

Catania Medica

www.ordinemedct.org

Anno XXXVI - Ottobre 2010 n°10

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Catania



CAO NAZIONALE IN SICILIA: LOTTA ALL'ABUSIVISMO



Proposta riservata agli iscritti all'ordine dei medici di Catania



DUTTILIO

- ▶ **Puoi richiedere fino a 30.000 euro** in comode rate mensili rimborsabili fino a 120 mesi
- ▶ **Puoi saltare o cambiare una rata all'anno gratuitamente**, per tre volte nel corso del finanziamento, in base alle tue esigenze
- ▶ **Lo puoi estinguere anticipatamente** senza costi aggiuntivi

Richiederlo è semplice, bastano 3 documenti:

- Documento d'identità
- Codice fiscale
- Documento di reddito

*In esclusiva
per i nuovi clienti:*
TAN promozionale
5,95%
TAEG MAX 12,31%

Esempio: 15.000 euro in 84 rate di 218,80 euro ciascuna (TAEG 6,32%)

Vediamoci chiaro

Questo è un messaggio pubblicitario che presenta il prestito flessibile DUTTILIO di Agos Ducato. Per conoscerlo meglio, basta recarsi in filiale o presso un'agenzia autorizzata Agos Ducato dove sono disponibili:

- ✓ gli avvisi, i fogli informativi e le condizioni contrattuali
- ✓ le condizioni della polizza assicurativa facoltativa

✓ tutte le informazioni sulla flessibilità, i termini e le condizioni per esercitare le modifiche del piano di rimborso.

Ricordiamo che l'accettazione della richiesta è subordinata all'approvazione da parte di Agos Ducato e che DUTTILIO può essere richiesto dai clienti che rimborsano tramite RID.

TAEG MAX 12,31% - Promozione nuovi clienti: TAEG MAX 7,35%. Offerta valida fino al 31/12/2010.

Costi accessori del prestito: imposta di bollo € 14,52, almeno 1 volta all'anno, rendiconto annuale e rendiconto di fine rapporto €1,00 per spese di invio e € 1,81 per imposta di bollo (per importi superiori a €77,47). **Le spese di incasso rata pari a €1,30 in caso di pagamento a mezzo RID sono già comprese nel calcolo del TAEG.** In caso di pagamento presso le filiali Agos Ducato spese incasso rata €0, salvo imposta di bollo di €1,81 per importi superiori a €77,47.

**PER RICHIEDERE DUTTILIO BASTA FISSARE UN APPUNTAMENTO
NELLA FILIALE AGOS DUCATO DI:**

CATANIA

Viale Ionio 58/60 - tel. 095.74.63.264

Via R. G. Castorina (Vulcania) - tel. 095.43.33.18

Corso delle Province 52/52a/52b - tel. 095.72.20.127

Viale Africa 168, 095-74.79.711

Responsabile Commerciale: 348.84.47.141

**Chiama subito
il Numero Verde**

Numero Verde

800.12.90.10

dal lun. al ven. dalle 8.30 alle 21.00
e il sab dalle 8.30 alle 17.30

 **Agos**  **DUCATO**



In copertina:

In alto a sinistra:

Ercole Cirino, Gianpaolo Marcone ed Ezio Campagna.

In alto a destra ed in basso:

due momenti dell'assemblea CAO nazionale svoltasi a settembre a Giardini Naxos

Sommario

3. Con chi crede di parlare?..
5. Nuovo regolamento delle prescrizioni
7. Il Consiglio direttivo del 20 Luglio
9. Odontoiatri: lotta all'abusivismo
12. Episodi tragici in sala parto: si impone una profonda riflessione
13. "Basta ai diversi DRG per parto naturale e taglio cesareo!"
17. Francesco Basile nel direttivo della Società Italiana di Chirurgia
18. Il nuovo Calendario Vaccinale
20. Autunno... è tempo di parlare d'influenza
21. Un progetto dei medici di famiglia per il diabete
22. Il nuovo direttivo della FIMMG provinciale
23. Rubrica Medico-Legale
28. Chirurgia, crisi di vocazioni
30. Il trattamento delle sindromi algiche vertebrali lombo-sacrali
32. Ulcere cutanee da prevenire e curare
33. Protestano i radiologi precari
34. Il documento della CGIL medici regionale sul Piano sanitario, la rete ospedaliera e le dotazioni organiche DSM/SERT/NPI
36. L'Assessore Russo all'ospedale di Acireale
39. Asp Catania: nominati i coordinatori sanitari e amministrativi dei Distretti e del Territorio
40. Artrite reumatoide: troppe diagnosi tardive
43. Gli infettivologi siciliani: buoni risultati della terapia anti-epatite



Consiglio Direttivo Dell'Ordine

Presidente

Ercole Cirino

Vicepresidente

Giansalvo Sciacchitano

Segretario

Silvana Pispisa

Tesoriere

Aldo Ciriigliaro

Consiglieri

Giovanni Benedetto

N. Ezio Campagna (odont.)

Gaetano Catania

Erminio Costanzo

Sergio Giammona

Salvatore Gibiino

Domenico Grimaldi

Gianpaolo Marcone (odont.)

Alessandro Manzoni

Giuliana Mattina

Angelo Milazzo

Dario Nicolosi

Biagio Papotto

Revisori

Fortunato Parisi

Luigi Piccolo

Giuseppe M. Rapisarda

Salvatore Cannizzaro (suppl.)

Commissione Albo Odontoiatri

Gian Paolo Marcone

(presidente)

Giovanni Barbagallo

Nunzio Ezio Campagna

Antonio Pricoco

Antonio Spampinato

Cassa Assistenza

Presidente

Ercole Cirino

Vicepresidente

Aurelio Oliveri (†)

Segretario

Fortunato Fimognari

Tesoriere

Salvatore Cannizzaro

Componente

Nunzio Ezio Campagna

Il Presidente

Prof. Ercole Cirino

riceve i colleghi il martedì
per appuntamento, dalle ore
16.30 alle 19

Il Vicepresidente

Prof. Giansalvo Sciacchitano

riceve il martedì, per
appuntamento, dalle
ore 17 alle 19

Il Presidente della commissione

Albo Odontoiatri

Dott. Gian Paolo Marcone

riceve i colleghi il Venerdì, per
appuntamento, dalle
ore 10 alle 12

Nome per gli autori

Ricordiamo che tutti gli articoli, ad eccezione dei moduli per le inserzioni e per la disponibilità alle sostituzioni dovranno essere inviati o consegnati direttamente agli uffici dell'Ordine in via Ruggero di Lauria, 81/A ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO ELETTRONICO con lettera di accompagnamento autografa e con specifica richiesta di pubblicazione su CATANIA MEDICA. Non saranno pubblicati manoscritti o altro materiale cartaceo o non corrispondente, in ogni caso, a quanto specificato sopra.

Sede dell'Ordine:

95127 Catania - Via Ruggero di
Lauria, 81/A

Tel. 095 4035511

Fax 095 498424

Orari di ricevimento

lunedì, mercoledì e venerdì
dalle 9.30 alle 12.30

martedì e giovedì
dalle 9.30 alle 17.30

Sabato chiuso

Sito Internet

www.ordinemedct.org

Catania Medica

www.ordinemedct.org

Anno XXXVI - Ottobre 2010 n°10

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Catania



Organo ufficiale dell'Ordine dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Catania

Presidente:

Ercole Cirino

Direttore Responsabile:

Gaetano Catania

Redazione:

Giovanni Benedetto

Vincenzo Caruso

Rosario Cunsolo

Fortunato Fimognari

Sergio Giammona

Domenico Grimaldi

Angelo Torrisi

Segreteria di Redazione:

Loredana Basile

Viale Ruggero di Lauria, 81/A - 95127 Catania

Tel. 095.4035525 - Fax 095.498424

Responsabile sez. Odontoiatria:

Nunzio Ezio Campagna

Coordinatore per la Linea Editoriale:

Giuseppe Maria Rapisarda

Editore:

Parole & Immagini

Via F. Crispi, 125 - 95131 Catania

Tel. 095.7461073 - Fax 1782740704/5

info@paroleimmagini.it

www.paroleimmagini.it

Stampa:

P.P.T. - Poligrafica Piano Tavola

Via Rinaudo, 28 - Z.I. Piano Tavola 95040

Belpasso (CT) - Tel. 095.391391 PBX

Associato



Unione Stampa Periodica Italiana

Reg. Tribunale di Catania N. 532

Gli articoli sono pubblicati sotto l'esclusiva responsabilità degli autori: le idee sono personali e non impegnano la Direzione del bollettino. Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13 comma 1 della legge 675/96 sulla tutela dei dati personali l'iscritto all'Ordine ed abbonato a questo bollettino ha il diritto in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente di consultare, far modificare o cancellare i suoi dati o semplicemente opporsi al suo trattamento per l'invio del presente bollettino. Tale diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: Parole & immagini editore Via F. Crispi, 125 - 95131 Catania

E-Mail

segreteria@ordinemedct.org



Il ministro (sic!) per la Pubblica amministrazione e l'Innovazione Renato Brunetta ci ha definito "assatanati di soldi"

Con chi crede di parlare?..

Non poteva che scatenare un putiferio l'infelice sortita di Brunetta (nella foto in basso) rilanciata poi su Youtube che definisce i medici "assatanati di soldi". Amedeo Bianco, il nostro presidente FNOMCeO, ha deciso, giustamente di tagliare tutti i ponti affermando "Da qui in avanti parleremo solo con il ministro della Salute, Ferruccio Fazio perché non si tratta con chi insulta». Da parte sua, il ministro Fazio ha invitato le parti ad abbassare i toni dello scontro e ha confermato la sua stima per i colleghi, chiedendo di andare avanti con la riforma che porterà alla definitiva informatizzazione dei certificati di malattia. Testualmente Brunetta ha detto che i medici sarebbero afflitti da "digital device" e che si tratta di una "categoria assatanata di denaro". Le



gravi affermazioni sono state registrate l'8 settembre scorso a Frascati e da poco messe in rete. Si tratta di dichiarazioni a dir poco sconvolgenti che anche se sono assurde alla cronaca solo in questi giorni, ancorché pronunciate più di un mese fa - a commento dell'iter di attuazione del nuovo sistema di certificazione on line esprimono considerazioni del tutto infondate nel merito e gravemente offensive per tutti i medici italiani, colpiti come professionisti e come cittadini del nostro Paese. Non possiamo non cogliere in quelle parole una irresponsabile mancanza di fiducia e di rispetto verso l'intera categoria professionale che, anche in questa materia, si è invece resa disponibile ad un processo di innovazione serio ed efficace di trasmissione on line delle certificazioni di malattia, con l'obiettivo di rendere un servizio di qualità serio ed efficace ai cittadini ed ai datori di lavoro. Da cittadini italiani siamo ormai avvezzi all'esuberanza verbale e alla carica demagogica del ministro Brunetta, ma è evidente che quelle inequivocabili parole hanno spezzato un rapporto di fiducia e di reciproca affidabi-



Di Ercole Cirino

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Catania

lità, che ci impedisce di proseguire una costruttiva collaborazione con il ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione. Ritengo quindi coerente che salvo diverse ed altrettanto inequivocabili parole del ministro Brunetta, la nostra Federazione abbia deciso che da oggi risponderemo su questa materia solo al ministro della salute, Fazio che, in più di una occasione, ha dato ampia e convincente dimostrazione di come si possa e si debba migliorare la nostra sanità lavorando insieme, nel rispetto dei ruoli e della dignità professionale e civile dei soggetti coinvolti.



Centenario dell'Ordine dei medici
chirurghi e degli odontoiatri

Giornata del medico

Domenica 12 Dicembre 2010

Teatro Massimo Bellini

Ore 8.30



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA

**Il presente avviso vale quale
CONVOCAZIONE PERSONALE**

Catania, 26 ottobre 2010

A TUTTI I SIGG. MEDICI ED ODONTOIATRI ISCRITTI

Oggetto: Convocazione Assemblea ordinaria annuale 2010

Egregio Collega, in ottemperanza al disposto dell'art. 23 del D.P.R. 5/4/1950 n. 221, per le ore 8,00 del giorno 11 dicembre 2010 in prima convocazione e per le ore 8.30 di domenica 12 dicembre 2010, in seconda convocazione, presso il Teatro Massimo Bellini Piazza V. Bellini in Catania, è indetta l'Assemblea ordinaria degli iscritti con il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del Presidente
2. Conto Consuntivo Esercizio finanziario 2009
3. Bilancio di previsione Esercizio finanziario 2011
4. Varie ed eventuali

A norma dell'art. 24 del D.P.R. 5/4/1950 n. 221, in caso di assenza, è ammessa la delega apposta in calce al presente avviso i convocazione che, debitamente riempita e firmata, sarà consegnata ad altro iscritto presente il quale non può averne più di due. Collegiali saluti

Il Segretario
(Dr.ssa Silvana Pispisa)

Il Presidente
(Prof. Ercole Cirino)

Cassa Assistenza dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania

Conclusa l'Assemblea dell'Ordine, si terrà l'Assemblea dei Soci della Cassa Assistenza con il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del Presidente
2. Conto Consuntivo Esercizio finanziario 2009
3. Preventivo 2011
4. Varie ed eventuali

Il Segretario
(Dr. Fortunato Fimognari)

Il Presidente
(Prof. Ercole Cirino)

DELEGA

Io sottoscritto
a norma dell'art. 24 del D.P.R. 5/4/1950 n. 221, delego a sostituirmi nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e della Cassa Assistenza del 11/12 dicembre 2010 il Dr.

Data

Firma



Nuovo regolamento delle prescrizioni

Emanato il 12 Agosto entra in vigore questo mese di ottobre il nuovo Regolamento delle prescrizioni che riguarda tutti i medici anche quelli non convenzionati. L'assessorato alla salute ha così ritenuto di dovere procedere ad una regolamentazione specifica in materia di pre-

scrizioni specialistiche al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e permettere, secondo il principio di equità, un accesso alle prestazioni sanitarie basato sul bisogno e non sulla cronologia di prenotazione; sono tenuti all'applicazione del regolamento tutti i soggetti autorizzati ad

effettuare prescrizioni sanitarie. I soggetti pubbliche/o privati accreditati, erogatori di prestazioni specialistiche, devono attivare le agende di prenotazione differenziate secondo i criteri stabiliti nel regolamento. Ecco di seguito così come è stato pubblicato sulla GURS.

Il testo del decreto assessoriale

1. I soggetti prescrittori posti all'uso del ricettario unico regionale sono i seguenti:

- MMGe PLS;
- medici specialisti ambulatoriali interni;
- Medici di continuità assistenziale;
- Medici ospedalieri;
- Medici degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei Policlinici universitari.

2. Dall'1 ottobre 2010, su ogni prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale effettuata su ricettario unico regionale deve essere riportata:

- A. la formulazione della diagnosi o del quesito diagnostico;
- B. la specifica indicazione relativa all' livello di priorità clinica, limitatamente, in atto, alle prestazioni critiche riportate in appendice;
- C. l'indicazione se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista.

In base all'art. 97 della legge regionale n. 11 del 12 maggio 2010 e a partire dall'1 ottobre 2010, non potrà essere considerata valida e quindi accettata dalle strutture pubbliche e private accreditate una ricetta di prestazioni specialistiche

ambulatoriali priva delle indicazioni previste dall'art.2: tali condizioni costituiscono infatti presupposto per l'ammissibilità al relativo rimborso.

Nello stabilire il livello di priorità i medici prescrittori devono riferirsi agli elementi individuati nell'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e ribaditi nel decreto 17 novembre 2009:

- 1) severità del quadro clinico (incluso il sospetto diagnostico);
- 2) prognosi (quoad vitam o quoad validitatem);
- 3) tendenza al peggioramento a breve;
- 4) presenza di dolore e/o di deficit funzionale;
- 5) implicazioni sulla qualità di vita;
- 6) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
- 7) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

Da questi elementi scaturiranno le attribuzioni della priorità da parte del Medico prescrittore, che comporteranno inoltre da parte delle

strutture erogatrici l'attivazione di agende di prenotazione differenziate:

- prestazioni di emergenza-urgenza = va sempre indirizzata in pronto soccorso;
- prestazioni di tipo U (urgen-te) = entro 24-48 ore;
- prestazioni di tipo B (breve) = entro 10 giorni;
- prestazioni di tipo D (differibile) = entro 30 giorni;
- prestazioni di tipo P (programmata) = prestazione programmata.

3. Il medico che effettua una prescrizione, nel caso in cui non utilizzi il ricettario unico regionale, a partire dall'1 ottobre 2010, deve apporre su ogni prescrizione effettuata:

- A. la firma;
- B. il proprio timbro indicante nome e cognome, sigla della provincia sede dell'ordine professionale e n. di iscrizione all'Ordine (es: Mario Rossi - RG 10773).
- C. la data della prescrizione;
- D. se operanti in una struttura, la denominazione della stessa.

4. Nel caso in cui un soggetto prescrittore utilizzi il ricettario unico regionale e



segnali la prescrizione come "suggerita", dovrà trascrivere nel "campo a disposizione delle regioni" (all. 2 ter al disciplinare tecnico del decreto ministeriale 17 marzo 2008) della ricetta, il n. di iscrizione all'Ordine, preceduto dalla si-

gla Provincia sede dell'Ordine professionale, del soggetto che ha stilato la prescrizione "inducente".

5. Le aziende sanitarie provinciali sono tenute ad effettuare il monitoraggio e controllo delle prescrizioni

specialistiche effettuate presso le strutture pubbliche e private accreditate al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e l'adesione alla normativa, a partire da 180 giorni dalla pubblicazione del presente decreto.

Radiologia

Mammografia (noscreening)
87.37 87.37.1 - 87.37.2
TC con o senza contrasto
Torace 87.41 87.41 - 87.41.1
Addome superiore
88.01 88.01.2 - 88.01.1
Addome inferiore
88.01 88.01.4 - 88.01.3
Addome completo
88.01 88.01.6 - 88.01.5
Capo
87.03 87.03 - 87.03.1
Rachide e specovertebrale
88.38 88.38.2 - 88.38.1
Bacino
88.38 88.38.5

Risonanza Magnetica

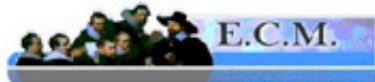
Cervello e troncoencefalico
88.91 88.91.1 - 88.91.2
Pelvi, prostata e vescica
88.95 88.95.4 - 88.95.5

Ecografia

Addome
88.74 - 88.75 - 88.76 88.74.1
- 88.75.1 - 88.76.1
Mammella
88.73 88.73.2
Cardiaca (ecocolordoppler-
cardiaco)
88.72 88.72.3
Ecocolordoppler deitronchi sovra
aortici
88.73 88.73.5
Ecocolordoppler deivasi periferici
88.77 88.77.2
Ostetrica-Ginecologica
88.78 - 88.79 88.78 - 88.78.2

Esami Specialistici

Colonscopia (noscreening)
45.23 45.23
Sigmoidoscopia conendoscopio
flessibile
45.24 45.24
Esofagogastroduodenoscopia
45.13 45.13 - 45.16
Elettrocardiogramma
89.52 89.52
Elettrocardiogrammaholter
89.50 89.50
Audiometria
95.41 95.41.1
Spirometria
89.37 89.37.1 - 89.37.2
Fondo oculare
95.19 95.19.1



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA

IL RUOLO DELLA COMUNICAZIONE E DELL'INFORMAZIONE NELL'AMBITO MEDICO: ASPETTI SOCIALI E GIURIDICI (EVENTO IN FASE DI PROGRAMMAZIONE E DI ACCREDITAMENTO)

17 DICEMBRE 2010

Responsabile e Relatore Prof. Francesco Raneri
Relatori Prof. Ignazio Vecchio - Prof.ssa Lucia Bordi

Segreteria Organizzativa

Ordine dei Medici Chirurghi di Catania
095/4035525 - 11

30 partecipanti Area Interdisciplinare - Costo 20 Euro
Luogo Sala Ordine dei Medici di Catania

Il Consiglio direttivo del 20 Luglio

Ordine del giorno:

- 1) *Approvazione verbale del 22 giugno 2010;*
- 2) *Comunicazioni del Presidente;*
- 3) *Ratifica decisioni urgenti assunte dal Presidente;*
- 4) *Iscrizioni e cancellazioni Albo Medici Chirurghi;*
- 5) *Iscrizioni e cancellazioni Albo Odontoiatri;*
- 6) *Pubblicità sanitaria;*
- 7) *Ricostituzione fondo economale giugno 2010;*
- 8) *Rendiconto spese giugno 2010;*
- 9) *Esame istanze per patrocinio dell'Ordine;*
- 10) *Corsi E.C.M.;*
- 11) *Istanze inserimento elenco psicoterapeuti;*
- 12) *Problematiche connesse con l'informatizzazione degli uffici;*
- 13) *Proposta della Commissione salute e sicurezza negli ambienti di lavoro;*
- 14) *"Giornata del Medico".*



Sono presenti: Prof. Ercole Cirino, Prof. Salvatore Sciacchitano, Dott. Giovanni Benedetto, Prof. Gaetano Catania, Dott. Salvatore Gibiino, Dott. Gian Paolo Marcone, Dott. Angelo Milazzo, Dott. Aldo Cirnigliaro, Dott. Biagio Papotto, Dott. Domenico Grimaldi, Dott. Dario Nicolosi, Sono assenti: D.ssa Silvana Pispisa, Dott. Sergio Giammona, Dott. Alessandro Manzoni, Dott. Erminio Costanzo, Dott.ssa Giuliana Mattina, e Dott. Ezio Campagna. Assistono alla seduta i Revisori dei conti: Dott. Fortunato Parisi e Dott. Giuseppe Maria Rapisarda.

Il Presidente, constatato il numero dei Consiglieri presenti e ritenuta valida l'adunanza, assistito dal Consigliere Dott. Gian Paolo Marcone che assume le funzioni di segretario della seduta in assenza della D.ssa Silvana Pispisa Consigliere Segretario, dichiara aperta la seduta e passa alla discussione degli argomenti posti all'ordine del giorno. Il Consiglio all'unanimità procede all'approvazione del verbale della seduta del 22 giugno 2010. Il Presidente, con riferimento al mandato ricevuto nella seduta del 17 dicembre 2009 in relazione a quanto contenuto nell'art.60 della legge 69/2009 che prevede la possibilità di costituire organismi di conciliazione presso i Consigli degli Ordini Professionali, propone al Consiglio l'istituzione di un apposito "Organismo di Conciliazione" di cui al D. Lgs 28/2010 e l'invio al Ministero della giustizia della relativa richiesta di iscrizione al predetto Organismo nel registro di cui all'art.16 del citato D. Lgs 28/2010. Il Consiglio Direttivo, visto l'art. 60 della legge 18/06/2009 n. 69; visto il D. Lgs 4.3.2010 n. 28 e, in particolare l'art. 19 ai sensi del quale i Consigli degli Ordini professionali possono istituire, per le materie riservate alla loro competenza, previa autorizzazione del Ministro della Giustizia, organismi speciali deputati a gestire il procedimento di mediazione di cui al capo II del decreto medesimo; considerata l'opportunità di avvalersi della possibilità riconosciuta a quest'Ordine professionale di istituire un Organismo speciale di conciliazione relativamente ai procedimenti di mediazione in tema di risarcimento del danno da responsabilità medica; visto lo schema di Regolamento approvato dal Comitato Centrale della FNOMCeO nella seduta dell'8 luglio 2010; a

voti unanimi resi nei modi di legge, delibera:

- 1) di istituire l'Organismo di Conciliazione con il compito di svolgere i procedimenti di mediazione relativi al risarcimento del danno da responsabilità medica;
 - 2) di stabilire che l'Organismo di Conciliazione ha la denominazione di "Cittadini & Salute"
 - 3) di dare atto che l'istituito Organismo di Conciliazione, che non è un autonomo soggetto di diritto rispetto al Consiglio Direttivo dell'Ordine, ha quale legale rappresentante il Presidente pro-tempore dell'Ordine e che la sua sede legale è quella dell'Ordine medesimo sita in Catania, viale Ruggero di Lauria n. 81/A;
 - 4) di approvare il regolamento di procedura di cui all'art. 3 del D. Lgs. N. 28/2010;
 - 5) di approvare il Codice etico per i mediatori accreditati presso l'Organismo di Conciliazione;
 - 6) di dare mandato al Presidente dell'Ordine di richiedere al Ministro della Giustizia l'iscrizione dell'Organismo di Conciliazione nel registro di cui all'art. 16 del D. Lgs. N. 28/2010;
 - 7) di riservarsi di istituire con separato e successivo atto deliberativo una Commissione formata dai Consiglieri dell'Ordine, con il compito di verificare il possesso dei requisiti per l'accreditamento dei mediatori, di organizzare e gestire il Servizio di Conciliazione secondo quanto stabilito dal Regolamento, di provvedere a quant'altro necessario per il regolare funzionamento dell'Organismo di Conciliazione e di stabilire i criteri per l'accreditamento dei mediatori.
- Il Consiglio all'unanimità procede alla ratifica delle seguenti decisioni urgenti assunte dal Presidente:
1. Designazione della Dott. ssa Muncivi' Maria Concetta quale CTP Medico Legale, giusta richiesta



dell'ANAS SpA;

2. Nomina Dott. Biagio Papotto, quale Presidente Collegio arbitrale, giusta richiesta Avv. Massimo Can-

nizzo;

3. Designazione del Dott. Giuseppe Sciacca quale CTP Medico Legale, giusta richiesta dell'ANAS SpA.

Albo Medici Chirurghi

Iscrizioni: Lanza Carmelo, Manzella Livia.

Cancellazioni: Licciardello Giuseppe Antonio (trasferito Udine), Cascone Onorato, Marcoccio Umberto, Milazzotto Salvatore e Pafumi Concetto (deceduti).

Il Consiglio, visto il rendiconto delle spese economali sostenute nel periodo di giugno per €632,00 accertata l'opportunità che la regolarità delle stesse, all'unanimità procede alla relativa ratifica, disponendo la ricostituzione del fondo economale per lo stesso importo. Il Consiglio, con riferimento al regolamento per l'Amministrazione e la Contabilità adottato nella seduta del 31 gennaio 2002, all'unanimità procede alla ratifica delle spese sostenute nel periodo di GIUGNO 2010 per €48.798,98.

Concessione Patrocinio

1. Dott. Luigi Castorina: Corso "3.a Giornata di Medicina Nucleare REM A.N.C.E. La Medicina Nucleare in Cardiologia" che avrà luogo a Catania il prossimo 30 settembre.

2. Dott. Erminio Costanzo: Corso "La cefalea: tra sintomo e malattia" che avrà luogo a Catania i prossimi 5 e 6 novembre

3. Dott. Carmelo Di Gregorio: Congresso Provinciale SIMG "La Medicina Catanese a Confronto" che si svolgerà il 25 settembre p.v.

4. Dott. Walter Leonardi: Corso "Presente e futuro nel trattamento dell'artrosi del ginocchio. Aspettative e soddisfazione del paziente" che avrà luogo a Taormina i prossimi 8 e 9 ottobre.

5. Prof Marcello Romano: Corso ECM "Ecostart" che avrà luogo il prossimo 9 ottobre.

6. Dott. Erminio Costanzo: "I casseti della mente" Catania, 20/21 settembre.

Vista la nota pervenuta a firma del Presidente dell'Ordine dei Medici di Palermo che informa che il Centro di Formazione Sanitaria Sicilia, organo di Formazione del succitato Ordine professionale, organizza corsi "Manageriali" per Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e Dirigenti di struttura complessa, il Consiglio, prendendone atto, all'unanimità delibera di diffondere la notizia presso gli iscritti alla provincia di Catania attraverso la pubblicizzazione sul Bollettino "Catania Medica". Il Consiglio, vista la relazione del 21 giugno 2010 a firma del Consigliere Segretario Dott.ssa Pispisa e del Direttore Dott. Caruso relativa all'acconto dell'incentivazione 2010

al Personale dipendente, all'unanimità delibera di concedere un acconto.

Corsi ECM

1. Dott. Cosimo Trovato: Morte improvvisa nello svolgimento dell'attività fisica: quali cause? - 26 novembre 2010.

2. Giornate Algologiche Etnee Il Trattamento delle Sindromi Algiche Vertebrali- 23/24 settembre 2010 Dr. Sergio Chisari

3. Giornate Etnee di Medicina del Lavoro 25 settembre 2010 Dr G. Pollaci

4. Aggiornamento in Odontoiatria 9 ottobre 2010 Commissione CAO

5. Restaurativa Diretta e Indiretta: Moderni orientamenti e nuove soluzioni - 9 ottobre 2010 Commissione CAO.

Il Presidente cede la parole al Dott. Benedetto. Dopo ampia relazione di questi sullo stato delle apparecchiature e dei servizi informatici dell'Ordine, il Consiglio all'unanimità delibera di dare disdetta del contratto alla Ditta ISA Computer alla sua scadenza naturale (maggio 2011) e, per quanto riguarda l'aggiornamento del sito Internet, dà mandato al Dott. Benedetto, considerata la sua esperienza e competenza, di contattare un esperto informatico al quale affidare tale incarico, con frequenza settimanale, il cui costo non superi l'importo di €100 per accesso. Il Consiglio, vista la nota pervenuta dal Collega Dott. Ernesto Ramistella con la quale trasmette un documento sull'attività professionale dei medici competenti, all'unanimità decide di prenderne atto e di restare in attesa di pareri, proposte, integrazioni o modifiche da parte dei singoli Consiglieri, in relazione anche alla proposta di costituire una "Consulta provinciale delle professioni per la sicurezza" interessando altri Ordini professionali (Ingegneri, Architetti, Commercialisti). Il Consiglio, ritenuto di dovere stabilire la data della "Giornata del Medico 2010" e di celebrare contestualmente il Centenario dell'Istituzione degli Ordini dei Medici, all'unanimità delibera di organizzare la manifestazione per il 12 dicembre prossimo, dare mandato al Presidente di provvedere a richiedere per tale evento l'uso del Teatro Massimo "Vincenzo Bellini" e di concordare per l'occasione con un autorevole editore di Catania, la pubblicazione di un prestigioso libro sui cento anni di attività dell'Ordine di Catania, affidandone il coordinamento al collega medico-giornalista Dott. Fortunato Fimognari.

Al Convegno nazionale di Giardini Naxos Renzo ribadisce l'impegno della CAO nazionale. Pieno appoggio dell'OMCeO etneo nell'intervento del Presidente, Ercole Cirino. Hanno partecipato anche il Presidente provinciale CAO, Gianpaolo Marcone ed il Consigliere, Ezio Campagna.

Odontoiatri: lotta all'abusivismo

In Europa, d'accordo, ma con le carte in regola! La CAO nazionale rilancia da Giardini Naxos la sua sfida politica per i prossimi mesi con idee e progetti molto chiari: riforma delle professioni ed Ordine degli Odontoiatri, lotta all'abusivismo e raccomandazioni cliniche a regime. Appena rientrato da Bruxelles Giuseppe Renzo, presidente della CAO nazionale, ed il suo staff hanno immediatamente riferito all'Assemblea convocata in Sicilia il 17 e 18 Settembre scorsi il contenuto dei colloqui intercorsi. Renzo, accompagnato da Valerio Brucoli, presidente Cao di Milano e Giuseppe Lo Giudice, presidente Cao di Messina, ha incontrato John Dalli, Commissario europeo alla salute, e Gianni Pittella, vice-presidente del Parlamento europeo, per rappresentare una serie di preoccupazioni che la Cao ha fortemente voluto portare sul palcoscenico della politica europea. Tre i temi sottolineati e contenuti all'interno di un documento presentato e consegnato da Renzo al commissario Dalli: riconoscimento dei titoli comunitari, abusivismo, formazione e accesso alla professione. "Siamo coscienti del fatto che stiamo presentando dei problemi sentiti soprattutto in Italia", ha sottolineato il presidente nazionale Cao, "ma queste problematiche riguardano tutti i paesi, perché sono temi di salute pubblica". Renzo prima di lasciare Bruxelles aveva chiesto a Dalli: "Cosa devo dire da

parte sua a Giardini Naxos...?"; risposta di John Dalli: "...che la commissione è attenta a questi problemi e desidera trovare una soluzione: ritengo queste attività molto gravi e farò di tutto con il mio collega Barnier per trovare una soluzione". E proprio a Giardini "Etica, Aggiornamento e Tutela della Salute" non poteva essere titolo più adatto

Monza, scomparso nel giugno scorso, hanno riguardato tutti i punti caldi su cui l'odontoiatria italiana sta oggi riflettendo: Riforma delle Professioni Sanitarie (e su questo è stato anticipato in modo informale la notizia che la legge delega dovrebbe presto andare all'attenzione del consiglio dei ministri), Riforma dello statuto Enpam,



all'incontro che ha vissuto momenti intensi di dibattito e confronto. "È stato un Consiglio nazionale Cao estremamente vivo e dinamico" ha commentato lo stesso Renzo che lo ha aperto con la sua relazione chiusa da un importante argomento quale quello delle camere di conciliazione su cui si è successivamente soffermata Maddalena Giungato, avvocato della Cao di Caserta. Oltre settanta i presenti. Al tavolo di presidenza e moderazione oltre allo stesso Renzo, c'erano Iandolo, Zovi, Brucoli e Cortesini. I lavori, aperti con il ricordo commosso di Cesare Sabadini, presidente degli odontoiatri di

Raccomandazioni Cliniche in Odontoiatria, Regime autorizzativo per l'apertura degli studi odontoiatrici, Pubblicità sanitaria, Educazione continua in medicina (e tentativo da parte delle regioni di modificare i termini dell'accordo Stato-Regioni), Abusivismo e collaborazione con i Nas. Nel dibattito successivo alla relazione, due sono stati i punti maggiormente approfonditi, a dimostrazione di "dove batte il cuore dell'odontoiatria": la nascita dell'Ordine degli odontoiatri e la riforma dello statuto dell'Ente previdenziale. Su questi temi la richiesta è stata forte e chiara e Giuseppe Renzo l'ha assunta pienamente: "Dobbiamo ave-



re piena rappresentanza e autonomia politica e istituzionale; all'interno dell'Enpam, poi, la necessità prioritaria è quella di recuperare il tempo perduto nel passato oggi che la presenza Cao in seno al Consiglio d'amministrazione può portare a passi reali sul tema della riforma dello statuto dell'Ente". Ma la riforma delle professioni è stata al centro di una tavola rotonda a cui hanno parteci-

gilli Clelio Darida – esecutivo Fanfani – affidò al magistrato Giacomo Perticone una commissione per studiare la riforma. Nel 1997 il Guardasigilli, Giovanni Maria Flick, chiese al suo sottosegretario, Antonino Mirone, di riavviare la riforma per arrivare al Ddl Mirone del 1998. Il progetto elaborato dal sottosegretario alla Giustizia del governo Prodi prevedeva l'individuazione di tariffe minime e la

pendenti e nel 2006 Bersani in tre commi e con decreto legge abroga l'inderogabilità delle tariffe minime, il divieto di pubblicità e di costituire società professionali. Dagli interventi della tavola rotonda è emerso che dall'unico calderone della riforma deve emergere ben precisa la corretta identità di ciascuna professione. Nell'ambito del ddl che ricomprende la riforma degli Ordini Sanitari "tradizionali" è già prevista l'autonoma costituzione dell'Ordine degli Odontoiatri. "Vigileremo affinché tale percorso di autonomia, da sempre distintivo dell'attività della Commissione Nazionale Albo Odontoiatri, venga completato al più presto – ha precisato Iandolo – s'intende che la nostra intesa, per le questioni di comune interesse, con l'Ordine dei Medici dovrà essere comunque mantenuta e privilegiata, con le modalità che concorderemo insieme. Devo obiettivamente riconosce- re che anche e soprattutto la presidenza Bianco si è sempre distinta, e continua a farlo, per il grande rispetto e la strettissima collaborazione tra componente medica e componente odontoiatrica, a cui sempre sono stati riconosciuti spazi di autentica auto-



• Cirino e Marcone

pato Pasquale Veneziano, in rappresentanza del Comitato centrale della FNOMCeO, Felice Ribaldone (Federazione nazionale dell'Ordine dei Farmacisti), Carla Bernasconi (Federazione nazionale Veterinari), Ernesto Di Gregorio, colonnello dei Carabinieri e comandante del gruppo tutela salute dei NAS di Napoli, Roberto Dati, della direzione generale del Ministero della Salute, Ferdinando Amata, avvocato della Scuola superiore dell'Avvocatura e Raffaele Iandolo, consigliere della CAO nazionale e Tesoriere della FNOMCeO. Tema delicato quanto storico del nostro Paese con quasi trent'anni di storia alle spalle da quando nel 1983 il Guardasi-

nascita di associazioni professionali iscritte in un apposito registro. Si passa alla Riforma Fassino del Duemila. Nel modello dell'ex Guardasigilli del governo Amato restano i minimi e i massimi tariffari, ma viene abolito il divieto di pubblicità. Si apre alle società anche con soci di capitale. Alle associazioni, la possibilità di rilasciare attestati di competenza. Tra il 2003 ed il 2004 il sottosegretario alla Giustizia, Michele Vietti, elaborerà poi due testi che confermano il sistema duale: società tra professionisti ma non di capitale e minimi tariffari. Nel 2005 Castelli aggiunge l'obbligatorietà dell'iscrizione agli Ordini anche per i professionisti di-



• Renzo



nomia attraverso la libera determinazione delle linee politiche da seguire. Con questo spirito tutte le questioni di comune interesse e competenza vengono seguite, discusse e risolte in un clima unitario contraddistinto da rispetto reciproco ed autentica collaborazione. Piena è quindi la concordia nelle scelte, assunte sempre insieme dalle due componenti". Ma la professione odontoiatrica deve saper difendersi anche dai ripetuti attacchi che oggi giungono non solo dall'abusivismo, represso da multe irrisorie, ma anche dal turismo universitario che porta all'acquisizione di diplomi poco credibili. Lauree conseguite in Sudamerica, al termine di percorsi di studi non adeguati agli standard formativi europei. Poi, grazie ad accordi bilaterali, riconosciute in Spagna. Da qui, equiparate infine, secondo le procedure europee, a quelle italiane. E pare che non si tratti dell'unico stragemma. Esiste, infatti, un vero e proprio "turismo formativo", con titoli professionali acquisiti in Romania o Bulgaria senza aver dato un esame o frequentato una lezione, ma validi a tutti gli effetti anche nel nostro Paese.



• L'intervento di Cirino

Insomma una vera e propria fabbrica di dentisti che mettono a rischio la salute della popolazione che vi si rivolge. Renzo è stato molto duro al riguardo: "Siamo di fronte a una vera e propria organizzazione criminale, che si diffonde anche a livello europeo, e contro la quale il ministero della Salute, che è l'autorità competente a verificare la correttezza dei percorsi for-



mativi, si trova con pochi appigli legali, nonostante il totale impegno e la grande professionalità di chi vi opera, mentre gli avvocati che difendono in maniera disinvolta i "laureati" hanno gioco facile. I titoli, infatti, sono corretti dal punto di vista formale, anche se non sono in grado, nella pratica, di garantire il corretto apprendimento e quindi un adeguato svolgimento della professione. Ultimamente si stanno sviluppando anche altri escamotage: quello, ad esempio, che con una forma di pubblicità aggressiva invita i nostri giovani a frequentare dei corsi di laurea non meglio specificati e inesistenti presso università spagnole - mediate da presunte succursali istituite in alcuni centri urbani del meridione d'Italia - con un breve periodo di preparazione e

senza selezione, bypassando il numero chiuso e seguendo la stessa metodologia dei corsi di laurea triennali". Intanto accanto a questo nuovo volto dell'abusivismo, perdura la piaga dei falsi dentisti contro la quale la CAO è da sempre impegnata, in collaborazione con i Nas, il ministero della Salute, l'Università: sarebbero quindicimila gli abusivi (contro i quasi cinquanta-

settemila iscritti all'Albo) che operano in Italia, spesso in condizioni igieniche precarie, con il rischio di diffusione di patologie come l'Aids o l'epatite, oltre agli ovvi danni per la salute della bocca dei pazienti. A seguire un'altra interessante tavola rotonda è stata dedicata alle Raccomandazioni cliniche in Odontoiatria, quali riferimento scientifico ed etico condiviso per la tutela della Salute pubblica, di cui hanno trattato Enrico Gherlone, referente del ministro Fazio per l'Odontoiatria, Francesco Scarparo, presidente nazionale del Comitato di Coordinamento delle Società odontostomatologiche, Valerio Brucoli, componente della CAO nazionale, e Giuseppe Lo Giudice, presidente CAO di Messina.

Nuccio Sciacca

Episodi tragici in sala parto: si impone una profonda riflessione

Dal 26 Agosto, giorno della ormai "famosa" lite tra ginecologi al Papardo di Messina si sono susseguiti, e non solo nella nostra regione, fatti che sono ora al vaglio dei magistrati. Sono vicende che impongono una riflessione profonda da parte di tutti. Da parte di noi medici, dei cittadini, dei giornalisti e di chi amministra e governa la sanità. Mi è sembrato giusto ed attuale dedicare quindi questo secondo "Focus on" dell'anno della

nostra rivista proprio a questo argomento ospitando di seguito un intervento dell'assessore regionale alla salute, Massimo Russo ed una intervista al nostro vice-presidente dell'Ordine, Giansalvo Sciacchitano che fa sentire stavolta la sua voce non solo da un punto di vista istituzionale ma anche, e direi soprattutto, da quello di specialista "navigato" con alle spalle centinaia e centinaia di ore passate in sala parto tra nascite naturali e tagli cesarei.

L'intervento dell'Assessore regionale alla salute, Massimo Russo

Da assessore ho il dovere di creare le condizioni affinché il sistema sanitario, sia adeguatamente protetto da indebite pressioni, anche per acquistare ulteriore autorevolezza. Riuscire a garantire un adeguato clima di serenità è condizione fondamentale perché questa autorevolezza si espliciti concretamente nel quotidiano lavoro dei bravi professionisti siciliani. Deve essere questo il ruolo di una politica responsabile che mira a costruire e non a distruggere. Con fermezza e tempestività abbiamo assunto severi provvedimenti in occasione della lite tra medici dell'agosto scorso mentre per quanto riguarda l'ultimo caso registrato sempre al Papardo di Messina, non ci sono, invece, le condizioni per parlare di un caso di malasanità. Per questo ritengo doveroso tutelare il sistema e i medici che lo fanno funzionare ogni

giorno offrendo, con grande abnegazione e responsabilità, buona sanità a tanti cittadini. Ciascuno deve fare responsabilmente la propria parte. Il cittadino deve essere rispettato e curato al meglio ma non è ammissibile che pretenda di imporsi, come in occasione del parto, su materie che sono di competenza esclusiva del medico. Quest'ultimo ha il diritto e il dovere di fare responsabilmente le proprie scelte, valutando caso per caso sulla base della migliore scienza, coscienza ed esperienza. Sapendo di godere della fiducia del sistema, il medico saprà comportarsi in maniera responsabile, garantendo appropriatezza, qualità e sicurezza della prestazione e senza fare ricorso alla cosiddetta "medicina difensiva" che è inutilmente costosa per il sistema e spesso anche pericolosa per il cittadino. Non entro nel meri-



Di Gaetano Catania

Direttore responsabile di Catania Medica

to specifico delle vicende sulle quali stiamo svolgendo i dovuti accertamenti e su cui ho preparato una dettagliata ed esaustiva relazione per il Ministero. Mi auguro, però, che finisca questa sorta di 'razzismo mediatico' e che da parte dei media nazionali ci sia maggiore equilibrio e senso di responsabilità nel raccontare le vicende che riguardano la Sicilia. Ultimamente a Messina è stato montato un caso su una vicenda ben diversa da quella raccontata inizialmente: così si alimenta un clima pericoloso in cui il paziente pretende di saperne più del medico che viene così ingiustamente screditato. E il frutto di questo clima è proprio l'episodio che si è verificato nelle scorse settimane sempre al "Papardo" di Messina dove un medico è stato aggredito dai familiari di una puerpera che avevano preteso un taglio cesareo.

"Basta ai diversi DRG per parto naturale e taglio cesareo!"

- Prof Sciacchitano che effetto le fa sentire che due professionisti litigano in sala parto mentre una donna sta per partorire e che in seguito a questo si sia aperto in tutto il Paese un così ampio dibattito su parto naturale e taglio cesareo?

- Personalmente ritengo che la lite in sala parto, evento ingigantito dai mass media (documentalmente lo scontro non è avvenuto nè in sala parto, nè in sala operatoria), ed altri episodi simili, paradossalmente dimostrano innanzitutto che il cesareo non si fa a cuor leggero, ma è frutto di decisioni ponderate, ovviamente non posso escludere che vi possano essere eccezioni negative... Chi come me ha passato centinaia se non migliaia di ore in sala parto, ha praticato in una sola notte 9, dico 9, cesarei, ha assistito alle lezioni del professor Panella che a lezione portava settimanalmente 4-5 cadaverini in aula, a riprova di una mortalità assolutamente diversa da quella odierna, non può che testimoniare come in tema di assistenza al parto si sono fatti passi da gigante. La buona notizia insomma non è notizia. Non è stato evidenziato dai mass media che oggi la mortalità infantile è scesa al 3, 3 per mille e quella neonatale al 2, 3 per mille con la Gran Bretagna al 5, 3 per mille e gli USA al 6, 7 per mille. Certo anche un solo bambino perso ovviamente è una sconfitta e ci porta



• Giansalvo Sciacchitano

amarezza, tuttavia non posso che affermare senza timore di smentita che la nostra disciplina, non me ne vogliono tutti gli altri colleghi, è la più affascinante e gratificante ... Essere il primo a vedere una nuova creatura, essere testimone attivo di un momento irripetibile è indubbiamente una grande gratificazione ma anche una grandissima responsabilità. Proprio per questo, per rispondere alla domanda sui fatti del Papardo, credo che prima di inoltrarci anche noi nella fitta selva di opinioni, critiche e commenti che i media ci hanno somministrato in questi mesi, sia necessario conoscere bene come siano andate effettivamente le cose. Era poi quasi conseguenziale che si scatenasse l'accesso dibattito a cui stiamo ancora assistendo sulle modalità del parto. Io non credo che si possa decidere tout-court di abbassare, magari con una circolare, il numero di cesarei. Sono anche

contento che lei non mi abbia chiesto se sono a favore del cesareo o del parto naturale. Ogni parto, anzi ogni gravidanza, è una storia a sé, e come tale va esaminata e trattata.

- Qualche attento osservatore ha scritto sui giornali, dati alla mano, che siccome il DRG è maggiore per il cesareo, i punti nascita, ed in particolare quelli privati, optano facilmente per quest'ultimo...

- Io le rispondo con quella che può sembrare una provocazione ma che è invece è una proposta della quale mi assumo tutta la responsabilità dalle pagine del nostro organo ufficiale di informazione ordinistico.. Faccio un ragionamento elementare: il primo costa 6 ed il secondo 2? Facciamo un DRG unico a 3! Quantifichiamo e scorporiamo ovviamente le spese del materiale di consumo e di gestione della sala operatoria, e remuneriamo le due tipologie di parto con gli stessi rimborsi..

- Non le sembra che la proposta possa trasformarsi in un boomerang per la categoria medica accusata spesso, lo ha fatto ultimamente anche Brunetta, di badare troppo ai soldi?

- Al contrario! Ci permetterebbe finalmente di porre il problema esclusivamente in termini clinici. Il medico deve essere assolutamente affrancato dal sospetto che la scel-

ta del parto non sia fatta solo in funzione del benessere del nascituro e della madre, ma del guadagno. L'obiettivo deve essere quello di diminuire i cesarei, ma non in maniera indiscriminata, con la giusta indicazione e secondo le linee guida. Occorre verificare e analizzare laddove vi sono stati, e perchè, cesarei effettivamente non necessari, senza però mai diminuire la sicurezza della mamma e del nascituro. Vada a guardare come la percentuale di lesioni cerebrali alla nascita è andata diminuendo negli ultimi decenni... Anche il dato che ho ripetutamente sentito in questi giorni del tasso ottimale del 15% di cesarei comunicato dall'OMS, non mi sembra corrispondente alla realtà odierna. Si tratta di un dato del 1985 e tante cose sono cambiate a partire dall'età media della prima gravidanza, dall'eseguire un taglio cesareo dopo un pregresso T.C., per evitare la deiscenza della progressa cicatrice....

- Ma la decisione finale chi deve prenderla?

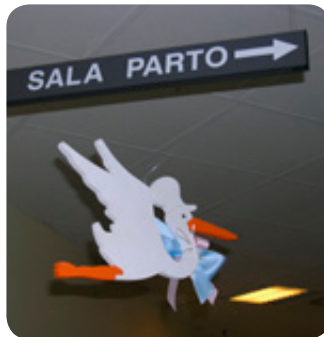
- Dato per scontato che la decisione debba assolutamente essere clinica e non influenzata in alcun modo da costi o mode, le rispondo che deve derivare, in linea con i moderni orientamenti, da quello che viene chiamato oggi centro decisionale formato dal medico e dal paziente, la gestante nel nostro caso specifico. Lo stesso cesareo non è una metodica assolutamente esente da rischi. Quando è programmato lo è certamente in misura minore, e poi ogni cesareo comporta qualche rischio per il successivo.

- Si parla anche del parto spontaneo dopo Taglio cesareo...

- Anche qui bisogna essere molto cauti. Chi ha notevole esperienza di sala operatoria ostetrica ricorderà quante deiscenze della parete uterina ha visto anche in tagli cesarei eseguiti in gestanti fuori travaglio....

- Ma vi sono anche sollecitazioni da parte di autorevoli ginecologi al parto spontaneo dopo taglio cesareo?

- Non voglio essere polemico, ma sa... pontificare dall'alto, senza avere l'esperienza specifica e magari non



entrando in sala operatoria ostetrica...Ciò non toglie però, che se la gestante espressamente fa una richiesta in tal senso, se il travaglio è rapido, il bambino di peso adeguato, e la gestante è informata dei rischi eventuali (rottura dell'utero, coinvolgimento della vescica...), il parto spontaneo può essere tentato.

- Si dice che il numero dei cesarei è aumentato anche perchè non si applicano più il forcipe e la ventosa cosa ne pensa?

- Si è vero, si è persa la manualità per tali metodiche. Si è mitizzato il danno del for-

cipe, spesso i danni cerebrali attribuiti al forcipe in effetti erano già pre-esistenti all'applicazione del forcipe o della ventosa, e che quindi il danno cerebrale è forse attribuibile al fatto che probabilmente invece il forcipe è stata applicato in ritardo. Altro argomento è stato invece il traumatismo sui tessuti materni. Oggi infatti, proprio per l'abbandono del forcipe vediamo a differenza del passato meno prolapsi e cisto-rettoceli.

- C'è chi consiglia di tornare a partorire a casa...

- Assolutamente no! È una proposta da irresponsabili. Anche il più semplice, in apparenza, dei parti può nascondere insidie. Vero è che chi lo propone lo riserverebbe solo alle gravidanze fisiologiche e che non presentano rischi, es.bambini non macrosomi ecc. Però chi ha assistito migliaia di parti si ricorderà che anche il parto che non presentava alcuna patologia non si è risolto in tragedia solo perchè vi era un'equipe pronta e con sala operatoria immediatamente disponibile... Aggiungerei, pur sapendo di risultare per certi versi impopolare, che è anche giusto chiudere i punti nascita con meno di 500 parti l'anno e senza rianimazioni. L'ospedale sotto casa non è più ammissibile. Senza tutti i requisiti di sicurezza necessari non si può e non si deve rischiare. Occorrerebbe sempre la disponibilità di una equipe ostetrica ed un anestesista 24 ore su 24. La struttura inoltre a mio modo di vedere dovrebbe dichiarare cosa offre in maniera che ogni donna possa con consapevolezza scegliere la struttura dove partorire.

- Ma il cesareo è anche un punto forte della medicina difensiva...

- L'eccesso di denunce registrate e di come i mass media enfatizzano gli eventi negativi, anni spaventa il medico che si ritrova tra l'incudine ed il martello anche in questa circostanza. Mi ha fatto riflettere una sentenza della Cassazione secondo cui alla luce di una casistica del rischio molto alta il medico non è esentato dalle sue responsabilità ma deve impegnarsi di più... Basti pensare che in Francia dove il test di ammissione alle scuole di specializzazione è unico e quindi si scorre man mano la graduatoria con le scelte dei candidati, il ginecologo non lo vuol fare più quasi nessuno!

- Un'ultima domanda. Si è fatta cattiva informazione sull'onda dei fatti, anche drammatici purtroppo, che sono accaduti?

- La gente dovrebbe, grazie ai media accrescere la propria cultura principalmente per mantenere la

propria salute che non sono le nozioni scientifiche o le tecniche sono di competenza della professione medica, frutto di anni di esperienza e di studio, ma quello che l'OMS ha definito empowerment del cittadino che

che attraverso tale processo si punta ad erogare cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, a garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse. Un processo, insomma, at-



• Massimo Russo

costituisce uno strumento e al tempo stesso un fine della promozione della salute. Il nostro Piano Sanitario Nazionale lo ha introdotto per la prima volta nel 2006-2008, affermando

traverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare anche la qualità di vita.

Sicurezza del parto in Italia

Il Ministero della Salute ha reso noti sul proprio sito internet i dati sulla mortalità infantile in Italia, che dimostrano un trend in continuo miglioramento a livello nazionale: dal 2001 al 2006, per i maschi si è scesi da 4,9 a 4,1 decessi per 1.000 nati vivi, mentre per le femmine si è passati da 4,2 a 3,2 decessi per 1.000 nati vivi. Il dato della riduzione della mortalità infantile interessa tutto il territorio nazionale, anche se permangono differenze fra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud del Paese. Analoga situazione si rileva per la mortalità neonatale, che è pari al 2,35 per mille. Su 559.102 parti registrati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera nell'anno 2008, la proporzione complessiva di cesarei è di 38,3%; tra le 474.468 donne senza progresso cesareo,

la proporzione nazionale scende a 29%. La proporzione a livello regionale di cesarei totali varia da un massimo di 61,9% in Campania (62% in più rispetto alla media nazionale) ad un minimo di 21,3% in Friuli Venezia Giulia (circa la metà della media nazionale). Nel periodo compreso tra settembre 2005 ed agosto 2010, sono stati segnalati 40 casi di eventi sentinella relativi a mortalità neonatale e 21 eventi sentinella relativi alla morte materna al parto, a fronte di circa 2.800.000 parti nello stesso periodo di tempo. Pertanto questi dati consentono di dare una risposta di assoluta tranquillità in termini di sicurezza sia per la madre che per il neonato. A fronte di quasi 3 milioni di parti, sono stati segnalati solo 61 eventi sentinella materni o neonatali.



MEETING TEORICO PRATICO PER CARDIOLOGI INTERVENTISTI

Dalle CTO semplici alle impossibili
Dalle tecniche basilari alle complesse
Strategie guidate per ogni tipo di lesione
Discussione interattiva di casi clinici

12-13 Novembre 2010
Hotel Santa Tecla Palace
Centro Congressi

Via Balestrate, 100
95020 ACIREALE (CT)

Direttori del Convegno
Prof. C. Tamburino
Prof. A.R. Galassi

Comitato Scientifico
Dr. S.D. Tomasello
Dr. L. Costanzo
Dr. G. Barrano
Dr.ssa M.B. Campisano

Segreteria
Dr.ssa L. Buda

Il preside della facoltà di medicina e chirurgia dell'università di Catania primo eletto nel consiglio della massima assise scientifica italiana di chirurgia

Francesco Basile nel direttivo della Società Italiana di Chirurgia

Oltre quattromila chirurghi italiani hanno tributato la loro stima e la loro fiducia al prof. Francesco Basile, noto chirurgo catanese e attualmente preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia della città etnea.

Le votazioni per il rinnovo del consiglio direttivo della Società Italiana di Chirurgia, prestigiosa e massima assise scientifica che rappresenta tutti i chirurghi, siano essi ospedalieri, universitari o dell'ospedalità privata, sono state effettuate in occasione del 112° Congresso Nazionale, tenutosi a Roma dal 10 al 13 ottobre.

In un momento particolarmente delicato, in cui la Sanità siciliana è in fase di rifondazione e spesso assurge agli onori della cronaca solo per problematiche relative a vari settori, l'elezione di uno specialista catanese indica che la qualità delle prestazioni in chirurgia generale è apprezzata anche al di fuori dei confini isolani: il prof. Basile è stato infatti il primo tra gli eletti con uno scarto di oltre cento voti.

«Assicuro il mio massimo impegno nell'affrontare le problematiche societarie collegate all'operato del chirurgo – ha dichiarato – ed al suo ruolo istituzionale a prescindere dall'appartenenza all'università o al mondo ospedaliero, con reale spirito di servizio e leale collaborazione».

Il risultato raggiunto in questa

occasione è il frutto di una carriera autorevole sia in campo clinico (diverse migliaia gli interventi eseguiti) che scientifico (oltre trecento le pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali e di monografie nel campo della Chirurgia generale).

Ordinario di Chirurgia generale dal 1992, il prof. Basile si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1978 e ha conseguito le Specializzazioni in Chirurgia generale nel 1983 e in Chirurgia toracica nel 1988. È consulente scientifico per l'edizione italiana del «Trattato di tecniche di chirurgia generale» della Encyclopedie Medico Chirurgicale (EMC), responsabile della Rivista scientifica «Updates in Surgery» e componente del board dei revisori editoriali della rivista «Annali Italiani di Chirurgia». Dal 1999 è Direttore responsabile dell'Unità Operativa complessa di Clinica Chirurgica convenzionata con l'Azienda Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania, e dallo stesso anno è Direttore della Sezione di Chirurgia generale ed Oncologica del Dipartimento di Chirurgia dell'Università di Catania; dal 2005 è Direttore del Dipartimento assistenziale di Chirurgia Generale ed Oncologica. È inoltre Componente del Comita-



to Etico Aziendale (Azienda Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania), Componente del Comitato Etico Aziendale (ASP Siracusa). Dal 1995 è Coordinatore Responsabile del Dottorato di Ricerca in Fisiopatologia pre e postoperatoria in Chirurgia di elezione e d'urgenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Sua è stata la presidenza del 10° Congresso di Primavera della Società Italiana di Chirurgia a Catania (2010) dal titolo "La chirurgia italiana dal secolo scorso al futuro. Scienza, Legislazione e Responsabilità", che ha avuto una straordinaria risonanza scientifica e mediatica per l'importanza delle tematiche trattate, per l'alto profilo delle relazioni e per il numero degli intervenuti (oltre 500).

Gaetana Reitano



È la successione cronologica con cui vanno effettuate tutte le vaccinazioni, fondamentalmente ormai tutte raccomandate, in conseguenza del progressivo abbandono del principio della obbligatorietà.

Il nuovo Calendario Vaccinale

Lo scorso 8 Luglio i Rappresentanti dei Collegi Pediatrici ed Igienisti (Siti-Fimp-Sip) hanno approvato la versione finale della "Proposta di Calendario vaccinale per l'Età Pediatrica ed Adolescenze". La proposta ha registrato grande apprezzamento da parte del Ministero e dalle massime Autorità Sanitarie. Il nostro Assessorato però ha bruciato i tempi della produzione normativa, emanando un Decreto Assessoriale in data 13/07/2010, che recepisce tutti i principi ed i concetti della proposta, sviluppando una pregevole elaborazione anche in termini esplicativi ed organizzativi. Ad esempio, le Asp vengono vincolate ad elaborare ed adottare entro 60 giorni un proprio piano attuativo. Viene ribadito il concetto generale che le vaccinazioni consentono, oltre agli enormi vantaggi sulla salute individuale e collettiva, anche una importantissima riduzione, sia dei costi diretti, sia indiretti, delle patologie prevenibili. Il Decreto, anticipando l'approvazione finale del nuovo Piano Nazionale Vaccini (PNV), prevede l'introduzione definitiva di tre vaccini gratuiti: anti-papilloma virus; anti-pneumococco coniugato 13-valente; ed anti-meningococco. A questi sono state aggiunte nuove combinazioni di vaccini già in uso, quali i tetravalenti MPRV (morbillo-parotite-rosolia-varicella), IPV-DTPa, IPV-dTpa (polio-difterie-tetano-pertosse), nonché

una seconda dose di vaccino contro la varicella. Schema-tizzando al massimo, come riscontrabile nelle tabelle annesse, dovrebbero essere somministrati i seguenti vaccini.

- **Primo anno di vita (dal 61° giorno):** esavalente (DTPa-IPV-HB-Hib), pneumococco coniugato-13-valente.
- **Secondo anno di vita (13°-15° mese):** morbillo, rosolia, parotite, varicella, meningococco C.
- **Sesto anno (5 anni compiuti):** difterite-tetano-pertosse-antipolio Salk (IPVDTPa), morbillo, parotite, rosolia, varicella.
- **Dodicesimo anno (11 anni):** papilloma, varicella, per i non vaccinati e per i soggetti che abbiano praticato una sola dose.
- **Quattordicesimo-quindicesimo anno (13-14 anni):** difterite, tetano e pertosse a dosi ridotte (dTpa), meningococco C (seconda coorte)
- Resta assolutamente volontario ed in co-payment la vaccinazione orale anti-rotavirus, soggetta recentemente a particolari allarmi, anche se in atto completamente ridimensionati.



Di Angelo Milazzo

Consigliere dell'Ordine

Tenterò adesso di esaminare alcune tra le vaccinazioni più innovative.

Vaccino anti-pneumococco

La Sicilia è stata probabilmente la prima Regione ad introdurre fin dal 2002 la vaccinazione, universale e gratuita, con anti-pneumococco-eptavalente coniugato (PCV7). I risultati, in termini di abbattimento di patologie invasive (meningiti, polmoniti, sepsi) sono stati drammatici.

Adesso viene sostituito dal nuovo vaccino coniugato 13-valente, che assicura una copertura molto più ampia, anche nei confronti di ceppi emergenti, quali il famigerato

Vaccinazioni	12 mesi		24 mesi		6 anni		12-15 anni	
	Valore soglia	Valore desiderabile	Valore soglia	Valore desiderabile	Valore soglia	Valore desiderabile	Valore soglia	Valore desiderabile
DTPa-IPV-Hib-EpB	95%	>95%	95%	98%				
PCV	80%	>90%	80%	>90%				
Men C			80%	>90%				80%
MPRV (MPR+V)			92%	95%	80%	90%		
Varicella*							50%	80%
DTPa-IPV o dTpa-IPV					90%	>90%		
dTpa								>80%
HPV								>80%

Per valore soglia si intende il limite minimo di copertura per garantire il controllo della patologia
Per valore desiderabile si intende il limite ottimale raccomandato di copertura
*Dei soggetti anamnesticamente negativi

to 19A. I bambini che abbiano iniziato l'immunizzazione con l'eptavalente, possono benissimo continuare le successive somministrazioni, con il nuovo 13-valente (PVC13).

Vaccini anti morbillo, rosolia, parotite, varicella

È stata ribadita l'importanza di una seconda dose di MPR nel sesto anno di vita, in concomitanza con la seconda dose di vaccino contro la varicella.

La recente epidemia di morbillo che ha infestato la nostra Regione, ha dimostrato un allarmante affievolimento dell'interesse generale, nei confronti delle vaccinazioni.

Sarebbe stato importante adottare anche i criteri riaffermati anche nel Decreto: eventuale anticipo ai nove mesi d'età, somministrazione post-esposizione, entro 72 ore dal contatto.

Come per tutti gli altri vaccini, i soggetti con anamnesi dubbia, possono essere ri-vaccinati, anche con una dose supplementare, con assoluta sicurezza.

Gli stessi principi, anche di profilassi post-esposizione, valgono anche per il vaccino anti-varicella, al quale il Decreto ha definitivamente riconosciuto la necessità di un richiamo al sesto anno. Bisognerebbe sempre ricor-

dere che la Sicilia è stata la prima Regione in Europa ad introdurre tale vaccinazione universale.

Un grande progresso è stato rappresentato dall'adozione del vaccino tetra-valente, contenente nella stessa fiala i vaccini contro: morbillo, rosolia, parotite, varicella. A tutt'oggi, però



l'uso di tale MPRV è autorizzato all'uso fino ai 12 anni d'età. I grandi vantaggi pratici riguardanti l'organizzazione e la compliance, compensano ampiamente, a mio giudizio, qualche inconveniente derivante dal contenuto di una quantità molto più elevata di virus attenuato della varicella.

Vaccino anti Meningococco C

Questo vaccino era stato in passato sottovalutato, in conseguenza della favorevole condizione epidemiologica della nostra Isola. Adesso sarà offerto gratuitamente ed attivamente a due coorti: 12-15 mesi di vita, e 13-14 anni. Viene inoltre offerto a tutti i soggetti a rischio, e consigliato anche ai soggetti

non immuni, con età dai 15 ai 24 anni.

Vaccini DTPa-IPV, dTpa, IPV-dTpa

Fino al sesto anno di vita, le anatosse contro la difterite e contro la pertosse, possono essere somministrate a dosi piene. Invece, nelle età successive viene consigliato l'uso di dosi significativamente ridotte, indicate con le lettere minuscole d e p, poiché molto meno reattogene, anche se pienamente efficaci.

Chi non abbia effettuato le due dosi, deve praticare il dTpa all'età di 13-14 anni. Sarebbe inoltre auspicabile per tutti l'esecuzione di richiami con cadenza de-



cennale, poiché la memoria immunologica tende ad esaurirsi nel tempo, soprattutto nei riguardi del tetano e della pertosse.

Vaccino anti-HPV

Viene ribadito il concetto che il vaccino non deve assolutamente essere alternativo alle campagne di screening. La vaccinazione deve essere resa disponibile da parte dell'ASP anche alle giovani nate prima del 1996, e fino ai 26 anni d'età, a prezzo agevolato (co-payment). Ciò si è reso possibile, grazie anche all'ottimo prezzo che la Regione è riuscita ad ottenere.

Vaccino	0gg - 30gg	3° mese	5° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5°/6° anno	12°/18° anno
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa**			DTPa**	dTpa***
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV	
Epote B	EpB-epB'	Ep B	Ep B		EpB				
Hib		Hib	Hib		Hib				
MPRV o MPR + V						MPRV o MPR + V		MPRV o MPR+V	MPR**** o MPR + V**
PCV**		PCV13	PCV13		PCV13				
Men C						Men C §			Men C §
HPV									HPV*
Influenza						Influenza**			
Rotavirus		Rotavirus #							
Epote A							EpA #		EpA #



Autunno... è tempo di parlare d'influenza

La semplice condizione che essi contengono ben tre ceppi differenti l'uno dall'altro dimostra come la composizione, pur se aggiornata di anno in anno, non potrà mai essere perfettamente corrispondente ai sierotipi che si diffonderanno nell'ambito delle epidemie reali. In ambito europeo, pur con qualche variazione per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio, esiste una sostanziale concordanza sul fatto che principali destinatari debbano essere le persone ultrasessantacinquenni, nonché i soggetti di tutte le età, con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicazioni a seguito di Influenza. Pertanto, gli obiettivi delle campagne vaccinali sono:

- riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte dovute alle epidemie stagionali;
- riduzione dei costi sociali con-

nessi con morbosità e mortalità. Inoltre, è possibile anche ridurre l'assenteismo dal lavoro, dalla frequenza scolastica, ed i rischi connessi con l'attività lavorativa nei servizi essenziali. Gli operatori della Sanità quindi, medici ed infermieri per primi, dovrebbero essere i primi ad essere sottoposti a vaccinazione.

Purtroppo, la campagna vaccinale dello scorso anno, che doveva essere doppia perché doveva accoppiare anche quella contro il virus H1N1, è risultata un autentico fallimento. I motivi sono stati molteplici, ed a tutti noti:

- errori madornali previsionali da parte dell'OMS;
- l'arrivo troppo precoce e l'andamento molto rapido dell'epidemia;
- lo scarso coinvolgimento dei Medici di Famiglia;
- il terrorismo psicologico, eser-

citato anche mediante complesse procedure di "consensi informati";

- l'andamento fortunatamente benigno della patologia.

Quest'anno però sarà assolutamente necessario recuperare quanto meno i livelli di copertura vaccinale degli anni passati, anche se i dati che ci arrivano dalle Nazioni che stanno vivendo la stagione influenzale nell'emisfero australe sono abbastanza rassicuranti.

L'abbassamento dei livelli di fiducia nella popolazione si riflette anche nella pratica delle altre ed ancor più necessarie vaccinazioni.

In particolare abbiamo assistito nella nostra Regione, che in passato aveva conseguito risultati riconosciuti in tutta Europa, ad epidemie di pertosse e soprattutto di morbillo, come non si rilevavano ormai da decenni.

Composizione e nuove problematiche

Le Autorità internazionali ed europee hanno raccomandato i seguenti virus, quali componenti dei vaccini antinfluenzali per la stagione 2010-2011:

- A/California/7/2009 (H1N1)-like virus;
- A/Perth/16/2009 (H3N2)-like virus;
- B/Brisbane/60/2008-like virus.

Il ceppo A/Wisconsin/15/2009 può essere considerato analogo all'A/Perth/16/2009 (H3N2)-like virus. La presenza del "famigerato" H1 N1 è assolutamente giustificata dalla certezza che il virus, pur mantenendo la sua sostanziale benignità, continuerà a circolare nella nuova stagione.

Del resto, situazioni di limitate mutazione genetica sono assolutamente possibili.

Dobbiamo sperare che i mass-media non scatenino nuove sensazionalistiche campagne che inducano paure ed aversioni ingiustificate nella popolazione.

Le ultime esperienze ci devono fare considerare con maggiore attenzione categorie in passato abbastanza trascurate: bambini, adolescenti, donne in gravidanza, soggetti obesi.

Da parecchi anni negli Usa ed in alcuni altri Paesi vengono portate avanti campagne vaccinali di massa nei bambini, di età compresa tra i 6 mesi ed i 5 anni. Recentemente, tali pratiche sono state allargate fino alle

età di 18-19 anni. Le finalità sono soprattutto economico-sociali. Bambini ed adolescenti sono i primi soggetti ad infettarsi. Proteggere loro, significa abbattere sensibilmente la diffusione dell'epidemia, anche in tutto il resto della popolazione.

I dati finora accumulati non sono però risultati sufficientemente convincenti per le Autorità Sanitarie del nostro Paese, che peraltro hanno recentemente pienamente accolto, nell'ambito del nuovo Calendario Vaccinale, tutti i suggerimenti elaborati in tandem perfetto dai colleghi Pediatri ed Igienisti.

Angelo Milazzo
Consigliere dell'Ordine

Proposto dalla Metis Fimmg, supportato da Takeda Italia, condiviso dall'assessorato regionale alla Salute, in stretta collaborazione con specialisti ambulatoriali ed ospedalieri

Un progetto dei medici di famiglia per il diabete

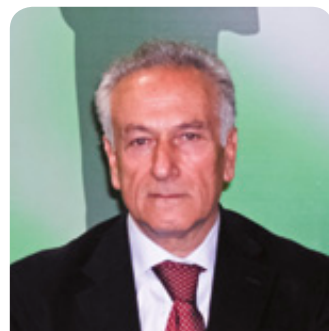
Il progetto ha lo scopo di realizzare concretamente l'integrazione fra i vari attori della prevenzione, della diagnosi e della cura della malattia diabetica. Il progetto ha come specialisti di riferimento il dr. G. Sanfilippo specialista ambulatoriale del distretto di Giarre, il dr. G. Reina specialista ospedaliero di Adrano, il dr. G. Cordaro specialista diabetologo di Paternò ed i medici di famiglia dei distretti interessati. Sarà condivisa una formazione specifica in merito per la sua efficace realizzazione. Quali novità Fin dal 1990 si teorizza la gestione integrata del malato diabetico, in verità mai compiutamente realizzata, fatte salve alcune limitate positive esperienze, a macchia di leopardo. Il problema principale è la scarsa o mancata comunicazione fra i diversi protagonisti e la cattiva compartimentale organizzazione del sistema sanitario, caratterizzato da frammentazione del modello assistenziale. Ancora oggi esiste discrepanza fra modelli teorici e situazione reale. L'esperienza pilota, che sarà realizzata a breve, dovrà portare a vera condivisione con attuazione di piani di intervento comuni. In Sicilia ci sono oltre 200.000 malati, con una prevalenza della malattia superiore alla media nazionale, in continua crescita, il che determina un elevato impiego di risorse, con risultati non buoni visto che la Sicilia ha complicanze gravi e mortalità più alte che in altre

regioni. Identificare i malati, il più precocemente possibile, è una delle necessarie priorità del progetto, in quanto per ogni diabetico noto ve ne è un altro che non sa di esserlo. La malattia è per lungo tempo asintomatica, tuttavia determina presto complicanze gravi in importanti organi ed apparati per cui è prioritario riconoscerla subito, allo scopo di impedire o ritardare lo sviluppo di tali complicanze. Per quanto concerne i sintomi quando presenti, si è già in ritardo.

L'attuale decisore politico ha invertito totalmente la rotta rispetto al passato condividendo con i medici del territorio la assoluta necessità di modificare il modello ospedalocentrico della sanità siciliana, accettando in tal modo di stabilire dei percorsi territoriali condivisi finalizzati ad una più efficace presa in cura dei malati cronici. Il malato non dovrà più avere percorsi ad ostacoli, ma piani di cura e salute in cui sono riconoscibili i vari attori del sistema sanitario.

Il cittadino dovrà essere preso in cura condivisa dal suo medico di famiglia e dallo specialista, ciascuno per quanto di competenza con un piano di cure condiviso. Il medico di famiglia dovrà quindi assumersi la presa in carico del suo paziente diabetico, coinvolgendolo in tutte le decisioni che dovranno essere prese.

La malattia non diagnosticata o non curata porta a gravissime complicazioni con



Di Domenico Grimaldi

Medico di Famiglia

notevole peggioramento della qualità della vita fino alla morte.

Per evitare l'insorgenza della malattia o le sue complicanze, bisognerà adottare opportune iniziative concordate dai vari attori coinvolgendo il paziente, che riguardano l'alimentazione, l'attività fisica, l'eliminazione ove possibile dei fattori di rischio associati senza considerare che il paziente diabetico è già di per sé complicato dal punto di vista cardio vascolare.

Implementare la consapevolezza e l'autodeterminazione alla cura del paziente diabetico è un'altra priorità.

La concertazione fra malato, medico di famiglia e specialista diabetologo è fondamentale per la prevenzione della diagnosi precoce e la cura di questa complessa patologia cronica, gravissima epidemia dei nostri tempi, destinata a crescere e a fare implodere i sistemi sanitari se non affrontata unitariamente, condividendone le strategie.

Il nuovo direttivo della FIMMG provinciale

L'11-09-2010 si sono svolte le elezioni per il rinnovo del vertice del Direttivo Provinciale della Fimmg di Catania. Numerosa la partecipazione al voto da parte degli iscritti, che hanno riconfermato al vertice il Dr. Domenico Grimaldi Consigliere dell'Ordine e rappresentante delle regioni italiane al Mini-

2011-2014 ha determinato un nuovo assetto organizzativo più adeguato ai difficili tempi attuali. Pervenute al neo Segretario le personali congratulazioni dell'Assessore Regionale alla Salute Dottor Massimo Russo. Gli eletti proclamati al termine delle operazioni elettorali sono i colleghi:

- Dott. Cupri Giuseppe
- Dott. Leone Filippo

Revisore supplente:

- Dott. Finocchiaro Carmelo

Proviviri:

- Dott. Campione Santo
- Dott. Conti Filippo
- Dott. Rampulla Antonino

Il Direttivo Provinciale eletto si riunirà in tempi brevi per esaminare la situazione sia provinciale che regionale, anche ai fini del prossimo Congresso Nazionale elettivo. Il Segretario Nazionale Giacomo Milillo nel congratularsi col collega Grimaldi, ha annunciato la visita alla sezione catanese, informando che sarà presente il prossimo ottobre ad un evento importante di formazione per la integrazione Ospedale Territorio presso l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania il 23 ottobre 2010, relatori fra gli altri il Dr. Massimo Russo, Assessore Regionale alla salute, il Dr. Francesco Poli, Direttore Generale Aziendale, il Prof. Lorenzo Malatino e lo stesso Dr. Grimaldi.



• Grimaldi

stero della Salute per la Formazione dei Medici di Medicina Generale sia pre laurea che specifica. Il rinnovo del Direttivo per il quadriennio

Segretario Provinciale Fimmg:

- Dott. Grimaldi Domenico

Vice Segretario Vicario:

- Dott. Cultrona Gesualdo

Vice Segretario:

- Dott. Severino Giuseppe

Segretario Amministrativo:

- Dott. Rapisarda Francesco

Segretario Organizzativo:

- Dott. Ventura Stefano

Consiglieri:

- Dott. Carrubba Salvatore
- Dott. Di Guardia Gaetano
- Dott. Di Guardo Antonino
- Dott. Grasso Antonino
- Dott. Messina Salvatore
- Dott. Pagana Giovanni
- Dott. Raciti Teodoro
- Dott. Scalisi Biagio

Revisori:

- Dott. Caggegi Antonino



Istituto Oncologico
del Mediterraneo



Ambulatori di:

**Oncologia - Urologia - Dermatologia - Otorinolaringoiatria
Ginecologia - Chirurgia - Endoscopia - Senologia
Cure Palliative - Oncoematologia
Endocrinologia Oncologica - Pneumologia Oncologica**

Da oggi è presente anche l'ambulatorio di **Ematologia Generale**

Per informazioni
e prenotazioni:
Tel. 095 7895000



de-sign
www.ikoarena.it



Parlare di più di Medicina Legale

per vivere più serenamente la professione medica e la relazione con l'ammalato



... perché la Medicina Legale offre al Medico molti supporti scientifici e giuridici per aiutarlo a non sbagliare nella sua Professione, quella che fra tutte è la più a rischio di errore

Il Consenso all'atto medico dato dall'avente diritto, prima fase determinante e delicata del rapporto fra Medico e Paziente con valore in sé di vera e propria prestazione sanitaria

Nonostante i principi medico-legali che lo sostengono, e le numerose pronunce delle Corti Superiori con le quali si rimarca l'imprescindibile necessità di un valido ed efficace "Consenso Informato" per rendere legittimo e non arbitrario qualsiasi atto medico o chirurgico, permane ancora radicato in alcuni sanitari (non molti, invero) l'erroneo convincimento secondo il quale essi non possono impegnare una gran parte della loro attività nel descrivere minuziosamente al paziente ogni aspetto dei trattamenti proposti. Anche perché – sempre secondo detti sanitari – tali trattamenti vengono prospettati a solo fine di cura e possibilmente di guarigione, e non tutte le persone sono in grado di comprenderne i molti dettagli tecnici; dal che, sarebbe un'inutile "perdita di tempo" il tentare di descriverli.

Ed invece, rimane inoppugnabile il dato per cui ogni atto medico o chirurgico assume liceità soltanto se il paziente, dopo

essere stato esaurientemente informato dal medico sul tipo di trattamento sanitario prospettato e sui possibili rischi e benefici che ne potrebbero derivare, manifesta la propria libera volontà di sottoporvisi; e ciò, in quanto la raccolta di un valido ed efficace consenso informato assolve tre

Talvolta sottovalutato da alcuni Medici nella sua importanza etica e giuridica, il consenso che l'ammalato dà al sanitario deve essere libero da condizionamenti, ben compreso in ogni aspetto del trattamento proposto, preferibilmente redatto in forma scritta anche se questa è soltanto integrativa del necessario ed esaustivo colloquio che deve precederla

scopi fondamentali: 1°) quello di rispettare assolutamente il diritto all'autodeterminazione della persona in merito alla scelta del suddetto trattamento; 2°) quello di realizzare e consolidare il rapporto fiduciario all'interno del cosiddetto "centro decisionale" costituito da medico ed amma-



a cura di **Giuseppe Maria Rapisarda**

Medico Legale - Giornalista Pubblicista
 Coordinatore della Commissione
 per la Responsabilità Professionale Medica
 dell'Ordine

lato; 3°) quello di perfezionare uno dei principali elementi del "contratto" fra paziente e professionista avente per oggetto la prestazione professionale (ed anche quando questa riguardi solamente l'obbligo di mezzi e non di risultato).

Oltre che essere espresso personalmente (fatti salvi i casi di minori e di incapaci di intendere e di volere) e con volontà libera da parte dell'infermo (e senza, dunque, pressioni o condizionamenti da parte del sanitario), il consenso va preferibilmente redatto in forma scritta (obbligatoriamente per iscritto, nel caso di trapianti e donazione di sangue); pur se questa rimane – si badi – integrativa, e non sostitutiva, dell'esaustrivo colloquio che deve sempre e comunque essere effettuato. E l'informazione da offrire va espressa in termini comprensibili per il grado socio-culturale della persona cui è indirizzata (accertandosi, peraltro, che sia stata ben compresa) e non può risultare



generica e frettolosa, ma deve dimostrarsi minuziosa e dettagliata, comprendendo tutte le fasi del trattamento proposto associate al prevedibile rapporto fra rischi da affrontare e benefici attesi, e non trascurando la segnalazione su tipo e qualità delle dotazioni strumentali della struttura in cui si opera; facendo attenzione, tuttavia, a non eccedere su ipotetici accadimenti negativi che avrebbero in effetti scarsa probabilità di verificarsi, al fine di non condizionare negativamente il giudizio di chi deve scegliere attentamente ed in tutta serenità.

Un cenno, infine, al contenuto di due recenti sentenze della Cassazione Penale, illuminanti per ogni sanitario sulla tutela giuridica che la corretta raccolta del consenso gli offre e sui pericoli di punizione che invece gli derivano dalla sottovalutazione di questo.

A) Un primario di reparto di Gastroenterologia ed Endoscopia è stato assolto nei tre gradi di giudizio, pur avendo cagionato il decesso di un paziente per avere optato in sede diagnostica per

una esame endoscopico invasivo (ERCP) anziché per una semplice risonanza magnetica, essendo insorta, durante l'intervento, una pancreatite poi esitata nella morte; e ciò, in quanto, posto che l'opzione era corretta (perché, oltre a soddisfare esigenze diagnostiche, l'inserimento della sonda in via terapeutica agevolava l'apertura di un varco nel dotto di cui si sospettava la stenosi, tenuto conto dell'anamnesi del paziente), nell'atto di consenso informato sottoscritto dal paziente, e valutato dalle Corti, era espletata l'utilità dell'esame invasivo in questione, oltre che per finalità diagnostiche, anche per dilatare zone ristrette che impedivano il flusso della bile, evitando così più difficili e rischiosi interventi chirurgici (Cfr.: Cass. Pen., Sez. IV, Sent. N.31394, 21/04/'10).

B) Qualora l'intervento terapeutico sia stato effettuato nella piena coscienza del dissenso esplicito del paziente o, peggio, carpandone il consenso in relazione ad una modalità esecutiva di intervento a priori non oggettivamente attuabile, deve allora ravvisarsi la volontà imprescindibile di incidere sull'incolumità individuale (il bene protetto dalla norma) attraverso la pur necessaria lesione chirurgica; ma deve anche ravvisarsi, in tal caso, la volontà peculiare di procurare (quanto meno sotto il profilo della preventiva accettazione del rischio della sua verifica) il consequenziale evento dannoso finale, e cioè quello non apprezzabile come fausto; ed il detto evento dannoso, in tal caso, va quindi imputato a titolo di dolo, e non di colpa (ravvisabile, invece, nel concreto intervento terapeutico meramente non assentito, con esito infausto), non essendo richiesto per il reato di lesioni personali volontarie il dolo specifico e rimanendo, perciò, del tutto irrilevante che l'atto terapeutico, che ha cagionato la malattia finale, sia stato effettuato per guarirne altra o per assicurare un più appagante assetto sul piano della valutazione della salute (Cfr.: Cass. Pen., Sez. IV, Sent. N.21799, 08/06/'10). — **G.M.R.**

DIXIT – Sentenze delle Corti Superiori

Raccolte da Angelo Milazzo, Consigliere dell'Ordine

"DIXIT" è uno spazio dedicato, di mese in mese, alla segnalazione di alcune sentenze di interesse sanitario pronunciate dalle Giurisdizioni Superiori (Corte Costituzionale, di Cassazione, et cet.); sentenze che si consiglia vivamente di leggere poi per esteso, non dovendosi attribuire valenza giuridica al breve testo informativo ("L'argomento di interesse sanitario trattato in sentenza") riferito ad ogni segnalazione di sentenza.

Cassazione Penale, Sez. IV, Sent. n. 31670, 11/08/2010.
L'argomento di interesse sanitario trattato in sentenza.

Qualora il nesso causale fra la condotta ritenuta omissiva del sanitario e l'evento infausto non risulti del tutto chiaro con alta probabilità logica, non si può emettere sentenza di condanna.

Infatti, il Supremo Collegio ha cassato, nella fattispecie, la sentenza d'appello con la quale si condannava un Dirigente Medico per omicidio colposo, non avendo quest'ultimo effettuato accertamenti diagnostici mirati per conoscere correttamente la patologia dalla quale era affetto un Paziente poi deceduto per polmonite sostenuta da pneumococco,

e non avendo peraltro praticato sullo stesso Soggetto l'idonea terapia antibiotica *ad hoc*. E la decisione della Corte si è fondata sulla risposta negativa al quesito che si era posta circa la possibilità che effettivamente l'immediata somministrazione di farmaci avrebbe potuto, o meno, scongiurare l'evento morte o comunque avere su di esso un effetto ritardante di un apprezzabile lasso temporale. Pertanto, acquisito il dato per cui neppure la diminuzione della carica batterica conseguente alla somministrazione antibiotica (come rappresentato dai Periti), indipendentemente dall'inizio della terapia, sarebbe valsa ad una certa esclusione od al ritardo dell'*exitus*, i Giudici di Legittimità hanno sentenziato che non era possibile, nel caso in questione, affermare la sussistenza del rapporto di causalità tra omissione ed evento, non essendo accertata la sua verifica alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica.



A Roma la Medicina Legale nazionale ha fatto il punto sui delicati temi della responsabilità professionale, della consulenza, del danno biologico

Le differenze tra processo penale e civile nell'accertamento della colpa medica; la necessità di elevare lo standard dei quesiti per i consulenti tecnici e di verificarne la professionalità; la personalizzazione della valutazione del danno nei risarcimenti

Personalità accademiche di rilievo della Medicina Legale e del Diritto, e professionisti del mondo giudiziario, si sono confrontati a Roma, nell'ambito del "XIII Congresso delle Giornate Medico-Legali Romane" svoltosi nel giugno scorso, su tematiche di grande interesse pratico e scientifico riguardanti la responsabilità medica, la qualità della consulenza tecnica di ufficio, il concetto unitario di danno alla persona nei vari settori civilistici ed assicurativo-previdenziali in rapporto alla sua metodologia valutativa.

Alcune problematiche medico-legali correlate alla responsabilità professionale medica sono state trattate da Paolo Arbarello, Ordinario di Medicina Legale nell'Università La Sapienza di Roma e Presidente della Società Italiana di Medicina Legale, il quale ha sottolineato con forza come si imponga la più scrupolosa attenzione nel valutare l'operato dei sanitari.

A conferma di questa - si può dire - "speciale attenzione" da dare alla verifica della colpa dei camici bianchi, le parole di Giorgio Santacroce, Presidente della Corte d'Appello di Roma, il quale non soltanto ha illustrato lo stato attuale della responsabilità medica alla luce delle ultime sentenze della Cassazione, ma ha posto anche l'accento sulle differenze di giudizio in ambito

civile ed in ambito penale, ricordando che v'è fra di essi un differente "criterio probatorio": in civile ci si basa sul criterio di probabilità, e cioè sulla preponderanza e l'evidenza del criterio del "più probabile che non", inteso come probabilità qualificata ed attendibilità logica persuasiva; mentre, in penale deve assolutamente rimarcarsi il criterio della certezza "oltre ogni ragionevole dubbio", senza la quale non va emessa alcuna condanna.

I connotati essenziali della consulenza tecnica d'ufficio (che diventa molto spesso il corpo principale della sentenza) sono stati tratteggiati da Giuseppe dell'Osso, Ordinario di Medicina Legale dell'Università di Bologna, che ha evidenziato come per garantirne la qualità sia indispensabile che il giudice si avvalga di consulenti iscritti all'albo dei tribunali e che si dimostrino sempre più competenti ed aggiornati sulle tematiche giuridiche e medico-legali; ed a ciò si potrebbero promuovere interventi rivolti ai tribunali affinché si affronti la questione mediante verifiche qualitative e quantitative degli incarichi assegnati, degli elaborati scritti, della specializzazione posseduta dal consulente tecnico. Infine, Dell'Osso ha anche auspicato che i quesiti "standardizzati", generalmente posti al consulente tecnico, possano essere migliorati elevanti



di Salvatore Iannuzzi

Medico Legale
Vice-Presidente Nazionale
S.I.S.M.L.A.

done la qualità. Sul cosiddetto "Danno Biologico", gli studiosi riuniti nella capitale hanno confermato l'esigenza dell'unitarietà del concetto che lo rappresenta, sia nell'ambito della responsabilità civile che in quelli assicurativo-sociale e previdenziale. Ed in proposito, attraverso una consensus conference alla quale hanno preso parte esponenti della S.I.M.L.A. (la Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni) e del S.I.S.M.L.A. (il Sindacato Italiano Specialisti di Medicina Legale e delle Assicurazioni), sono state tracciate delle linee-guida sulla metodologia medico-legale finalizzata alla valutazione del danno biologico. Queste non solo rimarcano la necessità che tale accertamento



sia di esclusiva competenza dello specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni (che è in grado di descrivere l'incidenza delle menomazioni rilevate anche sul funzionamento dell'individuo nei comuni contesti sociali), ma evidenziano, altresì, che la valutazione del danno biologico permanente, pur utilizzando parametri percentuali desunti da tabelle di riferimento, deve tenere però conto che il valore di tali tabelle è meramente indicativo e che pertanto le singole fattispecie valutative andranno stimate caso per caso applicando una metodologia di "personalizzazione" del danno (e qualora si apprezzino ripercussioni menomanti su ulteriori e specifici aspetti dinamico-relazionali personali, sarà importante descriverle e motivarne il grado invalidante). Le stesse linee-guida, inoltre, riconoscono allo specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni la peculiare formazione nell'apprezzamento del cosiddetto "Danno Morale", e gli riconoscono anche la capacità di stimare in termini qualitativi e descrittivi la "compromissione ergo-dinamica" quale interferenza della menomazione sulla capacità produttiva del soggetto.

Sul risarcimento del danno, infine, Angelo Fiori, Ordinario di Medicina Legale dell'Università Cattolica di Roma, ha fatto rilevare come la cosiddetta "perdita di chance" (la perdita, cioè, della possibilità di fruire - ad esempio - di cure in strutture sanitarie diverse da quelle utilizzate, etc.) non sembra oggi più essere di natura "patrimoniale" (posto che la distinzione fra "patrimoniale" e "non patrimoniale" assume una notevole rilevanza giuridica, che comunque non è qui il caso di approfondire), e può in ogni caso essere risarcita soltanto su specifica richiesta.

Il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale del S.I.S.M.L.A., ne fanno parte anche quattro medici legali catanesi



Il Sindacato Italiano Specialisti di Medicina Legale e delle Assicurazioni ha rinnovato il proprio Direttivo Nazionale, eletto il giorno 8 ottobre scorso durante l'Assemblea Nazionale tenutasi nell'Hotel Santa Tecla Palace di Acireale.

Tra i componenti, anche quattro medici legali catanesi: Salvatore Iannuzzi (che è anche componente della Commissione per la Responsabilità Professionale Medica del nostro Ordine) con la carica di Vice-Presidente Nazionale; Lucio Di Mauro, Consigliere; Concetta Maria Muncivì (Coordinatore dell'Associazione Medico-Legale Siciliana, ed anche lei componente della Commissione dell'Ordine anzidetta) e Sabrina Franco, quali Consiglieri integrati.

Tra i ProbiViri, poi, anche Giuseppe Dell'Osso, attuale Ordinario di Medicina Legale dell'Università di Bologna, e già Direttore dell'istituto medico-legale universitario di Catania.

Nel sottolineare come la presenza di quattro medici legali della città etnea nel vertice direttivo del sindacato non potrà che essere di stimolo per il miglioramento dell'attività dei numerosi specialisti del settore che operano nel catanese, il neo Vice-Presidente Nazionale Iannuzzi ha precisato che l'attività sindacale dei prossimi anni si incentrerà pure sulla promozione di iniziati-

ve volte a sempre più qualificare l'attività medico-legale, anche con riferimento alle delicatissime questioni inerenti alla responsabilità professionale medica.

L'elenco completo di cariche e nomi del nuovo Consiglio Direttivo Nazionale.

PRESIDENTE: Luisa Regimenti.

SEGRETARIO NAZIONALE: Raffaele Zinno.

VICE-PRESIDENTE: Salvatore Iannuzzi.

VICE-PRESIDENTE: Pasquale Malavenda.

SEGRETARIO VICARIO: Maurizio Oberto.

VICE-SEGRETARIO per il Nord-Italia: Andrea Minarini.

VICE-SEGRETARIO PER IL Centro-Italia: Giorgio Minasi.

VICE-SEGRETARIO PER IL Sud-Italia: Giovanni Liguori.
SEGRETARIO AMMINISTRAT.: Giovanni Olivieri.

CONSIGLIERI: Nino Accorinti; Francesco Ammaturo; Giovanni Bianco; Alfredo Cristiano; Lucio Di Mauro; Pietro Gaetano Iacoviello; Margherita Neri; Paolo Oliva; Maria Luisa Pascarella; Ester Piegari; Carlo Alberto Ronco; Antonio Sapone; Alessandro Signoretti; Alfonso Tortora; Daniela Vantaggiato.

CONSIGLIERI INTEGRATI: Sabrina Franco; Concetta Maria Muncivì.

PROBIVIRI: Claudio Buccelli; Giuseppe Dell'Osso; Giuseppe Alberto Mantineo; PietrAntonio Ricci; GianCarlo Umani Ronchi.

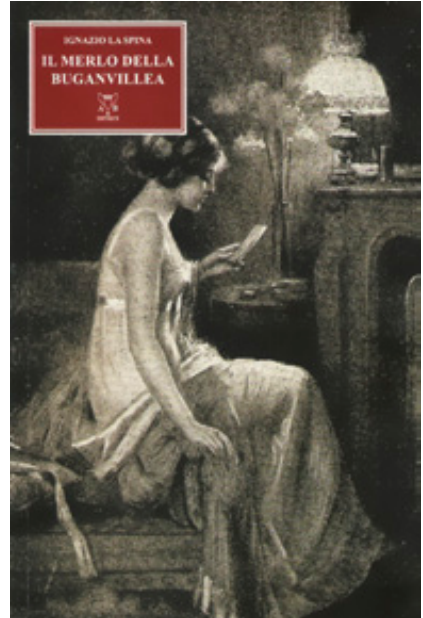
Una travolgente passione d'amore

"Il merlo della buganvillea" è l'ultimo libro del collega Ignazio La Spina che dal 1964 è medico di famiglia e specialista cardiologo.

È la sventurata storia d'amore di Laura e Alfredo, ispirata a un fatto realmente accaduto in un piccolo paese etneo durante la Grande guerra e narrata sullo sfondo particolareggiato dei primi del Novecento, è inserita in un vivace affresco della vita sociale, degli usi e dei costumi dell'epoca.

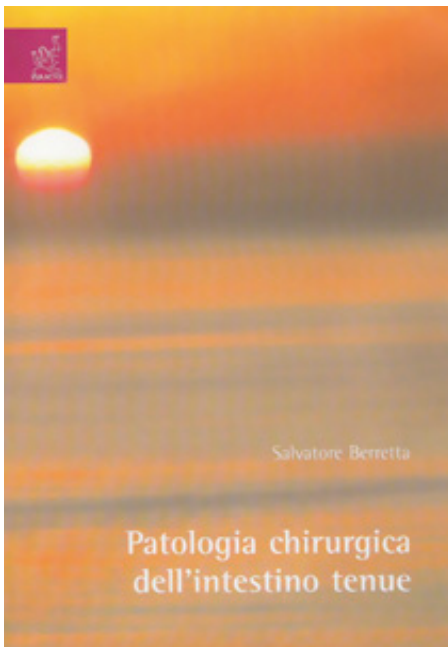
Il profilo psicologico del dramma, innestato sull'influenza che il sentimento esercita da sempre nell'animo umano, attualizza e rende universale il racconto, coinvolgendo il lettore e trasportandolo nel fascino di un tempo passato in cui però i palpiti del cuore sono gli stessi di sempre.

Il romanzo è corredato da immagini dell'epoca tra cui molte delle lettere autentiche della corrispondenza epistolare che lo ha ispirato.



Salvatore Berretta, professore ordinario di chirurgia, ci guida nella patologia chirurgica di questo tratto intestinale

Esplorando il tenue...



È detta zona silenziosa del digerente in quanto poco esplorabile ma sede di affezioni oligo-asintomatiche o causa di sintomi aspecifici. Il primo capitolo affronta l'argomento dei tumori, il secondo quello del carcinoide, il terzo è dedicato al morbo di Crohn mentre il quarto propone sette casi clinici sui generis, l'iter diagnostico seguito ed il trattamento attuato.

Attenzione è stata rivolta alla clinica, viste le difficoltà diagnostiche che si incontrano soprattutto nel campo dei tumori; vengono riportate le moderne conoscenze sul ruolo della barriera mucosa del tenue nei processi di carcinogenesi a questo livello, le tecniche più recenti per la diagnosi dei tumori neuroendocrini ed in maniera più specifica del carcinoide e del suo ruolo nella insorgenza di un secondo tumore maligno sincrono o metacrono. La terapia benché in forma di cenni, esprime gli orientamenti e le scelte più attuali.



La costante crescita della medicina difensiva e la paura di intraprendere la carriera per l'eccessiva pressione dei procedimenti penali.

Chirurgia, crisi di vocazioni

Ridefinire la colpa professionale, promuovere una nuova alleanza terapeutica tra medici, istituzioni, media e pazienti per ridare slancio alla professione. I casi di malasanità (vera o più di frequente presunta) che di recente si sono susseguiti -con relativa generalizzazione- soprattutto in riferimento alla chirurgia e alla ostetricia e ginecologia hanno generato scompiglio psicologico in chi deve operarsi e un certo grado di diffidenza verso la categoria dei medici. Con un risultato estremo: la cosiddetta "medicina difensiva" volta a coprire attraverso le assicurazioni sulla professione della maggior parte dei medici di ogni ordine e grado e addirittura una spiccata remora a intraprendere la carriera di chirurgo. Tale ultimo dato è stato riferito in occasione del congresso del Collegio Italiano Chirurghi (Cic) che coinvolge ben sessanta società scientifiche. Ed è stato lo stesso presidente prof. Pietro Forestieri di Napoli a rivelare i particolari. Nell'ultimo decennio - come riferito dallo studioso - è costantemente diminuito il numero degli iscritti alle branche chirurgiche, meno 30% dal 2007 al 2008. Presso la Scuola di specializzazione in Chirurgia della facoltà di Napoli, fino a pochi anni fa gli aspiranti erano oltre 200 per 20 posti: oggi sono qualche decina. In alcune sedi universitarie i posti disponibili a volte non sono stati neppure coperti. Il timore dell'alto rischio di con-



tenzioso medico-legale spinge evidentemente i giovani a scegliere altri campi. Questa tendenza contrasta con un dato incontrovertibile: la chirurgia italiana è, per qualità e risultati, ai primissimi posti al mondo. Ma il progressivo aumento di cause, penali e civili, intimorisce: indagini svolte da varie società o associazioni dimostrano, oltre al calo di specializzandi, che 8 chirurghi su 10 potrebbero avere, nel corso della loro vita professionale, un contenzioso medico-legale. Pur risolvendosi positivamente nella stragrande maggioranza dei casi, sconvolgerà la loro vita professionale, personale e familiare per molti anni. "È necessario affermare con forza lo stesso studioso - ridare onore e rispetto a una professione tanto importante quanto complessa, garantendo ai pazienti il massimo della qualità e sicurezza e per far questo bisogna lavorare tutti insieme: chirurghi, pazienti, istituzioni, industrie e media". Un vero e proprio grido d'allarme della categoria, come si vede..

"Siamo -aggiunge Forestieri- il Paese a più elevato tasso di conflittualità civile. La sanità e la chirurgia in particolare non solo non sfuggono a questa maledizione ma ne rappresentano un esempio paradigmatico. Ogni atto chirurgico può avere delle complicità ineludibili al di là delle capacità professionali: l'errore è quasi sempre non del singolo operatore ma il frutto di una catena di eventi. La cultura della colpa e non dell'errore non potrà che peggiorare in maniera perversa la situazione. Dobbiamo chiederci come sia potuto accadere un errore per evitarne il ripetersi e non tanto cercare solo chi l'abbia commesso. Con una giurisdizione medica ferma al codice Rocco del 1930, l'Italia è l'unico paese al mondo con Polonia e Messico dove gli errori clinici sono perseguibili penalmente.

Depenalizzarli sarebbe oggi indispensabile soprattutto per i chirurghi che, per mantenere l'eccellenza a livello mondiale, devono poter operare con tranquillità e serenità. Depen-



nalizzare, però, non vuol dire cancellare le responsabilità del chirurgo ma solo ridefinirle meglio, valutando la specificità dell'atto medico e la sua adeguatezza sociale.

Da parte sua il prof. Giorgio Vittori presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) afferma come nel suo campo il problema è quello dell'enorme ricorso al taglio cesareo: per 9 colleghi su 10 sono le complicazioni medico legali la prima causa del taglio cesareo, che in Italia ha numeri record, 38 su 100, percentuali senza eguali in Europa (in Francia è il 20,2%, in Inghilterra il 23%). Il contenzioso rappresenta il vero problema da affrontare per risolvere questa

anomalia, per questo sempre più si sente parlare di "medicina difensiva" una rilevanza unica nel panorama europeo. Oggi per il materno infantile è "codice viola" (così come il rosso è espressione di massima emergenza in anestesia), perché è necessario abbassare drasticamente il numero dei cesarei ma anche evitare la mortalità materna e i danni neonatali. Ricordando che nel settore della ginecologia-ostetricia il principale interesse in campo è quello dell'intera Nazione, in quanto le nascite sono un patrimonio e un bene primario che appartengono a tutti. "Inoltre soggiunge in proposito Forestieri- il termine di prescrizione per gli errori clinici è di 10 anni: Un

tempo esageratamente lungo di fatto mai applicato perché la contestazione può avvenire non dalla data dell'intervento ma dalla presa di coscienza delle presunte conseguenze dannose. E la deriva più pericolosa è oggi rappresentata dal fenomeno della medicina difensiva: un aggravio di esami a volte inutili, che dilapidano risorse, allungano le liste d'attesa, mentre si insinua il dubbio che sulle reali necessità dei pazienti prevalga la minimizzazione dell'operato del medico, specie del chirurgo, che per paura del "castigo" non affronta la malattia con tutti i mezzi a sua disposizione".

Angelo Torrisi

È stato definitivamente approvato dai Ministeri Vigilanti con Decreto Interministeriale. Era stato adottato da Consiglio di Amministrazione il 9 maggio dello scorso anno. È pubblicato sul sito www.onaosi.it.

Il nuovo Statuto dell'ONAOSI

Particolare rilevanza assume l'articolo 24 il quale norma l'iscrizione all'ONAOSI dei Sanitari Volontari, non dipendenti pubblici, ponendo dei vincoli precisi e tassativi sui tempi di iscrizione volontaria stessa (entro l'8 Febbraio 2011) che se non rispettati faranno perdere per sempre al Sanitario la possibilità di aderire alla Fondazione ONAOSI privandosi così dell'Opportunità di poter usufruire dei servizi e delle prestazioni a favore della propria famiglia e dei propri figli. In particolare l'art.24 prevede che "...per i sanitari neoiscritti rispettivamente agli Albi provinciali dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro 5 (cinque) anni dalla data di prima iscrizione all'albo. Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile. Per i Sanitari già iscritti rispettivamente agli Albi provinciali dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, ma non contribuenti alla data di entrata in vigore del presente Statuto, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro 1 (uno) anno dalla data di entrata in vigore del presente Statuto. Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile. Per i Sanitari già contribuenti obbligatori, (dipendenti pubblici), che cessino da tale regime di contribuzione, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro 2 (due) anni della cessazione. Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile. Il mancato o irregolare pagamento dei contributi obbligatori e/o volontari, se non sanato nei termini previsti dal Regolamento, comporta, in ogni caso, la perdita definitiva dello status di contribuente e del diritto ad ogni prestazione, nonché l'impossibilità di una nuova iscrizione".



Il trattamento delle sindromi algiche vertebrali lombo-sacrali

Si è svolto il 23-24 Settembre, presso l'Aga Hotel di Catania, il Corso sul "Trattamento delle sindromi algiche vertebrali lombo-sacrali", promosso dall'U.O. di Medicina del dolore dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, diretta dal Dott. Sergio Chisari, con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Catania, dell'Università degli Studi di Catania, del Comune di Catania, della Provincia Regionale di Catania, dell'Assessorato Regionale alla Sanità, e della Società Italiana Clinici del Dolore (SICD).

Il Corso, dedicato ad 80 iscritti fra medici di medicina generale, anestesisti, reumatologi, ortopedici, neurochirurghi e fisiatristi, è stato aperto dal Dott. Chisari che ha evidenziato come il dolore cronico persistente a tutt'oggi è ancora considerato come semplice sintomo e non come malattia vera e propria con importanti conseguenze negative a livello sociale ed economico. Conclude con la speranza che la legge 30 del 15 Marzo 2010, possa finalmente implementare i servizi di Terapia del Dolore ospedalieri nell'ottica di una fattiva collaborazione con i colleghi del Territorio nell'intento di divulgare in maniera sistematica la cultura della terapia antalgica secondo le recenti linee guida.



La prima giornata è stata dedicata all'epidemiologia ed impatto sociale del dolore vertebrale cronico, magistralmente presentata dal Prof. A. Gullo, Direttore della Scuola di specializzazione di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Catania, che ha riportato i dati statistici dell'indagine Pain in Europe del 2009 attestante che circa il 20% della popolazione europea soffre di dolore cronico persistente il più delle volte sottostimato e conseguentemente trattato inadeguatamente nonostante i mezzi farmacologici e miniminvasivi attualmente a disposizione.

Proseguendo nei lavori, il Dott. S. Chisari ha ampiamente discusso sulla

Fisiopatologia del dolore vertebrale affidando poi l'inquadramento e la semeiotica clinica al Prof. G. Orlandini dell'Università di Genova.

La seconda sessione della giornata è stata dedicata alla metodologia clinica specialistica con il coinvolgimento multidisciplinare neurochirurgico (Prof. V. Albanese - Policlinico CT), radiologico (Dott. G. Sortino - OVE CT), reumatologico (Dott. R. Foti - OVE CT) e fisiatrico (Prof. V. Santilli - La Sapienza di Roma).

La prima giornata si è conclusa con un'ampia dissertazione circa il trattamento farmacologico con l'uso razionale ed i limiti dei FANS (Dott.ssa A. Lazzaro OVE CT), gli ultimi dati

sulla sicurezza gastrointestinale durante l'uso prolungato degli antinfiammatori (Dott. G.M. D'Avola - ASP CT), il corretto uso degli oppioidi, la loro titolazione, eventuale rotazione in caso di assuefazione nonché il riconoscimento e corretto trattamento del *breakthrough pain* nel dolore vertebrale da secondarismi oncologici (Dott. S. Mameli - Cagliari) e il corretto uso dei farmaci adiuvanti guidati sempre da una corretta diagnosi nosologica (Dott. ssa R. Rapisarda - OVE - CT).

I lavori si sono conclusi con la interessante ed istruttiva relazione sulla legislazione sull'uso degli oppiacei alla luce delle nuove disposizioni ministeriali (Prof. G. Puglisi).

La prima parte della seconda Giornata è stata dedicata al trattamento riabilitativo con le indicazioni circa le tecniche manipolative vertebrali (Dott. S. Lutri - OVE - CT) e l'esercizio fisico mirato nelle patologie rachidee (Dott. C.T. Seminara - CT). Dalle relazioni è emerso che in caso di acuzie, per un'efficace riabilitazione sia manuale sia con altri mezzi, è fondamentale una esatta diagnosi con conseguente trattamento farmacologico o mininvasivo, considerando anche trattamenti alternativi come l'agopuntura (Dott. M. Zappalà - OVE - CT).

La fine del Corso è stata dedicata a le svariate tecniche antalgiche mininvasive, che hanno riscosso grosso interesse per il tono delle relazioni e per la

sorprendente casistica riportata per le singole procedure corredate puntualmente dal livello di EBM.

Si sono dunque discusse le indicazioni e i risultati sull'utilizzo dell'elettrostimolazione dei cordoni posteriori del midollo (C. Costa - CT) e la neuromodulazione farmacologica spinale con l'impiego di

antalgiche sul corpo vertebrale come Vertebroplastica e Cifoplastica (De Negri - Caserta), interventi sul disco intervertebrale per il trattamento mininvasivo delle ernie discali come Nucleoplastica ed IDET (Dott. Cerra - Gela) e l'ossigeno-ozono intradisciale (Dott. Chisari - Catania).

Per il trattamento del-



pompe totalmente impiantabili (De Negri - Caserta) e il recente utilizzo, per via spinale, di un nuovo Ca-antagonista: lo Ziconotide (A. Papa - Napoli).

In chiusura sono state affrontate le indicazioni e i risultati delle tecniche

le radicolopatie vertebrali acute si è ampiamente discusso sull'utilizzo delle infiltrazioni peridurali intra ed extraforaminali (dott. S. Mameli - Cagliari) mentre sulle affezioni croniche sono state illustrate le metodiche in radiofrequenza continua e pulsata per la termolesione dei gangli spinali e dei nervi periferici (Dott. S. Chisari - Catania).

Il Corso si è concluso con ampia discussione, da parte dei vari specialisti, dei temi trattati accentuando l'attenzione sulla diagnosi etiopatologica e l'impiego delle varie strategie terapeutiche condivise fra tutte le figure professionali impegnate nella lotta contro le sindromi algiche vertebrali.





Alle Ciminiere di Catania, presieduto da Michelangelo Di Salvo, il IX Congresso nazionale AIUC

Ulcere cutanee da prevenire e curare

In molti la definiscono "patologia orfana", perché quella delle ulcere cutanee è una malattia spesso trascurata, sebbene in Italia a soffrirne siano ben 2 milioni di persone, 30mila sono bambini.

Se ne è discusso per quattro giorni a Catania, in occasione della nona edizione del Congresso Nazionale Aiuc, (Associazione Italiana Ulcere Cutanee)

di base, stato immunitario, età del paziente, stato nutrizionale, conseguenze di traumi, infezioni etc.).

"Quella delle ulcere cutanee - ha aggiunto Di Salvo - è una patologia cronica con un elevato costo sociale, a cominciare dalle spese per i ricoveri passando poi a quelle per le medicazioni, senza dimenticare l'assistenza domiciliare medica e infermieri-

fatti, può portare fino alla perdita di un arto e i dati parlano di diecimila amputazioni l'anno in Italia, mille solo in Sicilia".

Nella nostra regione esistono centri di eccellenza nella cura di questa patologia, ma molto più spesso quello che emerge è l'assenza di team multidisciplinari specialistici che possano agire in sinergia e questo spesso è causa di ritardi nella guarigione dei pazienti che equivalgono a sofferenze prolungate e a costi elevati per le Aziende Sanitarie.

"Se si vuole parlare di ulcere cutanee - ha sottolineato Di Salvo - bisogna poi cominciare a farlo partendo dalla prevenzione. E solo grazie all'integrazione del territorio, la guarigione sarà più facile e la spesa razionalizzata".

"In Sicilia - ha concluso Di Salvo - ci sono luci, poche, ed ombre, molte. Se da un lato la nostra è una delle poche regioni a prevedere la rimborsabilità per le medicazioni avanzate, che, secondo uno studio Aiuc corrisponde ad un risparmio, per paziente, di circa 250 euro, dall'altro il 30% dei pazienti vede fino a venti specialisti prima di arrivare a chi riuscirà a guarire l'ulcera."

Nella quattro giorni dedicata allo studio delle ulcere cutanee organizzata da Aiuc sono state presentate diverse esperienze, proposti protocolli e percorsi diagnostici terapeutici integrati tra territorio e ospedale, in maniera tale che, come ha spiegato il professore Michelangelo Di Salvo: "questi pazienti, che fino ad adesso sono stati un pò degli orfani, potranno presto vivere condizioni migliori".

Mariangela Di Stefano



dal titolo "L'ulcera cutanea al centro del Me-diterraneo", che si è tenuta nel centro Congressi le Ciminiere dal 15 al 18 settembre scorso e che ha visto la partecipazione di oltre duemila persone, fra medici, specialisti ed infermieri provenienti da tutta Italia.

Il presidente del Congresso, Michelangelo Di Salvo, direttore dell'Unità Operativa di Angiologia, della A.O.U. "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania, nell'intervento della giornata inaugurale, che ha visto la partecipazione dell'assessore alla Sanità Massimo Russo ha spiegato che: "sono diverse le cause che possono ostacolare i normali processi di riparazione tissutale e dunque un'ulcera (malattie

stica. Ma si tratta di una patologia che ha anche e soprattutto un costo umano, perché il paziente si trova in una scadente qualità di vita a causa del dolore, delle recidive e delle implicazioni psicologiche. L'ulcere vascolare ischemica e/o diabetica, in-



• Michelangelo Di Salvo

Ce ne sarebbero due su quattro nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere

Protestano i radiologi precari

Sono circa cento i radiologi precari sparsi tra le Aziende sanitarie e ospedaliere dell'Isola, nei piccoli ospedali in media il 50% lavora in condizioni di precariato, e da gennaio del prossimo anno potrebbe ritrovarsi senza lavoro. Una situazione allarmante e preoccupante da più punti di vista: innanzitutto quello del cittadino, la cui tutela – per carenza di organico – verrebbe fortemente danneggiata, in termini di servizi efficaci, veloci e di qualità. A lanciare un grido d'allarme è stato il Sindacato regionale Area radiologica (Snr Sicilia) rappresentato questa mattina – nel corso di una conferenza all'hotel Nettuno – dal segretario Giuseppe Capodiecì e da una nutrita rappresentanza di radiologi precari siciliani: «Abbiamo davanti uno scenario regionale contraddittorio – ha spiegato il dott. Capodiecì – che se da un lato vede stanziati 119 milioni di euro da parte

non bastasse – ha continuato Capodiecì – si aggiunge un problema di carattere nazionale visto che dal 2011 la "manovra Tremonti" prevede il taglio del 50% del costo del personale a tempo determinato nelle Amministrazioni pubbliche». Quali

nia se ne contano 26, dislocati tra Asp e aziende ospedaliere, un quarto del totale nell'Isola. Non possiamo rimanere precari a vita. Molti di noi stanno scegliendo altre strade che portano fuori dalla Sicilia, ma che garantiscono la stabilità



le conseguenze? Per fare un esempio: se in una struttura su 4 dirigenti radiologi pubblici, 3 sono precari, il rischio concreto è quello di una paralisi del servizio di Diagnostica per Immagini. «La percentuale dei pre-

lavorativa». Al disagio dei medici radiologi si somma anche il rischio di non poter garantire il servizio in emergenza-urgenza nei Pronto Soccorso, dove la radiologia è una branca fondamentale e necessita di personale altamente qualificato: «Chiediamo ai manager delle Asp e delle aziende ospedaliere siciliane – conclude il segretario regionale Capodiecì – di trovare il coraggio di fare delle scelte, tagliando rami secchi, accorpando reparti doppione. Non pretendiamo organici faraonici, ma un adeguamento del personale al nuovo parco macchine e l'avviamento in tempi brevi dei concorsi pubblici, per far fronte ai tagli previsti. In altri termini, una sanità più efficace sul territorio, con effetti benefici immediati per l'utente: riduzione delle liste d'attesa, diagnosi non solo più veloci, ma anche con un ridotto margine di errore».



• Privitera e Capodiecì

dell'assessorato alla Salute per l'ammodernamento delle apparecchiature, cosa unica in Italia, dall'altro a questa rivoluzione tecnologica non ha fatto seguito un adeguamento delle dotazioni organiche. E come se

cari raggiunge anche punte del 75% – ha spiegato Giambattista Privitera, uno dei radiologi precari presenti – accade nei piccoli ospedali, per citarne alcuni Militello (3 su 4), Noto (4 su 7) e Gela (2 su 4). A Cata-



Nel mese di settembre sono state decise dalle ASP le piante organiche.

Il documento della CGIL medici regionale sul Piano sanitario, la rete ospedaliera e le dotazioni organiche DSM/SERT/NPI

Le dotazioni organiche previste dalle ASP sanciranno la sanità che potremo fornire agli utenti negli anni a venire. A tal proposito vorremmo sottolineare come in tutta la regione, nel corso degli ultimi anni, il personale dei DSM/SERT e NPI è stato falciato (circa il 30% in meno) determinando una riduzione quantitativa e qualitativa dell'assistenza fornita. Gli atti aziendali delle ASP avevano corretto questa situazione recuperando un ritardo storico nell'applicazione di tutte le norme nazionali e regionali fino ad oggi emanate. Questa situazione, a seguito delle disposizioni assessoriali, è profondamente cambiata infatti le ASP per le dotazioni organiche si sono limitate a fotografare l'esistente; le ASP hanno quindi sancito l'impossibilità di avere servizi che forniscono un'effettiva assistenza territoriale (prevenzione, visite domiciliari, ambulatori decentrati ecc). La fotografia dell'esistente inoltre rende impossibile la realizzazione della semi residenzialità che in Sicilia esiste solo nominalmente (Centri Diurni senza operatori per la riabilitazione, assenza di apertura per almeno 8 ore, ecc) nei DSM ed è totalmente assente nella NPI e SERT.

Per essere chiari i Centri Diurni, così come previsto dai progetti obiettivi, sono strutture semiresidenziali per

massimo 8-10 persone che hanno un progetto individualizzato riabilitativo finalizzato a termine con una permanenza di almeno otto ore. Tutto ciò prepara, a nostro avviso, un futuro ulteriore spostamento di risorse dal pubblico al privato, infatti, è evidente che si intende riproporre il modello esistente già in NPI dove per l'handicap la semiresidenzialità è garantita dalle strutture private-convenzionate. Un dato esemplificativo di questa realtà è il percorso effettuato dall'ASP 3 di Catania che esita un atto aziendale che recepisce tutte le normative esistenti ipotizzando quindi un organico adeguato ai compiti istituzionali; successivamente presenta poi una dotazione organica che fotografa l'esistente sancendo: -una riduzione drastica del personale (nel settore salute mentale vi sono 350 operatori in meno differenza dotazione organica del 2000 con quella attuale) - un organico assolutamente carente (sarebbe più giusto dire assente) per alcune figure in particolare quelle dedicate alla riabilitazione. A tal proposito vorremmo sottolineare come le piante organiche contraddicono tutte le normative nazionali vigenti normative che fra l'altro la regione ha recepito. Tutto questo avviene in totale contraddizione con quanto scritto nella bozza di Piano Sanitario

inserisce la salute mentale tra gli obiettivi prioritari. Occorre però rilevare che la bozza di Piano sanitario si guarda bene dal riprendere le normative nazionali e regionali in relazione alle dotazioni organiche ed alla rete di servizi che i dipartimenti devono obbligatoriamente fornire. Risulta quindi assolutamente condivisibile l'affermazione che "i parametri fissati nel decreto contenente le linee guida per la rideterminazione delle dotazioni organiche le aziende sanitarie non sono in grado di reggere il carico assistenziale e soprattutto vi è una mancata aderenza degli atti aziendali con le rimodulazioni degli organici" e noi aggiungeremmo con quanto previsto dalla bozza di Piano Sanitario. Per quanto riguarda l'ambito ospedaliero l'Assessorato nella revisione della rete ospedaliera ha previsto sic et simpliciter per i DSM l'aumento dei posti degli SPDC (15 posti letto previsti per tutti gli SPDC della regione) senza prevedere alcun posto di DH. A fronte di una necessità derivante dalla carenza dei posti letto non si è risposto con una programmazione che tenesse conto dei dati epidemiologici ma con:

1. un ritorno ad un modello ospedale-centrico aumentando i posti letto oltre il reale fabbisogno (occorre dire che comunque questo aumento è nominale perché in assenza di



risorse non è possibile ampliare gli attuali reparti).

2. Un modello che privilegia il ricovero all'intervento semi-residenziale (DH)

Questa filosofia trova pieno riscontro nel Piano sanitario se si legge bene tra le righe l'unica vera pianificazione è la conferma della residenzialità in psichiatria.

La bozza di Piano sanitario infatti:

- conferma la dotazione dei 3 posti ogni 10.000 abitanti per la riabilitazione di tipo residenziale di tipo psichiatrico. Occorre ricordare che le norme di riferimento nazionale sono di un posto letto ogni 10.000 abitanti
- prevede per la NPI strutture residenziali senza alcuna definizione dei parametri (si ipotizzano gli stessi che per la psichiatria?)
- non prevede per i SERT alcuna specifica particolare e non affronta il problema delle strutture residenziali riabilitative per i pazienti a doppia diagnosi pazienti che attualmente hanno ricoveri in strutture psichiatriche o per tossicodipendenti inadeguate a trattare questa tipologia di pazienti..

A questa attenzione riservata alla residenzialità riabilitativa non corrisponde un'eguale attenzione per la semiresidenzialità infatti la bozza di piano sanitario:

1. non riprende la normativa regionale che prevedeva l'istituzione dei CD con un posto letto ogni 10.000 abitanti per la psichiatria

2. parla dell'istituzione di questa tipologia di strutture per l'NPI senza definizione del numero di posti letto per abitante

3. non prevede questa tipologia di strutture per i SERT.

Questo modello che fa prevalere l'aspetto ospedaliero-residenziale su quello territoriale-semiresidenziale è ulteriormente evidenziato dalla presenza di una vasta rete di strutture sociosanitarie di tipo residenziale (Comunità alloggio-gruppi appartamento ecc) presenti sul territorio regionale.

Riteniamo queste strutture importanti nell'ambito dell'assistenza ma la loro collocazione nel quadro complessivo dell'assistenza ha una valenza che deve essere attentamente valutata.

Ad avvalorare le nostre affermazioni sulla prevalenza del modello ospedale-residenziale su quello territoriale-semiresidenziale vorremmo far rilevare che comunque anche nelle comunità alloggio quasi mai è stata attivata la semiresidenzialità in Comunità alloggio.

Vorremmo comunque rilevare che, nella bozza di Piano sanitario Regionale, manca qualsiasi riferimento alla necessità di una programmazione sociosanitaria comune tra i due assessorati competenti per la definizione di un piano organico che definisca: il numero dei posti letto, la tipologia di strutture necessarie per le tre aree (psichiatria, npi e dipendenze)

Dati questi presupposti il modello di assistenza fornito dai DSM/SERT/NPI che avremo quindi sarà più Ospedale (SPDC, residenzialità riabilitativa, residenzialità abitativa) meno territorio (ambulatori, assistenza-domiciliare, prevenzione, CD, ecc).

Il risultato quindi è ancora una volta sarà quello di spo-

stare risorse dal territorio verso gli ospedali/residenzialità.

La bozza di Piano Sanitario ha inoltre alcuni importanti innovazioni sul piano:

- normativo (organizzazione dipartimenti ecc) che comunque già risultano difformi da quanto previsto in numerosi atti aziendali
- assistenziale (presa in carico globale, piani di interventi individualizzati, psicogeriatrica, sostegno abitativo, strutture semiresidenziali e residenziali per adolescenti, reinserimento lavorativo ecc)
- programmatico (piano per la salute mentale provinciale).

Per l'aspetto che riguarda il Piano per la salute mentale provinciale l'attuazione dello stesso, fermo restando la carenza degli organici e delle risorse delle ASP, viene di fatto demandato all'accordo con i Comuni (leggi risorse dei Comuni).

Alla luce dei tagli della spesa e della difficoltà dei Comuni a mantenere l'esistente si comprende come sarà praticamente impossibile attivare quella rete dei servizi che dovrebbe garantire l'integrazione all'intervento sanitario.

Per tutti i motivi enunciati la bozza di Piano sanitario risulta quindi essere solo un libro dei sogni (o forse sarebbe dire un imbroglione cosciente) che non potrà mai essere attuato. Per avvalorare le considerazioni fino a qui fatte per quanto riguarda i DSM/SERT/NPI riteniamo importante cercare di costruire una mappa sulla riduzione degli organici e vi preghiamo di inviare i dati a fiorentino.trojano@alice.it o resi@inwind.it



"Ieri i sistemi feudali, oggi il nuovo modello regionale"

L'Assessore Russo all'ospedale di Acireale

«Questo è un momento di cambiamento e come tale implica lo sforzo di tutti gli operatori sanitari per convergere verso un nuovo modello, che abbandoni il vecchio "sistema feudatario" fondato sui centri di potere e che punti alla razionalizzazione delle risorse». Così l'assessore regionale alla Salute Massimo Russo ha esordito duran-

delle prestazioni: «A un anno dalla nascita di questa Azienda - ha affermato il direttore Calaciura - possiamo dire di aver apportato, non senza difficoltà, numerosi cambiamenti volti a rendere il sistema più efficace. I percorsi sono stati tracciati e la mappa disegnata: adesso però bisogna intraprendere il cammino che porti verso il traguardo dell'innal-

nale - noto con piacere che l'aria che si respira sul territorio è positiva e costruttiva. Rispetto alle istanze sollevate dai rappresentanti istituzionali dei comuni ricadenti su questo ospedale, che riguardano i posti letto o l'attivazione dei reparti nei singoli presidi della provincia etnea, ci tengo a precisare che - in questa fase - è importante non alzare barricate che rispondano a logiche campanilistiche. Acireale, così come Giarre, rappresenta un punto importante del più grande sistema regionale; un ingranaggio della macchina siciliana che sta avanzando per scardinare vecchie logiche opportunistiche. Oggi abbiamo raggiunto i risultati inizialmente prefissati - quelli del piano di rientro economico in linea con le direttive ministeriali - adesso dobbiamo affrontare una seconda importante fase: attraverso gli atti aziendali e le piante organiche dovremo lavorare sinergicamente per rivoluzionare l'organizzazione del sistema, per mettere al centro l'utente e i suoi interessi costituzionalmente protetti». All'incontro erano presenti anche il direttore sanitario dell'Asp Catania Domenico Barbagallo e il direttore amministrativo Giovanni Puglisi.



te l'incontro che si è svolto il 15 Settembre scorso presso il Presidio ospedaliero di Acireale. L'occasione per un confronto diretto con tutti i sindaci delle "Aci" e con coloro che sul territorio provinciale devono operare affinché la riforma sanitaria possa essere applicata con puntualità: in primis, il manager dell'Asp Catania Giuseppe Calaciura. All'attenzione dell'assessore Russo i nuovi atti aziendali, la costituzione dei Distretti ospedalieri e territoriali, la sicurezza e la rimodulazione

zamento qualitativo del sistema. Quest'ultimo implica la riduzione delle liste d'attesa, il potenziamento delle strutture e dell'assistenza, la corretta informazione all'utente, l'abbattimento dei ricoveri impropri, l'applicazione della tecnologia alla diagnostica, il buon uso dei finanziamenti destinati alla nostra provincia». Riguardo al "S. Marta e S. Venera" Russo si è espresso in termini di soddisfazione e ottimismo: «In questa fase complessa di transizione - ha sottolineato l'assessore regio-

Concorso letterario per medici

L'Ordine dei medici di Savona e l'Associazione medici cattolici italiani promuovono un concorso letterario nazionale per medici dedicato a Joseph Cronin, chirurgo e scrittore scozzese. La sezione di narrativa è riservata a testi che esprimono il senso e l'esperienza della professione medica. Prevista anche la sezione di fotografia e quella di poesia. Le informazioni sul concorso, che scade a fine mese, si possono trovare sul sito www.omceosv.it.



Touring Club Italiano
più di un'Agenzia Viaggi

PRAGA

e i mercatini di Natale
tour guidato con volo da Catania

dal 06 al 10 dicembre

CAIRO E CROCIERA SUL NILO

dal 28 febbraio
al 07 marzo

Via Pola 9/d, Catania - tel 095 590 00 00

www.TOURINGCATANIA.IT

Parco dell'Etna

Nella sede del Parco dell'Etna un affollatissimo seminario, promosso dall'Assessorato Regionale delle Risorse Agricole e alimentari in collaborazione con il Parco, ha celebrato l'anno mondiale della biodiversità



La tutela e la valorizzazione dell'agrobiodiversità vegetale: una sfida di valore strategico per il futuro

"Porteremo avanti e rafforzeremo l'impegno per la tutela e la valorizzazione della biodiversità, anche come fondamentale strumento per la crescita e lo sviluppo del territorio. Lo faremo con altre iniziative, di grande spessore scientifico come quella di oggi al Parco dell'Etna, e con ulteriori risorse finanziarie". Lo ha affermato Salvatore Barbagallo, Dirigente generale del Dipartimento Interventi Infrastrutturali dell'Assessorato Regionale delle Risorse Agricole e Alimentari, nell'ambito dell'affollatissimo seminario dal titolo "La tutela e la valorizzazione dell'agrobiodiversità vegetale in Sicilia" organizzato dall'Assessorato in collaborazione con il Parco dell'Etna, le facoltà di Agraria delle Università di Palermo e di Catania e il Csei (Centro Studi di economia applicata all'ingegneria) di Catania, che si è svolto presso sede dell'Ente Parco dell'Etna, l'ex Monastero Benedettino di San

Nicolò La Rena a Nicolosi. Si è fatto il punto sullo stato dell'arte sul tema dell'agrobiodiversità vegetale nel territorio siciliano, a partire dalla verifica del percorso intrapreso passando per gli obiettivi raggiunti e le prospettive che ne possono scaturire; sull'importanza dell'agrobiodiversità per la crescita e l'affermazione dei prodotti tipici regionali. Ed ancora sul ruolo della diversità biologica agricola nella capacità di affrontare possibili e imprevedibili cambiamenti nell'ambiente e nei bisogni umani. Infine sulle opportunità che il PSR, Piano di Sviluppo Rurale, può offrire alle imprese agricole sul territorio.

Nei suoi saluti, il commissario straordinario del Parco dell'Etna Ettore Foti ha ricordato il prioritario impegno dell'Ente per la tutela e valorizzazione dell'agrobiodiversità attraverso la realizzazione, in un'area di tre ettari nella sede del Parco, della Banca del Germoplasma, il cui obiettivo è proprio la caratterizzazione e conservazione del patrimonio genetico vegetale etneo. "Abbiamo concretamente portato avanti questo progetto, all'interno del consorzio Cevasaki e in stretta collaborazione con l'Università di Catania, l'Orto



Botanico e il Cutgana, e siamo particolarmente soddisfatti del risultato raggiunto - ha sottolineato Foti - La salvaguardia e la valorizzazione della biodiversità contribuisce al miglioramento della qualità della vita ed è molto importante per la produzione tipica del territorio".

Foti ha concluso il suo intervento citando Papa Benedetto XVI ("Non ci può essere pace senza rispetto per l'ambiente ...") e il suggestivo discorso del segretario generale Onu Ban ki Moon per l'inaugurazione dell'anno della biodiversità, proclamato dall'Onu per il 2010.

Hanno portato i loro saluti anche il preside della Facoltà di Agraria dell'Università di Catania Agatino Russo e il prof. Giuseppe Barbera della Facoltà di Agraria dell'Università di Palermo, che hanno auspicato da parte dell'Assessorato un sempre maggiore sostegno alla ricerca scientifica, fondamentale per la conoscenza e la tutela della biodiversità.



Asp Catania: nominati i coordinatori sanitari e amministrativi dei Distretti e del Territorio

Il direttore generale dell'Asp Catania Giuseppe Calaciura ha nominato i coordinatori sanitari e amministrativi dell'Area territoriale e dei Distretti ospedalieri: figure dirigenziali previste dall'"Atto aziendale" – il documento redatto a seguito del riordino stabilito dalla Legge regionale 5/2009 – che avranno il compito di assicurare una struttura organizzativa snella, evitando il proliferare di articolazioni organizzative e garantendo la valutazione e verifica delle attività espletate e del personale. L'assegnazione dell'incarico è avvenuta alla presenza del direttore sanitario Domenico Barbagallo e del direttore amministrativo Giovanni Puglisi. «Nel definire il nuovo organigramma e nell'istituire le strutture complesse e semplici – spiega Calaciura – l'Azienda dovrà riorganizzare e monitorare i processi gestionali, con particolare riferimento alla programmazione e al controllo delle attività. Sarà compito dei Coordinatori supportare la Direzione aziendale nel riordino delle strutture e nell'applicazione delle relative regole di gestione ordinaria, nel rispetto della normativa vigente in materia di organizzazione del lavoro». Le nuove figure profes-



sionali sono state nominate tra i dirigenti preposti in posizioni apicali: il coordinatore sanitario avrà responsabilità complessiva di gestione sulle attività sanitarie territoriali e di raccordo con quelle ospedaliere; favorirà l'adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l'attivazione di protocolli e linee-guida che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali. Il coordinatore amministrativo avrà il compito di rendere omogenee, efficaci ed efficienti le procedure amministrative di erogazione di servizi agli utenti; nei limiti delle risorse e degli obiettivi assegnati dal direttore generale, godrà di autonomia organizzativa, operativa e di spesa, esercitata attraverso l'adozione di determine; garantirà la corretta applicazione delle procedure

amministrative stabilite dalle Unità operative centrali. La nuova squadra è così composta: Catania1 – Acireale-Giarre: Salvatore Galia (coordinatore sanitario), Miranda Nicolosi (coordinatore amministrativo), Catania2: Biancavilla-Bronte-Paternò: Maria Di Franco (coordinatore sanitario), Marianna Catavorello (coordinatore amministrativo), *Catania3: Caltagirone-Militello: Salvatore Privitera (coordinatore sanitario), Francesco Iudica (coordinatore amministrativo). *Nel distretto Caltagirone-Militello è stato attivato un modello sperimentale che prevede sia la gestione ospedaliera che quella del territorio, con specifica struttura organizzativa e con proprio budget. Distretti territoriali: Francesco Luca (coordinatore sanitario) e Mirella Cucchiara (coordinatore amministrativo).

Centro di formazione sanitaria Sicilia a Palermo

L'Ordine del capoluogo comunica che è pronto ad organizzare "in house" corsi manageriali per direttori sanitari ed amministrativi e dirigenti di struttura complessa. Per informazioni contattare il consigliere Maurizio Ciofalo (335-5384844) o visitare il sito www.cfssicilia.it



Oltre quattrocentomila casi in Italia. A Catania "Reumanet" organizzato da Giovanni D'Avola.

Artrite reumatoide: troppe diagnosi tardive

Un ritardo pericoloso, secondo i reumatologi, se si considera che questa malattia ruba 4-6 anni di vita. Dolore e rigidità mattutina, articolazioni di mani o piedi e polsi o caviglie gonfie, Sono alcune delle avvisaglie dell'artrite reumatoide, una malattia che colpisce circa 400mila italiani, soprattutto donne, di tutte le età,

"Un ritardo pericoloso, se si considera che questa malattia ruba 4-6 anni di vita". Il fattore tempo però non riguarda solo l'artrite reumatoide. "Nel panorama delle artriti infatti sono incluse fino a 40 malattie diverse - aggiunge l'esperto - e se in media vediamo un paziente con artrite psoriasica due anni dopo l'esordio del-

affinino l'intuito diagnostico davanti a queste malattie, che a volte hanno un inizio subdolo, e in caso di un sospetto di artrite o spondilite anchilosante indirizzino al più presto i pazienti dal reumatologo".

I cosiddetti campanelli d'allarme, precisa il dr Giovanni D'Avola sono svariati ed a loro va dato il giusto peso: dolore e gonfiore alle articolazioni delle mani e/o dei polsi che persiste da più di tre settimane, rigidità articolare che dura più di 1 ora al mattino dopo il risveglio, dolore di tipo sciatico fino al ginocchio che va e viene cambiando anche di lato, che aumenta durante il riposo notturno e si attenua con l'attività fisica, sbiancamento delle dita delle mani all'esposizione al freddo o per variazioni climatiche o per emozioni, sensazione di secchezza o di sabbia negli occhi associata a secchezza della bocca e a dolori articolari o muscolari, improvvisa comparsa di dolore a entrambe le spalle con impossibilità di pettinarsi o allacciare il reggiseno, difficoltà ad alzarsi da una poltrona, o nei soggetti affetti da psoriasi o con familiari affetti da psoriasi: comparsa di dolore alle articolazioni o alla colonna vertebrale o al tallone.

Questi sintomi intuiti dal medico di famiglia servono al Reumatologo per riconoscere i casi in cui occorre essere più "aggressivi" con il trattamento farmacologico.

Una cosa è certa: quanto più precoce è la diagnosi e



• Leardini e D'Avola

bambini compresi. Qualche dolore, alle ossa o alle articolazioni, infatti, prima o poi capita a tutti. E spesso si parla genericamente di "reumatismi". Ma le vere malattie reumatiche vanno riconosciute il prima possibile, -sottolinea Giovanni D'Avola reumatologo catanese organizzatore del Congresso Nazionale di reumatologia Reumanet svoltosi a catania 17 e 18 settembre - soprattutto se si vuole cercare di controllarle occorre riconoscere i campanelli d'allarme. Nonostante l'artrite sia così diffusa, la diagnosi troppo spesso arriva tardi: in media dopo due anni dall'insorgenza", che poi precisa:

la malattia, per chi soffre di spondilite anchilosante possono passare anche 10 anni prima di una diagnosi corretta".

"Troppo tempo anche perché oggi è stata dimostrata l'importanza di adottare una terapia efficace il prima possibile, entro sei mesi dell'esordio".

Una diagnosi corretta in tempo è possibile. Per questo motivo è stato lanciato un appello ai medici di famiglia. "Sono loro le vere antenne sul territorio - dichiarano Gerolamo Bianchi e Lorenzo Altomonte del direttivo CROI - è importante che si accorgano dei campanelli d'allarme dell'artrite ed

quindi la terapia, maggiori sono i vantaggi per la salute e la validità funzionale futura del paziente. Ma per far funzionare questo sistema, sottolinea Gianni Leardini presidente CROI, occorre realizzare su tutto il territorio regionale iniziative educazionali capillari con le associazioni dei malati ed iniziative formative con i medici di famiglia. Il Piano di riordino del Sistema Sanitario Regionale e le Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale di recente promulgate dall'Assessore Regionale alla Sani-

tà Dr. Russo rappresentano il giusto impianto strutturale organizzativo, atto a realizzare una funzionale rete reumatologica che permetta come primo obiettivo quello di arrivare ad una rapida diagnosi precoce, come secondo obiettivo monitorare i pazienti reumatologici stabilizzati nella diagnosi ed in terapia e come terzo livello controllare le eventuali complicanze delle patologie o somministrare i farmaci che necessitano di ospedalizzazione o controllare eventuali particolari effetti collaterali dei farmaci uti-

lizzati. L'attuazione di tale percorso rende più semplice lo sviluppo di una rete integrata ospedale-territorio dedicata alla reumatologia, per una risposta assistenziale rapida ed efficace, per l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, per il monitoraggio del paziente (che nella gran parte dei casi dovrà rimanere in terapia per tutta la vita), per l'aggiornamento continuo del medico di famiglia e, perché no, potrà realizzare la tanto sperata gestione razionale delle liste di attesa e porre fine alla emigrazione sanitaria.

Quaderno di Catania medica sulla Reumatologia

Torna l'allegato di aggiornamento professionale della collana "I Quaderni di Catania Medica". Quello che trovate insieme a questo numero di Ottobre del nostro bollettino ordinistico è dedicato alla reumatologia ed è stato curato dal collega reumatologo, coordinatore di branca Reumatologia dell'ASP di Catania, Giovanni D'Avola. Si tratta di una disciplina che nell'ultimo ventennio ha fatto, davvero, passi da gigante. Ma non dimentichiamo che si occupa di patologie che interessano un numero sempre maggiore di persone. Basti pensare che ben 300 mila italiani soffrono di artrite reumatoide. Uno ogni 200 abitanti. E la gran parte di essi ha un'età compresa tra i 30 e i 50 anni e in oltre il 75% dei casi si tratta di donne. Insomma una patologia fortemente invalidante che colpisce il malato in tutti gli aspetti della sua vita: la quotidianità, le relazioni, il lavoro. Ecco perché è importante che il medico conosca bene le patologie reumatiche. Nell'Italia che invecchia, infatti, i pazienti con malattie ossee sono almeno cinque milioni ma esiste nel contempo una carenza formativa impressionante sulle malattie metaboliche dello scheletro. Grazie quindi a tutti i colleghi che hanno dato il loro prezioso contributo alla realizzazione di questo Quaderno che dimostra ancora una volta l'altissimo livello di professionalità che unitamente all'elevata qualità diagnostica è in grado oggi di garantire, nella nostra provincia, risposte certe ed immediate ai bisogni di salute dei cittadini.

Gaetano Catania

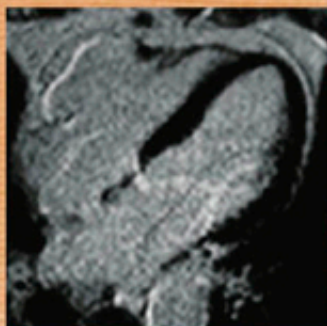
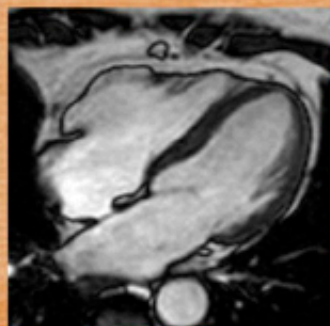
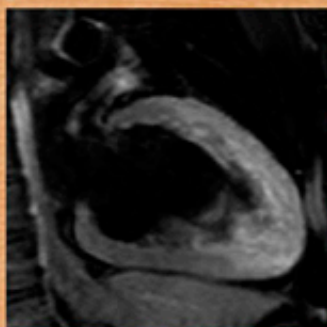
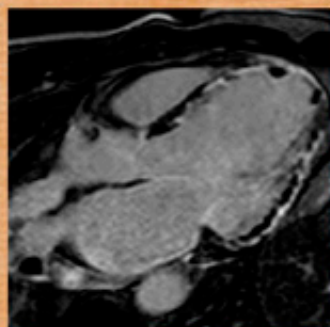




I Corso Internazionale in

Risonanza Magnetica Cardiovascolare

Dalla diagnosi al trattamento delle malattie cardiovascolari



Catania, AGA Hotel

27 novembre 2010

Direttori del Corso

Corrado Tamburino - Alessio La Manna

Comitato Scientifico

Chiara Bucciarelli-Ducci - Alessio La Manna
Massimo Lombardi - Alberto Roghi

Segreteria Scientifica

Antonella Salemi - Alessandra Sanfilippo

Organizzato da

Sezione di Cardiologia - Dipartimento di MIP5 - Catania

Con il patrocinio di

Working Group RM Cardiaca SIC
ESC Working Group on Cardiovascular MR

Segreteria Organizzativa

Hello Italy

Tel 095 717658

www.helloitaly.info - info@helloitaly.info



Bristol-Myers Squibb

sanofi aventis



Gli infettivologi siciliani: buoni risultati della terapia anti-epatite.

Si è svolto presso la Sala Convegni del NH Villa San Mauro di Caltagirone, il I Congresso Regionale SIMIT (Società Italiana di malattie infettive e tropicali), organizzato dall'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'Ospedale "Gravina" di Caltagirone, diretta dal dr. Pietro Bellissima, con 150 medici e 70 infermieri.

Il programma dell'evento prevedeva tre letture magistrali su "Le nuove pandemie" (prof. Rosario Russo), "AIDS: stato dell'arte e prospettive" (prof. Mauro Moroni) e su "Infezioni e migrazione, aspetti clinici e terapeutici" (prof. Pietro Di Gregorio).

Quattro, invece, le sessioni a tema ed una sessione per comunicazioni e posters.

La prima sessione ha approfondito le questioni inerenti le strategie terapeutiche nel paziente con infezione da HIV con l'obiettivo di offrire un aggiornamento sulle più recenti linee guida internazionali, sui nuovi farmaci commercializzati, sull'aderenza e la tollerabilità della terapia antiretrovirale con una chiave di lettura da applicare nella pratica clinica quotidiana. È stato definito lo stato dell'arte sulle "Strategie di trattamento nel paziente con infezione da HIV" e la "Ottimizza-

zione della terapia delle epatiti virali croniche". Per quanto riguarda la terapia dell'AIDS, dai dati presentati, è emerso che il 93-95% dei pazienti sottoposti a cura hanno azzerato le

capale l'eradicazione del virus e l'inibizione della progressione della malattia. Grazie ai nuovi schemi di terapia si ottiene, in oltre il 55% dei pazienti, una risposta virologica sostenuta,



loro cariche virali. Un dato che dimostra l'efficienza e l'efficacia della rete infettivologica del Paese. È stata altresì evidenziata la necessità che aumentino le adesioni dei pazienti agli schemi terapeutici. Nella seconda sessione si è parlato dell'ottimizzazione della terapia delle epatiti virali croniche che rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. L'HBV e l'HCV sono la principale causa nei Paesi occidentali dell'epatite cronica, della cirrosi epatica, dell'epatocarcinoma, dei trapianti di fegato e della morte per epatopatia terminale. Il trattamento dell'infezione/malattia da HCV ha come obiettivo prin-

ulteriormente migliorabile. Per l'epatite B stanno per essere pubblicate le linee guida italiane e i dati confermano l'efficacia della terapia sia nelle forme croniche attive, sia nelle forme già evolute in cirrosi, sia nelle forme di cirrosi scompensata. Altrettanto è stato affermato per l'epatite C. Sono efficaci gli attuali schemi di terapia con interferone peghilato e ribavirina. La ricerca farmacologica, nonostante i buoni risultati, però non si ferma e va avanti. Sono diversi, infatti, i farmaci in programmazione ed in arrivo. La terza e la quarta sessione incentrate, infine, sulle infezioni batteriche difficili, e le antropozoonosi endemiche in Sicilia.

Donazioni ad Ospedali e Università

Le donazioni effettuate a favore delle AOU sono deducibili dal reddito sia delle persone fisiche sia dei titolari di reddito d'impresa. Gli enti caratterizzati dall'integrazione delle finalità del SSN con quelle istituzionali dell'Università possono godere delle erogazioni liberali previste dalla legge perché partecipano, secondo una nota dell'Agenzia delle Entrate, alla realizzazione delle funzioni e dei compiti propri degli istituti universitari.

CONVEGNO



ANMDO SICILIA

(Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere)

La gestione dei farmaci in ospedale

05 NOVEMBRE 2010

Ore 15.30	Registrazione Partecipanti
Ore 16.00	Salute delle Autorità Mauro Passalacqua, Sindaco di Taormina Salvo Giuffrida, Direttore Generale ASP Messina Angelo Pellicano, Direttore Generale Armas "Garibaldi" Catania Gianfranco Finzi, Presidente Nazionale ANMDO Rosario Cursolo, Presidente Regionale ANMDO

Ore 16.30 Coffee Break

PROGRAMMA SCIENTIFICO EVENTO ECM

Introduzione ai lavori: Il Ruolo dei Comitati Etici Aziendali
G. Finzi

I SESSIONE Moderatori: Li Donni - P. Cantaro

Ore 17.00 - 17.20 Politiche europee e gestione del farmaco
R. Bernardini

Ore 17.20 - 17.40 Il Medication Safety Toolkit
A. Pasquale

Ore 17.40 - 18.00 La politica del farmaco: come valorizzare le professionalità
G. Sirna

Ore 18.00 - 19.00 Discussione

06 NOVEMBRE 2010

II SESSIONE Moderatori: A. Firenze, F. Astorina

Ore 10.00 - 10.20 Sicurezza del farmaco: panoramica sulle politiche regionali
A. Militello

Ore 10.20 - 10.40 Appropriatazza e farmaco-economia
C. Iacobello

Ore 10.40 - 11.40 Attori della politica del farmaco:
direttore sanitario, farmacista, caposala
G. Giammanco, G. Bellavia, I. Filosti

Ore 11.40 - 12.00 Il Farmaco dalla Ricerca alla commercializzazione
S. Scaccabarozzi

Ore 12.00 - 12.30 Il Primo Ciclo Terapeutico: l'esperienza dell'AOUP di Palermo
L. Aprea

Ore 12.30 - 13.00 Discussione

Ore 13.00 - 13.30 Conclusioni

5- 6 NOVEMBRE 2010

Hotel Miramare Taormina (ME) - Via Guardiola Vecchia, 27

Per informazioni contattare la Segreteria Genesi al num. 0721.955866, info@genesi-srl.net



PROGRAMMA

- 08.15** Iscrizione e Caffè
08.30 Introduzione
Imaging e la Clinimetria in Reumatologia: update
G. Ettore, C. E. Fiore, R. Foti, C. Privitera, A. Scavone, G. Sessa
- IL RACHIDE**
Imaging integrato (radiografia convenzionale, TAC, RNM)
- 08.45** Anatomia radiologica
G. Sortino
- 09.15** Osteoartrosi
R. Leonardi, C. Privitera
- 09.45** Artrite Reumatoide
G. Triolo, A. Iovane
- Moderatori: G. Ettore, C. E. Fiore, G. Sessa
- 10.15** Spondiloartriti
R. Foti, C. Carboni
- 10.45** Imaging e approccio terapeutico alle spondiloartriti
R. Foti
- Moderatori: F. Giannetto, C. Privitera, A. Scavone
- 11.15** COFFEE BREAK
- 11.30** Discussione interattiva di casi clinici
C. Carboni, M. Di Gangi, E. Di Maggio, A. Iovane, R. Foti, G. Triolo
- Moderatori: M. Bentivegna, M. Vinci
- LE VASCULITI DEI GRANDI VASI**
- 12.30** Clinica e Classificazione
M. Di Gangi
- 13.00** T.A.C. e R.N.M.
M. Figuera
- Moderatori: E. Battaglia, R. Lo Gullo
- 13.30** COLAZIONE DI LAVORO
- 15.00** La PET
M. Ippolito
- 15.30** L'ecografia nello studio delle spondiloartriti e delle vasculiti
I. Spoto, A. R. Giardina
- Moderatori: M. T. Patti, M. Vinci
- 16.00** Discussione interattiva di casi clinici
A. Basile, C. Carboni, M. Figuera, M. Di Gangi, C. Leonetti, R. Foti
- Moderatori: S. Stuto, M. T. Patti
- 16.30** Clinimetria nella terapia delle spondiloartriti
N. Cino, C. Mannino
- Moderatori: S. Lutri, M. Vecchio
- 17.00** La Capillaroscopia nella diagnostica delle Connettivopatie
R. Leonardi
- 17.30** Esercitazioni pratiche: Ecografia
A. R. Giardina, R. Massimo, I. Spoto
- Coordinatore: S. Tropea
- 17.45** Test e Chiusura del corso



UNIVERSITÀ DEGLI
STUDI DI CATANIA

DIVISIONE DI CLINICA
MEDICA GENERALE
E TERAPIA MEDICA
"L. CONDORELLI"

Direttore: Prof. C. E. Fiore



REGIONE SICILIANA

A.O.U. POLICLINICO
VITT. EMANUELE CATANIA



UNITÀ OPERATIVA
DI REUMATOLOGIA
EARLY ARTHRITIS CLINIC

Responsabile: Dott. R. Foti

In collaborazione
con l'Ordine dei Medici
della Provincia di Catania



Il programma è in corso
di registrazione ai fini
dell'accreditamento ECM

Segreteria Scientifica:

Dr. Rosario Foti
Dr. R. Leonardi
Dr. M. Di Gangi

Unità Operativa di Reumatologia
Clinica Medica "L. Condorelli"
Ospedale Vittorio Emanuele Catania
Tel 095 7435392
Fax 095 7435392
e-mail: rosfoei@tiscali.it

Iscrizione gratuita inviando:

Nome, Cognome e Cod. Fiscale
E-mail: info@paroleimmagini.it
Fax: 1782740704/5 (senza prefisso)
Posta: Parole & Immagini
Via D'Amico, 44
95127 Catania
www.paroleimmagini.it
Tel. 095.7461073
Cell. 347.1216983

Con il patrocinio di:

AZIENDA OSPED. UNIVERSITARIA
"POLICLINICO-VITT. EMANUELE,
CATANIA"
S.I.R.
C.R.O. I.
A.I.L.S.
A.N.M.A.R.
ORDINE DEI MEDICI DI CATANIA

Imaging e Clinimetria in Reumatologia

IV CORSO DI FORMAZIONE

Focus su: RACHIDE VASCULITI

CATANIA, GIOVEDÌ 16 DICEMBRE 2010

Sede Convegno Scuola per la gestione dei servizi Infermieristici

Ospedale Vittorio Emanuele Catania

Polizze specifiche per medici dentisti e odontoiatri PER UNA PROFESSIONE TRANQUILLA, SERENA, SENZA IMPREVISTI!



DEDICATE ALLA TUA PROFESSIONE:

- > Polizza di Responsabilità Civile Professionale
- > Difesa Legale
- > Polizza Infortuni
- > Polizza dello Studio professionale

**Più di 9.000 odontoiatri
ci hanno già scelto!**

Le nostre tariffe:

> POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE MEDICI DENTISTI, ODONTOIATRI E IGIENISTE DENTALI			
Massimale	Esclusa Implantologia	Inclusa Implantologia	Inclusa Implantologia e Insuccesso Implantare
€ 750.000,00	€ 450,00	€ 620,00	--
€ 1.000.000,00	€ 491,00	€ 672,00	--
€ 1.500.000,00	€ 543,00	€ 723,00	€ 1.043,00
€ 2.000.000,00	€ 600,00	€ 750,00	€ 1.070,00

> POLIZZA INFORTUNI MEDICI DENTISTI, ODONTOIATRI E IGIENISTE DENTALI		
Garanzia: Supervalutazione delle mani al 100%	Esempio di capitale assicurato: € 100.000,00	Premio: € 130,00
Possibilità di personalizzare la Polizza Infortuni con Massimali e Garanzie diverse.		

> POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE IGIENISTE DENTALI	
Massimale € 750.000,00	Premio € 140,00
Massimale € 1.500.000,00	Premio € 186,00
Massimale € 2.000.000,00	Premio € 230,00

> POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA MEDICI DENTISTI, ODONTOIATRI E IGIENISTE DENTALI			
Massimale € 7.740,00	Premio € 60,00	Massimale € 12.900,00	Premio € 100,00

I vantaggi che derivano dalla partecipazione a CO.FI.SAN:

Svolge un'attività di consulenza e di sostegno alle strutture sanitarie favorendo l'accesso al credito in ogni sua forma attraverso:

- La prestazione di garanzie collettive per il 50% dell'importo finanziato. La garanzia comune ed il frazionamento del rischio danno una maggiore sicurezza alle banche e consentono, quindi, la concessione di un credito maggiore di quello che un soggetto riuscirebbe ad ottenere singolarmente.

- La stipula di convenzioni agevolate con i maggiori istituti bancari.

- Il rimborso del 60%, da parte della Regione, degli interessi pagati alle banche, lo sviluppo e la diffusione della cultura finanziaria nel mondo imprenditoriale sanitario.

- Tassi passivi e condizioni accessorie da corrispondere al sistema bancario, più vantaggiose rispetto alle normali condizioni di mercato.

MAXILO SRL

Via Aldebaran, 11 A - Catania - Tel. 095.7225313 095.0930362 - Fax 095.7225317 - Email: maxilosrl@tin.it

Liceo Scientifico EMPEDOCLE

con percorso Internazionale
verso le Scienze Mediche e Biotecnologiche
...l'investimento migliore per costruire il Tuo talento



**Il talento
non è figlio
del genio**

bensi di un'eccellente istruzione
ottenuta con fatica e sudore...

www.scuolaempedocle.it

... I pesci rossi
non possono
ricordare
né prevedere.
Tu puoi!

IBIS
gruppo ICT
dr. Pedullia

The power of knowledge

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI CATANIA



MORTE IMPROVVISA NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' FISICA: QUALI CAUSE?

- ☛ Ore 08,30 *Registrazione;*
- ☛ Ore 09,00 *Saluto Autorità;*
- ☛ Ore 09,15 *Presentazione del Corso* Prof. Ercole Cirino Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Catania

MORTE IMPROVVISA NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' FISICA: IN ETA' PEDIATRICA

MODERATORE: Dr. Innocenzo Bianca (Taormina)

- ☛ Ore 09,30 *Cause Elettriche;* Dr. D.Poli(Taormina)
- ☛ Ore 10,00 *Cause Anatomiche;* Dr.ssa D. Poli(Taormina)
- ☛ Ore 10,30 *Casi Clinici;* Dr.ssa D. Poli(Taormina)
- ☛ Ore 11,00 *Discussione;*

Presentazione : Dr. G. La Delfa (Catania)

- ☛ Ore 11,30 *Lettura: Farmaci e Sostanze Tossiche ad effetto Doping* Prof. R. Bernardini (Catania)
- ☛ Ore 12,30-13,00 *Break*

MORTE IMPROVVISA NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' FISICA:IN ETA' ADULTA

MODERATORE: Dr. C. Trovato (Catania)

- ☛ Ore 13,30 *Cause Elettriche;* Dr. A. Dato(Catania)
- ☛ Ore 14,00 *Cause Anatomiche;* Dr. M. Costa(Catania)
- ☛ Ore 14,30 *Discussione;*
- ☛ Ore 15,00 *Lettura: Morte Improvvisa sul Campo di gara: Responsabilita' Medico-Legale del Medico-Sportivo e del Cardiologo* Dr S. Cocuzza(Caltanissetta)
- ☛ Ore 16,00 *Verifica apprendimento;*
- ☛ Ore 16,30 *Consegna attestati e chiusura dei lavori;*

*26 Novembre 2010 - Sala Riunioni Ordine Medici Catania -
Corso Ecm - Area Interdisciplinare per 60 Medici*

Costo € 20,00 crediti 3

Segreteria organizzativa Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Catania

Tel 095/4035511

- Medicina
- Odontoiatria
- Veterinaria
- Professioni sanitarie
- Scienze biologiche
- Scienze motorie
- Farmacia
- CTF
- Ingegneria
- Ingegneria - Architettura
- Architettura
- Bocconi - Luiss



Sede dei corsi CATANIA - ACIREALE - GIARRE - RAGUSA

Con noi lo studente può superare le prove di ammissione alle facoltà dell'area medica

Superare le prove di ammissione alle facoltà universitarie a numero chiuso dell'area medica è diventato per lo studente, negli anni, sempre più arduo. Per rientrare nei posti assegnati occorre una preparazione approfondita sulle materie della prova di ammissione e mirata alla tipologia della prova stessa.

L'esperienza ci ha dimostrato che le competenze richieste per superare i test di ammissione si conseguono frequentando corsi di formazione con **ristretto numero di iscritti**, personalizzando così la propria preparazione.

La frequenza di corsi strutturati in gruppi molto numerosi determina negli studenti un livello di conoscenze omogeneo che difficilmente permette poi al singolo candidato di raggiungere quella preparazione di spicco necessaria per essere ammessi.

Gli studenti, pur essendo costantemente monitorati, nei nostri corsi lavorano in un clima sereno e costruttivo.

Il Centro Studi Kàtane (coordinatore Prof. Elio La Spina) organizza, da anni, corsi di preparazione estivi ed invernali a numero programmato (25 iscritti per gruppo classe) avvalendosi di docenti altamente qualificati (alcuni già docenti Alpha Test).

A Catania i corsi si tengono, in ambienti climatizzati, nella sede di via Savoia e presso le sale meeting dell'Una Hotel di via Etna (ex Central Palace), di fronte la Rinascente.

I corsi Kàtane forniscono agli studenti gli strumenti idonei ad affrontare con successo i test di ammissione alle facoltà dell'area medico-biologica, puntando su tre fattori fondamentali:

- numero ridotto
- massima flessibilità
- didattica mirata

Lo studente può scegliere il corso a lui più congeniale fra tre tipologie: *Syntesis invernale*, *Leonardo estivo*, *Syntesis estivo*, tenendo conto della sua preparazione di base.

Siamo disponibili ad un colloquio pre-iscrizione per consigliare il percorso più idoneo da scegliere per una preparazione ottimale.

Su Vostra richiesta possiamo approfondire ogni aspetto e pianificare ogni impegno.

Per conoscere i docenti Kàtane e per tutte le informazioni visitate il nostro sito

K www.centrostudikatane.biz

Abbiamo attivato i corsi di preparazione per l'accesso alle facoltà universitarie di Ingegneria, Ingegneria-Architettura, Architettura, Bocconi-Luiss.

scopri tutti i vantaggi



**PRESTITI
MUTUI
CESSIONE V
PENSIONATI**

Corso Italia, 204 • 95127 Catania
Telefono 095 387960
Fax 095 376832

Numero Verde
800 577911
C.F. 04502710876 - UIC 40015