e uniforme che avrebbe, almeno in teoria, dovuto garantire le stesse prestazioni a ogni cittadino sul tutto il territorio nazionale, delegando, comunque, alcune funzioni alle Regioni.

Successivamente con le Leggi n° 502/1992 e n° 229/1999 alle Regioni furono conferite funzioni di maggior rilievo nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività delle Aziende Sanitarie, in nome dell'affermazione del principio di sussidiarietà, che ebbe la sua massima espressione nell'anno 2001 con la riforma del Titolo V della Costituzione e successivamente col Decreto Legislativo del 6 maggio 2011, n. 68.

Il risultato che ne è conseguito è noto ed ha generato confusione, conflittualità per l'attribuzione di poteri (per esempio tra Stato e Regioni), paralisi nei processi decisionali, enormi difficoltà nel controllo della spesa pubblica e 21 (considerate le Province Autonome di Trento e Bolzano) Sistemi Sanitari differenti e con evidenti disuguaglianze tra le garanzie e i servizi offerti ai cittadini.

Quest'ultima affermazione è ancor più vera se si legge il rapporto Istat 2014 "Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo" in cui, nella parte riguardante la mobilità ospedaliera, è riportato: "L'emigrazione regionale per ricovero: un fenomeno diffuso in alcune regioni del Mezzogiorno. Il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale è particolarmente rilevante sia in termini quantitativi, sia perché riguarda quei pazienti che, per motivi di varia natura, si ricoverano in una regione diversa da quella di residenza... In altri casi le motivazioni sono legate alle condizioni di salute e quindi alla necessità di usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria regione o alla maggiore fiducia nei servizi ospedalieri di altre regioni. I principali poli di attrazione sono concentrati nelle regioni del Centro-Nord." La modifica del citato Titolo V, che intendeva maggiormente affermare, mutuandolo dagli Stati federali, il principio di sussidiarietà nella nostra Costituzione, modificando la ripartizione delle competenze tra Stato e Enti pubblici territoriali (Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni), riconoscendo loro autonomia finanziaria, oggi viene rimessa in discussione, soprattutto per esigenze di controllo della spesa pubblica, volendo restituire alla legislazione esclusiva dello Stato alcune materie che erano precedentemente competenza della legislazione concorrente.

Sembra, infatti, che il principio di sussidiarietà sia stato interpretato ed applicato, presupponendo l'esistenza di una contrapposizione conflittuale tra i diversi livelli di governo, come strumento per minimizzare gli interventi, soprattutto di natura fiscale, dello Stato nei confronti delle comunità locali. In questi giorni la questione è oggetto del dibattito politico e sembra investire il coordinamento della finanza pubblica, i trasporti, l'istruzione, il commercio con l'estero e il settore dell'energia, ma non la sanità.

È, invece, auspicabile che questo processo di revisione della ripartizione delle competenze tra i vari livelli di governo coinvolga anche la tutela della salute; gli anni di commissariamento delle Regioni in Piano di Rientro, infatti, null'altro sono stati che l'affermazione della "clausola di supremazia" dello Stato presente negli ordinamenti di tipo federale.

L'impressione, tuttavia, è che questa clausola sia stata esercitata in tema di salute dallo Stato nei confronti di quelle Regioni "indempienti" al solo fine di contenere la spesa pubblica e non anche di rendere più uniforme, efficiente e di qualità la rete assistenziale.

Negli ultimi anni, infatti, si sono abbattuti ripetutamente tagli a cui però, in molti casi, non è seguita nessuna organizzazione che reinterpretasse in chiave moderna ed efficiente il Sistema Sanitario delle Regioni in difficoltà.

È, dunque, necessario che il principio di sussidiarietà venga interpretato dallo Stato anche in chiave di tutela e di appoggio nei confronti di quelle Istituzioni "minori" (Regioni, Comuni) che hanno dimostrato di non farcela da sole, senza prevaricazioni, ma complementandolo con quello di solidarietà. Quest'ultimo principio non dovrebbe essere inteso come esclusiva erogazione di aiuti in termini economici, ma anche come supporto, che si auspica temporaneo, in termini di progettualità e di organizzazione, ridefinendo, con spirito di supplenza, un nuovo rapporto tra lo Stato e gli Enti pubblici territoriali, in particolare con quelli in difficoltà.

Non si tratterebbe di un nuovo centralismo burocratico, ma del riconoscimento della prevalenza dello Stato, in caso di conflitti con gli Enti locali dovuti ad inefficienze e/o sprechi, necessario a minimizzare richiami di tipo clientelare e localistici che spesso sono produttori di facili consensi elettorali, ma disastrosi sotto il profilo dell'efficienza della pubblica amministrazione, della spesa e del bene comune.

In conclusione ricordo l'enciclica "CARITAS IN VERITATE" in cui Papa Benedetto XVI afferma: "Il principio di sussidiarietà va mantenuto strettamente connesso con il principio di solidarietà e viceversa, perché se la sussidiarietà senza la solidarietà scade nel particolarismo sociale, è altrettanto vero che la solidarietà senza la sussidiarietà scade nell'assistenzialismo che umilia il portatore di bisogno."

David Di Lello
 Presidente AAROI-EMAC Molise



SICURA

La campagna SIAARTI

Una sala operatoria in mezzo alle persone, con tanto di medici anestesisti pronti a rispondere alle domande dei cittadini. È la campagna SICURA, in piazza lo scorso 1° marzo su iniziativa di SIAARTI, Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva e con il Patrocinio dell'AAROI-EMAC, con l'obiettivo di sviluppare fiducia nelle persone che devono sottoporsi ad interventi chirurgici e che si affidano in primo luogo agli anestesisti rianimatori.

I medici, dalle principali piazze italiane, hanno ricordato ai cittadini che l'anestesista, per semplificare e fare arrivare il messaggio, è il medico che si trova sempre vicino al malato e che controlla in ogni momento il battito cardiaco, la pressione e la respirazione, e che esiste un decalogo della sicurezza: "grazie alla checklist gli anestesisti hanno contribuito in modo determinante a ridurre il numero delle complicanze che negli ultimi anni sono scese dall'11% all'8%".

Sono cinque le raccomandazioni principali che la SIAARTI suggerisce per la sicurezza del paziente in sala operatoria: checklist per prevenire eventi intra e postoperatori; protocolli per evitare infezioni; igiene delle mani accurata; chiara terminologia e profilassi delle trombosi venose.

Dovesalute.gov.it

È partito il TripAdvisor della Sanità

Si chiama Dovesalute.gov.it ed è il sito realizzato dal Ministero della Salute che permette ai cittadini di consultare facilmente le informazioni sui servizi e le attività svolte dalle strutture sanitarie. Già ribattezzato TripAdvisor della sanità, il sito sarà costantemente implementato nel tempo.

"Finalmente - ha detto il Ministro Lorenzin - si concretizza un progetto a cui tenevo molto che ci consente di fare un ulteriore passo in avanti nella trasparenza e nell'informazione attraverso l'open data delle strutture sanitarie. Nel sito i cittadini potranno inserire nel motore di ricerca il nome della malattia alla quale sono interessati e la loro città di residenza, ottenendo informazioni sugli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico più vicini dove si cura la patologia. Potranno inoltre fare commenti sui servizi di cui hanno usufruito nella struttura sanitaria ed esprimere il loro gradimento, che si concretizzerà in stelline gialle che si evidenzieranno a seconda del giudizio espresso (scarso, buono, ottimo, ecc). Oggi nel sito è possibile trovare tutte le informazioni che riguardano gli Irccs, ma spero che le Regioni ci daranno presto i dati su tutte le strutture sanitarie italiane e sui servizi territoriali e ambulatoriali (medici di medicina generale, farmacie, hospice, guardia medica, ecc.) per ampliare sempre di più l'informazione. Insomma, abbiamo aperto una porta importante sia per i cittadini che per le strutture sanitarie: per i primi perché avranno a disposizione informazioni attendibili provenienti dal ministero, per le seconde perché rendersi più trasparenti significa anche rendersi più competitive". Un aspetto quest'ultimo piuttosto importante anche alla luce del recente recepimento della Direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Secondo il Ministro questo sito rappresenta "una rivoluzione che porterà a un vero e proprio cambio culturale".



Formazione ECM

È in arrivo il "Dossier formativo"

Sono circa un milione gli operatori della sanità coinvolti nel progetto ECM, la formazione continua nelle professioni sanitarie, che parte mentre approda ufficialmente in Senato il decreto Lorenzin che contiene anche la riforma degli ordini professionali della sanità (al vaglio c'è la possibilità di realizzare un unico ordine per tutti suddiviso al suo interno in diversi collegi rappresentativi di ogni professionalità). Due novità che, in futuro, correranno insieme, sinergicamente. Ordini, Collegi e Associazioni saranno, infatti, tutti coinvolti nel governo della certificazione e attestazione dei crediti ECM.

Uno strumento chiave della formazione sarà il "dossier formativo": una specie di portfolio che accompagnerà il professionista durante tutta la sua carriera. Il dossier sarà composto in autonomia e sarà uno strumento dinamico che raggrupperà i principali obiettivi formativi del professionista. Ogni professionista iscritto ai relativi organismi si troverà inserito in una grande banca dati delle professioni sanitarie gestita dal Co-Geaps, il consorzio di gestione dell'anagrafe delle professioni sanitarie. Il nuovo progetto ECM, dopo una fase di sperimentazione e assestamento, consentirà di valorizzare al meglio il percorso del professionista nel conseguimento del suo fabbisogno formativo. Dopo la sperimentazione il sistema di formazione continua è diventato un rapido strumento di verifica dell'aggiornamento costante del professionista. In arrivo ora anche l'ultimo tassello ovvero la capacità cioè di verificare anche la coerenza, oltre la costanza, della formazione, rispetto alle competenze del singolo professionista.

Il nuovo sistema ECM ad oggi è l'unico in Europa a coinvolgere tutte le professioni sanitarie ed è un esempio guardato con attenzione anche da altri paesi in prospettiva della direttiva europea che entro il 2016 permetterà la libera circolazione dei professionisti anche sanitari.



Lorenzin 2 Confermata alla Salute

Beatrice Lorenzin è stata confermata Ministro della Salute nel Governo Renzi. Smentite quindi le voci della vigilia che andavano dal cambio al vertice del Ministero all'accorpamento del Dicastero della Salute con quello del Lavoro. La notizia è stata accolta con soddisfazione dalla maggior parte degli addetti ai lavori e dei sindacati.

"L'AAROI-EMAC - ha scritto il Presidente Alessandro Vergallo in occasione del giuramento - apprende con favore, apprezzamento, e fiducia, la conferma del Ministro Lorenzin alla Salute. Con favore perché infondate si sono rivelate, alla fine, le voci di un riaccorpamento del Dicastero in quello del Welfare, come avvenuto improvvidamente in passato. Con apprezzamento perché il suo operato, finora, ha dimostrato che le migliori competenze e capacità di un Ministro sono politiche, più che "tecniche", come peraltro, a loro tempo e in modo biunivoco, hanno riprovato alcuni precedenti. Con fiducia perché Lorenzin, con il suo staff, si è resa disponibile ad ascoltare le nostre esigenze fin dal suo primo insediamento: oltretutto, a dialogo iniziato, non cambiare interlocutore consente di non subire l'azzeramento del percorso già tracciato su problematiche per noi essenziali, come il rinnovo del contratto, lo sblocco del turn over, la responsabilità professionale".

"Patto per la Salute entro marzo con gli stati generali, la vicenda Stamina e un anno per mettere ordine nella Sanità", sono state le prime parole a caldo del Ministro dopo il secondo giuramento.

Responsabilità Professionale e Punti Nascita

L'AAROI-EMAC in conferenza stampa con le sigle che il 12 Febbraio 2013 bloccarono le sale parto

Ad un anno esatto dallo sciopero dei Ginecologi che lo scorso anno bloccò le sale parto, il 12 Febbraio si è svolta a Roma una conferenza stampa che ha voluto porre nuovamente l'attenzione sulle questioni che avevano spinto alla mobilitazione: messa in sicurezza dei punti nascita e una nuova legge sulla responsabilità professionale per limitare il contenzioso medico legale.

Al Tavolo erano presenti le Società Scientifiche SIGO, AOGOI, AGUI, AGITE, AIO, ACOI, CIC e le Organizzazioni Sindacali AAROI-EMAC, CIMO ASMD, FESMED. Tutte le sigle, attraverso la voce dei rispettivi Presidenti, hanno concordato sul fatto che, ad un anno di distanza, non sono stati fatti passi in avanti.

Per questo motivo i ginecologi e le ostetriche hanno proclamato lo stato di agitazione e si sono dichiarati pronti ad un nuovo sciopero nazionale se Parlamento, Governo e Regioni non daranno risposte adeguate. A tale posizione ha aderito anche l'AAROI-EMAC.

"Sono tre gli obiettivi fondamentali a cui puntiamo per qualificare la sanità italiana - ha esordito Vito Trojano, Presidente AOGOI -: la rivisitazione della colpa medica, l'obbligatorietà dell'assicurazione aziendale e la rivisitazione del rischio clinico. Questioni cui dare risposte immediate, se vo-



gliamo rendere competitiva la sanità italiana anche a livello europeo, soprattutto ora che l'adeguamento alla direttiva europea sulla medicina transfrontaliera apre nuove opportunità per i professionisti e per i pazienti. Dobbiamo quindi adottare misure adeguate ad assicurare un'assistenza qualificata e garantire anche dell'operatività del medico stesso".

"Le criticità relative all'area materno infantile generate dalla mancata applicazione del Piano nazionale per i Punti nascita e le problematiche relative alla responsabilità professionale medica sono questioni imprescindibili per una sanità degna di un Paese civile - ha proseguito Paolo Scollo, Presidente SIGO -. Questioni sulle quali è mancato un intervento deciso da parte delle istituzioni, nonostante abbiano ricadute importantissime sull'assistenza ai pazienti e sul lavoro dei medici.

In ballo c'è la sicurezza di mamme e bambini, ma in generale di tutti i pazienti che si rivolgono a strutture che non sono adeguatamente attrezzate per affrontare le urgenze e nelle quali i medici e i professionisti sanitari sono costretti ad operare in condizioni di rischio, "senza il paracadute" delle moderne tecnologie e talvolta, anche senza le apparecchiature indispensabili per una moderna medicina. Tutto questo impedisce ai professionisti di

operare al meglio e con la dovuta serenità, esponendoli ai contenziosi medico-legali favorendo il diffondersi della medicina difensiva e non solo. *"Già la sola medicina difensiva comporta dei costi inutili che si aggirano intorno ai 13-15 mld - ha spiegato Nicola Surico, Presidente Collegio Italiano dei Chirurghi -, a questo fenomeno ora si è aggiunto un sempre più frequente ricorso alla medicina astensiva, con il medico che si rifiuta di eseguire operazioni giudicate troppo rischiose anche per il fatto che molte strutture ospedaliere non hanno una copertura assicurativa".*

Durante l'ultimo anno la questione della Responsabilità professionale in campo sanitario si è ulteriormente aggravata. Un numero crescente di aziende sanitarie non sta rinnovando la polizza assicurativa per la responsabilità civile, prevista dal contratto di lavoro e sta utilizzando sempre più spesso il sotterfugio della "auto-assicurazione". Con il semplice accantonamento di una somma modesta, le Asl eludono il contratto di lavoro e non stipulano la polizza assicurativa, con la connivenza delle Regioni e tra l'indifferenza della magistratura. Inoltre, dovendo pagare gli indennizzi ai danneggiati con fondi propri, le stesse aziende cercano in tutti i modi di riversare sui medici la responsabilità sanitaria, ipotizzando regolarmente che abbiano commesso una "colpa grave". I contenziosi alla Corte dei Conti aumentano e il medico, oltre che dal paziente, si trova a doversi difendere anche dalla propria azienda.

Inoltre, la mancanza di tutele assicurative allontana sempre di più dalle sale parto e dalle sale operatorie i giovani medici, che non possono far fronte alle spese esorbitanti delle polizze che sono costretti a stipulare anche semplicemente per apprendere la professione. *"Tocchiamo ogni giorno con mano che troppi studenti che frequentano le sale parto si trovano a ricevere avvisi di garanzie e denunce al pari degli strutturati - ha dichiarato Nicola Colacurci, Presidente Associazione Ginecologi Universitari Italiani -. È una cosa che ha del paradossale. C'è una problematica assicurativa che, se è drammatica già per noi, diventa tragica per questi giovani i quali si trovano a dover far fronte a spese che non sono in grado di gestire".*

La legge "Balduzzi" (189/2012) stabiliva che, su proposta del Ministro della salute, entro il 30 giugno 2013, venisse emanato il decreto del Presidente della Repubblica finalizzato ad agevolare l'accesso alla copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie. I tavoli tecnici che il Ministero della salute aveva convocato a questo scopo hanno concluso i loro lavori da oltre sette mesi e del decreto non si vede traccia.

"Siamo convinti che si devono conciliare l'esigenza del cittadino ad essere garantito sul risarcimento di un eventuale danno subito e quella del medico di poter operare - ha affermato Carmine Gigli Presidente Federazione Sindacale Medici Dirigenti (FESMED), ma, siamo altrettanto convinti che se non si affrontano i problemi non si fanno passi in avanti e la speranza di stroncare la medicina difensiva rimane solo un'illusione. In Parlamento sono state depositate, da maggioranza e opposizione, ben sette proposte di legge sulla responsabilità professionale ma non si sa quando verranno discusse. I medici chiedono una legge che dia delle certezze e gli consenta di ristabilire al più presto l'alleanza con i cittadini, messa in crisi dall'ombra incombente del contenzioso medico-legale".

La conferenza si è quindi conclusa con una dichiarazione congiunta *"In mancanza di risposte adeguate ci riserviamo di organizzare manifestazioni sensibilizzanti e di proclamare lo sciopero".*

A questo punto la palla passa al nuovo Governo.

L'Intervento del Presidente AAROI-EMAC



"Nel nostro Paese la responsabilità sanitaria resta ad oggi un problema irrisolto.

In una recente Audizione, abbiamo definito "epocale" l'intento delle proposte di legge in materia.

Tuttavia, per il momento possiamo continuare ad apprezzarne solo i proponenti e non i risultati. Il tema è estremamente complesso, tale da dover essere affrontato nella sua globalità, e non, come finora è avvenuto, per singoli settori. Diverse iniziative politiche e istituzionali si sono limitate a voler arginare il fenomeno della costante crescita del contenzioso sanitario con tentativi di una miglior definizione della responsabilità dei professionisti e dei corrispondenti profili di "colpa".

Tali tentativi, già difficoltosi per le sottostanti questioni legate ai rispettivi profili giuridici delle diverse categorie di operatori, non hanno certo tratto beneficio dalle ultime previsioni di riorganizzarne le attività e le competenze. Un altro approccio al problema si è sviluppato attraverso previsioni normative di obblighi assicurativi a carico degli stessi professionisti.

A tale approccio, peraltro, non ha corrisposto un'altrettanto mandatoria previsione di obblighi a carico delle strutture. Avevamo chiesto un maggior coinvolgimento delle Associazioni Professionali nella gestione del rischio clinico, che a nostro parere deve basarsi in primo luogo sulla gestione del rischio organizzativo, individuando e risolvendo le criticità delle numerose situazioni strutturalmente "a rischio".

Questo invito non è stato ancora raccolto. Un esempio tra tutti: la riorganizzazione dei Punti Nascita. A quasi tre anni di distanza dalla sua genesi, l'Accordo tra il Governo e le Regioni sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" non ha prodotto nulla di concreto.

Come denunciato lo scorso agosto attraverso un comunicato stampa congiunto AAROI-EMAC/FESMED, esistono ancora ospedali non adeguatamente attrezzati per il percorso nascita, non collegati a terapie intensive, e in cui l'organizzazione del lavoro dei professionisti si basa sulle pronte disponibilità invece che sulle guardie.

Tutto ciò continua ad alimentare una pericolosa escalation del rischio clinico: come si può pensare di arginarla concentrandosi sulla sola responsabilità professionale e non anche su quella strutturale ed organizzativa?"

In Italia sono 128 le strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno

Al primo posto la Campania (21), a seguire Sicilia (19), Puglia e Lazio (10), Lombardia e Sardegna (9)

Sono ancora 128 in Italia, i punti nascita che effettuano meno di 500 parti all'anno, nonostante l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010 per la messa in sicurezza dei punti nascita prevedeva proprio la chiusura o la messa in sicurezza di quelli in cui il numero di parti è inferiore a 500 l'anno.

In quell'anno il ministro Fazio parlava di 158 punti nascita da chiudere o mettere in sicurezza, da allora ad oggi ne sarebbero stati chiusi non più di una trentina e cioè meno del 20%.

Stando ai dati del Piano nazionale esiti (PNE) dell'Agenas aggiornati a dicembre 2012 la diffusione dei punti nascita con meno di 500 parti effettuati in un anno è diffusa in 18 Regioni su 21. Non risultano, sempre dai dati del PNE, punti nascita con meno di 500 parti l'anno in Valle d'Aosta, Liguria e Molise. Un fenomeno quindi presente sull'intero territorio nazionale anche se in maniera diversa da una regione all'altra, sia per numero di strutture che per numero di parti effettuati.

In 'testa' alla graduatoria per il minor numero di parti in un anno c'è il Presidio Ospedaliero di Lipari (Me) che ne effettua appena 12, a se-



guire, sempre in Sicilia, con 14 parti, si trova il P.O. Suor Cecilia Basarocco (Cl), cui segue l'Ospedale "Tiberio Evoli" - Melito P.S. (Rc) con 17, così come la Casa di cura Villa delle Margherite Snc (Na).

A livello regionale, al primo posto c'è la Campania con 21 strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno. Al secondo posto la Sicilia con 19, cui seguono la Puglia e il Lazio con 10 strutture e Lombardia e Sardegna con 9.

Dal punto di vista del numero dei parti, su un totale di 538.600 eventi nascita registrati dal PNE, ne risultano 39.430 (pari al 7,3% del totale) effettuati ancora nelle strutture che, secondo il citato accordo del dicembre 2010, si sarebbero dovute chiudere o mettere in sicurezza.

Eppure la letteratura medica afferma con chiarezza che le strutture dove si effettuano più di mille parti hanno tassi di mortalità nettamente inferiori a quelli delle strutture piccole.

Di seguito il riepilogo dei punti nascita che effettuano meno di 500 parti l'anno divisi per regione.

l'elenco completo dei 128 punti nascita è al link:

http://95.110.224.81/punti_nascita_500.pdf

Regione	Numero strutture
Piemonte	4
Lombardia	9
P.A. Bolzano	4
P.A. Trento	3
Veneto	6
Friuli Venezia Giulia	2
Emilia Romagna	7
Toscana	6
Umbria	5
Marche	4
Lazio	10
Abruzzo	3
Campania	21
Puglia	10
Basilicata	2
Calabria	4
Sicilia	19
Sardegna	9
ITALIA	128

Fonte: Elaborazione su dati Piano nazionale esiti - 2012

le Pagine

Anestesia pediatrica:

Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care

Le convulsioni sono episodi di sincronizzazione elettrica alterata dell'attività cerebrale. Si calcola che circa il 2% della popolazione può avere una manifestazione convulsiva nella vita. Tuttavia i soggetti che manifestano un episodio convulsivo isolato non ricorrente non sono considerati epilettici.

L'epilessia ha una prevalenza di 1:200 negli adulti ed è circa doppia nei bambini con una distribuzione della frequenza secondo una curva a U con la maggiore incidenza nei primi mesi di vita ed in quelli con età maggiore di 70 anni.

Le convulsioni possono essere primarie (idiopatiche) o più frequentemente secondarie ad altre patologie. L'epilessia idiopatica presenta una predisposizione genetica con un rischio di ereditarietà paterna dell'1,5-3% e del 3-5% di ereditarietà materna. Le convulsioni secondarie possono essere causate da eventi prenatali, perinatali e postnatali.

Le cause prenatali comprendono errori congeniti del metabolismo e anomalie cromosomiche.

Ci sono più di 400 diverse anomalie cromosomiche associate con l'epilessia. Queste includono la sindrome di Down, X fragile, e la Sindrome di Angelman. Infezioni durante il periodo prenatale compresa toxoplasmosi, rosolia, cito-megalovirus e l'herpes simplex (TORCH) possono dar luogo a epilessia. Altre cause derivanti da questo periodo, anche se sintomatiche solo più tardi durante l'infanzia, sono malformazioni congenite come la sclerosi tuberosa, displasia corticale, e malformazioni arterovenose.

Disturbi neurocutanei come neurofibromatosi possono accompagnarsi a convulsioni.

Durante il periodo perinatale, le cause più frequenti sono l'ipoglicemia neonatale, l'ipocalcemia, l'encefalopatia ipossica e l'emorragia intracranica spesso associata a prematurità. Eventi responsabili post-natali dell'epilessia possono comprendere infezioni come la meningite, l'HIV, l'encefalite virale, e gli accessi intracerebrali. Le infezioni dell'orecchio nasale o gola possono portare a trombosi dei seni venosi a sua volta causa di convulsioni. Nel bambino in fase di sviluppo, la tenia rimane una causa comune di epilessia a causa della neurocisticercosi. Traumi, anche non accidentali, tumori maligni, e eventi ipossici (ad es. annegamento), possono anche essere responsabili.

Le convulsioni possono essere parziali (focali), o generalizzate, o possono iniziare come parziali e progredire come generalizzate. Crisi parziali possono essere semplici (non associato con una compromissione del livello di coscienza) o complesse (associata a perdita di coscienza). La presentazione delle crisi parziali dipende dalla zona della corteccia cerebrale coinvolta, ma possono essere motorie, sensitive, neurovegetative, o psicologiche, per esempio, la paura. Le crisi generalizzate sono associate ad attività elettrica cerebrale bilaterale e simmetrica. Essi si presentano con transitorio deterioramento della coscienza (assenza o "piccolo male") o contrazioni muscolari generalizzate ("grande male" convulsioni toniche, cloniche o tonico-cloniche), che di solito sono associate a deterioramento della coscienza. Molte forme di epilessia sono più comuni o esclusive della popolazione pediatrica.

Questi includono il "piccolo male", spasmi infantili (nei neonati), mioclonie (in adolescenza), epilessia parziale benigna (età 4-10), e epilessia benigna dell'infanzia, che ha una prognosi eccellente. Lo stato di male epilettico è definito come la convulsione della durata di più di 30 minuti, o due o più crisi senza recupero completo di coscienza tra le crisi. Lo stato di male epilettico è un'emergenza neurologica che si accompagna al 25% di mortalità totale, 8% nei bambini, il 30% negli adulti, e 40-50% negli anziani. Circa il 70% dei pazienti con epilessia è libero da crisi entro 5 anni dell'inizio del trattamento. Solo circa il 20% dei pazienti che in remissione possono avere una ricaduta successiva, e più dura la remissione, più è improbabile la ricomparsa delle crisi epilettiche. Il meccanismo dell'epilessia è legata: 1. alla perdita dell'inibizione post-sinaptica con perdita dell'attività inibitoria g-aminobutirrica (GABA); 2. nuove connessioni sinaptiche eccitatorie con aumentata liberazione di aminoacidi eccitatori, e la comparsa di neuroni pacemaker con correnti di voltaggio anormale mediate dal calcio, tutti causa di un'attivazione anomala dei neuroni.

IL TRATTAMENTO DELL'EPILESSIA

Lo scopo del trattamento dell'epilessia è liberare il paziente dalle crisi con minimi effetti collaterali. Le terapie disponibili sono rivolte al trattamento dei fattori predisponenti, al trattamento farmacologico, dietetico e chirurgico.

Farmaci antiepilettici 'Anticonvulsivanti'

La terapia farmacologica con farmaci antiepilettici (AED) dipende dal tipo e dalla frequenza delle crisi, dall'età del paziente, dai farmaci e dagli effetti collaterali. La terapia di solito inizia con un anticonvulsivante alla dose che determina livelli plasmatici terapeutici, in seguito la dose può essere ottimizzata se necessario. Se la crisi continua o compaiono effetti collaterali inaccettabili, un secondo farmaco può sostituire il primo, dopo un tempo adeguato affinché il secondo farmaco raggiunga livello plasmatico necessario. Se la monoterapia non è sufficiente, può essere somministrato un secondo ed eventualmente un terzo farmaco.

I farmaci antiepilettici hanno molti effetti collaterali e interazioni farmacologiche che devono essere considerate quando si programma l'anestesia. I farmaci anticonvulsivanti tradizionali come il fenobarbital, la fenitoina, la carbamazepina, e il valproato di sodio sono potenti induttori degli enzimi epatici, mentre il felbamato, è un inibitore degli enzimi epatici. Il valproato di sodio, la carbamazepina e l'etosuccimide possono associarsi a effetti epatotossici. Gli ultimi tre farmaci, e il primidone, si accompagnano a piastrinopenia e alterazioni piastriniche. Il topiramato determina acidosi metabolica con un elevato gap anionico.

Trattamento dietetico

È stato descritto la prima volta da Guelpa e Marie nel 1911, e il fatto che le convulsioni si interrompano durante il digiuno assoluto è stato confermato da Geyelin nel 1921. Nello stesso anno, Wilder ha suggerito che la dieta chetogenica (KD), una dieta con elevato contenuto di proteine e basso tenore di grassi e carboidrati, può simulare l'effetto del digiuno. Con l'avvento di farmaci antiepilettici, il ruolo dei trattamenti dietetici è divenuto trascurabile. Tuttavia, c'è un recente aumento d'interesse per la terapia dietetica per i pazienti con epilessia intrattabile e in quelli con effetti secondari intollerabili da farmaci antiepilettici. Nei bambini la scarsa compliance della dieta chetogenica può rappresentare un problema.

Una dieta normale ha un rapporto lipidi/carboidrati di 0.3 e di lipidi/proteine di 1, con il 35% delle calorie data dai lipidi. Al contrario, la classica dieta chetogenica ha un carico calorico limitato a 75 kcal/kg/die e un contenuto proteico di 1 g/kg/die. Ha un rapporto grassi/carboidrati di 4/1 e lipidi/proteine di 1/1 con il 90% di calorie provenienti dai grassi. La restrizione calorica è di sapore sgradevole per la presenza di grassi saturi a lunga catena con conseguente scarsa compliance per il paziente. Per risolvere questo problema, sono state messe a punto diete chetogeniche diverse. La dieta con trigliceridi a catena media e a catena media modificata permettono un apporto calorico normale con il 71% delle calorie provenienti dai grassi, 19% dai carboidrati e 10% dalle proteine. Più recentemente, è stata introdotta la dieta di Atkins modificata senza restrizioni caloriche con un rapporto carboidrato/proteine di 1:1 con il 65% di calorie provenienti dai grassi. Tra gli effetti secondari della dieta chetogenica vi è una scarsa crescita, soprattutto nei bambini di età inferiore ad un anno, (tipicamente sotto 10 percentili), calcolosi renale, fratture ossee, dislipidemia, ipoproteinemica e aumento degli enzimi epatici. Questi effetti in aggiunta alla chetoacidosi, devono essere presi in considerazione nel programmare un'anestesia.

IL TRATTAMENTO DELLO STATO EPILETTICO

Le convulsioni determinano due fasi di cambiamenti nella risposta del corpo. Nella fase precoce la maggiore richiesta metabolica del cervello è soddisfatta da un aumento della pressione arteriosa, del flusso ematico cerebrale, della ventilazione minuto e della glicemia. Dopo 30 minuti l'autoregolazione cerebrale si interrompe con riduzione del flusso ematico cerebrale, aumento della pressione intracranica e una riduzione della pressione arteriosa. Pertanto è importante trattare

lo stato epilettico intensamente. Le linee guida del trattamento sono le seguenti:

1. Trattamento di supporto (ABC):

- Assicurare la pervietà delle vie aeree;
- Assicurare una ventilazione e ossigenazione adeguata;
- Disporre di una via venosa con un catetere di ampio calibro per facilitare l'esecuzione di esami del sangue (emocromo, coagulazione, glicemia, concentrazione degli anti-convulsivanti, test di funzionalità renale e epatica, calcemia, e magnesemia) e la somministrazione di liquidi endovena.
- Eseguire un'EGA;
- Somministrare vasopressori endovena se necessario;

2. Trattamento specifico: prendere in considerazione l'eziologia ed escludere cause alternative di convulsioni.

- Farmaci di prima scelta: benzodiazepine; lorazepam e.v. 0,1 mg/Kg in 30-60 secondi. Questa dose può essere ripetuta una volta se le convulsioni continuano per 10 minuti. Se non è disponibile un accesso venoso, si somministra diazepam per via rettale 0,5 mg/Kg, se le convulsioni continuano per 10 minuti, si somministra lorazepam una volta disponibile una via venosa, altrimenti si somministrano per via rettale 0,4 mg/Kg di paraldeide in un volume uguale di olio d'oliva.
- Farmaci di seconda scelta: si somministrano fenitoina 15-20 mg/Kg in 20 minuti con il monitoraggio dell'ECG e della pressione venosa. Se non è disponibile una via venosa si usa un ago intraosseo. Se il paziente è già in trattamento con la fenitoina si somministra fenobarbital in 20 minuti e si esegue un dosaggio ematico della fenitoina. Somministrare paraldeide rettale se non è stata già somministrata.
- Farmaci di terza scelta (convulsioni refrattarie): induzione dell'anestesia generale, con tiopentone 4-5 mg/Kg, seguita da 3-5 mg/Kg/h di midazolam in infusione o midazolam 0,1 mg/Kg seguito da un'infusione di 2-20 µg/Kg/min e trasferimento in terapia intensiva.

GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEI BAMBINI EPILETTICI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO

I bambini epilettici in genere si presentano per un intervento chirurgico non correlato all'epilessia, o meno frequentemente per un trattamento neurochirurgico definitivo dell'epilessia. Si applicano gli stessi principi generali per la gestione perioperatoria, oltre a quelli specifici per l'elettrocorticografia (ECOG) e della neurochirurgia.

Gestione preoperatoria

La valutazione preoperatoria deve essere condotta con una particolare attenzione all'epilessia e ad altre patologie concomitanti.

Questa è particolarmente importante nei neonati e nei bambini che presentano un maggiore rischio di complicanze perioperatorie. L'epilessia potrebbe essere associata a danni alla nascita, ipossia perinatale, o come parte di una sindrome o di altre malattie (ad esempio sclerosi tuberosa, craniosinostosi, o microcefalia). Queste condizioni possono comportare altre implicazioni anestesio-logiche, oltre a quelle dell'epilessia. Ad esempio, la sclerosi tuberosa è una patologia amartomatosa, con lesioni cutanee e intracraniche che determinano un'epilessia non controllabile. Queste lesioni peraltro infiltrano i polmoni, i reni, determinano alterazioni respiratorie, uremia e ipertensione, aritmie e ostruzione del flusso ematico intracardiaco. Nella craniosinostosi e in altre malformazioni craniofacciali, è indispensabile un'ap-

profonda valutazione delle vie aeree poiché l'intubazione può essere difficile. In tutti i pazienti con un'anamnesi positiva per epilessia, devono essere rilevati il tipo e l'andamento delle convulsioni, la frequenza e il controllo delle convulsioni, la terapia antiepilettica e le complicanze della terapia antiepilettica. Gli esami di laboratorio dovrebbero rilevare gli effetti secondari della terapia antiepilettica. Nei pazienti in terapia con valproato di sodio, carbamazepina, etosuccimide, si dovrebbero valutare la funzione epatica, la conta piastrinica, e i test della coagulazione. Nei casi di epilessia scarsamente controllata, si dovrebbero misurare i livelli ematici dei farmaci antiepilettici e dovrebbero essere ottimizzati prima dell'intervento. Nei pazienti con sclerosi tuberosa e in quelli con rumori cardiaci si dovrebbe eseguire nel preoperatorio l'ECG e l'ecocardiogramma. I farmaci anticonvulsivanti dovrebbero essere mantenuti fino al momento dell'intervento e ripresi prima possibile nel postoperatorio. Fortunatamente la maggior parte di loro ha un'emivita lunga, per cui un ritardo nella somministrazione o una mancata somministrazione non crea problemi. Tuttavia nell'epilessia intrattabile o nei bambini in cui si prevede di non poter somministrare niente per bocca nel postoperatorio si dovrebbe programmare con un neurologo uno schema di terapia poiché molti antiepilettici non sono disponibili per via parenterale. Si può prendere in considerazione se praticabile la somministrazione attraverso un sondino nasogastrico delle dosi dei farmaci.

L'iperventilazione riduce la soglia convulsivante, per cui i bambini ansiosi possono trarre giovamento da una sedazione preoperatoria. Comunque occorre valutare l'interazione con la terapia anticonvulsivante. L'induzione enzimatica può aumentare la dose necessaria, mentre il fenobarbital e le benzodiazepine possono potenziare l'effetto sedativo.

Trattamento intraoperatorio

Induzione dell'anestesia.

Quando si programma l'induzione dell'anestesia, occorre prendere in considerazione le condizioni generali del bambino, lo stato delle malattie concomitanti, e ciò che è accettabile per il bambino e la famiglia. I vantaggi teorici di molti farmaci sono controbalanciati dalla praticità della loro somministrazione in un bambino non collaborante. Sebbene il sevoflurano possa causare modificazioni EEG epilettiformi l'induzione per inalazione con sevoflurano e protossido d'azoto in ossigeno rappresenta una tecnica di anestesia appropriata nel bambino. I bambini più anziani e i bambini con un accesso endovenoso possono scegliere un'induzione endovenosa con propofol (3-4 mg/Kg) o tiopentone (5-8 mg/Kg). Il propofol a basse dosi può peraltro causare modificazioni epilettogene nell'EEG mentre in dosi anestetiche depime l'attività dell'EEG.

Blocco neuromuscolare e ventilazione controllata.

L'induzione enzimatica causata dai farmaci anticonvulsivanti può determinare resistenza ai bloccanti miorellassanti non depolarizzanti (NMB), per cui spesso è necessario aumentare la loro dose. Se è necessaria un'induzione in sequenza rapida per il controllo delle vie aeree dopo una convulsione prolungata o in condizione di male epilettico, si deve evitare l'uso della succinilcolina giacché può determinare un improvviso e disastroso aumento della potassiemia. In queste condizioni, si può utilizzare il rocuronio. Il laudanoside, un metabolita dell'atracurio, ha potenzialità epilettogene, per cui occorre evitare la somministrazione di grandi dosi o una somministrazione prolungata. L'iperventilazione riduce la soglia convulsiva e la normocapnia deve essere l'obiettivo durante la ventilazione controllata.

L'Assemblea SIARED svoltasi il 1° Marzo a Firenze

All'Ordine del Giorno la ratifica del Presidente e le modifiche allo Statuto dell'Associazione

Erano presenti oltre 250 Anestesisti Rianimatori all'Assemblea Nazionale dei Soci SIARED che si è svolta lo scorso primo Marzo a Firenze. Un appuntamento importante nel corso del quale è stata ratificata la nomina di Adriana Paolicchi come Presidente SIARED e sono state approvate le modifiche allo Statuto, pubblicato in versione integrale a pagina 10.

La giornata è cominciata con una lectio magistralis di Martin Langer, Direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'IRCSS - Istituto Tumori di Milano e Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione alla Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano che ha parlato dell'importanza e della modalità per calcolare l'efficienza e l'efficacia nell'ambito dell'Anestesia e della Rianimazione.

Partendo dall'Anestesia, e in particolare dalle attività di sala operatoria Langer, ha dimostrato, attraverso dati che si riferiscono alla struttura in cui lavora, quali potrebbero essere gli indicatori per verificare l'efficienza di un reparto operatorio. Uno di questi, ha sottolineato il Professore, è il corretto utilizzo del tempo all'interno delle sale operatorie. Fondamentale, in tal senso, è una corretta programmazione degli interventi e un monitoraggio dei tempi dell'attività svolta in modo da poter individuare i momenti di dispersione presenti nel corso della seduta operatoria o nel passaggio da un paziente all'altro.

La raccolta dei dati diventa in questo modo, come suggerito da Langer, uno strumento importante per valutare l'efficienza del reparto operatorio utile anche nel caso di verifiche da parte della Direzione sanitaria. È importante inoltre, ha sottolineato Langer, mettere a confronto i dati ottenuti nel monitoraggio della struttura di riferimento con i dati di altre strutture, al fine di valutare che il metodo utilizzato sia valido e non ci sia il rischio di autoreferenzialità. L'ulteriore vantaggio di avere a disposizione dei dati - ha suggerito ancora il Professore - è quello di poterli far esaminare attraverso un Audit esterno che sia in grado di valutare l'operato, identificare le criticità e suggerire le soluzioni.

Passando dall'efficienza all'efficacia, sempre in ambito anestesiológico il discorso cambia: *"sull'efficacia - ha affermato Langer - sappiamo pochissimo. Efficacia vuol dire: facciamo bene il nostro lavoro, oltre ad essere efficienti? Il discorso può essere molto ampio e riguardare i diversi attori. Ci si potrebbe forse basare sul numero di incidenti? Ma è talmente basso - ha dichiarato il Professore - che difficilmente potrebbe essere considerato un indicatore. Così come l'ottimizzazione del post operatorio che non è facile da documentare nei fatti. Il discorso sta piano piano venendo fuori a partire dagli Stati Uniti, ma per il momento non è ancora ben definito".*

Per quel che riguarda la Rianimazione la situazione sembra diversa, numerosi sono gli indicatori per misurare l'efficacia di un reparto di Terapia Intensiva, non bene identificati quelli relativi all'efficienza. Sul primo aspetto gli indicatori sono diversi, come ad esempio la mortalità ospedaliera o il benessere del paziente. Il GiViTi, il Gruppo Italiano per la Valutazione degli interventi in Terapia Intensiva, dal 1991 porta avanti un lavoro di raccolta, analisi e confronto dei dati recuperati attraverso un circuito di Rianimazioni italiane che si sono rese disponibili ad inserire i dati richiesti.

"L'obiettivo di questo lavoro - ha affermato Langer - è di dare uno strumento culturale e operativo affinché ognuno impari a valutarsi correttamente anche in confronto a dati di altri. Credo che sia il modo scientifico di affrontare quello che facciamo tutti i giorni. Dobbiamo porci continuamente degli interrogativi, non dobbiamo essere sicuri che quello che facciamo vada sempre bene".

Per quel che riguarda l'efficienza nelle Rianimazioni - secondo il Professore - è qualcosa tutta da scoprire. Non ci sono idee chiare su come misurarla e si tratta di un argomento veramente complicato di cui si conosce poco. Ciò non toglie che sia necessario studiare per trovare un metodo adeguato per misurarla e questo perché "efficienza ed efficacia non sono separabili", ha concluso Langer.

Dopo l'intervento di Langer, è intervenuto Paolo Sacchi di AON, il broker assicurativo che da quest'anno si occupa dell'assicurazione professionale garantita dall'AAROI-EMAC ai propri iscritti. Oltre a spiegare le caratteristiche delle attuali polizze, Sacchi ha fatto il punto su quali sono stati i miglioramenti garantiti rispetto al passato e quali sono gli obiettivi per il futuro. Tra i primi, l'estensione della retroattività, la possibilità da parte dell'assicuratore di far cessare la polizza in caso di sinistro solo previo nulla-osta dell'AAROI-EMAC e la disponibilità di un'unica polizza per primo e secondo rischio. Per quel che riguarda la polizza penale è prevista l'estensione dell'assistenza legale agli albi speciali, il massimale di 50 mila euro, la garanzia estesa anche in casi di patteggiamento, l'assenza di una franchigia, l'estensione della chiamata in causa della compagnia di



Il Presidente SIARED, Adriana Paolicchi tra il Tesoriere Antonio Amendola e il Segretario Antonino Franzesi. A destra il Presidente AAROI-EMAC Alessandro Vergallo



Un momento della lettura dello Statuto per la votazione delle modifiche



Sono intervenuti dal palco, da sinistra: Martin Langer - Direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'IRCSS Istituto Tumori di Milano - con una lectio magistralis, Fabio Cricelli - Vice Presidente AAROI-EMAC Area Centro e organizzatore dell'evento - con il saluto di benvenuto, Emanuele Scarpuza - Vice Presidente Area Sud - con la presentazione degli Ospiti, Alessandra Panchetti - Anestesista Rianimatore a Pistoia, con l'apertura dei lavori

quali siano le competenze e le reali esigenze degli Anestesisti Rianimatori in modo da poter garantire un'assistenza sempre più personalizzata.

Dopo la prima parte dedicata agli ospiti, l'Assemblea dei Soci SIARED è entrata nel vivo dei lavori con la ratifica all'unanimità di Adriana Paolicchi come Presidente della Società. *"Ringrazio tutti per la partecipazione e per la vicinanza che in questi mesi ho ricevuto dai miei colleghi - ha affermato Paolicchi, immediatamente dopo il voto - . Da parte mia mi impegnerò affinché i principi di mandato che ho individuato in occasione della nomina siano portati avanti e diventino realtà. Si tratta di alcuni punti che trovano una prima corrispondenza anche*

nelle modifiche statuarie proposte. Innanzitutto - ha spiegato Paolicchi - dobbiamo coinvolgere i giovani anche attraverso la possibilità per gli specializzandi di aderire alla SIARED senza dover pagare l'iscrizione. Ma non solo. Intendiamo parlare la loro stessa lingua e quindi avremo una sempre maggiore attenzione per la tecnologia, per i gruppi spontanei che si sono già formati in rete e faremo in modo che il nostro sito sia realmente informativo. Un secondo punto è l'attenzione che vogliamo dare al territorio. In questo senso - ha specificato il Presidente SIARED - una parte sostanziale dovranno farla i Consiglieri che avranno il compito di individuare e raccogliere le reali esigenze dell'ambito in cui si trovano ad operare. E ancora, garantiremo una maggiore attenzione per le cure palliative, parte integrante della nostra disciplina. Infine porteremo avanti una stretta collaborazione con le altre società scientifiche, con gli enti e le istituzioni in modo da mettere a punto linee guida, raccomandazioni e documenti condivisi e realmente applicabili in un'ottica multidisciplinare".

Dopo il discorso di Adriana Paolicchi ha preso la parola Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC, che dopo aver salutato e ringraziato i presenti ha dato il via al dibattito richiamando l'importanza dell'interattività per poter lavorare in un'ottica di apertura alle richieste dei Soci. E proprio dai Soci presenti sono arrivate le prime richieste come la realizzazione di nuovi corsi FAD e di formazione per l'utilizzo dell'ecografo.

"Sulla scia dell'AAROI-EMAC, che sempre di più intende diventare un Sindacato a domicilio ha concluso Paolicchi -, anche la SIARED sarà una Società Scientifica a domicilio per raccogliere le esigenze dei suoi Associati".



Il voto all'unanimità per la ratifica di Adriana Paolicchi a Presidente SIARED

10° CONGRESSO NAZIONALE
SIARED
APPROPRIATEZZA DELLE CURE
E RISORSE DISPONIBILI

12-14 Maggio 2014 Sheraton Hotel Catania



PRESIDENTI DEL CONGRESSO
Adriana Paolicchi - Alessandro Vergallo

COMITATO SCIENTIFICO
Aldo Barbati - Fernanda Diana - Giuseppina Di Fiore - Marcello Difonzo
Paolo Gregorini - Emanuele Iacobone - Franco Marinangeli
Paolo Notaro - Adriana Paolicchi - Claudio Spena

COMITATO ORGANIZZATORE
Carmela Di Giacinto - Daniela Di Stefano - Gabriella La Rocca
Giuseppe Scarpinati - Emanuele Scarpuzza

REFERENTI SCIENTIFICI
Aldo Barbati - Fernanda Diana - Giuseppina Di Fiore - Marcello Difonzo
Paolo Gregorini - Emanuele Iacobone - Franco Marinangeli
Paolo Notaro - Adriana Paolicchi - Claudio Spena

PROVIDER
Provider Nazionale AIMOS www.aimos.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Aservice Studio srl via Machiavelli 136, 09131 Cagliari
Contatti tel e fax: 07042939 email: segreteria@aservicestudio.com
sito web: www.aservicestudio.com

In sinergia con
SIARED Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore
via XX Settembre 98/E 00187 Roma
contatti tel: 0815585160 fax: 0813606204
sito web: www.siared.it

SEDE DEL CONGRESSO
Sheraton Catania Hotel & Conference Centre
Via Antonello Da Messina 45, 95020 Acicastello - Catania
contatti tel: 0957114111 fax: 095271380
sito web www.sheratoncatania.com

Patrocini richiesti:



siared.it

Lunedì 12 Maggio 2014 SERA

SALA A PEGASO 1
OBIETTIVO RESPONSABILITA'

n° 4,5 crediti ECM assegnati
per n° 140 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 13.00 Registrazione partecipanti, consegna questionari

ore 13.20 Apertura del congresso
10° CONGRESSO NAZIONALE SIARED
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E RISORSE DISPONIBILI
A. Paolicchi Presidente SIARED

OBIETTIVO RESPONSABILITA'
Moderatori: A. Paolicchi (Pisa) - A. Vergallo (Brescia)

ore 14.00 L'Associazione Obiettivo Responsabilità
P. Gregorini (Bologna)

ore 14.30 Teoria dell'errore e responsabilità
Q. Piavevoli (Roma)

ore 15.00 Il medico e la responsabilità: siamo impiegati o professionisti?
T. Matarazzo (Ferrara)

ore 15.30 Perché allargare i confini della responsabilità?
F. Giunta (Pisa)

ore 16.00 Le competenze per individuare la responsabilità di sistema
V. Castiglione (Bologna)

ore 16.30 Nuovi orientamenti giurisprudenziali nella responsabilità medica
P. D'Agostino (Torino)

ore 17.00 Discussione

ore 17.20 Pausa

ore 17.30 FORUM: La Responsabilità Organizzativa: esperienze a confronto
Conduce P. Rotondi (Milano) Intervengono Salvatore Aleo (Catania)
P. Castaldi (Cagliari) - D. Colimberti (Palermo) - P. D'Agostino (Torino)
P. Gregorini (Bologna) - A. Vergallo (Brescia)

CERIMONIA INAUGURALE (Sala A Pegaso 1)
Lettura Magistrale Le professioni tra necessità di cura
e limiti economici: dai conflitti alla coevoluzione Prof. Ivan Cavicchi

Saluti delle Autorità

ore 20.00 Cocktail e aperitivo con stuzzichini

Lunedì 12 Maggio 2014 SERA

SALA B PEGASO 3
L'ANESTESISTA RIANIMATORE
E LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

n° 6 crediti ECM assegnati
per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 13.00 Registrazione partecipanti, consegna questionari

ore 13.20 Introduzione al corso

PRIMA SESSIONE
Moderatori: C. Denaro (Catania) - M. Chiarello (Camerino)

ore 14.00 La Rete Nazionale Trapianti, organizzazione e problematiche
D. Testasecca (Ancona)

ore 14.30 La figura del coordinatore locale
G. Riccioni (Macerata)

ore 15.00 Ruolo del 118 nell'identificazione precoce di potenziali donatori
E. Galassini (Milano)

ore 15.30 Il donatore a cuore battente e a cuore fermo
P. M. Ceraci (Pavia)

ore 16.00 La gestione in Rianimazione del donatore multiorgano:
vecchie e nuove prospettive
F. Procaccio (Roma)

ore 16.30 Discussione

ore 16.50 Pausa

SECONDA SESSIONE
Moderatori: L. Tritapepe (Roma) - G. M. Bianchi (Alessandria)

ore 17.00 Fluidoterapia nel perioperatorio, update nell'era post Boldt
G. Panarello (Palermo)

ore 17.30 Chirurgia standard, nel paziente "fuori standard": come utilizzo
il supporto meccanico nella grave comorbidità cardiorespiratoria
G. Burgio (Palermo)

ore 18.00 Discussione

ore 19.30 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

Lunedì 12 Maggio 2014 SERA

SALA C CASSIO 1
EMERGENZA IN MARE E IN MONTAGNA

n° 6 crediti ECM assegnati
per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 13.00 Registrazione partecipanti, consegna questionari

ore 13.20 Introduzione al corso

PRIMA SESSIONE: LA MONTAGNA
Moderatori: A. Mattedi (Trento) - F. Marinangeli (L'Aquila)

ore 14.00 Criticità nell'utilizzo dell'elicottero in ambiente ostile
E. Widmann (Trento)

ore 14.30 Gestione di un'equipe sanitaria in ambiente ostile. Ruolo del CNSAS
A. Cittadini (L'Aquila)

ore 15.00 Gestione di un'emergenza in montagna: la valanga
G. Facchetti (L'Aquila)

ore 15.30 Tecnologia diagnostica in ambiente ostile
A. Ciccozzi (L'Aquila)

ore 16.00 Defibrillatori e defibrillazione: update
G. Ristagno (Milano)

ore 16.30 Discussione

ore 16.50 Pausa

SECONDA SESSIONE: IL MARE
Moderatori: C. Spena (Genova) - G. Marchese (Palermo)

ore 17.00 Drowning syndrome: update
B. Alagna (Catania)

ore 17.30 Incidente subacqueo: dalla superficie al centro iperbarico
D. Garbo (Palermo)

ore 18.00 L'iperbarica oltre l'incidente subacqueo
C. Iesu (Cagliari)

ore 18.30 Discussione

ore 19.30 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

Martedì 13 Maggio 2014 MATT

SALA A PEGASO 1
EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE
PROFESSIONALI E DELLE RISORSE
TECNOLOGICHE IN ANESTESIA
E RIANIMAZIONE

n° 4,5 crediti ECM assegnati
per n° 140 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 8.00 Registrazione partecipanti e consegna questionari

ore 8.05 Introduzione al corso

DALLA TEORIA ALLA CLINICA NEL PAZIENTE COMPLESSO
Moderatori: A. Paolicchi (Pisa) - F. Diana (Cagliari)

ore 8.30 La definizione di appropriatezza: punto chiave di confronto
internazionale ed interaziendale A. De Gasperi (Milano)

ore 9.00 La certificazione professionale tra formazione e aggiornamento
P. Rotondi (Milano) - M. Faini (Milano)

ore 9.30 TAVOLA ROTONDA Le principali sfide
per l'area specialistica nel prossimo futuro
Intervengono G. Fanelli (Parma) - A. Vergallo (Brescia)

ore 10.30 Discussione

ore 10.50 Pausa

FOCUS: IL PAZIENTE OBESO
Moderatori: P. Gregorini (Bologna) - L. Rabito (Ragusa)

ore 11.00 La chirurgia nel paziente complesso: l'obeso
M. Anselmino (Pisa)

ore 11.30 La ventilazione nell'obeso da operare: prima,
durante e dopo l'intervento P. Pelosi (Genova)

ore 12.00 Dalle buone pratiche alla proposta di raccomandazioni
per la gestione del paziente obeso A. Paolicchi (Pisa)

ore 12.30 Esperienza sul paziente obeso: buon uso dei farmaci
C. Di Salvo (Pisa)

ore 13.00 TAVOLA ROTONDA Società scientifiche a confronto
sulla gestione dell'obeso: SICOB, SIO, SIARED, SIAARTI

ore 13.40 Discussione

ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro attestati

Martedì 13 Maggio 2014 MATT

SALA B PEGASO 3
APPROCCIO AL PAZIENTE
POLITRAUMATIZZATO

n° 6 crediti ECM assegnati
per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 8.00 Registrazione partecipanti, consegna questionari

ore 8.05 Introduzione al corso

PRIMA SESSIONE
Moderatori: A. Siracusa (Trapani) - R. Flocco (Campobasso)

ore 8.30 Ruolo della simulazione nell'emergenza-urgenza
F. Oliveri (Catania)

ore 9.00 Ruolo nell'ecofast nel politrauma
M. Scuderi (Catania)

ore 9.30 Gestione intraospedaliera del politraumatizzato
E. Vincenti (Dolo)

ore 10.00 I sanguinamenti maggiori: monitoraggio della coagulazione
in real time ed uso degli emocomponenti
G. Chiamonte (Palermo)

ore 10.30 Esperienze cliniche e discussione

ore 10.50 Pausa

SECONDA SESSIONE
Moderatori A. Gratarola (Genova) - D. Di Lello (Isernia)

ore 11.00 Percorso ideale per la gestione del traumatizzato di età pediatrica
E. Lampugnani (Genova)

ore 11.30 Approccio anestesiológico al paziente con frattura di femore
G. Barzoi (Milano)

ore 12.00 Esigenze del traumatologo nel paziente
con frattura del collo del femore A. Pace (Cefalù)

ore 12.30 Esperienze cliniche e discussione

ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

Martedì 13 Maggio 2014 MATT

SALA C CASSIO 1
MODELLI ORGANIZZATIVI
IN CHIRURGIA AMBULATORIALE,
NORA E DAY SURGERY

in collaborazione con SICADS
n° 6 crediti ECM assegnati
per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 8.00 Registrazione partecipanti, consegna questionari

ore 8.05 Introduzione al corso

PRIMA SESSIONE
Moderatori: F. Foresta (Caltanissetta) - A. Citino (Vercelli)

ore 8.30 Aspetti normativi della chirurgia breve e loro impatto
sui percorsi di cura N. Ladiana (Milano)

ore 9.00 Criteri di selezione dei pazienti, tipologia di intervento
e percorso pre-operatorio L. Bertini (Roma)

ore 9.30 La recente giurisprudenza sulla chirurgia ambulatoriale, NORA
e Day Surgery G. Vairo (Salerno)

ore 10.00 Raccomandazioni AAROI-EMAC/SIAARTI/SIARED sulle prestazioni
anestesiologiche nella chirurgia a bassa complessità, NORA
A. Barbati (Napoli)

ore 10.30 Discussione

ore 10.50 Pausa

SECONDA SESSIONE
Moderatori: G. Maltese (Catanzaro) - A. Chianella (Foligno)

ore 11.00 Il ruolo del chirurgo e le tecniche chirurgiche nel processo
della Day Surgery P.G. Palumbo (Roma)

ore 11.30 La scelta anestesiológica in relazione a chirurgia, pazienti e contesti
C. Sacchi (Milano)

ore 12.00 Blocchi centrali in day surgery: il perché di una scelta farmacologica
L. Guglielmo (Palermo)

ore 12.30 Blocchi periferici, dall'ecoguidia ai farmaci
D. Di Stefano (Catania)

ore 13.00 Discussione

ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

SALA A PEGASO 1

ANESTESIA E DOLORE (I Sessione)
LA CONDOTTA ANESTESIOLOGICA PERIOPERATORIA IN CHIRURGIA ROBOTICA E LAPAROSCOPICA

n° 9 crediti ECM assegnati - corso composto da due sessioni per n° 140 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 14.15 Registrazione partecipanti, consegna questionari
ore 14.20 Introduzione al corsoLA COMPETENZA MULTI PROFESSIONALE IN CHIRURGIA ROBOTICA
Moderatori: **F. Diana** (Cagliari) - **P. Fontarari** (Firenze)ore 14.30 La chirurgia robotica: complessità tecnologica e campi di applicazione
A. Coratti (Grosseto)ore 15.00 La robotica come chirurgia multidisciplinare: costo efficacia
C. R. Tomassini (Pisa)ore 15.30 Implicazioni anestesiofisiologiche in chirurgia robotica toracica
E. Serra (Padova)ore 16.00 Robotica: implicazioni cardiovascolari dal monitoraggio emodinamico avanzato all'uso dei farmaci cardioattivi
F. Guarracino (Pisa)ore 16.30 Discussione
ore 16.50 PausaLA COMPETENZA MULTI PROFESSIONALE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
Moderatori: **A. Paolicchi** (Pisa) - **R. Benenati** (Marsala)ore 17.00 La chirurgia laparoscopica maggiore: tecniche e orizzonti chirurgici
P. Marchesa (Torino)ore 17.30 Le modificazioni fisiopatologiche e le competenze dell'anestesista
A. Corcione (Napoli)ore 18.00 Medicina perioperatoria in chirurgia laparoscopica maggiore dalla prevenzione del dolore e delle complicanze tromboemboliche al controllo delle infezioni
A. Albani (Aosta)ore 18.30 Esperienze in chirurgia laparoscopica maggiore
E. Pusceddu (Cagliari)ore 19.00 Discussione
ore 20.30 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita

SALA B PEGASO 3

LE EMERGENZE OSTETRICHE

n° 6 crediti ECM assegnati per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 14.15 Registrazione partecipanti, consegna questionari
ore 14.20 Introduzione al corsoPRIMA SESSIONE
Moderatori: **G. Di Fiore** (Palermo) - **S. Coniglio** (Catania)ore 14.30 Classificazione del rischio ostetrico e counselling multidisciplinare in gravidanza
R. Platania (Catania)ore 15.00 L'anestesista di fronte alla sofferenza fetale acuta
G. Scarpinati (Catania)ore 15.30 L'emorragia nel postpartum
M. R. D'Anna (Palermo)ore 16.00 Ruolo della radiologia interventistica nelle emorragie del postpartum
M. Vallone (Palermo)ore 16.30 La paziente ad alto rischio emorragico: pianificazione anestesiofisiologica
A. Rutili (Massa Carrara)ore 17.00 Discussione
ore 17.20 PausaSECONDA SESSIONE
Moderatori: **L. Pollarolo** (Genova) - **D. Dossi** (Rovereto)ore 17.30 Trasfusione di emocomponenti e sostituti plasmatici
C. Prestifilippo (Catania)ore 18.00 Intubazione difficile non prevista: cosa fare?
F. Sgalambro (Catania)ore 18.30 Emorragia nel postpartum, esperienze a confronto
L. Calderone (Palermo)ore 19.00 **V. Mazzaresse** (Palermo)ore 20.30 **G. Scarpinati** (Catania)ore 19.00 Discussione
ore 20.30 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

SALA C CASSIO 1

ANESTESIA E RIANIMAZIONE (I Sessione)
TECNOLOGIA E CLINICA IN SALA OPERATORIA E IN TERAPIA INTENSIVA

n° 12 crediti ECM assegnati - corso composto da due sessioni per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 14.15 Registrazione partecipanti, consegna questionari
ore 14.20 Introduzione al corsoPRIMA SESSIONE
Moderatori: **M. Difonzo** (Bari) - **A. David** (Messina)ore 14.30 Monitoraggio emodinamico minimamente invasivo e pazienti ad alto rischio chirurgico: servono idee chiare!
A. De Gasperi (Milano)ore 15.00 Ecocardiografia transtoracica e TEE in Anestesia non cardiaca: valutazione clinica dei trattamenti farmacologici
L. Tritapepe (Roma)ore 15.30 L'ecografia cardio-toracica in UTI: esperienze
A. Anile (Catania)ore 16.00 L'uso dell'emofiltrazione in terapia intensiva
V. Lanza (Palermo)ore 16.30 Discussione
ore 16.50 PausaSECONDA SESSIONE
Moderatori: **G. Iotti** (Pavia) - **F. Caputo** (Palermo)ore 17.00 Emofiltrazione e sepsi
G. Castiglione (Catania)ore 17.30 Decapneizzazione
G. Iotti (Pavia)ore 18.00 Insufficienza Respiratoria ed ECMO, cosa è successo dopo la pandemia da virus a H1N1
A. Arcadipane (Palermo)ore 18.30 Discussione
ore 20.30 Chiusura dei lavori e registrazione d'uscita

SALA A PEGASO 1

ANESTESIA E DOLORE (II Sessione)
DOLORE ACUTO, CRONICO E MALATTIA DOLORE: MODELLI ORGANIZZATIVI, DIAGNOSI E TRATTAMENTO

n° 9 crediti ECM assegnati - corso composto da due sessioni per n° 140 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 8.00 Registrazione partecipanti
ore 8.05 Apertura lavoriTERZA SESSIONE
Moderatori: **S. Adamo** (Palermo) - **P. Notaro** (Milano)ore 8.30 Modelli organizzativi: obblighi normativi e realtà
P. Notaro (Milano)ore 9.00 Il dolore acuto post operatorio: un problema risolto?
F. Coluzzi (Roma)ore 9.30 Evidenze scientifiche dei blocchi periferici sui meccanismi dell'amplificazione del dolore
M. Allegri (Pavia)ore 10.00 Dolore acuto versus dolore cronico e malattia dolore: eziopatogenesi e algoritmo diagnostico
M. Lucia (Palermo)ore 10.30 Discussione
ore 10.50 PausaQUARTA SESSIONE
Moderatori: **S. Mameli** (Cagliari) - **D. Giofrè** (Pisa)ore 11.00 Farmaci oppiacei: efficacia a medio lungo termine, effetti collaterali e criticità nelle associazioni con altri farmaci
M. Grilli (Novara)ore 11.30 Le tecniche antalgiche invasive
S. Adilardi (Brescia)ore 12.00 Breakthrough pain cancer e non cancer: diagnosi e trattamento
S. Mercadante (Palermo)ore 12.30 Problematiche organizzative tra ospedale e territorio nell'ambito delle cure palliative
C. Peruselli (Biella)ore 13.00 Discussione
ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestatiore 14.15 CERIMONIA DI CHIUSURA DEL CONGRESSO (Sala A Pegaso 1)
Premiazione SIARED dei migliori poster nazionali
Premiazione AAROI EMAC Sicilia MEMORIAL "Filippo Berlinghieri"

SALA B PEGASO 3

IL TEAM DELL'EMERGENZA INTRA-OSPEDALIERA E LO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

n° 6 crediti ECM assegnati - corso composto da due sessioni per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 8.00 Registrazione partecipanti
ore 8.05 Introduzione al corsoPRIMA SESSIONE
Moderatori: **E. Scarpuzza** (Palermo) - **M. Politi** (Enna)ore 8.30 L'organizzazione dell'emergenza intra-ospedaliera
G.A. Ratto (Savona)ore 9.00 Il paziente a rischio: il sistema track and trigger
F. Urso (Torino)ore 9.30 L'emergenza intra-ospedaliera: luci e ombre
M. Difonzo (Bari)ore 10.00 Il periarresto cardiaco: il ruolo dell'ultrasonografia
M. Valerio (Chiavari)ore 10.30 Discussione
ore 10.50 PausaSECONDA SESSIONE
Moderatori: **A.M. Coviello** (Potenza) - **A. Gratarola** (Genova)ore 11.00 Scompenso cardiaco acuto: indicazione e timing della terapia farmacologica
G. Della Rocca (Udine)ore 11.30 Il Cardiac Arrest Team: il ruolo del cardiologo
G. Ferrara (Cefalù)ore 12.00 TAVOLA ROTONDA
L'emergenza intra-ospedaliera: la realtà negli ospedali italiani
Conduce **E. Scarpuzza** (Palermo) Intervengono **A.M. Coviello** (Potenza)**G. Della Rocca** (Udine) - **M. Difonzo** (Bari) - **G. Ferrara** (Cefalù)**A. Gratarola** (Genova) - **A. Marotta** (Agrigento) - **G.A. Ratto** (Savona)**F. Urso** (Torino) - **M. Valerio** (Chiavari)ore 13.00 Discussione
ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestatiore 14.15 CERIMONIA DI CHIUSURA DEL CONGRESSO (Sala A Pegaso 1)
Premiazione SIARED dei migliori poster nazionali
Premiazione AAROI EMAC Sicilia MEMORIAL "Filippo Berlinghieri"

SALA C CASSIO 1

ANESTESIA E RIANIMAZIONE (II Sessione)
MODELLI DI VENTILAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA

n° 12 crediti ECM assegnati - corso composto da due sessioni per n° 100 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare) e Infermieri

ore 8.00 Registrazione partecipanti
ore 8.05 Apertura dei lavoriTERZA SESSIONE
Moderatori: **A. Giarratano** (Palermo) - **U. Lucangelo** (Trieste)ore 8.30 Discrepanza tra curve volume/pressione e imaging dell'elasticità polmonare: un nuovo dilemma per l'implementazione della ventilazione meccanica
G. Perchiazzi (Bari)ore 9.00 La ventilazione protettiva: come, quando e perché
G. Foti (Lecco)ore 9.30 Le tecniche non convenzionali di ventilazione. NAVA e PAV: a che punto siamo?
S. Grasso (Bari)ore 10.00 La ventilazione non invasiva: fino a che punto posso spingermi?
T. Principi (Ancona)ore 10.30 Discussione
ore 10.50 PausaQUARTA SESSIONE
Moderatori: **L. Firmi** (Terni) - **E. Iacobone** (Macerata)ore 11.00 Lo svezzamento dalla ventilazione: tra arte e scienza
M. Pennisi (Roma)ore 11.30 La ventilazione meccanica ed ecografia polmonare
A. Accattatis (Genova)ore 12.00 TAVOLA ROTONDA: La ventilazione meccanica in terapia intensiva Intervengono **A. Accattatis** (Genova) - **G. Foti** (Lecco)**S. Grasso** (Bari) - **D. Mazzaresse** (Palermo) - **T. Principi** (Ancona)**M. Pennisi** (Roma) - **G. Perchiazzi** (Bari) - **A. Giarratano** (Palermo)**U. Lucangelo** (Trieste) - **E. Iacobone** (Macerata)

ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

ore 14.15 CERIMONIA DI CHIUSURA DEL CONGRESSO (Sala A Pegaso 1)
Premiazione SIARED dei migliori poster nazionali
Premiazione AAROI EMAC Sicilia MEMORIAL "Filippo Berlinghieri"**CATERISIMO VENOSO CENTRALE (I gruppo 25pax)**a cura di **G. Capozzoli** (Bolzano) e **D. Elisei** (Macerata)
n° 7,3 crediti ECM assegnati per n° 25 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare)ore 13.00 Registrazione partecipanti e consegna questionari
ore 13.20 Introduzione al corso
ore 14.30 Utilizzo dell'ecografo per la venipuntura centrale e periferica e per la valutazione delle complicanze
Cateterismo venoso centrale semplice e complessoore 15.30 Pausa
ore 16.50ore 17.00 Indicazione dei diversi dispositivi per l'accesso vascolare:
BREVE-MEDIO e LUNGO TERMINE

Le tecniche d'impianto e di tunnelizzazione

ore 18.00 Utilizzo dei PICC. Il ruolo del PICC team

ore 19.00 Valutazione del corretto posizionamento della punta del PICC e dei CVC: l'elettrocardiografia intracavitaria ed i sistemi di navigazione. Esercitazioni pratiche. Test di valutazione

ore 19.30 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

CATERISIMO VENOSO CENTRALE (II gruppo 25pax)a cura di **G. Capozzoli** (Bolzano) e **D. Elisei** (Macerata)
n° 7,3 crediti ECM assegnati per n° 25 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare)ore 8.00 Registrazione partecipanti e consegna questionari
ore 8.05 Introduzione al corso
ore 8.30 Utilizzo dell'ecografo per la venipuntura centrale e periferica e per la valutazione delle complicanze
Cateterismo venoso centrale semplice e complessoore 9.30 Pausa
ore 10.50ore 11.00 Indicazione dei diversi dispositivi per l'accesso vascolare:
BREVE-MEDIO e LUNGO TERMINE

Le tecniche d'impianto e di tunnelizzazione

ore 12.00 Utilizzo dei PICC. Il ruolo del PICC team

ore 13.00 Valutazione del corretto posizionamento della punta del PICC e dei CVC: l'elettrocardiografia intracavitaria ed i sistemi di navigazione. Esercitazioni pratiche. Test di valutazione

ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

BLOCCHI ECOGUIDATI (I gruppo 25pax)a cura di **P. Fusco** (L'Aquila) - **A. Behr** (Padova)
n° 7,3 crediti ECM assegnati per n° 25 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare)ore 14.20 Registrazione partecipanti e consegna questionari
ore 14.30 Introduzione al corso
ore 14.40 Efficacia-sicurezza nei blocchi nervosi periferici: ENS, ECO, ECO+ENS?

ore 15.30 Sonoanatomia e principali blocchi del plesso brachiale ENS ed eco guidati con discussione

ore 16.30 Discussione
ore 16.50 Pausa

ore 17.00 Sonoanatomia e principali blocchi dell'arto inferiore ENS ed eco guidati

ore 17.50 Discussione

ore 18.00 Esercitazioni pratica su manichino vivente in due postazioni per l'arto superiore ed inferiore

Lavori a piccoli gruppi su Blu Phantom con ago e sonda

ore 19.00 Discussione
ore 20.30 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati**BLOCCHI ECOGUIDATI (II gruppo 25pax)**a cura di **P. Fusco** (L'Aquila) - **A. Behr** (Padova)
n° 7,5 crediti ECM assegnati per n° 25 Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare)ore 8.00 Registrazione partecipanti e consegna questionari
ore 8.05 Introduzione al corso
ore 8.30 Efficacia-sicurezza nei blocchi nervosi periferici: ENS, ECO, ECO+ENS?

ore 9.30 Sonoanatomia e principali blocchi del plesso brachiale ENS ed eco guidati con discussione

ore 10.30 Discussione
ore 10.50 Pausa

ore 11.00 Sonoanatomia e principali blocchi dell'arto inferiore ENS ed eco guidati

ore 11.50 Discussione

ore 12.00 Esercitazioni pratica su manichino vivente in due postazioni per l'arto superiore ed inferiore

Lavori a piccoli gruppi su Blu Phantom con ago e sonda

ore 13.00 Discussione
ore 14.15 Chiusura dei lavori, registrazione d'uscita e ritiro degli attestati

con il supporto non condizionante di:

abbvie

AON

Baxter

COVIDIEN

Edwards

MOVI

MSD

SOL

SonoSite

in collaborazione con

PANUDEO

valectoris

RIMAR

SEAuto noleggjo

venti

ALTRAMETA VIAGGI

TEAMEVENTI Catania

Sheraton Catania

Grand Hotel Piana Verde

HOTEL NETTUNO CATANIA

TITOLO I - GENERALITÀ

Art. 1 DENOMINAZIONE

1. Il 23 Dicembre 2003, con atto rogato dal Notaio Benedetto Paladini in Napoli è stata costituita l'Associazione denominata "Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Dolore (S.I.A.R.E.D.)".
1.2 Essa nasce per iniziativa dell'A.A.R.O.I. - E.M.A.C. - Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica - di cui rappresenta l'Organismo Scientifico.

Art. 2 SEDE E DURATA

2.1 L'Associazione ha sede in Roma.
2.2 L'Associazione ha durata indeterminata.

Art. 3 FINALITÀ

3.1 L'Associazione è apolitica e non ha finalità di lucro né finalità di rappresentanza sindacale.
3.2 Essa si propone di:

1. promuovere e coordinare lo studio e la ricerca condotta in Italia e all'estero negli ambiti dell'Anestesia e della Rianimazione, della Terapia del Dolore, delle Cure Palliative, della Terapia periferica, dell'Emergenza, dell'Emergenza, dell'Area Critica, e delle Discipline Affini;
2. promuovere e organizzare la formazione e l'aggiornamento di studio e di interesse;
3. integrare la propria attività con quella di analoghe Associazioni o Società Scientifiche italiane ed estere;

4. divulgare tra i cultori di scienze mediche e biologiche le conoscenze relative ai propri ambiti di studio e di interesse;

5. prevedere sistemi di verifica del tipo e della qualità delle attività svolte.

3.3 Le attività dell'Associazione si concentrano particolarmente nelle seguenti aree:

- organizzazione di congressi, corsi, riunioni e simposi, attività formative in genere;
- collaborazione e/o partecipazioni ad altre Associazioni e Società Scientifiche o a loro Federazioni nazionali ed internazionali ed alle manifestazioni scientifiche da esse organizzate;
- patrocinio e collaborazione in iniziative aventi indirizzi conformi ai propri ambiti di studio e di interesse, collaborazione con gli Organi Istituzionali (Ministero della Salute, Ministero Istruzione Università Ricerca Scientifica, Ministero del Lavoro, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Parlamento, Regioni, Aziende Sanitarie etc.) ed altri Enti Pubblici e/o Privati per tutte le attività scientifiche e sanitarie che interessano gli scopi statutari della SIARED;

6. promozione di studi e ricerche, mediante gruppi comitati, commissioni, etc., e mediante istituzione di borse di studio o di altri finanziamenti per perseguire gli scopi statutari;

- individuazione e stesura delle linee guida e dei protocolli assistenziali, proposizione di raccomandazioni e di indirizzi di comportamento professionale; codifica degli standard di sicurezza; inquadramento delle procedure nei LEA e nei DRG; proposta e stesura di un nomenclatore unico di riferimento;
- pubblicazione e diffusione di un organo di informazione ufficiale dell'Associazione, in forma editoriale adeguata alle proprie finalità.

TITOLO II - PATRIMONIO

Art. 4 PATRIMONIO

4.1 Il patrimonio dell'Associazione è costituito:

- dai beni mobili ed immobili di proprietà dell'Associazione;
- da eventuali erogazioni, donazioni o lasciti;
- da eventuali fondi di riserva costituiti con le eccedenze di bilancio.

4.2 Le entrate dell'Associazione sono costituite:

- dalle quote annuali versate dai Soci;
- dai proventi netti derivanti dalle pubblicazioni, dai Congressi o da manifestazioni varie;
- da ogni altra fonte eventuale, purché non in contrasto con gli scopi statutari.

Art. 5 SCIoglimento DELL'ASSOCIAZIONE E DEVOLUZIONE DEI BENI

5.1 In caso di scioglimento dell'Associazione, l'Assemblea nomina uno o più liquidatori.

5.2 Al termine della liquidazione, il patrimonio residuo dell'Associazione sarà devoluto ad altre Associazioni senza finalità di lucro, o ad altre Organizzazioni non lucrative aventi fini di utilità pubblica e/o sociale, sentito l'Organismo di Controllo di cui all'art. 3 comma 190 della legge n. 662/96, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

Art. 6 ESERCIZIO

6.1 L'anno sociale dell'Associazione coincide con l'anno solare.

6.2 L'esercizio finanziario si chiude il 31 Dicembre di ogni anno.

TITOLO III - BILANCIO

Art. 7 BILANCIO

7.1 Al termine di ogni anno, il Tesoriere provvederà alla redazione del bilancio consuntivo da sottoporre all'approvazione del Consiglio di Bilancio, e del bilancio preventivo da sottoporre all'approvazione del Consiglio Direttivo.

Art. 8 UTILI E AVANZI DI GESTIONE

8.1 Gli utili o gli avanzati di gestione risultanti dal Bilancio dovranno essere accantonati al Fondo di riserva, per essere successivamente utilizzati per la realizzazione delle finalità dell'Associazione e di quelle dirette connesse.

8.2 All'Associazione è vietato distribuire, anche in modo indiretto, utili e avanzati di gestione, nonché fondi, riserve o capitale, a meno che la loro destinazione o la distribuzione non siano effettuate a favore di altre Associazioni o Organizzazioni senza finalità di lucro, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

TITOLO IV - ASSOCIATI

Art. 9 ASSOCIATI

9.1 Possono essere ammessi a far parte della SIARED i cultori dell'Anestesia e della Rianimazione, della Terapia del Dolore, delle Cure Palliative, della Terapia periferica, dell'Emergenza, dell'Area Critica, e delle Discipline Affini.

9.2 L'Associazione è composta dalle seguenti categorie di Associati: Soci Fondatori, Soci Ordinari, Soci Onorari, Medici Specializzandi.

9.3 Colui il quale appartenga ad una delle suddette categorie, e che intenda recedere dall'Associazione, deve darne formale comunicazione scritta al Presidente.

Art. 10 SOCI FONDATAORI

10.1 Sono Soci Fondatori coloro che sono intervenuti alla costituzione dell'Associazione.

10.2 Essi, purché in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Associazione, possono partecipare alle manifestazioni dell'Associazione, hanno diritto di voto, e sono eleggibili alle cariche sociali.

10.3 La qualifica di Socio Fondatore decade per dimissioni, per mancato pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Associazione, o per esclusione deliberata dal Consiglio Direttivo, su proposta dei Provvisori, per motivi gravi.

Art. 11 SOCI ORDINARI

11.1 Sono Soci Ordinari coloro che fanno richiesta ed ottengono l'ammissione all'Associazione.

11.2 Per ottenere e mantenere la qualifica di Socio Ordinario è necessario:

- essere laureato in Medicina e Chirurgia;
- svolgere la propria attività professionale nell'ambito dell'Anestesia e della Rianimazione, della Terapia del Dolore, delle Cure Palliative, della Terapia periferica, dell'Emergenza, dell'Area Critica, e delle Discipline Affini.

- inoltrare domanda di ammissione, rivolta al Presidente;

- ottenere l'approvazione della domanda da parte del Presidente, previo parere del Consigliere SIARED competente per territorio, o, in mancanza, previo parere del Consiglio Direttivo;

- effettuare ed essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Associazione.

11.3 I Soci Ordinari, purché in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Associazione, possono partecipare alle manifestazioni dell'Associazione, hanno diritto di voto, e sono eleggibili alle cariche sociali.

11.4 I nuovi Soci Ordinari acquisiscono il diritto all' elettorato attivo e passivo soltanto nell'anno sociale successivo a quello di regolare ammissione.

11.5 La qualifica di Socio Ordinario decade per dimissioni, per mancato pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Associazione, o per esclusione deliberata dal Consiglio Direttivo, su proposta dei Provvisori, per motivi gravi.

Art. 12 SOCI ONORARI

12.1 Possono essere nominati Soci Onorari, su proposta del Presidente e con il parere favorevole del Consiglio Direttivo, personalità di spicco che abbiano contribuito in modo significativo al perseguimento dei fini istituzionali dell'Associazione.

12.2 I Soci Onorari sono esentati dal pagamento della quota associativa, possono partecipare alle manifestazioni dell'Associazione, hanno diritto di voto, ma non sono eleggibili alle cariche sociali.

12.3 Il numero dei Soci Onorari ammessi ogni anno non può superare il numero di due.

12.4 La qualifica di Socio Onorario decade per dimissioni, o per esclusione deliberata dal Consiglio Direttivo, su proposta dei Provvisori, per motivi gravi.

Art. 13 MEDICI SPECIALIZZANDI

13.1 Possono associarsi alla SIARED in qualità di Medici Specializzandi i laureati in Medicina e Chirurgia

- i Delegati Scientifici dell'AARO-EMAC competenti per territorio.

17.3 Sono Componenti di Diritto

- il Segretario
- il Tesoriere

17.4 I Componenti del Consiglio Direttivo durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

17.5 Egli ha tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione, dispone le riscossioni e i pagamenti ed opera con firma singola sui conti correnti bancari e/o postali intestati all'Associazione.

17.6 Il Consiglio Direttivo è convocato dal Presidente o in caso di impedimento di quest'ultimo - dal Vice Presidente, almeno due volte l'anno, mediante comunicazione inviata a ciascun Consigliere - almeno dieci giorni prima di quello fissato per la riunione - a mezzo posta, fax o e-mail, tenendo conto del luogo, data, ora di inizio della riunione, e argomenti di discussione posti all'Ordine del Giorno; il Consiglio Direttivo dovrà essere convocato anche quando almeno la metà dei Componenti effettivi ne faccia motivata richiesta.

17.7 Il Consiglio Direttivo è validamente costituito con la maggioranza dei suoi Componenti e delibera a maggioranza.

17.8 In caso di parità di voti prevale il voto del Presidente.

17.9 In caso di impedimento a partecipare alle riunioni del Consiglio Direttivo, i Componenti Effettivi competenti per territorio possono farsi rappresentare, da tutti gli effetti ed a mezzo di regolare delega scritta, da un Componente del rispettivo Consiglio Interregionale Regionale, o Provinciale, dell'AARO-EMAC, purché regolarmente iscritto alla SIARED in qualità di Socio.

17.10 L'assenza ingiustificata o la sostituzione per più di tre Consigli Direttivi consecutivi sarà oggetto di valutazione da parte del Consiglio Direttivo per eventuali provvedimenti.

17.11 Nelle riunioni del Consiglio Direttivo sarà redatto il relativo verbale a cura del Segretario, sottoscritto dal Presidente e dal Segretario previa relativa approvazione.

Art. 18 COMPETENZE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

18.1 Il Consiglio Direttivo attua le deliberazioni dell'Assemblea dei Soci e promuove ogni iniziativa tendente al raggiungimento degli scopi sociali.

18.2 Il Consiglio Direttivo cura la gestione ordinaria e straordinaria dell'Associazione, senza limitazioni, salvo quanto è devoluto all'autorità dell'Assemblea dei Soci.

18.3 Al Consiglio Direttivo compete inoltre:

- a. stabilire le linee programmatiche che ed operative per l'attuazione degli indirizzi scientifici generali dell'Associazione deliberati dall'Assemblea dei Soci;
- b. deliberare sugli atti non di competenza dell'Assemblea dei Soci e sui quanto proposto dal Presidente;
- c. rafforzare gli eventuali provvedimenti e decisioni adottati d'urgenza dal Presidente;
- d. determinare la quota associativa annuale dei Soci e le modalità del suo pagamento;
- e. collaborare alle attività editoriali dell'Associazione, per le quali nomina il Comitato di redazione;
- f. indire il Congresso annuale dell'Associazione;
- g. individuare, anche in base alle proposte dei Soci, i temi di lavoro delle manifestazioni congressuali;
- h. fissare le condizioni e le modalità per il rimborso delle spese sostenute dai Componenti degli Organi Sociali dell'Associazione per l'ispezzamento delle attività istituzionali;

i. approvare il bilancio preventivo preparato dal Tesoriere ed esaminare il bilancio consuntivo predisposto dallo stesso, prima di sottoporlo alla verifica dei Revisori dei conti ed all'approvazione del Consiglio di Bilancio;

j. esprimere parere sulle domande di ammissione dei Soci Ordinari e dei Medici Specializzandi nei casi previsti;

k. assumere dipendenti, determinandone le mansioni;

l. nominare Consulenti esterni dell'Associazione, che supportino il Consiglio Direttivo nello svolgimento delle attività istituzionali e di quelle ad esse connesse. I Consulenti sono scelti tra persone di comprovata esperienza e competenza nelle diverse professionalità, di carattere scientifico, manageriale, amministrativo o altro, rilevanti per la gestione e per le attività dell'Associazione;

m. deliberare sull'adesione e sulla partecipazione dell'Associazione ad iniziative ed attività di Enti ed Istituzioni Pubbliche ed Private, che interessano l'attività dell'Associazione stessa, designandone i propri rappresentanti da scegliere tra i Soci.

18.4 Il Consiglio Direttivo, nell'esercizio delle sue funzioni, può avvalersi della collaborazione di Commissioni consultive e di studio, nominate dal Consiglio stesso, composte da Soci e non Soci.

Art. 19 IL PRESIDENTE

19.1 Il Presidente è il Coordinatore dei Delegati Scientifici Regionali dell'AARO-EMAC.

19.2 Il Presidente è il rappresentante legale dell'Associazione.

19.3 Egli vigila sul rispetto delle norme statutarie, convoca e presiede l'Assemblea dei Soci e il Consiglio

Direttivo, sottoscrivendone insieme con il Segretario i verbali, cura l'esecuzione delle deliberazioni dei suddetti Organi Sociali, promuove e dirige l'attività della SIARED e assume di diritto la Direzione Scientifica dell'organo di stampa.

19.4 Il Presidente agisce e resiste in giudizio in nome e per conto dell'Associazione in qualsiasi sede e grado.

19.5 Egli ha tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione, dispone le riscossioni e i pagamenti ed opera con firma singola sui conti correnti bancari e/o postali intestati all'Associazione.

19.6 In caso di impedimento il Presidente è sostituito a tutti gli effetti dal Vice Presidente, che subentrerà a lui nella carica in caso di dimissioni prima della scadenza del mandato e vi rimarrà per tutta la durata dello stesso ovvero fino alla nomina di un nuovo Presidente.

19.7 Il Presidente presta la sua opera a titolo gratuito, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'espletamento dell'incarico.

19.8 Il Presidente dura in carica quattro anni e può essere riconfermato.

20.1 Il Vice Presidente è il Presidente Nazionale dell'AARO-EMAC.

20.2 Egli coadiuva il Presidente, e lo sostituisce nelle sue funzioni in caso di assenza e/o di impedimento.

20.3 Il Vice Presidente presta la sua opera a titolo gratuito, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'espletamento dell'incarico.

20.4 Il Vice Presidente dura in carica quattro anni e può essere riconfermato.

Art. 21 IL SEGRETARIO

21.1 Il Segretario è il Segretario Nazionale dell'AARO-EMAC.

21.2 Egli collabora col Presidente, col Vice Presidente e col Tesoriere, svolge compiti di carattere organizzativo, è responsabile dell'attività burocratica dell'Associazione, cura le pubbliche relazioni.

21.3 Il Segretario redige e sottoscrive, insieme col Presidente, i verbali dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo, mantiene aggiornato l'elenco dei Componenti dell'Associazione e cura l'ordinato l'archivio.

21.4 Il Segretario presta la sua opera a titolo gratuito, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'espletamento dell'incarico.

21.5 Il Segretario dura in carica quattro anni e può essere riconfermato.

Art. 22 IL TESORIERE

22.1 Il Tesoriere è il Tesoriere Nazionale dell'AARO-EMAC.

22.2 In particolare, egli cura la preparazione dei bilanci preventivi e consuntivi, illustrandone i contenuti al Consiglio Direttivo, ai Revisori dei conti e al Consiglio di Bilancio; tiene la cassa sociale ed opera senza limiti di ammontare e con firma singola sui conti correnti bancari e/o postali intestati all'Associazione.

22.3 Il Tesoriere presta la sua opera a titolo gratuito, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'espletamento dell'incarico.

22.4 Il Tesoriere dura in carica quattro anni e può essere riconfermato.

Art. 23 IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

23.1 Il collegio dei Revisori dei Conti è il Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti dell'AARO-EMAC.

23.2 Esso è composto da tre Componenti effettivi di cui uno con funzioni di Presidente - e due supplenti.

23.3 Essi durano in carica quattro anni, possono essere riconfermati e non possono contemporaneamente ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione.

23.4 Per la validità delle riunioni del Collegio è necessaria la presenza del Presidente e dei due Revisori effettivi. In caso di impedimento questi saranno sostituiti dai Revisori supplenti.

23.5 Il Collegio dei Revisori dei conti provvede alla ricognizione formale della gestione amministrativa, finanziaria, contabile e fiscale dell'Associazione, che si traduce nel seguente principali adempimenti:

- vigilare sull'osservanza da parte degli Organi Sociali dell'Associazione delle leggi e dello Statuto dell'Associazione;
- esaminare i bilanci preventivi per la congruità delle previsioni, dei bilanci consuntivi e delle correlate operazioni contabili;
- controllare la regolarità formale degli atti di gestione;
- verificare annualmente la gestione patrimoniale e finanziaria dell'Associazione;
- accertare la regolare tenuta della contabilità finanziaria e fiscale;
- verificare gli adempimenti nei confronti del personale dipendente e del versamento dei relativi contributi; - controllare l'amministrazione dei beni di proprietà dell'Associazione e dell'inventario degli stessi;
- valutare l'interesse dell'Associazione ad accettare lasciti e donazioni;
- valutare progetti di investimento che impegnino i bilanci per più esercizi, spese in conto capitale e relative coperture finanziarie anche in riferimento ai bilanci preventivi.

23.6 Il Tesoriere è convocato dal Presidente, insieme con il Tesoriere, per la preparazione del bilancio preventivo e consuntivo, illustrandone i contenuti al Consiglio Direttivo, ai Revisori dei conti e al Consiglio di Bilancio; tiene la cassa sociale ed opera senza limiti di ammontare e con firma singola sui conti correnti bancari e/o postali intestati all'Associazione.

23.7 Il Tesoriere presta la sua opera a titolo gratuito, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'espletamento dell'incarico.

23.8 Il Tesoriere dura in carica quattro anni e può essere riconfermato.

Art. 24 IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

24.1 Il collegio dei Revisori dei Conti è il Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti dell'AARO-EMAC.

24.2 Esso è composto da tre Componenti effettivi di cui uno con funzioni di Presidente - e due supplenti.

24.3 Essi durano in carica quattro anni, possono essere riconfermati e non possono contemporaneamente ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione.

24.4 Per la validità delle riunioni del Collegio è necessaria la presenza del Presidente e dei due Revisori effettivi. In caso di impedimento questi saranno sostituiti dai Revisori supplenti.

24.5 Il Collegio dei Revisori dei conti provvede alla ricognizione formale della gestione amministrativa, finanziaria, contabile e fiscale dell'Associazione, che si traduce nel seguente principali adempimenti:

- vigilare sull'osservanza da parte degli Organi Sociali dell'Associazione delle leggi e dello Statuto dell'Associazione;
- esaminare i bilanci preventivi per la congruità delle previsioni, dei bilanci consuntivi e delle correlate operazioni contabili;
- controllare la regolarità formale degli atti di gestione;
- verificare annualmente la gestione patrimoniale e finanziaria dell'Associazione;
- accertare la regolare tenuta della contabilità finanziaria e fiscale;
- verificare gli adempimenti nei confronti del personale dipendente e del versamento dei relativi contributi; - controllare l'amministrazione dei beni di proprietà dell'Associazione e dell'inventario degli stessi;
- valutare l'interesse dell'Associazione ad accettare lasciti e donazioni;
- valutare progetti di investimento che impegnino i bilanci per più esercizi, spese in conto capitale e relative coperture finanziarie anche in riferimento ai bilanci preventivi.

23.6 Il Collegio dei Revisori dei conti redige annualmente una relazione sulla verifica dell'equilibrio della gestione patrimoniale e finanziaria dell'Associazione da effettuarsi in occasione dell'approvazione del bilancio consuntivo da parte del Consiglio Direttivo.

23.7 L'attività svolta dal Collegio è a cura del suo Presidente fedelmente annotata in un apposito registro dei verbali custodito dallo stesso, il quale provvede di volta in volta ad inviare copia dei singoli verbali al Presidente dell'Associazione ed ai Componenti del Consiglio Direttivo.

23.8 I Componenti del Collegio dei Revisori dei Conti prestano la loro opera a titolo gratuito, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'espletamento dell'incarico.

Art. 24 IL COLLEGIO DEI PROVVISORI

24.1 Il Collegio dei Provvisori è il Collegio Nazionale dei Provvisori dell'AARO-EMAC.

24.2 Esso è composto da tre Componenti - di cui uno con funzione di Presidente - e da un supplente.

24.3 Per la validità delle riunioni è necessaria la presenza di tutti i Componenti. In caso di impedimento subentrerà il componente supplente.

24.4 I Componenti del Collegio rimangono in carica per quattro anni possono essere riconfermati e non possono contemporaneamente ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione.

24.5 Il Collegio ha il compito di dirimere controversie interne all'Associazione, di giudicare in merito ai rapporti tra l'Associazione e i singoli Associati per quanto riguarda l'osservanza dello Statuto e del suo Regolamento Esecutivo, nonché di valutare eventuali comportamenti contrari alla deontologia associativa, o tali da portare di scordo all'Associazione.

24.6 Il Collegio, per motivi gravi, può proporre al Consiglio Direttivo SIARED l'esclusione di un Associato.

24.7 I Componenti del Collegio dei Provvisori prestano la loro opera a titolo gratuito, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'espletamento dell'incarico.

24.8 Il Collegio di Bilancio è il Collegio di Bilancio dell'AARO-EMAC.

24.9 I Componenti durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

25.1 I Componenti durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

25.2 I Componenti durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

25.3 I Componenti durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

25.4 Il Collegio di Bilancio è presieduto dal Presidente, al quale spetta ogni iniziativa per quanto attiene l'attività dell'Organo.

25.5 Il Consiglio di Bilancio procede all'approvazione del rendiconto economico e finanziario entro il 31 maggio di ogni anno, sulla base dei documenti contabili forniti dal Tesoriere e della relazione del Collegio dei Revisori dei conti.

25.6 Il Consiglio di Bilancio è convocato dal Presidente a mezzo posta, fax o e-mail, con un preavviso di almeno venti giorni e con l'indicazione del luogo, della data e dell'ora di inizio della riunione.

25.7 Il Consiglio di Bilancio è validamente costituito se sono presenti almeno i due terzi dei suoi Componenti.

25.8 Il Consiglio di Bilancio delibera sempre a maggioranza semplice, espresso sempre per alzata di mano.

TITOLO VI - DISPOSIZIONI FINALI

Art. 26 MODIFICHE DELLO STATUTO

26.1 Almeno un terzo dei Componenti effettivi del Consiglio Direttivo oppure un numero di Soci non inferiore al quinto possono proporre modifiche, in tutto o in parte, del presente Statuto.

26.2 Le modifiche dello Statuto dovranno essere deliberate dall'Assemblea straordinaria dei Soci, e per essere valide a tutti gli effetti di legge, dovranno essere approvate dall'Assemblea dei Soci con voto favorevole di almeno due terzi dei voti espressi.

Art. 27 REGOLAMENTO ESECUTIVO

27.1 Entro sei mesi dall'approvazione del presente Statuto, il Consiglio Direttivo dell'Associazione provvederà ad approvare il Regolamento Esecutivo che conterrà le norme relative al funzionamento degli Organi Sociali.

Art. 28 FORO COMPETENTE

28.1 Il Foro competente è quello di Roma.

Art. 29 RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE

29.1 Per quanto non previsto dal presente Statuto si fa espresso riferimento alle norme di legge che disciplinano la materia.

Art. 30 ENTRATA IN VIGORE

30.1 Il presente Statuto entra in vigore subito dopo la sua approvazione.

...e Utili

a cura di Cosimo Sibilla

il bambino epilettico

Cal Care & Pain | Volume 11 Number 3 2011

Scelta dell'anestetico e mantenimento dell'anestesia.

Il mantenimento dell'anestesia di solito si realizza con un anestetico volatile, con o senza protossido d'azoto e con un oppioide. Con minore frequenza si utilizza un'anestesia endovenosa totale TIVA.

La fenitoina, il fenobarbital, e la carbamazepina determinano un'induzione degli enzimi epatici. Questo comporta un metabolismo degli alogenati aumentato con un rischio aumentato di epatite da alogenati e dell'escrezione urinaria di floridi. L'induzione enzimatica può determinare un aumento della richiesta di oppioidi, mentre il gabapentin determina un effetto risparmio di morfina. Gli anestetici con potenzialità epilettogene (ad esempio la ketamina e l'alfentanil) e quelli con metaboliti epilettogeni (ad esempio meperidina) si devono evitare. È stato descritto che alcuni anestetici possono causare convulsioni, mentre peraltro hanno un effetto anticonvulsivante, in maniera dose-dipendente. In genere le basse dosi sono proconvulsivanti, mentre le alte dosi sono anticonvulsivanti. La tabella 1 sintetizza gli effetti degli anestetici più comuni sull'EEG.

Anestesia generale o regionale?

L'anestesia regionale è più sicura e può essere usata come sola tecnica di anestesia nei bambini più grandi se l'epilessia è ben controllata e se si evitano i fattori noti che possono far precipitare le convulsioni. Tuttavia molti anestesisti non vogliono usare una tecnica con solo anestetico locale nei pazienti epilettici, per evitare la possibilità di convulsioni intraoperatorie che possono essere sca-

tenate dall'ipocapnia indotta dall'iperventilazione di un bambino ansioso. La tossicità degli anestetici locali si può manifestare con convulsioni tonico-cloniche, e se si ha il sospetto di questo devono essere trattate nel modo seguente:

I. Interrompere la somministrazione di anestetico locale e chiedere aiuto;

II. ABC: mantenere la pervietà delle vie aeree e, se necessario, renderle sicure con l'intubazione. Somministrare ossigeno al 100% e assicurare una ventilazione adeguata. Verificare o stabilire una via venosa;

III. Controllare le convulsioni: somministrare benzodiazepine, tiopentone o propofol in piccole dosi crescenti;

IV. Trattare l'arresto cardiaco associato all'iniezione dell'anestetico locale;

V. Iniziare la rianimazione cardiopolmonare ricordando che può essere necessaria una rianimazione prolungata e che l'aritmia cardiaca può essere refrattaria;

VI. Prendere in considerazione il trattamento con emulsioni lipidiche:

1. Somministrare un bolo endovenoso d'intralipid al 20% 1,5 ml/Kg in 1 minuto seguito da un'infusione di 0,25 ml/Kg/min;

2. Ripetere l'iniezione del bolo due volte con un intervallo di 5 minuti se non si è ristabilita una circolazione adeguata;

3. Se dopo altri 5 minuti non si è ristabilita una circolazione adeguata aumentare la velocità dell'infusione a 0,5 ml/Kg/min;

4. Continuare l'infusione finché si ristabilisce una circolazione stabile e adeguata;

VII. Prendere in considerazione la possibilità di un bypass cardiopolmonare se disponibile.

Convulsioni durante l'anestesia.

Le convulsioni possono comparire in corso d'anestesia generale ma è molto difficili diagnosticarle, soprattutto se sono stati usati bloccanti neuromuscolari. Le convulsioni possono essere senza convulsioni o con convulsioni mascherate dall'anestesia generale; la diagnosi si basa su piccoli sintomi non specifici compresa un improvviso e non spiegabile aumento della CO₂ di fine espirazione, tachicardia, ipertensione, aumento del tono muscolare (se non sono stati usati i bloccanti neuromuscolari), dilatazione delle pupille, e aumento del consumo di ossigeno. Se le convulsioni compaiono durante un intervento di neurochirurgia, si può manifestare edema cerebrale con fuoriuscita del contenuto intracranico.

La diagnosi definitiva richiede l'EEG, che di solito non è disponibile in sala operatoria. Se si sospettano le convulsioni, queste possono essere trattate mediante un immediato approfondimento dell'anestesia, somministrazione di un farmaco anticonvulsivante come il propofol, il tiopentone o una benzodiazepina, somministrare ossigeno al 100% e la correzione di tutti i fattori precipitanti compresi l'ipossia, l'ipocapnia, l'iponatremia e l'ipoglicemia.

Somministrazione di liquidi durante l'intervento.

La somministrazione di liquidi deve essere adeguata all'intervento da eseguire. Le soluzioni glucosate e quelle con Ringer lattato devono essere evitate nei pazienti in trattamento con dieta chetogenica poiché possono aggravare l'acidosi metabolica preesistente. Pertanto in questi pazienti si deve usare la normale soluzione salina, con uno stretto monitoraggio dell'equilibrio acido-base. Tuttavia l'ipoglicemia è un rischio presente nei bambini piccoli, pretermine per cui in questi pazienti è necessario uno stretto controllo della glicemia e può essere necessario somministrare soluzioni glucosate.

Trattamento postoperatorio.

È indispensabile riprendere il trattamento antiepilettico nel postoperatorio prima possibile. Le concentrazioni plasmatiche dei farmaci antiepilettici devono essere controllate se c'è un ritardo nella ripresa della loro somministrazione o si sono manifestate convulsioni nel frattempo. Le convulsioni sono più frequenti nel postoperatorio. Possono essere favorite dall'uso di anestetici proconvulsivanti, ipossia, ipercapnia, alterazioni elettrolitiche (iponatremia, ipocalcemia, ipomagnesiemia), ipoglicemia, uremia, livelli di farmaci anticonvulsivanti inferiori al range terapeutico, tossicità da anestetici locali. Il trattamento deve essere immediato con il 100% di ossigeno, controllo delle convulsioni con un anticonvulsivante ad azione rapida e breve durata come il tiopentone o una benzodiazepina. Sono necessari la correzione di tutti i fattori precipitanti e il controllo dei livelli plasmatici dei farmaci anticonvulsivanti.

Anestesia per la chirurgia delle epilessie

Gli interventi chirurgici aiutano ad abolire i foci epilettici o interrompono i micro-circuiti neuronali. L'identificazione dei foci epilettici si può eseguire con le tecniche di neuroimmagini funzionali e con l'EEG o l'ECOG che realizza un mappaggio diretto della corteccia cerebrale. Il monitoraggio intraoperatorio del linguaggio e dei loci motori possono essere necessari e richiedono un paziente sveglio, non intubato.

Considerazioni preoperatorie.

In aggiunta alle precauzioni usate nella chirurgia di routine nel paziente pediatrico epilettico, esistono esigenze specifiche per la chirurgia delle epilessie. I pazienti peraltro hanno bisogno di ripetuti interventi (ad esempio di neuroradiologia con il posizionamento di intracranico di una griglia a strisce di elettrodi per il monitoraggio continuo dell'attività elettrica corticale e il mappaggio corticale e l'esecuzione della chirurgia dell'epilessia). I farmaci antiepilettici possono essere interrotti prima dell'intervento per la localizzazione di un focus epilettico. Se è necessaria una premedicazione con sedativi ed è stato programmato l'ECOG intraoperatorio, si può utilizzare una dose ridotta di benzodiazepine. La testa dei neonati e dei bambini piccoli rappresenta il 19% della superficie corporea rispetto al 9% degli adulti, con un volume di sangue cerebrale maggiore, cosicché si deve prendere in considerazione una maggiore perdita di liquidi e di san-

gue. La possibilità di trasfusioni di sangue deve essere discussa con i parenti e deve essere disponibile sangue compatibile.

Trattamento intraoperatorio.

Non è nota la tecnica d'anestesia migliore per la chirurgia dell'epilessia. La tecnica d'anestesia è correlata alla programmazione o meno dell'ECOG. Se è previsto l'ECOG si deve usare una tecnica che ha un effetto minimo sull'attività corticale. Questo di solito comprende un oppioide (fentanyl o remifentanyl) e una bassa concentrazione d'isoflurano o propofol, poiché gli anestetici volatili, soprattutto il desflurano, deprimono i potenziali motori. Si ricorre alla TIVA se sono necessari i potenziali motori. Il protossido d'azoto inibisce completamente l'attività corticale a concentrazioni sub-anestetiche e non deve essere usato. Se si programma di stimolare la corteccia cerebrale si deve evitare l'uso dei bloccanti neuromuscolari o si deve far in modo che il loro effetto sia terminato prima della stimolazione corticale. Se non è previsto l'uso dell'ECOG si può utilizzare una tecnica simile a quella usata nella chirurgia di routine, compreso l'uso di bloccanti neuromuscolari. Il trattamento antiepilettico deve continuare nel periodo perioperatorio. Durante il posizionamento del paziente, è importante evitare la congestione venosa cerebrale. Se è prevista la stimolazione corticale o l'induzione delle convulsioni, gli arti del bambino dovrebbero essere facilmente visualizzabili. Nei pazienti che eseguono una craniotomia, occorre porre il paziente in posizione confortevole e con il viso ben visibile.

Per la limitata accessibilità al bambino e la possibilità di perdite di sangue importanti si deve disporre di un accesso venoso di grosso calibro.

Nella maggior parte dei casi è necessario riprendere la terapia con farmaci anti-comiziali immediatamente dopo l'intervento.

Considerazioni anestesologiche per interventi particolari

Neuroradiologia.

Gli interventi non dolorosi possono essere eseguiti in sedazione leggera o senza sedazione nei bambini più grandi con l'anestesia generale riservata ai più piccoli, ai bambini non collaboranti e ai bambini con comorbilità importanti.

Posizionamento di uno stimolazione del nervo vago.

Uno stimolatore del nervo vago è un piccolo generatore elettrico impiantato nella parete toracica sotto la clavicola sinistra con gli elettrodi inseriti vicino al nervo vago di sinistra nel collo. Inviando piccoli impulsi elettrici al cervello attraverso il nervo vago si può ridurre la frequenza delle convulsioni nella maggior parte dei pazienti con convulsioni intrattabili. È indispensabile un controllo continuo dell'ECG per il rischio di bradicardia intraoperatoria o asistolia transitoria durante il posizionamento degli elettrodi e durante la stimolazione iniziale. Attualmente sono stati prodotti stimolatori transcutanei con impulsi mirati ai rami cutanei del nervo vago di sinistra soprattutto quelli che innervano l'orecchio sinistro.

Impianto di elettrodi "grid" e "strip" subdurali.

Gli elettrodi di monitoraggio sono posizionati sulla superficie del cervello e vi restano per circa 1 settimana per identificare i foci epilettogeni prima di una possibile resezione chirurgica; l'intervento richiede una craniotomia con il rischio di importanti perdite di sangue e di embolia gassosa. La somministrazione dei farmaci antiepilettici non è interrotta di routine; tuttavia occorre prevenire la possibilità di convulsioni in anestesia o nella fase di risveglio.

Craniotomia da sveglio.

La craniotomia da sveglio si prende in considerazione nei bambini più grandi, collaboranti e motivati. Si può eseguire in anestesia locale in sedazione cosciente con o senza la somministrazione di remifentanyl o con la tecnica addormentato-sveglia-addormentato.

Taglio del corpo calloso.

Si deve prevenire il rischio di sanguinamento e di embolia gassosa. Può comparire letargia e sonnolenza postoperatoria e il paziente nel postoperatorio deve essere controllato in ambiente intensivo.

Emisferectomia.

L'intervento presenta la più alta mortalità tra tutti gli interventi di chirurgia dell'epilessia. Può essere un intervento di lunga durata con il rischio di perdite ematiche e coagulopatie. Deve essere disponibile sangue compatibile.

Anestetico	Effetto
Tiopentone	Anticonvulsivante
Propofol, Etomidate	Effetto dose-dipendente: attivazione a piccole dosi; soppressione ad alte dosi
Ketamina	Anticonvulsivante
Protossido d'azoto	Anticonvulsivante con forte effetto soppressivo ad alte concentrazioni
Isoflurano, desflurano	< 1 MAC: attività EEG mantenuta ma soppressione attività epilettiforme di fondo > 1 MAC: profonda soppressione dell'EEG; > 2 MAC: isoelettrica EEG
Sevoflurano	Simile all'isoflurano, ma con attività epilettiforme a concentrazioni più alte associate ad iperventilazione
Alotano	Soppressione dell'attività epilettiforme di fondo a concentrazioni cliniche
Fentanyl	Fino a 5 µg/kg effetto minimo Tra 15-35 µg/kg moderata attivazione dell'EEG Dosi più alte: rallentamento dell'EEG
Alfentanil	Attività epilettiforme dell'EEG anche a basse dosi
Remifentanyl	Effetto minimo
Morfina	In dosi cliniche effetto minimo
Lidocaina, bupivacaina	Effetto bifasico: effetto anticonvulsivante a basse dosi e pro-convulsivante ad alte dosi
L-bupivacaina, ropivacaina	Maggiore effetto anticonvulsivante della bupivacaina a dosi più basse, e minore effetto convulsivante ad alte dosi

AAROI-EMAC Piemonte

Comportamento antisindacale a Cuneo Conferma in appello la sentenza contro il Santa Croce

Febbraio 2013: il giudice del lavoro ha condannato l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo per comportamento antisindacale nella causa promossa dalle sigle sindacali presenti in azienda.

Febbraio 2014: il tribunale del lavoro ha respinto il ricorso in appello del Santa Croce: la sentenza viene quindi confermata.

L'Azienda Ospedaliera era stata condannata per aver omesso la contrattazione integrativa aziendale con le organizzazioni sindacali (...) sulla materia relativa all'individuazione e all'utilizzo delle risorse dei fondi contrattuali (...). La sentenza ordinava al Santa Croce la "cessazione del comportamento illegittimo e la rimozione degli effetti" e di "convocare le organizzazioni sindacali ricorrenti per la sessione di bilancio annuale (...), consuntiva 2011 e preventiva 2012, entro il 1.3.2013 e per la sessione di bilancio consuntiva 2012 e preventiva 2013, entro la fine del mese di

marzo 2013". La sentenza dichiarava inoltre "l'inefficacia delle delibere e determinazioni aziendali presupposte e conseguenti, relative alle materie di cui sopra, e dell'eventuale assegnazione di risorse derivanti da fondi contrattuali stabilite con le procedure di budget in assenza di accordo".

A un anno di distanza quindi, è arrivata una seconda sentenza contro l'Azienda Ospedaliera: il giudice d'appello ha riconosciuto per intero le motivazioni dei sindacati in particolare l'accusa secondo cui l'azienda si sarebbe sottratta all'obbligo della discussione di un bilancio preventivo e uno consuntivo su l'utilizzo dei fondi contrattuali. Proprio lo spostamento di risorse da un fondo all'altro senza il consenso delle organizzazioni sindacali aveva fatto scattare la denuncia dell'Azienda al tribunale del lavoro.

Arturo Citino
 Presidente AAROI-EMAC Piemonte-V.d'Aosta



AAROI-EMAC Puglia

Liste d'attesa ridotte? Non illudiamoci Ecco il testo della lettera inviata ai quotidiani locali

Relativamente ai vari interventi entusiastici in merito al piano regionale per l'abbattimento delle liste di attesa, vorrei pacatamente, ma fermamente, esprimere una opinione non in linea con i toni quasi trionfalistici assunti da altre Organizzazioni. Si fa presente che il suddetto piano è stato praticamente quasi totalmente ripreso da uno analogo già da tempo avviato dalla Regione Veneto e di cui già si conoscono i primi risultati non certo incoraggianti. E d'altra parte non potrebbe essere altrimenti se in fase di stesura di tali atti non si bada ad alcuni aspetti fondamentali, che poi collaborano alla determinazione delle liste di attesa, quali la congruità e la necessità degli esami richiesti nonché l'effettivo grado di urgenza degli stessi, cosa questa particolarmente importante nel caso di esami non propriamente del tutto privi di pericolosità per l'utenza. Importante sarebbe stato un tavolo congiunto con i medici di medicina generale, gli specialisti ambulatoriali e il personale tecnico e infermieristico al fine di raccogliere tutti gli attori del processo, nonché instaurare un sistema di controllo anonimo almeno a posteriori in merito alla corrispondenza tra quesito diagnostico e risultato dell'esame. Lo stesso criterio di abbattere esami con più di sessanta giorni di attesa andava rapportato alla tipologia di esame: per esempio una prestazione di terapia del dolore che rasenti i 60 giorni di attesa mi sembra non rispettosa delle necessità dell'utenza pur non rientrando in quelle da abbattere. Il piano poi non tiene conto degli effettivi organici delle varie strutture interessate e parte dal presupposto che basti pagare per poter effettuare tali abbattimenti senza considerare, se non solo sul piano teorico, l'impossibilità di tanti erogatori di garantire tali prestazioni senza rinunciare ai fisiologici riposi, evento questo che può esporre ad errori dovuti a stanchezza, né in alcun punto ci si ricollega a quello che è il vero dramma della sanità pugliese: la carenza



di personale in campo sanitario a fronte del continuo incremento della domanda. Quello che non si conosce è che siamo la Regione con il più basso tasso di occupati in Sanità, per giunta mal distribuiti sia come tipologia di specialisti che come sedi operative. A fronte di tutto ciò non posso pertanto condividere i peana in merito al piano né tantomeno riesco a condividere il giudizio di alcuni sulla funzione di freno e ostativa rispetto al piano che avrebbero alcuni componenti della classe medica perché interessati all'incremento della libera professione. E sempre molto facile assumere atteggiamenti populistici ed identificare e additare al pubblico ludibrio il nemico pubblico, mentre decisamente più complesso e forse impopolare, ma ritengo più serio e veramente tutelante per chi poi deve usufruire dei servizi, è cercare di analizzare tutti i complessi fattori che sono alla base di un fenomeno, in questo caso le liste di attesa, sempre nella convinzione dell'importanza e della centralità del Sistema Sanitario Regionale.

Antonio Amendola
 Presidente AAROI-EMAC Puglia

NEWS DALLE REGIONI

4 milioni per l'epidurale La Lombardia sotto la media europea per parti senza dolore

Nel 2014 gli ospedali lombardi metteranno circa 4mln di euro a disposizione del parto indolore. "Alle strutture che registreranno aumenti di almeno il 20%" nel ricorso alla parto analgesia, "verranno riconosciuti inoltre 400 euro a parto con epidurale".

Lo ha annunciato qualche giorno fa l'assessore alla Salute della Regione Lombardia, Mario Mantovani, rispondendo a un'interrogazione nella quale il Pd chiedeva conto delle risorse stanziare a favore della diffusione della partoanalgesia per via epidurale per il 2014, quali le modalità di remunerazione di queste attività da parte della Regione e quali i requisiti delle strutture per potersi accedere". Nell'interrogazione il Pd sottolineava che oggi in Lombardia "in più della metà degli ospedali" la diffusione dell'anestesia epidurale "è ben al di sotto del 20%, nonostante la legge obblighi le aziende a fare in modo che il dolore sia valutato, monitorato e trattato garantendo l'accesso alle cure palliative e terapie del dolore". La Lombardia, precisa il Pd, "con la media di



21 parti con anestesia su 100, deve fare ancora molto per mettersi alla pari di altri Paesi europei come Francia, Spagna e Inghilterra, dove la percentuale raggiunge il 50%.

Nelle città capoluogo la percentuale è del 30% contro una media regionale del 20% circa.

Per il bene dei cittadini Emilia-Romagna e Toscana insieme per migliorare i servizi

Confronto e condivisione di linee di sviluppo comuni dei due sistemi sanitari regionali. Si basa su questo, il protocollo d'intesa di durata biennale firmato all'inizio di marzo tra Regione Toscana ed Emilia-Romagna.

Entrambe dotate di servizi sanitari all'avanguardia nel panorama nazionale, queste due Regioni comunicano da anni dimostrando interesse per le reciproche iniziative assunte nell'individuazione di soluzioni innovative. Nel dicembre 2011 era stato approvato tra le due Regioni un accordo triennale per la gestione



della mobilità sanitaria, attraverso il quale ciascuna Regione intendeva garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza, con modalità che rispettassero gli standard di qualità, fossero logisticamente vicine alla residenza e facilmente fruibili dai cittadini. Per accrescere le occasioni di scambio e approfondimento, viene firmato ora questo nuovo protocollo, finalizzato a sviluppare i rispettivi servizi sanitari regionali. Ciò avverrà tra l'altro attraverso la condivisione delle tematiche di riordino degli assetti istituzionali e la valutazione congiunta delle ricadute sui cittadini delle politiche sanitarie nazionali e regionali. In cabina di Regia i due direttori generali competenti.

PS: manutenzione al via La Giunta del Lazio ha stanziato 35 milioni per gli interventi



La Giunta regionale del Lazio ha deliberato a inizio marzo di fornire alle Asl e alle aziende ospedaliere pubbliche la cifra di 35 milioni di euro destinata a finanziare interventi di manutenzione straordinaria di ambulatori, reparti, uffici e aree di accesso, ma soprattutto il pronto soccorso e l'area dell'emergenza.

Il fondo è stato ripartito in modo uguale tra le 21 aziende operative del sistema regionale. Ogni azienda riceverà la stessa cifra, pari ad 1 milione e 675mila euro. Unica eccezione: la Asl C, che riceverà un supplemento di 900mila euro necessari a far fronte a lavori indifferibili prescritti dai Vigili del Fuoco.

Spetterà ai nuovi direttori generali definire un piano di utilizzo delle risorse. Ogni Azienda, Ospedale o Irccs della rete regionale deve concludere i cantieri, compreso il collaudo, entro e non oltre il 31 ottobre 2014. Se i finanziamenti non saranno utilizzati entro la data prevista le somme residue torneranno alla Regione.

Le opere, visto il breve lasso di tempo fissato per arrivare alla loro conclusione, saranno affidate anche con la modalità della somma urgenza, utile ad evitare lungaggini burocratiche nell'affidamento dei lavori stessi, ma indispensabile per realizzarle in breve tempo.

Denuncia per responsabilità

La prova della responsabilità spetta al paziente

Nelle cause di responsabilità medica «il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza, per così dire, vestita, astrattamente efficiente, cioè, alla produzione del danno». Parola della terza sezione civile della Cassazione (sentenza n. 27855/2013, depositata il 12 dicembre), che richiama al rigore i presunti danneggiati.

Dopo la pronuncia 13533/2001 delle Sezioni Unite - spiegano i Supremi Giudici - la giurisprudenza di legittimità ha ripetutamente affermato che i pazienti, nelle cause di risarcimento, devono allegare il solo inadempimento del sanitario limitandosi a provare l'esistenza del contratto e

dell'aggravamento della patologia o dell'insorgenza di una nuova malattia. Resta invece a carico dei medici l'onere di aver tenuto un comportamento diligente.

Ma le Sezioni Unite sono di nuovo intervenute con la sentenza n. 577/2008, precisando che l'inadempimento rilevante «non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisca causa o concausa del danno». Di conseguenza, «solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno» scatterà l'onere del medico di dimostrare la sua diligenza e perizia.

Nella fattispecie che ha generato il contenzioso una coppia chiedeva a un ginecologo e a un ospedale il risarcimento dei danni per il grave deficit intellettivo del figlio, invalido al 100% a causa - questa l'accusa - del ritardo con cui era stato disposto il cesareo. In primo grado il tribunale di Caltagirone accoglieva il ricorso ritenendo che, nonostante gli accertamenti disposti non avessero fatto emergere condotte colpose dei medici, le lacune nella cartella clinica facevano presumere che non erano stati attuati tutti i presidi «idonei a dimostrare che il personale sanitario responsabile avesse affrontato il caso con diligenza e perizia». Nel 2007 la Corte d'Appello di Catania nel 2007 ribaltava il verdetto: da nessun elemento poteva dedursi un nesso causale tra l'handicap del bambino e la condotta dei medici e non era stato individuato il comportamento che aveva determinato l'evento. Né la laconicità della cartella clinica poteva ingenerare presunzioni sulla sussistenza di fatti rimasti indeterminati.

La Cassazione promuove questo ragionamento e boccia il ricorso della coppia: i ricorrenti, scrive, «continuano a lamentare la violazione del principio per cui spetta al debitore dimostrare di avere adempiuto» dando per scontata la non addebitabilità delle anomalie del bambino a fattori genetici. Si dolgono inoltre della mancata individuazione, da parte del giudice, della causa naturale del deficit intellettivo senza considerare che «si trattava invece di allegare qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno». Soltanto in questo caso, peraltro, sarebbe stato possibile il ricorso alla prova presuntiva per l'irregolare tenuta della cartella clinica. (Fonte: *IlSole24Ore*)



Colpa medica

Un anno di sentenze

Un anno di sentenze in materia di responsabilità sanitaria. Il punto della situazione l'ha fatto l'ufficio del Massimario della Corte di Cassazione raccogliendo un anno di giurisprudenza.

«Nel 2013 - si legge sul sito del quotidiano Il Sole 24 Ore che ha riportato la notizia - gli orientamenti in campo civile non hanno fatto registrare significativi mutamenti, salvo che nel caso del risarcimento della responsabilità da nascita indesiderata che aveva avuto, come punto di svolta, l'ormai famosa e dibattuta sentenza n. 16754/2012».

Sotto i riflettori l'importanza della comunicazione intesa sia come comunicazione tra colleghi che come informazione al paziente.

Per il primo tipo è basilare la sentenza n. 4029/2013 che ha stabilito che delle conseguenze dannose di un intervento chirurgico, eseguito in modo imperito, possono essere chiamati a rispondere non solo i sanitari che l'hanno eseguito, ma anche il medico curante del paziente, se questi ometta di informare i colleghi chirurgi del particolare tipo di cure cui era stato sottoposto il paziente, e dei peculiari effetti che tali cure avevano prodotto.

Rispetto invece alla comunicazione tra medico e paziente, va sempre più consolidandosi la struttura dell'obbligazione relativa al consenso informato. Tre in questo caso le sentenze di riferimento.

La sentenza n.18334/2013 per il contenuto delle informazioni da fornire al paziente, («il medico-chirurgo deve fornire al paziente tutte le informazioni scientificamente possibili sull'intervento chirurgico che intende eseguire», e soprattutto sul bilancio rischi/vantaggi dell'intervento stesso, tanto più in presenza di fattori di pericolo che sconsigliano l'intervento).

La sentenza n.19220/2013 che come il medico sia tenuto ad informare il paziente sempre e comunque adeguando il linguaggio alla persona che si trova davanti, che sia altamente scolariizzata o meno.

Infine, quanto alle conseguenze della violazione dell'obbligo di informazione, fondamentale il contenuto della sentenza n. 11950/2013, conforme al precedente n. 2847, che ha ribadito il principio secondo il quale la violazione non costituisce di per sé un danno risarcibile. Il danno deve essere effettivo e può consistere sia in un danno alla salute che in un danno patrimoniale. (Fonte: *Il Sole 24 Ore*)

Ex Specializzandi

La Corte di Cassazione chiarisce chi ha il diritto di chiedere risarcimento

«Solo i medici che si sono iscritti ai corsi di specializzazione iniziati dopo il 1° gennaio 1983 hanno diritto al risarcimento del danno da inadempimento delle direttive n.82/76/Cee, riassuntive delle direttive n.75/362/Cee e n.75/363/Cee che hanno introdotto l'obbligo per gli Stati membri dell'Ue di fornire una «adeguata remunerazione» ai partecipanti ai corsi di specializzazione. La precisazione, destinata a fare scuola nei futuri giudizi, è contenuta nella sentenza della Corte di Cassazione n. 5275 del 6 marzo». IlSole24Ore Sanità torna a parlare di Ex Specializzandi per chiarire i diritti di coloro che frequentarono i corsi in vigenza delle direttive n.75/362/Cee, 75/363/Cee e 82/76/Cee ma si erano iscritti in un periodo precedente allo scadere dell'obbligo degli Stati di adeguarsi a essa o lo avevano frequentato, almeno in parte, in un periodo a cavallo del termine fissato al 31 dicembre 1982. Questa è, secondo la Corte, la data che fa da spartiacque tra coloro che hanno diritto al risarcimento e coloro che, purtroppo, non possono pretenderlo neppure per gli anni di corso frequentati successivamente. (Fonte: *Il Sole 24 Ore Sanità*)

Liquidazione a rate

Il via dal 01 Gennaio 2014



Si legge su un articolo apparso qualche giorno fa sul sito del quotidiano Il Sole 24 Ore che a causa delle recenti disposizioni legislative, la liquidazione per i dirigenti medici che andranno in pensione dal 1° gennaio 2014, sarà erogata a «singhiozzo».

Lo spiega l'Inps nel messaggio n.996/2014 illustrando le nuove disposizioni della legge di stabilità (art.1, comma 484 della legge 147/2013): nel 2014 le amministrazioni avranno 12 mesi di tempo per pagarla anziché 6. Inoltre, il primo versamento avverrà in unica soluzione se di importo inferiore o pari a 50mila euro; in due rate annuali se di importo superiore a 50mila euro e inferiore a 100mila euro (prima rata pari a 50mila euro e seconda rata pari alla parte rimanente); in tre rate annuali se di importo pari o superiore a 100mila euro (prima e seconda rata pari a 50mila euro e terza rata pari alla parte rimanente).

Al comma 485 dell'art.1 della stessa precisa poi che ai soggetti che hanno maturato i requisiti di pensione entro il 31 dicembre 2013, continuano ad applicarsi le vecchie regole.

Medici: a 65 anni si può ancora restare in servizio

Ci sono nuovi chiarimenti diffusi con una nota della Funzione Pubblica emessa lo scorso 3 Febbraio



Con una specifica circolare, la numero 2 dell'8 marzo 2012, la Funzione Pubblica aveva prodotto una serie di chiarimenti in merito alla riforma previdenziale introdotta, a fine 2011, dal decreto Monti. Si era trattato di indicazioni che modificavano am-

piamente quanto da una lettura delle norme era stato indicato, da molti, soprattutto in merito alle nuove scadenze pensionistiche.

La circolare confermando l'introduzione della pensione di vecchiaia conseguibile al compimento del 66° anno d'età e di quella anticipata ottenibile con il requisito di 42 anni e più mesi di contributi per gli uomini e 41 e più mesi per le donne, sottolineava che tali condizioni non riguardassero coloro che, entro il 31 dicembre 2011, avessero maturato il diritto a pensione. Infatti, per i dipendenti pubblici, che alla data del 31 dicembre 2011 avessero maturato i requisiti per l'accesso al pensionamento, sia per età (65 anni) ovvero per anzianità contributiva di 40 anni, indipendentemente dall'età anagrafica, o raggiungendo quota 96 (data da 60 anni d'età + 36 anni di contributi ovvero 61 anni d'età + 35 anni di contributi) prevista per il 2011, non sarebbero valse i nuovi limiti indicati dal decreto e che, qualora in servizio, tali dipendenti non erano soggetti, neanche su opzione, al nuovo regime sui requisiti d'età e di anzianità contributiva, e le amministrazioni avrebbero dovuto provvedere a collocarli a riposo al compimento del 65° anno d'età salvo il trattenimento per la maturazione della finestra d'uscita. Tale determinazione ha fatto sì che alcune amministrazioni abbiano approfittato per porre in

quiescenza molti sanitari solamente per il fatto che avessero, entro il 2011, raggiunto i criteri per ottenere il trattamento pensionistico. Adesso, con un discreto ritardo, la stessa Funzione Pubblica interviene con una nota protocollata come Dfp 0006295 e diffusa il 3 febbraio 2014, a chiarire gli effetti dell'incrocio fra la clausola di salvaguardia, introdotta dalla riforma Fornero, per chi avesse raggiunto i vecchi requisiti entro il 2011, e gli obblighi di pensionamento dei dipendenti della pubblica amministrazione, compresi i medici dirigenti del servizio sanitario.

L'affermazione, che risalta dalla nota emessa da Palazzo Vidoni, è che questo presunto obbligo non si traduce in un pensionamento automatico.

Una prima considerazione è che i requisiti di contribuzione possono essere raggiunti dai dipendenti anche con un'età inferiore ai 65 anni e, quindi, prima di quella data il pensionamento non è affatto obbligatorio. Il dipendente può presentare la richiesta di essere messo a riposo e la Pubblica Amministrazione è tenuta ad accoglierla. Ma se la richiesta non arriva, la cessazione obbligatoria del rapporto si intende possibile a 65 anni. Ma, a questo proposito, viene poi, confermata la possibilità di chiedere di essere mantenuti in servizio per un biennio, sino a 67 anni, grazie alla norma del decreto legislativo previsto dall'articolo 16 del Dlgs. n. 503/1992.

Norma che, però, ricordiamo, da diritto potestativo in capo all'interessato è stata condotta ad una concessione discrezionale da parte dell'amministrazione dal disposto della legge n.111 del 2011.

Altra condizione, che permette di rimanere in servizio oltre il sessantacinquesimo anno d'età è anche quella di poter conseguire il requisito minimo per il diritto a pensione, così come già auspicato dalla Corte Costituzionale con la sentenza n.282 del 1991, e dall'art.6, comma 2bis, della legge n.31 del 2008, a proposito del reintegro sul posto di lavoro a seguito di licenziamento.

Infine, resta sempre valida la vigenza delle disposizioni speciali che fissano limiti massimi di età per la permanenza in servizio in ciascun settore del pubblico impiego.

Ne consegue che, con lo specifico riferimento alla categoria della dirigenza medica, risulta sempre vigente la previsione di cui all'art.22 («Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale») della legge 183/2010 (c.d. Collegato Lavoro), il quale disciplina il limite massimo di età per il pensionamento del dirigente medico. Questa disposizione stabilisce che: «Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo.

In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti».

Pertanto, anche successivamente l'entrata in vigore del decreto legge 201/2011, il dirigente medico potrà permanere in servizio fino al raggiungimento dei 40 anni di servizio effettivo e, comunque, fino ai 70 anni di età per conseguire tale condizione.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali



“Quel bambino soldato morto tra le mie braccia”

L'esperienza di **Alessandra Napoleone, Anestesista Rianimatore per Emergency a Bangui**



L'impegno umanitario anche in ambito sanitario riveste un ruolo di enorme importanza. Sono centinaia i professionisti della sanità che ogni anno partono dall'Italia per partecipare a titolo volontario a missioni in zone di crisi. Lo fanno attraverso le tante ONG presenti sul territorio e che operano in numerosi Paesi del mondo. Solo Emergency negli ultimi venti anni è intervenuta in 16 Paesi aiutando circa 5 milioni e mezzo di persone attraverso la costruzione di ospedali, centri chirurgici, centri di riabilitazione, centri pediatrici, posti di primo soccorso, centri sanitari, un centro di maternità e un centro cardiocirurgico oltre a contribuire al recupero di strutture esistenti. (dati dal sito Emergency)

Partecipare alle missioni umanitarie è un'esperienza difficile che può lasciare il segno, ma sono tanti i medici che le affrontano più volte per salvare vite umane, come nel caso della storia raccontata nell'articolo seguente pubblicato sul blog: zonedi-crisi.tgcom24.it:

“Ogni giorno ci portano bambini colpiti da proiettili o feriti a colpi di machete”. È un racconto drammatico quello di Alessandra Napoleone, medico Anestesista Rianimatore dell'ospedale Brotzu di Cagliari che per Emergency è appena an-



belli islamici scesi dal nord che dalle milizie cristiane di autodifesa che si combattono nella capitale. Poi ci sono i mercenari e in mezzo i civili”.

Che cosa hai visto a Bangui?

“La situazione è molto brutta. Si spara nelle strade, tutti si combattono in un grande caos e noi operiamo senza poter uscire dall'ospedale. Temo sia l'inizio di un genocidio o di una guerra religiosa. Gli unici a cercare di garantire la sicurezza sono i militari francesi ma ci sono bande armate che assaltano le case, rubano, saccheggiano, ammazzano per nulla”.

Come è la situazione della popolazione?

“Ci sono almeno centomila profughi accampati dove possono. A migliaia sono attorno all'aeroporto. Quando il nostro aereo è sceso per tre volte non è potuto atterrare perché c'era gente sulla pista”.

Che cosa sta facendo Emergency a Bangui?

“Emergency a Bangui ha un ospedale pediatrico e gestisce la sala operatoria di un ospedale pubblico. La città fino a pochi mesi fa era tranquilla poi è scoppiata la guerra. Cerchiamo anche di portare viveri e medicinali ai civili che sono nei campi profughi o che si sono rifugiati nelle chiese e nelle missioni”.

Quanti italiani sono rimasti sul posto?

“Al momento sono sette, tra chirurghi, medici e infermieri. Più il personale locale”.

Tu tornerai in questo inferno?

“Sì tra pochi giorni. Sento che il mio dovere è stare vicino a chi soffre. Il mondo sta passando sotto un intollerabile silenzio quanto sta accadendo nella Repubblica centroafricana”.



L'orco buono non esiste La vita è un gioco: vince solo chi sa giocare

Da ragazzi eravamo alla perenne ricerca di chi punisse i cattivi, il fratellino dispettoso, il compagno di classe più discolo, l'amico maleducato.

Nel tempo, ormai adulti, abbiamo mantenuto questo desiderio, o meglio questa convinzione, dell'esistenza del castiga-matti.

Ancora oggi ricerchiamo il risolutore delle diatribe, in ogni ambito della vita lavorativa e familiare. Desideriamo un Primario forte che punisca il collega poco corretto, un Direttore Generale che risolva le ingiustizie e che organizzi come va a noi, il vigile che con una sonora multa eviti i parcheggi in seconda fila, il babbo (o la mamma) che ne dica quattro ai figli, un sindacalista che combatta da solo, un intervento di un legale per mutare uno stato di cose a noi sfavorevole, provando sempre profonda delusione su un comportamento sperato (dell'orco) e non reale.

Purtroppo non funziona così. Vi devo confessare un'amara scoperta. L'orco buono non esiste. Non vi sono personaggi o organizzazioni che, al nostro posto, possano avere la bacchetta magica per mettere freno alle ingiustizie, alle angherie o a tutto quanto vorremmo risolvere.

Nell'attività sindacale evidenzio spesso, da parte dei colleghi, la caccia alla norma, al colpevole che ha o non ha fatto qualcosa, la voglia di ricorrere al giudice castigatore come se tutto ciò possa risolvere i problemi. E molto spesso tutto ciò non porta ad una soluzione soddisfacente.

Certo la preparazione normativa ha la sua importanza, una grande importanza, ma non basta.

Oggi viviamo in una società dove, nella maggior parte dei casi, l'interesse del singolo prevale sull'interesse dei più e questo provoca, di conseguenza, che, al fine di risolvere qualunque tipo di problematica, occorre impegnarsi personalmente o in gruppo per ottenere una relazione con la controparte al fine di ottenere il risultato sperato.

Costruire una relazione positiva e costruttiva è alla base di un buon rapporto e necessita, innanzi tutto, di una reciproca stima.

Proviamo a pensare a quanti si rivolgerebbero a noi per una anestesia, dandoci la più completa fiducia, riponendo in noi una grande stima professionale. Molti certamente.

E perché non riuscire ad ottenere stima nelle nostre capacità di risolvere i problemi, anziché solo nel porli, di organizzare al meglio il nostro lavoro invece che lamentarsi della disorganizzazione?

Vi invito infine a riflettere sul tempo necessario per la soluzione dei problemi. Nessuno ha la bacchetta magica. Per risolvere problemi organizzativi o del nostro lavoro occorre tempo, a volte molto tempo ed impegno.

In ogni caso ce la possiamo fare! Persone che come noi tutti sono stimabili professionisti e sanno egregiamente trattare casi anche complessi in anestesia e rianimazione sono sicuramente capaci di impegnarsi per la soluzione di problematiche, organizzative e non, di ben minore profilo.

Occorre studiare il problema e le persone con le quali occorre rapportarsi e trovare con pazienza il giusto rapporto, la giusta comunicazione, il giusto metodo per ottenere quanto ci siamo proposti.

Discutendo con molti colleghi e riflettendo sul mio percorso di vita professionale e sindacale abbiamo constatato che spesso siamo riusciti a risolvere problemi organizzativi o normativi senza ricorrere al fantomatico orco castiga-matti ma con tempo, pazienza, preparazione, tattica.

Credetemi che non è difficile; nemmeno facilissimo, certo. Occorre solo conoscere le regole e trovare il metodo in tutti gli ambiti della vita.

E si può riuscire!

La vita è un gioco – vince solo chi sa giocare.

Arturo Citino
 Presidente AAROI-EMAC Piemonte-Valle d'Aosta

data in missione nella Repubblica Centrafricana, paese piombato in una guerra civile che rischia di trasformarsi in genocidio nel silenzio generale. Alessandra, madre di due figli, non è alla sua prima esperienza in zone di crisi, ma è rimasta profondamente colpita da quanto accade a Bangui, capitale del paese. In particolare non riesce a non pensare alla morte di un bambino soldato tra le sue braccia.

Sei tornata da pochi giorni dalla Repubblica Centrafricana e presto ripartirai. Cosa ti ha colpito di più?

“La morte tra le mie braccia di un bambino soldato. Avrà avuto tra i 15 e i 16 anni. Me lo avevano portato tutto coperto di sangue con una ferita alla testa, ma non ho potuto far nulla per salvarlo. Sono tantissimi i ragazzini arruolati, sia dai ri-

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

Il super-superfluo in Medicina è super-dannoso più che altrove

Se andate a cercare sul vostro vecchio dizionario, troverete che superfluo deriva dal latino fluere scorrere e super sopra, cioè traboccare. “Che eccede il bisogno, che è in più, che non è necessario”. Sinonimi di superfluo ce ne sono in abbondanza: eccedente, sovrabbondante, ridondante, esorbitante, inessenziale, pleonastico, soverchio, eccetera.

Quante cose superflue, sia materiali che immateriali, esistono nel nostro lavoro di medici e infermieri? Non ce ne rendiamo conto, ma sono un'infinità. Nel senso che sono molte e continuano a riprodursi, come le teste dell'Idra, il drago mitologico a cui Ercole tagliò le teste, ma da una appena tagliata ne ricrescevano due. Alla fine però riuscì a vincerla.

In Anestesia e in Rianimazione, alcune procedure possono risultare superflue: iper-IDRAtazione (nomen omen), iper-volemia, iper-ventilazione, iper-ossigenazione. A volte diventano stati patologici “iper-flui”. Che sono sempre “iatrogeni”, un'elegante parola per dire che a combinare il guaio è stato qualche medico. Ma la parola è criptica, per nascondere il misfatto dietro un'apparenza di genialità: iatro-geni. Forse che quei medici sono dei geni?!

Il “superfluo” non è forma, non è una questione di parole: è sostanza. In Medicina più che altrove. È stato ribadito in ogni circostanza: “Ciò che non è necessario è inutile e, spesso, è anche dannoso.” Figuriamoci il superfluo... È super-dannoso. È esondante per tutto ciò che fluisce nel nostro corpo; che per il 70% è acqua. E che è anche un'infinità di flussi elettrici, chimici, meccanici. Sono flussi che non devono né super-fluire, né sub-fluire.

Il medico poco accorto cosa fa? Infonde liquidi e trasfonde sangue come se fossero gocce d'acqua che non hanno peso né influsso sul fluire dei flussi. Alla fine però “la goccia fa traboccare il vaso”, e i vasi dei polmoni esondano schiuma rosacea. Diagnosi (iatrogena): edema polmonare acuto.

Ma c'è anche l'iperdiagnosi, un mostro dalle mille teste. Quanti prelievi, quante lastre, quanti esami “total body”? Fotografiamo, scannerizziamo, vivisezioniamo tutto un corpo: dalla punta dei capelli alla punta dei piedi. Come se dovessimo cercare un ago in un pagliaio. E magari è una “cosa”

che riesci a palpare o ad ascoltare senza sforzo, come riuscivano a fare i nostri antenati, fino a due generazioni fa.

E gli iper-super-armamenti? Nonostante gli inviti al disarmo, è continuata la corsa agli armamenti. Armi chimiche. Cefalosporine, aminoglicosidi, glicopeptidi, carbapenemi, chinoloni, macrolidi. I servizi segreti della CIA, anzi del CIO (Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere: sembra un Comitato di Liberazione) sospettano un'insurrezione di batteri? Bombardiamo quei rivoltosi! Ma ha solo tre linee di febbre... Meglio prevenire che curare! Le colture sono negative... Si vis pacem para bellum! Del resto conviene usare sempre le armi convenzionali, c'è “convenienza”. Sì, per le ditte produttrici.

È inevitabile che contro un regime così nasca la resistenza! La resistenza batterica, che col passare del tempo è sempre più combattiva e ubiquitaria.

Questa iper-protezione pseudomaterna è un vero e proprio accanimento antibiotico. Che è una super-bomba super-superflua. E se dopo Hiroshima c'è stata Nagasaki, dopo l'associazione di 3 antibiotici ad ampio “spettro” (nomen omen), sganceremo anche antifungini, antivirali, anticorpi monoclonali.

Siamo veramente superflui. E questo perché siamo superficiali. Ce ne stiamo alla superficie di questo fiume corporeo che scorre, che ha le rapide e che a volte è in piena. Galleggiamo spesso senza sondare la profondità (e allora ci areniamo), senza controllare la rotta (e urtiamo le rocce), senza immergerci con lo scafandro per esplorare il fondale (e ci perdiamo i tesori nascosti).

Superflui e superficiali. Non solo nei comportamenti diagnostici e terapeutici, ma anche nei rapporti tra esseri umani. Tra colleghi, coi malati, coi parenti. Argomentazioni superficiali, giri di parole inutili, riunioni fumose.

Come rigettare il superfluo, l'inessenziale? Se non vogliamo più super-fluire, dobbiamo tornare all'essenza delle cose e dei sentimenti.

“Addio,” disse la volpe. “Ecco il mio segreto. È molto semplice: non si vede bene che col cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi.” “L'essenziale è invisibile agli occhi”, ripeté il piccolo principe, per ricordarselo. (Antoine de Saint-Exupéry - Il piccolo principe)



QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Le risposte di Arturo Citino
Presidente AAROI-EMAC Piemonte-Valle d'Aosta
Coordinatore della Formazione Sindacale

ORGANIZZAZIONE TURNI DI EXTRA ORARIO

Quesito: Come sono organizzati i turni extra orario? In regime di straordinario o come turni aggiuntivi?



Risposta: Le norme che regolano i due istituti sono le seguenti:

l'art. 28 (lavoro straordinario) del CCNL integrativo dell'8 giugno 2000, che recita:

- 1) Il lavoro straordinario non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro. Le relative prestazioni hanno carattere eccezionale e devono rispondere ad effettive esigenze di servizio.
- 2) Le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti di cui all'art. 16, comma 1 del CCNL 8 giugno 2000, per i servizi di guardia e di pronta disponibilità di cui agli artt. 19 e 20 del CCNL 5 dicembre 1996 nonché per altre attività non programmabili. Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo.
- 3) Il fondo per la corresponsione dei compensi per il lavoro straordinario è quello determinato ai sensi dell'art. 51 del CCNL 8 giugno 2000.
- 4) Le aziende determinano le quote di risorse del fondo che, in relazione alle esigenze di servizio preventivamente programmate ovvero previste per fronteggiare situazioni ed eventi di carattere eccezionale, vanno assegnate alle articolazioni aziendali individuate dal d. lgs. n. 502/1992.
- 5) La misura oraria dei compensi per lavoro straordinario è determinata maggiorando la misura oraria di lavoro ordinario calcolata convenzionalmente dividendo per 156 i seguenti elementi retributivi:
 - i. stipendio tabellare in godimento;
 - ii. indennità integrativa speciale (I.I.S.) in godimento;
 - iii. rateo di tredicesima mensilità delle due precedenti voci.

6) La maggiorazione di cui al comma 5 è pari al 15% per lavoro straordinario diurno, al 30% per lavoro straordinario prestato nei giorni festivi o in orario notturno (dalle ore 22 alle ore 6 del giorno successivo) ed al 50% per quello prestato in orario notturno festivo.

7) Per i dirigenti di struttura complessa, si rinvia al principio indicato nell'art. 8, comma 3 del presente contratto.

8) È disapplicato l'art. 80 del D.P.R. 384/1990.
CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICO - VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PARTE NORMATIVA QUADRIENNIO 2002/2005 E PARTE ECONOMICA BIENNIO 2002-2003:

Art. 14 - Orario di lavoro dei dirigenti

6. Ove per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti quelli negoziati ai sensi dei commi 1 e 5, sia necessario un impegno aggiuntivo, l'azienda, sulla base delle linee di indirizzo regionali di cui all'art. 9, comma 1, lettera g) ed ove ne ricorrano i requisiti e le condizioni, può concordare con l'equipe interessata l'applicazione dell'istituto previsto dall'art. 55, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000 in base al regolamento adottato con le procedure dell'art. 4, comma 2, lett. G). La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è di € 60,00 lordi. Nell'individuazione dei criteri generali per l'adozione di tale atto dovrà essere indicato che l'esercizio dell'attività libero professionale di cui all'art. 55 comma 2 è possibile solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati.

Art. 18 - Integrazione dell'art. 55 del CCNL 8 giugno 2000

1. Con l'entrata in vigore del presente contratto, dopo il comma 2 dell'art. 55 del CCNL 8 giugno 2000, è aggiunto il seguente:

"2 bis. Qualora tra i servizi istituzionali da assicurare - eccedenti gli obiettivi prestazionali di cui all'art. 14 comma 6 - rientrino i servizi di guardia notturna, l'applicazione del comma 2, ferme restando le condizioni di operatività ivi previste, deve avvenire nel rispetto delle linee di indirizzo regionali di cui all'art. 9, comma 1, lett. g), che definiranno la disciplina delle guardie e la loro durata. È inoltre necessario che:

- sia razionalizzata la rete dei servizi ospedalieri interni dell'azienda per l'ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale;
- siano le aziende a richiedere al dirigente le prestazioni in tale regime, esaurita la utilizzazione di altri strumenti retributivi contrattuali;

- sia definito un tetto massimo delle guardie retribuibili con il ricorso al comma 2 non superiore al 12% delle guardie notturne complessivamente svolte in azienda nell'anno precedente, il quale rappresenta il budget di spesa massimo disponibile;

- la tariffa per ogni turno di guardia notturna è fissata in € 480,00 lordi."

2. La presente disciplina, che decorre dall'entrata in vigore del presente contratto, ha carattere sperimentale ed è soggetta a verifiche e monitoraggio secondo quanto stabilito nelle linee di indirizzo di cui all'art. 9, comma 1, lett. g).

In sintesi:

- a) lo straordinario non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione; viene remunerato molto meno degli altri due istituti e, a domanda del dipendente, deve poter essere recuperato
- b) i turni notturni extra orario sono pagati 480€ per ciascun turno, possono essere retribuiti al massimo per il 12% dei turni effettuati NELL'AZIENDA
- c) le prestazioni aggiuntive vengono pagate 60€/ora
- d) queste ultime due prestazioni sono rese facoltativamente trattandosi di libera professione
- e) i proventi delle prestazioni aggiuntive e dei turni notturni derivano da fondi aziendali al contrario delle ore di straordinario che viene remunerato con il fondo accessorio
- f) non è opportuno concordare remunerazioni differenti fuori dalle normative contrattuali né concordare il pagamento di orario aggiuntivo con il fondo di risultato

A.C.

ESENZIONE TURNISTICA

Quesito: Esiste una norma che esenti dalla turnistica uno dei due genitori per agevolare la gestione di figli in tenera età?

Risposta: Non esiste una norma che consenta ad uno dei due genitori turnisti ad essere esentato dai turni - si potrebbe proporre, formalmente, il problema in Direzione Generale al fine di ottenere una soluzione al problema in linea con lo spirito delle norme che proteggono la gestione familiare in caso di minori a carico.

Sono da prendere in considerazione anche i congedi che ciascuno può ottenere ed il diritto all'esenzione dai turni notturni.

A.C.

Le risposte di Domenico Minniti
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

DIREZIONE SANITARIA E LINEE GUIDA

Quesito: quando la propria Direzione Sanitaria emana delle linee guida con dei protocolli specifici non condivisi da noi anestesisti (ad esempio la profilassi tromboembolica da non sospendere prima dell'intervento) come ci si regola? Che cosa accade se non ci si attiene?

Risposta: Le linee guida per la pratica clinica sono documenti che includono raccomandazioni finalizzate a ottimizzare l'assistenza al paziente, fondate su una revisione sistematica delle prove di efficacia e su una valutazione di benefici e danni di opzioni assistenziali alternative(*).

La loro stesura, generalmente non può essere appannaggio di un'Azienda Sanitaria, ma viene elaborata da un panel multidisciplinare, e l'implementazione delle stesse avviene dopo il loro accreditamento presso la comunità scientifica. Di questo ovviamente è opportuno tenere conto anche alla luce dell'articolo 3 della legge 189/2012 (c.d. L. Balduzzi).

Generalmente le Direzioni Sanitarie contestualizzano Linee Guida elaborate in maniera metodologicamente corretta da Società Scientifiche di riferimento; in quel caso, possono rappresentare un buon viatico per la nostra strategia anestesiológica anche se la Cassazione Penale sez. IV, con sentenza n. 16273/2013 si orienta - in contraddizione alla Balduzzi - così: "Le linee guida accreditate operano come direttiva scientifica per l'esercente le professioni sanitarie ma non danno luogo a norme cautelari".

Quanto si produce nelle varie Aziende Sanitarie potrebbe essere inquadrato come "procedure operative" piuttosto che "linee guida". Attenersi o non attenersi a tali documenti locali ha, dunque,



secondo me, un'importanza relativa rispetto ad una decisione che è espressione del nostro background scientifico, culturale, formativo ed esperienziale. Non attenersi diventa mandatorio quando, come talvolta avviene, sono in palese contraddizione con gli attuali orientamenti della comunità scientifica.

Trattandosi di procedure aziendali è comunque da sottolineare l'assoluta necessità che tali documenti debbano essere il frutto di una ampia condivisione tra i colleghi delle varie discipline che dovranno attenersi - diversamente sarebbe quanto mai difficoltoso il doverle applicare nella pratica quotidiana senza continui disaccordi sulla loro interpretazione.

(* IOM (Institute of Medicine). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press, 2011

PERMESSO 150 ORE

Quesito: È vero che le 150 ore di permesso studio non può essere accolta perché tale permesso è previsto solo per il personale infermieristico e non per quello medico dirigenziale?

Risposta: Le 150 ore di permesso sono previste solo dal CCNL del comparto. Per la frequenza al master, si possono invece utilizzare gli otto giorni ex art. 23 CCNL 1994/97 cui sommare le quattro ore settimanali "destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata ecc.", previste dall'articolo 14, comma 4, del CCNL 2002/2005, il cui totale consente di dedicare circa quaranta giornate/anno ad assenze per studio.

D.M.

PAUSE DURANTE L'ORARIO DI LAVORO

Quesito: Nella mia azienda ospedaliera viene automaticamente tolta mezz'ora di lavoro ogni 6 nonostante non venga, di fatto, interrotta l'attività in sala operatoria. È lecito?

Risposta: La norma che regola il caso in esame è l'art.8 legge 66/2003 che recita:

Pause

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

Detto questo è ovvio che le Aziende NON possono cancellare in nessun caso l'orario effettuato ma è necessario ed opportuno richiedere (FORMALMENTE) una corretta riorganizzazione del lavoro che consenta il godimento del diritto dopo le 6 ore concordando o rivedendo un Contratto Integrativo Aziendale nel quale prevedere la corretta applicazione della norma.

Nei rari casi di effettiva impossibilità a fruire della pausa allo scadere della sesta ora è opportuno prevedere, data le caratteristiche del nostro lavoro, che il Direttore SC, dichiarando tale impossibilità, escluda la fruizione della pausa non consentendo comunque la cancellazione dei 30 minuti.

Sempre a proposito della pausa aggiungerei che il documento AAROI - SIAARTI del 12.12.1995 "Requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi per l'Anestesia" prescrive: "In generale una seduta operatoria non dovrebbe durare più di 6 ore per ragioni di sicurezza (affidabilità del personale)", e, di conseguenza è buona norma, proprio per ragioni di sicurezza, non prolungare la propria attività in sala operatoria oltre le 6 ore.

D.M.

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

DESTINA IL TUO 5

PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

MODELLO 730-1 redditi 2013 MODELLO UNICO



CUD 2014

iscritta nell'elenco tenuto dall'Agenzia delle Entrate ai sensi dell'art. 3 c. 5 L. 244 del 24/12/2007 per la destinazione del 5 per Mille dell'IRPEF

codice fiscale

09530671008

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la seguente informativa, a firma del Prof. Girolamo Gagliardi, Presidente dell'Associazione "Dino Masullo" ONLUS, nonché già Presidente Nazionale della nostra Associazione, condividendo affettuosamente il suo prezioso e sempre costante impegno, e ringraziando anticipatamente tutti gli Iscritti della AAROI-EMAC per l'attenzione con cui li invitiamo a leggere le sue parole.

*Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

L'ATTIVITÀ SVOLTA DALL'ASSOCIAZIONE "DINO MASULLO ONLUS" NELL'ANNO 2013 E NEI PRIMI MESI DEL 2014

Gentili Colleghe e Cari Colleghi,
mi corre innanzitutto l'obbligo di ringraziare, anche a nome del Consiglio Direttivo e dei Soci dell'Associazione "Dino Masullo", **Alessandro Vergallo**, Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC, che, accogliendo subito la mia richiesta, ha fatto sì che, anche quest'anno, **alla vigilia della presentazione da parte dei contribuenti italiani dell'annuale dichiarazione dei redditi**, fosse messa a disposizione della "nostra ONLUS" un'intera pagina di questo numero de "Il Nuovo Anestesista Rianimatore".

Il mio ringraziamento è particolarmente sentito perché, in un momento molto importante per la vita dell'Associazione, mi ha contestualmente offerto anche **una possibilità e un'opportunità**.

La possibilità mi consente di ricordare agli Anestesisti Rianimatori Italiani che l'Associazione "Dino Masullo" fu costituita a Milano il 31 maggio 2007 "per volontà del Consiglio Nazionale pro tempore dell'AAROI" con lo scopo di perseguire "esclusivamente finalità sociali nei settori dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare, anche integrata, a favore dei malati svantaggiati per le patologie sofferte o per le loro condizioni economico familiari e sociali, e della formazione e dell'aggiornamento degli operatori sanitari interessati e dei familiari dei malati".

L'Associazione fu intitolata al Collega **Dino Masullo**, prematuramente scomparso otto anni orsono, che ha generosamente contribuito all'affermazione della nostra disciplina nel settore pediatrico-neonatale e ad un'efficiente organizzazione del settore economico e finanziario dell'AAROI, e con decreto dell'Agenzia delle Entrate fu subito inserita nell'elenco delle ONLUS del nostro Paese.

Gli Anestesisti Rianimatori Italiani dovrebbero, pertanto, considerare l'Associazione "Dino Masullo" la "loro ONLUS", destinandole annualmente il 5% della loro IRPEF.

Come sappiamo tutti, questa destinazione è un'operazione a costo zero.

Basta, infatti, apporre la propria firma nel riquadro riservato alle "associazioni di volontariato ed alle altre organizzazioni non lucrative e di utilità sociale" nell'apposita scheda del modello 730 o UNICO e riportare nel rigo sottostante il **codice fiscale 09530671008**, che è il codice della ONLUS "Dino Masullo".

Mi auguro che quest'anno siano più numerosi i Colleghi che destineranno il 5% della loro IRPEF alla ONLUS "Dino Masullo" e stimoleranno i propri familiari e gli amici a seguire il loro esempio.

Dopo le notizie relative all'attività svolta dalla nostra "ONLUS" negli anni precedenti, pubblicate sul numero 9 del 2010 e sul numero 4 del 2012 de "Il Nuovo Anestesista Rianimatore", l'opportunità, offertami dall'AAROI-EMAC, mi consente di informare i Colleghi che leggeranno questa nota sull'attività svolta dall'Associazione "Dino Masullo" nel 2013 e nei primi mesi del corrente 2014.

Nel mese di aprile del 2013 la nostra "ONLUS" ha donato alla S.O.C. di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale "Salesi" di Ancona un video-laringoscopia C-Mac di Bercikaplan con lama laringoscopica di Mac Intosh mis. 3, un video-laringoscopia C-Mac con lama laringoscopica di Miller mis. 1 e un C-Mac Pocket Monitor completo dell'unità di ricarica.

Nello stesso mese di aprile 2013 la "nostra ONLUS" si è fatta carico delle spese previste per il viaggio onde consentire ai genitori di tre ragazze, rispettivamente di 17, 16 e 14 anni, tutte residenti in paesi della provincia di Napoli e tutte affette da atrofia spinale di I grado con tracheostomia e in ventilazione meccanica e con p.e.g. per l'alimentazione, di accompagnare le loro figlie nel pellegrinaggio a Lourdes, organizzato dall'U.N.I.T.A.L.S.I. della Regione Campania. Dopo l'insorgenza della malattia le tre ragazze erano state tutte ricoverate per alcuni mesi nella S.O.C. Pediatrica dell'Ospedale Santobono di Napoli (Azienda Ospedaliera "Annunziata-Pausilipon-Santobono") e dimesse in assistenza domiciliare. A questa assistenza con la collaborazione dei familiari, hanno provveduto e tutt'ora provvedono i Colleghi e gli Infermieri della suddetta S.O.C. della Rianimazione Pediatrica.

E, grazie all'attiva partecipazione della "nostra ONLUS" alle spese previste per il viaggio, il 4 aprile u.s. hanno potuto accompagnare le loro figlie nel pellegrinaggio a Lourdes, organizzato annualmente dall'U.N.I.T.A.L.S.I. della Regione Campania, anche i genitori di altre due ragazze, rispettivamente di 17 e 15, anni che risiedono in paesi della provincia di Napoli e sono entrambe affette da atrofia spinale di I grado con tracheostomia e in ventilazione meccanica e con p.e.g. per l'alimentazione e sono da anni in assistenza domiciliare controllata dai Colleghi e dagli Infermieri della S.O.C. Rianimazione Pediatrica dell'Ospedale Santobono di Napoli.

Nell'ultima settimana del decorso mese di marzo la "nostra ONLUS" ha avviato l'iter burocratico per la donazione all'U.O.S. dipartimentale di Neonatologia dell'Ospedale "San Gennaro" (A.S.L. di Napoli 1 Centro), una culetta termica attrezzata di lampada per fototerapia, un saturimetro da utilizzare nella sala parto ed una pompa per l'aspirazione elettrica del latte materno, tutti delle ultime generazioni. È previsto che questa donazione sia effettuata prima dell'inizio della prossima estate.

Personalmente sono convinto che l'Associazione "Dino Masullo" possa fare molto di più e di meglio di quanto è riuscita a fare fin ora, nei suoi primi sette anni di vita, se un ragguardevole numero di Anestesisti Rianimatori Italiani prenderà finalmente la buona abitudine di designare ogni anno il 5% dell'IRPEF alla "ONLUS della categoria", e se i più volenterosi tra loro si rivolgeranno ad essa per il finanziamento di progetti finalizzati al miglioramento dell'assistenza domiciliare fornita ai malati che ne hanno bisogno, nonché all'organizzazione di corsi di aggiornamento per i Medici e per gli Infermieri già impegnati in questo particolare settore dell'assistenza sanitaria.

Affettuosi saluti a tutti Voi e un caloroso grazie per quanto farete.

*Girolamo Gagliardi
Presidente dell'Associazione
"Dino Masullo" ONLUS*

P A S S A P A R O L A

<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS" e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008</p> <p>SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario</p> <p>FIRMA <i>la tua firma</i></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 09530671008</p> <p>Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS" e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008</p> <p>SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario</p> <p>FIRMA <i>la tua firma</i></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 09530671008</p> <p>Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS" e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008</p> <p>SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario</p> <p>FIRMA <i>la tua firma</i></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 09530671008</p> <p>Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>
<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS" e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008</p> <p>SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario</p> <p>FIRMA <i>la tua firma</i></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 09530671008</p> <p>Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS" e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008</p> <p>SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario</p> <p>FIRMA <i>la tua firma</i></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 09530671008</p> <p>Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS" e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008</p> <p>SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario</p> <p>FIRMA <i>la tua firma</i></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 09530671008</p> <p>Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>