

# 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 Imparato 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](http://www.aaroiemac.it) e [www.siared.it](http://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"

MATTEO PICCOLI

LEAPPE



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 anestesologiche 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 broncopulmonare).

### 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 (PaCO<sub>2</sub> 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'espansione 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'espansione 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'espansione 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 M<sub>3</sub>), 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 comprendevano 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.











# 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  $\beta$ 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  $\beta$ 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  $\beta$ 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  $\beta$ -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  $\beta$ -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  $\beta$ -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  $\beta$ -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 $\beta$ 2-agonisti; b. corticosteroidi e $\beta$ 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". "Siamo consapevoli - continua Di Lello - che è necessaria una revisione della rete ospedaliera, ma questa revisione deve essere il frutto di un atto di pianificazione possibilmente condiviso. Non può ridursi a tagli effettuati dall'Azienda Sanitaria, peraltro solo sulla sanità pubblica. E' necessaria una visione organica dell'assistenza offerta dal pubblico e dal privato. L'offerta sanitaria privata, infatti, deve essere integrativa e complementare a quella pubblica".

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.



Foto da Il Quotidiano del Sud

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".

## 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



# 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](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_a_llegato.pdf)

- le raccomandazioni organizzative AAROI-EMAC/SIARTI/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-SIARTI-SIARED.pdf](http://www.aaroiemac.it/site/Allegati/documenti/doc_utili/doc_utili_2013/Assistenza_Anestesiologica_in_Chir_Bassa_Comp_NORA_Raccomandazioni_AAROI-SIARTI-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) <b>09530671008</b></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) <b>09530671008</b></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) <b>09530671008</b></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) <b>09530671008</b></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) <b>09530671008</b></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) <b>09530671008</b></p> <p>Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo del 8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose</p>