

N TIZIARIO



Rivista dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bari

PAZIENTI

PER SEMPRE?

La disuguaglianza
di accesso alle cure
tra Nord e Sud



FOTORACCONTO
LA SANITÀ MILITARE
COMPIE 185 ANNI

VACCINI
LA RIVOLUZIONE
DEI SINDACI

VIOLENZA
I DATI DELLA
SURVEY FNMCEO

Gamma Hyundai.

Soluzioni per tutte le tue esigenze.

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA



Una gamma completa di auto e di offerte: scegli la più adatta a te.

Scopri la convenzione per tutti gli ASSOCIATI ENPAM!
Per te vantaggi esclusivi sulla gamma Hyundai: fino a 1.500 euro*

PER INFORMAZIONI SULLE OFFERTE A TE RISERVATE:

Vieni a visitare il Concessionario Hyundai più vicino a te: www.hyundai.it
La convenzione e' valida sui modelli i10, i20, ix20 Gamma i30 (5porte, Wagon, Fastback), i40 Wagon, Kona, Tucson, Santa Fe, Gamma IONIQ (Hybrid, Full Electric, Plug-in).

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

Validità condizioni fino al 31/12/2018.

HYUNDAI

Auto Planet
Marino Automobili

Auto Planet - Unica Concessionaria Ufficiale per Bari e Provincia
Via Napoli, 353 - Bari - Tel. 080 999 5400 - **NUOVA SEDE**
Via Giorgio la Pira, 64 - Bari - Tel. 080 2022 317
www.marinoautomobili.it/hyundai

5 **GARANZIA**
KM ILLIMITATI

* Vantaggio esclusivo fino a 1.500€ riferito a SANTA FE 2.2 AWD STYLE A/T (pari a 3% su prezzo listino).
Condizione valida per tutti gli Associati ENPAM.
L'intestatario della vettura dovrà essere la persona destinataria dell'accordo.
Le condizioni indicate sono cumulative con le offerte valide mensilmente.
L'Associato dovrà esibire un documento nel quale viene specificato il rapporto tra le due parti (Tessere valida/quota associativa in corso 2018).

EDITORIALE

SSN: 40 ANNI DI CIVILTÀ E PERSISTENTI INUGUAGLIANZE

di Filippo Anelli, Presidente dell'OMCeO della Provincia di Bari

Era la fine del 1978, esattamente quarant'anni fa, quando l'allora Presidente della Repubblica Sandro Pertini promulgò la Legge 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale e che fu pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 23 Dicembre 1978. La legge era stata approvata dal Parlamento a larghissima maggioranza nel corso della settima legislatura grazie all'impegno dell'onorevole Tina Anselmi, che in quegli anni ricopriva il ruolo di Ministro della Sanità del quinto Governo a guida Andreotti.

La nuova Legge si presentava come lo strumento per tutelare il diritto alla salute così come previsto dall'articolo 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale".

I diritti della persona devono essere intesi come prerogativa irrinunciabile di ogni essere umano, della sua libertà, del suo vivere in una collettività coesa e solidale. "La Repubblica - recita l'articolo 2 della Costituzione Italiana - riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua

personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale". Doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale: è scritto nero su bianco nella Costituzione. È fondamentale e ci tornerò a breve.

L'approvazione della Legge 833 rappresenta, quindi, un momento importante della storia repubblicana nel compimento di quel disegno voluto dei Padri Costituenti che considerava la tutela dei diritti inviolabili dell'uomo, tra cui figurano diritti etico-sociali come il diritto alla salute, come il fine stesso della nostra democrazia.

Noi oggi diamo erroneamente per scontato il diritto alla salute, che invece non è affatto scontato: nei regimi totalitari è considerata una "concessione" da parte dello Stato; nelle prime Costituzioni liberali, la salute è concepita come un "dovere" sociale nei confronti dei cittadini. Nella nostra Costituzione, invece la salute assume il rango di un "diritto" ossia una prerogativa irrinunciabile della persona di cui il cittadino non può essere privato, ossia un diritto inviolabile.

Alla fine del 1978 l'approvazione della Legge 833 riempiva quindi di contenuto i

La Legge 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale fu pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 23 Dicembre 1978.



ALLA FINE DEL 1978 L'APPROVAZIONE DELLA LEGGE 833 RIEMPIVA DI CONTENUTO I PRINCIPI ENUNCIATI DALLA COSTITUZIONE E FORNIVA UNO STRUMENTO OPERATIVO PER METTERLI IN PRATICA. PROMUOVENDO UNA GRANDE OPERAZIONE DI GIUSTIZIA SOCIALE.

principi enunciati dalla Costituzione e forniva uno strumento operativo per metterli in pratica, promuovendo una grande operazione di giustizia sociale. Fino ad allora il diritto alla salute era correlato non all'essere cittadino ma all'essere lavoratore. Le cosiddette Casse Mutue assicuravano l'accesso alle cure dei lavoratori e dei loro familiari, attraverso i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro, con forti sperequazioni perché le quote versate alle assicurazioni variavano in base al tipo di lavoro svolto. Di conseguenza, a seconda della classe sociale di appartenenza, si aveva accesso a diversi

livelli qualitativi di assistenza.

Invece, la Legge 833 ribadisce all'art. 1 l'impegno dello Stato ad assicurare l'uguaglianza dei cittadini dal punto di vista dell'accesso alle cure: "Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".

Un'uguaglianza, anche rispetto al diritto

alla salute, che trae fondamento giuridico dall'art. 3 della Costituzione, dove si riconosce a tutti i cittadini pari dignità sociale e li si ritiene eguali davanti alla legge, senza distinzione di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali, sottolineando inoltre come sia "compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale", che limitano di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini. Purtroppo, a distanza di quarant'anni, le disuguaglianze in sanità non sono scomparse. Basta dare uno sguardo ai dati per rendersi conto di come l'uguaglianza teorica di accesso ai servizi del servizio sanitario nazionale non si cali nella realtà.

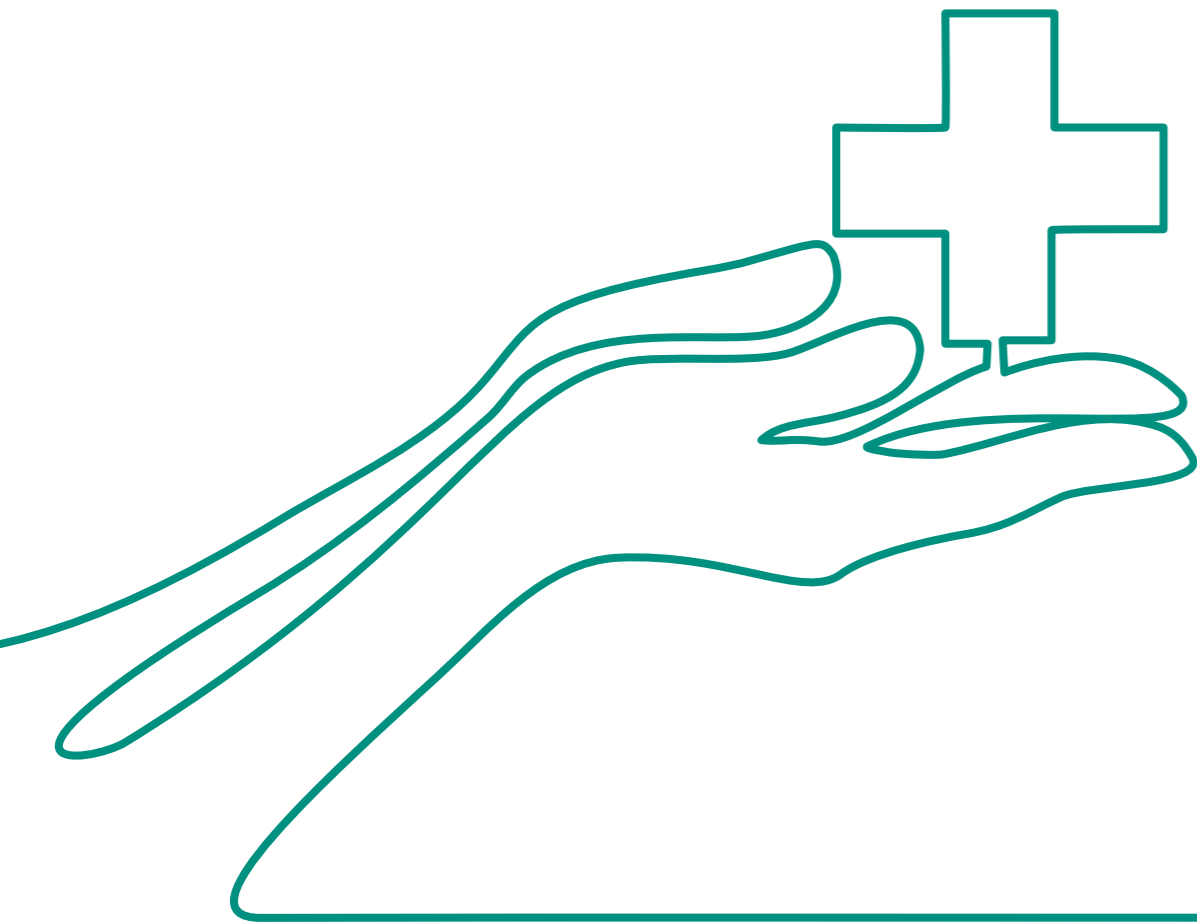
Le disuguaglianze hanno assunto altre forme e affondano le proprie radici nell'organizzazione del sistema, nel suo finanziamento, in risvolti di carattere socio-economico e culturale, oltre che in fattori legati all'individuo quali l'età, il sesso, il genere, il patri-

monio genetico.

In Europa il nostro Paese si colloca nella parte bassa della classifica per livello di finanziamento del proprio servizio sanitario nazionale. L'Italia risulta inoltre all'ultimo posto per le spese sulla prevenzione nell'ambito dei 34 Paesi dell'OCSE. Negli ultimi anni abbiamo infatti assistito a un costante de-finanziamento che non può che aggravare le disuguaglianze, anche in conseguenza di una dissenata politica di tagli lineari e di riduzione del personale sanitario.

Inoltre, i criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale seguono dinamiche che finiscono per penalizzare le Regioni con un basso livello di ricchezza ed in particolare quelle del meridione d'Italia. Gli indicatori di salute forniscono una fotografia drammatica della condizioni del Sud del Paese, dove l'aspettativa di vita è inferiore di 3 punti rispetto al Nord. Una differenza che si riscontra anche all'interno delle stesse città, tra centro e periferia, oppure viene accen- ➔➔





Nella nostra Costituzione la salute assume il rango di un "diritto", una prerogativa irrinunciabile della persona di cui il cittadino non può essere privato, ossia un diritto inviolabile.

tuata dal basso livello di istruzione. I laureati hanno una aspettativa di vita migliore rispetto a coloro che hanno un titolo di studio inferiore. Il livello di malattie croniche, poi, cresce in maniera diretta con il livello di povertà. Serve allora un'inversione di tendenza. L'attuale finanziamento del SSN appare infatti insufficiente ad invertire la rotta per migliorare il livello di assistenza soprattutto nelle aree più depresse del Paese. Così come urge una modifica dei criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale e delle regole che disciplinano la mobilità sanitaria dei cittadini all'interno del Paese, al fine di consentire alle regioni più povere di colmare il divario, in termini di salute e benessere della popolazione.

Per queste ragioni mi preoccupano molto le proposte politiche che vedono un aumento dei livelli di autonomia delle regioni in tema di sanità. Ciò che rischia di accadere è di fatto una redistribuzione sul territorio delle risorse destinate alla Sanità, proprio in Regioni in cui il SSR è più ricco ed efficiente, con inevitabile impoverimento del sud del Paese, dove già si rileva un sistema in grave crisi. Le maggiori autonomie in ambito sanitario rischiano di creare cittadini sempre più poveri e cittadini cui viene negato il diritto alla salute.

Il tema delle disuguaglianze dovrebbe essere al centro dell'agenda politica, così come il rispetto dell'art. 2 della Costituzione che ricorda alle istituzioni i "doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale" su cui deve fondarsi la vita del paese.

Le autonomie locali devono essere uno strumento che facilita l'erogazione dell'assistenza e non un grimaldello per far saltare il carattere universale, egualitario ed equo del nostro sistema sanitario, una delle grandi conquiste di civiltà del nostro Paese. L'autonomia locale deve diventare autonomia solidale e deve porsi obiettivi di salute, considerando il contenimento della spesa sanitaria come vincolo e non come fine.

In questo contesto i medici sono coloro che grazie alle proprie competenze garantiscono il diritto alla salute dei cittadini. Un diritto che non appartiene allo Stato, ma al cittadino. Il medico - il medico del cittadino e non dello Stato - diventa così colui che è in grado di tutelare questo diritto.

Questa è la rivoluzione che auspico: uno Stato dei Diritti, ove i professionisti, grazie al proprio sapere e alle proprie competenze, calano nella realtà e rendono operativa la democrazia. ■

EDITORIALE

UN ANNO DI LAVORO PER RIPORTARE I MEDICI AL CENTRO DELL'AGENDA POLITICA

L'Ordine di Bari si è dedicato a vari temi: dal rinnovo del contratto della Dirigenza Medica alla violenza contro gli operatori sanitari, dalla formazione dei professionisti al contrasto alle fake news



di FRANCO LAVALLE

Franco Lavallo
Vice-Presidente OMCeO di Bari
lavalle54@gmail.com

Come per prassi, alla fine di ogni anno si fa il bilancio non solo dell'attività svolta dal nostro Ordine, ma anche degli accadimenti che riguardano in generale la sanità.

Partendo dall'ambito nazionale possiamo constatare con nostro grande disappunto che un nuovo anno è trascorso senza che si sia messo mano al rinnovo del contratto di lavoro della Dirigenza Medica.

Le promesse fatte dalla politica sono tante, ma non si sono concretizzate e ci avviamo, mestamente, al decimo anno di vacanza contrattuale. È una follia tutta italiana alla qua-

le nessuno riesce a porre rimedio: non mi sembra, infatti, che vi sia la volontà politica di farlo, né appare evidente una impegnativa azione sindacale, e dei medici tutti, che sappia in maniera consapevole mettere alle strette i nostri governanti.

Lo stato centrale, che ha tutto l'interesse ad operare risparmi di spesa, non riesce a giungere al rinnovo sindacale; eppure la spesa può essere indirizzata ad altri capitoli.

Non ci riescono le regioni, i cui accantonamenti di danaro per i rinnovi contrattuali degli ospedalieri sembrano - questi sì - essere stati utilizzati per altro. ➡➡



Non ci riescono le forze sindacali che, nonostante le buone intenzioni, i sit-in, lo stato di agitazione, lo sciopero programmato, non riescono a chiudere, o meglio a far partire in modo concreto, la trattativa.

La politica non ha alcun rispetto del medico ospedaliero e questa mancata volontà di dargli un contratto sacrosanto ne è la vera dimostrazione.

Quale è la causa di tutto ciò? Forse l'aver creduto che i medici in politica potessero portare a casa dei risultati per la categoria. Ma i riscontri smentiscono questa nostra aspettativa.

Fortunatamente, in un altro settore, quest'anno ci ha regalato una nota positiva: la nomina alla presidenza della Fnomceo del nostro presidente Omceo Bari Filippo Anelli.

Da subito vi è stato un cambio di passo dell'organismo che governa la Professione che, con il passare del tempo, è diventato sempre più autorevole, al punto da sedere con competenza e considerazione ai tavoli degli organismi istituzionali e costituiti per discutere di sanità. Autorevolezza della qua-

le c'era grande necessità per contrastare una visione delle scelte politiche che privilegiava il numero e non la qualità.

Notevole è stato l'impegno del presidente Anelli per contrastare le bordate rivolte alla nostra professione da ogni dove e per affermare il ruolo centrale del medico nell'ambito della Medicina. Lo stesso presidente non ha perso occasione di ribadire ogni volta che ve ne è stata la necessità che solo al medico spetta fare diagnosi e indicare la terapia. All'uopo è in atto un tentativo di scippo di competenze e ruolo da parte di altre professioni sanitarie (il task shifting, favorito dalla politica che così vuole risparmiare sulla spesa sanitaria, ma che non attua la salvaguarda delle competenze mediche ed i diritti del cittadino).

Quest'anno ricorrono i 40 anni del S.S.N. L'impegno dovrà essere non solo celebrativo, ma di difesa dallo smembramento che da più parti si cerca di attuare. Il nostro Sistema Sanitario Nazionale ci viene invidiato da molte nazioni perché, nonostante i risicati finanziamenti ad esso dedicati, riesce a dare

a tutti, anche ai non aventi diritto perché non residenti, il meglio delle prestazioni sanitarie. È tutto fornito attraverso la fiscalità generale. Purtroppo da qualche anno la sanità è diventata una appendice del MEF. Sta a noi tutti, alla Fnomceo, ai cittadini ed alle loro Associazioni, specie quelle dei malati, fare in modo che si trovino sempre i soldi per far funzionare il sistema sanitario universale che tanto bene ha fatto per migliorare la qualità della vita di noi italiani. Questo è l'unico modo che salvaguarda gli indigenti, i cronici, le disabilità. Un diverso sistema metterebbe a rischio non solo il welfare, ma anche la stessa salute dei cittadini non abbienti.

C'è poi, irrisolto, il problema della violenza sugli operatori sanitari e sui medici in particolare. La gente sembra diventata irresponsabile. Ormai contro i medici si sfogano frustrazioni, malessere, povertà e tutto quanto sta peggiorando lo stato sociale. Essere in un pronto soccorso o fare il medico dell'emergenza urgenza (118 o guardia medica che sia) provoca uno stato di angoscia lavorativa, per la quale il medico non è più tranquillo



Diffidate delle "bufale" sul web. Chiedete sempre al medico.



nello svolgere il proprio operato. Questo può portare ad uno stato di insicurezza che modifica il rapporto con l'utente, il quale è sempre più percepito come una persona non grata al medico. Eppure, il medico è un professionista sempre a disposizione della gente, pronto ad aiutarla e a risolvere ogni stato patologico presentato. Nonostante tutto ciò, le persone sono diventate poco inclini a rispettare i professionisti e, molto spesso, pretendono con arroganza prestazioni che hanno scoperto sui vari mezzi di informazione. Nessuna di queste persone si rende conto che la medicina è una cosa seria e che va gestita con competenza e conoscenza delle nozioni scientifiche e non per fare contento il paziente acculturatosi molto spesso con fake news.

Fnomceo e Ordini hanno stigmatizzato con forza questo esacerbarsi di atti violenti verbali, intimidazioni, atti vandalici ed aggressioni fisiche, anche stupri e persino omicidi. Sono state fatte manifestazioni, si è chiesto l'intervento della politica, purtroppo poco si è riusciti ad ottenere.

Non vi è stato alcun cambio significativo delle problematiche evidenziate. Si tratta, ormai, di un fenomeno culturale che si sta presentando anche in altri settori importanti, tipo la scuola. Un malcostume in crescita esponenziale. Sembra che ormai la cosa stia sfuggendo di mano a chi governa il sistema. Speriamo vengano messe in atto azioni più drastiche per chi aggredisce gli operatori sanitari, i docenti, gli indifesi.

Un altro argomento molto importante portato in discussione quest'anno è stato il lavoro per il giovane medico, ma non come rivendicazione di categoria, ma per far so- ➡➡

IL PROBLEMA DELLA VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI RESTA IRRISOLTO. ORMAI CONTRO I MEDICI SI SFOGANO FRUSTRAZIONI, MALESSERE, POVERTÀ E TUTTO QUANTO STA PEGGIORANDO LO STATO SOCIALE. EPPURE, IL MEDICO È UN PROFESSIONISTA SEMPRE A DISPOSIZIONE DELLA GENTE, PRONTO AD AIUTARLA E A RISOLVERE OGNI STATO PATOLOGICO PRESENTATO. LE PERSONE NON SI RENDONO CONTO CHE LA MEDICINA È UNA COSA SERIA E CHE VA GESTITA CON COMPETENZA E CONOSCENZA DELLE NOZIONI SCIENTIFICHE E NON PER FARE CONTENTO IL PAZIENTE ACCULTURATOSI MOLTO SPESSO CON FAKE NEWS.



campeggiato in vari punti della nostra città. Un altro settore dove ci siamo distinti è stata la formazione. Molteplici sono stati gli ambiti specialistici nei quali ci siamo impegnati per mettere a disposizione di tutti i colleghi corsi di aggiornamento e congressi: momenti in cui non solo si è fatta cultura specifica di buon livello, ma sono anche stati messi a disposizione degli iscritti un buon numero di crediti formativi ecm. L'Ordine ha soddisfatto da solo tutte le necessità formative annuali dei colleghi dal punto di vista dei crediti erogati. Si è trattato di un grande impegno economico e di tempo, ma è stato fatto con molta dedizione. In merito ai rapporti con l'istituzione regionale vi è stata sempre grande disponibilità a collaborare nonostante abbiamo mantenuto il nostro ruolo tecnico ed abbiamo fatto valere quando ci è stato richiesto dai colleghi. Un esempio sono state le audizioni effettuate per il problema dell'emergenza urgenza legata all'Areu, come pure quella per la libera professione nella quale siamo stati molto critici nei confronti della proposta di legge del consigliere regionale Amati. Di converso abbiamo valutato con maggior favore la proposta del vicepresidente della 3° commissione (Sanità) Pellegrino che affrontava il problema in modo organico e non colpevolizzava i medici. Entrambe le proposte sono, tuttavia, state ritenute non necessarie qualora si applicasse a fondo il regolamento regionale per le liste di attesa già predisposto nel febbraio 2016 dalla stessa Regione Puglia.

Audizioni sono state effettuate anche sul tema della violenza. A tal proposito lo scrivente si è anche fatto promotore di un incontro tra il Presidente Emiliano e tutti i Presidenti di Omceo della Regione. Oltre al tema della violenza durante l'incontro sono stati affrontati anche altri argomenti di carattere sanitario ma, nonostante le buone intenzioni manifestate, abbiamo dovuto constatare che non si è dato seguito a quanto concordato. I propositi per il nuovo anno sono quelli di stare sempre sul pezzo non dimenticando mai gli impegni che abbiamo preso nei confronti dei colleghi e sui quali ci è stata concessa la loro fiducia.

■

pravvivere la sanità in Italia. Sono molti anni, ormai, che per i soliti motivi economici in varie Asl e ospedali viene operato il blocco del turnover. Le nostre Università continuano a sfornare laureati ai quali non è prospettato alcun futuro lavorativo. Non solo una parte considerevole dei medici neolaureati non entra nelle scuole di specializzazione o nei corsi di medicina generale, ma spesso questi giovani vengono costretti ad emigrare per avere una chance lavorativa. Laureati che sono costati ognuno molte decine di migliaia di euro e che noi mettiamo a disposizione delle altre nazioni in maniera gratuita. Professionisti che come riportano le statistiche e le evidenze sono tra i più preparati al mondo. Porre un freno a questa eresia è sicuramente un bel modo per poter evitare lo sperpero del danaro pubblico e mantenere le eccellenze in Italia.

Per rimanere alle cose di casa nostra, molte sono state le iniziative che ci hanno visti coinvolti in nome e per conto dei colleghi che rappresentiamo.

Innanzitutto vi è stato un grande impegno contro gli atti di violenza e contro le fake news. Tutti ricorderete in proposito i manifesti prodotti dall'Ordine di Bari che hanno

È IN ATTO UN TENTATIVO DI SCIPPO DI COMPETENZE E RUOLO DA PARTE DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE (IL TASK SHIFTING, FAVORITO DALLA POLITICA CHE COSÌ VUOLE RISPARMIARE SULLA SPESA SANITARIA, MA CHE NON ATTUA LA SALVAGUARDIA DELLE COMPETENZE MEDICHE ED I DIRITTI DEL CITTADINO)

LA MEDICINA

com'era...



SCRIBONIO LARGO E IL POTERE DELLA TORPEDINE

Prodotti igienici, dentifrici (usati e testati da Messalina e Ottavia), colliri, consigli per il mal di testa, miele contro i problemi del fegato. C'è questo e molto altro nelle Ricette Mediche (Compositiones) di Scribonio Largo, un autore latino vissuto durante il principato di Claudio.

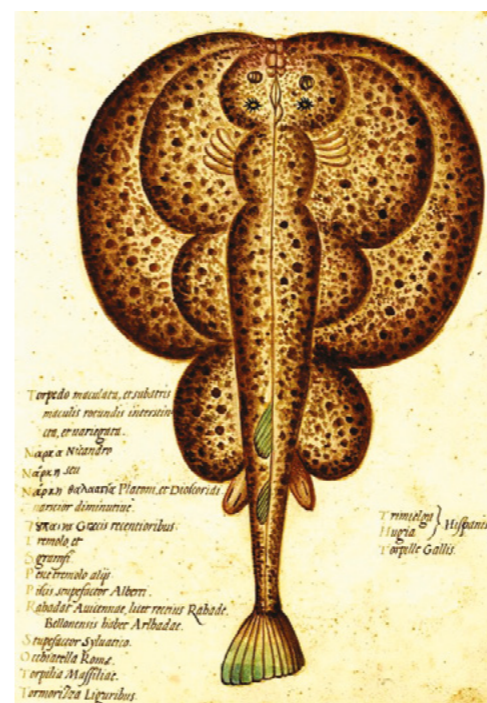
L'opera è composta da 271 testi che contengono consigli per risolvere svariati problemi di salute. Nelle sue Compositiones lo scrittore, che fu anche medico militare (seguì il principe Claudio nella spedizione britannica del 43 d.C.) si impegna ad elencare oltre 250 vegetali diversi che, in dosaggi precisi e prestabiliti, possono offrire un rimedio ai malanni del corpo. Tra questi consigli medici spicca, per l'assoluto valore di intuizione, il riferimento all'uso della torpedine in funzione analgesica e antiinfiammatoria.

La torpedine è un pesce piatto, di forma rotonda, che dispone di un particolare potere. Ai lati del suo corpo è presente un organo elettrogeno, formato da circa 500 dischi cartilaginei immersi in un gel dalle particolari proprietà biochimiche. Grazie a questo organo, la torpedine è capace di stordire i piccoli pesci che intende mangiare, generando scariche elettriche.

Scribonio colse il valore che questa capacità avrebbe potuto

avere nella cura di alcuni fastidi, come il mal di testa, e ne sperimentò l'uso terapeutico. A lui si deve il merito di aver descritto le applicazioni della torpedine, illustrando anche i risultati raggiunti.

Solo molti secoli dopo, partendo da questa idea, si realizzarono esperimenti con l'energia elettrica.



LUIGI GALVANI E L'ELETTRICITÀ BIOLOGICA

Gli esseri viventi possiedono un'elettricità intrinseca prodotta dal cervello, propagata tramite i nervi e immagazzinata nei muscoli. Partendo da questa convinzione fece molti esperimenti Luigi Galvani, fisico, fisiologo e anatomista bolognese vissuto tra 1737 e 1798, e oggi ricordato per la scoperta dell'elettricità biologica e di alcune sue applicazioni, come la cella elettrochimica, il galvanometro e la galvanizzazione.

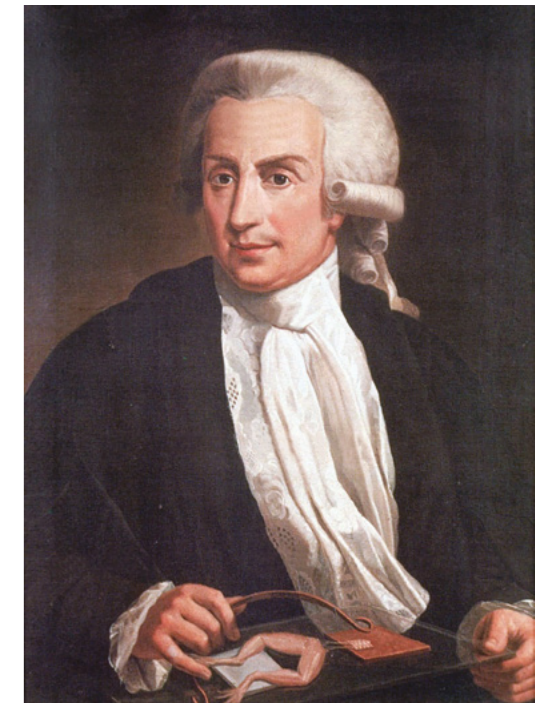
Galvani dedicò la sua carriera di studioso a dimostrare l'esistenza di una relazione fra elettricità e vita, e condusse numerosi esperimenti sulle rane, per osservare il movimento dei muscoli in relazione alla carica elettrostatica con cui venivano toccati.

Negli ultimi anni, pur essendosi ritirato a vita privata, Galvani continuò a condurre esperimenti nel suo laboratorio domestico e sotto il governo napoleonico fu iscritto nel registro dei "professori emeriti".

Anche sulla base dei suoi studi sono stati elaborati dei sistemi ampiamente utilizzati dalla moderna medicina, che oggi adoperava varie terapie a base di corrente elettrica. Tra queste la galvanoterapia, il cui nome rimanda appunto a Luigi Galvani, cioè l'elettroterapia eseguita con corrente galvanica.

A seconda dell'intensità della corrente erogata, la galvanoterapia può alleviare o eliminare disturbi nevralgici o mialgici, migliorare l'irrorazione sanguigna, aumentare l'eccitabilità motoria. Attualmente essa è impiegata in ortopedia e neurologia per il trattamento dell'artrite o per le alterazioni del sistema muscolo-scheletrico.

Più recente è invece l'uso di energia elettrica galvanica nel trattamento del cancro.



STORIA DI COPERTINA

PAZIENTI PER SEMPRE? LE DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO ALLE CURE TRA NORD E SUD

Sono passati 40 anni dall'istituzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale, che con il suo carattere universale, equo e solidale rappresenta una grande conquista di civiltà del nostro Paese e una delle eccellenze italiane. Eppure, il diritto alla salute non si cala in modo uguale su tutto il territorio italiano. Permangono infatti profondi divari tra Nord e Sud del Paese, oltre che tra centro e periferie e tra fasce della popolazione con livelli socio-culturali differenti. Secondo il rapporto Svimez 2018, gli indicatori sugli standard dei servizi pubblici documentano un ampliamento dei divari Nord-Sud, con particolare riferimento proprio al settore dei servizi socio-sanitari. Anche escludendo la spesa previdenziale, l'ammontare della spesa pubblica complessiva consolidata si presenta significativamente più basso nel Mezzogiorno, mentre i dati sulla mobilità ospedaliera interregionale sono la fotografia più chiara delle carenze del sistema ospedaliero meridionale e della lunghezza dei tempi di attesa per i ricoveri. Si verifica sempre più spesso, soprattutto nel Mezzogiorno, che l'insorgere di patologie gravi costituisca una delle cause di impoverimento delle famiglie: in Italia, nel 2015, l'1,4% delle famiglie italiane si è impoverito per sostenere le spese sanitarie non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale.



NOTIZIARIO | Numero 3/2018
Rivista dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della Provincia di Bari

Registrata al Tribunale di Bari n. 50
del 7/8/1976
Anno 2018 - Num. 3

Direttore Responsabile
Filippo Anelli

Direzione
Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della Provincia di Bari
70126 Bari - Via Capruzzi, 184
Tel. 080-5566855 - 080-5575512
080-5426521 - 080-5560212
Fax 080-5427063
info@omceo.bari.it
www.omceo.bari.it

Responsabile di Redazione
Filippo Anelli

Comitato di Redazione
Filippo Anelli, Franco Lavallo,
Alessandro Nisio,
Nicola Achille,
Giuseppe D'Auria

**Consiglio dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Bari**

Anelli Filippo, *Presidente*
Lavallo Franco, *Vice-Presidente*
D'auria Giuseppe, *Segretario*
Achille Nicola, *Tesoriere*
Amendola Antonio, *Consigliere*
De Fazio Michele, *Consigliere*
Bufano Gaetano, *Consigliere*
Scalera Pietro, *Consigliere*
Russo Roberto, *Consigliere*
Liguori Patrizia, *Consigliere*
Ciraci Giuseppe, *Consigliere*
Iannuzziello Donato Rosario, *Consigliere*
Grasso Giuseppina, *Consigliere*
Schavone Salvatore, *Consigliere*
Stellacci Giandomenico, *Consigliere*
Ladisa Roberta, *Consigliere*

Collegio dei Revisori dei Conti

Di Bari Sebastiano, *Presidente*
Guerra Rocco, *Revisore*
Maurogiovanni Giovanni, *Revisore*
Monteduro Mariantonietta,
Rev.supplente

Commissione Odontoiatri

Nisio Alessandro, *Presidente*
Achille Nicola, *Componente*
Cirulli Nunzio, *Componente*
Guerra Belinda, *Componente*
Nuzzolese Emilio, *Componente*

Redazione e pubblicità
Kibrit & Calce

Progetto grafico, editoriale e stampa
Kibrit & Calce

Associato all'USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Contributi fotografici
Foto Banca Immagine

Hanno collaborato:

Filippo Anelli, Franco Lavallo,
Maurizio Benato, Roberta Franceschetti,
Angela Lomoro, Alessandro Nisio,
Giampiero Malagnino, Belinda Guerra,
Nicola Achille, Michele Cassetta,
Nunzio Cirulli, Agnese Maria Fioretti,
Giancarlo Tricarico

IN EVIDENZA

Secondo il Rapporto SVIMEZ 2018 le persone in povertà assoluta sono salite nel 2017 poco sopra i 5 milioni, di cui quasi 2,4 milioni nel solo Mezzogiorno (8,4% dell'intera popolazione in Italia e l'11,4% al Sud). Le famiglie in povertà assoluta nel 2016 erano 700 mila nel Mezzogiorno, sono divenute 845 mila nel 2017, l'incidenza sul totale delle famiglie dell'area è passata dall'8,5% al 10,3%, valore circa doppio di quello del Nord (5,4%). La povertà riguarda sempre più i giovani: la quota di famiglie in povertà assoluta raggiunge nel caso di capo famiglia under 35 anni il 14,8%, 4 punti in più del 2014.

SOMMARIO

EDITORIALE

3. SSN: 40 anni di civiltà e persistenti inuguaglianze di Filippo Anelli

EDITORIALE

7. Un anno di lavoro per riportare i medici al centro dell'agenda politica di Franco Lavallo

11. LA MEDICINA COM'ERA

14. NOTIZIE IN PILLOLE

16. PROFESSIONE MEDICINA di Maurizio Benato

DATI E RICERCHE

20. Povertà sanitaria: fotografia del rapporto Svimez 2018 a cura della Redazione

22. NOTIZIE DALLA FNMOCeO

PROFESSIONE

26. Basta con la violenza! a cura dell'Ufficio Stampa Fnomceo

COMUNICAZIONE

32. Prima di aggredire, pensa di Roberta Franceschetti

LIFELONG LEARNING

36. Gli esami non finiscono mai: anche per i medici la formazione è continua di Angela Lomoro

SISTEMA SANITARIO

40. Liste d'attesa senza fine a cura della Redazione

SERVIZIO 118

45. La nuova AREU salverà una sanità in emergenza? a cura della Redazione

PROGRAMMAZIONE

48. A.A.A medico cercasi a cura della Redazione

PREMI

52. Caduceo d'oro a Filippo Anelli di Roberta Franceschetti



SPAZIO ODONTOIATRIA

56. Identikit di una professione: lo scenario della futura odontoiatria di Alessandro Nisio

58. Enpam investe sugli odontoiatri: così i contributi diventano pensione di Giampiero Malagnino

60. Dalla privacy alla fatturazione elettronica: i nuovi obblighi dell'odontoiatria di Belinda Guerra

62. Pubblicità e comunicazione sanitaria: le regole per un'informazione di qualità di Nicola Achille

64. Medici al tempo del marketing: oltre la promozione c'è di più di Michele Cassetta

67. Novità sugli obblighi di Educazione Continua in Medicina (ECM) di Nunzio Cirulli

FOTORACCONTO

68. Sanità militare: un impegno lungo quasi due secoli di Roberta Franceschetti

VACCINI

79. L'Ordine e i primi cittadini sull'obbligo vaccinale: sulla scienza non si discute di Roberta Franceschetti

CONVEGNI

82. Donne in gravidanza: tutti i benefici derivanti dalla profilassi a cura della Redazione

SENSIBILIZZAZIONE

84. Cura di coppia a cura della Redazione

MEDICINA AL FEMMINILE

87. Donne medico: perché poche carriere apicali? di Agnese Maria Fioretti

89. LE PAGINE DELLENPAM

MEDICINA IN TV

90. Alice: una giovane specializzanda divisa tra medicina legale e dilemmi d'amore di Angela Lomoro



92. ARTE & MEDICINA

94. NOTIZIE DAL MONDO

96. NOTIZIE DALL'AIFA a cura di Giancarlo Tricarico

98. THERE'S AN APP FOR THAT!

SPINA BIFIDA: AL SAN RAFFAELE DI MILANO DONNA OPERATA CON UNA NUOVA TECNICA



L'équipe di ginecologici e neurochirurghi dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano ha eseguito, con successo, un intervento di correzione completa neurochirurgica della spina bifida fetale in utero, su una paziente alla 22esima settimana di gestazione.

La spina bifida è un difetto congenito causato dalla chiusura incompleta di una o più vertebre; può estendersi per pochi o molti centimetri, arrivando a toccare una vasta porzione della colonna vertebrale. Tra le conseguenze della spina bifida, ci sono varie disabilità motorie e funzionali come la perdita della mobilità degli arti inferiori, la difficoltà nel controllo degli sfinteri e altre complicazioni neurologiche.

Per questo delicatissimo intervento, l'équipe del San Raffaele ha utilizzato una tecnica mai usata prima in Europa, non invasiva e volta a garantire la protezione del feto.

Attraverso una piccola incisione dell'utero, i medici sono entrati nel

sacco amniotico e hanno esposto il dorso fetale con la malformazione, eseguendo la correzione totale.

SCLEROSI MULTIPLA: INDIVIDUATI NUOVI FATTORI GENETICI

Un nuovo studio dell'International Multiple Sclerosis Genetics Consortium (IMSGC), coordinato per l'Italia dall'Università Statale di Milano e dall'Università del Piemonte Orientale, insieme all'Ospedale San Raffaele di Milano, ha permesso di individuare nuovi fattori genetici per la Sclerosi Multipla (SM). Il lavoro - pubblicato sulla rivista Cell - ha permesso di individuare, attraverso la tipizzazione genetica di 68 mila persone affette da Sclerosi Multipla (SM) e controlli sani, sette varianti rare associate al rischio di malattia in grado di alterare la sequenza proteica di sei geni coinvolti nel controllo del sistema immunitario, confermando che la Sclerosi Multipla sia causata da una alterazione del sistema immunitario.



ASMA GRAVE: COLPITI 300MILA ITALIANI, UNO SU 3 È UNDER 14

300mila italiani sono affetti da asma grave; tra questi, uno su tre ha meno di 14 anni. È quanto emerge da una nota dell'Associazione Allergologi Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri (Aaiito).

Negli ultimi anni, l'asma ha assunto caratteristiche di diffusione e gravità preoccupanti, sia in termini di morbilità che di mortalità. Si stima che solo in Italia l'incidenza dell'asma



sia pari al 4,5% della popolazione, ossia circa 2,6 milioni di persone coinvolte. In molti casi l'asma è causata dalla presenza di una o più allergie.

L'asma grave, invece, coinvolge circa il 10% della popolazione complessiva di asmatici. Se non viene curato e trattato adeguatamente, questo tipo di asma può avere un impatto decisivo sulla vita delle persone che ne sono affette, compor-

tando varie conseguenze tra cui limitazioni all'attività fisica e disturbi del sonno.

OBESITÀ INFANTILE: RISCHIO MAGGIORE AL SUD

Molise, Campania e Calabria. Sono queste le regioni italiane dove vive il maggior numero di bambini a rischio sovrappeso e obesità. Il dato, che in realtà si estende a tutto il Sud, emerge da un rapporto redatto dall'associazione Helpcode che si occupa dei diritti dei bambini e dall'Istituto pediatrico genovese Giannina Gaslini.

Il rapporto evidenzia che in Italia il 21,3% dei bambini è in sovrappeso e il 9,3% risulta obeso.

Gli ulteriori dati sulle abitudini alimentari approfondiscono la situazione. Si legge, infatti, che ben l'8% dei bambini italiani salta la prima colazione e il 33% la fa inadeguata, il 53%, invece, consuma una merenda troppo abbondante. Ancora: il 20% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura, mentre durante la giornata il 36% di bambini sceglie ogni giorno bevande zuccherate gassate.

Guardando all'Europa, l'Italia si colloca al secondo posto in Europa per diffusione dell'obesità infantile tra i

maschi (21%) e al quarto per quella femminile (14%).

SMILE: AL VIA IL PROGRAMMA PER PREVENIRE IL TUMORE AI POLMONI

Il tumore al polmone fa registrare oltre 41mila casi ogni anno in Italia. A 5 anni dalla diagnosi, la sopravvivenza è solo del 16%. Questo tumore è infatti il più aggressivo, dopo quello all'esofago e al pancreas. La prevenzione e una diagnosi precoce, però, permettono di agire per ridurre l'infiammazione cronica.

In quest'ottica si inserisce "Smile", il primo programma gratuito di prevenzione primaria e diagnosi precoce del tumore al polmone, realizzato a Milano dall'Istituto nazionale dei tumori. Il progetto intende coinvolgere persone di età compresa tra i 55 e i 75 anni che siano forti fumatori, con un consumo medio di 20 sigarette al giorno per 30 anni, ma anche ex fumatori che lo siano da meno di dieci anni. L'obiettivo è individuare interventi efficaci da affiancare alla cessazione del fumo per ridurre bene e in fretta l'infiammazione cronica. Smettendo di fumare, infatti, si abbassano i livelli di



proteina-C reattiva, un marcatore importante dell'infiammazione acuta o cronica, che si associa a un alto rischio di mortalità per malattie croniche polmonari, cardiovascolari e per molti tumori.

TUMORE ALLO STOMACO. CRESCE L'INCIDENZA

Sono quasi 13 mila i nuovi casi ogni anno in Italia di tumore allo stomaco, compresi anche quelli della giunzione del cardias, tanto che questa patologia rappresenta l'ottava neoplasia più diffusa nell'uomo e la sesta nella donna, con una preva-



lenza complessiva di circa il 5% di tutti i tumori. Se ne è discusso a novembre a Napoli al 3° Convegno nazionale "Tumore gastrico, una sfida da vincere insieme". "Il tumore allo stomaco - dichiara Antonio Avallo, direttore dell'Oncologia Medica Addominale dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS, Fondazione Pascale di Napoli - ha una diffusione più elevata al Nord (con circa 34 nuovi casi per 100 mila abitanti fra gli uomini, e 18 nelle donne), aumentata del 10% al Centro (con 40 casi per 100 mila abitanti e 20 per le donne) e più ridotta al Sud, con 25 casi per 100 mila abitanti per gli uomini e 13 per le donne. L'alimentazione, associata a sovrappeso e obesità, è il primo fattore che 'nutre' lo sviluppo della malattia, insieme all'infezione cronica da Helicobacter. ■



LA "RAGIONE MEDICA": UN ELEMENTO COSTITUTIVO DELLA PROFESSIONE

MEDICINA E FILOSOFIA HANNO STRETTO RELAZIONI NEL CORSO DEI SECOLI. OGGI I MEDICI HANNO IL COMPITO DI DIVERSIFICARE IL PROPRIO METODO, ACCOGLIENDO LA PROSPETTIVA DELLA COMPLESSITÀ PER COMPRENDERE LA NATURA INTERPRETATIVA ED ERMENEUTICA DEL PROCESSO CLINICO.

I medici oggi sono sotto attacco non tanto per una "dominanza" in ambito sanitario che non hanno da tempo, ma per la "ragione medica"

elemento costitutivo e peculiarità dell'autonomia professionale. La "ragione medica" è il punto di arrivo delle lente trasformazioni e dei bruschi mutamenti delle teorie e delle pratiche mediche, in cui sono considerate essenziali le relazioni che legano le conoscenze mediche alle mentalità, alla filosofia e alle diverse scienze e tecniche. Oggi la logica del pensiero medico incorre in critiche non solo sul piano teorico e di indagine storica, ma anche sul piano pratico. Credo che sia nostro compito, pertanto, prima ancora che ce lo chieda la società, ripensare le condizioni della malattia e della cura

in funzione della prassi sul piano della razionalità della conoscenza e di tutto quanto concerne l'attualità dell'essere e della persona.

Ricordo al lettore che nel corso della storia molti sistemi epistemologici medici si sono alterna-

ti, cito solo nell'epoca scientifica: il paradigma anatomo-clinico di Giovanbattista Morgagni cui è seguito quello cellulo-fisiopatologico di

R.Virchow, fino all'attuale paradigma molecolare.

Oggi la biologia molecolare, diretta erede della genomica, è considerata la base interpretativa di ogni fenomeno cellulare e fisiopatologico dove le scienze "omiche" che costituiscono la scienza post-genomica (trascrittomica, proteomica, metabolomica) stanno rivoluzionando l'approccio alla biologia e allo studio delle malattie modificando in toto il pensiero biologico.

Se i sistemi biologici erano paragonati e messi in relazione allo sviluppo delle conoscenze che caratterizzavano il singolo periodo

storico - per esempio negli ultimi tre secoli alla meccanica di un orologio nel diciottesimo secolo, alle macchine termodinamiche nel diciannovesimo secolo, ai computer digitali guidati da porte logiche nel secolo appena trascorso

DI FRONTE AD UNA MEDICINA CHE NON PUÒ CHE ESSERE SCIENTIFICAMENTE PERSONALIZZATA, IL MEDICO SI RITROVA GLI STESSI PROBLEMI DEL CLINICO DI FINE OTTOCENTO. SONO PERTANTO ANCORA VALIDI I RICHIAMI DI AUGUSTO MURRI PER CUI «LA CRITICA È CERTO LA PIÙ FONDAMENTALE DOTE DELLO SPIRITO, PERCHÉ LA PIÙ EFFICACE PROFILASSI DELL'ERRORE».



a cura di
MAURIZIO BENATO
Componente Centro
studi FNOMCeO
benatodr.maurizio@virgilio.it

L'ERMENEUTICA

L'ERMENEUTICA È UNA TECNICA CONSISTENTE NELL'INTERPRETARE IL SENSO DI TESTI ANTICHI, LEGGI, DOCUMENTI STORICI. IN CAMPO FILOSOFICO, IL TERMINE HA ASSUNTO UNA PARTICOLARE IMPORTANZA NEL NOVECENTO, GRAZIE AL PENSIERO DI FILOSOFI COME SCHLEIERMACHER E SI È ESTESO AD INDICARE QUALCOSA DI PIÙ COMPLESSO RISPETTO ALLA SOLA INTERPRETAZIONE DEI TESTI, MIRANDO A RICOSTRUIRE PIUTTOSTO LA MENS AUCTORIS.

- oggi, nel mondo governato dal world-wide-web (www), si è arrivati a rappresentare i sistemi biologici come un "network".

Basti pensare al 98% di DNA presente nell'uomo e definito spazzatura fino a poco tempo fa e che oggi è ritenuto sede di regolazione per quel 2% di DNA attivo che ci caratterizza (epigenetica) e che rende ognuno di noi una unità biologica unica e irripetibile.

Se oggi l'uomo appare alla scienza un insieme coordinato di strutture e di funzioni molecolari altamente complesse, già questa cognizione di complessità strutturale biologica presuppone un piano strategico organicistico per la conoscenza oggettiva e se si aggiunge l'au-

tocoscienza di ogni individuo, il concetto di complessità, già presente a livello biologico, diventa ancora più complesso di quanto può apparire dagli enunciati.

Pertanto il passaggio di questo inizio di millennio è come una "moviola" che ripercorre in breve tempo il lungo percorso di costruzione paradigmatica del pensiero medico in cui, al pre-scientifico che precede lo scientifico, segue oggi il post-scientifico che sta elaborando un'idea molto più complessa di scienza rispetto a quella positivista fino ad oggi vigente.

Di fronte ad una medicina che non può che essere scientificamente personalizzata, il medico si ritrova gli stessi problemi del clinico di ➡



fine Ottocento (vedi tabella) e sono pertanto ancora validi i richiami di Augusto Murri per cui «la critica è certo la più fondamentale dote dello spirito, perché la più efficace profilassi dell'errore».

Oggi il procedimento clinico sta acquistando una nuova dimensione, dopo qualche decennio di tentativi di marginalizzazione, in cui si è mortificato l'incontro epistemico con la singolarità del paziente.

Si scopre l'importanza della "conoscenza clini-

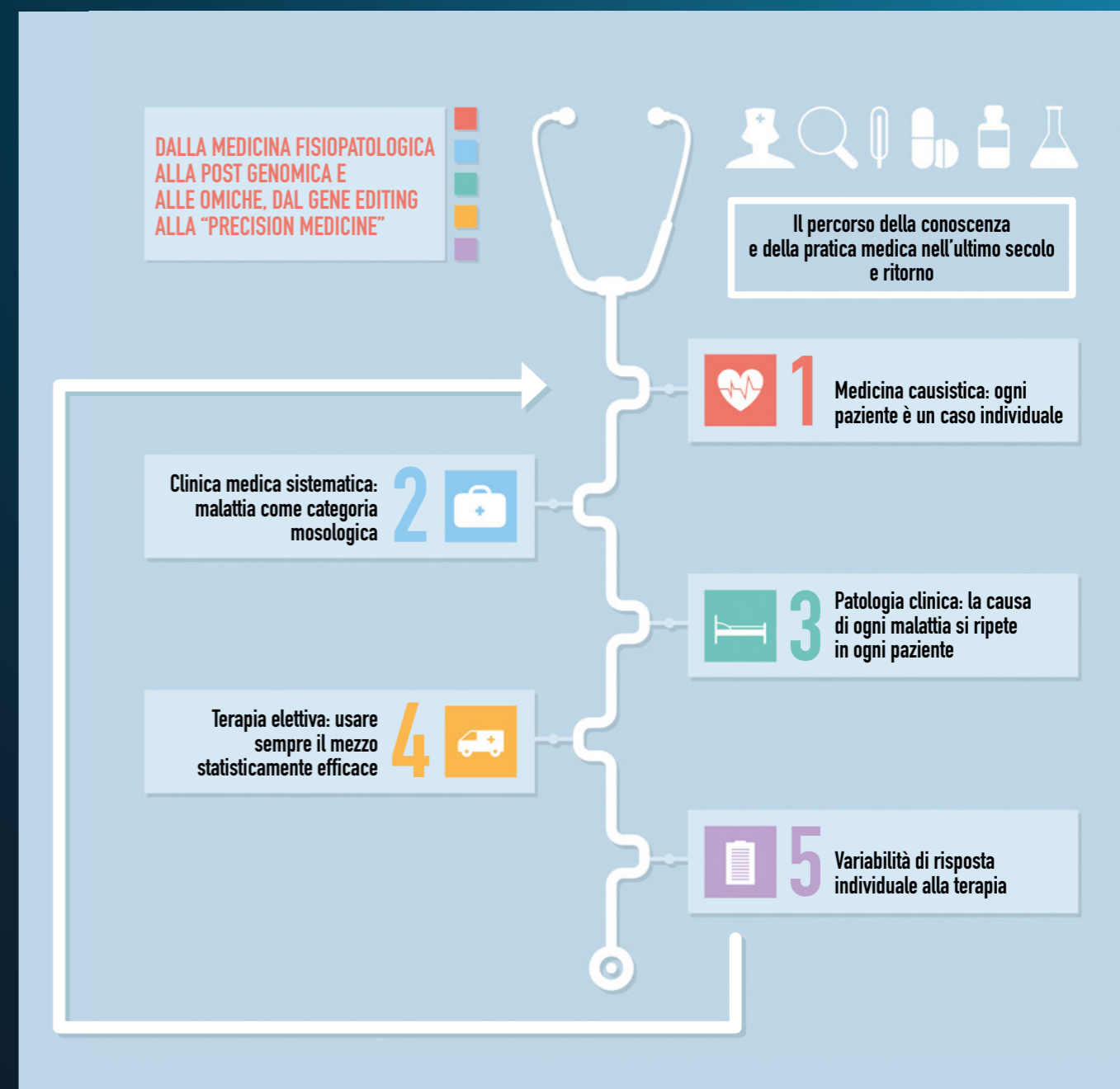
ca" rispetto all'"approccio biomedico", che viene confinato ad un livello in cui solo domande e fenomeni, controllati attraverso la misurazione e la quantificazione, sono ritenuti significativi. Le conoscenze di ordine generale, tradotte in termini pratici dalla EBM, non hanno risolto i problemi che intendevano affrontare, quali i pregiudizi, l'occultamento di inefficacia o l'orientamento preconstituito delle prove di efficacia. Eppure ci si è lasciati guidare dalla assolutezza nosografica che ignora i fatti individuali e da una impostazione nomotetica del pensiero. Questa impostazione tipica del ragionamento metodologico scientifico implica, infatti, la costruzione di classi di equivalenze, di gerarchie, di categorie secondo un processo verticale di subordinazione e di sovraordinazione, ma si presta male alla comprensione del paziente perché sacrifica la comprensione all'estensione, la ricchezza al rigore eliminando le interferenze dovute all'unicità e all'irripetibilità del malato. Oggi ci rendiamo conto che tutto questo è in contrasto con gli stessi sviluppi della conoscenza scientifica, in cui l'indagine genetica spinge

ora verso la ricerca di farmaci e terapie tarate sulle differenze individuali con l'obiettivo di potenziare al massimo l'efficacia della cura sul singolo. La "personalizzazione" della medicina o in termini anglosassoni "Precision Medicine" ci ripropone vecchi problemi che sembravano risolti ed emerge una nuova ontologia del paziente, in cui la medicina arranca nella sua tassonomia per l'incapacità di raggiungere quel momento di sintesi, tipico della diagnosi, tra identificazione di elementi clinici e malattia.

In questo passaggio, pochi si sono accorti di come l'evoluzione scientifica ci conduca sempre di più dentro ai classici domini della riflessione filosofica (logica, estetica, ontologia, etc), perché i problemi logici e ontologici, che oggi ci vengono proposti dalla scienza, richiedono una normazione non solo metodologica ma anche interpretativa (ermeneutica) per comprendere il concetto di irripetibilità biologica di ciascuno di noi. La riflessione filosofica in ambito medico, allora, si sviluppa non più come una giustapposizione esterna, come lo è stato fino a qualche anno fa, facoltativa ed estranea al metodo scientifico stesso, ma - dall'interno della stessa medicina - quale problema scientifico, per superare le contraddizioni interne nel riconoscere l'identità del paziente.

L'unione di medicina e filosofia da sempre poi ha favorito l'interpretazione dei fatti umani ricercando le leggi relative alla conoscenza relazionale del singolo caso (medicina quale scienza ideografica) e ricostruendo la storia basata sull'intenzionalità degli attori e sulla sensibilità al contesto. Un pensiero che affonda nella storia e che oggi aiuta la scienza medica e la clinica e si impegna a cercare la logica delle azioni umane e a costruire un modello interpretativo delle stesse. La ragione medica fonda oggi pertanto la sua cultura nella prospettiva della com-

L'unione di medicina e filosofia da sempre poi ha favorito l'interpretazione dei fatti umani ricercando le leggi relative alla conoscenza relazionale del singolo caso (medicina quale scienza ideografica) e ricostruendo la storia basata sull'intenzionalità degli attori e sulla sensibilità al contesto. Un pensiero che affonda nella storia e che oggi aiuta la scienza medica e la clinica e si impegna a cercare la logica delle azioni umane e a costruire un modello interpretativo delle stesse. La ragione medica fonda oggi pertanto la sua cultura nella prospettiva della complessità per la comprensione del ragionamento clinico e della presa di decisione.



plessità per la comprensione del ragionamento clinico e della presa di decisione.

È una cultura che fa valere le istanze della molteplicità e della differenza mettendosi alle spalle definitivamente il sogno di un'unica verità, di un'unica fede e di un unico sistema di valori. È riconosciuta la natura fondamentale interpretativa, ermeneutica del processo clinico.

Dovere morale del medico, di fronte alla scelta di sacrificare l'ontologia del malato alla generalizzazione che la conoscenza scientifica impone, all'oggettività dell'indagine che le scienze della natura richiedono, è oggi saper diversificare il metodo mentre si muove tra singolarità, esemplarità, irriducibilità dell'individuale rispetto alla generalizzazione.

POVERTÀ SANITARIA: FOTOGRAFIA DEL RAPPORTO SVIMEZ 2018

Secondo il quadro riportato dall'Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno, gli indicatori sugli standard dei servizi pubblici documentano un ampliamento dei divari Nord-Sud, con particolare riferimento proprio al settore dei servizi socio-sanitari.

A cura della REDAZIONE

I dati sulla mobilità ospedaliera interregionale sono la fotografia più chiara delle carenze del sistema ospedaliero meridionale

Secondo il Rapporto SVIMEZ 2018 le persone in povertà assoluta sono salite nel 2017 poco sopra i 5 milioni, di cui quasi 2,4 milioni nel solo Mezzogiorno (8,4% dell'intera popolazione in Italia e l'11,4% al Sud).

Le famiglie in povertà assoluta nel 2016 erano 700 mila nel Mezzogiorno, sono divenute 845 mila nel 2017, l'incidenza sul totale delle famiglie dell'area è passata dall'8,5% al 10,3%, valore circa doppio di quello del Nord (5,4%). La povertà riguarda sempre più i giovani: la quota di famiglie in povertà assoluta raggiunge nel caso di capo famiglia under 35 anni il 14,8%, 4 punti in più del 2014. Gli indicatori sugli standard dei servizi pubblici documentano un ampliamento dei divari Nord-Sud, con particolare riferimento proprio al settore dei servizi socio-sanitari, che maggiormente impattano sulla qualità della vita e incidono sui redditi delle famiglie. La cittadinanza "limitata", connessa alla mancata garanzia di livelli essenziali di prestazioni, incide sulla tenuta sociale dell'area e rappresenta il primo

vincolo all'espansione del tessuto produttivo. Ancora oggi al cittadino del Sud, nonostante una pressione fiscale pari se non superiore per effetto delle addizionali locali, mancano (o sono carenti) diritti fondamentali: in termini di vivibilità dell'ambiente locale, di sicurezza, di adeguati standard di istruzione, di idoneità di servizi sanitari e di cura per la persona adulta e per l'infanzia.

Anche escludendo la spesa previdenziale, che di per sé produce una accentuazione del divario suddetto, l'ammontare della spesa pubblica complessiva consolidata, intesa come spesa di Amministrazioni centrali e territoriali, si presenta significativamente più basso nel Mezzogiorno: 6.886 euro per abitante nel 2016 contro i 7.629 euro del Centro-Nord. Per effetto delle variazioni di segno opposto registrate tra il 2007 ed il 2016 (-2,3% per il Mezzogiorno; +2,2% per il Centro-Nord), la spesa pro capite della P.A. (al netto di quella previdenziale) nell'area meridionale ha rappresentato nel 2016 il 90,3% del livello del Centro-Nord, a fronte del

94,5% registrato nel 2007.

Più in generale, l'intero comparto sanitario presenta livelli di prestazioni che sono al di sotto dello standard minimo nazionale, come dimostra la griglia dei Livelli Essenziali di Assistenza nelle regioni sottoposte a Piano di rientro: Molise, Puglia, Sicilia, Calabria e Campania, le quali, sia pur con un recupero negli ultimi anni, risultano ancora inadempienti su alcuni obiettivi fissati. I dati sulla mobilità ospedaliera interregionale sono la fotografia più chiara delle carenze del sistema ospedaliero meridionale, soprattutto in alcuni specifici campi di specializzazione, e della lunghezza dei tempi di attesa per i ricoveri. Il saldo netto di ricoveri extra-regionali dalle regioni meridionali ha raggiunto nel 2016 le 114 mila unità, con la conseguenza di un cospicuo trasferimento di risorse dal Sud verso Nord. I lunghi tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e ambulatoriali è anche alla base della crescita della spesa sostenuta dalle famiglie, con il conseguente impatto negativo sui redditi. Strettamente collegato a ciò è il

PERSONE IN POVERTÀ ASSOLUTA (2017)

5 MILIONI (8,4% DELL'INTERA POPOLAZIONE IN ITALIA)

10,3%

della popolazione del Sud, contro il

5,4%

della popolazione del Nord

SPESA PUBBLICA PER ABITANTE (2016)*

6.886

euro al Sud

7.629

euro nel Centro-Nord

(-2,3% per il Mezzogiorno; +2,2% per il Centro-Nord)
*Al netto della spesa previdenziale

IMPOVERIMENTO DELLE FAMIGLIE ITALIANE PER SPESE SANITARIE OUT OF POCKET (2015)

1,4%

Totale famiglie italiane

3,8% IN CAMPANIA

2,8% IN CALABRIA

2,7% IN SICILIA

fenomeno della cosiddetta "povertà sanitaria", secondo il quale si verifica sempre più frequentemente, soprattutto nel Mezzogiorno, che l'insorgere di patologie gravi costituisca una delle cause di impoverimento delle famiglie: in Italia, nel 2015, l'1,4% delle famiglie italiane si è impoverito nel 2015 per sostenere le spese sanitarie non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale; nelle regioni meridionali la percentuale sale significativamente, raggiungendo il 3,8% in Campania, il 2,8% in Calabria, il 2,7% in Sicilia.

LA SANITÀ È CONTRO IL RAZZISMO: I MEDICI RISPETTINO LA DEONTOLOGIA

«Nessuna forma di razzismo può essere ammessa in un sistema sanitario nazionale». Il duro monito arriva dal presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo), Filippo Anelli, in seguito a un episodio avvenuto in una Asl di Giulianova (Teramo). Un paziente senegalese, residente in Italia dal 2000, sarebbe stato respinto a male parole da un impiegato al quale aveva chiesto informazioni.

Il presidente Anelli ha ribadito che tutti i medici hanno l'obbligo di rispettare sempre il giuramento professionale. Già nel 400 a.C., infatti, i medici giuravano di prestare sollievo ai malati, uomini o donne, liberi o schiavi. Del resto, «doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera». Così recita il Codice deontologico che tutti i medici hanno il dovere di rispettare e far rispettare.



INPS, LA FNOMCEO SCRIVE AI MINISTRI: STABILIZZARE I MEDICI FISCALI E I MEDICI CONVENZIONATI ESTERNI

Stipulare in tempi brevi l'Accordo Collettivo nazionale per disciplinare il rapporto di lavoro tra l'INPS e i medici fiscali, e stabilizzare i medici convenzionati esterni che collaborano con l'Istituto, svolgendo tutti gli adempimenti medico legali in ambito assistenziale e previdenziale di competenza dei Centri medico legali. Sono i due appelli che la Fnomceo ha presentato con una lettera al Vicepresidente del Consiglio e Ministro dello sviluppo economico e del lavoro e delle politiche sociali Luigi Di Maio, al Ministro della Salute Giulia Grillo e a quello della Pubblica Amministrazione Giulia Bongiorno. La questione dei medici fiscali è aperta da tempo. Dal 1° settembre 2017 ha preso il via il Polo unico per le Visite Mediche di Controllo, che attribuisce all'INPS la competenza esclusiva ad effettuare visite fiscali, sia su richiesta dei datori di lavoro (pubblici e privati), sia d'ufficio. Questa innovazione avrebbe dovuto portare con sé, secondo quanto previsto anche dall'atto d'indirizzo del 2 agosto 2017, una completa rimodulazione della disciplina che regola il rapporto tra l'Inps e i medici fiscali, tramite la stipula, che ad oggi non è avvenuta, di un Accordo Collettivo nazionale.

Si perpetra così la situazione ingiusta che vede i 1200 medici fiscali Inps, dopo oltre 25 anni di attività, ancora privi di una stabilità d'incarico e di quelle tutele presenti in tutte le convenzioni del Servizio sanitario nazionale.

Da qui la richiesta della Fnomceo: «La FNOMCeO rileva – si legge nella lettera - che appare urgente la completa rimodulazione della vigente disciplina che regola il rapporto dei medici fiscali, attraverso la ridefinizione, secondo criteri che ne garantiscano la stabilità, della natura giuridica del rapporto di collaborazione in essere dei medici iscritti nelle liste speciali costituite dall'INPS e specificatamente l'instaurazione di un rapporto di lavoro di tipo convenzionale con stabilità di incarico tra INPS ed i medici iscritti nelle liste speciali e con tutele pari a quelle presenti in tutte le convenzioni del SSN». Ancora più drammatica è la situazione dei Medici Convenzionati esterni, che collaborano cioè con l'Inps, nel contesto dei Centri medico legali, svolgendo una delicata funzione di accertamento del welfare sociale. A loro sono deputate tutte le delicate funzioni istituzionali medico legali

INPS, come ad esempio gli accertamenti e la validazione dei verbali delle commissioni Asl per le pensioni di invalidità e il contenzioso giudiziario in ambito sanitario. Un esercito di circa 900 medici, assunti da circa dieci anni, con contratti libero professionali, nell'ambito di rapporti di sostanziale collaborazione coordinata e continuativa con evidenti profili di subordinazione, per un plafond di 25 ore settimanali, con stipendi modesti (circa 17 euro all'ora netti) e con strettissimi vincoli di incompatibilità e di esclusiva. Non hanno ferie, malattia, maternità, nessuna garanzia per il futuro. Ma, analogamente ai medici della dipendenza, lavorano nei locali e nelle strutture dell'ente, sono sottoposti a marcatempo e a turni di servizio predefinito.

“CARO BEPPE GRILLO”: LA LETTERA DEL PRESIDENTE ANELLI

Il presidente Filippo Anelli ha scritto una lettera a Beppe Grillo, all'indomani dell'evento del Movimento 5 Stelle al Circo Massimo di Roma. In quell'occasione, rivolgendosi alla ministra per la Salute, Giulia Grillo, Beppe Grillo ha detto: «Ah che compito straordinario che hai, Grillo. Convincere la gente a non andare in sovradiagnosi. Metà delle tac sono



inutili, metà dei raggi sono inutili, così come la metà delle analisi del sangue che si fanno. Siamo tutti in sovradiagnosi. Noi andiamo dal medico che è ormai un agente di turismo, e ti manda da quello e da quell'altro in una spirale di esami fino a che alla fine qualcosina te la trovano. Un uomo vecchio nell'ultimo anno della sua vita costa in farmaci quanto tutta la sua esistenza. Dio mio che compito straordinario che hai». Nella sua lettera a Beppe Grillo, il presidente Anelli scrive: «c'è un momento in cui noi medici non ci sentiamo per niente agenti di turismo. È quando, nell'atto professionale della diagnosi -a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi - prescriviamo al paziente ulteriori accertamenti, se li riteniamo necessari; è quando, nell'atto professionale della prescrizione - a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione - impegniamo, come il Codice Deontologico ci impone, la nostra autonomia e la nostra responsabilità, fondando la prescrizione stessa sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.

Un'appropriatezza che va costruita sul singolo paziente, valutando l'applicabilità delle linee guida diagnostico-terapeutiche al caso specifico. Non accetteremo mai un'appropriatezza di Stato, calcolata sui grandi numeri, perché per noi nessun paziente è un numero. Non accetteremo mai un'appropriatezza che tenga conto solo degli obiettivi di bilancio, se il prezzo da pagare è la salute dei cittadini».

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE HA COMPIUTO 40 ANNI

Nel 2018 si celebrano i 40 anni del Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge 833 del 23 dicembre 1978. Un Servizio sanitario nazionale basato sui principi di «dignità e libertà», nonché su quelli di uguaglianza, equità e solidarietà. In occasione del primo Consiglio della Fnomceo, il presidente Filippo Anelli ha ricordato che negli anni si è assistito a due macro-fenomeni in Sanità: il defianziamento del sistema e l'aumento delle disuguaglianze tra le Regioni, soprattutto nel confronto tra il Centro Nord e il Sud del Paese. E in tutto il Paese, circa 12 milioni di italiani rinunciano a curarsi per motivi economici. Torna pertanto centrale la «questione medica», alla quale occorre garantire libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità, così come sancito dal Codice di

deontologia medica.

A 40 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, la Fnomceo si pone proprio l'obiettivo di rafforzare questo servizio. Un tema complesso, insieme alla proposta di revisione del Codice, di cui si parlerà durante gli Stati Generali della professione medica, previsti nel 2019 e promossi dal presidente Anelli.

VERSO GLI STATI GENERALI DELLA PROFESSIONE MEDICA

Il presidente e il vicepresidente della Fnomceo, Filippo Anelli e Giovanni Leoni, i presidenti degli Ordini provinciali dei medici che sono anche radiologi, e il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione, Alessandro Beux, si sono incontrati in vista degli Stati Generali della Professione, in programma nel 2019. L'obiettivo dell'incontro, promosso dal presidente Anelli, è la creazione di un'alleanza tra le diverse professioni sanitarie.

«È il momento di un'alleanza, all'interno della quale ciascuna professione garantisce le proprie competenze, di una collaborazione nella quale il coordinamento funzionale sia a carico del medico e per la quale ogni professione sanitaria si responsabilizza e risponde su parti del processo», ha sottolineato Alessandro Beux.

Sull'importanza di un'alleanza tra le professioni ha insistito anche il presidente Anelli: «C'è bisogno di un'alleanza che parta da valori - ha detto - ma anche da problematiche comuni: pensiamo alla violenza, o alla banalizzazione delle professioni, all'aziendalizzazione, al futuro incerto del nostro Servizio sanitario Nazionale».

Perché la sanità lavori sempre meglio, tutelando il benessere dei cittadini-pazienti, è importante anche creare un dialogo con le istituzioni. Con questo obiettivo il presidente della Fnomceo Filippo Anelli ha incontrato Antonio Decaro, sindaco di Bari e presidente dell'Anco (Associazione nazionale Comuni italiani).

Tra i punti da perseguire in maniera sinergica, il contrasto alla violenza dilagante verso gli operatori della Sanità, la sicurezza delle strutture sanitarie, l'abbattimento delle disuguaglianze tra Nord e Sud, tra centro e periferia.

118. FNOMCEO E FNOPI: "LAVORIAMO INSIEME A UN MODELLO CONDIVISO"

Medici e infermieri lavoreranno insieme: la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) e quella degli Ordini delle Professioni infermieristiche (Fnopi), riunite a Roma, hanno deciso di aprire un Tavolo tecnico congiunto che elabori proposte concrete sulla questione dell'emergenza territoriale.

Obiettivi: qualificare le due professioni, che sono entrambe indispensabili nella gestione dell'emergenza, e trovare una soluzione unica a livello nazionale per offrire la migliore assistenza a tutti i cittadini.

"Medici e infermieri vogliono lavorare insieme, nel rispetto delle competenze di ciascuno, per condividere un modello di interazione efficace - ha affermato il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli -, e rigettano con convinzione ogni politica di tagli che si ripercuota sulla qualità delle cure stesse. È un atto di responsabilità nei confronti del Paese".

"È necessario uscire dalle logiche attuali - ha sostenuto la presidente Fnopi, Barbara Mangiacavalli - e stabilire cosa offrire al cittadino in termini di risposte appropriate. Non è il motore economico a poter valutare le decisioni: le decisioni delle due Federazioni devono essere cogenti anche per quanto riguarda l'adeguamento dei mezzi oltre che per la tutela delle professionalità".

Secondo step della collaborazione aperta tra medici e infermieri sarà la messa a punto di un modello, sempre condiviso, di assistenza territoriale che sarà disegnato nell'ambito di un Tavolo allargato anche alle rappresentanze sindacali.



ANELLI (FNOMCEO): "URGENTE DECARBONIZZARE L'ILVA"

"Urge implementare un patto per la decarbonizzazione dell'Ilva. Non può esistere diritto al lavoro senza diritto alla salute e viceversa".

Commenta così Filippo Anelli, Presidente della Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici) la firma da parte della Regione Puglia del protocollo BREATHELIFE dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e la presentazione di un piano di decarbonizzazione, per combattere l'inquinamento dell'aria.

"Insieme alla tutela dei posti di lavoro a Taranto - auspica -, occorre riconvertire l'Ilva dall'utilizzo del carbone ad altre fonti meno inquinanti per garantire la tutela della salute dei tarantini."

Secondo l'annuale Rapporto "The Unpaid Bill of Carbon" (il conto insoluto del carbone) pubblicato dalla Health and Environment Alliance di Bruxelles, sono circa 23.000 le morti premature attribuibili ogni anno a emissioni da carbone in Europa, oltre a 12.000 casi di bronchite cronica e 20.000 ricoveri ospedalieri, con costi totali diretti e indiretti stimabili in 43 miliardi di euro nei 27 Paesi dell'Unione. Inoltre, secondo il Rapporto Annuale sulla Qualità dell'Aria a firma dell'Agenzia Europea per l'Ambiente (EEA), si calcola che in Italia ci siano 60.000 decessi prematuri derivanti dall'inquinamento atmosferico in generale - il numero più elevato in Europa - con costi stimabili in 100 milioni di dollari.

Inoltre, i limiti di PM10 e PM2.5 considerati dall'OMS sicuri per tutelare adeguatamente la salute della popolazione sono la metà di quelli previsti dall'attuale normativa. L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro IARC ha incluso l'inquinamento atmosferico e il particolato fra le sostanze cancerogene certe per l'uomo. L'esposizione di un breve o un lungo periodo all'inquinamento atmosferico è ormai ufficialmente associata a infertilità, patologie dei neonati e dei bambini, diabete di tipo 2, infiammazione sistemica, obesità, invecchiamento precoce, Alzheimer e forme di demenza.

"Non è assolutamente accettabile quanto deciso dal Governo in materia di monitoraggio dell'inquinamento a Taranto - spiega Emanuele Vinci, Coordinatore della Commissione Fnomceo su Ambiente e Salute - Infatti il Governo ha deciso che al fine della tutela della salute dei cittadini va effettua-

ta la VDS, la Valutazione del danno sanitario, ovvero una valutazione che si fa a posteriori, contando morti e malati, e solo quando si superano i limiti soglia degli inquinanti; purtroppo tali limiti sono tuttora stabiliti dalle norme nazionali ed europee a un valore spesso doppio rispetto a quelle proposte dall'OMS, che in particolare fissa a solo 20 µg/m3 per il PM10 e 10 mg/m3 il PM2.5. A Taranto, come in tutte le aree di crisi ambientali, va invece effettuata la VIS, la Valutazione di Impatto sulla Salute, come indicato dall'OMS e dallo stesso Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Con la VIS si effettua la valutazione preventiva dei danni possibili alla salute sulla base degli inquinanti immessi indipendentemente dalle soglie minime previste dalle norme vigenti".

"La vicenda ILVA di Taranto può essere presa a paradigma per gli obiettivi e i provvedimenti necessari per la tutela della salute - continua Vinci - In generale non è più accettabile un progetto, un piano e una qualsiasi attività produttiva che non ponga il superamento dell'utilizzo dei combustibili fossili e, in primis del carbone, come obiettivo fondamentale per la tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro".

"Serve un intervento del Governo affinché l'eliminazione del carbone sia inserita tra le prescrizioni di tutela ambientale e siano riviste le soglie stabilite per legge per PM10 e PM2.5 - conclude Anelli - Taranto ha bisogno di un progetto di ampio respiro che rilanci le attività produttive nel rispetto dell'ambiente e della salute dei cittadini." ■





PROFESSIONE

BASTA CON LA VIOLENZA!

Cronaca della Giornata in onore di Paola Labriola, che si è celebrata a Bari, il 13 settembre scorso. Dai dati di un'indagine Fnomceo emerge che il 50% dei medici ha subito un'aggressione verbale, il 4% un'aggressione fisica.

A cura dell'UFFICIO STAMPA FNOMCEO

“Basta con la violenza! Questo grido possa arrivare a chi ha il potere di darci una mano!”.

Con tutti gli ospiti del teatro Royal di Bari in piedi a urlare 'basta!', vestiti con la bella maglietta con la scritta 'Il nemico è la malattia, non il medico', si è conclusa la 'Giornata contro la violenza sugli operatori sanitari' il 13 settembre scorso a Bari.

Una giornata intensa, che era iniziata con l'incontro, presso il Palazzo della Provincia, dell'Esecutivo della Fnomceo al gran completo (presenti il Presidente Filippo Anelli, il Vicepresidente Giovanni Leoni, il Segretario Roberto Monaco, il Tesoriere Gianluigi

D'Agostino, il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Raffaele Iandolo) con i Presidenti e i Consigli Direttivi degli Ordini della Puglia. Al centro del dibattito, le questioni più 'calde' che riguardano la Professione, come le iniziative contro la violenza. Come filo conduttore, la necessità, ineludibile, di rilanciare il ruolo del medico.

Un sistema sanità con al centro il medico e il cittadino, dunque, che è stato anche il tema ricorrente del successivo dibattito al Teatro Royal, dove è stata celebrata la Giornata in memoria delle vittime della violenza. Tra i momenti più toccanti e significativi, la testimonianza di due medici vittime di ➡➡



“Basta con la violenza! Questo grido possa arrivare a chi ha il potere di darci una mano!”

Filippo Anelli, Presidente Fnomceo.



“Noi medici non saremo mai controparte dei nostri pazienti. Noi medici siamo sempre dalla parte della gente, anche quando la gente ci usa violenza”

Filippo Anelli, Presidente Fnomceo



“Il punto debole è l’isolamento. Noi siamo vittime di quella che il Vicepresidente Leoni ha definito violenza premeditata”.

Ombretta Silecchia, medico di continuità assistenziale, vittima di un’aggressione mentre era in servizio in guardia medica

Le proposte di Fnomceo

Fnomceo a settembre ha annunciato lo stanziamento di un fondo di tre milioni di euro, destinato a finanziare, tra le altre, anche le iniziative degli Ordini provinciali volte ad abbattere e prevenire la violenza contro i medici.

“Abbiamo ora diversi progetti di Legge di iniziativa parlamentare, - ha dichiarato Filippo Anelli - ad agosto è arrivato il disegno di Legge di iniziativa governativa, presentato dai Ministri Grillo e Bonafede e approvato dal Consiglio dei Ministri. Come medici abbiamo chiesto che il reato delle aggressioni contro gli operatori sanitari fosse perseguibile d’ufficio. Questo perché il più delle volte il medico aggredito non denuncia, per vergogna, per rassegnazione, ma anche per paura, se minacciato dagli aggressori che gli intimano il silenzio. Abbiamo notato inoltre, nei progetti di Legge presentati, un salto di qualità. Per la prima volta, infatti, non si interviene solo modificando il Codice penale, inasprendo le pene e introducendo, per il reato, la procedibilità d’ufficio ma si pongono in atto soluzioni di tipo strutturale. Il progetto di legge si chiude infatti proponendo che tutte le guardie mediche siano ricollocate in ambiente protetto”.

violenza, le dottoresse Ombretta Silecchia, di Bari, e Serafina Strano, di Trecastagni in provincia di Catania, sul palco insieme a Vito Calabrese, marito di Paola Labriola.

“Quando ho sentito il tuo intervento in parlamento mi sono emozionato - ha confessato Anelli rivolto alla Strano, vittima di una terribile violenza mentre svolgeva il suo turno di guardia medica -. Sei una donna volitiva, forte. Sei l’emblema della nostra forza, del nostro coraggio, della nostra battaglia perché ciò che è accaduto a te non debba succedere mai più”.

“Il punto debole è l’isolamento - hanno evidenziato le due dottoresse - Noi siamo vittime di quella che il Vicepresidente Leoni ha definito violenza premeditata”.

“Le soluzioni non possono essere quelle che ci sono state proposte - ha dettagliato Ombretta Silecchia, citando il caso dei dispositivi di allarme collegati a istituti di vigilanza a 20 km di distanza.

“Toglierci da questa condizione di solitudine e di isolamento è un passo difficile ma necessario” ha concluso.

Altro momento importante, la Tavola Rotonda, durante la quale il vicepresidente Fnomceo Giovanni Leoni, il Segretario nazionale Fimmg Silvestro Scotti, la presidente della Fnopi Barbara Mangiacavalli, quella di Federsanita Anci Tiziana Frittella, e il Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia, Antonio Di Gioia, hanno evidenziato, in piena sintonia di intenti, la necessità di ➡➡



La survey di Fnomceo aperta agli operatori sanitari

A Bari, nell'ambito della Giornata dedicata ai medici vittima di violenza, è stata presentata un'analisi preliminare dei dati emersi dal questionario messo on line a fine luglio dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo) - e rivolto a tutti medici e gli operatori sanitari italiani - con l'obiettivo di avere numeri aggiornati e completi sul fenomeno della violenza contro i medici.

Il 50% degli intervistati ha subito, nell'ultimo anno, aggressioni verbali; il 4% è stato vittima di violenza fisica.

Il fenomeno sta diventando sempre più una vera emergenza di sanità pubblica, tanto da stimolare l'intervento del Governo che, ad agosto, ha presentato un Disegno di Legge per arginarlo.

Al questionario - che, proposto dall'Associazione Scientifica Nazionale Hospital & Clinical Risk Managers ed elaborato dal professor Alberto Firenze dell'Università di Palermo, rimarrà aperto sino al 30 settembre - avevano risposto a metà settembre più di 5000 professionisti sanitari, per la maggior parte (il 73%) medici (ospedalieri, del territorio, convenzionati, liberi professionisti, di strutture pubbliche e private), seguiti da ostetrici (5%) infermieri (3%) odontoiatri (3%) e altri operatori, e in maggioranza (il 56%) donne.



Sono arrivate risposte da tutte le Regioni, con in testa il Piemonte (circa il 21%), seguito dalla Lombardia (16%), dalla Puglia (12%) e dalla Toscana (9%).

Più del 56% di chi ha subito violenza ritiene che l'aggressione potesse essere prevista, anche se il 78% degli intervistati non sa se esistano o meno procedure aziendali per prevenire o gestire gli atti di violenza.

Oltre il 38% degli operatori sanitari si sente poco o per nulla al sicuro e più del 46% è abbastanza o molto preoccupato di subire aggressioni.

“Uno dei dati a nostro avviso più allarmanti - ha spiegato il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - è la rassegnazione che emerge dalle risposte dei nostri colleghi: il 48% di chi ha subito un'aggressione verbale ritiene l'evento 'abituale', il 12% 'inevitabile', quasi come se facesse parte della routine o fosse da annoverare tra i normali rischi professionali. Le percentuali cambiano di poco in coloro che hanno subito violenza fisica: quasi il 16% ritiene l'evento 'inevitabile', il 42% lo considera 'abituale'”.

interventi concreti.

“Molti colleghi non verranno questa sera non perché non vogliono ricordare Paola e gli altri colleghi vittima di violenza, ma perché hanno detto basta alle celebrazioni. È il momento di fatti concreti” ha esortato Anelli. Che ha sintetizzato le numerose iniziative messe in campo in questi mesi dal nuovo Comitato Centrale Fnomceo: l'attività di comunicazione, la formazione, il sostegno alle proposte di legge in materia, il monitoraggio del fenomeno tramite la somministrazione di un questionario a tutti i medici italiani.

Anelli ha poi presentato la nuova campagna dell'Ordine dei Medici di Bari, che mette in evidenza - con l'obiettivo di disinnescare l'aggressività - come i medici salvino vite.

“Noi medici non saremo mai controparte dei

nostri pazienti. Noi medici siamo sempre dalla parte della gente, anche quando la gente ci usa violenza” ha commentato Anelli.

Conclusione in musica con il tradizionale concerto in memoria di Paola Labriola. Quest'anno, a coinvolgere il pubblico sono stati il Maestro Vito Andrea Morra con l'Orchestra Sinfonica Metropolitana di Bari e le voci soliste Luciana Negroponte, Francesca Leone, Patty Lomuscio e Giuseppe Delre, che hanno dato vita al concerto “Meraviglioso Mimmo”, riproponendo tutti i successi di Domenico Modugno. E sulle note di “Volare”, con il Direttore Morra che indossava la maglietta contro la violenza e tutto il teatro che accompagnava i cantanti, si è conclusa la serata. ■



COMUNICAZIONE

PRIMA DI AGGREDIRE, PENSA

È partita da Bari la nuova campagna di contrasto alla violenza sugli operatori sanitari. È stata presentata il 13 settembre, in occasione della Giornata dedicata alla memoria di Paola Labriola.

di ROBERTA FRANCESCHETTI

È partita da Bari la nuova campagna di contrasto alla violenza sugli operatori sanitari. Sono usciti in affissione a settembre scorso i cartelloni pubblicitari voluti dall'Ordine dei medici del capoluogo pugliese per abbassare il livello di conflittualità che si registra soprattutto all'interno delle strutture di urgenza e di continuità assistenziale e che purtroppo spesso sfocia in casi di violenza. "Prima di aggredire, pensa" - è questo il titolo della campagna che è stata presentata a Bari il 13 settembre, in occasione dell'evento dedicato alla memoria di Paola Labriola, organizzato dall'Ordine insieme alla Federazione nazionale. Intende presentare ai cittadini la 'doppia faccia' del servizio sanitario, senza eludere i limiti o le inefficienze del sistema - che causano insoddisfazione agli utenti - ma evidenziando accanto ad essi l'importanza e i risultati del lavoro dei medici che operano nei pronto soccorso, per il 118 o come guardie mediche. Per questo i 6x3 sono divisi in due metà, così come il viso dei soggetti protagonisti dei cartelloni, arrabbiati nella prima parte, sorridenti nella seconda. Ai due stati d'animo affiancati danno voce i testi: ➔



PIÙ DI 6 ORE
DI ATTESA AL
PRONTO SOCCORSO.
**VOLEVO
SPACCARGLI
LA FACCIA!**

20.125.923*
ACCESSI AL
PRONTO SOCCORSO
NEL 2017.
**MIGLIAIA DI
VITE SALVATE.**

PRIMA DI AGGREDIRE, PENSA.
I MEDICI DIFENDONO LA NOSTRA SALUTE.

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Bari

**“30 minuti ad aspettare l’ambulanza.
Li ho riempiti di insulti!”**

3.922.271 interventi 118 nel 2017.

Migliaia di vite salvate.

**“La guardia medica non voleva darmi quel farmaco.
L’ho minacciata!”**

12.000.000 di assistiti dalle guardie mediche in 1 anno.

Migliaia di vite salvate.

**“Più di 6 ore di attesa al Pronto soccorso.
Volevo spaccargli la faccia!”**

20.125.923 accessi al Pronto soccorso nel 2017.

Migliaia di vite salvate.

“Prima di aggredire, pensa. I medici difendono la nostra salute”, questo il messaggio sintetizzato nel payoff, che attraverso l’empatia cerca di far comprendere come aggredire un medico possa nuocere alla salute della collettività, inclusa quella dell’aggressore.

“Da tempo l’Ordine di Bari, in modo pionieristico per il settore, utilizza la comunicazione pubblicitaria per riavvicinare i cittadini ai medici, per stabilire un ponte.” - sottolinea Filippo Anelli, Presidente Omceo Bari - “Questa campagna fa parte di una più ampia azione culturale di ‘riconciliazione’ e di dialogo con i cittadini che insieme ai medici sono le vittime delle inefficienze del sistema sanitario. Per contrastare la violenza contro i medici non basta rendere più sicuri i luoghi di lavoro, bisogna recuperare quel rapporto di fiducia medico paziente che si è incrinato negli anni e che è la base della relazione di cura.” ■

GLI ESAMI NON FINISCONO MAI: ANCHE PER I MEDICI LA FORMAZIONE È CONTINUA

A Bari le "Giornate di approfondimento sulla formazione del Medico", sono giunte alla quarta edizione e dedicate, quest'anno, alla Formazione Ecm e alla rivalidazione delle competenze. Tanti i corsi a distanza (Fad) disponibili, tra cui uno sulla prevenzione della violenza.

A cura della REDAZIONE

I test per l'accesso a Medicina che infiamma il dibattito, le incertezze sul concorso per la Formazione specifica in Medicina Generale che preoccupano i candidati, i Sindacati e gli Ordini, la carenza di Medici di famiglia e di specialisti che affligge il Servizio Sanitario Nazionale, la cosiddetta "Laurea abilitante", che sembra ormai in dirittura d'arrivo. Mai come in questi ultimi mesi, la formazione del medico si è guadagnata, quasi ogni giorno, le prime pagine dei giornali. Si dice che "gli esami non finiscono mai": questo è tanto più vero per i medici e gli odontoiatri, che hanno il dovere di aggiornare le loro competenze tramite il programma di Educazione Continua in Medicina (Ecm); per loro si parla, infatti, di "formazione long-life".

Proprio alla "Formazione ECM e rivalidazione delle Competenze" sono state dedicate quest'anno le "Giornate di approfondimento sulla formazione del Medico" baresi, che da quattro anni a questa parte, si propongono come il più autorevole appuntamento sulla Formazione del Medico in Italia.

«L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità – spiega Franco Lavallo, vicepresidente dell'Ordine dei medici di Bari e responsabile scientifico del Convegno. - Oggi, a sedici anni di distanza, l'Ecm è un sistema ormai maturo, pronto a modularsi sempre più intorno alle esigenze

formative dei professionisti».

«La partecipazione alle attività di Formazione Continua è obbligo di legge e costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private, oltre che precetto deontologico – afferma il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, che è anche il presidente dell'Ordine di Bari».

«In ogni caso – continua Anelli – non si può far ricadere l'onere formativo solo sui medici. È previsto che aziende sanitarie ed ospedaliere organizzino percorsi di aggiornamento continuo come da contratti. Ho richiamato questo tema come presidente Fnomceo in commissione nazionale formazione continua e ne riparerò con il ministro della Salute Giulia Grillo. Inoltre manderemo una nota alle Regioni affinché sollecitino gli assessorati salute ad adempiere agli obblighi contrattuali relativi alle prestazioni di formazione medica continua. Stiamo lavorando per aumentare l'offerta formativa e raggiungere il risultato ottimale corrispondente all'aggiornamento di tutti i medici».

Fnomceo con l'Agenas sta lavorando ad un protocollo per favorire l'accesso di tutti i medici, anche quelli che non operano all'interno di strutture universitarie o di ricerca, alle banche dati.

Attraverso un intervento pubblico e l'ottimizzazione dei fondi bisogna mettere tutti i professionisti nelle condizioni di poter accedere a tutte le banche dati delle riviste scientifiche. Ma al di là dei fondi e dell'accesso alle fonti scientifiche, il nodo dell'aggiornamento professionale sta nella carenza di personale e quindi nel tempo - circa 170 ore all'anno - che per contratto i medici dovrebbero dedicare alla formazione all'interno dell'orario di lavoro e che invece viene dedicato all'assistenza. «Mai come nel 2018 abbiamo ricevuto ➡➡



CREDITI ECM: DA GENNAIO LA VERIFICA

La verifica dei crediti ECM raccolti dai medici per il triennio 2014-2016 comincerà con l'inizio del 2019. Conseguentemente, il 31 dicembre prossimo rappresenta il termine entro il quale i professionisti dovranno spostare – tramite il COGEAPS – i crediti maturati nell'anno solare 2017. Da gennaio scattano i controlli. Gli organi che devono vigilare sull'effettivo assolvimento dell'obbligo formativo sono gli Ordini e le rispettive Federazioni nazionali, emanando, «ove previsti dalla normativa vigente, i provvedimenti di competenza in caso di mancato assolvimento di tale obbligo». Va inoltre ricordato che «la partecipazione alle attività di Formazione Continua – come scrive lo stesso Anelli in una lettera inviata agli Ordini provinciali – costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private».



LA FORMAZIONE DEI FUTURI MEDICI

Si sono svolti pochi mesi fa i test per l'accesso a Medicina, e, come ogni anno, si accende il dibattito sulla necessità di superare o meno il numero chiuso. A questo proposito, esprime qualche perplessità il presidente della FnOmceo, Filippo Anelli: «Che senso ha aprire a tutti se molti laureati non trovano uno sbocco né formativo né lavorativo? Quello di Medicina è un percorso formativo particolare che, dopo sei anni, non dà sbocchi lavorativi, a meno che non si prosegua la formazione con la specializzazione o con il corso per la Medicina Generale. Sono dieci-quindicimila i giovani colleghi che, anche quest'anno, non riusciranno ad accedere né alle scuole di specializzazione né al corso per la Medicina Generale, andando ad ingrandire il cosiddetto limbo formativo: uno stop forzato, uno sperpero di vita e di risorse fatto di inoccupazione e sottoccupazione, con gravi riflessi sul piano sociale. Dieci - quindicimila giovani che non possono pensare al futuro, a una stabilità professionale ma anche familiare e di vita. Non mi sembra giusto che lo Stato non garantisca a chi, con grandi sacrifici e volontà, intraprende il percorso per diventare medico di poter completare la formazione e poter, dopo dieci anni, fare il medico. È per questo che, prima di abolire il numero chiuso, dobbiamo garantire un futuro a questi dieci- quindicimila colleghi. Aprire ora significherebbe illudere tantissimi giovani, privando di un futuro non solo loro stessi e le loro famiglie, ma lo stesso Servizio Sanitario Nazionale, che si troverebbe con un numero insostenibile di laureati formati a metà, e sottraendo ai cittadini un'assistenza efficace e di qualità. Senza contare che, anche per le università, un'apertura in massa al primo anno non sarebbe, allo stato attuale, sostenibile. Con le strutture di oggi, garantire una formazione di qualità al primo anno a tutti gli iscritti (i candidati ai test di Medicina e Odontoiatria sono stati, quest'anno 67mila, a fronte di 9.779 posti a Medicina e 1.096 a Odontoiatria) sarebbe infatti molto difficile».

FILIPPO ANELLI «COME FNOMCEO, ATTRAVERSO LA PIATTAFORMA FADINMED, METTIAMO A DISPOSIZIONE DEI NOSTRI ISCRITTI FORMAZIONE ECM PER ALMENO CENTOCINQUANTA CREDITI L'ANNO, COMPLETAMENTE GRATUITA, MENTRE GLI ORDINI ORGANIZZANO EVENTI ACCREDITATI IN MODO CAPILLARE SUL TERRITORIO».

da parte di colleghi segnalazioni di difficoltà persino ad usufruire delle ferie estive a causa della carenza di personale. - puntualizza Giovanni Leoni, Vicepresidente Fnomceo - "In alcuni casi sono state bloccate le ferie ai dipendenti perché si dovevano comunque garantire i servizi ai cittadini."

Molti camici bianchi, in particolare i medici ospedalieri, non hanno tempo e modo di accedere ai corsi di formazione, in quanto la formazione fa parte dell'orario di lavoro, e in una situazione in cui la carenza di personale è ormai cronica e si fa ricorso sistematico agli straordinari, viene penalizzata sia l'attività formativa vera e propria che il diritto al riposo e alle ferie del singolo. Rivalidazione delle carriere, maggior spazio all'autoformazione e uso sempre più massiccio della Formazione a Distanza. Sono queste solo alcune delle novi-

tà relative all'Educazione Continua in Medicina previste per il prossimo anno. Si avvicina infatti la scadenza del secondo segmento del triennio formativo 2017-2019, e il nuovo anno porterà con sé numerosi aggiustamenti ad un sistema che, nel corso della sua storia, ha già subito diverse correzioni. Il triennio formativo 2014/2016 si è infatti concluso con il 54% dei medici in regola con l'obbligo ECM. È un dato che, però, non tiene in considerazione coloro che hanno approfittato dei 365 giorni di proroga concessi per sanare il debito. Una proroga che si era resa necessaria proprio a causa del numero non elevatissimo di medici che, al 31 dicembre 2016, risultava aver raccolto tutti i 150 crediti stabiliti dalla legge. Durante le "Giornate di formazione baresi" sono stati presentati alcuni corsi FAD (formazione a distanza). Tra questi, quello de-

dicato a un tema purtroppo molto caldo: la prevenzione della violenza contro i medici. Il corso, che tratta una tra le "tematiche di interesse nazionale" del programma Ecm, è stato messo on line sulla piattaforma Fadinmed ad ottobre. Tra gli argomenti principali, come ha spiegato il Coordinatore dell'Area Strategica Formazione, Roberto Stella, «la violenza nelle sue diverse manifestazioni, per insegnare a riconoscerne anche le forme più subdole». E ancora, continua Stella: «i principali fattori di rischio, i motivi che innescano gli episodi di violenza e i setting più a rischio, con un focus sul pronto soccorso e sui reparti psichiatrici, e poi le conseguenze fisiche e psichiche degli abusi».

Ma sono tanti e diversi i corsi a distanza tra i quali i professionisti possono scegliere. Sono stati anche riaccreditati corsi precedentemente proposti e che avevano raccolto un grande successo. Tra questi: "La meningite batterica: epidemiologia e gestione clinica", "Il Codice di Deontologia medica", "PNE 2017: come interpretare e usare i dati", "Allergie e Intolleranze alimentari", "Vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione", "La lettura critica dell'articolo medico scientifico". ■



SISTEMA SANITARIO

LISTE D'ATTESA SENZA FINE

I lunghi tempi di attesa per l'accesso ai servizi sanitari pubblici si possono risolvere trasferendo sulla medicina territoriale la gestione della cronicità, con una soluzione già ben delineata dalla Regione Puglia attraverso il modello Care Puglia 3.0. Ora è il momento di implementarlo.

A cura della REDAZIONE

Il problema delle liste di attesa ha un'origine di sistema, legata all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore incidenza delle malattie croniche, che non può essere risolta con soluzioni rabberciate. Occorre un ripensamento complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e di approccio al paziente che riesca da un lato a prevenire l'incidenza delle malattie, dall'altra a garantire a tutti la presa in carico e l'accesso ai percorsi terapeutici.

Il problema va quindi considerato all'interno di un sistema complesso e multifattoriale come il servizio sanitario. Partiamo prima di tutto dal prendere in considerazione cosa, a parte la notoria carenza di personale, causa le liste di attesa: le malattie croniche pesano sul 40% della popolazione, vale a ➡

LISTE DI ATTESA: LE PROPOSTE IN CAMPO

Al momento ci sono 2 proposte di legge che andranno in discussione in Consiglio regionale e che affrontano il tema delle liste di attesa. Quella di Fabiano Amati (Pd) individua una soluzione a un problema ormai cronico nella sospensione dell'attività libero professionale nel caso di disallineamento tra i tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie istituzionali e quelle svolte in Alpi.

L'altra proposta è quella del capogruppo di Pce, Paolo Pellegrino, che prevede la riorganizzazione delle risorse relative alle unità operative, l'utilizzo della trattenuta del 5% sul compenso del libero professionista per ridurre le liste, l'incremento del fondo previsto dalla legge 189/2012 attingendo dai fondi perequativi alimentati dalla libera professione.

L'ipotesi di sospensione dell'intramoenia presenta diverse criticità, perché l'attività libero professionale, così come introdotta dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, era stata pensata per garantire al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione. Bloccare l'Alpi significa quindi non solo non incidere sulle cause del problema, dato che l'attività intramoenia pesa solo per il 5% delle prestazioni, ma vuol dire anche impedire al medico di esercitare la libera professione e al cittadino di scegliere liberamente da quale medico farsi curare.

Per le stesse ragioni, il riallineamento tra i tempi di attesa rischia di avvenire a discapito dell'offerta complessiva a disposizione dei cittadini: poiché le prestazioni intramoenia sono erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, bloccando l'attività in Alpi non si velocizzerebbero le prestazioni in regime istituzionale, a meno di non assumere più personale. Provocatorio su questo tema il Coordinatore Nazionale del Tribunale dei Diritti del Malato Tonino Aceti, che suggerisce di assicurare con oneri a carico della finanza pubblica, secondo un modello che rispecchia in parte quanto annunciato dalla Regione Toscana per le prestazioni chirurgiche, le prestazioni in intramoenia ai cittadini, facendo pagare eventualmente soltanto il ticket nel caso in cui le attese superino i tempi preventivati.



IL PROGETTO NARDINO

La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012 ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del Chronic Care Model.

Il Progetto Nardino è stata la prima iniziativa sistemica di medicina d'iniziativa su scala regionale. Destinato a pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, in sintesi estrema, si poggiava su:

- presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute secondo i principi del Chronic Care Model sviluppati negli USA in Kaiser Permanente;
- introduzione nel processo di presa in carico della figura del Care Manager con funzione "pivotale" rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico;
- informatizzazione e condivisione informativa dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

L'elemento più innovativo del modello fu proprio il Care Manager: infermieri opportunamente formati che fornivano al paziente strumenti utili

per l'autogestione della malattia e per l'aderenza al percorso clinico-assistenziale. Operavano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (Medico di Medicina Generale, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati.

L'esperienza ha rivelato nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero, una buona soddisfazione dei pazienti reclutati nel programma, una costanza di performance status e, risultato inatteso, l'azzeramento delle liste di attesa per i pazienti reclutati.

Nel corso del 2015 è stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti coinvolti (gruppo di intervento) che ha dimostrato, rispetto a un gruppo di controllo, una riduzione del 20% circa tra ospedalizzazione non pianificata (numero e giornate di degenza) e costi economici della stessa.

IL MODELLO TERRITORIALE DEL CARE PUGLIA È LA VIA PER IL SUPERAMENTO DELLE LISTE DI ATTESA E PER UNA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO CAPACE DI RISPONDERE MEGLIO DA UN LATO AI NUOVI BISOGNI DI SALUTE DEI CITTADINI. DALL'ALTRO AL DIRITTO DEI MEDICI DI LAVORARE IN SICUREZZA E IN CONDIZIONI DIGNITOSE

LA CRONICITÀ È LO SNODO CENTRALE CHE PERMETTEREBBE DI RISOLVERE NON SOLO LE LISTE DI ATTESA MA ANCHE UNA SERIE DI PROBLEMATICHE CHE AFFLIGGONO IL SISTEMA.

dire 1,6 milioni di persone in Puglia (siamo al 2° posto dopo la Sardegna), ma assorbono circa l'80% della spesa sanitaria (Dati Banca Dati Assistito Puglia 2015).

Per avere un'idea dei numeri, se consideriamo che gli ipertesi rappresentano il 30% della popolazione e per il 70% di loro, che non sono complessi, effettuassimo il controllo cardiologico sul territorio avremmo 700mila accessi in meno nelle strutture ospedaliere per i soli pazienti ipertesi.

Il problema delle liste di attesa si può allora risolvere trasferendo sulla medicina territoriale la gestione della cronicità, con una soluzione già ben delineata dalla Regione Puglia con il modello Puglia Care.

La cronicità è lo snodo centrale che permetterebbe di risolvere non solo le liste di attesa ma anche una serie di problematiche che affliggono il sistema. Un modello assistenziale basato sulla presa in carico del paziente cronico nell'ambito delle cure primarie, secondo il Chronic Care Model e una cooperazione tra distretti e medicina generale e tra aziende ospedaliere e MMG, permetterebbe di avere anche i medici di guardia e del 118 in un'unica struttura, i CPT – Centri Polifunzionali Territoriali, a copertura delle urgenze. Consentirebbe inoltre continuità nell'azione di cura delle malattie croniche attraverso la programmazione del percorso e la presa in carico "proattiva", nonché il superamento

della frammentarietà dell'azione di cura, con ricadute positive sull'appropriatezza, sulla sicurezza, sulla prevenzione e quindi sui costi complessivi.

Spostiamo allora, come già accade in altri paesi UE, alcune prestazioni di 1° livello sul territorio, in ambito ambulatoriale. Gli accordi regionali fatti in Puglia forniscono già il quadro normativo e contrattuale per muoversi in questa direzione. Basta solo applicare il nuovo modello organizzativo pugliese, basato sulla centralità del paziente.

Ora che il modello Care Puglia 3.0 è stato messo a punto, è giunto il momento per il governo regionale di passare all'azione e di mettere in pratica scelte che per la salute dei cittadini pugliesi non sono più dilazionabili. ■

MALATTIE CRONICHE
PESANO SUL
40%
DELLA POPOLAZIONE

1,6 milioni di persone in Puglia (siamo al 2° posto dopo la Sardegna), ma assorbono circa l'80% della spesa sanitaria (Dati Banca Dati Assistito Puglia 2015).



LA PUGLIA È LA REGIONE CON I PIÙ ALTI CARICHI DI MALATTIA CRONICA SIA PER QUANTO CONCERNE I SOGGETTI CON ALMENO UNA CRONICITÀ GRAVE CHE I SOGGETTI CON TRE O PIÙ CRONICITÀ GRAVI

Tasso standard cronicità gravi (2013 fonte ISTAT Health for All)

SOGGETTI CON ALMENO 1 CRONICITÀ GRAVE		SOGGETTI CON 3 O PIÙ CRONICITÀ GRAVI	
AREA GEOGRAFICA	TASSO STD 1000 AB	AREA GEOGRAFICA	TASSO STD 1000 AB
Sardegna	155,40	Sardegna	171,98
Puglia	152,65	Calabria	152,71
Campania	150,65	Puglia	150,49
Calabria	148,72	Isole	148,49
Sud	148,60	Mezzogiorno	145,33
Mezzogiorno	148,26	Sud	143,83
Isole	147,55	Sicilia	140,82
Sicilia	144,98	Campania	139,35
Valle d'Aosta	141,90	Basilicata	139,02
Emilia-Romagna	138,79	Abruzzo	137,38
Abruzzo	138,41	Marche	134,31
Umbria	138,21	Umbria	134,05
Basilicata	137,88	Italia	128,65
Italia	137,62	Emilia-Romagna	128,57
Marche	136,98	Lazio	127,78
Lombardia	136,89	Centro	124,92
Lazio	136,50	Valle d'Aosta	124,30
Veneto	134,79	Liguria	121,22
Nord Est	133,96	Molise	120,92
Nord	132,09	Friuli-Venezia Giulia	120,19

SERVIZIO 118

LA NUOVA AREU SALVERÀ UNA SANITÀ IN EMERGENZA?

La creazione di un'agenzia regionale dedicata all'emergenza, pone diversi nodi irrisolti, a partire dal passaggio dell'attuale personale 118 dalla convenzione alla dipendenza.

A cura della REDAZIONE

Il modello pugliese attuale dei Sistemi 118 provinciali si è dimostrato efficiente ed efficace, sia dal punto di vista clinico che organizzativo, anche a confronto con le altre realtà nazionali: secondo i dati forniti dalle società scientifiche di settore, il tempo medio di arrivo sulla scena per codici rossi e gialli, in area urbana ed extraurbana, è di 16 minuti e 8 secondi, tra i più veloci in Italia; oltre l'80% dei pazienti in codice rosso viene assistito da equipaggi sanitari aventi a bordo medico ed infermiere, ossia in grado di effettuare diagnosi e terapia potenzialmente salvavita, dato di assoluto rilievo qualitativo a livello nazionale ed internazionale; proprio grazie all'elevato indice di medicalizzazione e di infermierizzazione degli equipaggi di soccorso, il 30% di tutti i pazienti viene visitato, trattato e lasciato a domicilio, evitando accessi inappropriati al Pronto Soccorso. Il percorso legislativo che porterà alla nascita dell'AREU, la nuova Agenzia regionale dell'emergenza urgenza, rischia però di rivelarsi più lungo e complesso del previsto e di andare incontro a diversi ostacoli normativi. La Regione ha demandato gli aspetti più tecnici ai regolamenti attuativi, che dovranno definire ad esempio le modalità per il trasferimento del personale in convenzione ma anche il nuovo assetto delle centrali operative. A fronte di un servizio, quello attuale dei 118 provinciali, che funziona, si costruisce una struttura per la quale manca un'analisi dei ➔

UN TETTO DI SPESA STABILITO PER LEGGE

L'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni stabilisce che gli Enti del SSN debbano garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

Il vincolo riguarda il personale dipendente del SSR e non il personale in convenzione. Ne consegue che

il costo dei medici del 118, attualmente in convenzione, passando alle dipendenze dell'Agenzia regionale dell'Emergenza contribuirebbero al raggiungimento del tetto di spesa per il personale stabilito per legge.

I NUMERI DEL 118 PUGLIESE

Il 118 in Puglia è tra i migliori in Italia. Solo nella provincia di Bari-Bat vengono gestite

111.648 emergenze all'anno,
con il trattamento a domicilio del
31% dei pazienti.

Secondo i dati forniti dalle società scientifiche di settore, in Puglia il tempo medio di arrivo sulla scena per codici rossi e gialli, in area urbana ed extraurbana, è di

16 minuti e 8 secondi,

tra i più veloci in Italia; grazie all'elevato indice di medicalizzazione e di infermierizzazione degli equipaggi di soccorso, il 30% di tutti i pazienti viene visitato, trattato e lasciato a domicilio, evitando accessi inappropriati al Pronto Soccorso.

**I FONDI ATTUALMENTE
STANZIATI PER 525 MEDICI
CONVENZIONATI DEL 118
SAREBBERO SUFFICIENTI A
COPRIRE SOLO 200 MEDICI
DIPENDENTI.**

costi, delle modalità operative e dei risultati obiettivo in termini di efficienza. "Ci preoccupa il fatto che i fondi attualmente stanziati per 525 medici convenzionati sarebbero sufficienti a coprire solo 200 medici dipendenti. - dichiara Nicola Gaballo, Fimmg Emergenza Puglia - "La possibile conseguenza è di avere equipaggi sulle ambulanze privi di medico. Oppure, per garantire i livelli di assistenza precedenti, si rischia che possano essere dirottate su Areu risorse destinate al personale ospedaliero, che già soffre per piante organiche gravemente insufficienti."

Rimane, inoltre, come nodo di difficile soluzione, il problema del passaggio dell'attuale personale in convenzione alla dipendenza, che richiederebbe una modifica alla legge nazionale.

Come conferma il Saues (Sindacato autonomo di emergenza urgenza sanitaria) serve "una norma nazionale che stabilisca criteri, requisiti e modalità di passaggio dei medici convenzionati alle dipendenze della Asl". Per questo Fimmg ha chiesto alla Regione la modifica del disegno di legge con lo stralcio della norma sulla dipendenza. Ha richiesto inoltre che venga assicurato il mantenimento dell'attuale dotazione organica dei medici in servizio nel 118, che sinora hanno garantito un efficace servizio di emergenza urgenza. ■

LE OPINIONI

"Nella nostra regione il sistema del 118 funziona, grazie ai colleghi medici che quotidianamente mettono a rischio la propria incolumità su strada per salvare vite umane. A loro va la mia solidarietà e il mio ringraziamento, come Presidente dell'Ordine dei medici, per l'impegno che profondono nel proprio lavoro. Invito il Presidente Emiliano, come Assessore alla Salute, a fare altrettanto, perché mai come in questo momento i medici che si trovano in prima linea hanno bisogno di sostegno".
Filippo Anelli, Presidente dell'Ordine dei medici di Bari

"La Regione proceda subito all'assunzione dei soccorritori, affrontando le difficoltà legate alla posizione contrattuale dei medici in convenzione nei tavoli istituzionali di confronto già previsti. In questo modo non si rischia di ritardare la stabilizzazione degli operatori. La nascita dell'AREU sarà un percorso lungo che dovrà essere necessariamente affrontato per gradi. Partiamo quindi col tutelare chi al momento all'interno del sistema ha una posizione lavorativa più esposta a zone grigie. L'importante è che il sistema del 118, che al momento funziona e non è tra le urgenze sanitarie pugliesi, nel nuovo assetto assicuri condizioni migliori di lavoro agli operatori e continui a garantire ai cittadini standard qualitativi di assistenza elevati".

Nicola Gaballo, Segretario regionale Fimmg Puglia - Area 118

PROGRAMMAZIONE

AAA MEDICO CERCASI

Con il pensionamento di 33mila medici, nei prossimi dieci anni circa 14 milioni di persone rischiano di trovarsi senza medico di famiglia.

La situazione non è migliore per gli specialisti. Di fronte a questo allarme occorre intervenire prioritariamente sul limbo formativo.

A cura della REDAZIONE

Se tra dieci anni trentatremila medici di famiglia andranno in pensione, e solo undicimila new entry arriveranno a sostituirli, ci saranno ventiduemila medici di famiglia in meno. E, a farne le spese, saranno 14 milioni di persone, che si troveranno senza medico di base oppure con un'assistenza sanitaria insufficiente. L'Ordine di Bari e la Fnomceo hanno lanciato già da tempo l'allarme sulla futura carenza di medici di medicina generale e di specialisti.

Paradossalmente, mancheranno i medici ma aumenterà il numero dei laureati in medicina sospesi nel "limbo formativo", perché privi della possibilità di accesso ai corsi di Formazione Specifica in Medicina ➡➡

NUMERO CHIUSO A MEDICINA

«Non bisogna creare illusioni nei giovani, l'abolizione del numero chiuso alle facoltà di Medicina è impraticabile e porterebbe all'unico risultato di creare migliaia di giovani laureati che rimarrebbero disoccupati». Così il presidente della Fnomceo Filippo Anelli in una intervista rilasciata all'agenzia giornalistica ANSA in risposta all'ipotesi dell'abolizione del numero chiuso a medicina. «È solo demagogia, non è l'accesso libero a Medicina il laureato in Medicina infatti per poter lavorare come medico deve essere necessariamente specialista, ed il vero problema è che oggi le borse di specializzazione in Medicina non bastano. Al 2017, si contano infatti oltre 15mila laureati 'al palo e inoccupati, perché in un 'limbo: sono laureati in Medicina che non sono riusciti ad ottenere né l'accesso ad una borsa per la Specializzazione né al corso di Medicina Generale». I laureati in Medicina sono circa 8mila e di questi circa mille restano esclusi dalle Specializzazioni, e c'è di più: migliaia di laureati hanno già fatto ricorso al Tar per il mancato accesso alle borse e si stima che in pochi anni si determinerà uno tsunami di 36mila laureati che chiederanno di accedere alle Specializzazioni.

Le sentenze del Tar di Bari (566, 569, 571, 572 del 2018, Seconda Sezione, presidente Adamo) hanno bocciato le dotazioni organiche delle Asl approvate dalla giunta Vendola tra 2011 e 2012, e nei fatti tuttora vigenti, perché non garantiscono la presenza del numero minimo di medici necessari a coprire i Livelli essenziali di assistenza. Secondo la sentenza il vincolo finanziario «resta un mezzo, non certo il fine delle scelte politico-amministrative della Regione in materia sanitaria». La Federazione ha ribadito che la tutela del diritto alla salute dei cittadini si garantisce se il sistema sanitario persegue obiettivi di salute e non obiettivi di bilancio, come purtroppo è accaduto negli ultimi anni a causa di un modello aziendalista di gestione della Sanità. Con i risultati che tutti conosciamo: sempre meno medici, sempre più anziani, sempre più 'sfruttati'. Sino ad arrivare, a breve, al collasso del sistema, che non sarà più in grado di garantire ai cittadini un'assistenza di qualità.

“Sembra ormai che siano rimasti solo i giudici, i medici e i cittadini a credere che il fine ultimo della Sanità sia la salute dei cittadini e che i vincoli di bilancio siano solo un mezzo e non certo un fine del sistema.” - ha commentato Filippo Anelli, Presidente Fnomceo e Omceo Bari - “Mi ricordo di altri momenti della nostra storia in cui la magistratura ha dovuto svolgere funzioni di supplenza rispetto alla politica. Quando questo accade, è sempre un brutto segnale: è il segnale di un sistema che non solo non funziona, ma che nemmeno è capace di riformarsi”.



LA CAMPAGNA MEDICI CENTENARI

Fnomceo ha deciso di lanciare la scorsa primavera una campagna di comunicazione sui social per sensibilizzare l'opinione pubblica e sollecitare l'azione del Governo rispetto al problema della carenza di medici. “Centenari” - questo il titolo della campagna - ritrae due medici molto anziani accompagnati dall'headline “Sanità Pubblica senza medici entro 10 anni. I medici vanno in pensione senza essere sostituiti. Chiediamo al Governo di agire subito”.



Generale o di Specializzazione, costretti ad aspettare o a fuggire all'estero. Innanzitutto, vanno quindi aumentati i contratti di formazione specialistica e le borse per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale, integrando il bando per la Medicina generale in modo da portare, già da quest'anno, a duemila il numero delle borse e adottando ogni atto utile per permettere sin da subito l'utilizzo dei 58 contratti di formazione specialistica derivanti dai fondi di piano. C'è poi la questione delle borse e dei contratti che ogni anno vanno sprecati, per rinuncia dei vincitori, per “fughe” verso specializzazioni più gradite o per altri motivi: un'emorragia di circa 500 borse l'anno, che andrebbero recuperate per finanziare nuove borse per la formazione post-laurea. Inoltre,

andrebbero presi in considerazione anche i contributi delle fondazioni, come l'Enpam, per il finanziamento di ulteriori borse di formazione in medicina generale e specialistica. La Fnomceo ha inoltre chiesto che sia pienamente applicata la norma che consente di ridurre per un tempo massimo di un anno il corso di formazione specifica della medicina generale, ai sensi del comma 2 bis art. 24 del D. Lvo 368/99, condividendo con il Ministero la necessità di dare piena attuazione alle direttive comunitarie. La frequenza espletata presso strutture della medicina generale, come ad esempio uno studio di medicina generale, o in altri ambiti che dispongano di attrezzature e di servizi di medicina generale o centri in cui i medici dispensano cure primarie, andrebbero a ridurre il tempo di forma-

zione post laurea in medicina generale per un periodo massimo di un anno, diminuendo conseguentemente il costo della formazione stessa e permettendo così di aumentare il numero delle borse.

Per dare una risposta immediata alle gravi carenze di personale occorre individuare strumenti normativi che consentano di avvalersi, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, degli specializzandi dell'ultimo anno, anche negli ospedali di insegnamento. A tale proposito, sarebbe auspicabile una modifica dei contratti di formazione lavoro dei medici specializzandi e della medicina generale, in modo da consentire un miglior utilizzo dei medici in formazione nei processi assistenziali, riducendone le incompatibilità e rivedendo l'equiparazione del trattamento

tributario.

“Molti altri sono i possibili rimedi sia per alleggerire il limbo formativo sia per ampliare le fila dei Medici di Medicina Generale, dalla Laurea abilitante a un prolungamento temporale della graduatoria per l'accesso alla Formazione, sino a un più efficace scorrimento delle graduatorie per la convenzione, oggi intasate e falsate da medici non interessati o ormai pensionati.” - dichiara Filippo Anelli, Presidente Omceo Bari e Fnomceo - “Ma in questa situazione emergenziale, la prima, imprescindibile misura per mettere in sicurezza il nostro Servizio Sanitario Nazionale è quella di aumentare il numero di borse per le Scuole di Specializzazione e dei Contratti di Formazione per il Corso di Medicina Generale”.

PREMI

CADUCEO D'ORO A FILIPPO ANELLI

Il 10 novembre scorso il Presidente dell'Ordine dei medici di Bari è stato insignito del prestigioso riconoscimento, nell'ambito di un convegno dedicato ai 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale.

di ROBERTA FRANCESCHETTI

Filippo Anelli, Presidente dell'Ordine dei medici di Bari e Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), il 10 novembre scorso presso la Sala Polifunzionale del Quartier Generale 3a R. A. Bari-Palese è stato insignito del Caduceo d'oro. Il prestigioso riconoscimento viene conferito, da quattordici anni a questa parte, dall'Ordine dei Farmacisti di Bari e Bat, con il patrocinio della Federazione degli Ordini dei Farmacisti, a personalità che si siano distinte nell'ambito della sanità italiana.

Tra le motivazioni, enunciate dal presidente dell'Ordine dei farmacisti di Bari-Bat e vicepresidente della Fofi, Luigi D'Ambrosio Lettieri la sensibilità umana e la competenza professionale, la proficua attività di collaborazione tra la professione del medico e quella del farmacista nella tutela della salute pubblica, l'orgoglio di avere un medico barese ai vertici della Fnomceo. Oltre a Filippo Anelli,

sono stati insigniti del Caduceo d'Oro Mariapia Garavaglia - già Ministro della Sanità, Antonio Gaudioso - Segretario Generale di Cittadinanzattiva, Andrea Mandelli - Presidente Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani.

Il premio è stato assegnato durante un incontro che ha celebrato i quarant'anni del Servizio Sanitario Nazionale e ha messo in evidenza come la legge di riforma sanitaria n. 833 del '78 abbia istituito un sistema riconosciuto come uno dei migliori al mondo ed abbia garantito per tanto tempo, a tutti i cittadini, in una logica di universalità, equità e solidarietà, il diritto alla tutela della salute in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. È questo il tema cui è stata dedicata la tavola rotonda d'apertura, moderata da Luca Pani - Professore di Psichiatria e Scienze comportamentali, Università di Miami, cui ha preso parte anche Marco Cossolo - Presidente Federfarma Nazionale. I relatori hanno ➔



LA MOTIVAZIONE DEL CADUCEO D'ORO AD ANELLI

"Con la grande sensibilità umana che lo contraddistingue e la illuminata competenza professionale che mette al servizio della comunità, il dottor Filippo Anelli ha contribuito ad avviare una proficua attività di collaborazione tra la professione del medico e quella del farmacista, per garantire un più elevato livello di efficienza della governance sanitaria, a beneficio della salute pubblica. Con l'orgoglio di avere, per la prima volta, un medico barese ai vertici della Fnomceo, la Professione Farmaceutica conferisce al dottor Filippo Anelli il Caduceo d'oro 2018."

MODIFICHE ALL'ARTICOLO 56 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

SPAZIO ODONTOIATRIA SPAZIO ODONTOIATRIA SPAZIO ODONTOIATRIA SP

VECCHIO ARTICOLO 56

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente l'attività professionale, i titoli professionali e le specializzazioni, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere prudente, trasparente, veritiera, obiettiva, pertinente, e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria ed è verificata dall'Ordine professionale competente per territorio.

Al medico e alle strutture sanitarie pubbliche e private non sono consentite forma di pubblicità comparativa delle prestazioni.

Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie.

NUOVO ARTICOLO 56

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole.

Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie.

Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti.

Inoltre è obbligatorio indicare sempre il nome del Direttore Sanitario, responsabile dei contenuti del messaggio pubblicitario che deve essere corretto e trasparente a tutela dei cittadini.

La FNOMCeO ha recentemente attivato una commissione sulla pubblicità e informazione sanitaria con l'obiettivo di elaborare una proposta che reintroduca la verifica preventiva da parte dell'Ordine e ridefinisca le caratteristiche del messaggio pubblicitario.

Anche il Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli odontoiatri di Bari su proposta della Commissione Albo Odontoiatri ha deliberato

di istituire un "Gruppo di Lavoro" interdisciplinare denominato "Informazione Sanitaria", con lo scopo di monitorare e al contempo svolgere un'azione costante di prevenzione, informazione ed educazione al rispetto delle norme vigenti in materia di informazione sanitaria e deontologica.

È evidente quanto il tema della pubblicità sanitaria si riveli complesso pertanto è necessario istituire al più presto un tavolo di confronto e discussione con gli organi politici competenti, al fine di rivedere le regole sulla pubblicità in campo sanitario e quindi con l'obiettivo di tutelare la salute del cittadino. ■



MEDICI AL TEMPO DEL MARKETING: OLTRE LA PROMOZIONE C'È DI PIÙ

La società moderna e la diffusione di nuovi strumenti e competenze digitali trasformano spesso la professione medica in una impresa economica da promuovere. A fare la differenza, però, è sempre e solo la relazione con il paziente.

Lo sappiamo bene: l'odontoiatria è una branca unica nell'ambito delle specialità mediche per le numerose competenze extracliniche che sono necessarie ad esercitare al meglio la professione e che non ci sono state insegnate nel corso degli studi universitari.

Il marketing, il management, il teambuilding, il branding sono termini con i quali ci siamo abituati a convivere e rappresentano competenze talmente importanti che è sceso in campo un esercito di formatori, motivatori e coach di ogni tipo desiderosi di soddisfare questo bisogno di conoscenza.

In questo momento di grandi cambiamenti è però alto il rischio di scivolare verso una professione interpretata esclusivamente come un'impresa economica da promuovere e questa visione potrebbe allontanarci ulteriormente dagli altri ➤➤



di MICHELE CASSETTA
Medico Chirurgo e Docente di
"Comunicazione Medico-Paziente"
alla Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Bologna
info@michelecassetta.com

FOTORACCONTO

Sanità militare: un impegno lungo quasi due secoli

Un convegno nazionale all'Ordine di Bari ha tracciato il quadro di un aspetto poco conosciuto, ma importante, che contribuisce alla costruzione del nostro SSN

di ROBERTA FRANCESCHETTI



Si è tenuto a novembre, in una sala gremita di medici e militari, presso l'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri della Provincia di Bari, il convegno nazionale, in onore del Generale dottor Lorenzo Bonomo, "La Sanità militare oggi". Il convegno è partito da un ricordo - evocato dal nipote che porta il suo stesso nome - del Generale medico Lorenzo Bonomo (1858-1926). Originario della Puglia, fu tra i primi ad applicare la vaccinazione anti colerica tra i militari. I relatori hanno poi tracciato un quadro della sanità militare - che festeggia i suoi 185 anni - attraverso la storia, dalle vicende della Grande Guerra all'impiego dei corpi sanitari in occasione di conflitti bellici, passando per l'intervento medico e degli altri operatori sanitari durante le missioni di pace o in occasione di calamità naturali.

Il colonnello Francesco Urbano, del Comando di Sanità e Veterinaria ha fatto un excursus sulla sanità militare ai tempi della Prima guerra mondiale, partendo dall'incidenza delle malattie infettive al fronte, che in molti casi causavano più morti del conflitto a causa delle scarse condizioni igieniche. Durante la guerra di Secessione americana circa 2/3 dei 660.000 caduti morirono di malattie infettive incontrollabili, condizionando le campagne militari. Durante la prima guerra mondiale il rapporto tra morti per malattie e periti in battaglia in Italia è del 125%. Tetano, colera e febbri tifoidi erano responsabili di vere ecatombi.

Il maggiore generale Nicola Sebastiani ha inquadrato la sanità ➡➡





militare dalle trincee degli inizi del secolo scorso fino alle attuali missioni di pace, evidenziano l'organizzazione e le attrezzature che vengono messe in campo oggi sui diversi fronti in cui sono impegnati i militari, come le tecniche di biocontenimento o la sala chirurgica campale inserita in un veicolo tattico in grado di portare una capacità chirurgica il più vicino possibile alla esigenza operativa. In concomitanza con il convegno nelle sale

della sede dell'Ordine è stata allestita una mostra di divise militari e di strumenti sanitari. Un impegno sui fronti più distanti, quello della Sanità militare, che va dagli scenari legati alle rotte dei migranti e alle operazioni di soccorso in mare, illustrati dal colonnello medico Giuseppe Rinaldi della Guardia di Finanza, alle operazioni di protezione civile dei Vigili del Fuoco in occasione di disastri e calamità naturali, come quelle descritte dal Direttore

medico Massimo Spalletta. Maurizio Benato, già vicepresidente Fnomceo, ha infine illustrato le specificità e gli obiettivi della medicina militare, nella tensione per esempio di conciliazione tra esigenze proprie delle operazioni militari e quelle della deontologia medica. Il militare è infatti chiamato a difendere la sicurezza della Patria, il medico a tutelare la salute della persona umana. Il medico militare incarna e sintetizza entrambe

queste esigenze ineludibili per la tenuta e lo sviluppo della società. "Abbiamo colto l'occasione della ricorrenza dei cento anni della Prima Guerra Mondiale per organizzare un Convegno sulla Sanità Militare ai giorni nostri nel quale fosse evidente il ruolo del medico e di tutti gli operatori sanitari verso le persone, anche in contesti di conflitto, di operazioni di peacekeeping e di disastro naturale", racconta il responsa- ➡➡



bile scientifico del convegno e vicepresidente Omceo Bari, Franco Lavalle.

“Mai come in questi ultimi mesi in cui l’Italia è stata colpita da grandi disastri causati dall’uomo e dalla natura - penso al ponte Morandi e alle alluvioni e frane di questi ultimi giorni - il lavoro dei corpi militari in ambito sanitario e di protezione civile ha mostrato il suo

contributo fondamentale. - dichiara Filippo Anelli, Presidente Omceo Bari e Presidente Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici) - “La Sanità militare contribuisce con il suo operato a costruire il nostro sistema sanitario nazionale, una grande conquista di civiltà, un bene comune che quest’anno compie 40 anni e che tutti dobbiamo impegnarci

a tutelare. Ringrazio anche a nome della Fnomceo tutti i medici e gli operatori sanitari che ogni giorno assicurano un servizio importante e indispensabile per la nostra Repubblica, nel rispetto dell’Articolo 11 della Costituzione quale strumento per promuovere la pace e la dignità della persona umana”.

IN CONCOMITANZA CON IL CONVEGNO NELLE SALE DELLA SEDE DELL'ORDINE È STATA ALLESTITA UNA MOSTRA DI DIVISE MILITARI E DI STRUMENTI SANITARI. NUMEROSI I PEZZI ESPOSTI, DAL XVIII SECOLO AI GIORNI NOSTRI.

IN QUESTA PAGINA, DIVISA
DA BERSAGLIERE CON FEZ.
NELLA PAGINA ACCANTO,
ALCUNI MOMENTI DEL
CONVEGNO DEDICATO ALLA
SANITÀ MILITARE





GLI UFFICIALI MEDICI DI POLIZIA

La Legge 26 GIUGNO 1962 n° 885 ha istituito il ruolo degli Ufficiali Medici di Polizia del Corpo delle Guardie di Pubblica Sicurezza. Fabrizio Ciprani, Direttore Centrale di Sanità del Dipartimento della P.S., ha evidenziato il ruolo della sanità della Polizia di Stato oggi, che garantisce una presenza capillare sul territorio con 363 medici, 40 psicologi, tecnici radiologia medica, tecnici neurofisiopatologi, tecnici della riabilitazione motoria, 460 infermieri e personale di supporto, cui si aggiungono tecnici della prevenzione nei luoghi di lavoro, ottici, audiometristi, medici veterinari.



VACCINI

L'ORDINE E I PRIMI CITTADINI SULL'OBBLIGO VACCINALE: SULLA SCIENZA NON SI DISCUTE

Amministrazioni locali, medici e scuole discutano insieme sull'importanza dei vaccini, per la prevenzione e la salute dei cittadini.

Il presidente Filippo Anelli lancia una proposta ai sindaci: "riprendiamoci la partecipazione sulla questione della sanità.

Portiamo al centro del dibattito i problemi di oggi"

di ROBERTA FRANCESCHETTI

È molto acceso il dibattito intorno alla legge sull'obbligo vaccinale e i soggetti coinvolti insistono sulla necessità di creare una sinergia per mettere al centro la prevenzione e la salute dei cittadini.

Ne è convinto anche Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e dell'Ordine di Bari, che sottolinea: «Dobbiamo riprendere a ragionare sulla partecipazione delle comunità locali e sui servizi territoriali che possono rispondere ai bisogni di salute delle fasce più fragili della popolazione». Il presidente Anelli ribadisce, inoltre, l'importanza di creare un dialogo con le amministrazioni e con le comunità locali e, nell'ambito della "Conferenza dei servizi" convocata all'Omceo di Bari, ha accolto i sindaci del territorio per discutere sul tema dei vaccini. «Voglio lanciare ai sindaci la proposta di riprenderci la partecipazione sulla questione della sanità. Portiamo al centro del dibattito i problemi di oggi. I vaccini servono. Oggi c'è la necessità di fare quadrato: sulla scienza non è possibile avviare una discussione. Offriamo piena collaborazione alle scuole e supporto ai dirigenti scolastici da parte dei medici. Questo incontro è solo il primo passo per un'efficace azione congiunta».

Sulla questione è intervenuta anche Maria Chironna, professore associato di igiene dell'Università di Bari, che ha sottolineato come la legge sull'obbligo vaccinale abbia consentito ai dipartimenti di prevenzione di avere uno strumento operativo per intervenire su quelle fasce della popolazione indecise e confuse da campagne di di- ➔

UN MEDICO IN TRINCEA

Il libro "Un medico in trincea. Oronzo Indellicati: Miei Ricordi della Guerra Mondiale (Anni 1915-1918)", Edizioni Grifo, racconta l'esperienza di un medico salentino durante la Prima guerra mondiale. L'autore, Andrea Tondo, agente di polizia di Guagnano, che ha scritto diversi saggi di storia locale, ha infatti recuperato da un antiquario il diario del medico e portato avanti un'appassionata ricerca sulla figura di Indellicati, che descrivere la propria personale esperienza dal fronte.

Un racconto in forma diaristica che comincia il 17 maggio 1915 con lo strazio del distacco dagli affetti più cari imposto dalla politica della spada e si conclude il 13 aprile 1919 con la morte della moglie. Il medico è destinato prima alla 17 a sezione di sanità e poi, dal 18 dicembre 1915 fino al termine delle ostilità, alla 18 a. La cadenza temporale dei brani ripercorre in un certo qual modo l'andamento del conflitto. Da guerra fulminea quale doveva essere si trasformò in una guerra di logoramento e di attesa; allo stesso modo la trascrizione degli avvenimenti è cronologicamente molto ravvicinata per i dodici mesi iniziali del conflitto, come se anche egli fosse pervaso dalla convinzione che tutto si sarebbe risolto in breve tempo e quindi avesse cercato di fare una cronaca quasi giornaliera, dedicandovi circa metà delle pagine totali. Purtroppo, come la storia ha dimostrato, le previsioni furono errate.

E come per un'involontaria analogia con la battaglia, anche l'evoluzione del diario cambia ritmo. Con un linguaggio quasi mai ripetitivo e molto coinvolgente, Indellicati riesce a tramutare in parole le emozioni e gli stati d'animo, a descrivere dettagliatamente i paesaggi e i personaggi tanto da farne avvertire la presenza, a materializzare la sofferenza umana, il dolore che porta a implorare il sollievo della morte.



Vaccini e ordinanze dei sindaci

Alfredo Longo (sindaco di Maruggio, Taranto), Giuseppe Colonna (sindaco di Mola Bari), Antonio Tutolo (sindaco di Lucera, Foggia) e il primo cittadino Michele Abbaticchio di Bitonto con Tommaso De Palma di Giovinazzo, avevano emesso ordinanze sindacali per non concedere l'ammissione ai nidi e alle materne ai bambini, da zero a 6 anni, privi della certificazione che attesti le avvenute vaccinazioni. La posizione è stata supportata dall'ordine dei medici di Bari, e dalla ammissione da parte del provveditorato agli studi che solo una parte dei dirigenti scolastici aveva fatto accesso al software regionale sugli effettivi controlli delle semplici autocertificazioni prodotte dai genitori.

Di fronte ai casi di Morbillo emersi a novembre all'ospedale pediatrico papa Giovanni XXIII, i sindaci hanno confermato la loro posizione: «Non possiamo restare inermi nell'attesa del legislatore e sulla paura di perdere vecchi o nuovi consensi. Occorre coraggio e occorre difendere i nostri bambini» ha commentato Michele Abbaticchio. «Anche tutte le altre strutture pubbliche dirette da Governi a vari livelli dovrebbero prendere ispirazione dalla nostra esperienza e rendere obbligatorie le esibizioni dei certificati di avvenuta somministrazione dei vaccini prima di ammettere i bambini presso le strutture di servizio o accoglienza.

Sulla salute dei bambini non si può scherzare né innalzare steccati di natura ideologico - politica».



sinformazione. La copertura per l'esavalente in Puglia dal 2013 è scesa sotto la soglia del 95%: vuole dire che più di 1000 bambini non sono stati adeguatamente vaccinati dal 2013 al 2016. Per morbillo, parotite rosolia e varicella dal 2013 al 2016 oltre 10mila bambini non sono stati adeguatamente vaccinati. A meno di 6 mesi dalla introduzione della legge sull'obbligo in Puglia c'è stato invece un incremento delle coperture vaccinali, soprattutto per morbillo, parotite e rosolia (+7,1%) e anti-varicella (+8,1%). Per l'esavalente abbiamo raggiunto il 95% di copertura. «Comunque la si pensi la legge ha portato dei risultati», ha osservato la professoressa Chironna. Antonio Tommasi della Regione Puglia, Ro-

sella Squicciarini della Asl e Mario Trifiletti dirigente dell'Ufficio scolastico regionale hanno tutti sottolineato l'importanza dell'anagrafe vaccinale, uno strumento implementato in Puglia e che risulta all'avanguardia. L'Anagrafe regionale soggetti vaccinati (GIAVA Puglia), cui finora si sono registrati i due terzi delle scuole, è una piattaforma su cui tutti gli istituti possono registrarsi per accedere ai dati vaccinali degli alunni iscritti e verificare in tempo reale le autocertificazioni. In molti casi i dirigenti si sono trovati a fronteggiare situazioni in cui alcune famiglie hanno presentato certificati di vario genere per aggirare l'obbligo. Le scuole e i dirigenti, che non hanno competenze mediche, vanno sostenute in questo percorso, attraverso una

collaborazione con la regione, i medici e le autorità sanitarie. Michele Abbaticchio, vicesindaco della Città Metropolitana, ha evidenziato come «i sindaci abbiano emesso l'ordinanza sulla scia di numerose difficoltà: scuole che non si sono ancora registrate sulla piattaforma dell'anagrafe, spinte da parte dei movimenti no-vax, autocertificazioni usate impropriamente. Le ordinanze nascono da uno scopo comune e hanno avuto un'efficacia comunicativa. A Bitonto si è raggiunto il 95% di copertura post ordinanza». Abbaticchio si è inoltre impegnato a convocare una conferenza metropolitana per collaborare con tutti i sindaci della Città metropolitana e con i medici. ■

La copertura per l'esavalente in Puglia dal 2013 è scesa sotto la soglia del **95%**:

vole dire che più di **1000 bambini** non sono stati adeguatamente vaccinati dal 2013 al 2016.

Per morbillo, parotite rosolia e varicella dal 2013 al 2016 oltre 10mila bambini non sono stati adeguatamente vaccinati. A meno di 6 mesi dalla introduzione della legge sull'obbligo in Puglia c'è stato invece un incremento delle coperture vaccinali, soprattutto per

morbillo, parotite e rosolia (+7,1%) e anti-varicella (+8,1%).

Per l'esavalente abbiamo raggiunto il **95%** di copertura.

Testo del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, coordinato con la legge di conversione 31 luglio 2017 n. 119, recante: «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci.»

1. Al fine di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale, nonché di garantire (il conseguimento degli obiettivi prioritari del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017/2019, di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017,) ed il rispetto degli obblighi assunti a livello europeo ed internazionale, per i minori di età compresa tra zero e sedici anni (e per tutti i minori stranieri non accompagnati) sono obbligatorie e gratuite, in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale nazionale relativo a ciascuna coorte di nascita, le vaccinazioni di seguito indicate:

- a) anti-poliomielitica
- b) anti-difterica
- c) anti-tetanica
- d) anti-epatite B
- e) anti-pertosse
- f) anti-Haemophilus influenzae tipo b.

1-bis. Agli stessi fini di cui al comma 1, per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per tutti i minori stranieri non accompagnati sono altresì obbligatorie e gratuite, in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale nazionale relativo a ciascuna coorte di nascita, le vaccinazioni di seguito indicate:

- a) anti-morbillo;
- b) anti-rosolia;
- c) anti-parotite;
- d) anti-varicella.

DONNE IN GRAVIDANZA: TUTTI I BENEFICI DERIVANTI DALLA PROFILASSI

L'Ordine di Bari ha dedicato a questo tema una grande attenzione, attraverso un momento di formazione che ha cercato di promuovere le sinergie tra medici di Medicina Generale, ginecologi, igienisti e pediatri come elemento chiave per la diffusione delle vaccinazioni

A cura della REDAZIONE

Il compito di igienisti, medici di medicina generale, ginecologi e pediatri è quello di accompagnare la donna in un percorso consapevole di prevenzione in tutte le fasi della gravidanza, dalla programmazione della stessa fino al parto.

Le vaccinazioni sono un momento importante per il benessere delle persone. A questo tema Omceo e Fnomceo dedicano una particolare attenzione, per diffondere la conoscenza tra gli operatori sanitari e per veicolare una sempre maggiore consapevolezza riguardo all'importanza della prevenzione.

In particolare, presso la sede dell'Ordine di Bari, si è tenuto un convegno dedicato alla vaccinazione in gravidanza, con un focus sulle malattie infettive e sulle strategie vaccinali. Il convegno, dal titolo "Le Sinergie tra Medici di Medicina Generale, Ginecologi, Igienisti e Pediatri come elemento chiave per la promozione delle vaccinazioni", è stato organizzato per promuovere, negli operatori sanitari, una più solida cultura della vaccinazione come mezzo fondamentale di prevenzione.

Il compito di igienisti, medici di medicina generale, ginecologi e pediatri è quello di accompagnare la donna in un percorso con-

sapevole di prevenzione in tutte le fasi della gravidanza, dalla programmazione della stessa fino al parto.

Del resto, i benefici derivanti dalla profilassi vaccinale nella donna in età fertile e nella donna in gravidanza sono sottolineati nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019. A riprova dell'importanza di queste vaccinazioni, anche la Circolare Ministeriale emanata il 7 agosto 2018 "Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza" rimarca la rilevanza di tale forma di prevenzione primaria.

La gravidanza rappresenta un particolare periodo della vita durante il quale diventa cruciale prestare particolare attenzione alla tutela della salute sia della mamma che del nascituro. In questa fase, la protezione offerta dalle vaccinazioni può evitare l'acquisizione di infezioni erroneamente ritenute banali e che, invece, possono portare ad un'aumentata ospedalizzazione e a complicanze sia

nella mamma che nel neonato. Le vaccinazioni antinfluenzale e antipertosse nel secondo-terzo trimestre di gestazione consentono lo sviluppo di anticorpi materni in grado di superare la barriera placentare e consentire la protezione del neonato da queste infezioni durante i primi mesi di vita.

Al convegno, che si è svolto il 17 novembre scorso, sono intervenuti il presidente della Fnomceo e Omceo di Bari, Filippo Anelli e il vicepresidente dell'Omceo, Franco Lavallo. Moderati da Michele Quarto e Franco Lavallo, diversi professionisti hanno partecipato al convegno, condividendo nozioni importanti con i partecipanti.

Cinzia Germinario ha parlato di copertura vaccinale con un focus sulla Puglia; Rosa Prato ha illustrato il programma della Regione Puglia in tema di immunizzazione della donna in gravidanza. Di rischio infettivo nei neonati ha parlato Nicola Laforgia, con consigli su come proteggere i bambini. Maria Chirona ha spiegato le Strategie applicative nella maternal immunization, facendo riferimento all'esperienza del Policlinico di Bari. Con Domenico Lagravinese si è discusso di modelli organizzativi nella maternal immunization e del ruolo del Dipartimento di Prevenzione. Spazio anche al ruolo dei medici. Ne hanno parlato Giuseppe Loverro con un intervento dal titolo "Il ginecologo e la promozione delle vaccinazioni in gravidanza" e Nicola Calabrese che ha evidenziato come il medico di medicina generale rappresenti una figura di raccordo per porre le basi per una cultura dell'immunizzazione". ■



"Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza"

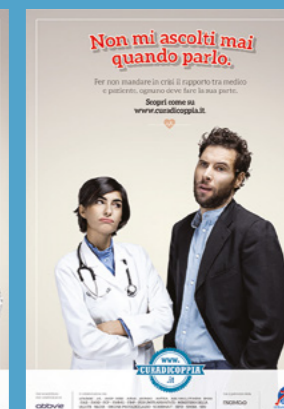
La Circolare Ministeriale emanata il 7 agosto 2018 "Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza" contiene una serie di raccomandazioni generali dedicate alle donne in età fertile, a quelle che abbiano intenzione di pianificare una gravidanza e alle donne incinte.

In particolare, il documento elenca tutti i vaccini suddivisi nelle seguenti categorie: vaccinazioni in età fertile; vaccinazioni in previsione di una gravidanza; vaccinazioni durante la gravidanza; i vaccini controindicati in gravidanza.



UNA CURA PER IL RAPPORTO MEDICO PAZIENTE

La campagna "Cura di Coppia" è promossa da CITTADINANZATTIVA - TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO, con il sostegno non condizionato di ABBVIE e il patrocinio di FNOMCEO, ed è svolta in collaborazione con: AFADOC-AIL-AIOP-ASBI-AIPAS-ANMAR-ANTEA-ASS.MALATI RENI - BPCO - FAIS - FAND - FCP - FIMMGa - FIMP - FORUMTRAPIANTATI - MINISTERO DELLA SALUTE - NADUR-ORDINE PSICOLOGI LAZIO - SIDERMAS - SIFO - SIMBA - SUMAI - SIN SUMAI. Il decalogo, il vademecum e gli altri materiali della campagna sono disponibili sul sito web: www.curadicoppia.it



SENSIBILIZZAZIONE

CURA DI COPPIA

"Cura di coppia" la campagna promossa da Cittadinanzattiva, con il patrocinio di Fnomceo, intende promuovere un'alleanza tra cittadini e professionisti della salute. Per favorire la ricostruzione della relazione tra medico e paziente.

A cura della REDAZIONE

Presentata il 22 ottobre a Bari presso la sede dell'Ordine dei medici la campagna "Cura di coppia", promossa da Cittadinanzattiva con il patrocinio di Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici) che intende promuovere un'alleanza tra cittadini e professionisti della salute per favorire la ricostruzione della relazione tra medico e paziente.

Ricostruire un rapporto in crisi, restituendo centralità alla relazione e alla fiducia reciproca, a partire dai diritti e doveri di ciascuno. Non è la storia di una coppia qualunque alla base della campagna informativa "Cura di coppia" ma quella rappresentata da medico, operatore sanitario e cittadino. Con la campagna è stato realizzato un de-

calogo, cioè dieci consigli per essere consapevoli dei rispettivi diritti e doveri, indicati nella Carta europea dei diritti del malato e nel Codice deontologico dei medici e un vademecum in cui sono stati approfonditi i diritti e doveri del decalogo con un tono semplice e comprensibile per far emergere consigli su stili di vita, abitudini, scelte terapeutiche, suggerimenti su come dovrebbero rapportarsi i cittadini con il proprio medico e come si dovrebbe comportare il medico con il paziente.

Infatti, dai dati di Cittadinanzattiva (Fonte: XX Rapporto PiT Salute 2017 - Cittadinanzattiva) emerge che la relazione tra medico e paziente è in difficoltà. Da una parte, in circa 8 casi su 10, i cittadini segnalano poca

"La relazione medico-paziente è un pilastro fondamentale del sistema sanitario nazionale. Ricostruire la fiducia su cui si basa questo rapporto è quindi importante non solo per restituire ai medici la serenità necessaria per esercitare il proprio lavoro, ma anche per garantire ai cittadini, attraverso le migliori cure, il diritto alla salute. Esistono fattori strutturali che hanno messo in crisi questo rapporto, come la carenza di personale, ma anche fattori relazionali e culturali su cui possiamo incidere attraverso una corretta informazione e comunicazione."

Filippo Anelli, Presidente Omceo Bari / Presidente Fnomceo



“L’assistenza territoriale, difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie e l’assistenza ospedaliera e la mobilità sono i tre principali ostacoli alla fruizione del Servizio sanitario Regionale segnalato dai cittadini a Cittadinanzattiva Puglia. Queste indicazioni si riferiscono ai disagi che i cittadini affrontano quotidianamente nell’ottenere le prestazioni di assistenza sanitaria e sociale sul territorio, quindi nelle strutture pubbliche o private oppure al domicilio.”

Matteo Valentino, segretario regionale di Cittadinanzattiva Puglia.

“L’Ordine di Bari da tempo cerca di ricucire il rapporto di fiducia tra i medici e i cittadini attraverso un dialogo che passa anche da azioni di sensibilizzazione. Crediamo che campagne come quella promossa da Cittadinanzattiva possano sostenere questo dialogo e rappresentino una buona prassi di collaborazione tra gli Ordini ed enti del Terzo Settore rappresentativi della società civile. Nessuno si salva da solo: se vogliamo salvare il rapporto medico paziente, bisogna fare rete”.

Franco Lavallo,
Vice Presidente Omceo Bari



sensibilità nell’ascolto o poca empatia. Una persona su 3 trova nel medico scarsa disponibilità a orientarla tra i servizi; una su 4 si confronta con un linguaggio troppo tecnico e poco comprensibile; una su 5 ha vissuto scarsa attenzione al dolore.

D’altro canto, circa 1 medico su 3 ritiene insufficiente o inadeguato il tempo a disposizione per la cura; in ugual proporzione riscontra difficoltà per mancanza di personale e in 1 caso su 5 per cattiva organizzazione dei servizi. In aggiunta, non esiste ancora nel

percorso di laurea del medico una formazione specifica sui temi della comunicazione e relazione.

L’obiettivo generale della campagna è dunque quello di creare consapevolezza relativa ai diritti e doveri che il medico ha nei confronti del paziente, favorendo l’applicazione dei contenuti del decalogo a livello regionale e locale e mettendo in campo azioni congiunte tra tutti gli attori protagonisti - paziente, medico, operatore sanitario e istituzioni - per rendere operativi i principi del decalogo. ■

MEDICINA AL FEMMINILE

DONNE MEDICO: PERCHÉ POCHÉ CARRIERE APICALI?

Le discriminazioni di genere sono presenti in molti contesti sociali e in svariati ambiti lavorativi. Non fa eccezione la sanità. Si riflette su questo tema anche attraverso la prima edizione del Premio “Donna medico dell’anno Istituto Tumori di Bari 2018”.

Mi sono sempre chiesta le ragioni per cui, nonostante nel corso degli studi medici le donne mostrassero maggior profitto e successo rispetto ai colleghi uomini, negli anni successivi le carriere apicali fossero prevalentemente appannaggio maschile in ambito lavorativo. Difficoltà di conciliare vita e lavoro?

Le donne non si propongono come protagoniste, ma preferiscono ruoli accessori quali ancelle nel gineceo protettivo di qualche collega uomo con ruolo più prestigioso? Oppure esiste nel contesto sociale un retaggio culturale che viene dal profondo passato per cui la donna intelligente e dotata di talenti risulta scomoda e difficile da digerire?

La discriminazione di genere dilaga da anni in Italia in modo trasversale nei più vari contesti lavorativi e la sanità è uno di questi; anche in sanità, infatti, il merito cede spesso il passo a logiche di potere.

Sembra quasi che in ambito sanitario la gestione dei ruoli verta su una sorta di piramide gerarchica: la base di soldati senza nome e sembianze viene ricoperto da medici donne, mentre all’apice del comando sveltano medici uomini.

I risvolti di una condizione lavorativa subal-

terna penalizzano le donne nella soddisfazione professionale di raggiungere promozioni ed avanzamenti di carriera e, per giunta, sul versante economico le conseguenze si traducono in buste paga più leggere legate ad incarichi sottopesati fino a concludersi con prospettive pensionistiche estremamente deludenti.

Sicuramente la donna svolge un ruolo di grande responsabilità nella famiglia, sia che ne abbia una propria, sia che debba badare a congiunti anziani o portatori di disabilità, che ne limitano il tempo da dedicare alle maggiori espressioni dell’essere medico: realtà, questa, che complica molto meno la vita di un medico uomo.

Rinunce, sconfitte, mortificazioni ed anonimato ingrigiscono talora la vita professionale di una donna medico che aspira ad alti contributi professionali.

L’occasione per parlare di questo delicato tema sociale è stato il recente convegno scientifico “Tromboembolismo venoso ed anticoagulazione: aspetti oncologici multidisciplinari” svoltosi l’8 ottobre 2018 presso l’Istituto Tumori di Bari.

In qualità di cardiologa presso l’Istituto Tumori di Bari, socio di AIDM (Associazione ➡

di AGNESE MARIA FIORETTI
Cardiologa Istituto Tumori Bari
amfioretti@libero.it

I risvolti di una condizione lavorativa subalterna penalizzano le donne nella soddisfazione professionale di raggiungere promozioni ed avanzamenti di carriera e, per giunta, sul versante economico le conseguenze si traducono in buste paga più leggere legate ad incarichi sottopesati fino a concludersi con prospettive pensionistiche estremamente deludenti.



L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO (A.I.D.M.), apartitica, aconfessionale e senza fini di lucro, è stata fondata il 14 ottobre 1921 a Salsomaggiore Terme e riconosciuta nel 1922 a Ginevra, dal Bureau Internazionale. L'A.I.D.M è membro della "Medical Women's International Association" (M.W.I.A.) e adotta come emblema la figura di Igèa, figlia di Esculapio e Dea della Salute, che tiene nella mano una coppa nella quale si abbevera il serpente, con il motto "Matris animo curant".

Scopo dell'Associazione è: valorizzare il lavoro della donna medico in campo sanitario, promuovere la collaborazione tra le donne medico, collaborare con le altre associazioni sia italiane che internazionali per lo studio delle problematiche sanitarie e socio-sanitarie che coinvolgono la collettività, e in particolare le donne, promuovere la formazione scientifico-culturale in campo sanitario collaborando con organismi ed istituzioni pubbliche, elaborare trial di studio e linee guida.

WALCE ONLUS (WOMEN AGAINST LUNG CANCER IN EUROPE) è un'associazione di respiro europeo che opera nella lotta contro le neoplasie toraciche. Walce educa, informa e supporta i pazienti affetti da questa patologia durante il percorso di malattia e realizza campagne di prevenzione primaria e di sensibilizzazione rispetto ai danni arrecati dall'abitudine tabagica.

In alto: la premiazione "Donna Medico dell'anno 2018 - Istituto Tumori di Bari" a Pia Perrotti.

Nella foto accanto i responsabili scientifici: a sinistra Annamaria Catino, oncologo Istituto Tumori di Bari, e a destra Agnese Maria Fioretti, cardiologo Istituto Tumori di Bari.



Italiana Donne Medico) assieme alla collega oncologa, Annamaria Catino, Presidente di Walce Puglia (Women Against Lung Cancer in Europe), responsabili scientifici dell'evento, abbiamo affrontato con colleghi di diverse discipline mediche le novità su vantaggi e limiti delle varie terapie anticoagulanti.

Nel convegno è stato anche presentato alla sua Prima Edizione il Premio "Donna medico dell'anno Istituto Tumori di Bari 2018", alla presenza di Filippo Anelli, Presidente della Fnomceo, e della Dott.ssa Serenella Molenini, Viceconsigliera Nazionale di Parità. Le motivazioni del riconoscimento sono state la lunga attività professionale svolta esclusivamente a favore dell'Ente in cui si opera; l'alta competenza clinico-scientifica e le capacità gestionali; la correttezza verso i colleghi e le doti di umanità nei rapporti con pazienti e familiari. La vincitrice è risultata Pia Perrotti, radiologo dell'Istituto Tumori di Bari, che attualmente esercita il ruolo di Direttore della SOC di Diagnostica per Immagini.

A conclusione, ritengo importante impegnarsi anche il prossimo anno per realizzare un nuovo appuntamento scientifico di respiro multidisciplinare sulla malattia tromboembolica, seconda causa di morte nel paziente oncologico, cogliendo allo stesso tempo l'opportunità per far luce ancora una volta sulle difficoltà del medico donna nel raggiungere ruoli di rilievo.

La pagina dell'ENPAM

a cura di ANTONIO MARTIRADONNA e MARIO DEFIDIO

Molti colleghi hanno avuto la spiacevole sorpresa di veder aumentata la trattenuta ENPAM sui proventi della libera professione svolta nel 2017, dal 2% (precedentemente corrisposto) all' 8,25%.

Cercheremo di chiarire questa problematica.

La riforma del 2012 della contribuzione pensionistica ha richiesto agli Enti Previdenziali requisiti di sostenibilità notevolmente diversi da quelli stabiliti al momento della privatizzazione. In particolare sono stati imposti aumenti sia dell'età pensionabile (com'è tristemente noto) e sia delle aliquote contributive in tutte le gestioni previdenziali.

Per quanto riguarda la quota B (cioè i contributi relativi alla libera professione) stiamo passando progressivamente dal 12,50 % (precedente alla riforma) al 19,50 %, che si raggiungerà a regime sui redditi libero-professionali prodotti nel 2020. Per i redditi prodotti nel 2017 l'aliquota attuale è del 16,50 %.

Comunque c'è da considerare che l'aver mantenuto l'autonomia del nostro Ente Previdenziale ci ha consentito di applicare prelievi più contenuti rispetto alla Gestione INPS, che già oggi impone ai liberi professionisti un'aliquota ordinaria del 25,72% (con tendenza a salire sino al 33,72%) e un'aliquota ridotta del 24%.

Tornando all'ENPAM, prima della riforma del 2012 la situazione era la seguente:

- 12,5% liberi professionisti puri
- 2% pensionati ed iscritti ad altre gestioni (ad esempio gli ospedalieri con l'ex-INPDAP)

Una recente disposizione ha imposto di portare l'aliquota dei pensionati alla metà dell'aliquota intera, cioè, attualmente, all' 8,25%

Il Comitato consultivo ENPAM della quota B, preso atto di questo progressivo aumento dell'aliquota ordinaria, ha ritenuto che, per evitare effetti distorsivi, anche la contribuzione ridotta degli iscritti ad altre gestioni dovesse essere elevata all'8,25%, evitando un eccessivo differenziale tra le aliquote precedenti (cioè tra il 2% ed il 19,50 % previsto per i redditi 2020).

È però importante sottolineare che passare da una contribuzione del 2% alla metà dell'aliquota intera comporta necessariamente anche un aumento dell'importo della pensione maturata, che salirà in proporzione a quanto versato e comunque sempre con parametri più vantaggiosi rispetto a quelli dell' INPS.

Inoltre, i contributi sono totalmente deducibili con ulteriore beneficio fiscale.

Permangono solo due categorie di medici ed odontoiatri che mantengono il diritto ad una contribuzione ridotta al 2%:

- medico dipendente che svolge esclusivamente attività libero-professionale intramoenia
- medico iscritto al corso di formazione di Medicina Generale

In questo caso, al momento della compilazione del modello D relativo alla libera professione (da compilare entro il 31 luglio con riferimento ai redditi prodotti nell'anno precedente) bisogna cliccare sulla casella che attesta l'appartenenza ad una delle due categorie prima elencate.

Se erroneamente non si è cliccato su tale casella, occorre procedere alla rettifica del modello D 2018, che si effettua accedendo con le proprie credenziali (username e password) all'Area Riservata del sito enpam.it.

In tale Area Riservata sarà anche possibile richiedere la re-iteizzazione della contribuzione dovuta.

CONTATTI OPERATORI ENPAM

SAT, SERVIZIO DI ACCOGLIENZA TELEFONICA

Tel: 06-48294829 - Fax: 06-48294444

e-mail sat@enpam.it

(nei fax e nelle e-mail indicare sempre i recapiti telefonici)

dal lunedì al giovedì: ore 9-13 e 14,30-17

venerdì: ore 9-13

UFFICIO ACCOGLIENZA E RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Piazza Vittorio Emanuele II n.78, Roma

dal lunedì al giovedì: ore 9-13 e 14,30-17

venerdì: ore 9-13

MEDICINA IN TV

ALICE: UNA GIOVANE SPECIALIZZANDA DIVISA TRA MEDICINA LEGALE E DILEMMI D'AMORE

La fiction di successo "L'Allieva", in onda su Rai 1, è già alla seconda stagione e racconta il percorso di specializzazione della ventiseienne Alice Allevi: tra studio, esami da passare, gialli irrisolti e temi da soap opera.

di ANGELA LOMORO

È goffa, un po' confusa, ma molto intuitiva. Si presenta così Alice Allevi, la protagonista della fiction "L'Allieva" in onda su Rai 1. Un medical drama, tinteggiato di giallo, con molte e vivaci incursioni di rosa. Alice (interpretata da Alessandra Mastronardi) è una giovane specializzanda. Dopo una profonda confusione su quale strada scegliere per il suo futuro, viene sedotta dalla medicina legale, in seguito alla morte della badante di sua nonna. Nonostante i suoi continui "pasticci" professionali e sentimentali e sebbene abbia ancora molto da imparare, la giovane "allieva" ha una grande qualità: una particolare empatia con le vittime. Questa sua dote la porterà ad avere intuizioni decisive nei casi in cui è coinvolta.

Frequentando l'Istituto di medicina legale, Alice incontra Claudio Conforti (interpretato da Lino Guanciale), un medico carismatico e molto sicuro di sé. Tra i due nasce una forte attrazione e una particolare intesa. Nel cuore di Alice, però, c'è anche Arthur, il quale - oltre ad essere un giovane affascinante e un brillante giornalista - è il figlio del direttore dell'Istituto di medicina legale, il "supremo" Paul Malcomess. Nella seconda stagione, a complicare le cose, interviene il Pm Sergio Einardi (interpretato da Giorgio Marchesi). Einardi è una vecchia conoscenza di Conforti, ma tra i due i rapporti sono tutt'altro che amichevoli. Immediata è, invece, la simpatia tra Alice e il Pm, che manifesta ben presto un interesse, non solo professionale, per la giovane allieva. Insomma, tra complicati dilemmi di cuore, la giovane Alice porta avanti il suo percorso di specializzazione, confrontandosi (non sempre amichevolmente) con le sue colleghe e i suoi colleghi e cercando di entrare sempre in contatto con il lato umano delle malattie.



L'ALLIEVA è una fiction di Rai1, coprodotta da Rai Fiction ed Endemol Shine Italy. La serie, per la regia di Fabrizio Costa e Luca Ribuoli, è scritta da Peter Exacoustos, Fabrizia Midulla, Cecilia Calvi, Valerio D'Annunzio, con la collaborazione di Alessia Gazzola, ed è tratta dai romanzi best-seller di Alessia Gazzola "Le ossa della principessa" e "Una lunga estate crudele" (ed. Longanesi). La prima stagione è andata in onda in prima serata su Rai 1 dal 27 settembre al 31 ottobre 2016, ottenendo oltre il 21% di share con una media di 4.800.000 spettatori. I diritti di trasmissione sono stati venduti all'estero (tra gli altri in Francia, Germania, Giappone, Spagna e Turchia). Le riprese della seconda stagione sono iniziate il 27 novembre 2017 e terminate il 10 maggio 2018. La prima puntata della seconda stagione è andata in onda giovedì 25 ottobre 2018.



Nell'Istituto di medicina legale, Alice ha molti amici, ma incontra diversi ostacoli: innanzitutto una forte competizione con Ambra Negri Della Valle (Martina Stella) e poi il rapporto difficile con la severissima professoressa Valeria Boschi (interpretata da Giselda Volodi), detta la "Wally". Per fortuna, a dare sostegno ad Alice, ci sono anche altri personaggi, tra cui suo fratello e sua nonna, oltre ai colleghi specializzandi.

A giudicare dagli ascolti della fiction, il pubblico a casa sembra riuscire a stare dietro alle varie disavventure amorose della giovane Alice e ai complessi casi di medicina legale. Alice è una ragazza di oggi e gli spettatori hanno premiato casa Rai per questa fiction, seguendo con interesse sia la prima che la seconda stagione.



ARTE

e medicina

Nicolaes Eliasz Pickenoy
(1588 - 1653/1656)

*La lezione di osteologia del dottor
Sebastiaen Egbertsz, 1619
Amsterdams Historisch Museum.*

Secondo la tradizione in voga nel Cinque-Seicento in Olanda, Pickenoy dipingeva grandi ritratti di gruppo commissionati dalle corporazioni o dipinti individuali di figure di rilievo della borghesia fiamminga. Il ritratto di gruppo della lezione del medico Sebastiaen Egbertsz fu una delle prime opere dell'artista e segue l'opera che i medici di Amsterdam commissionarono al pittore Aert Pietersz nel 1601, in cui i protagonisti sono raggruppati attorno al tavolo settorio.





NOTIZIE DAL MONDO



The Guardian 1 ottobre 2018 ALLISON E HONJO: PREMI NOBEL PER LA MEDICINA

L'americano James Allison e il giapponese Tasuku Honjo hanno vinto il premio Nobel per la medicina. I due immunologi si sono distinti per aver ideato e scoperto strategie innovative per combattere il cancro.

In particolare, questi due scienziati hanno mostrato che "per trattare il cancro possano essere utilizzate strategie differenti per inibire i freni del sistema immunitario", ha spiegato in un comunicato l'Assemblea del Karolinska Institute che assegna il premio.

Naturalmente per la trasformazione di queste strategie in una vera e propria terapia bisognerà attendere: ci vorranno altri studi e sperimentazioni, ma intanto c'è un nuovo punto di partenza.

I due medici hanno, infatti, individuato le proteine delle cellule immunitarie che, bloccando le difese



James P. Allison
MD Anderson Cancer Center

Tasuku Honjo
Kyoto University

dell'organismo, lasciano campo libero alle cellule tumorali. Eliminare questi freni molecolari significa poter combattere i tumori in modo mirato.

THE NEW YORK TIMES 5 ottobre 2018 PAPILLOMA VIRUS: NEGLI USA VACCINO ANCHE PER ADULTI

Il vaccino contro il papilloma virus sarà esteso anche agli adulti, donne e uomini fino ai 45 anni. È la decisione delle autorità americane e, in particolare della Food and Drug Administration (Fda) che ha approvato il Gardasil 9, precedentemente usato solo da adolescenti e giovani fino a 26 anni.

Si tratta di una misura importante per prevenire le malattie e i tumori correlati all'Hpv in una fascia di età più ampia. Il papilloma virus umano, infatti, può provocare il cancro alla cervice, altri tipi di cancro e condilomi genitali. Ci sono più di 100 tipi di Hpv, questo vaccino protegge da nove ceppi, tra cui quelli con più probabilità di provocare tumori e verruche genitali.

Molto spesso non ci sono sintomi per chi ha contratto il virus, ma alcuni tipi di Hpv sono ad alto rischio perché legati allo sviluppo di alcuni tumori.

Il virus, tra l'altro, è molto comune e si diffonde attraverso i rapporti sessuali.

FORBES 20 ottobre 2018 NON MUOVERSI È PEGGIO DI FUMO E DIABETE

Fare poco esercizio fisico o non farne affatto è molto pericoloso per la salute e costituisce una delle possibili cause di morte, molto più di altri fattori di rischio come il fumo, il diabete e l'ipertensione.

Lo rivela uno studio pubblicato sulla rivista JAMA Network Open e condotto dal team del cardiologo Wael Jaber della Cleveland Clinic in Ohio (Usa).

I ricercatori hanno analizzato i casi di 122.007 pazienti che tra il primo gennaio 1991 e il 31 dicembre 2014 erano stati sottoposti a test sotto sforzo (corsa su tapis roulant) e hanno, poi, misurato la mortalità per tutte le cause. Lo studio ha evidenziato che per chi non fa sport esiste un rischio del 390% più alto rispetto a chi, invece, si esercita regolarmente. L'esercizio fisico, insomma, oltre a produrre benefici per donne e uomini in ogni età, riduce il rischio di morte.



LE PARISIEN 21 ottobre 2018 VIRUS DEL NILO OCCIDENTALE IN COSTA AZZURRA

Chi ha trascorso una vacanza in Costa Azzurra non potrà donare il sangue per 28 giorni. Succede in Francia e lo stop arriva dall'Établissement français du sang (EFS), dopo che sono stati registrati 20 casi di virus del Nilo Occidentale nelle regioni della Costa Azzurra. Si tratta di un virus infettivo, veicolato da diverse specie di zanzare.

Se in alcuni casi, questo virus produce effetti noti come febbre e mal di testa, in altri casi può generare problemi gravi. Dopo aver contratto questo virus, infatti, una persona ha sviluppato una malattia neurologica. La contaminazione da trasfusioni di sangue, dunque, potrebbe avere effetti estremamente gravi, con un rischio maggiore di sviluppare la meningoencefalite, una malattia che può portare alla morte.

Di qui l'esigenza di bloccare le donazioni di sangue per chi ha visitato le regioni della Costa Azzurra ed è stato a contatto con il virus del Nilo Occidentale.

NEW YORK TIMES 23 ottobre 2018 EPIDEMIA DI ADENOVIRUS: MORTI SEI BAMBINI IN NEW JERSEY

Sei bambini sono morti nel "Wanaque Center for Nursing and Rehabilitation" in New Jersey, in seguito ad una epidemia di adenovirus, un virus che infetta le vie respiratorie e il tratto intestinale. Gli adenovirus si trasmettono con il contatto tra persone e per via aerea: possono causare diverse malattie, da quelle collegate al raffreddore a bronchiti e polmoniti.

L'epidemia nel "Wanaque Center for Nursing and Rehabilitation" ha coinvolto anche altri dodici piccoli pazienti che ora sono tenuti sotto stretto controllo.

Tutti i bambini erano ricoverati da tempo nel centro di cura e la loro salute era già provata da altre malattie; l'adenovirus è, dunque, risultato fatale per sei di loro.

Mentre il Dipartimento della salute del New Jersey sta lavorando per contenere il grave focolaio virale, lo stato del New Jersey ha bloccato l'accesso di nuovi pazienti nel centro pediatrico, fino a quando l'epidemia non sarà stata bloccata.

EL PAIS 24 ottobre 2018 POLIOMELITE: SERVE UN ULTIMO SFORZO

La poliomielite, conosciuta anche come polio, è una patologia infettiva, acuta e contagiosa, che viene determinata da un virus (il poliovirus) che colpisce le cellule neurali, provocando una paralisi flaccida acuta.

La lotta a questa malattia non è ancora finita. Negli ultimi decenni la ricerca ha compiuto passi da gigante e oggi si contano pochi casi a livello mondiale, mentre solo 30 anni fa questa malattia paralizzava 350mila persone in tutto il mondo. È un ottimo risultato, ma la sfida non è vinta del tutto. Infatti ci sono ancora tre paesi in cui la poliomielite è endemica e continua a far registrare numerosi casi: Afghanistan, Nigeria e Pakistan.

La Global Polio Eradication Initiative (GPEI), l'iniziativa mondiale per l'eradicazione della polio, prosegue la battaglia, coinvolgendo i governi nazionali, l'Organizzazione mondiale della sanità, il Rotary International, i Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC), l'Unicef e la Bill & Melinda Gates Foundation. Il vaccino contro la polio è, ad oggi, l'arma più efficace per evitare la malattia.



NOTIZIE DALL'AIFA

a cura di GIANCARLO TRICARICO

Nota Informativa Importante su Zinbryta (Daclizumab beta)

SEGNALATI CASI DI ENCEFALITE IMMUNOMEDIATA

L'Agenzia Italiana del Farmaco rende disponibili online nuove e importanti informazioni su casi di encefalite immunomediata, inclusa encefalite da anticorpi anti-recettore NMDA, segnalati diversi mesi dopo l'interruzione del trattamento con Zinbryta. Sono stati segnalati casi di encefalite immunomediata, tra cui encefalite da anticorpi contro il recettore N-metil-D-aspartato (NMDA), in pazienti durante il trattamento con Zinbryta e anche diversi mesi dopo l'interruzione di Zinbryta.

Tutti i pazienti che hanno interrotto il trattamento con Zinbryta e le persone che li assistono, devono contattare immediatamente il loro medico qualora compaiano sintomi prodromici o sintomi precoci comuni di natura comportamentale, neurologica, cognitiva o disturbi del movimento.

Nota Informativa Importante su Esmya (ulipristal acetato)

L'EMA HA CONCLUSO CHE PER RAGIONI DI SICUREZZA LA POPOLAZIONE PER CUI È INDICATO L'USO DI ESMYA DEVE ESSERE LIMITATA

L'EMA ha concluso che per ragioni di sicurezza la popolazione per cui è indicato l'uso di Esmya deve essere limitata e che sono necessarie misure per minimizzare il rischio di danno epatico.

È importante informare le pazienti su tale rischio e dei possibili segni e sintomi di danno epatico. Se le pazienti osservano tali sintomi, devono

interrompere il trattamento e contattare immediatamente il medico. Le pazienti devono anche essere informate della necessità di eseguire i test di controllo della funzionalità epatica prima, durante e dopo i cicli di trattamento.

Nota Informativa Importante su medicinali contenenti retinoidi IL PRAC HA RAFFORZATO LE AVVERTENZE SULLA TERATOGENICITÀ ED I DISTURBI NEUROPSICHIATRICI

Importanti informazioni di sicurezza riguardanti le nuove controindicazioni relative all'utilizzo dei farmaci contenenti retinoidi. I medicinali contenenti retinoidi sono disponibili in forme orali e topiche e sono ampiamente utilizzati per trattare varie forme di acne, eczema cronico grave delle mani che non risponde ai corticosteroidi, forme gravi di psoriasi e disturbi della cheratinizzazione. La tretinoina può anche essere usata per il trattamento della leucemia promielocitica, e il bexarotene è utilizzato nel trattamento delle manifestazioni cutanee dello stadio avanzato del linfoma cutaneo a cellule T.

A seguito di una recente revisione approfondita di tutti i dati pertinenti, il Comitato Europeo per la Valutazione dei Rischi nell'ambito della Farmacovigilanza (PRAC, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) ha rafforzato le avvertenze sulla teratogenicità ed i disturbi neuropsichiatrici riportati con questi medicinali destinate ai pazienti ed agli operatori sanitari (mediante le informazioni sul medicinale e i materiali educazionali). I retinoidi orali (acitretina, alitretinoina, bexarotene, isotretinoina e tretinoina) sono altamente teratogeni. Pertanto, l'uso di acitretina,

alitretinoina e isotretinoina in donne potenzialmente fertili deve essere conforme alle condizioni previste dal Programma di Prevenzione della Gravidanza (PPP). Per il bexarotene e la tretinoina orale, alla luce delle rispettive indicazioni oncologiche che richiedono cure specialistiche in ambito ospedaliero e della popolazione a cui sono destinati, si ritiene che le attuali misure siano appropriate e pertanto non è necessaria l'implementazione di un PPP. Insorgenza/aggravamento della depressione psichica, ansia ed alterazioni dell'umore sono stati riportati in pazienti trattati con retinoidi orali. Si raccomanda che i pazienti che assumono retinoidi orali siano allertati della possibilità di soffrire di cambiamenti d'umore e del comportamento e che essi informino il proprio medico, se questo avviene. I pazienti che mostrino segni di depressione devono essere indirizzati ad un trattamento appropriato, se necessario. Si deve prestare particolare attenzione ai pazienti trattati con retinoidi orali con anamnesi di depressione e tutti i pazienti devono essere monitorati per i segni di questa patologia psichica.

Nota Informativa Importante su Rivaroxaban (Xarelto)

IL TRATTAMENTO CON RIVAROXABAN NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TAVI DEVE ESSERE INTERROTTO E SOSTITUITO CON LA TERAPIA STANDARD

Uno studio clinico di fase III, 17938 (GALILEO), in pazienti sottoposti a impianto valvolare aortico transcatetere (TAVI), è stato interrotto prematuramente sulla base di risultati preliminari che mostrano un aumento

della mortalità per tutte le cause, di eventi tromboembolici e di sanguinamento nei pazienti trattati con rivaroxaban. Le analisi sono attualmente in corso. Rivaroxaban non è approvato per la tromboprofilassi nei pazienti con protesi valvolari cardiache, compresi i pazienti sottoposti a TAVI, e non deve essere impiegato in tali pazienti. Il trattamento con rivaroxaban nei pazienti sottoposti a TAVI deve essere interrotto e sostituito con la terapia standard.

Comunicazione EMA su Antibiotici Fluorochinoloni e chinoloni

I FARMACI VANNO INTERROTTI ALLA PRIMA INSORGENZA DI EFFETTI COLLATERALI. SARANNO AGGIORNATE LE SCHEDE

Il Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC), ha raccomandato restrizioni dell'uso di antibiotici fluorochinoloni e chinoloni (somministrati per bocca, per iniezione o per via inalatoria) a seguito di una revisione degli effetti indesiderati potenzialmente di lunga durata e invalidanti riportati con questi medicinali.

La revisione ha tenuto conto delle opinioni dei pazienti, degli operatori sanitari e degli accademici presentate durante l'audizione pubblica dell'EMA sugli antibiotici fluorochinoloni e chinoloni a giugno 2018. Il PRAC ha raccomandato che i restanti antibiotici fluorochinoloni debbano:

- non essere usati
- per trattare infezioni non gravi o che potrebbero migliorare senza trattamento (come infezioni alla gola);
- per prevenire la diarrea del viaggiatore o le infezioni ricorrenti del tratto urinario inferiore (infezioni delle urine che non si estendono oltre la vescica);
- per trattare pazienti che hanno avuto in precedenza gravi effetti collaterali con un antibiotico fluorochinolone o chinolone;
- per il trattamento di infezioni lievi o moderatamente gravi a meno che altri medicinali antibatterici comunemente raccomandati per queste infezioni non possano essere usati;

• essere usati con cautela specialmente per gli anziani, per i pazienti con problemi renali, per i pazienti che hanno avuto un trapianto di organo o quelli che sono stati trattati con un corticosteroide sistemico. Questi pazienti sono a più alto rischio di danno al tendine causati da antibiotici fluorochinoloni e chinoloni. Il PRAC ha anche raccomandato agli operatori sanitari di avvisare i pazienti di interrompere il trattamento con un antibiotico fluorochinolone al primo segno di un effetto collaterale che coinvolga muscoli, tendini o ossa (come tendini infiammati o lacerati, dolore o debolezza muscolare e dolore o gonfiore alle articolazioni), oppure il sistema nervoso (come la sensazione di spilli e aghi, stanchezza, depressione, confusione, pensieri suicidari, disturbi del sonno, problemi della vista e dell'udito e alterazione del gusto e dell'olfatto). Le informazioni di prodotto dei singoli antibiotici fluorochinoloni saranno aggiornate per riflettere le restrizioni dell'uso. Le raccomandazioni del PRAC saranno ora inviate al comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'EMA che adotterà il parere definitivo dell'Agenzia.

Nota Informativa importante su farmaci contenenti valproato

IN TUTTE LE DONNE IN ETÀ FERTILE, INDIPENDENTEMENTE DALL'INDICAZIONE, IL VALPROATO È CONTROINDICATO

Importanti informazioni di sicurezza riguardanti le nuove controindicazioni relative all'utilizzo dei farmaci contenenti valproato (sodio valproato, magnesio valproato, acido valproico, semisodio valproato e valpromide) nelle donne in età fertile e le nuove misure di minimizzazione del rischio relative all'esposizione in gravidanza. A seguito dell'ultima revisione condotta a livello europeo, i suddetti medicinali sono controindicati in gravidanza, sempre nelle donne affette da disturbo bipolare e salvo il caso in cui non fosse disponibile un trattamento alternativo nelle donne affette da epilessia. In tutte le donne in età

fertile, indipendentemente dall'indicazione, il valproato è controindicato salvo il caso in cui vengano garantite le condizioni previste dal Programma di prevenzione delle gravidanze. È necessario garantire che tutte le pazienti di sesso femminile siano informate e abbiano compreso i rischi associati all'uso del valproato in gravidanza, la necessità di adottare un programma di prevenzione della gravidanza, la necessità di un controllo regolare del trattamento, la necessità di una consulenza immediata in caso di pianificazione di una gravidanza o in caso di gravidanza.

Nota Informativa Importante su Idroclorotiazide EVIDENZE DI AUMENTO DEL RISCHIO DI TUMORE CUTANEO NON MELANOMA (TCNM) (CARCINOMA A CELLULE BASALI, CARCINOMA A CELLULE SQUAMOSE)

Studi farmacoepidemiologici hanno evidenziato un aumento del rischio di tumore cutaneo non melanoma (TCNM) (carcinoma a cellule basali, carcinoma a cellule squamose) con esposizione a dosi cumulative crescenti di idroclorotiazide (HCTZ). I pazienti che assumono HCTZ da sola o in associazione con altri farmaci devono essere informati del rischio di TCNM e devono essere avvisati di controllare regolarmente la loro cute per identificare eventuali nuove lesioni o modifiche di quelle esistenti e a segnalare al medico ogni lesione cutanea sospetta.



GIANCARLO TRICARICO
Medico Chirurgo, Specialista
in Reumatologia
ed Ematologia Generale
giantric@gmail.com

There's an app for that!

Una selezione delle migliori App per il settore Science/Medicina. Per non perdersi nel mare magnum degli store online



COPD Foundation's Pocket Consultant Guide (PCG)

La Pocket Consultant Guide (PCG) della Fondazione COPD è una versione interattiva del popolare PCG. Consente all'utente di inserire punteggi dei sintomi, informazioni sulla spirometria e cronologia di esacerbazione. I risultati evidenzieranno le sezioni sulla Tabella terapeutica e forniranno un elenco completo di farmaci e opzioni di trattamento disponibili per la diagnosi e il trattamento della BPCO.

Dispositivi: Android
Prezzo: Gratis



Edwards Clinical Education

L'app Edwards Clinical Education supporta gli obiettivi di apprendimento dell'utente con risorse educative focalizzate sul sistema ClearSight, il sistema FloTrac, il catetere Swan-Ganz, la piattaforma di monitoraggio avanzata HemoSphere e la piattaforma EV1000. È inoltre possibile esaminare le risorse didattiche e gli strumenti relativi alla gestione emodinamica, all'ipertensione e alla gestione dei fluidi.

Dispositivi: iOS, Android.
Prezzo: Gratis



My World: Pediatric Tool

È uno strumento di consulenza pediatrica, sviluppato dall'organizzazione non profit IDA Institute e progettato per aiutare i bambini a parlare della loro perdita uditiva. Permette ai bambini di esprimersi e ti aiuta a scoprire informazioni sui modelli di comunicazione del bambino. My World è sviluppato in collaborazione con audiologi e basato su metodologie evidence-based di play therapy e counseling narrativo.

Dispositivi: iOS, Android
Prezzo: Gratis



TreatHF

Sviluppata dalla American College of Cardiology Foundation, TreatHF aiuta i medici a confermare quali le terapie sono suggerite per i loro pazienti con insufficienza cardiaca sintomatica con ridotta frazione di eiezione (stadio C HFREF), e fornisce una guida per l'uso di ogni terapia. È sufficiente inserire le informazioni sul paziente per avere una guida personalizzata sulla gestione della terapia.

Dispositivi: iOS, Android
Prezzo: Gratis



Cleo

Una chat con un infermiere qualificato, un diario personale per tenere traccia della propria salute e per condividere le informazioni con il medico curante. E poi consigli, notizie aggiornate, e un programma di benessere elaborato da professionisti, con video ricette ed esercizi fisici. È tutto racchiuso in Cleo, applicazione gratuita sviluppata da Biogen Healthcare Solutions dedicata ai pazienti con sclerosi multipla.

Dispositivi: iOS, Android
Prezzo: Gratis



Endoscopia digestiva

Nata nell'ambito della struttura di endoscopia digestiva e malattie dell'apparato digerente di Lucca, è uno strumento di supporto al medico nella pratica clinica quotidiana, che contiene più di 80 classificazioni e score endoscopici di facile e immediata consultazione. Lo scopo di questa raccolta è quello di essere di aiuto sia agli endoscopisti per la stesura di una refertazione corretta e attuale, sia ai medici di medicina generale, agli specializzandi e agli altri specialisti non gastroenterologi.

Dispositivi: iOS, Android
Prezzo: Gratis



Clinical Training in Orthodontics

Corso clinico-pratico di ortodonzia con frequenza in Studio

Il Clinical Training si rivolge a giovani laureati che vogliono imparare la moderna ortodonzia. La frequenza in studio, due volte la settimana, consentirà ai partecipanti di trattare personalmente i vari pazienti affrontando tutte le fasi della terapia ortodontica.

I partecipanti raggiungeranno un ottimo livello di preparazione che consentirà di avviare il proprio Studio di ortodonzia e eventuali consulenze presso altri Colleghi.

Casi clinici curati dal Dott. Armenio



Sporgenza superiore



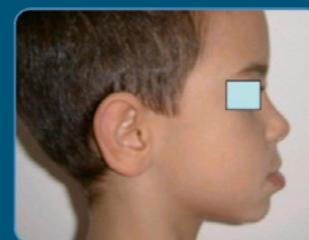
Morso inverso



Espansione del palato



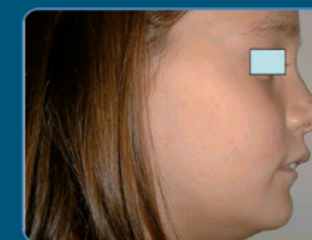
Disallineamento



Mandibola protrusa




Mandibola retrusa



Dott. Alberto Armenio: Laureato in Odontoiatria presso l'Università di Bari, ha conseguito l'International Post Graduate Program in Orthodontics presso la New York University. Presso la stessa Università è stato Teaching Fellow e Docente del reparto di Ortodonzia. La sua formazione è stata completata con il conseguimento della Specializzazione in Ortodonzia presso l'Università di Napoli. Il Dr. Alberto Armenio, ha ideato e brevettato la Tecnica Clever per l'allineamento dei denti, ed è stato Editor e Direttore Scientifico di "Ortho - Italian Journal of Orthodontics".

Info: 345.9185260 - www.albertoarmenio.it



**30 MINUTI
AD ASPETTARE
L'AMBULANZA.
LI HO RIEMPITI
DI INSULTI!**



**3.922.271*
INTERVENTI 118
NEL 2017.
MIGLIAIA DI
VITE SALVATE.**

**PRIMA DI AGGREDIRE, PENSA.
I MEDICI DIFENDONO LA NOSTRA SALUTE.**



Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Bari

* DATI EMUR 2017

www.omceo.bari.it