

il nuovo Anestesista Rianimatore

MARZO - APRILE
2015
2
Anno XXXVI

AAROIEMAC
Associazione Anestesi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesi 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

FNOMCeO

Auguri alla neo Presidente

Roberta Chersevani è il nuovo Presidente FNOMCeO. L'AAROIEMAC, nel congratularsi per la nomina, sottolinea come la professione medica sia in estrema difficoltà, vittima di accerchiamenti ed attacchi di ogni genere e specie. Per questo motivo ritiene che la FNOMCeO debba contribuire a ricostruire la fiducia dei Medici nel loro futuro, una fiducia che oggi è semidistrutta da un'incessante delegittimazione professionale e addirittura da una sorta di colpevolizzazione sociale, tanto all'interno del SSN pubblico e privato quanto nei tribunali. L'augurio è che di fronte a questo diffuso malessere, la neo Presidente e con lei l'intero Esecutivo possano farsi parte attiva, e non imbrigliata dagli interessi di altre categorie, affinché la Federazione mantenga il suo ruolo "di governo", ma recuperi rapidamente e senza incertezze quello, imprescindibile, finalizzato alla tutela della dignità professionale e lavorativa di tutti i Medici italiani.



A Riva del Garda l'11° Congresso SIARED

"Percorsi di cura tra innovazione, tradizione e consuetudini"



"Percorsi di cura tra innovazione, tradizione e consuetudini. Diagnosi e trattamento del paziente dall'emergenza all'alta specialità" è il titolo dell'11° Congresso SIARED che quest'anno si svolge dall'11 al 13 Maggio a Riva del Garda (TN). Una nuova occasione formativa che ha come obiettivo "di mantenere il Paziente al centro della scena, tra percorsi di cura atti a garantirgli un'adeguata assistenza clinica, in Sala Operatoria così come in Rianimazione e nelle Terapie Intensive, oltre

che nei Centri per il trattamento del Dolore, nei Centri di Terapia Iperbarica, e nelle Strutture dedicate all'Emergenza intra ed extra-ospedaliera, adeguando tali percorsi al progresso delle conoscenze scientifiche e delle risorse tecnologiche".

Il Congresso comprende 7 Aree di interesse. Le diverse tematiche in programma, tutte con un filo conduttore comune, saranno affrontate in 4 Sale Congressuali contemporanee. La strutturazione del Congresso in 12 Sessioni e 2 WorkShop (ciascuno in 2

edizioni) permetterà anche quest'anno di erogare un elevato numero di crediti ECM ai Partecipanti, che potranno organizzare il proprio percorso formativo combinando tra loro i vari momenti formativi. Nella parte centrale, all'occorrenza estraibile dal resto delle pagine, oltre alla presentazione del Congresso e a tutte le informazioni utili, è pubblicato il programma con il dettaglio delle singole sessioni.

Maggiori informazioni sui siti web: www.aaroiemac.it e www.siared.it

alle pagine 7, 8, 9, 10

Firma online la Petizione di APM!

Per il superamento del Comma 566 della Legge di Stabilità

È online la petizione lanciata da Alleanza per la Professione Medica, a cui hanno aderito anche diverse Società Scientifiche, per raccogliere firme a favore del "Superamento del comma 566 L.190/2014, riassorbito in una normativa complessiva e coerente con i ruoli e la formazione dei professionisti, previo confronto che veda rappresentati tutti i soggetti interessati".

Con una simile azione si chiede di



definire in maniera positiva le competenze del medico, ponendo fine al modo di procedere utilizzato sino ad ora, che intende stabilire le competenze delle professioni sanitarie per sottrazione da quelle che sono le competenze dei laureati in medicina e chirurgia.

L'AAROIEMAC non è infatti contro la crescita professionale degli Infermieri, ma contro la gestione clinica infermieristica autonoma dei Pazienti.

a pagina 3

COSMED

Rinnovate le cariche statutarie

In Febbraio sono state rinnovate le cariche statutarie della COSMED. Giorgio Cavallero (ANAAO), è il neo Segretario Generale. Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROIEMAC (nella foto), è stato nominato Segretario Generale Aggiunto insieme ad Aldo Grasselli (FVM), Giulio Liberatore (ANAAO) e Alberto Spanò (ANAAO).

Tra gli obiettivi del nuovo triennio, riaffermare una forte valorizzazione della dirigenza pubblica.



a pagina 4

Notizie Sindacali dalle Regioni News da Toscana, Sardegna, Molise e Calabria



Periodo movimentato in diverse regioni italiane. In Toscana è stata approvata la Riforma sanitaria con una drastica riduzione delle Asl che non convince, ma le Organizzazioni Sindacali Mediche non si arrendono.

A Cagliari, dopo un lungo percorso, l'Intersindacale dei Medici ottiene l'annualamento dell'Atto aziendale del Brotzu.

In Molise è scontro per la riorganizzazione dell'emergenza-urgenza pianificata senza un confronto con l'AAROIEMAC regionale.

Infine, continua la mobilitazione dei Medici dell'Ospedale dell'Annunziata a Cosenza che alla fine di Febbraio sono stati costretti a scioperare.

a pagina 12

Previdenza & Giurisprudenza Confronto TFR - Fondi e Responsabilità Professionale



Per la parte dedicata alla Previdenza viene proposto un confronto fra TFR e Fondi previdenziali. Nel 2014 si è attestato al 7% il rendimento medio offerto dai Fondi pensione negoziali, aziendali o di categoria. Il TFR, nello stesso periodo, ha invece reso appena l'1%, al netto dell'aliquota dell'11%, che dal primo gennaio scorso è passata al 17%.

Per quel che riguarda la Giurisprudenza, il Tribunale di Milano torna ad occuparsi di Responsabilità Professionale. La Sentenza 1430 del 2 Dicembre 2014 ha confermato l'orientamento del Giudice milanese nel ritenere la colpa medica come extracontrattuale.

a pagina 13

Etica medica: equilibrio e correttezza, non clamori!

Le considerazioni AAROI-EMAC su un articolo pubblicato su La Repubblica

I temi etici sono delicatissimi e dovrebbero essere affrontati nelle sedi opportune e con la massima cautela. E invece non è sempre così.

Immediata la reazione dell'AAROI-EMAC, attraverso l'invio di una lettera alla Redazione della testata, che tuttavia ha ritenuto di non pubblicarla.

A prescindere da ogni commento sull'opportunità di questa decisione, le considerazioni contenute nella lettera, in forma ampliata, hanno invece trovato spazio su Quotidiano Sanità, che aveva ripreso la "notizia" da La Repubblica.

Per darne massima diffusione, le riportiamo di seguito.

"Ancora una volta, su un tema di estrema delicatezza come quello legato alle decisioni cliniche su pazienti in condizioni critiche, si preferisce suscitare scalpore invece che instaurare un sereno dibattito, utilizzando come metodo un'inaccettabile confusione dei termini, e, ancor peggio, come approccio, declamando definizioni quantomeno inopportune.

Mi riferisco all'intervista ad un caposala del "Careggi", dal titolo "Io, infermiere vi racconto l'eutanasia silenziosa nei nostri ospedali" pubblicata su "Repubblica" del 26 febbraio u.s.

L'ennesima occasione in cui un "attore" coinvolto nella questione (che parla nello specifico a titolo personale, ma con risvolti che assumono - per l'ennesima volta - una dimensione ben più ampia, come vedremo) ha ceduto alla tentazione di entrare a gamba tesa, in spregio ai più elementari principi di correttezza.

In primis, nell'intervista in questione, si etichetta come «eutanasia» ciò che invece è riassumibile nel concetto di "assistenza terapeutica", anche in riferimento al Codice di deontologia medica, che all'art. 16 (Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati) ben recita: "Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si

possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita".

Non paghi, si insiste sostenendo che l'eutanasia sarebbe un «fatto di tutti i giorni», assumendosene una sorta di coinvolgimento decisionale basato su una stupefacente sicurezza «di fare sempre la cosa più giusta», autoreferenziale, tra l'altro, da una non meglio definita «specializzazione», che porta addirittura ad ipotizzare una «congiura del silenzio».

Eppure, chi «ha studiato» dovrebbe ben conoscere, tra l'altro, oltre che la normativa di legge in materia, anche i contenuti del Codice deontologico cui deve riferirsi la sua professione, che sui temi etici, in ordine al rispetto di leggi, ordinamenti, deontologia, non lesina indicazioni; quanto al ruolo assistenziale nel paziente in condizioni critiche, l'art. 35 recita: "L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito..."; non essendosi spinto - perlomeno nella sua attuale

versione - a lasciar intendere, un intraprendere di propria iniziativa procedure diagnostiche e interventi terapeutici".

Un altro passaggio, poi, tra altri, alimenta una distorta confusione di ruoli: «...Ma in tutto questo, tu medico da chi sei tutelato? Ci prendiamo dei rischi enormi», con l'uso di un inspiegabile pronome plurale.

Inoltre, ben più importante, proprio sul piano dei principi generali di deontologia, sia medica che infermieristica, nessuna norma di legge ci risulta autorizzare o obbligare a «nutrire e idratare anche un vegetale».

Infine, in generale, e non solo nei casi più gravi, compete al medico, anche attraverso la preziosa collaborazione di altri professionisti sanitari (ma certamente non sullo stesso piano), beninteso esclusivamente nei suddetti casi più gravi che necessitano di un approccio bioetico, la condivisione con i pazienti, e/o con i loro familiari, della scelta di intraprendere o meno trattamenti terapeutici, e/o di sospenderli qualora si rendano incongrui o sproporzionati rispetto alle condizioni cliniche e ai risultati attesi.

È auspicabile che tutti i professionisti sanitari, infermieri laureati compresi, si attengano nel loro operare alle norme legislative e deontologiche vigenti, il che non significa avallare

o partecipare ad ipotetiche «congiure del silenzio», ma esigere la massima correttezza, in ogni ambito e sotto ogni profilo, nell'affrontare questi temi. Altrimenti, essi continueranno ad essere trattati in modo del tutto sconsiderato, e probabilmente senza nessuna reale volontà di risolverne le complesse problematiche.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

La storia. È caposala al Careggi di Firenze, cattolico praticante, e ogni anno - dice - nel suo reparto si spengono le macchine per 30-40 malati terminali. "La legge lo vieta, ma ce lo chiedono i familiari. Così tra loro e i medici si stringe un patto di buon senso: perché in Italia deve restare un segreto?"

"Io, infermiere vi racconto l'eutanasia silenziosa nei nostri ospedali"

LETTURE



64,6%... (text partially obscured)

Reminder
Sblocco 5 e 15 anni
Online la Diffida alle Aziende
A ormai tre mesi dall'entrata in vigore della Legge di Stabilità (Legge n. 190 del 23/12/2014) ed in particolare del Comma 256, che ha sbloccato tutti i meccanismi riguardanti gli incrementi retributivi corrispondenti alle progressioni di carriera professionale, la situazione è tutt'altro che chiara.

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)

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

il nuovo Anestesista Rianimatore
Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - E.M.A.C.
Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996
Direttore Responsabile ALESSANDRO VERGALLO
Vice Direttori FABIO CRICELLI TERESA MATARAZZO EMANUELE SCARPUZZA
Comitato di Redazione GIAN MARIA BIANCHI POMPILIO DE CILLIS COSIMO SIBILLA
Direzione e Amministrazione VIA XX Settembre, 98/E 00187 - Roma Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733 email: ilnuovoar@aaroiemac.it
Redazione, progetto grafico, realizzazione e stampa INK PRINT SERVICE s.r.l. Via Ferrante Imparato, 190 80046 Napoli (Na)
Il giornale è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'AAROI-EMAC
Chiuso in Redazione il 30 Marzo 2015 Tiratura: 10.600 copie Spedito il 31 Marzo 2015

Difendiamo competenze e professionalità dei Medici

La raccolta di firme non è contro la crescita professionale degli Infermieri

Speravamo, in questo numero, di poter fare il punto su un incontro avvenuto, visto che era stato calendarizzato per l'11 Marzo. Non è così, perché, a causa di una non ben precisata "indisposizione" è stato spostato a data da destinarsi. Non possiamo, quindi, nel momento in cui scriviamo, fare un resoconto del tavolo a cui, insieme ad altre Sigle Sindacali, l'AAROI-EMAC era stata invitata per parlare, alla presenza del Ministro della Salute Lorenzin, di competenze professionali.

Un incontro convocato proprio all'indomani della decisione da parte di Alleanza per la Professione Medica di lanciare una petizione online con lo scopo di raccogliere firme a favore del "Superamento del comma 566 L.190/2014, riassorbito in una normativa complessiva e coerente con i ruoli e la formazione dei professionisti, previo confronto che veda rappresentati tutti i soggetti interessati". Sebbene non ci sia possibile parlare del tanto atteso confronto, riteniamo comunque importante sottolineare ancora una volta l'importanza della Petizione e i motivi che ci hanno spinto ad un'azione tanto decisa quanto concreta.

In realtà si tratta solo dell'ultima di una serie di azioni che l'AAROI-EMAC sta conducendo da tempo con il massimo impegno per ricondurre su un piano di rispetto interprofessionale i rapporti tra tutte le categorie dei professionisti del SSN. Fino a non molti mesi or sono eravamo soli in questa battaglia, oggi siamo riusciti a portare sulle nostre convinzioni quasi tutte le altre Organizzazioni Sindacali Mediche, nonché a sensibilizzare sulla questione anche la FNOMCeO.

Vogliamo ribadire che l'AAROI-EMAC non è affatto contro la crescita professionale degli Infermieri, ma contro la gestione clinica infermieristica autonoma dei Pazienti. In diverse Regioni del nostro Paese vi sono già Infermieri Direttori di Dipartimento, nonché Infermieri Direttori di Unità Operative Complesse, ed altri incarichi di tipo dirigenziale si profilano per un'élite di Infermieri che hanno già dimostrato di mirare a ben altro che a far acquisire maggior professionalità ai loro colleghi che si dedicano effettivamente all'assistenza diretta dei Pazienti. I Dirigenti Infermieristici hanno già ottenuto, o stanno già avocando a sé, tutta la potestà direttiva sull'organizzazione del lavoro infermieristico ("dipendenza gerarchica", completamente ottenuta, e "dipendenza funzionale", ottenuta parzialmente).

In questa prospettiva, le "Competenze Avanzate" di molti rischiano di essere non solo strumentali per alcuni, ma soprattutto, nel momento in cui dovesse realizzarsi anche una "autonomia clinica" infermieristica, mal concepita come nell'ultima bozza normativa di riferimento, con una dipendenza anche "clinica" degli Infermieri nei confronti dei loro Dirigenti, tutto ciò sarebbe causa di inaccettabili ripercussioni sulle prerogative professionali del Medico nei confronti del Paziente a lui affidato. È questo il motivo principale che ci ha condotto alla decisione di lanciare la petizione, riportata di seguito.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

LA PETIZIONE PROMOSSA DA ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA

Superamento del comma 566 L.190/2014, riassorbito in una normativa complessiva e coerente con i ruoli e la formazione dei professionisti, previo confronto che veda rappresentati tutti i soggetti interessati

Al Presidente del Consiglio dei Ministri Matteo Renzi
Al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin
Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome Sergio Chiamparino
Al Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni Luca Coletto

Alleanza per la Professione Medica insieme alle Associazioni mediche firmatarie di questa petizione intende farsi portavoce della sensazione di disagio che avverte la gran parte dei medici italiani nel vedere messe in discussione le basi della propria professione e i principi sui quali ha giurato.

Da qualche tempo stiamo assistendo ai tentativi delle tecnocratie regionali, con l'avallo di ambienti del Ministero della Salute, di portare avanti unilateralmente la "ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico".

In maniera improvvisa e a nostro avviso inappropriata, per la scelta del metodo e della forma, è stata inserita nella "Legge di stabilità" una norma che limita le competenze dei "laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici" e nello stesso tempo, pone le basi per regolare "i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche".

Il comma 566 della legge 190/2014 in poche righe riscrive le norme che regolano le relazioni professionali fra i laureati in medicina e chirurgia e le professioni sanitarie, quest'ultime forti di ben 22 profili professionali. Relazioni disciplinate sino ad oggi dalla legge 42/1999, che riconosceva per tutti i profili professionali lo stesso criterio limite, rappresentato dalle "competenze previste per le professioni mediche".

Tale criterio viene abbattuto per lasciare posto ad una grigia linea di confine, fra gli "atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia", di competenza del medico e quello che il comma 566 non dice ma, per deduzione, dovrebbe essere rappresentato dagli "atti semplici", tutti da definire, poiché riteniamo che non dovrebbero comprendere la diagnosi e la terapia.

Per definire "i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie", lo stesso comma 566 rispolvera il sistema della concertazione, alla quale partecipavano le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati ma, non è previsto che intervengano anche i medici anzi, il testo lascia intendere che ne saranno esclusi.

Per quanto riguarda il riferimento alle "responsabilità individuali e di equipe", contenuto nel più volte citato comma 566, gli argomenti addotti per chiarire il concetto si rifanno puntualmente all'esempio di una squadra di calcio, dove tutti i giocatori partecipano ugualmente alla competizione. Dal nostro punto di vista l'esempio non è calzante. Le equipe sanitarie non sono composte da elementi con la stessa formazione e le stesse competenze, quindi, il termine equipe dovrebbe essere meglio inteso come equipaggio, nell'ambito del quale si riconoscono il comandante e gli ufficiali e dove ognuno ha dei compiti ben precisi.

Quando si lasciano dei compiti non assegnati o, peggio ancora, la cui attribuzione non è chiara per tutti, si aprono le porte ad una nuova forma di contenzioso. È prevedibile che inizialmente il conflitto potrebbe interessare i laureati in medicina e chirurgia con tutti i 22 profili delle professioni sanitarie, desiderosi di stabilire quali siano le competenze da sottrarre ai medici. Successivamente potrebbero crearsi identiche dinamiche fra operatori sociosanitari e professionisti sanitari. Subito dopo inevitabilmente arriverebbero gli avvocati, per contestare se fosse giusto o meno che un determinato atto sanitario, il cui esito non è stato quello sperato, fosse realmente di competenza di un professionista sanitario e non piuttosto del medico. Il tutto finirebbe con l'aggravare ulteriormente il contenzioso sanitario e la medicina difensiva.

Per evitare detto rischio e porre fine al modo di procedere utilizzato sino ad ora, che intende stabilire le competenze delle professioni sanitarie per sottrazione da quelle che sono le competenze dei laureati in medicina e chirurgia, chiediamo che si provveda a definire in maniera positiva le competenze del medico. A tal fine, proponiamo che si faccia riferimento alla "Definizione europea di Atto Medico", adottata dall'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) e nella quale si riconoscono numerose Società scientifiche europee.

Detta definizione, da recepire con un articolo di legge nella forma approvata nel Meeting UEMS di Budapest, del 3 Novembre 2006, stabilisce quanto segue: "L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".

Siamo disponibili per affrontare con spirito costruttivo la questione delle relazioni professionali dei laureati in medicina e chirurgia con le professioni sanitarie infermieristiche e i relativi risvolti sulle rispettive competenze, in un'ottica unitaria che venga riconosciuta a livello nazionale. Riteniamo che una simile materia, di grande importanza per la salute dei cittadini e per gli indubbi riflessi che è destinata ad avere sul futuro professionale di tutti coloro che operano nel Servizio sanitario nazionale debba essere affrontata prescindendo da differenziazioni territoriali, che creerebbero inevitabili problemi alla circolazione dei professionisti e indubbi riflessi sull'assistenza ai cittadini. Parimenti, non si dovrebbero prendere in considerazione logiche economicistiche che antepongano il criterio dei risparmi immediati al bene costituzionalmente tutelato della salute ma, esclusivamente il possesso o meno di competenze accertate, certificate e verificate.

Consapevoli del fatto che la soluzione di questo problema debba passare attraverso una soluzione giusta e orientata alla salvaguardia della salute dei cittadini, chiediamo al Ministro della Salute di volersi fare parte attiva, insieme ai rappresentanti delle Regioni, per il superamento del comma 566 riassorbito in una normativa complessiva e coerente con i ruoli e la formazione dei professionisti, attraverso un reale confronto che veda egualmente rappresentati tutti i soggetti interessati alla soluzione di questo delicato problema.

Per Alleanza per la Professione Medica:

AAROI EMAC Associazione Anestesiisti Ospedalieri Italiani-Emergenza Area Critica - ANDI Associazione Nazionale Dentisti Italiani - CIMO Il Sindacato dei Medici - CIMOP Confederazione Italiana Medici dell'Ospedalità Privata - FESMED Federazione Sindacale Medici Dirigenti - FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Generale- FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri - SUMAI Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana - SBV Specialisti Convenzionati Esterni Branche a Visita

Sottoscrivono le Associazioni mediche:

ACOI Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani - AOGOI Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani - CIC Collegio Italiano dei Chirurghi (N.65 società afferenti) - CROI Collegio Reumatologi Ospedalieri Italiani - SIGO Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia - SIP Società Italiana di Pediatria - SPEME Società per la Promozione dell'Educazione Medica - SIAARTI Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva - SIARED Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza Dolore

PER FIRMARE LA PETIZIONE:

<https://www.change.org/p/superamento-del-comma-566-l-190-2014-riassorbito-in-una-normativa-complessiva-e-coerente-con-i-ruoli-e-la-formazione-dei-professionisti>

ATTENZIONE: la piattaforma web è gestita da Change.org, da cui APM ed AAROI-EMAC sono del tutto indipendenti.

“Riduzione rischio clinico e appropriatezza delle cure”

Il punto all'incontro di presentazione della Campagna SICURA organizzata dalla SIAARTI

Lo scorso 24 Febbraio a Roma si è tenuto l'incontro di presentazione di SICURA, la settimana della Sicurezza in Anestesia e Rianimazione, organizzata dalla SIAARTI, con il patrocinio dell'AAROI-EMAC. La Campagna, giunta alla seconda edizione, si è svolta dal 28 Febbraio al 6 Marzo, coinvolgendo oltre 70 strutture in tutta Italia nelle quali gli Anestesisti Rianimatori, attraverso infopoint, hanno dato informazioni ai cittadini su tutti gli aspetti legati all'anestesia e a quello che avviene in sala operatoria.

All'incontro, introdotto da Massimo Antonelli - Presidente SIAARTI, hanno partecipato Maurizio Benato - Vice Presidente FNOM-CeO, Filippo Bressan - Coordinatore GdS Rischio Clinico SIAARTI, Maurizio Fusari - Coordinatore GdS Sicurezza SIAARTI, Alessandro Vergallo - Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Tonino Aceti - Coordinatore Nazionale Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva.

“Il nostro obiettivo - ha affermato Massimo Antonelli nell'aprire i lavori e dopo la lettura del messaggio del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, - è di condividere le informazioni per chi deve sottoporsi ad un intervento chirurgico in modo da diffondere un clima di tranquillità, sicurezza e serenità dell'atto operatorio. Dal questionario, lanciato nella prima edizione della Campagna SICURA, è emerso che la cittadinanza è cosciente del ruolo dell'Anestesista Rianimatore e che l'80%



della popolazione ritiene sicura l'anestesia. Grazie a strumenti come la checklist - ha ricordato Antonelli - gli Anestesisti hanno contribuito in modo determinante a ridurre il numero delle complicanze che sono scese dall'11% all'8%”.

E sul tema sicurezza è intervenuto anche Maurizio Benato: “Il nuovo codice deontologico entra in maniera più pregnante sul ruolo del medico nella sicurezza delle cure. I Medici

diventano, infatti, proattori della sicurezza nel diffondere le buone pratiche cliniche, nel chiedere il consenso informato, nel registrare gli eventi sentinella e gli errori che accadono affinché in futuro sia maggiore la prevenzione”.

Sulla figura dell'Anestesista Rianimatore si è invece soffermato Filippo Bressan, sottolineando il ruolo fondamentale che ricopre dovendo vegliare sul sonno dei pazienti, tenendo tutto sotto controllo al punto che in caso di emergenza, grazie alla sua posizione di osservatore, è in grado di prendere le redini della situazione e di gestire il team anche attraverso una comunicazione chiara che non lasci spazio ai fraintendimenti.

“La comunicazione in sala operatoria è fondamentale - ha infatti spiegato Filippo Bressan - per assicurare che ogni procedura avvenga senza far correre rischi al paziente. L'Anestesista, in questo, è la guida principale all'interno del team che lavora in sala operatoria perché ha un angolo di visuale privilegiato”.

Maurizio Fusari è intervenuto sul miglioramento delle tecniche anestesiológicas che negli anni hanno determinato una evidente riduzione degli errori: “Un evento grave si verifica ogni 150/200mila interventi - ha affermato Fusari -. Oggi si può dire che l'anestesia è una pratica sicura e la frequenza di errori in questo ambito è 1/10 degli incidenti legati alla struttura e 5 volte meno rispetto all'atto chirurgico”.

La sala operatoria rimane però ancora poco conosciuta e anche la figura dell'Anestesista è meno nota rispetto ad altri specialisti Medici: “La sala operatoria è un sistema complesso per lo più sconosciuto perché il paziente non sa come funziona - ha sottolineato Alessandro Vergallo -, dovremmo fare in modo di diffonderne la conoscenza e di spiegare che cosa accade all'interno. Si tratta di un ambiente in cui il lavoro in team è fondamentale tanto che alle capacità tecniche devono unirsi quelle comportamentali perché non c'è posto per l'improvvisazione”. Esistono poi diversi problemi che minano la tranquillità della professione come le carenze organiche: “In Italia mancano 3-4mila Anestesisti Rianimatori e in molti sono costretti a turni massacranti di lavoro - ha spiegato Vergallo -. In sala operatoria c'è un team di chirurghi, ma l'anestesista lavora da solo e deve affrontare diverse problematiche. La soluzione non può essere quella di utilizzare gli specializzandi che hanno bisogno di essere affiancati da uno specialista in modo regolamentato”.

Sulle carenze degli Anestesisti è intervenuto anche Tonino Aceti, che ha parlato di numero non adeguato di questi “angeli custodi” e, in generale, delle difficoltà in cui versa la sanità italiana, con la presenza di macchinari obsoleti in alcune strutture e di tagli continui su prevenzione e sicurezza. Ha poi sottolineato che proprio per questo motivo, nella filiera della sicurezza, ognuno riveste un ruolo: dal Medico al Direttore generale, dagli Assessori al Ministro.

Nuova vita al Centro di Simulazione

Da Gennaio sono ripartiti a Bologna i Corsi SimuLearn

Il 26 e 27 Gennaio scorsi si è tenuto il primo Corso di Simulazione del 2015, dal titolo “Sicurezza in Anestesia: verso nuovi standard lavorativi”, basato sulla riproduzione di casi clinici, alcuni dei quali realmente accaduti, in cui i discenti hanno potuto confrontarsi sull'insorgenza e sul trattamento di complicanze respiratorie e cardiocircolatorie in Sala Operatoria.

Nel debriefing, successivo ai casi simulati, oltre che durante le simulazioni di “realtà virtuale”, il format interattivo adottato ha consentito di affrontare in modo integrato, insieme alle tematiche scientifiche e cliniche, le problematiche medico-legali connesse, senza trascurare i problemi organizzativi e strutturali che possono riscontrarsi nei Blocchi Operatori delle nostre concrete situazioni lavorative, che molto spesso rappresentano la “causa iniziale” degli eventi critici.

Il nostro Centro di Simulazione, con tale nuova impostazione, è in grado già oggi, e sempre più lo sarà in futuro, di offrire ai nostri Iscritti il meglio esistente in termini di simulazione avanzata, e conseguentemente di dare una risposta importante alla richiesta di formazione e di aggiornamento professionale finalizzati alla riduzione degli incidenti in Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Terapia del Dolore, Terapia Iperbarica, Area Critica.

Per il 2015, lo ricordiamo, sono previsti i seguenti Corsi di Simulazione Avanzata:

- 1) Sicurezza in Anestesia: verso nuovi standard lavorativi
- 2) Gestione delle Aritmie Cardiache durante l'intervento chirurgico
- 3) Simulazione medica avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia
- 4) Ecografia in Anestesia Locoregionale
- 5) Ecografia in Terapia Intensiva

I Corsi sono strutturati in modo da avere un alto rapporto Docenti/Discenti, consistente in 3 Colleghi Docenti ogni 20 Colleghi Discenti Specialisti, per i quali è previsto l'accREDITAMENTO ECM, e ai quali possono essere aggiunti anche 2 Colleghi Specializzandi, e sono distribuiti nel corso di tutto l'anno secondo un calendario aggiornato via via online sul sito web <http://www.aaroiemac.it/site/>.

I cambiamenti, rispetto alla vecchia SimuLearn S.r.l., sono evidenti. Non solo un lifting estetico, ma anche di contenuti. Una nuova filosofia didattica e una nuova idea di formazione e aggiornamento professionale, basata anche su eventi critici realmente verificatisi, oltre che su dati ottenuti con una nuova rielaborazione di informazioni assicurative (rigorosamente anonime).

Inoltre, una nuova attività di ricerca su simulazione e valutazione di problematiche legate all'attività sindacale (ricerca epidemiologica su temi inerenti i carichi di lavoro, la sicurezza sui luoghi di lavoro, l'evoluzione tecnologica). Una nuova realtà al servizio degli Iscritti, unica nel panorama sindacale nazionale. Si è chiusa la stagione della “azienda privata” SimuLearn S.r.l., e si è aperta la stagione del Centro SimuLearn come cuore pulsante della nostra Associazione.

Franco Marinangeli
 Responsabile Scientifico del Centro SimuLearn
 Gilberto Fiore
 Coordinatore Istruttori del Centro SimuLearn

Il progetto di riorganizzazione strutturale e tecnologica del nostro Centro di Simulazione di Bologna, che a fine 2014 ha raggiunto il primo step del nuovo asset prefissoci di risorse, gestione e know-how, necessario per l'avvio di attività di formazione ed aggiornamento in simulazione finalmente up to date, lo ha portato ad essere all'avanguardia nel suo genere, con simulatori e attrezzature di ultima generazione, in ambienti completamente rinnovati. La nostra Sala Operatoria Virtuale presenta oggi le caratteristiche di un ambiente realmente ad alta tecnologia, tale da permettere al discente di acquisire nozioni importanti anche dal punto di vista delle innovazioni nell'ambito della monitoraggio, della ventilazione, della gestione delle vie aeree.

Questa prima fase è stata realizzata, oltre che attraverso la determinazione e l'impegno della nuova gerenza dell'AAROI-EMAC, anche grazie a diverse Aziende che hanno creduto nella nostra formazione in simulazione, supportando il progetto. Tra esse, ad oggi annoveriamo ZOLL Medical Italia S.r.l., DRAEGER Medical Italia S.r.l., ACCURATE Solutions S.r.l., COMPAMED S.r.l., VIVIAM Med S.r.l., SAMSUNG Electronic Italia S.p.A., CONF Industries S.r.l., GADAGROUP Italia S.r.l., NOVAMEDISAN Italia S.r.l.

In tale percorso, che non è stato né semplice né privo di ostacoli, un ruolo fondamentale, è stato svolto dal Consiglio Nazionale della nostra Associazione, in particolare dai Vice Presidenti Nazionali, dal Segretario, dal Tesoriere, oltre che da Franco Marinangeli, nominato, andando a sanare anche un ambito finora vacante, Responsabile Scientifico del Centro, e da Gilberto Fiore, nominato Coordinatore dei nostri 21 Istruttori di Simulazione, provenienti da diverse Regioni italiane, che sono la vera forza motrice del nostro Centro.

A tutti i suddetti Colleghi va la mia gratitudine per la loro paziente e costante collaborazione.

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

COSMED

Rinnovate le cariche Nuovi Organismi Statutari 2015-2017

La Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti (COSMED) ha rinnovato le cariche statutarie per il triennio 2015-2017. Attraverso i nuovi organismi statutarie, la Confederazione intende:

- riaffermare la necessità di una forte valorizzazione della dirigenza pubblica, indispensabile per il rilancio del Paese e componente fondamentale per la qualità dei servizi resi al cittadino;
- ribadire il proprio impegno per perseguire l'indipendenza e l'autonomia della dirigenza pubblica dal potere politico, requisito necessario per una pubblica amministrazione credibile, competente e trasparente;
- respingere politiche di ridimensionamento dei servizi pubblici che portano inesorabilmente alla riduzione dei diritti fondamentali del cittadino, costituzionalmente garantiti.

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

Unione Europea... impone all'Italia di regolarizzare i dipendenti pubblici a termine. Ecco la ricetta: da lavoratori precari diventeranno disoccupati a tempo indeterminato!

COSMED... Alessandro Vergallo Segretario Generale Aggiunto della COSMED. Sicuramente la sua presenza non sarà solo cosmedica...

Doppia carriera del medico... Primari Manager e Primari Clinici. Finalmente i Primari Manager potranno davvero tastare il polso della situazione, fare la radiografia delle condizioni del personale, ventilare qualche idea (raramente), saldare le fratture con la direzione e procedere in maniera chirurgica verso gli obiettivi prefissati. Insomma, certi Primari potranno (più o meno come oggi) fare i medici per metafora...

Nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)... apocritamente, pensiamo che siano altrettanto importanti i LEO (Livelli Essenziali di Organizzazione). Data la situazione, temiamo che sarà necessario pensare anche ai LUI (Limiti Ultimi di Insostenibilità), già ampiamente abbattuti e superati nel 95 per cento delle realtà italiane, e ai più importanti LEI (Livelli Essenziali di Intelligenza), ormai praticamente inesistenti in molte sfere, soprattutto in quelle alte...

Tragicommedia in due atti...

1 - Roma, 2045, esterno, di fronte a una vecchia Facoltà dove si dispensava Sapienza, un nonno si rivolge al nipote, che tiene per mano: 'Figliolo, un tempo, qui era tutto un fiorire di camici bianchi che si sarebbero chiamati medici...'

2 (Prequel) - Roma, 2015, esterno, stessa location, una Senatrice si rivolge alla sua succeditrice: 'guarda, un giorno tutto questo sarà tuo...'

T.P.

Clinical Risk Management nei Punti Nascita

L'intervento AAROI-EMAC a seguito della tragedia di Catania

Un evento tragico come la morte di Nicole, la neonata morta a Catania nel mese di Febbraio, si è trasformato in un evento mediatico a cui in tanti hanno voluto partecipare attraverso "comunicati-scaricabarile" con il risultato di accusarsi gli uni con gli altri alla ricerca di un colpevole sul quale riversare tutte le responsabilità.

Di fronte a reazioni tanto scomposte, l'AAROI-EMAC ha ritenuto doveroso intervenire, non per entrare nel merito, ma per affrontare in generale la questione del clinical risk management nei punti nascita.

Nel comunicato, diffuso in quei giorni e pubblicato di seguito, sono stati sottolineati alcuni punti di carattere generale sulla vicenda accaduta a Catania, ma che, come rimarcato nel testo, poteva verificarsi anche a Milano dal momento che oggi, da nord a sud, anche in ambito sanitario, il budget ha la meglio sulla sicurezza.

"...riteniamo doveroso intervenire unicamente per affrontare in generale la questione del clinical risk management nei punti nascita, prendendo spunto da quest'ultimo risvolto, che spiace dover constatare essere emerso da varie figure di diverso livello istituzionale, le quali, a nostro parere, avrebbero dovuto usare la massima cautela nelle loro dichiarazioni incrociate, invece che scatenare un'irresponsabile caccia alle streghe, individuando ciascuna, maldestramente, presunti errori altrui, l'una contro l'altra, e alcune puntando perentoriamente l'indice accusatorio contro le vittime sacrificali da mettere immediatamente alla gogna: i medici ai quali la neonata è spirata tra le mani. Per quanto riguarda alcune confuse e improvvise proclamazioni, attribuite come tali dai media a certe figure istituzionali, non possiamo esimerci dal censurarne alcuni specifici contenuti, beninteso dal punto di vista organizzativo-professionale e non da quello politico, che a differenza del primo non ci appartiene."

Vi sono state proclamazioni confuse sugli attuali requisiti di accreditamento dei punti nascita: apprendiamo con stupore che i punti nascita del settore privato, per essere accreditati, necessiterebbero di UTIN, che invece nel settore pubblico sarebbero ubiquitarie: un'assurdità che non merita altri commenti se non il dover rammentare che i suddetti Standard prevedono che «Per la definizione delle reti sopra elencate (tra cui la rete neonatologica e punti nascita) le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie». Orbene, non ci risulta che sulla sicurezza dei punti nascita abbia trovato alcun seguito fattivo l'Accordo tra il Governo e le Regioni, risalente al 16 Dicembre 2010, sulle «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso na-

scita e per la riduzione del taglio cesareo», in cui si contemplava l'attuazione, da parte delle singole Regioni, di precisi criteri da adottare, tra cui la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con basso numero di parti, l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza relativi ai diversi livelli ospedalieri di assistenza ostetrica e neonatale, e la definizione delle risorse umane necessarie sulla base dei carichi di lavoro. Così come non ci risulta che sia stato fatto granché, dalle Alpi a Lampedusa, nemmeno a seguito di un comunicato congiunto di AAROI-EMAC e FESMED risalente al 13 Agosto 2013, successivo ad un altro evento luttuoso avvenuto proprio in Sicilia, in cui avvertivamo: «In generale, gli ospedali non adeguatamente attrezzati, non collegati a terapie intensive, la mancanza di sangue e derivati, l'organizzazione del lavoro dei professionisti basata sulle pronte disponibilità invece che sulle guardie per carenza di personale, sono senza dubbio circostanze che frequentemente rischiano di creare i presupposti per il verificarsi di fatti drammatici o tragici». Piuttosto che favoleggiare di UTIN in tutti i punti nascita, quindi, sarebbe invece da accertare se quanto previsto in tema di Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN) non sia rimasto una mera enunciazione di principio, senza tradursi nell'effettiva attivazione dello stesso in tempi compatibili con la gestione e la logica di un'emergenza.

Tragedie come quella accaduta a Catania, nell'ipotesi che si dovesse accertare, eventualmente, che essa sia dipesa anche o addirittura solo da fattori organizzativi, potrebbero verificarsi anche a Roma come a Milano, perché oggi, da nord a sud, in particolare in ambito sanitario, quello che ha il budget più critico, gli equilibri tra Governo Centrale, Governi Regionali, e Amministrazioni Locali (comprese quelle delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) non consentono di dar corso ad alcuna vera riforma sistematica, in quanto, ormai da diversi anni, le riduzioni di spesa hanno la meglio sulla sicurezza: se non si ammette quest'evidenza, qualunque approccio al problema è inutile.

Vi sono state proclamazioni improvvise, da cui è trasparsa una velata presunzione di colpevolezza dei medici coinvolti nella tragica vicenda. Del resto, i medici, nell'intero nostro Paese e non solo in Sicilia, sono ormai talmente rassegnati a dover essere i capri espiatori di ogni caso di presunta malasanità, ormai ridotta con troppa e sospetta faciloneria a malamedicina, da non tentare quasi più di opporre resistenza a gogne mediatiche di ogni genere, alle quali sono sistematicamente condannati ancor prima di un processo nelle sedi competenti. La magistratura inquirente, dal canto suo, sempre secondo quanto le attribuiscono i media, parrebbe doversi occupare soltanto «dei profili di responsabilità penale di singole persone» e non di «tutto ciò che riguarda i profili organizza-

tivi del servizio». Ci auguriamo che gli eventuali suddetti profili di responsabilità non riguardino solo i medici e/o gli altri operatori sanitari; in caso contrario, ne resteremmo completamente sconcertati. Inoltre, è ora di affermarlo chiaramente, a fronte di un aumento dei carichi di lavoro, le isorisorse, se consistono nel risparmio di personale, equivalgono ad un iper-rischio, di cui i nostri decisori politici e gli amministratori da loro nominati devono essere chiamati ad assumersi personali responsabilità, soprattutto quando si parla di incrementare i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), a cui devono obbligatoriamente corrispondere quelli che noi definiamo LEO (Livelli Essenziali di Organizzazione), in assenza dei quali è assurdo, prima ancora che velleitario e populistico, pretendere l'attuazione.

Ci troviamo, da tempo e nell'intero Paese, di fronte ad una carenza insostenibile di posti-letto salvavita, di cui peraltro, proprio in Sicilia, va dato atto che con il DA 14/01/2015 «Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera territoriale», pubblicato sulla G.U.R.S. risalente al 23 Gennaio u. s., si dispone specificamente che «le Aziende Sanitarie attivino i posti letto di Rianimazione previsti dalla programmazione regionale e non ancora attivati», mentre si propaga proprio in questi giorni la PartoAnalgesia ovunque e comunque, come una grande conquista di civiltà, e lo sarebbe, se non fosse presentata, come viene fatto, isorisorse. Le risorse per i servizi essenziali legati al settore dell'Anestesia e Rianimazione, e dell'Emergenza-Urgenza, invece, sono già IPO, non ISO, ad esempio in riferimento alle pronte disponibilità che in questi settori sostituiscono rischiosamente le guardie, ma della predisposizione di un piano assunzioni dei Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione necessari ai LEA che ad essi fanno capo, tra cui la PartoAnalgesia, non si parla. Proprio a monte dell'Accordo tra il Governo e le Regioni del 16 Dicembre 2010, tra l'altro, gli standard operativi prevedono la disponibilità di assistenza anestesiológica h 24 all'interno della struttura."

Pertanto, nello specifico di quelli che noi chiamiamo LEO, è indispensabile che almeno in tutti gli Ospedali, pubblici e privati, dotati di punto nascita, sia sempre presente un Anestesista Rianimatore in servizio di guardia anestesiológica separata dalla guardia rianimatoria, h24, 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno, in modo che sia evitato il rischio che debbano correre precipitosamente in sala operatoria o in sala parto l'Anestesista in servizio di pronta disponibilità da casa, oppure, forse peggio, il Rianimatore in servizio presso l'Unità di degenza costituita dalla Rianimazione, che deve abbandonare i pazienti degenti in Rianimazione, dove è più che mai evidente la necessità della continuità assistenziale."

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

Percorso Nascita

"STEN e STAM ancora in gran parte sconosciuti"

Di seguito uno stralcio del contributo che Domenico Minniti inviato a Quotidiano Sanità per mettere in luce le criticità del percorso nascita. Un contributo che, richiamandosi alla tragedia di Catania, denuncia una situazione tutt'altro che rosea.

"Ho letto, da qualche parte, che il grado di civiltà (ed anche di maturità) di un popolo si misura con l'interesse che lo stesso dedica alla salute ed alla sicurezza dei propri figli. Spentosi il clamore dei riflettori mediatici sulla storia di Nicole, resta, oltre la tristezza, l'amara considerazione di quanto nel Bel Paese (e spesso anche all'interno degli stessi Sistemi Sanitari Regionali) il livello d'attenzione al problema non sia né uguale per intensità né tanto meno uniformemente distribuito sul territorio. È da oltre dieci anni e precisamente con il Piano Sanitario 2003/05 che sono state tracciate le linee

di indirizzo per la gestione in sicurezza del percorso materno infantile. Ed è da altrettanto tempo che in almeno la metà delle regioni italiane, cui com'è noto costituzionalmente è posta in capo l'organizzazione della Tutela della Salute, si attende l'implementazione dei servizi di trasporto di emergenza del neonato (STEN) e di quello assistito della madre (STAM).

Riguardo al primo, l'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 prevede che il neonato critico nato in

ospedale periferico e che necessita di ricovero in una Terapia Intensiva Neonatale, debba essere stabilizzato in loco dal pediatra con l'eventuale collaborazione del medico anestesista rianimatore, in attesa che l'ambulanza attrezzata al trasporto neonatale conduca, dal centro Hub, il medico neonatologo e l'infermiere per la successiva centralizzazione del piccolo paziente. Del resto il trasporto dev'essere effettuato, così come si legge nella Raccomandazione numero 11/2010 del Ministero della salute, da personale con comprovata esperienza in terapia intensiva neonatale. È del tutto evidente quindi come sia questa la direzione che avrebbe dovuto prendere, e già da tempo, il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il neonato critico, là dove il servizio non fosse ancora stato organizzato. Esistono regioni, come la Sicilia, in cui la realizzazione del percorso è avvenuta a macchia di leopardo, ed altre, come la mia Calabria, in cui gli acronimi STEN e STAM risultano ancora tutt'oggi ed ai più, addirittura sconosciuti.

Domenico Minniti
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria



Legge di Stabilità, l'Intesa Stato-Regioni

Il testo dell'Accordo raggiunto alla fine di Febbraio

Il 17 Marzo le Regioni hanno reso pubblico il testo definitivo ed esplicativo dell'Intesa raggiunta il 26 Febbraio sull'attuazione della Legge di Stabilità, che ha previsto il concorso delle Regioni a Statuto Ordinario per complessivi 4.202 milioni di euro per gli anni 2015-2018, oltre alla riduzione delle risorse spettanti di 1.050 milioni di euro.

Il raggiungimento di tali obiettivi per il 2015, secondo quanto pubblicato sul sito Regioni.it, si otterrebbe attraverso diversi interventi.

Tra questi, alcuni in ambito sanitario, come la riduzione delle risorse destinate al finanziamento del settore sanitario per 2.000 milioni di euro (con riferimento alla quota di pertinenza delle Regioni a statuto ordinario) e 2.352 milioni di euro, incluse le autonomie speciali e la "riduzione dell'edilizia sanitaria, per 285 milioni di euro.

Secondo quanto riportato da Il Sole 24 Ore Sanità del 24 Marzo, le strade concordate per affrontare tali riduzioni potrebbero essere le seguenti: "1,3 mld deriverebbero dall'applicazione della spending review, a partire dai beni e servizi, anche con un occhio all'abbassamento del tetto sui device da 4,5 a 4%; 350 mln circa dalle misure sull'appropriatezza; applicazione degli standard ospedalieri, per un importo tutto da verificare. Quanto alla farmaceutica, subirebbe il peso della riduzione del Fondo (300 mln circa), più l'aggravio del pay back, in particolare sull'ospedaliera".

La situazione, in ogni caso, non è ancora del tutto chiara, e potrebbe anche cambiare nei prossimi incontri.

le Pagine Utili

Anestesia e modalità nel bambino Parte 1: valutazione

Curr Opin Anesthesiol: Volume

L'asma è una malattia frequente nei bambini e l'anestesista incontra spesso un bambino asmatico da sottoporre ad anestesia per chirurgia d'elezione.

DATI RECENTI

Molti studi osservazionali di valutazione delle complicanze perioperatorie nei bambini sani e in quelli asmatici sono la base di riferimento per individuare nel preoperatorio i fattori di rischio nell'anamnesi (familiare) utili nell'identificazione preoperatoria dei bambini a rischio. L'importanza del trattamento dell'asma prima dell'anestesia si basa su un gran numero di evidenze. L'ottimizzazione e il potenziamento della terapia dell'asma possono migliorare la funzionalità polmonare, ridurre l'iperreattività bronchiale e minimizzare il rischio di complicanze respiratorie perioperatorie.

Nella popolazione pediatrica l'incidenza di asma e d'iperreattività bronchiale (BHR) è elevata e in aumento. I bambini asmatici presentano un rischio elevato di complicanze respiratorie perioperatorie (PRAE). Per ridurre al minimo il rischio di PRAE la gestione perioperatoria del bambino asmatico si deve basare su 2 pilastri principali: l'ottimizzazione preoperatoria della terapia dell'asma e la gestione ottimale dell'anestesia per migliorare la funzionalità polmonare e minimizzare la BHR nel perioperatorio.

PUNTI CHIAVE

- Nel mondo il numero dei bambini asmatici è elevato e in aumento;
- I bambini asmatici presentano un rischio aumentato di morbilità e mortalità;
- È importante riconoscere nel preoperatorio i bambini con asma non diagnosticata o non ben controllata;
- È necessario ottimizzare la gestione dell'asma nel preoperatorio in stretta collaborazione con i medici esperti nella gestione dei bambini asmatici;
- Non è raccomandata l'esecuzione preoperatoria di routine dei test di funzionalità respiratoria;
- Adattare la gestione dell'anestesia per ottimizzare la funzionalità polmonare e minimizzare i PRAE compreso il broncospasmo.

DEFINIZIONE DI ASMA, IPERREATTIVITÀ BRONCHIALE E SUSCETTIBILITÀ DELLE VIE AEREE

L'asma bronchiale può essere caratterizzata da un'ostruzione variabile (reversibile) del flusso aereo e da BHR. La BHR descrive una maggiore facilità e un'alta intensità di restringimento delle vie aeree quando stimolate. La suscettibilità delle vie aeree definisce la maggiore probabilità di sviluppare complicanze respiratorie soprattutto laringospasmo e broncospasmo quando si stimolano le vie aeree.

Le malattie associate all'infiammazione acuta delle vie aeree superiori (URTI) e cronica (asma) delle vie aeree possono aumentare la suscettibilità e conseguentemente la comparsa di PRAE. La suscettibilità delle vie aeree e la BHR talvolta persistono indipendentemente dalla presenza di sintomi asmatici o altri sintomi respiratori (ad esempio tosse).

EPIDEMIOLOGIA

L'asma è una delle malattie croniche più diffuse nel mondo con una prevalenza compresa tra l'1% e il 20%. La maggiore prevalenza dell'asma è presente nelle nazioni con lo stile di vita dei paesi occidentali (Scozia 18%, Australia 15%, USA e Brasile 11%). Sia lo stile di vita occidentale sia l'obesità, si accompagnano con una maggiore incidenza di asma, BHR, altre malattie atopiche e URTI che si ritiene siano in aumento per la crescente urbanizzazione globale.

In relazione alla qualità della gestione medica locale e alle politiche di gestione del ricovero nelle Unità di Terapia Intensiva Pediatriche (PICU) la frequenza di ventilazione meccanica nei bambini asmatici varia dallo 0,8% al 33%. La mortalità dei bambini sottoposti a ventilazione meccanica varia tra 0 e 7,6%.

MODIFICAZIONI DELLE VIE AEREE E RIMODELLAMENTO CON L'ASMA

I pazienti asmatici presentano un grado variabile d'infiammazione e rimodellamento delle vie aeree. Mentre l'infiammazione delle vie aeree è caratterizzata da infiltrazione di eosinofili, mastociti e linfociti T-helper nelle vie aeree periferiche, le caratteristiche istologiche del rimodellamento sono l'ispessimento della membrana basale reticolare delle cellule epiteliali, dei muscoli lisci delle vie aeree, l'ipertrofia e iperplasia delle cellule calciformi e l'angiogenesi.

L'infiammazione cronica delle vie aeree si ritiene tradizionalmente la causa del processo di rimodellamento delle vie aeree, anche se persistono alcune incertezze. I livelli d'interleuchina aumentati (come ad esempio l'interleuchina-4, e l'interleuchina-5) causate dall'infiammazione delle vie aeree, possono aumentare la produzione d'immunoglobuline E (IgE), e gli eosinofili attivati possono liberare leucotrieni e il fattore attivatore delle piastrine associato a broncospasmo e secrezione di muco. Da notare che l'infiammazione delle vie aeree, il rimodellamento, la BHR e i sibili non sono specifici dell'asma e possono manifestarsi in numerose altre malattie respiratorie (URTI ricorrenti, fibrosi cistica e displasia broncopolmonare).

ALTERAZIONE DELLA MECCANICA RESPIRATORIA E DELLO SCAMBIO DEI GAS NELL'ASMA

Rispetto agli adulti i bambini presentano un rischio maggiore di morbilità e mortalità associato all'asma. Il ridotto diametro delle vie aeree determina una maggiore ostruzione del flusso aereo che è proporzionale alla quarta potenza del raggio delle vie aeree. Le secrezioni più abbondanti e viscosi e il danno epiteliale diffuso può interessare le vie aeree maggiori e minori. Durante le esacerbazioni dell'asma la riduzione degli scambi gassosi determina un'ipossiemia attribuita soprattutto alla perfusione delle vie aeree ipoventilate con conseguente alterazione del rapporto ventilazione/perfusione (V/Q). Un paziente asmatico con lieve ostruzione del flusso aereo può iperventilare (PaCO₂ bassa) per migliorare gli scambi gassosi con il rischio d'iperinflazione dei polmoni. Inoltre l'iperinflazione dei polmoni pone il diaframma in una condizione meccanica svantaggiosa. In sintesi, il lavoro respiratorio è aumentato nei pazienti con ostruzione del flusso aereo.

L'espansione di solito è passiva. Un'ostruzione del flusso aereo espiratorio costringe il paziente a usare i muscoli respiratori accessori e addominali per supportare attivamente il lavoro espiratorio aumentato. Tuttavia se l'ostruzione del flusso d'aria è grave o prolungata i pazienti asmatici e in particolare i bambini piccoli potrebbero non essere in grado o si affaticerebbero molto a ventilare in modo adeguato causando la ritenzione di anidride carbonica. L'ipercapnia è uno degli indicatori clinici dei pazienti che necessitano d'intubazione e di ventilazione meccanica. Nel paziente sano, il diametro delle vie aeree aumenta durante l'inspirazione e diminuisce durante l'espirazione a causa delle variazioni di pressione intratoracica che si hanno durante il ciclo respiratorio. Tuttavia un'importante ostruzione del flusso aereo che si ha nell'asma provoca un ulteriore restringimento delle vie aeree durante l'espirazione prolungando il tempo espiratorio e spesso producendo il suono acustico del sibilo.

INTRAPPOLAMENTO DEL GAS, IPERINFLAZIONE DINAMICA E AUTO PRESSIONE POSITIVA DI FINE ESPIRAZIONE (AUTO PEEP)

L'intrappolamento di gas occorre quando l'espirazione è incompleta al momento della successiva inspirazione che ostacola la fuoriuscita del gas alveolare. Il tempo espiratorio è insufficiente per un determinato volume corrente espiratorio e velocità del flusso espiratorio. L'iperinflazione dinamica dei polmoni può essere definita come un aumento del volume di fine espirazione sopra il normale volume di riposo per l'intrappolamento di gas. L'auto-PEEP (talvolta definita PEEP intrinseca) si riferisce alla differenza di pressione tra la pressione alveolare positiva di fine espirazione, meno la PEEP impostata sul respiratore. Ovviamente sia l'iperinflazione dinamica sia la PEEP si verificano in parallelo come conseguenza dell'intrappolamento di gas.

FISIOPATOLOGIA DEL BRONCOSPASMO E DELL'IPERATTIVITÀ BRONCHIALE

Nei soggetti sani, il muscolo liscio bronchiale è strettamente regolato dall'attività vagale. Il broncospasmo può essere definito come un improvviso (acuto) aumento del tono del muscolo bronchiale liscio associato con un aumento dell'ostruzione del flusso d'aria di breve durata (più probabile di minuti che di ore). Ci sono tre fattori principali scatenanti il broncospasmo nel perioperatorio: le stimolazioni meccaniche tracheali e le stimolazioni afferenti sensitive laringee (ad esempio l'intubazione tracheale) con stimolazione efferente del vago (l'acetilcolina si lega ai recettori muscarinici M₃), i farmaci anafilattoidi che inducono una reazione non immuno-mediata e le reazioni anafilattiche immuno-mediate (IgE) che determinano entrambi la degranolazione dei mastociti e dei basofili (l'istamina si lega ai recettori dell'istamina). La risposta a ogni fattore trigger può essere compresa tra un modesto incremento subclinico del tono dei muscoli bronchiali e un broncospasmo grave pericoloso per la vita. Tuttavia il più frequente trigger dei broncospasmi perioperatori sembra essere di tipo meccanico (ad esempio intubazione ed estubazione), broncospasmo perioperatorio e laringospasmo che si manifesta soprattutto durante l'induzione e il risveglio.

COMPLICANZE RESPIRATORIE PERIOPERATORIE

L'incidenza del broncospasmo perioperatorio nei bambini non asmatici è dello 0,2 - 4,1% che aumenta al 2,2% - 5,7% nei bambini asmatici.

Mentre uno studio prospettico relativamente piccolo non ha rilevato che i bambini con asma sono a rischio aumentato di PRAE, un ampio studio più recente ha evidenziato un rischio di broncospasmo e laringospasmo perioperatorio aumentato nei bambini con sibili respiratori o comparsi almeno 3 volte negli ultimi 12 mesi o con tosse secca notturna (incidenza approssimativa del 10%). La differenza tra questi studi può probabilmente essere spiegata dalle maggiori dimensioni della coorte considerata che comprendeva un numero importante di bambini con infiammazione acuta delle vie aeree (d'elezione e d'emergenza) rispetto al gruppo che includeva solo pazienti in elezione.

MORBILITÀ E BRONCOSPASMO PERIOPERATORIO

In un'ampia coorte recente (9297 pazienti), 193 (2,1%) bambini hanno manifestato broncospasmo perioperatorio e 351 (3,8%) laringospasmo. Inoltre 31 (0,3%) bambini hanno avuto la necessità di un'assistenza intensiva (nella sala di assistenza postoperatoria o ricoverati nella PICU) per problemi respiratori, con 21 (0,2%) di questi che presentavano broncospasmo postoperatorio o laringospasmo prolungato. Un altro vecchio studio aveva riportato che il 2,4% dei bambini con broncospasmo perioperatorio era andato incontro ad arresto cardiaco con necessità di rianimazione e ricovero in PICU, comunque senza complicanze neurologiche.

FATTORI DI RISCHIO PER COMPLICANZE RESPIRATORIE PERIOPERATORIE

Nei bambini oltre all'asma gli altri fattori di rischio per la comparsa di PRAE sono soprattutto associati a BHR, infiammazione delle vie aeree o dovuti ad interazioni anatomico-fisiologiche cardiopolmonari e sono elencati di seguito:

1. Asma
2. Respiro sibilante con lo sforzo;
3. Respiro sibilante per più di 3 volte negli ultimi 12 mesi;
4. Tosse secca notturna;
5. Infezioni recenti delle vie aeree superiori (< 2 settimane);
6. Febbre da fieno;
7. Eczema;
8. Fumo passivo;
9. Anamnesi familiare positiva per asma, febbre da fieno o eczema;
10. Giovane età;
11. Classe ASA elevata;
12. Anamnesi positiva per cardiopatia congenita;
13. Prematurità;
14. Basso peso alla nascita;
15. Obesità;
16. Apnea ostruttiva notturna.

11° Congresso Nazionale

SIARED

Percorsi di Cura tra Innovazione, Tradizione e Consuetudini
Diagnosi e Trattamento del Paziente dall'Emergenza all'Alta Specialità

11 - 13 Maggio 2015 - Riva del Garda Fierecongressi

www.siared.it
www.aaroiemac.it

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologica e Rianimatoria Italiana
Fierecongressi

INTESA PROVIDER ECM

S.I.A.R.E.D.
Società Scientifica di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Dolore

E.C.M.
Educazione Continua in Medicina

PRESIDENTI DEL CONGRESSO Adriana Paolicchi, Alessandro Vergallo

COMITATO SCIENTIFICO CONSIGLIO DIRETTIVO S.I.A.R.E.D.

REFERENTI SCIENTIFICI Adriana Paolicchi, Fernanda Diana, Giuseppina Di Fiore, Marcello Difonzo, Lorenzo Firmi, Paolo Gregorini, Emanuele Iacobone, Giovanni Maltese, Franco Marinangeli, Claudio Spena

COMITATO ORGANIZZATORE CONSIGLIO NAZIONALE A.A.R.O.I.-EM.A.C.

PROVIDER INTESA PROVIDER ECM – Via XX Settembre 98/E – 00187 Roma

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA S.I.A.R.E.D. – Via XX Settembre 98/E – 00187 Roma – Tel: 06 47825272
sito web: www.siared.it – contatti email: congresso@siared.it

SEGRETERIA TECNICA LOCALE FIERECONGRESSI S.P.A.

SEDE CONGRESSUALE CENTRO CONGRESSI – Parco Lido – 38066 Riva del Garda (TN)

PERSONALE DI SEGRETERIA Il Personale di Segreteria sarà a disposizione, nelle seguenti postazioni situate a piano terra:

- Desk Partecipanti Pre-Registrati
- Desk Partecipanti Registrati in loco
- Desk Relatori e Moderatori
- Desk Espositori

BADGE Per accedere sia alla sede congressuale che ai lavori scientifici è assolutamente indispensabile indossare il badge, inserito nell'apposita bustina in plastica e consegnato contestualmente alla registrazione con il kit congressuale.

SVOLGIMENTO LAVORI Per assicurare un corretto svolgimento delle varie sessioni tutti i Relatori dovranno attenersi rigorosamente ai tempi assegnati. I Moderatori saranno tenuti a far rispettare i tempi di inizio e di fine di ogni evento congressuale e quello assegnato ad ogni relazione. La durata di ciascun intervento è specificata nel programma. La lingua ufficiale è l'italiano.

SPAZI ESPOSITIVI Per tutta la durata del Congresso saranno allestiti Spazi Espositivi ai quali potranno partecipare Aziende Farmaceutiche, Aziende produttrici di Apparecchiature Elettromedicali e Case Editrici Scientifiche.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE La pre-registrazione dei Partecipanti al Congresso deve essere effettuata entro il 04/05/2015 esclusivamente online, compilando debitamente in ogni sua parte la SCHEDA DI PARTECIPAZIONE, che in attesa del pagamento ha valore di sola prenotazione, e dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa SIARED, esclusivamente ONLINE, attraverso i siti web: www.aaroiemac.it e www.siared.it.

Entro 3 (tre) giorni lavorativi dalla pre-registrazione è indispensabile provvedere ad inviare alla segreteria Organizzativa SIARED, preferibilmente tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail: congresso@siared.it, o in alternativa via fax al n° 06 23328733, a pena di cancellazione dall'elenco dei Partecipanti prenotati:

- > CERTIFICATO DI ISCRIZIONE 2015 ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE UNIVERSITARIA (solo per i Medici Specializzandi) in pdf ben leggibile;
- > DISTINTA DEL BONIFICO BANCARIO CORRISPONDENTE AL TOTALE DA VERSARE in pdf ben leggibile.

A pagamento effettuato, la Segreteria Organizzativa invierà tramite e-mail a tutti i Partecipanti pre-registrati la conferma di avvenuta registrazione.

Dopo il 04/05/2015 sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale presso il Desk Partecipanti Registrati in loco, preferibilmente previa conferma e disponibilità di posti concordata con la Segreteria Organizzativa SIARED al recapito telefonico 06 47825272, esclusivamente previa conferma tramite email di posti ancora disponibili.

RINUNCE Eventuali rinunce relative a quanto prenotato e pagato dovranno pervenire esclusivamente all'indirizzo e-mail: congresso@siared.it. Le rinunce pervenute entro e non oltre il 26/04/2015 daranno luogo al rimborso del 50% della sola quota di partecipazione congressuale (spese bancarie escluse). Per le rinunce pervenute oltre tale data non sarà effettuato alcun rimborso. I rimborsi saranno evasi dopo la conclusione del Congresso, tramite bonifico bancario sull'IBAN correttamente indicato nella email di rinuncia.

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

In auto: A22 Autostrada del Brennero, Uscita Rovereto Sud, distanza 17 km dal casello autostradale; la Sede Congressuale offre un ampio parcheggio, con posti auto a disposizione dei Partecipanti/Moderatori/Relatori/Ospiti fino ad esaurimento e per tutta la durata dell'evento. È possibile usufruire anche di posti auto presso i garage degli Hotel da richiedere all'atto della prenotazione alberghiera.

In treno: Linea Brennero, Fermata alla Stazione Ferroviaria di Rovereto (a 20 minuti in auto dalla Sede Congressuale).

In Autobus: è possibile usufruire di autobus di linea con collegamenti diretti da e per Rovereto e Verona:

- > Rovereto–Riva del Garda – Linea extraurbana 3 – info orari e tariffe: www.ttspa.it
- > Verona–Riva del Garda – Servizio extraurbano – info orari e tariffe: www.atv.verona.it

In Aereo: l'Aeroporto "Catullo" di Verona, che è collegato alle maggiori città italiane con voli diretti, dista circa 1h30'.

PRENOTAZIONE HOTEL E TRANSFER

Per le esigenze di viaggio e soggiorno è possibile rivolgersi a:

RivaTour - Agenzia Viaggi (Tel: 0464 570370 – email: info@rivatour.it – sito web: www.rivatour.it).

In occasione del Congresso alcuni Hotels selezionati hanno concesso l'applicazione di tariffe e condizioni agevolate a favore dei Partecipanti. Si consiglia pertanto di effettuare le prenotazioni alberghiere con congruo anticipo, tenendo presente che le prenotazioni verranno effettuate fino ad esaurimento della disponibilità.

Alla pagina web: www.rivatour.it/fiere-eventi/?IDSelect=51 (selezionando 11° CONGRESSO SIARED) è possibile consultare l'elenco e l'ubicazione degli Hotels con le tariffe, le condizioni e le modalità di prenotazione alberghiera. Inoltre, per i Partecipanti al Congresso che effettuano la prenotazione alberghiera tramite il servizio online di RivaTour, è previsto il transfer gratuito da e per la Stazione Ferroviaria di Rovereto e da e per l'Aeroporto "Catullo" di Verona, ad orari prestabiliti, da confermarsi contestualmente alla prenotazione alberghiera; per informazioni sulla prenotazione dei transfer consultare anche la pagina web: www.rivatour.it/fiere-eventi/?IDSelect=51&viewPNL=2.

CREDITI ECM E REGISTRAZIONE PRESENZE INTESA PROVIDER ECM ha richiesto l'accreditamento ECM (area Medicina e Chirurgia), per le discipline sotto specificate, di tutti gli eventi congressuali. Poiché i Crediti ECM possono essere assegnati e certificati ad ogni singolo Partecipante solo dopo la conclusione delle procedure di accreditamento richieste dalla normativa vigente, tale certificazione sarà inviata tramite email, all'indirizzo correttamente comunicato da ciascuno di essi, entro tre mesi dalla conclusione del Congresso, dalla Segreteria Organizzativa. Si ricorda che per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti al percorso formativo, ogni Partecipante dovrà:

- > frequentare il 100% dell'orario previsto per ogni Sessione/WorkShop;
- > compilare correttamente tutta la modulistica necessaria per l'accreditamento ECM, che sarà distribuita in sede congressuale dalla Segreteria Organizzativa SIARED, a cui dovrà essere correttamente riconsegnata;
- > rispondere esattamente al 75% delle domande proposte. Si raccomanda vivamente l'esatta ed integrale compilazione della modulistica con risposte e firme richieste, pena l'impossibilità di conseguire i Crediti ECM.

Si ricorda che ogni Partecipante potrà maturare 1/3 dei crediti previsti dalla normativa vigente, ricondotti al triennio di riferimento (150 totali per il triennio 2015-2018). In conformità alla normativa vigente, Partecipanti con quota di partecipazione direttamente pagata da Sponsor dovranno consegnare ad INTESA PROVIDER ECM, Provider dell'evento, per tramite del Personale di Segreteria presente in sede congressuale, una copia dell'invito dell'Azienda Sponsor.

La presenza a ciascun evento congressuale sarà registrata attraverso software a lettura ottica in entrata ed in uscita. Per poter acquisire i Crediti ECM, è necessario effettuare la scelta delle Sessioni e dei WorkShop a cui si intende partecipare già al momento dell'invio della Scheda di Partecipazione, che può essere compilata e inviata come segue:

- > PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA IN PROPRIO – SOLO ONLINE
Scheda di Partecipazione disponibile sui siti web: www.aaroiemac.it e www.siared.it
- > PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA DA AZIENDE – MODALITÀ SEPARATA
Richiedere informazioni alla Segreteria Organizzativa SIARED al n° telefonico 06 47825272

DISCIPLINE PER LE QUALI È STATO RICHIESTO L'ACCREDITAMENTO Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Chirurgia generale, Ginecologia e Ostetricia, Malattie infettive, Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, Medicina generale (Medici di famiglia), Medicina Interna, Neurochirurgia, Radiodiagnostica.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE L'Attestato di Partecipazione sarà rilasciato, a cura del Personale di Segreteria presente in sede congressuale, a tutti i Partecipanti che ne faranno richiesta al termine dei lavori scientifici da essi frequentati.

ABSTRACT PER RELAZIONI CONGRESSUALI E POSTER (è richiesta la liberatoria per gli atti) formato Microsoft Word (*.doc oppure *.rtf); carattere Times New Roman 12 punti; interlinea singola, margine superiore 2,5 cm, inferiore e laterali 2 cm; massimo 2 tabelle/immagini (.*.jpg); massimo 2 pagine. Precipare il titolo, i nomi degli autori, le loro affiliazioni, l'indirizzo email di un corrispondente, l'introduzione, i metodi, i risultati e le conclusioni.

PRESENTAZIONI (è richiesta la liberatoria per gli atti)

Opzione 1 - i Relatori potranno, nel corso del loro intervento, effettuare presentazioni in PowerPoint, caricando i propri files direttamente sul notebook presente nella Sala assegnata. Il materiale dovrà essere consegnato al Personale addetto all'assistenza in sala almeno un'ora prima dell'inizio di ogni evento, per consentire di verificarne la corretta funzionalità, e dovrà essere ritirato al termine dello stesso.

Opzione 2 - in alternativa, i Relatori potranno effettuare presentazioni in PowerPoint consegnandole, almeno 2 ore prima dell'orario previsto per la relazione, al Personale addetto al Centro Slide, situato al piano 1.

COFFEE BREAK E LUNCH

Sono previsti, compresi nella quota di partecipazione, Coffee Break in corrispondenza delle pause dei lavori congressuali come specificate in programma, ed un Light Lunch dalle ore 13:30 alle ore 14:00 del martedì 12/05.

CENA SOCIALE Per partecipare alla Cena Sociale DEL 12/05 (possibile solo con specifica quota pagata in proprio), è necessario compilare e inviare specifica prenotazione come segue:

- > PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA IN PROPRIO – SOLO ONLINE
Scheda di Partecipazione disponibile sui siti web: www.aaroiemac.it e www.siared.it
- > PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA DA AZIENDE – MODALITÀ SEPARATA
Richiedere informazioni alla Segreteria Organizzativa SIARED al n° telefonico 06 47825272

PRESENTAZIONE CONGRESSO

Carissimi,

è con grande piacere che Vi presentiamo l'11° Congresso S.I.A.R.E.D. (Società Scientifica di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore), che si terrà nei giorni 11, 12 e 13 Maggio 2015 a Riva del Garda (TN), incantevole cittadina incastonata tra le montagne e il lago, in una location dotata di elevati standard congressuali.

Il programma del Congresso, dal titolo "Percorsi di cura tra innovazione, tradizione e consuetudini. Diagnosi e trattamento del paziente dall'emergenza all'alta specialità", prende spunto anche dai feedback ricevuti da parte di numerosi Colleghi in occasione degli eventi scientifici e degli incontri culturali organizzati dalla S.I.A.R.E.D. e dall'A.A.R.O.I.-EM.A.C. succedutisi dal precedente 10° Congresso 2014 di Catania ad oggi.

L'obiettivo congressuale resta quello di mantenere il Paziente al centro della scena, tra percorsi di cura atti a garantirgli un'adeguata assistenza clinica, in Sala Operatoria così come in Rianimazione e nelle Terapie Intensive, oltre che nei Centri per il trattamento del Dolore, nei Centri di Terapia Iperbarica, e nelle Strutture dedicate all'Emergenza intra ed extra-ospedaliera, adeguando tali percorsi al progresso delle conoscenze scientifiche e delle risorse tecnologiche.

La tempestività e l'adeguatezza della Diagnosi e della Cura saranno il fulcro dell'esposizione e della progettazione di percorsi multidisciplinari, con l'obiettivo di una omogeneità di trattamento per le patologie "critiche", in cui la presa in carico precoce del Paziente avviene a partire dal Territorio per proseguire fino ai Centri di Alta Specialità.

L'offerta culturale e formativa del Congresso è differenziata per 7 Aree di interesse, e rappresenta un'occasione di incontro e di confronto in presenza di numerosi Esperti nei vari settori della disciplina di Anestesia e Rianimazione e delle altre discipline dell'Emergenza e dell'Area Critica, i quali hanno raccolto con entusiasmo il nostro invito.

Le diverse tematiche in programma, tutte con un filo conduttore comune, saranno affrontate in 4 Sale Congressuali contemporanee. La strutturazione del Congresso in 12 Sessioni e 4 WorkShop permetterà anche quest'anno di erogare un elevato numero di crediti ECM ai Partecipanti, che potranno organizzare il proprio percorso formativo combinando tra loro i vari momenti formativi.

Le sfide quotidiane nell'organizzazione dei percorsi di diagnosi e cura scientificamente e tecnologicamente avanzati si presentano oggi, oltre che nel segno dell'innovazione organizzativa, con una rinnovata attenzione verso il necessario rispetto dell'autonomia e della dignità della persona malata, verso l'appropriatezza e la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse a disposizione, e verso l'umanizzazione delle cure, argomenti che, in particolare, sono al centro della Sessione pomeridiana di Lunedì 11 in Sala A (Area Rianimazione). Le altre Sessioni sono dedicate alle nuove sfide in Anestesia e Medicina Perioperatoria (Area Anestesia), agli sviluppi della Rete Ospedaliera e Territoriale nell'Emergenza-Urgenza, con un coinvolgimento in prima persona dei diversi protagonisti dell'Elisoccorso, del Soccorso in Mare, della Terapia Iperbarica e delle MaxiEmergenze (Area Emergenza), alla Medicina del Dolore, con particolare attenzione verso il dolore postoperatorio ed il dolore da parto (Area Dolore), all'Ecografia per l'Anestesista-Rianimatore (Area Ecografia), alla cultura della Sicurezza nell'attività clinica nei luoghi di lavoro (Area Sicurezza), agli Highlights in Anestesia Toracica, ALR, Anestesia Pediatrica, con ampio spazio anche per i migliori lavori presentati come Poster (Area Politematica).

I Poster costituiranno un metodo di condivisione delle esperienze dei singoli Professionisti, ma soprattutto dei Gruppi di Lavoro, anche attraverso la possibilità, per ciascun Autore, di illustrare il proprio lavoro in modo interattivo, anche per porre in luce realtà culturali e professionali che, per limitazione di mezzi o di relazioni professionali, restano spesso isolate e talvolta sconosciute.

Va infine sottolineato il grande impegno della nostra Segreteria Organizzativa Congressuale, che in collaborazione con "Intesa Provider ECM" - il nostro Provider ECM, sta lavorando, in sintonia con tutti gli altri Organismi S.I.A.R.E.D. ed A.A.R.O.I.-EM.A.C. coinvolti a vario titolo in questo 11° Congresso, affinché quest'appuntamento ottenga il massimo successo, con l'auspicio di ripetere quello dello scorso anno a Catania.

Vi attendiamo numerosi a Riva del Garda. Cordiali saluti.

Adriana Paolicchi
Presidente S.I.A.R.E.D.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale A.A.R.O.I.-EM.A.C.

Lunedì 11 Maggio 2015 – SALA A – 14:30/20:00

AREA RIANIMAZIONE

SESSIONE I

Appropriatezza delle Cure, Strategie Organizzative e Prospettive in Terapia Intensiva e in Area CriticaModeratori: **A. Paolicchi (Pisa), A. Vergallo (Brescia)**

14:30-14:40	Registrazione Partecipanti	
14:40-14:50	Introduzione ai Lavori	
14:50-15:20	Appropriatezza del ricovero, Spreco di Risorse o Gestione Inadeguata in Terapia Intensiva	D. Poole (Belluno)
15:20-15:50	Che cosa dovremmo migliorare in Ospedale per garantire Appropriatezza nell'uso delle Risorse in Terapia Intensiva	R. M. Melotti (Bologna)
15:50-16:20	Interventi inappropriati ed eticamente non proporzionati in Terapia Intensiva e in Area Critica. Chi decide?	A. De Monte (Udine)
16:20-16:50	Medicina ipertecnologica e umanizzazione delle cure: UTI aperte, una nuova prospettiva per i Pazienti, i Familiari e i Professionisti Sanitari	A. Giannini (Milano)
16:50-17:00	Pausa	
17:00-17:30	Terapia Intensiva, Area Critica e Slow Medicine	S. Vernero (Bologna)
17:30-18:00	L'Anestesista-Rianimatore, specialista "centrale" della Terapia Intensiva e dell'Area Critica	A. Corcione (Napoli)
18:00-18:45	Tavola Rotonda: Medicina PeriOperatoria, Rianimazione, Terapie Intensive, Area Critica: quali prospettive?	L. Bertini (Roma), A. Corcione (Napoli), R. De Gaudio (Firenze), A. Paolicchi (Pisa), A. Vergallo (Brescia)
18:45-19:30	Discussione Interattiva	
19:30-20:00	Lettura Magistrale: Scienza e Coscienza – Etica e Umanità in Medicina	Padre P. Benanti (Pontificia Università Gregoriana - Roma)
20:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Lunedì 11 Maggio 2015 – SALA B – 14:00/19:30

AREA DOLORE

SESSIONE I

Dolore Acuto e CronicoModeratori: **D. Dossi (Rovereto), D. Gioffré (Pisa)**

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	
14:20-14:50	Nuovi Progetti Europei a favore dei Pazienti con Dolore	G. Varrassi (L'Aquila)
14:50-15:20	Paziente affetto da dipendenza o in Terapia con Oppiacei: Gestione Anestesiológica e Problematiche Medico-Legali	F. Marinangeli (L'Aquila)
15:20-15:50	Update nella Gestione del Dolore Acuto PostOperatorio	M. Evangelista (Roma)
15:50-16:20	Indicazioni e limiti delle procedure invasive nel Dolore Cronico	A. Cuomo (Napoli)
16:20-16:40	Discussione Interattiva	
16:40-16:50	Pausa	
16:50-17:20	Tecnica Epidurale antalgica: ha ancora un ruolo nella Medicina del Dolore?	M. La Grua (Firenze)
17:20-17:50	Ruolo dell'Epiduroscopia in Terapia Antalgica	A. Violini (Trento)
17:50-19:30	L'Esperto Risponde	C. Bonezzi (Pavia)
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Lunedì 11 Maggio 2015 – SALA C – 14:00/19:30

AREA SICUREZZA

SESSIONE UNICA

Sicurezza in Sala Operatoria, in NORA, e in Terapia IntensivaModeratori: **M. Pfaender (Rovereto), Q. Piacevoli (Roma)**

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	
14:20-14:50	La Check List e l'Errore in Anestesia. Checklist Application and Mortality	M. Bock (Bolzano)
14:50-15:20	Obiettivo Sicurezza: Recovery Room e Post Operative Residual Curarization	P. Piccioni (Milano)
15:20-15:50	Malattie Infettive emergenti, Ebola e TBC, una sfida per la sicurezza in Terapia Intensiva	M. Antonini (Roma)
15:50-16:20	Dex: farmaco sicuro in Terapia Intensiva?	L. Tritapepe (Roma)
16:20-16:40	Discussione Interattiva	
16:40-16:50	Pausa	
16:50-17:20	Obiettivo sicurezza in Non Operating Room Anesthesia: quali limiti e quali percorsi clinici?	M. Nordio (S. D. del Friuli)
17:20-17:50	NORA e MAC nell'anestesia del Bambino: sicurezza e monitoraggio	A. Lai (Cagliari)
17:50-19:30	L'Esperto Risponde	F. Giunta (Pisa)
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA A – 08:00/13:30

AREA ANESTESIA

SESSIONE I

Valutazione PreOperatoria

08:00-08:10	Registrazione Partecipanti	
08:10-08:20	Introduzione ai Lavori	
1 ^a PARTE - Moderatori: F. Diana (Cagliari), A. Paolicchi (Pisa)		
08:20-08:50	Le nuove Linee Guida della Valutazione Cardiologica PreOperatoria	F. Guarracino (Pisa)
08:50-09:20	Quale aiuto dagli Score PreOperatori per identificare il Paziente a Rischio di Complicanze	A. Gratarola (Genova)
09:20-09:50	Dalla Teoria alla Pratica Clinica nella Valutazione PreOperatoria	T. Matarazzo (Ferrara)
09:50-10:20	Audit-Meeting per migliorare gli Standard della Valutazione PreOperatoria	G. Coletta (Cuneo)
10:20-10:50	Discussione Interattiva	
10:50-11:00	Pausa	
2 ^a PARTE - Moderatori: G. Maltese (Catanzaro), L. Tritapepe (Roma)		
11:00-11:30	Valutazione PreOperatoria e Ottimizzazione dei Pazienti candidati alla Chirurgia Vascolare	A. Locatelli (Cuneo)
11:30-12:00	Valutazione PreOperatoria e Ottimizzazione dei Pazienti candidati alla CardioChirurgia	F. L. Lorini (Bergamo)
12:00-12:30	Valutazione PreOperatoria e Ottimizzazione dei Pazienti candidati alla Chirurgia Toracica	V. Agnoletti (R. Emilia)
12:30-13:30	L'Esperto Risponde	V. Agnoletti (R. Emilia), A. Locatelli (Cuneo), F. L. Lorini (Bergamo)
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA B – 08:00/13:30

AREA RIANIMAZIONE

SESSIONE II

Emorragia SubAracnoidea: Attualità e ProspettiveModeratore: **M. Chiarello (Camerino), L. Firmi (Terni)**

08:00-08:10	Registrazione Partecipanti	
08:10-08:20	Introduzione ai Lavori	
08:20-08:50	Trattamento NeuroIntensivistico: Fisiopatologia, Diagnosi e Terapia	N. Latronico (Brescia)
08:50-09:20	Trattamento NeuroEndoVascolare: le Possibilità NeuroRadiologiche nella Diagnosi e nei Trattamenti	N. Caputo (Terni)
09:20-09:50	Trattamento NeuroChirurgico: attualità	S. Carletti (Terni)
09:50-10:20	Doppler TransCranico e Vasospasmo nell'Emorragia SubAracnoidea	F. A. Rasulo (Brescia)
10:20-10:40	Presentazione Interattiva e Discussione di Casi Clinici	F. A. Rasulo (Brescia)
10:40-10:50	Pausa	
10:50-11:20	ESA in campo pediatrico	L. Bussolin (Firenze)
11:20-11:50	Gestione PeriOperatoria dei Pazienti con ESA. Risultati di una Survey Europea	C. A. Castioni (Torino)
11:50-12:20	Discussione delle problematiche nella pratica clinica e prospettive	A. M. Coviello (Potenza)
12:20-13:30	L'Esperto Risponde	N. Latronico (Brescia), P. G. Zampieri (Verona)
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA C – 08:00/13:30

AREA ECOGRAFIA

SESSIONE UNICA

Ecografia per l'Anestesista RianimatoreSessione Interattiva con Discussant: **G. Davià (Abano Terme), D. Di Lello (Isernia), F. Forfori (Pisa), E. Iacobone (Macerata), G. Morando (Milano), C. Spena (Genova), L. Vetrugno (Udine)**

08:00-08:10	Registrazione Partecipanti	
08:10-08:20	Introduzione ai Lavori	
1 ^a PARTE - Moderatori: L. Tritapepe (Roma), G.M. Pittoni (Padova)		
08:20-08:50	Ecocardiografia: quale ruolo nella Valutazione PreOperatoria e nella Gestione PeriOperatoria?	D. Penzo (Trento)
08:50-09:20	Approccio Ecografico all'Emodinamica	A. Anile (Catania)
09:20-09:50	Ecografia Toracica: Quando, Come e Perché	A. Accattatis (Genova)
09:50-10:40	Dibattito con Discussant	F. Forfori (Pisa), C. Spena (Genova), L. Vetrugno (Udine)
10:40-10:50	Pausa	
2 ^a PARTE - Moderatori: A. Barbatì (Napoli), E. Piraccini (Forlì)		
10:50-11:20	Ecografia dei vasi, solo CVC?	G. Capozzoli (Bolzano)
11:20-11:50	Blocchi Nervosi Periferici: ECO e/o ENS?	E. Barbara (Varese)
11:50-12:20	Anestesia Locoregionale eco guidata: TAP, Paravertebrale, PECS Block	G. Gazzero (Napoli)
12:20-13:30	Dibattito con Discussant	G. Davià (Abano Terme), D. Di Lello (Isernia), E. Iacobone (Macerata), G. Morando (Milano)
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA A – 14:00/19:30

AREA POLITEMATICA

SESSIONE UNICA

HighLights: Anestesia Toracica, ALR, Anestesia Pediatrica, PosterModeratori: **F. Diana (Cagliari), A. Paolicchi (Pisa)**

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori - Formazione e Aggiornamento SIARED: Risultati e Prospettive	A. Paolicchi (Pisa)
14:20-15:20	Corsi Teorico-Pratici 2014: Anestesia in Chirurgia Toracica Confronto e Dibattito Interattivo su Hotspots: ➤ Quali Target PreOperatori per l'Anestesia in Chirurgia Toracica? ➤ L'intubazione Bronchiale Selettiva e la Ventilazione MonoPolmonare sono patrimonio di tutti? ➤ L'Analgesia PostOperatoria è la vera sfida per l'Anestesista?	Presentazione Corso: F. Diana (Cagliari) Relatori: V. Agnoletti (R. Emilia), F. Piccioni (Milano), E. Piraccini (Forlì)
15:20-16:20	Corsi Teorico-Pratici 2014: Sicurezza in Anestesia Loco Regionale Confronto e Dibattito Interattivo su Hotspots: ➤ La Check List in ALR deve tener conto di aspetti particolari? ➤ Come è possibile aumentare la sicurezza in ALR per quanto attiene alla tossicità e al rischio di danno nervoso? ➤ Anticoagulanti, Antiaggreganti e ALR: come comportarsi?	Presentazione Corso: L. Firmi (Terni) Relatori: M. Fondi (Bergamo), M. Martini (Viareggio), E. Melai (Viareggio), M. Parrinello (Bergamo)
16:20-16:30	Pausa	
16:30-17:30	Corsi Teorico-Pratici 2014: Problematiche Anestesiológicas nel Bambino Confronto e Dibattito Interattivo su Hotspots: ➤ Il Bambino e l'Anestesia: come comportarsi? ➤ Quali sono, nell'anestesia del Bambino, i pro e i contro della ventilazione manuale rispetto a quella meccanica? ➤ L'incannulamento venoso del Bambino è sempre problematico: quali sono oggi i mezzi e le tecniche migliori per risolvere le difficoltà?	Presentazione Corso: F. Diana (Cagliari) Relatori: L. Bussolin (Firenze), A. Lai (Cagliari), G. Rizzo (Firenze), A. Simonini (Genova)
17:30-18:30	Novità 2015 Presentazione e Discussione Poster in tema di Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Dolore	G. Capozzoli (Bolzano), U. Lucangelo (Trieste)
18:30-19:00	1° MEMORIAL "MARCO RAMBALDI" PRESENTAZIONE POSTER: APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI – AR StartAPP	M. Nicolini (Modena)
19:00-19:30	Ruolo della Simulazione nella Formazione e nell'Aggiornamento Professionale: il Centro AAROI-EMAC SimuLearn di Bologna	F. Marinangeli (L'Aquila)
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA B – 14:00/19:30

AREA DOLORE

SESSIONE II

Dolore nel Travaglio di Parto

Moderatori: *M. Micaglio (Firenze), E. Scarpuzza (Palermo)*

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	
14:20-14:50	Analgesia Epidurale nel Travaglio: somministrazione, efficacia, sicurezza e soddisfazione della Donna	<i>G. Di Fiore (Enna)</i>
14:50-15:20	Interferenza dell'Analgesia Epidurale con il Travaglio	<i>M. G. Frigo (Roma)</i>
15:20-15:50	Analgesia Epidurale e Allattamento al seno	<i>I. Kazmierska (Palermo)</i>
15:50-16:20	Analgesia con N ₂ O: uno strumento in più contro il dolore?	<i>I. Salvo (Milano)</i>
16:20-16:40	Discussione Interattiva	
16:40-16:50	Pausa	
16:50-17:20	Ecografia Epidurale in PartoAnalgesia	<i>G. Turchi (Bologna)</i>
17:20-17:50	La Responsabilità Organizzativa nella PartoAnalgesia: esempi pratici	<i>P. Gregorini (Bologna)</i>
17:50-19:30	Tavola Rotonda: Aspetti Legislativi ed Organizzativi di un Servizio di PartoAnalgesia	<i>D. D. Del Monte (Feltre), P. Gregorini (Bologna), G. Di Fiore (Enna), T. Matarazzo (Ferrara)</i>
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA C – 14:00/19:30

AREA EMERGENZA

SESSIONE I

Migliorare le Terapie, dal Territorio all'Ospedale

1ª PARTE – Emergenza IntraOspedaliera

Moderatori: *G. M. Bianchi (Alessandria), G. Galano (Napoli)*

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	
14:20-14:50	Emergenza IntraOspedaliera: Identificare prontamente il "Paziente in crisi"	<i>M. Difonzo (Bari)</i>
14:50-15:20	Barriere all'implementazione del Rapid Response System	<i>G. Fiore (Torino)</i>
15:20-15:50	Il "Paziente in crisi": Ricovero Intensivo o Trattamento in Reparto?	<i>E. De Blasio (Benevento)</i>
15:50-16:20	L'Esperto risponde: Emergenza IntraOspedaliera: esperienze del Piemonte e possibili soluzioni	<i>G. Radeschi (Torino)</i>
16:20-16:40	Discussione Interattiva	
16:40-16:50	Pausa	

2ª PARTE – Emergenza ExtraOspedaliera e Ruolo dell'EliSoccorso

Moderatori: *V. Cianni (Cosenza), A. Mattedi (Trento)*

16:50-17:20	Attivazione e Utilizzo dell'Elicottero nel Soccorso Sanitario: le Nuove Normative EASA/ENAC	<i>Personale ENAC</i>
17:20-17:50	Equipaggio di Volo ed Equipaggio di Condotta: ruolo e posizione giuridica dell'Equipaggio di Volo	<i>Personale ENAC</i>
17:50-18:20	Elisoccorso: competenze del personale sanitario e tecnico	<i>A. Alimonta (Trento)</i>
18:20-18:50	L'Esperto risponde: Competenze del Medico, dell'Infermiere e del Tecnico di EliSoccorso	<i>M. Nascimbeni (Trento)</i>
18:50-19:30	Discussione Interattiva	
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Mercoledì 13 Maggio 2015 – SALA A – 08:00/13:30

AREA RIANIMAZIONE

SESSIONE III

Sepsi: Attualità e Prospettive

08:00-08:10	Registrazione Partecipanti	
08:10-08:20	Introduzione ai Lavori	
08:20-08:50	GDT quando, come e perché? Da Rivers ad oggi che cosa è cambiato?	<i>N. Brienza (Bari)</i>
08:50-09:20	La MAP: qual è il numero magico?	<i>A. Donati (Ancona)</i>
09:20-09:50	BetaBloccanti: utili o indispensabili?	<i>A. Morelli (Roma)</i>
09:50-10:20	La Ventilazione del Paziente con Shock Settico	<i>U. Lucangelo (Trieste)</i>
10:20-10:40	Discussione Interattiva	
10:40-10:50	Pausa	

2ª PARTE - Moderatori: *R. Aquilani (Pavia), E. Geat (Trento)*

10:50-11:20	EmoPerfusione nel Paziente Settico: stato dell'arte	<i>G. Berlot (Trieste)</i>
11:20-11:50	Terapia Antibiotica nell'era dei Microorganismi MultiResistenti	<i>C. Tascini (Pisa)</i>
11:50-12:20	La Nutrizione nello Shock Settico: solo una "appendice terapeutica"?	<i>D. Radrizzani (Legnano)</i>
12:20-12:50	Il ruolo delle Immunoglobuline nello Shock Settico	<i>M. Girardis (Modena)</i>
13:10-13:30	Discussione Interattiva	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Mercoledì 13 Maggio 2015 – SALA B – 08:00/13:30

AREA EMERGENZA

SESSIONE II

MaxiEmergenze, Soccorso in Mare, Incidente SubAcqueo

08:00-08:10	Registrazione Partecipanti	
08:10-08:20	Introduzione ai Lavori	
08:20-08:50	MaxiEmergenze: Regia, Gestione, Ruolo della Centrale Operativa e dell'EliSoccorso	<i>A. Mattedi (Trento)</i>
08:50-09:20	Metodiche di Triage nelle MaxiEmergenze	<i>M. Azzaretto (Como)</i>
09:20-09:50	Il Soccorso Medico in Mare	<i>S. Bazurro (Genova)</i>
09:50-10:20	Quale lezione dal naufragio della Costa Concordia?	<i>L. Ragazzoni (Novara)</i>
10:20-10:40	Discussione Interattiva	
10:40-10:50	Pausa	

3ª PARTE – Incidente Subacqueo - Moderatori: *C. Jesu (Cagliari), A. Chianella (Foligno)*

10:50-11:20	La gestione dell'emergenza nel contesto della subacquea industriale	<i>C. Spena (Genova)</i>
11:20-11:50	Garanzia e implicazioni tecniche del soccorso in mare nell'incidente subacqueo	<i>M. Brauzzi (Grosseto)</i>
11:50-12:50	10 agosto 2014: perché è successo?	<i>P. Favetta (Perugia)</i>
12:50-13:30	Discussione Interattiva	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Mercoledì 13 Maggio 2015 – SALA C – 08:00/13:30

AREA ANESTESIA

SESSIONE II

Ottimizzazione PeriOperatoria nel Paziente ad Alto Rischio

08:00-08:10	Registrazione Partecipanti	
08:10-08:20	Introduzione ai Lavori	

1ª PARTE - Moderatore: *A. Paolicchi (Pisa), P. Pelosi (Genova)*

08:20-08:30	Qual è il Paziente ad Alto Rischio?	<i>G. Della Rocca (Udine)</i>
08:30-09:00	Rischio cardiovascolare: come prevenirlo?	<i>L. Tritapepe (Roma)</i>
09:00-09:30	Goal Directed Therapy (GDT) Intraoperatoria: fluidi o farmaci?	<i>G. Della Rocca (Udine)</i>
09:30-10:00	La gestione della miorsoluzione	<i>C. Ori (Padova)</i>
10:00-10:30	Goal Directed Therapy (GDT): outcome a medio e lungo termine	<i>N. Brienza (Bari)</i>
10:30-10:50	Discussione Interattiva	

10:50-11:00

Pausa

2ª PARTE - Moderatore: *L. Tritapepe (Roma)*

11:00-11:30	La Strategia PeriOperatoria Ottimale nel Paziente ad Alto Rischio in Ortopedia	<i>M. Meli (Modena)</i>
11:30-12:00	L'anestesia nel Paziente epatopatico grave, quale rischio e quale ottimizzazione	<i>P. Feltracco (Padova)</i>
12:00-12:30	Ottimizzazione PeriOperatoria della Ventilazione nei Pazienti candidati alla Chirurgia Toracica	<i>F. Diana (Cagliari)</i>
12:30-13:00	Come possiamo Prevenire le Complicanze Polmonari PostOperatorie?	<i>P. Pelosi (Genova)</i>
13:00-13:30	Discussione Interattiva	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Mercoledì 13 Maggio 2015

CHIUSURA 11° CONGRESSO SIARED
PREMIAZIONE MIGLIOR POSTER
1° MEMORIAL "MARCO RAMBALDI"

14:00

Lunedì 11 Maggio 2015 – SALA D – 13:50/20:00

WORKSHOP **Vie Aeree Difficili** 1ª EdizioneResponsabile Scientifico: *G. Maltese (Catanzaro)*

13:50-13:55	Registrazione Partecipanti	
13:55-14:00	Introduzione ai Lavori	
14:00-14:30	Linee Guida e Raccomandazioni per un Percorso di Sicurezza	<i>A. Guarino (Genova)</i>
14:30-15:00	Valutazione del Paziente per la previsione di Vie Aeree Difficili	<i>B. De Leonardis (Catanzaro)</i>
15:00-15:30	Gestione delle Vie Aeree Difficili con tecniche avanzate. Devices e Tecniche	<i>F. Torchia (Belvedere Marittima)</i>
15:30-16:00	Accesso tracheale rapido	<i>M. Sorbello (Catania)</i>
16:00-16:30	Presentazione Interattiva e Discussione di Casi Clinici	<i>M. Sorbello (Catania)</i>
16:30-17:20	Esercitazioni pratiche – 1ª Parte	<i>V. Brescia (Catanzaro)</i>
17:20-17:30	Pausa	
17:30-20:00	Esercitazioni pratiche – 2ª Parte	<i>V. Brescia (Catanzaro)</i>
20:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA D – 08:00/14:10

WORKSHOP **Vie Aeree Difficili** 2ª EdizioneResponsabile Scientifico: *G. Maltese (Catanzaro)*

08:00-08:05	Registrazione Partecipanti	
08:05-08:10	Introduzione ai Lavori	
08:10-08:40	Linee Guida e Raccomandazioni per un Percorso di Sicurezza	<i>A. Guarino (Genova)</i>
08:40-09:10	Valutazione del Paziente per la previsione di Vie Aeree Difficili	<i>B. De Leonardis (Catanzaro)</i>
09:10-09:40	Gestione delle Vie Aeree Difficili con tecniche avanzate. Devices e Tecniche	<i>F. Torchia (Belvedere Marittima)</i>
09:40-10:10	Accesso tracheale rapido	<i>M. Sorbello (Catania)</i>
10:10-10:40	Presentazione Interattiva e Discussione di Casi Clinici	<i>M. Sorbello (Catania)</i>
10:40-11:20	Esercitazioni pratiche – 1ª Parte	<i>V. Brescia (Catanzaro)</i>
11:20-11:30	Pausa	
11:30-14:10	Esercitazioni pratiche – 2ª Parte	<i>V. Brescia (Catanzaro)</i>
14:10	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Martedì 12 Maggio 2015 – SALA D – 13:50/20:00

WORKSHOP **Ecografia Polmonare** 1ª EdizioneResponsabile Scientifico: *F. Diana (Cagliari)*

13:50-13:55	Registrazione Partecipanti	
13:55-14:00	Introduzione ai Lavori	
14:00-14:20	La Sindrome Interstiziale	<i>F. Forfori (Pisa)</i>
14:20-14:40	Il Versamento Pleurico	<i>L. Vetrugno (Udine)</i>
14:40-15:00	Lo Pneumotorace	<i>N. Langiano (Udine)</i>
15:00-15:20	Il Consolidamento Polmonare	<i>F. Forfori (Pisa)</i>
15:20-15:40	L'Insufficienza Respiratoria Acuta ed il Blue Protocol	<i>L. Vetrugno (Udine)</i>
15:40-16:00	Le Patologie Polmonari: l'Ecografo come strumento di Diagnosi e di Monitoraggio delle Insufficienze Respiratorie in Terapia Intensiva	<i>F. Forfori (Pisa)</i>
16:00-16:40	Presentazione Interattiva e Discussione di Casi Clinici	<i>N. Langiano (Udine)</i>
16:40-16:50	Pausa	
16:50-20:00	Esercitazioni pratiche	<i>A. Accattatis (Genova)</i>
20:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Mercoledì 13 Maggio 2015 – SALA D – 08:00/14:10

WORKSHOP **Ecografia Polmonare** 2ª EdizioneResponsabile Scientifico: *F. Diana (Cagliari)*

08:00-08:05	Registrazione Partecipanti	
08:05-08:10	Introduzione ai Lavori	
08:10-08:30	La Sindrome Interstiziale	<i>F. Forfori (Pisa)</i>
08:30-08:50	Il Versamento Pleurico	<i>L. Vetrugno (Udine)</i>
08:50-09:10	Lo Pneumotorace	<i>N. Langiano (Udine)</i>
09:10-09:30	Il Consolidamento Polmonare	<i>F. Forfori (Pisa)</i>
09:30-09:50	L'Insufficienza Respiratoria Acuta ed il Blue Protocol	<i>L. Vetrugno (Udine)</i>
09:50-10:10	Le Patologie Polmonari: l'Ecografo come strumento di Diagnosi e di Monitoraggio delle Insufficienze Respiratorie in Terapia Intensiva	<i>F. Forfori (Pisa)</i>
10:10-10:50	Presentazione Interattiva e Discussione di Casi Clinici	<i>N. Langiano (Udine)</i>
10:50-11:00	Pausa	
11:00-14:10	Esercitazioni pratiche	<i>A. Accattatis (Genova)</i>
14:10	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

POSTER

Martedì 12 Maggio

Spazio Poster

13:00- 14:00
Illustrazione e Discussione Poster
in presenza degli Autori
Coordinatori: *G. Capozzoli - U. Lucangelo*

Martedì 12 Maggio

Sala A

17:30- 18:30
Presentazione e Discussione Poster
Relatori: *G. Capozzoli - U. Lucangelo*

1° MEMORIAL "MARCO RAMBALDI"

INFORMAZIONI SUI LAVORI CONGRESSUALI

PRESENTAZIONE POSTER: APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI – AR StartAPP

Martedì 12 Maggio 2015, in SALA A, dalle 18:30 alle 19:00, nella Sessione "HighLights: Anestesia Toracica, ALR, Anestesia Pediatrica, Poster" (Area Politematica) si svolgerà la presentazione del miglior Poster, scelto tra i migliori lavori presentati sul tema "APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI – AR StartAPP", che sarà premiato, in occasione del 1° MEMORIAL "MARCO RAMBALDI", in chiusura del Congresso.

L'AAROI-EMAC Emilia Romagna e la Banca Popolare dell'Emilia Romagna hanno stanziato la somma complessiva di 5.000,00 euro da assegnare in premio, a concorso, al miglior poster che abbia per argomento "APP INNOVATIVA IN TERAPIA INTENSIVA – ICU StartAPP".

Il Premio intende richiamare l'interesse e promuovere l'impegno dei Colleghi sugli sviluppi della tecnologia ricordando la memoria del collega Marco Rambaldi, Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Agostino-Estense di Modena, che ha dedicato la sua attività medica all'insegnamento dell'innovazione tecnologica in Anestesia e Terapia Intensiva con grande professionalità, passione e entusiasmo.

Il Premio è rivolto all'autore del miglior poster in ambito di Anestesia e Terapia Intensiva che illustri l'idea di un'Applicazione per smartphone e tablet che risponda ad esigenze di reparto tecniche e/o organizzative, avviando la Start-Up per la sua realizzazione su piattaforme iOS e/o Android. Ai fini del premio verranno presi in considerazione solo lavori inediti e tecnicamente realizzabili, provvisti di cronoprogramma. Gli Autori che vogliono partecipare al concorso per il premio, devono essere giovani Anestesisti Rianimatori under 40 afferenti a strutture pubbliche, Aziende Ospedaliere e Universitarie e Aziende USL che presentino un progetto innovativo sul tema proposto a mezzo Poster.

La domanda al concorso per il premio dovrà essere presentata dall'estensore del progetto o, nel caso di un progetto proposto da più operatori, da un project leader, secondo le indicazioni per l'ammissione entro e non oltre il 15 aprile 2015. I candidati, in allegato alla domanda, dovranno inviare l'elaborato sotto forma di abstract in formato elettronico all'indirizzo email: memorial.rmb@gmail.com, specificando la richiesta di partecipazione al "1° Memorial Marco Rambaldi". La selezione dei progetti avverrà a giudizio insindacabile di una Commissione istituita ad hoc, che entro il 30 Aprile 2015 selezionerà i lavori e ne comunicherà l'accettazione agli Autori, ed in sede congressuale assegnerà il Premio messo a concorso anche in base ai tratti innovativi dei progetti, come pure tenendo conto della loro chiarezza, completezza, potenziale e/o effettiva utilità clinica.

I lavori selezionati, per i quali è prevista la presentazione da parte degli Autori durante il Congresso, saranno esposti come Poster congressuali. I lavori dovranno essere corredati di Abstract (è richiesta la liberatoria per gli atti).

Dettagli abstract: formato Microsoft Word (*.doc oppure *.RTF); carattere Times New Roman 12 punti; interlinea singola, margine superiore 2,5 cm, inferiore e laterali 2 cm; massimo 2 tabelle/immagini (*.jpg); massimo 2 pagine. Precisare il titolo, i nomi degli autori, le loro affiliazioni, l'indirizzo email del project leader, un'introduzione, obiettivo dell'App, cronoprogramma di sviluppo.

Dettagli Poster: dimensioni 50x70cm.

Componenti della Commissione: Adriana Paolicchi (Presidente SIARED), Teresa Matarazzo (Presidente Regionale AAROI-EMAC Emilia Romagna), Paolo Gregorini (Consigliere SIARED Emilia Romagna), Matteo Nicolini (Rappresentante AAROI-EMAC AUSL Modena), Marcello Rambaldi (Fisico), Giovanni Arcuri (Ingegnere Biomedico, docente c/o UNIBO).

Il Congresso si svolge in 4 Sale, identificate dalle lettere A, B, C, D; è organizzato complessivamente in 7 AREE Tematiche, di cui le prime 4 concorrono a formare la sigla SIARED, e in 2 Workshop:

- AREA Anestesia, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo lilla;
- AREA Rianimazione, per la quale sono in programma 3 Sessioni, identificate dal simbolo turchese;
- AREA Emergenza, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo arancio;
- AREA Dolore, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo fucsia;
- AREA Ecografia, per la quale è in programma 1 Sessione, identificata dal simbolo blu;
- AREA Sicurezza, per la quale è in programma 1 Sessione, identificata dal simbolo giallo;
- AREA Politematica, per la quale è in programma 1 Sessione, identificata dal simbolo grigio;
- 2 WORKSHOP sulla gestione delle Vie Aeree Difficili e sull'Utilizzo dell'Ecografia Polmonare nell'ambito dell'Anestesia e della Rianimazione; ciascun Workshop è programmato in 2 edizioni, ed è identificato dal simbolo verde.

Lunedì 11 Maggio, in SALA A, dalle 19:30 alle 20:00, si svolgerà una Lettura Magistrale, dal titolo "Scienza e Coscienza – Etica e Umanità in Medicina", a cura del Padre Francesco Paolo Benanti, Teologo e Bioeticista della Pontificia Università Gregoriana di Roma.

Tutte le Sessioni possono essere variamente combinate tra loro, costituendo un percorso congressuale integrato (eventualmente anche con i Workshop), con Crediti ECM già richiesti. Inoltre, è previsto uno Spazio Poster.

SI RACCOMANDA DI SCEGLIERE SESSIONI TRA LORO COMPATIBILI PER DATA ED ORARIO È POSSIBILE SCEGLIERE UN SOLO WORKSHOP

SCEGLIERE ONLINE le Sessioni e/o i Workshop in elenco. In caso di selezioni incomplete, mancanti o incompatibili per sovrapposizione o per indisponibilità, la Segreteria Organizzativa SIARED ne darà comunicazione agli interessati tramite email, assegnando, possibilmente previo contatto telefonico, Sessioni/Workshop disponibili in alternativa. Eventuali altri cambi saranno possibili esclusivamente in sede congressuale, secondo eventuale disponibilità.

Il Congresso prevede la presentazione di contributi scientifici riguardanti l'Anestesia, la Rianimazione, l'Emergenza, il Dolore, la Terapia Iperbarica, e le Scienze affini. I lavori dovranno essere trasmessi entro 11/04/2015 tramite posta elettronica all'indirizzo email: abstract@siared.it. La Segreteria Organizzativa SIARED provvederà a comunicare entro il 30/04/2015, tramite posta elettronica, la loro accettazione.

POSTER: Durante i lavori dell'intero Congresso sarà possibile accedere all'apposito Spazio Poster, dedicato ai lavori congressuali presentati sotto questa forma.

I Poster, suddivisi per aree tematiche, saranno esposti continuamente per tutta la durata del Congresso nello Spazio Congressuale dedicato, dove saranno illustrati e discussi martedì 12 maggio dalle ore 13:00 alle ore 14:00; a questo scopo è richiesto ad almeno uno degli Autori di essere presente nello Spazio Poster almeno nel suddetto arco orario.

Sempre il Martedì 12/05, dalle 17:30 alle 18:30, in Sala A, si svolgeranno la Presentazione e la Discussione Poster in tema di Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Dolore (Relatori: G. Capozzoli - U. Lucangelo).

Il Comitato Scientifico selezionerà i Poster di maggior rilievo, che saranno presentati e discussi nel corso della Sessione "Politematica" in programma martedì 12 Maggio, in Sala A, dalle 17:30 alle 18:30.

Mercoledì 13 Maggio, in chiusura del Congresso, alle ore 14:00, vi sarà un Premio Poster, a giudizio insindacabile della Giuria, composta dal Presidente SIARED Adriana Paolicchi e dai Consiglieri SIARED Giuseppe Capozzoli, Fernanda Diana, Emanuele Iacobone, Umberto Lucangelo, Claudio Spena, Luigi Tritapepe.

Indicazioni per la presentazione di Poster: dimensioni 50x70cm, affissione a cura degli Autori. Gli elaborati saranno accettati solo previo invio del relativo Abstract e previa partecipazione congressuale di almeno uno degli Autori.



INFO SCHEDA ONLINE PARTECIPAZIONE CONGRESSO - PAGANTI IN PROPRIO E LORO ACCOMPAGNATORI

Per partecipare al Congresso occorre compilare SOLO ONLINE, entro e non oltre il 04/05/2015, la Scheda di Partecipazione disponibile sui siti web www.aarioemac.it e www.siared.it e ed inviare la copia del relativo bonifico bancario alla Segreteria Organizzativa come specificato nelle Istruzioni.

Dopo il 04/05/2015 sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale, preferibilmente previa conferma e disponibilità di posti concordata con la Segreteria Organizzativa SIARED al seguente recapito telefonico: 06 47825272, esclusivamente previa conferma email di posti ancora disponibili.

Opzioni e Quote Congressuali	entro il 12/04/2015		oltre il 12/04/2015	
	OPZIONE 1: Partecipazione per l'intera durata congressuale (*) La partecipazione a pagamento include: Kit congressuale, Partecipazione ai lavori scientifici con rilascio dei crediti formativi corrispondenti alle Sessioni prescelte ed effettivamente partecipate, Attestato di partecipazione secondo le presenze effettive, oltre ai 4 Coffee break e al Lunch del 12/05 secondo la loro previsione in programma. La partecipazione gratuita dei Medici Specializzandi include la sola partecipazione ai lavori scientifici.			
	IMPORTI ESENTI IVA ex art. 15 D.P.R. 633/72			
➢ Medico Iscritto SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI (con crediti ECM) (**) - N.B.: SITUAZIONE 2015 SOGGETTA A VERIFICA	200,00 €	260,00 €		
➢ Medico NON Iscritto SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI (con crediti ECM) (**)	300,00 €	360,00 €		
➢ Appartenente ad altre Categorie professionali del Ruolo Sanitario (senza crediti ECM) (**)	90,00 €	120,00 €		
➢ Medico Specializzando Iscritto AAROI-EMAC (senza crediti ECM) (**) - N.B.: SITUAZIONE 2015 SOGGETTA A VERIFICA			GRATIS	
OPZIONE 2: Partecipazione giornaliera (*) La partecipazione a pagamento include: Kit congressuale, Partecipazione ai lavori scientifici con rilascio dei crediti formativi corrispondenti alle Sessioni prescelte ed effettivamente partecipate, Attestato di partecipazione secondo le presenze effettive, oltre ai Coffee break secondo la loro previsione in programma nel giorno prescelto (il Martedì 12/05 è compreso anche il Lunch). La partecipazione gratuita dei Medici Specializzandi include la sola partecipazione ai lavori scientifici.				
	IMPORTI ESENTI IVA ex art. 15 D.P.R. 633/72			
➢ Medico Iscritto SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI (con crediti ECM) (**) - N.B.: SITUAZIONE 2015 SOGGETTA A VERIFICA	100,00 €	130,00 €		
➢ Medico NON Iscritto SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI (con crediti ECM) (**)	150,00 €	180,00 €		
➢ Appartenente ad altre Categorie professionali del Ruolo Sanitario (senza crediti ECM) (**)	50,00 €	70,00 €		
➢ Medico Specializzando Iscritto AAROI-EMAC (senza crediti ECM) (**) - N.B.: SITUAZIONE 2015 SOGGETTA A VERIFICA			GRATIS	

(*) Il pagamento della quota di partecipazione congressuale dovrà essere effettuato esclusivamente con bonifico bancario (***). In caso di pagamento effettuato da soggetti NON titolari di P. IVA sarà rilasciata ricevuta fiscale. In caso di pagamento effettuato da soggetti titolari di P. IVA (comprese ASL, Aziende Ospedaliere, Altri Enti del SSN, etc.), sarà rilasciata fattura. In tutti i casi, il pagamento dell'intera somma corrispondente alla quota prevista, con quello della/e quota/e di partecipazione alla Cena Sociale del 12/05 (se prenotata per Congressista e/o suoi Accompagnatori) dovrà comunque pervenire in unica soluzione, unitamente alla presente scheda. Ricevute e Fatture potranno essere rilasciate unicamente previa specificazione dei dati fiscali (****).
N.B.: Gli sconti di quota per Medici Iscritti SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI si intendono previa riprova e/o verifica di avvenuto ed effettivo pagamento dell'iscrizione 2015, così come la gratuità per i Medici Specializzandi si intende per effettiva iscrizione 2015 a Spec. Univitaria; in caso contrario, per poter partecipare al Congresso, la somma corrispondente a quella dovuta dovrà essere interamente saldata al momento dell'arrivo in sede congressuale.

(**) SCEGLIERE ONLINE le Sessioni e/o i Workshop in elenco. In caso di selezioni incomplete o mancanti, o incompatibili per sovrapposizione o per indisponibilità, la Segreteria Organizzativa SIARED ne darà comunicazione agli interessati via email, assegnando, possibilmente previo contatto telefonico, Sessioni/Workshop disponibili in alternativa. Eventuali altri cambi saranno possibili esclusivamente in sede congressuale, secondo eventuale disponibilità.

SI RACCOMANDA DI SCEGLIERE SESSIONI TRA LORO COMPATIBILI PER DATA ED ORARIO – È POSSIBILE SCEGLIERE UN SOLO WORKSHOP

Sessioni e Crediti ECM	entro il 12/04/2015		oltre il 12/04/2015	
	Lunedì 11 (pomeriggio) ➢ 14:30-20:00 AREA RIANIMAZIONE ~ APPROPRIATEZZA DELLE CURE, STRATEGIE ORGANIZZATIVE E PROSPETTIVE IN TERAPIA INTENSIVA E IN A. CRITICA			
➢ 14:00-19:30 AREA DOLORE ~ DOLORE ACUTO E CRONICO				
➢ 14:00-19:30 AREA SICUREZZA ~ SICUREZZA IN SALA OPERATORIA, IN NORA, E IN TERAPIA INTENSIVA				
➢ 13:50-20:00 WORKSHOP 1 ~ VIE AEREE DIFFICILI (1ª edizione, N.B.: max 25 Partecipanti)				
Martedì 12 (mattino) ➢ 08:00-13:30 AREA ANESTESIA ~ VALUTAZIONE PREOPERATORIA				
➢ 08:00-13:30 AREA RIANIMAZIONE ~ EMORRAGIA SUBARACNOIDEA: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE				
➢ 08:00-13:30 AREA ECOGRAFIA ~ ECOGRAFIA PER L'ANESTESISTA RIANIMATORE				
➢ 08:00-14:10 WORKSHOP 1 ~ VIE AEREE DIFFICILI (2ª edizione, N.B.: max 25 Partecipanti)				
Martedì 12 (pomeriggio) ➢ 14:00-19:30 AREA POLITEMATICA ~ HIGHLIGHTS: ANESTESIA TORACICA, ALR, ANESTESIA PEDIATRICA, POSTER				
➢ 14:00-19:30 AREA DOLORE ~ DOLORE NEL TRAVAGLIO DI PARTO				
➢ 14:00-19:30 AREA EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA, EXTRAOSPEDALIERA, ELISOCORSO ~ MIGLIORARE LE TERAPIE, DAL TERITORIO ALL'OSPEDALE				
➢ 13:50-20:00 WORKSHOP 2 ~ ECOGRAFIA POLMONARE (1ª edizione, N.B.: max 25 Partecipanti)				
Mercoledì 13 (mattino) ➢ 08:00-13:30 AREA RIANIMAZIONE ~ SEPSI: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE				
➢ 08:00-13:30 AREA EMERGENZA PER EVENTI CATASTROFICI E IN AMBIENTE ACQUATICO ~ MAXIMERGENZE, SOCCORSO IN MARE, INC. SUBACQUEO				
➢ 08:00-13:30 AREA ANESTESIA ~ OTTIMIZZAZIONE PERIOPERATORIA NEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO				
➢ 08:00-14:10 WORKSHOP 2 ~ ECOGRAFIA POLMONARE (2ª edizione, N.B.: max 25 Partecipanti)				

Richiesta Prenotazione Cena Sociale del 12/05 secondo previsione in programma (le quote di partecipazione si intendono per persona – tutti gli importi sono iva inclusa)	entro il 12/04/2015		oltre il 12/04/2015	
	Quota a Persona per tutti i Partecipanti (Congressisti ed eventuali Accompagnatori)	55,00 €	65,00 €	
Quota Cena Sociale SIARED (a pagamento)	Il pagamento della quota di partecipazione alla Cena Sociale, se desiderata, deve essere obbligatoriamente effettuato contestualmente al pagamento della quota di partecipazione congressuale, esclusivamente con bonifico bancario (***). In ogni caso, per motivi organizzativi, non potrà essere in alcun modo garantita l'accettazione di prenotazioni giunte oltre il 26/04/2015. In caso di eventuale impossibilità di accettare tale prenotazione, a causa del raggiungimento del n° massimo di Partecipanti, la Segreteria Organizzativa SIARED ne darà comunicazione via email all'interessato/a, provvedendo alla restituzione della corrispondente somma già versata, tramite bonifico bancario sull'IBAN che l'interessato si impegna fin d'ora ad indicare correttamente in risposta alla suddetta email. La Cena Sociale si svolgerà in un ristorante a pochi chilometri da Riva del Garda. La partecipazione alla Cena Sociale sarà possibile unicamente attraverso voucher personalizzati, che saranno rilasciati agli interessati all'atto della loro registrazione presso la Sede Congressuale, e che daranno diritto anche ai transfer gratuiti, in pullman, di andata e ritorno da e per la zona Hotel, ad orari prestabiliti.			
Quota Cena Sociale SIARED (a pagamento)	La prenotazione della Cena Sociale, quest'anno, comporterà un risvolto solidaristico, in quanto, a termine del Congresso, la SIARED donerà alla "Dino Masullo Onlus" 10,00 € per ogni prenotazione ricevuta e pagata; anche l'AAROI-EMAC contribuirà all'iniziativa, donando una somma corrispondente. La "Dino Masullo Onlus" fu costituita a Milano il 31 Maggio 2007 "per volontà del Consiglio Nazionale pro tempore dell'AAROI", come registrato nel suo Atto Costitutivo, 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". Sono tante le attività attraverso le quali, negli anni, la "Dino Masullo Onlus", nei suoi meritori ambiti operativi, ha raggiunto risultati importanti, alleviando le sofferenze di molti pazienti e aiutando i loro familiari ad affrontare le conseguenti situazioni di difficoltà. Con questo piccolo gesto, la SIARED e l'AAROI-EMAC di oggi intendono manifestare, anche in occasione del Congresso, il loro affettuoso sostegno alla "Dino Masullo Onlus", intitolata al Dr. Dino Masullo, Anestesta Rianimatore, prematuramente scomparso nove anni orsono, che ha generosamente contribuito all'affermazione della nostra disciplina nel settore pediatrico-neonatale, e, come Tesoriere Nazionale dell'AAROI dell'epoca, ad un'efficiente organizzazione del settore economico e finanziario dell'Associazione che rappresenta i Medici Anestesisti Rianimatori Italiani.			

ISTRUZIONI DA SEGUIRE SCRUPOLOSAMENTE

(*) PARTECIPAZIONE AL CONGRESSO

La partecipazione al Congresso sarà possibile unicamente previo pagamento anticipato della relativa quota come specificata.

La SCHEDA DI PARTECIPAZIONE, debitamente compilata in ogni sua parte, e che in attesa del pagamento ha valore di sola prenotazione, dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa SIARED, esclusivamente ONLINE, attraverso i siti www.aarioemac.it e www.siared.it

Entro 3 (tre) giorni lavorativi è indispensabile provvedere ad inviare alla segreteria organizzativa SIARED, preferibilmente per posta elettronica all'indirizzo e-mail congresso@siared.it, o in alternativa via fax al n° 06 23328733, a pena di cancellazione dall'elenco dei Partecipanti prenotati:

- CERTIFICATO DI ISCRIZIONE 2015 ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE UNIVERSITARIA (solo per i Medici Specializzandi) in pdf ben leggibile;
- DISTINTA DEL BONIFICO BANCARIO CORRISPONDENTE AL TOTALE DA VERSARE in pdf ben leggibile.

(**) CREDITI ECM

Si ricorda che per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti al percorso formativo, ogni Partecipante dovrà:

- frequentare il 100% dell'orario previsto per ogni Sessione/Workshop;
- compilare correttamente tutta la modulistica necessaria per l'accreditamento ECM, che sarà distribuita in sede congressuale dalla Segreteria Organizzativa SIARED, a cui dovrà essere correttamente riconsegnata.

(***) MODALITÀ DI PAGAMENTO

È possibile provvedere al pagamento esclusivamente mediante bonifico bancario sul Conto Corrente Bancario con IBAN:

IT 17 Q 010 050 32 11 000 0000 18 940

presso la BNL Ag. 11, via Marsala 4/6 Roma - intestato a SIARED

indicando obbligatoriamente ed esattamente come causale: <Cognome Nome> <Codice Fiscale> <XI SIARED>

Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie, che dovranno essere totalmente a carico dell'ordinante.

(****) RILASCIO RICEVUTE E FATTURE

A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 233/2006 del 04/07/2006 (convertito nella L. 248/06 del 04/08/2006) e s.m.i., è necessario indicare i propri dati anagrafici, prestando particolare attenzione all'esattezza del Codice Fiscale del Partecipante e della Partita IVA del Soggetto a cui intestare la fattura. L'indicazione del Codice Fiscale corretto è tassativa per tutti (vedi Dati Personali a pag. 1); la mancata o erronea indicazione del Codice Fiscale impedirà, tra l'altro, di erogare i crediti ECM. L'indicazione della Partita IVA è tassativa per le richieste di fatturazione, esclusivamente riservate a Soggetti Titolari di Partita IVA.

RINUNCIA: Eventuali rinunce relative a tutto quanto prenotato con la presente dovranno pervenire esclusivamente all'indirizzo e-mail congresso@siared.it. Le rinunce pervenute entro e non oltre il 26/04/2015 daranno luogo al rimborso del 50% della sola quota di partecipazione congressuale (spese bancarie escluse). Per le rinunce pervenute oltre tale data non sarà effettuato alcun rimborso. I rimborsi saranno evasi dopo la conclusione del Congresso, tramite bonifico bancario sull'IBAN correttamente indicato nella email di rinuncia.

Le informazioni personali fornite con la compilazione e con l'invio online della scheda

saranno oggetto di trattamento ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Si autorizzano espressamente fin d'ora la SIARED, l'AAROI-EMAC, e INTESA PROVIDER ECM,

ad inserire tali informazioni nella propria banca dati, nonché a trattarle e ad utilizzarle per tutte le finalità legate alle attività esercitate.

Con l'invio online della scheda si intendono integralmente e incondizionatamente accettate tutte le condizioni esposte

Linee Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Capacità di ventilazione in un bambino asmatico. Linee preoperatorie

Volume 27; Number 3; June 2014

Il sibilo respiratorio acuto o anche ricorrente nei bambini di età prescolare è spesso causato da URTI indotta da virus e accompagnata a tosse secca e difficoltà respiratorie durante l'esercizio fisico. Un'URTI recente (<2 settimane) è un noto fattore di rischio per PRAE. Pertanto in presenza di un'URTI nei bambini asmatici, i rischi e i vantaggi per procedere con un intervento chirurgico devono essere valutati con attenzione in ogni singolo paziente. Potrebbe essere ottimale una riprogrammazione 2-4 settimane dopo l'URTI poiché il rischio di PRAE si riduce se confrontato con i bambini sani. Gli interventi di chirurgia ORL con o senza asma nei bambini si accompagnano un'aumentata incidenza di PRAE probabilmente perché l'aumentata strumentazione delle vie aeree e dei movimenti della testa e del collo attiva il riflesso del broncospasmo e del laringospasmo.

VALUTAZIONE PREOPERATORIE

Durante la valutazione preoperatoria è importante stabilire se il bambino è affetto da asma non diagnosticata o mal controllata o entrambi. L'intervento deve essere posticipato, se possibile, fino a un buon controllo dell'asma.

Il trattamento preoperatorio deve essere eseguito con β 2-agonisti, cortisonici per inalazione, o per via sistemica. È opportuna una consulenza con un esperto nel trattamento dei bambini asmatici per iniziare e per seguire l'andamento del follow up della risposta clinica al trattamento medico o porre una diagnosi di asma con ulteriori accertamenti nei casi in cui la diagnosi di asma è incerta o si sospetta una malattia atopica.

IL BAMBINO È AFFETTO DA ASMA NON DIAGNOSTICATA?

La diagnosi di asma nei bambini (giovani) è spesso basata sull'anamnesi e sui risultati clinici. Non esistono definizioni standardizzate del tipo e della frequenza dei sintomi o di nuovi accertamenti necessari per confermare la diagnosi. La maggior parte delle definizioni comprende un grado variabile di respiro sibilante e BHR.

Anche se spesso è stato sostenuto, il respiro sibilante negli ultimi 12 mesi non è il solo elemento diagnostico in quanto altre patologie come l'URTI, particolarmente comune in età prescolare o la fibrosi cistica possono causare sibili respiratori. Tuttavia è stato ipotizzato che circa il 50% dei bambini con sibili respiratori presentano un quadro di asma acuta (sibili respiratori e BHR). Altri sintomi riscontrati frequentemente sono la tosse, difficoltà respiratoria e senso di costrizione toracica. Molti bambini atopici con episodi ricorrenti di sibili respiratori indotti da virus di età inferiore a 5 anni non vanno incontro ad asma cronica atopica e la maggior parte non necessita di inalazioni regolari di corticosteroidi. I fattori di rischio per il respiro sibilante e l'asma oltre che l'URTI sono la prematurità, il basso peso alla nascita, l'obesità e un'anamnesi positiva personale o familiare di disturbi atopici. (L'alto peso alla nascita; apnea ostruttiva notturna).

GESTIONE PERIOPERATORIA DI UN BAMBINO CON ASMA NON DIAGNOSTICATA

I bambini con sibili respiratori frequenti/tricorrenti soprattutto se aumentano alla notte e nel primo mattino, innescati dall'attività fisica, da allergia o non in relazione diretta con l'URTI e che migliorano con la somministrazione di β 2-agonisti e anamnesi (familiare) positiva di malattia atopica hanno un'elevata probabilità di asma. In generale non sono raccomandate nuove indagini ed è raccomandata una terapia medica come β 2-agonisti a emivita breve.

GESTIONE PREOPERATORIA DEI BAMBINI CON SCARSO CONTROLLO DELL'ASMA

I bambini con respiro sibilante in atto e con un uso elevato d'inalazioni (ad esempio > 2 confezioni al mese o > 10 inalazioni al giorno) presentano uno scarso controllo dell'asma e l'intervento chirurgico deve essere posticipato fino ad un buon controllo dell'asma. Quando l'asma è mal controllata, si devono prendere in considerazione una ridotta compliance alla terapia, un errato uso della modalità d'inalazione o che sia esposto a nuovi fattori atopici scatenati. Questi bambini devono essere inviati a uno specialista e la terapia deve essere potenziata. I corticosteroidi

per inalazione sono i farmaci più efficaci nel controllo dell'asma; alle dosi standard raccomandate gli steroidi per inalazione sono ben tollerati (non agiscono sulla funzionalità surrenalica) e sono efficaci nei bambini di età inferiore a 5 anni. Dosi di corticosteroidi maggiori o pari a 400 mg al giorno di budesonide si devono evitare poiché inibiscono la crescita e l'attività surrenalica.

INDAGINI AGGIUNTIVE PREOPERATORIE

La valutazione clinica può aiutare a stabilire la diagnosi di asma, ma sarà spesso normale a causa del carattere reversibile dell'ostruzione del flusso aereo dell'asma. In genere raramente sono necessari ulteriori esami del sangue o la radiografia del torace. La radiografia del torace deve essere presa in considerazione solo se l'ossigenazione o il lavoro respiratorio è intenso o si sospetta un barotrauma (ad esempio enfisema sottocutaneo/pneumotorace). I soggetti con allergia che innescano l'asma evidenziano uno skin test positivo, eosinofilia, e IgE specifiche per un allergene; tuttavia questi non sono fattori utili predittivi di PRAE. Non è raccomandata l'esecuzione di routine di test di funzionalità respiratoria (ad esempio misura del picco di flusso o spirometria) nei bambini con asma ben controllata che si presentano per l'intervento chirurgico; questi sono difficili da eseguire in un'età inferiore a 5 anni e i risultati presentano una scarsa correlazione con il grado d'ipossiemia e con la gravità clinica dell'asma; un test normale (> 80% del valore previsto) non esclude l'asma per la natura reversibile dell'ostruzione del flusso aereo e la mancata risposta dopo l'inalazione di β -agonisti o di steroidi per inalazione. Eventualmente un test alla metacolina (valore negativo altamente predittivo) potrebbe essere usato per valutare la BHR nei bambini sopra i 5 anni, ma non è indicato di routine.

GESTIONE PERIOPERATORIA

L'uso di tutti i farmaci per l'asma tra cui i corticosteroidi a lunga durata d'azione deve essere mantenuto per tutto il periodo perioperatorio. Purtroppo non è raro che i genitori interrompano la regolare terapia per l'asma del loro bambino credendo erroneamente che tutti i farmaci devono essere interrotti prima di un intervento chirurgico. Una buona comunicazione preoperatoria con le famiglie è quindi di vitale importanza.

Si consiglia l'inalazione preoperatoria di β -agonisti in tutti i bambini con un'anamnesi positiva per asma poiché si è visto che questo comportamento migliora la funzionalità polmonare preoperatoria, e riduce la PRAE compreso il broncospasmo dopo l'intubazione tracheale. Prima dell'intervento il salbutamolo deve essere somministrato con un inalatore predosato; i β -agonisti sembrano essere più efficaci del bromuro d'ipratropio nella risoluzione della broncocostrizione perioperatoria.

Negli adulti, la somministrazione sistemica di corticosteroidi si accompagna a una ridotta broncocostrizione rispetto ai β -agonisti da soli; tuttavia la durata e la dose degli steroidi non è nota. Gli steroidi preoperatori per bocca devono essere riservati ai bambini con BHR più grave, dove i vantaggi nel miglioramento della prevenzione della PRAE sono maggiori del rischio di possibili effetti collaterali. È positivo il fatto che la terapia perioperatoria di breve durata non ha evidenziato un aumento delle infezioni della ferita chirurgica o un ritardo di guarigione delle ferite. I primi miglioramenti possono essere attesi già dopo 6 ore dall'inizio della terapia con corticosteroidi ma solo dopo 48 ore si manifesta la maggior parte dell'efficacia. Non è stato indagato se i corticosteroidi per inalazione possono essere altrettanto utili nei bambini asmatici da sottoporre all'intervento, ma i dati dei pazienti che si presentano al pronto soccorso sono incoraggianti.

CONCLUSIONI

L'asma infantile ha un'incidenza elevata e in aumento nel mondo. I bambini asmatici presentano un rischio particolarmente elevato di PRAE. Per ridurre al minimo questo rischio c'è bisogno di identificare questi bambini prima dell'intervento e il trattamento dell'asma deve essere ottimizzato secondo le linee guida della terapia dell'asma. Quest'approccio può migliorare la funzionalità polmonare e ridurre la comparsa di PRAE.

Di crescente interesse, anche se la conoscenza generale è ancora scarsa, sono le nuove strategie di prevenzione basate sulla gestione perioperatoria per ottimizzare la funzione polmonare, minimizzare la BHR e ridurre i danni polmonari durante la ventilazione meccanica. Questo richiede la presenza di uno specialista in anestesia pediatrica, soprattutto durante la gestione delle vie aeree per una gestione non invasiva delle vie aeree, per evitare il desflurano per il mantenimento dell'anestesia e adottare una strategia ventilatoria protettiva dei polmoni.

Test d'apprendimento

	Quesiti
1. Qual è la prevalenza dell'asma nel mondo?	a. maggiore del 20%; b. uguale o inferiore al 20%; c. maggiore del 25%
2. La mortalità dei bambini asmatici sottoposti a ventilazione meccanica è:	a. maggiore dell'8%; b. inferiore all'8%; c. è quasi del 10%
3. L'incidenza del broncospasmo perioperatorio nei bambini non asmatici è:	a. maggiore del 8%; b. inferiore al 2%; c. maggiore del 2%
4. Il trattamento preoperatorio del bambino asmatico prevede la somministrazione di:	a. solo β 2-agonisti; b. corticosteroidi e β 2-agonisti; c. sono corticosteroidi
5. La presenza di respiro sibilante negli ultimi 12 mesi	a. è sufficiente per fare diagnosi di asma bronchiale; b. ha scarso valore clinico; c. ha forte valore clinico ma non sufficiente
6. I fattori di rischio l'asma nel bambino sono:	a. la prematurità; b. l'alto peso alla nascita; c. l'apnea ostruttiva notturna
7. Dosi massima di budesonide giornaliera da somministrare nei bambini asmatici:	a. compresa tra 400 e 600 mg; b. inferiore a 400 mg; c. 500 mg
8. la radiografia del torace è:	a. indispensabile per fare diagnosi di asma; b. raramente indicata; c. mai necessaria
9. i test di funzionalità respiratoria nel bambino asmatico:	a. sono previsti nella routine diagnostica; b. non hanno alcuna indicazione nella diagnosi; c. raramente sono utili nella diagnosi
10. Il test alla metacolina (valore negativo altamente predittivo) potrebbe essere usato per valutare la BHR nei bambini sopra i 5 anni, ma non è indicato di routine.	a. è indispensabile per valutare la BHR; b. può essere utile per valutare la BHR sopra i 5 anni d'età; c. è l'esame di routine per valutare la BHR

Le risposte corrette sono sottolineate

AAROI-EMAC Toscana

Riforma approvata, ma le OO.SS non si arrendono
Meno assistenza ai Cittadini con i tagli alla Rete Ospedaliera



La Riforma della Sanità Toscana, che tra l'altro prevede il passaggio da 12 a 3 Asl, è legge, nonostante la netta opposizione dell'Intersindacale Medica, Veterinaria e Sanitaria della Toscana, in particolare di alcune Sigle che non hanno intenzione di rimanere in silenzio.

per garantire ai cittadini l'esigibilità di quel diritto alla salute tutelato dalla Costituzione.

La volontà della Regione di riformare il settore sanitario altro non è che una sorta di dichiarazione di impotenza nella capacità di governo del sistema, non giustificata dalle condizioni economiche e dai risultati ottenuti in sanità nella nostra regione che la stessa Giunta non manca di rivendicare in ogni occasione mediatica e pubblica.

Il riordino tanto sbandierato dalla Giunta toscana in realtà nasconde la volontà di procedere ad un taglio netto del personale dipendente che si rifletterà direttamente sulla qualità dell'assistenza ai cittadini.

Ne è la prova il fatto che i fascicoli personali dei professionisti in odore di quiescenza coatta, siano stati già consegnati all'INPS da alcune direzioni generali e ciò contraddice le dichiarazioni di gradualità e buon senso nel percorso promesse da fonti regionali.

Il tutto avviene senza concertazione, senza processi di riorganizzazione, senza la verifica della invarianza dei servizi, e alla scadenza della legislatura regionale.

Un ulteriore depotenziamento di un sistema che già vede i cittadini toscani sopportare i ticket più alti d'Italia, porterà inevitabilmente ad uno spostamento delle classi più abbienti verso la sanità privata e verso l'intermediazione finanziaria, in particolare nel settore della specialistica e della diagnostica ambulatoriale. Si rischia di avere così un sistema sanitario povero per i poveri e di uno ricco di risorse economiche e di professionalità in mano alle assicurazioni.

Se il fine ultimo della riforma è quello di garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Pubblico, forse altri interventi più specifici, puntuali e condivisi sarebbero necessari, piuttosto che disastare con una nuova governance, un buon servizio sanitario regionale.

Una riforma sanitaria, oltretutto, fatta senza il contributo della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, certo non potrà avere prospettive di riuscita.

CISL Medici, FASSID, FESMED, FVM, ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI, SINAFO, AUIPI, hanno acquistato una pagina su diverse testate locali proprio nel giorno dell'approvazione, per cercare di spiegare ai cittadini i motivi della loro netta opposizione. Di seguito il testo:

"Tutelare il sistema sanitario toscano, e tutti i suoi professionisti, dalla proposta di riforma della sanità toscana ideata dalla Giunta regionale, che si configura come un commissariamento del sistema, con la malcelata volontà di procedere ad un taglio netto del personale dipendente.

Con questa volontà circa 200 tra medici, veterinari e dirigenti sanitari dipendenti del SSR, insieme ai quadri dirigenti di tutte le sigle sindacali di categoria, si sono riuniti a Firenze nelle scorse settimane per discutere una proposta di riforma che non convince e che manca assolutamente di concertazione e confronto.

Mai come oggi i professionisti della sanità toscana scelgono di fare quadrato intorno al proprio Sistema che proprio grazie alla loro opera quotidiana ha raggiunto la qualità e l'efficienza riconosciuta a livello nazionale e internazionale.

Risultati che difenderemo con tutte le nostre forze e in tutti i modi, fino anche alla proclamazione dello stato di agitazione,

AAROI-EMAC Sardegna

Atti Aziendale nulli
Al Brotzu e all'Asl 7 Carbonia

Gli Atti Aziendali dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari e dell'Asl7 Carbonia sono stati da annullati da due Decreti del Tribunale di Cagliari, che ha accolto i ricorsi per condotta antisindacale di alcune Sigle dell'Intersindacale Medica (AAROI-EMAC, ANAAO-ASSOMED, ANPO-ASCOTI-FIALS-MEDICI, CIMO-ASMD, FASSID).

Gli Atti Aziendali erano stati infatti approvati e adottati senza consultare le OO.SS. come previsto dal CCNL.

Al Brotzu (nella foto), la vicenda era iniziata nel Luglio 2013 quando l'Azienda Ospedaliera aveva adottato, con Delibera dell'allora Direttore Generale, un primo Atto Aziendale, poi revocato, un secondo nel Dicembre dello stesso anno e un terzo, con le modifiche dettate dalle direttive regionali, nel Gennaio 2014. In tutti i casi non era stato osservato l'obbligo di informazione e consultazione dei Sindacati. Stesso atteggiamento registrato per l'Asl 7 Carbonia. Da qui l'intervento delle Sigle Sindacali attraverso il ricorso in giudizio.

In entrambi i casi, il Tribunale di Cagliari ha dichiarato il carattere antisindacale del comportamento tenuto e ha annullato gli Atti Aziendali, revocando qualunque atto già adottato in esecuzione degli stessi.



AAROI-EMAC Molise

Piano Emergenza-Urgenza
Di Lello: "Non siamo stati coinvolti"



Riorganizzazione della rete ospedaliera e, in particolare, della Emergenza-Urgenza senza alcun coinvolgimento dell'AAROI-EMAC. E' quanto denunciato da David Di Lello, Presidente AAROI-EMAC Molise, in un duro attacco all'ASREM (Agenzia Sanitaria Regionale del Molise) e ai vertici regionali attraverso le testate giornalistiche locali.

"In diversi Presidi Ospedalieri, anche con Punto Nascita, è stata soppressa la guardia notturna dell'Anestesista e sostituita con la pronta disponibilità - afferma

ma Di Lello -. E' quindi urgente un confronto con le parti sociali, sancito peraltro dalle norme contrattuali che prevedono che vi sia una concertazione sul piano annuale per assicurare le emergenze-urgenze. E' inoltre necessaria una verifica, ad ogni livello istituzionale, della rispondenza della situazione che si sta delineando con una corretta gestione delle emergenze e del rischio clinico".

La situazione è grave, al punto che il Presidente AAROI-EMAC Molise non esclude forme di protesta anche eclatanti, qualora la situazione dovesse rimanere immutata. "Il ruolo dell'Anestesista Rianimatore è centrale nella garanzia del servizio d'urgenza-emergenza - spiega Di Lello -. Per questo motivo per noi forme di protesta come lo sciopero non sono in qualche modo consentite. Tuttavia valuteremo tutte le azioni necessarie ad ottenere una verifica sulla rispondenza alla corretta gestione del rischio clinico e sulla assicurazione alla popolazione di criteri di assistenza uniformi".

AAROI-EMAC Calabria

All'Annunziata costretti allo sciopero
Le OO.SS denunciano i rischi e chiedono risposte

Costretti allo sciopero, ma ancora senza risposte. Sono i Medici dell'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza che il 26 Febbraio scorso, sebbene con rammarico, hanno deciso di ricorrere allo sciopero indetto dall'Intersindacale Medica per cercare di rendere concreta la protesta.

"La perdita dei diritti sanitari da parte dei cittadini è stato il motivo principale che ha indotto l'Intersindacale dei medici dell'Annunziata di Cosenza (Cgil, Cisl, Uil, Anaa, Fassid, Smi, Cimo, Aaroi-Emac, Anpo-Ascoti e Anaa-Dir.San.), dopo una lunga ed estenuante battaglia per la riqualificazione e il rilancio della struttura ospedaliera, allo sciopero di tutti gli operatori Sanitari il 26 febbraio - spiega una nota diffusa a oltre 10 giorni dalla manifestazione -. Purtroppo, a distanza di molti giorni dallo sciopero, nulla è cambiato. La nomina del Commissario per la Sanità, data per imminente non c'è stata (nomina poi avvenuta il 13 marzo ndr), l'inerzia istituzionale la fa da padrone, i problemi degli ospedali si aggravano ogni giorno che passa, il personale continua a fare i salti mortali per garantire i turni, si continuano a spendere cifre enormi per straordinari e turni aggiuntivi mentre l'emigrazione sanitaria cresce".

Non solo "cattiva" politica, ma anche promesse non rispettate vengono denunciate dai Sindacati.

"Anche l'unica nota positiva all'indomani dello sciopero, cioè la notizia di ben 105 assunzioni di personale sanitario nei 3 Hub regionali comincia ad appannarsi. La nebulosità - prosegue la nota dell'Intersindacale - sul metodo scelto per la ripartizione del personale nei tre ospedali, i motivi per cui non tutte le assunzioni risultano assegnate alle tradizionali aree dell'emergenza-urgenza, la mancanza di indicazioni su come dovrebbero avvenire le stesse assunzioni e in che tempi, hanno scemato l'entusiasmo dei tanti operatori che da tempo inseguono il sogno di un posto di lavoro.

Non manca il richiamo al Ministro della Salute e al Governo Renzi: "Una buona sanità si fa con il personale adeguato e con il taglio agli sprechi: questa esigenza, evidentemente, non è chiara al Ministro Lorenzin e al Governo Renzi che continuano nella lentezza delle loro determinazioni politiche, indifferenti ai bisogni di salute dei Calabresi. E dire che oggi più che di una nomina di un Commissario 'forestiero' imposto da Roma c'è la necessità di superare un commissariamento senz'anima, di stabilizzare i precari e di un immediato sblocco del turnover, più volte strombazzato ma ancora non avviato, se si vogliono cambiare le cose per tutelare

il diritto alla salute dei cittadini calabresi e dare un futuro ai giovani medici senza lavoro, nonché un po' di ossigeno agli ospedali".

Una situazione assolutamente condivisa dall'Associazione: "Un grido d'allarme più volte ribadito dall'AAROI-EMAC Calabria, che, già in passato, si era fortemente schierata con i Medici dell'Ospedale Hub di Cosenza - spiega Vito Gianni, Presidente AAROI-EMAC Calabria -. Un grido d'allarme che nessuno ha saputo cogliere. Non era mai successo, nella storia

della sanità calabrese, che scendessero in piazza cittadini e medici per difendere la salute, un evento a dir poco storico, per lanciare un allarme sociale, per manifestare contro quella politica che, nel passato, si è addirittura costituita parte civile contro i Medici nei processi della così detta malasanià calabrese. Da sempre, comunque, i Medici calabresi, quelli cosentini, e gli Anestesisti in particolare, hanno fatto appello al rispetto della professionalità, del lavoro contrattualmente definito, della sicurezza, per una sanità migliore. Elementi, questi, che non sempre hanno coinciso con scelte politiche di risparmio, di blocco del turnover, di piano di rientro. Una sanità - definita e paragonata da Gianni - ad un iceberg, che galleggia senza regole in mare aperto, preoccupante nella sua parte emersa, ma estremamente pericoloso in quella sommersa e non visibile".



Foto da Il Quotidiano del Sud

Sul TFR vincono i Fondi

Nel 2014, incremento degli Iscritti e buoni rendimenti



Nonostante le difficoltà finanziarie del nostro Paese, accanto ad un incremento degli Iscritti ai Fondi previdenziali integrativi, si è assistito ad un buon risultato degli investimenti prodotti nel 2014.

Infatti nel 2014 si è attestato al 7% il rendimento medio offerto dai Fondi pensione negoziali, aziendali o di categoria. Il TFR, nello stesso periodo, ha invece reso appena l'1%, al netto dell'aliquota dell'11%, che dal primo gennaio scorso è passata al 17%. Ricordiamo che il trattamento di fine rapporto si rivaluta annualmente con un tasso dell'1,5%, più il 75% dell'inflazione. Ma a causa dell'incremento molto basso nel costo della vita, senza un evidente incremento del dato dell'inflazione contenuto nel 2014 allo 0,3%, l'anno scorso la rivalutazione del TFR è stata ottenuta solo grazie alla quota fissa, appunto l'1,5% lordo.

Nel 2015 potremmo avere però dei risultati inferiori. La Legge di Stabilità per il 2015 rischia di frenare la crescita delle adesioni. L'intervento restrittivo, infatti, ha colpito ancora una volta anche i rendimenti dei Fondi pensione. Dopo il ritocco (scattato a giugno dell'anno scorso) dall'11% all'11,5%, la Finanziaria 2015 ha previsto un altro aumento, addirittura retroattivo dal 2014, ben più sostanzioso. La tassazione, infatti, è balzata al 20%, fatta eccezione per i titoli di Stato italiani, della Ue o dello Spazio economico europeo, cui si applica la stessa aliquota del 12,5% prevista per quelli detenuti in modo diretto. Il portafoglio dei Fondi pensione vede una quota preponderante di titoli governativi, soprattutto italiani. Mefop (la società per lo sviluppo dei Fondi pensione che fa capo al Ministero dell'Economia) stima così che l'aliquota effettiva dovrebbe attestarsi intorno al 15,5%; inferiore, quindi, al 17% che dal primo Gennaio scorso si applica alla liquidazione in azienda. A decorrere dal 2015, tuttavia, ai Fondi pensione e alle Casse private di previdenza (colpite anch'esse dall'aumento) è riconosciuto un credito d'imposta se effettueranno investimenti di lungo periodo in infrastrutture e attività produttive, individuate dallo stesso ministero dell'Economia.

Malgrado questo, a nostro modesto avviso, solamente ipotetico correttivo, l'aumento della tassazione c'è, ed ope-

ra, va sottolineato, in modo sostanzialmente retroattivo. I rendimenti dei Fondi sono stati, sino ad ora, calcolati in base alla vecchia tassazione e quindi potrebbero subire qualche leggera variazione al ribasso che, però, non sarà certo tale da modificare il quadro complessivo, nettamente favorevole ai Fondi pensione rispetto al TFR. I Fondi vincono alla grande anche nel medio termine: fra il primo Gennaio 2000 e il 31 Dicembre dell'anno scorso, tutti i tre Fondi chiusi mag-

giori esistenti all'inizio del periodo considerato hanno battuto nettamente il 48% della liquidazione. Il migliore è stato Fondenergia (energia e petrolio) con il 70%, seguito da Cometa (industria metalmeccanica e orafa) con il 63,9% e da Fonchim (chimica e farmaceutica) con il 62,1%.

I risultati del 2014 ed anche, per un certo verso quelli degli anni precedenti, confermano la netta convenienza dei Fondi pensione. E questo scenario non dovrebbe mutare neppure dopo l'intervento restrittivo della Legge di Stabilità. Dopo vent'anni di legislazione a favore, però, con queste misure si è tornati indietro con il rischio di scoraggiare chi pensava di aderire alla pensione complementare.

Ma esistono dei possibili interventi sul merito della nuova tassazione. Essendo il suo incremento scattato in modo retroattivo, in contrasto con la Costituzione e lo Statuto del contribuente, è pensiero di molti che sarebbe possibile avanzare, nelle sedi opportune, una questione di legittimità della nuova norma.

Ricordiamo che, inoltre, esiste una seconda previsione della Finanziaria 2015. Anche questa rischia di drenare risorse alla previdenza complementare. È la possibilità, prevista anche per chi aderisce ai Fondi pensione, di ottenere in busta paga il TFR maturato fra il primo marzo 2015 e il 30 giugno 2018. Queste somme saranno soggette all'aliquota progressiva dell'Irpef, decisamente più elevata di quella prevista per il montante finale della previdenza integrativa, ed inoltre la decisione è irreversibile, cioè non si può cambiare idea. Sarebbe quindi opportuno che i lavoratori facciano i loro conti molto attentamente e si limitassero a richiedere il TFR in busta paga solo quando non potessero proprio fare altrimenti. In ogni caso, è un messaggio fortemente negativo. Per questo, prima dell'apertura del periodo per la scelta sul TFR sarebbe opportuno realizzare una campagna informativa incentrata sulla forte convenienza dell'adesione ai fondi pensione aziendali e di categoria, grazie anche al contributo aziendale previsto dalla contrattazione collettiva.

Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali

Contributo di Solidarietà

La parola alla Corte Costituzionale

Il nuovo contributo di solidarietà è a rischio costituzionalità.

La Legge di Stabilità, n. 147 del 2013, aveva riproposto una misura molto simile a quella già introdotta nel 2011 e bocciata dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 116 del 2013.

Ma il Governo ha riprovato, ancora una volta, a tassare le così dette pensioni d'oro! Una misura che ha accompagnato le manovre correttive degli ultimi anni, ma che puntualmente, la Corte Costituzionale ha bocciato, spiegando che misure del genere non possono essere adottate senza discriminare tra contribuenti con lo stesso reddito.

Una raccomandazione che l'esecutivo non ha voluto prendere in considerazione. L'intervento restrittivo ha, infatti, previsto, a decorrere dal 1° gennaio 2014, un contributo di solidarietà per 3 anni a favore delle gestioni previdenziali obbligatorie.

Un "contributo di solidarietà" crescente a carico delle pensioni che superano certe soglie e precisamente del 6, del 12 e del 18%, sulle quote di pensione superiori, rispettivamente, a 91.000, 130.000 e 195.000 euro lordi circa all'anno. Le somme trattenute, veniva esplicitato nella stessa Legge, anche per rispondere alle critiche già espresse in passato dalla stessa Corte, sarebbero state acquisite dalle competenti gestioni previdenziali obbligatorie anche al fine di concorrere al finanziamento degli interventi a favore degli esodati.

In pratica i super pensionati sono chiamati a finanziare il pozzo nero dell'Inps, cosa ancora lodevole nelle finalità, ma sbagliata nel modo ed inoltre con effetti economici del tutto irrisori. Per la Corte Costituzionale l'eccezionalità e la virulenza della crisi economica avrebbe potuto consentire di far ricorso a misure eccezionali, come può essere un prelievo straordinario e limitato nel tempo, purché non si fosse prodotta "una decurtazione patrimoniale definitiva del trattamento pensionistico, con acquisizione al bilancio statale del relativo ammontare". L'escamotage introdotto nell'ultima Legge non è però bastato alla Corte dei Conti.

Il fatto che le risorse siano state trattenute dalle gestioni previdenziali e non riversate allo Stato, come indicato dalla "furbata" legislativa, non fa nessuna differenza, dal momento che lo Stato rimane l'unico titolare della competenza previdenziale e l'Inps è solamente un suo ente strumentale. Ma nemmeno la finalità salva esodati è importante. Perché la norma non prevede una destinazione esclusiva ma la indica come utile "anche" a questo scopo. In pratica, il prelievo assume, secondo la Corte dei conti, l'aspetto di un vero e proprio prelievo tributario che sarebbe in netto contrasto con il principio secondo cui le richieste fiscali devono essere commisurate alla capacità contributiva dei cittadini che sono, comunque, tutti uguali davanti alla legge.

Stessa uguaglianza che viene rivendicata, sempre dalla stessa Corte dei conti, con la Delibera n. 1 del 2015 della sezione centrale di controllo sugli atti di governo, per quanto attiene la legittimità costituzionale del divieto, per le Pubbliche Amministrazioni, di conferire incarichi ai pensionati.

La Corte, in questo caso, non solleva direttamente la questione di costituzionalità, condizione per la stessa Corte possibile solamente per la materia previdenziale, ma solleva dubbi sul fatto che il blocco ai pensionati sia possibile a fronte di quanto indicato dagli articoli 3 e 5 della Costituzione nei quali sono sottolineati i principi della pari dignità sociale di tutti i cittadini che devono essere uguali davanti alla legge. Condizione necessaria ed imprescindibile anche quando si tratta di accedere agli uffici pubblici. Sulla base di questa determinazione basterà l'intervento di un qualsiasi Tar, coinvolto nel contenzioso nato dalla norma restrittiva introdotta dalla Legge n. 114 del 2014, per chiedere alla Consulta di pronunciarsi nel merito.

C.T.

Tribunale di Milano: la colpa medica è extracontrattuale

In Dicembre una nuova Sentenza che ripete l'orientamento di alcuni recenti pronuciamenti

Dopo la Sentenze della scorsa estate, che hanno espresso due orientamenti contrastanti (di cui si è parlato nel numero 5/2014 del Nuovo Anestesista Rianimatore), la 1ª Sezione del Tribunale di Milano è intervenuta nuovamente sulla Responsabilità Professionale del Medico. La Sentenza n. 1430 del 2 Dicembre 2014, dopo quella n. 9693 del 23 Luglio 2014 ha ribadito il ritenere la colpa medica come extracontrattuale.

Relativamente all'articolo 3 Comma 1 della Legge Balduzzi, la Sentenza della suddetta Sezione ripete quanto precedentemente espresso: "Sembra dunque corretto interpretare la norma nel senso che il legislatore ha inteso fornire una precisa indicazione nel senso che, al di fuori dei casi in cui il paziente sia legato al professionista da un rapporto contrattuale, il criterio attributivo della responsabilità civile al medico (e agli altri esercenti una professione sanitaria) va individuato in quello della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c., con tutto ciò che ne consegue sia in tema di riparto dell'onere della prova, sia di termine di prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento del danno. Così interpretato, l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi porta dunque inevi-

tabilmente a dover rivedere l'orientamento giurisprudenziale pressoché unanime dal 1999 che riconduce in ogni caso la responsabilità del medico all'art. 1218 c.c., anche in mancanza di un contratto concluso dal professionista con il paziente".

Sulla base di questo orientamento, e contrariamente a quanto invece disposto negli ultimi 15 anni sul carattere contrattuale della responsabilità del medico, anche - purtroppo - dalla Cas-

zaione, la Sentenza n. 1430 del 2 Dicembre 2014 emessa dalla 1ª Sezione del Tribunale milanese ha riaffermato che la responsabilità del medico dipendente e/o collaboratore della struttura sanitaria, autore della condotta attiva o omissiva produttiva del danno subito dal paziente, ha carattere extracontrattuale. Naturalmente, speriamo che quest'orientamento finisca con il prevalere in modo uniforme.

La pronuncia più discussa: il caso milanese fa il punto e detta legge

■ Tribunale di Milano, sezione I, 23 luglio 2014 n. 9693

Il tenore letterale dell'articolo 3, comma 1 della legge Balduzzi e l'intenzione del legislatore conducono a ritenere che la responsabilità del medico (e quella degli altri esercenti professioni sanitarie) per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttu-

ra) venga ricondotta dal legislatore del 2012 alla responsabilità da fatto illecito ex articolo 2043 del codice civile e che, dunque, l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare).

Conforme

- Tribunale di Varese, sezione I, 26 novembre 2012
- Tribunale di Torino, 26 febbraio 2013
- Tribunale di Milano, sezione I, 2 dicembre 2014 n. 1430

■ Tribunale di Milano, sezione V, 18 novembre 2014 n. 13753

La responsabilità del medico ospedaliero - anche

dopo l'entrata in vigore dell'articolo 3 della legge 189/2012 - è da qualificarsi come contrattuale. Ove il Legislatore avesse effettivamente inteso ricondurre una volta per tutte la responsabilità del medico ospedaliero (e figure affini) sotto il (solo) regime della responsabilità extracontrattuale, escludendo l'applicabilità della disciplina di cui all'articolo 1218 del codice civile e così cancellando lustri di elaborazione giurisprudenziale, avrebbe certamente impiegato proposizione univoca.

Conforme

- Tribunale di Arezzo, 14 febbraio 2013
- Tribunale di Cremona, 1° ottobre 2013
- Tribunale di Rovereto, 29 dicembre 2013
- Tribunale di Brindisi, 18 luglio 2014

Breve storia della Medicina

Il contributo "dolce-amaro" di un Collega

Dai tempi di Ippocrate, la Medicina si è articolata e risolta nel binomio "Medico-Paziente", fondato sulla fiducia e sul rispetto reciproci. È stato così per secoli. Nell'ultimo trentennio il panorama si è arricchito di altre figure, che hanno, però, in qualche modo, alterato gli equilibri, invelenando il rapporto Medico-Paziente ed introducendo un nuovo elemento di relazione: la reciproca diffidenza.

Dal primitivo binomio si è, così, passati al quadrinomio "Politico-Burocrate-Medico-Paziente", caratterizzato da un rigido verticalismo gerarchico e da oscuri nessi relazionali fra i singoli personaggi.

Non appena disegnatosi il nuovo scenario, il Politico disse al Burocrate: "La prima cosa che devi fare è cercare di convincere Medico e Paziente che non ci sono soldi".

E il Burocrate: "Come faccio a dire che non ci sono soldi quando il fondo sanitario nazionale è tra i più bassi della comunità europea, anche in rapporto al PIL, o quando elargiamo miliardi di euro in spese militari inutili, o quando siamo costretti a rilevare un flusso perpetuo di denaro pubblico che transita illecitamente nelle tasche di privati cittadini, ed il nostro paese è quotidianamente sommerso dagli scandali e dalla corruzione, o quando si spendono milioni di euro per strutture troppo ridondanti o per apparecchiature inutilizzate? Insomma, l'elenco è interminabile...".

Ma il Politico non si scompose: "Tu devi dire tre cose: la prima è che ce lo chiede l'Europa; la seconda, che rischiamo di finire come la Grecia; la terza, che dobbiamo farlo per dare un futuro ai nostri figli. Alle prime due giustificazioni, dopo un po', cominceranno a non credere, ma con la terza andiamo a toccare il tasto giusto. Come si dice... i figli so' piezz' e core".

E il dialogo continuò: "Ma di quali figli sta parlando?". "Dei nostri, ovviamente!". "Ma dei nostri di chi?". "Dei nostri di noi, dei miei e dei tuoi, possibile che non capisci? I figli degli altri li incoraggiamo ad andarsene via dall'Italia. Ci siamo già attivati in questo senso, non te ne sei accorto? Non guardi la tv, non leggi i giornali? Ma lo sai quanti opuscoli abbiamo stampato? Tutto questo ci sta costando un sacco di soldi! Vabbè, non sono soldi nostri... ma si fa tanto per dire... E poi, anche il Presidente della Camera, anzi, la Presidentessa, ha detto che i migranti sono la nostra avanguardia e che ad essi dobbiamo guardare come punto di riferimento per le generazioni future. Basta imparare a nuotare bene!".

A questo punto, il Burocrate stava per convincersi, ma venne assalito da un altro dubbio: "Allora, lei mi ha messo al secondo posto di questa scala, ma io come faccio a esercitare il mio potere sul Medico e a controllarlo quando non so distinguere un raffreddore da una polmonite?".

"Ho pensato anche a questo! - risponde il Politico - Burocratizziamo il sistema e burocratizziamo anche il Medico! Lo sommergiamo di scartoffie, cominciamo a parlargli di percentuali, di statistiche, di principi e definizioni sottratti al mondo dell'economia (come se gli ospedali fossero delle fabbriche di marmite e non dei luoghi dove si curano le persone ammalate - NdR), ci aggiungiamo anche qualche termine inglese e il gioco è fatto. Hai mai osservato lo sguardo smarrito e gli occhi al cielo del Medico quando gli parli di queste cose? Sembra un personaggio di Carlo Verdone. Comunque, stai tranquillo, su questo terreno sei tu l'esperto e quindi puoi

dominarlo. Come vedi, il giochetto è semplice".

È stato così per anni. Oggi ci stiamo avviando alla terza fase, quella della Medicina post-moderna. Il Politico osserva pensoso il nuovo assetto e poi dice al Burocrate: "Ci siamo fatti in troppi. Dobbiamo tagliare qualcosa. Io, ovviamente, non posso andarmene. Tu sei il mio strumento e non ti posso togliere, anche perché, altrimenti, dovrei sporcarmi le mani in prima persona con iniziative impopolari che potrebbero compromettere il mio consenso elettorale. Ci abbiamo provato col Malato, facendo di tutto per trasformarlo in un foglio di carta, ma insomma l'idea del Malato Virtuale non può essere eccessivamente radicalizzata. A questo punto resta solo il Medico".

"Il Medico? - risponde perplesso il Burocrate - Ma come si fa? Già abbiamo agito in questo senso, escogitando, prima, una legge che ancorava le dotazioni organiche ai posti letto e poi facendone un'altra che riduceva il numero dei posti letto (siamo arrivati al 3, e anche meno, ogni mille abitanti, contro una media europea del 4,8 per mille - NdR), tagliando così, automaticamente, il personale".

"Vedi... - spiega il Politico - Vedi qual è la differenza fra noi due? Vedi perché io faccio il Politico e tu il Burocrate? Anche in questo caso la soluzione è semplice: organizziamo i Reparti a Gestione Infermieristica, creiamo i Primari

Infermieri, e, senza offenderti, facciamo bene dei Burocrati. Tanto, dove è scritto che un buon Infermiere, di esperienza, non possa fare il lavoro del Medico o quello del Dirigente Amministrativo? Hanno voluto la laurea, e adesso pedalino!".

E il Burocrate, non senza un brivido lungo la schiena, prontamente: "Veramente gli Infermieri laureati sono giovani che non hanno alle spalle lo stesso corso di studi dei Medici, né tantomeno hanno studiato da burocrati. Però, forse ha ragione, in fondo in passato, negli ospedali, erano le Suore ad occuparsi dell'anestesia... se mi promette che risparmierà noi Burocrati...". "E poi - continua il Politico senza darsi cura delle parole del Burocrate, interrompendolo bruscamente - assumiamo, negli ospedali, giovani Medici appena laureati, senza specializzazione".

Il dialogo tra il Burocrate, sempre più perplesso, e il Politico, sempre più irritato, si fa convulso: "Ma non capisco dove stia il guadagno, si tratta sempre di Medici". "È no! Proprio non vuoi capire! Noi gli diamo uno stipendio da caposala!". "Perché da caposala?". "Ma è ovvio, così gli diamo l'illusione di una qualifica intermedia, più dignitosa, ma in realtà li pagheremo meno degli Infermieri, perché non daremo loro il diritto ai vari premi di produzione, alle varie indennità, li obbligheremo a fare una quantità di straordinari non pagati, etc. etc., lascia fare a me!". Il Burocrate è ormai allo stremo, ormai è quasi convinto che c'è un motivo, ahilui, se egli è solo un burocrate e l'altro fa il politico: "Ma così la qualità dell'assistenza finirà per decadere drasticamente!".

E il Politico, rassicurandolo: "Ma a te, di questo, cosa importa? Tanto, se dovessimo avere bisogno di cure noi politici o i nostri familiari, non è certo alla sanità pubblica che ci rivolgeremo! Anzi, figurati che per quanto mi riguarda c'è sempre un bell'aereo militare di Stato pronto a trasportarmi all'estero, in caso d'emergenza". Poi, ci pensa un po' su: "Hai detto Suore...?". Sic transit gloria mundi!

Dr Giovanni Nania



"Noi rianimiamo"

Antropologia semiseria dell'Anestesista Rianimatore

"Un ritratto a tutto tondo di un medico speciale - l'Anestesista Rianimatore, come si legge nella scheda del libro - sul quale gravano da sempre responsabilità ciclopiche (le vite dei pazienti)... una sorta di antropologia professionale dello specialista, descritta alla maniera 'lieve' preferita dall'autore e sviluppata in una successione di episodi realmente vissuti o totalmente inventati. Il piglio è ironico, leggero, a tratti dissacrante, ma sempre bonario, segnatamente nei rapporti con i parenti stretti, i chirurghi".

L'Autore, Dr Giovanni Ancona, oggi in pensione, dal 1994 al 2006 è stato Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione e Direttore del Dipartimento di Chirurgia dell'Ospedale "Di Venere" di Bari Carbonara.

Progedit Editore - 2014 - pp 208



Il Collega Giovanni Ancona conduce il lettore in un viaggio emozionante nel suo vissuto, tra grandi e piccoli Ospedali, tra il diverso approccio al malato in ambito anestesilogico e in ambito rianimatorio, tra il galoppante progresso tecnologico e farmacologico e le sue ripercussioni anche in campo etico e medico-legale, anche attraverso la crisi che nel tempo ha investito il carisma del Medico. Non mancano episodi quasi surreali, ma paradigmatici del microcosmo ospedaliero.

La narrazione è coinvolgente, la descrizione degli ambienti quasi scenografica, tanto da dare la sensazione di udirne i suoni e persino di ascoltare il parlato dei personaggi, che talvolta si fa aspro, quando in tal modo tentano di esorcizzare le loro ansie e le loro inquietudini dovute alle responsabilità verso il Malato e le sue sofferenze, ma molto più spesso è sereno, incline al sorriso, e non di rado diviene brioso.

Il libro, scritto con toccante umanità in ogni capitolo, è un omaggio alla figura e alla professione dell'Anestesista-Rianimatore, che agli occhi dei Pazienti e dei loro Cari esce dal "cono d'ombra" del Chirurgo solo di rado, quando è atteso per dare notizie dei Malati degenti in Rianimazione, o quando toglie ciò che, a parte forse la morte, più fa paura: il dolore.

Antonio Amendola
 Presidente AAROI-EMAC Puglia

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

Abbaire per abbagliare

Miliardi di infanti (da *in fans* "non parlante"), in fase di infavellamento (inizio del parlare) hanno risposto quasi sempre in modo esatto alla domanda inorgogliente dei loro genitori. "Come fa il cane?" E loro, prontamente, esaurientemente, esibisticamente o subisticamente, hanno detto: "Bau".

Sono i primi vocaboli (boli di voce) che i cuccioli d'uomo imparano a dire. La voce vocalizza prima le vocali e poi le prime consonanti, la emme, la bi, la pi. Mamma, babbo, papà. Sono consonanti labiali, le più facili. Le nasali e gutturali riusciranno a dirle più avanti. La dizione delle dentali è l'ultima, con la dentizione. Miao e bau, quindi, sono i primi versi di animali che si imparano. Del resto, sono i primi animali che si vedono, si toccano, si accarezzano. E loro, i gatti e soprattutto i cani, si affezionano, giocano, leccano, scodinzolano. Quei due versi, miagolare e abbaiare, sono due parole onomatopoeiche o fonosimboliche. Sono cioè parole che evocano un'azione imitandone il suono.

Il cane, dunque, abbaia. È il suo verso. È il suo "verbo". Sa anche guaire, ringhiare, latrare. Ma, per farsi riconoscere, abbaia. Abbaia al padrone, all'estraneo, all'altro cane, al ladro.

"Cave canem": attenti al cane! Stare in guardia, in latino, si dice *caveo, cavi, cautum, cavere*. L'imperativo cave lo si traduce "sta in guardia". Ecco quindi che ci sono i cani da guardia. Ci sono poi cani da caccia, cani al guinzaglio, "cani sciolti". "Vita da cani" è un modo di dire dispregiativo del tutto irrispettoso verso l'amico dell'uomo.

"Attenti al cane" c'è scritto. E quel cane abbaia. Ma lo fa per spaventare i malintenzionati, oppure per chiedere un po' di attenzione? Pensiamoci un momento. Lui forse intende quella parola "attenti" come se fosse un ordine militaresco: attenti a sinistr, ri-poso. Lui, abbaiano, dice: "attenti" a me. Ma lo dice, meglio lo abbaia, senza nessun tono militaresco o aggressivo. Del resto c'è tanto di proverbio che attribuisce al "cane che abbaia" un carattere non violento: "se abbaia, non morde". Quante volte abbiamo visto cani agitarsi, correre su e giù, abbaiare in continuazione? E poi non hanno morso nessuno. Perché lo fanno? Forse per farsi notare, per far udire all'uditorio la loro voce, il loro bau bau. Per colpire, per impressionare. Tanto che ancora oggi, come una volta, per rendere ubbidienti o timorosi di un pericolo i cuccioli d'uomo, li si minaccia: "c'è il babau che ti mangia". Ma ora lasciamo da parte i cani e passiamo agli uomini. Avete mai fatto caso che alcune tipologie di umani si comportano esattamente come alcune specie di animali? C'è chi "si fa pecora", chi "fa il galletto", chi "si pavoneggia", chi "è un asino", chi "è un porco", chi "è un'oca", chi "è una vecchia volpe". Inveriscono, ruggiscono, starnazzano, tubano e abbaiano.

E perché anche gli umani abbaiano? A cosa serve l'abbaiamento? Serve per molti scopi, ma soprattutto serve per l'abbagliamento. "Abbagliare" ha come sinonimi stupire, affascinare, splendere, accecare.

Col tono in cagnesco della voce si colpisce l'udito.

Ma non solo. Abbaire colpisce anche altri sensi. La vista si azzera, perché si cerca di chiudere almeno gli occhi (non potendo chiudere le orecchie). Il gusto si altera, per l'amaro in bocca di chi subisce quella cagnara. Infine, ultimo senso, il buon senso non resiste più, si sente male e perde il senso di marcia perché si è fatto abbagliare. Proprio come quando i fari abbaglianti ti paralizzano per un attimo. Puoi perdere il controllo. Perdi l'auto-controllo, tuo e dell'auto. E allora? E allora il tuo agire, anzi il tuo re-agire produrrà due esiti. Se va bene, prendi un semplice abbaglio e rientri subito in te. Se va male, finisci in un bidone, nel senso che vieni circuito e imbrogliato. Comunque, sia gli abbaglianti che l'abbaiare ti fanno sbandare e tu esci di strada e dai gangheri. Per colpa di quel "cane" che ti ha attraversato la strada. Abbaiano. Ma almeno non ti ha morso.

È molto più pericoloso "l'animale" silenzioso, mimetico, strisciante, velenoso: il serpente. Con Eva c'era riuscito. Senza abbaire e senza abbagliare. Coi fari anabbaglianti della lusinga. Con le quattro frecce lampeggianti della insinuazione. Con le luci di posizione (era Lucifero). Eva poteva mettere le luci della retro-marcia, ma non era ancora una furba "patentata". Andando in senso vietato, mangiò il frutto proibito. Proprio così: il gran maestro della tentazione, senza abbagliare, è riuscito a farci prendere l'abbaglio più grosso e più "originale". Peccato! Ci siamo persi il paradiso terrestre.

Torniamo sulla terra e sulle creature terrestri. Proviamo a chiederci se fra di noi ci sono dei colleghi-bestie, colleghi-serpenti, colleghi-cani, colleghi-pavoni. In fondo sono quelle stesse figure mitologiche, metà uomo e metà animale, già note ai nostri progenitori. Osservateli bene: sono i nuovi centauri, fauni, tritoni, arpie, sfingi, sirene.

Soprattutto le colleghe-sirene si danno da fare. Non ci sono riuscite con Ulisse, ma dopo di allora abbagliano e ammaliano a tutto spiano. Quel tipo di sirena, quando canta, ti incanta e ti blocca. Come la sirena delle ambulanze. Quante sirene-seductrici nella storia, sacra e profana! Dalila, Betsabea, Erodiade, Circe, Cleopatra, Messalina, Lucrezia Borgia, Madame de Pompadour, Mata Hari. E ogni volta i "polli" abboccano all'amo, sono presi al laccio e tenuti al guinzaglio. Come fare, dunque, per riportare tutti questi animali in gabbia o nell'acquario? Impossibile, con quegli esemplari poco esemplari.

E allora? Allora muniamoci di occhiali anti-abbaglianti, cera anti-sirene e anti-abbaianti nelle orecchie, siero anti-vipera, filtro anti-maliarde. E poi, muniti anche di una buona dose di ottimismo, cerchiamo di guardare quei colleghi e quelle colleghe "nella giusta luce", stando bene "illuminati" nel giudizio e mettendo "a fuoco" i piccoli contrasti.

Ermes Ronchi ha scritto: "È necessario allenare gli occhi a vedere la luce delle cose e delle persone, non le ombre o il negativo".

G.M.B.

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Le risposte di Domenico Minniti
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

RISCHIO RADIOLOGICO



Quesito: Quali sono i criteri che disciplinano la concessione del rischio radiologico?

Risposta: Le norme che disciplinano il riconoscimento del beneficio (congedo ed indennità) derivano dal D.P.R. 20 Maggio 1987, n. 270 che all'art.58 recita:
Indennità di rischio da radiazioni.

1. Al personale medico e tecnico di radiologia sottoposto in continuità all'azione di sostanze ionizzanti o adibito ad apparecchiature radiologiche in maniera permanente, viene corrisposta un'indennità di «rischio da radiazione» nella misura unica mensile lorda di L. 30.000 ai sensi della Legge 28 marzo 1968, n. 416 (18), e successive modificazioni e integrazioni.

2. L'indennità in parola spetta alla condizione che il suddetto personale sia tenuto a prestare la propria opera in «zone controllate», ai sensi della circolare del Ministero della Sanità n. 144 del 4 Settembre 1971, e che il rischio stesso abbia carattere professionale, nel senso che non sia possibile esercitare l'attività senza sottoporsi al relativo rischio.

3. L'accertamento delle condizioni ambientali che caratterizzano le zone controllate deve essere effettuato con le modalità di cui alla richiamata circolare del Ministero della Sanità.

4. L'accertamento del personale non compreso nel Comma 1 soggetto a rischio radiologico verrà effettuato da una apposita commissione presieduta dal coordinatore sanitario e composta dal responsabile dell'unità operativa di medicina nucleare o radiologica, da un rappresentante designato dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo recepito nel presente decreto e da un esperto qualificato nominato dal comitato di gestione od organo corrispondente secondo i rispettivi ordinamenti.

5. L'indennità di rischio da radiazioni deve essere pagata in concomitanza con lo stipendio.

6. Tale indennità non è cumulabile con l'analoga indennità di cui al D.P.R. 5 maggio 1975, n. 146 e con altre eventualmente previste a titolo di lavoro nocivo o rischioso. E' peraltro cumulabile con l'indennità di profilassi antitubercolare.

A tale norma ha fatto seguito il CONTRATTO COLLETTIVO DI LAVORO INTEGRATIVO DEL CCNL DELL'8 GIUGNO 2000 DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICO - VETERINARIA

Art. 29

Indennità di rischio radiologico

1. Ai dirigenti che non siano medici di radiologia esposti in modo permanente al rischio radiologico, l'indennità continua ad essere corrisposta sotto forma di rischio radiologico nella misura di cui al comma 1, per tutta la durata del periodo di esposizione.

L'indennità in parola, soppressa con la legge finanziaria per il 1994, è stata poi reintrodotta con l'art. 5 della legge finanziaria per il 1995, in favore oltre che del personale sanitario appartenente alla categoria abitualmente esposta, anche di «*quantum svolgono abitualmente la specifica attività professionale in zona controllata*».

Assolutamente da non confondere il Rischio radiologico (beneficio contrattuale sul quale decide una Commissione paritetica all'interno della quale sono presenti rappresentanti sindacali) con la classificazione del personale decisa dall'esperto qualificato in base alla esposizione alle fonti radiogene.

Nessuna norma collega in automatico la classificazione in classe A ed il rischio raggi in quanto una decisione unilaterale dell'esperto qualificato svuoterebbe le decisioni della commissione che si troverebbe ad avallare una decisione già formulata da altri.

È compito della Commissione individuare i criteri per valutare l'applicabilità della norma rendendo misurabile la dizione «*quantum svolgono abitualmente la specifica attività professionale in zona controllata*».

La presenza della rappresentanza sindacale in seno alla Commissione di garanzia ai diritti dei lavoratori oltre che dell'Azienda che potrebbe ottenere una garanzia di maggiore peso in una decisione condivisa.

D.M.

UN ANESTESISTA, DUE SALE OPERATORIE

Quesito: È possibile condurre due anestesie in due sale contemporaneamente?

Risposta: Al fine di affrontare il quesito occorre citare vari documenti che affrontano la problematica:

- le Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria emanate dal Ministero nell'ottobre 2009 che recitano:

4.5 Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali.

Requisito fondamentale per una anestesia sicura è la presenza continua di un anestesista per l'intera durata dell'anestesia e fino al recupero delle condizioni cliniche che consentono la dimissione dal blocco operatorio.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_a_llegato.pdf

- le raccomandazioni organizzative AAROI-EMAC/SIAARTI/SIARED sulle Prestazioni Anestesiologiche a bassa complessità e nella NORA che recitano:

Le prestazioni anestesiologiche contemporanee su più di una persona assistita per singolo anestesista non possono corrispondere a criteri di appropriatezza, né di prudenza, né di diligenza, né di buona pratica.

http://www.aaroiemac.it/site/Allegati/documenti/doc_utili/doc_utili_2013/Assistenza_Anestesiologica_in_Chir_Bassa_Comp_NORA_Raccomandazioni_AAROI-SIAARTI-SIARED.pdf

- le Linee Guida SIAARTI - Standard per il monitoraggio in anestesia (edizione 2012) recitano:

2.1. L'anestesia generale deve essere eseguita da un medico qualificato per tale prestazione. Poiché durante l'anestesia si verificano modificazioni delle funzioni vitali per effetto dei farmaci impiegati, della procedura intrapresa o di patologie del paziente, la presenza dell'anestesista deve essere continua. Lo stesso criterio si applica all'anestesia loco-regionale e alle tecniche di sedazione.

<http://www.siaarti.it/corsi-patrocini/linee-guida-raccomandazioni/>

In conclusione è da considerare decisamente imprudente e non corretto il seguire due o più sale operatorie contemporaneamente da parte dello stesso anestesista.

D.M.

PERIODO DI PROVA E ALTRI INCARICHI

Quesito: Durante il periodo di prova è possibile ottenere l'aspettativa per accettare un incarico a tempo determinato presso un'altra Asl? È possibile richiedere mobilità volontaria presso un'altra Azienda?

Risposta: Il primo quesito è normato dagli articoli 14 e 19 del CCNL 2000 il cui combinato disposto non impedisce la possibilità di ottenere aspettativa durante il periodo di prova

Per quanto riguarda la seconda domanda, la materia è normata dall'articolo 20 del CCNL 2000 che non impedisce la possibilità di ottenere la mobilità durante il periodo di prova anche se, si ricorda, è necessario ottenere il nulla osta dall'Azienda di provenienza.

D.M.

TURNI DI 24H

Quesito: Relativamente ai turni di servizio, un Anestesista può eseguire (volontariamente) turni di 24H? Esiste una normativa in merito?

Risposta: La risposta al quesito è negativa in quanto il Decreto Legislativo 66/2003 - «Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro» ricorda, tra le altre cose, come il lavoratore debba fruire di un riposo di undici ore consecutive nell'arco delle ventiquattro.

Se a ciò si aggiungono le raccomandazioni SIAARTI - AAROI del 1996 che consigliano di non superare le sei ore continuative in sala operatoria, risulta evidente come l'Azienda non tragga in ogni caso beneficio alcuno da una simile turnazione, non potendo comunemente legalmente avallarne la programmazione.

D.M.

VALUTAZIONE PRONTA DISPONIBILITA'

Quesito: Nell'affrontare il rispetto delle pause e dell'orario massimo di lavoro settimanale come va valutato l'orario trascorso in pronta disponibilità? Si può effettuare la PD dopo un turno di 12 ore dalle 8 alle 20? Si può effettuare il turno del mattino (8.00-14.00) dopo un turno notturno di PD?

Risposta: La norma, al solito, si presta, purtroppo, a diverse interpretazioni.

Il D. Lgs 66/2003 definisce «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». Non specifica però se per «a disposizione» intende lo stand by anestesiologico durante la guardia, o anche la pronta disponibilità.

Ritengo in ogni caso non sia prudente imporre un turno di PD dopo dodici ore di servizio, soprattutto se in quella struttura il numero di interventi e quello di chiamate in pronta disponibilità sia elevato al punto da esporre al rischio di essere impegnati per ventiquattro ore.

Ritengo non sia prudente, in caso di chiamate notturne in pronta disponibilità, proseguire l'attività in sala operatoria la mattina successiva. Dipende naturalmente dal tipo e dalla durata della chiamate ma, in caso di insufficiente recupero psico-fisico, per la tutela propria e del paziente, è opportuno evitare effettuare il turno del mattino.

D.M.

PRONTA DISPONIBILITA' IN UN GIORNO FESTIVO

Quesito: Nel caso in cui la pronta disponibilità cada in un giorno festivo spetta un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale; tale riposo compensativo può essere effettuato di sabato?

Risposta: Se l'orario di lavoro è distribuito su cinque giorni non è possibile godere del riposo settimanale di sabato (considerato in questo caso «non lavorativo») e sarà dunque accordato in altro giorno feriale. Se, al contrario, l'orario è distribuito su sei giorni è invece possibile godere del riposo settimanale di sabato, considerato in questo caso «lavorativo».

D.M.

FERIE NEL PASSAGGIO AL TEMPO INDETERMINATO

Quesito: Come vengono gestite le ore in esubero e le ferie nel passaggio all'interno della stessa Azienda da tempo determinato a tempo indeterminato?

Risposta: Le ore in eccedenza, su scelta del Collega, possono anche essere recuperate.

Trattandosi della stessa Azienda va richiesto se intende il rapporto a tempo indeterminato come nuovo rapporto o la continuazione del rapporto a tempo determinato.

Nel primo caso le ore in eccesso restano nella disponibilità del collega che può decidere liberamente se recuperarle o ottenerne il pagamento.

Nel secondo caso vanno esaurite le ferie e le ore in esubero del primo rapporto prima di accettare il secondo rapporto.

D.M.

SCADENZA FERIE

Quesito: Avendo molte ferie da smaltire del 2014, entro quale data posso usufruirne nel 2015 senza che vadano perse?

Risposta: Le ferie possono essere utilizzate teoricamente entro il 30 giugno 2015. In pratica, essendo le ferie un diritto costituzionalmente sancito, irrinunciabile e comunque non più monetizzabile (tranne casi particolari), non possono essere cancellate. È opportuno presentare sistematicamente istanza facendo riferimento al residuo ferie 2014 al fine di ottenere documentazione formale di diniego con eventuale dicitura «*parere sfavorevole per esigenze di servizio*».

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 730/2015 MODELLO UNICO redditi 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

0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8

Anche quest'anno, in vista dei prossimi adempimenti fiscali, abbiamo il piacere di ospitare in questa pagina del nostro Giornale la seguente informativa a firma di Mariateresa Balsimelli, Presidente F.F. dell'Associazione "Dino Masullo" ONLUS ringraziando anticipatamente tutti gli Iscritti dell'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 NELLA SECONDA METÀ DEL 2014 E NEI PRIMI MESI 2015

Cari Colleghi e Colleague,

L'Assemblea ordinaria annuale dei Soci, svoltasi a Napoli il 18 Dicembre 2014, ha contemporaneamente ratificato le dimissioni da Presidente dell'Associazione del Dr. Girolamo Gagliardi e l'assunzione da parte mia della carica di Presidente f.f. ai sensi dell'Art. 13.5 dello Statuto della "Dino Masullo" Onlus.

In conseguenza delle decisioni dell'Assemblea dei Soci, dopo 7 anni di presidenza del Dott. Gagliardi, che ha svolto il suo mandato con insostituibile dedizione e costante impegno, alla vigilia della presentazione da parte dei contribuenti della Dichiarazione dei redditi, tocca a me ricordare a tutti voi che è possibile destinare il 5% della vostra Irpef alla Onlus intitolata al nostro Collega prematuramente scomparso 9 anni orsono.

Dino, con il suo lavoro quotidiano, ha generosamente contribuito alla affermazione della nostra disciplina in campo pediatrico ed alla realizzazione di una efficiente organizzazione nel settore economico e finanziario della AAROI dell'epoca.

Non appare superfluo ricordare che l'Associazione "Dino Masullo" Onlus fu costituita a Milano nel 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 particolarmente svantaggiati (per patologia sofferta o per condizioni economico-familiari e sociali) e della formazione e dell'aggiornamento degli operatori coinvolti".

Per questo motivo tutti noi, Anestesisti-Rianimatori italiani, dovremmo considerare l'Associazione "Dino Masullo" Onlus come la "Nostra Onlus", scegliendo di destinare ad essa annualmente, con una operazione totalmente a costo zero, il 5% della nostra IRPEF.

Basta infatti apporre la propria firma nel riquadro riservato alle "Associazioni di volontariato ed 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 "Dino Masullo" Onlus.

Mi auguro vivamente che quest'anno siano molto più numerosi i Colleghi (ed i loro familiari ed amici) che faranno questa scelta meritoria e del tutto GRATUITA.

L'aumento del numero di questi Colleghi e loro familiari ed amici permetterà alla Nostra Onlus di fare di meglio e di più.

Come già accaduto negli anni scorsi, grazie all'ospitalità su "Il Nuovo Anestesista Rianimatore", informiamo i Colleghi dell'attività svolta nella seconda metà dell'anno 2014 e nei primi mesi del 2015.

È stata completata la donazione all'UOS Neonatologia dell'Ospedale "San Gennaro" di Napoli di:

- una culetta termica attrezzata di lampada per fototerapia
- un saturimetro da utilizzare in Sala Parto
- una pompa per aspirazione elettrica di latte materno

È stato già previsto che, nel prossimo mese di Aprile 2015, la Nostra Onlus si faccia carico delle spese necessarie affinché i genitori di tre ragazze ed una bambina affette da "atrofia spinale di I° grado" possano accompagnare le figlie nell'agognato pellegrinaggio a Lourdes, organizzato dall'Unitalsi Campania.

Le ragazze e la bambina sono portatrici di tracheotomia, in ventilazione meccanica e nutrite tramite PEG, da anni in assistenza domiciliare.

Nell'Assemblea dei Soci del 18 Dicembre 2014, è stato affrontato anche il problema dell'espansione in tutte le altre Regioni del nostro Paese delle attività svolte dalla "Dino Masullo" Onlus.

Finora infatti, eccezion fatta per la donazione nel 2013 di particolari attrezzature alla SC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale "Salesi" di Ancona, la Nostra Onlus ha operato esclusivamente su territorio campano.

Colgo pertanto l'occasione per rivolgermi a tutti voi, affinché alla "Dino Masullo" Onlus sia consentito, attraverso l'iscrizione di nuovi Soci ordinari e le loro proposte di nuovi progetti, di realizzare programmi volti a migliorare, in tutti i modi possibili, le condizioni di vita dei malati in assistenza domiciliare in tutte le Regioni di Italia.

Concludo rivolgendo un sentito ringraziamento al Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, che, anche quest'anno, ha gentilmente messo a disposizione della Nostra Onlus una intera pagina de "Il Nuovo Anestesista Rianimatore".

Affettuosi saluti a tutti Voi ed un caloroso grazie per quanto farete

**Mariateresa Balsimelli
Presidente F.F. 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"</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</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 del 8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</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 del 8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</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 del 8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>
<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</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 del 8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</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 del 8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>	<p>DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"</p> <p>Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi</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 del 8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>