Catania Medica

Organo Ufficiale di Informazione e Formazione
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Catania

Poste Italiane spedizione in A. P. - 45% - Art. 2 comma 20/B Legge 662/96 - Catania - ¤0,10

Anno XLIV

n° 6

www.ordinemedct.it

Offerta speciale per i membri dell'Ordine dei Medici di Catania su UpToDate®

Contenuti aggiornati, completi e affidabili

Con **UpToDate** potrà accedere facilmente a oltre 10.500 argomenti basati su prove concrete e approccio pratico, relativi a 22 specializzazioni diverse. Tutto questo rende UpToDate una delle risorse mediche più complete attualmente disponibili.

Più di 6.000 medici-autori consultano gli ultimi studi presentati su oltre 470 riviste mediche, risorse mediche online e relazioni pubblicate dalle principali agenzie nazionali e internazionali per fornire informazioni affidabili. **Gli iscritti in Italia affermano** di riuscire a trovare le risposte cercatenel **92%** dei casi.

I membri dell'Ordine dei Medici di Catania possono risparmiare $75 sull'iscrizione annuale ad UpToDate.

▸ **Visita il sito Web:**
http://www.ordinemedct.it/uptodate/
per ulteriori informazioni.

Anno XLIV

n° 6

Sommario

3. **Editoriale del Presidente** Rinnovare l'alleanza dei medici con i cittadini
4. **Editoriale del Direttore** Pretendiamo delle scuse
5. **News** Il prof. Antonio Biondi eletto nel Consiglio Universitario Nazionale
6. **Attualità** Medico Competente: facciamo chiarezza
7. **Attività dell'Ordine** Prima riunione della Commissione Pari Opportunità
8. **Attualità** Cassazione: il sostituto ha piena responsabilità; ma ce l'ha anche l'Azienda per la continuità assistenziale
10. **News** Alberto Oliveti confermato alla presidenza dell'ENPAM
12. **Aggiornamento** La Induratio Penis plastica
14. **Aggiornamento** Le tante facce della cefalea
16. **Odontoiatri** Nasce il Fondo Sanitario di medici e dentisti
18. **Odontoiatri** L'Odontoiatra e il Sistema Tessera Sanitaria: utile al paziente oppure ennesima complicazione burocratica?
20. **Odontoiatri** Quale futuro per la professione del dentista: visione delirante o lungimiranza illuminata?
22. **Attualità** Casa Santella anche al Policlinico
24. **Corsi e Congressi** PMA a KM 0: il ruolo del "medico di fiducia"
26. **Attualità** Falsi miti e sostenibilità reali
28. **Attualità** Laudato sì
30. **Attualità** Rilancio della Società siciliana di chirurgia
32. **Attualità** Alla squadra dell'Ordine dei Medici il XXI torneo delle professioni del calcio a 11
33. **Corsi e Congressi** Conclusa con successo la II edizione della Convention Nazionale dei Medici Competenti
34. **Attualità** La medicina centrata sul paziente: la relazione tra paziente e medico in ospedale
36. **Attualità** Il progetto Agenas sulla Medicina Difensiva
42. **Annunci**

In copertina: Catania: "Fortes in fide" nella Cattedrale e, sullo sfondo, la Badia di S. Agata (foto del dott. Vincenzo Caruso)

Consiglio Direttivo dell'OMCeO

Presidente

Massimo Buscema

Vice-Presidente

Antonio Biondi

Segretario

Pasquale Albanese

Tesoriere

Lucio Di Mauro

Consiglieri

Nunziata Cassibba
Riccardo Castorina
Manuele Cosentino
Sebastiano Ferlito
Roberto Fiaccavento
Raffaele Gibilisco
Antonio Grasso
Alfio Pennisi
Sebastiano Raneri
Nino Rizzo
Salvatore Giovanni Vitale
Ezio Campagna (Odont.)
Gian Paolo Marcone (Odont.)

Commissione Albo Odontoiatri

Gian Paolo Marcone
(Presidente)
Giovanni Barbagallo
Ezio Campagna
Antonio Pricoco
Marcello Lo Faro

Collegio Revisori dei Conti

Giuseppe Camilleri (Pres.)
Salvatore D'Agati
Claudia Pricoco
Angelo Milazzo (Suppl.)

Il Presidente
Massimo Buscema
riceve il venerdì
per appuntamento,
dalle ore 14.00 alle 17.00

Il Vice-Presidente
Antonio Biondi
riceve il martedi,
per appuntamento,
dalle ore 15.00 alle 17.00

Il Presidente
della Commissione
Albo Odontoiatri
Gian Paolo Marcone
riceve i colleghi il Venerdi,
per appuntamento,
dalle ore 10 alle 12

Sede dell'Ordine

Via Ruggero di Lauria, 81/A
95127 Catania
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.it

E-Mail
segreteria@ordinemedct.it

"Catania Medica"

Organo Ufficiale
di Informazione e Formazione
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Catania

Presidente
Massimo Buscema

Direttore Responsabile
Nino Rizzo

Direttore Editoriale
Angelo Milazzo

Direttore Sez. Odontoiatrica
Ezio Campagna

Coord. linea editoriale scientifica
Lucio Di Mauro

Segreteria di Redazione
Loredana Basile
Viale Ruggero di Lauria, 81/A
95127 Catania
Tel. 095.4035525 Fax 095.498424

Editore
Parole & Immagini
Via Guerrera, 26
95126 Catania
Tel. 095.388193
info@paroleimmagini.it
www.paroleimmagini.it

Impaginazione e Grafica
Europa Due Media & Congress
di Massimiliano Cavaleri
www.europadue.com

Stampa
Simeto Docks srl

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.

Rinnovare l'alleanza dei medici con i cittadini

di **Massimo Buscema**
Presidente Ordine
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Catania

Il progresso della società non è possibile senza i medici. Noi dobbiamo essere parte attiva delle scelte decisionali per adattare l'organizzazione del lavoro ma anche le prestazioni (performance) professionali al miglior percorso assistenziale possibile. Dobbiamo lavorare per un approccio nuovo alla sanità che in una moderna concezione di tutela della salute non consideri più l'efficienza e l'equità come due concetti che procedono su binari separati e contrapposti all'economia e all'etica, ma che vadano nella stessa direzione a sostegno dei principi secolari di una professione equa, solidale ed universalistica. Perché tutto questo? Perché i cittadini avvertono, oggi più che mai, la difficoltà ad accedere alle cure e i medici italiani, insieme a tutti gli altri operatori sanitari, vivono una condizione di profondo disagio nello svolgere il proprio ruolo professionale. La causa di tutto questo risiede in molteplici fattori, primo fra tutti una politica orientata più alla gesti
one emergenziale del presente e attenta a rispondere a problemi meramente
economici che all'affermazione dei valori di equità, giustizia e sicurezza, perseguendone la realizzazione con appropriate progettualità programmatorie.
L'attuale politica sanitaria vede la professione medica come un costo e non come un
investimento importante e irrinunciabile per la risoluzione dei tanti problemi che affliggono la sanità. Le tecnostrutture sia centrali che regionali spesso attuano misure burocratiche e vessatorie sulla professione, come voler assegnare al medico responsabilità patrimoniali derivanti da inappropriatezza prescrittiva o proporre modelli organizzativo-gestionali obsoleti, già abbandonati in altri Paesi e non suffragati da evidenze probatorie positive. Il processo di aziendalizzazione in sanità ha evidenziato il suo fallimento nel perseguire, quale obiettivo prioritario, il mantenimento dei costi svilendo il ruolo dei professionisti a mero fattore produttivo.
La Professione, a fronte di questa realtà, deve confrontarsi con l'aumento e il mutamento dei bisogni assistenziali, mentre si riducono sempre di più le risorse pubbliche e private. Lo stesso Parlamento Europeo ha evidenziato che l'attuale crisi economica ha creato una forte pressione sui bilanci sanitari nazionali influendo sulla sicurezza dei pazienti e pertanto ha invitato gli Stati membri a garantire che la sicurezza non sia messa a rischio dalle misure di austerità e che il sistema sanitario resti adeguatamente finanziato. Il contenzioso, nella maggior parte dei casi futile e pretestuoso, condiziona la vita professionale, la qualità del lavoro medico, la serenità e il rapporto con i pazienti e con i cittadini, mentre l'eccessiva burocratizzazione dell'attività medica toglie tempo all'ascolto, che è esso stesso tempo di cura dei pazienti. Molte delle professioni sanitarie lamentano e praticano diffusamente fenomeni di reciproca erosione di competenze e sicuramente questa
non è la strada giusta per affermare un corretto ed equilibrato multiprofessionalismo in sanità.

Pretendiamo delle scuse

di **Nino Rizzo**
Direttore Catania Medica

Sgombriamo subito il campo da ogni dubbio: sono un medico di famiglia che fa parte oggi delle commissioni invalidi ASP ma non ho presentato la domanda per l'inserimento nel costituendo nuovo elenco dei presidenti e dei componenti delle commissioni invalidi dell'ASP di Catania. Non ho quindi nessun interesse diretto. Ritengo la mia esperienza conclusa definitivamente. Parlo quindi come consigliere dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Catania e soprattutto come medico di famiglia. Non posso accettare che nell'avviso pubblico dell'ASP si affermi testualmente "i medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Continuità Assistenziale, i Medici addetti ai controlli INPS, per le funzioni svolte, si ritiene opportuno che non possono fare parte delle Commissioni". Cosa significa opportuno? Una incompatibilità esiste o non esiste. Se esiste, ma non mi sembra ci siano novità al riguardo rispetto al passato, è superfluo dire che non è opportuno: si dica chiaramente che i medici di famiglia non possono presentare la domanda. Se non esiste è offensivo affermare che "non è opportuno". Cosa hanno di inopportuno questi medici e quelli di famiglia in particolare? Non sono affidabili? Non sono onesti? Non sono cristallini? Hanno interessi particolari ed incoffessabili? Tra l'altro nello stesso avviso viene specificato che "gli incarichi verranno conferiti su base esclusivamente fiduciaria da parte delle Direzione aziendale" e qui siamo d'accordo. Trattasi di incarico delicato certamente ma allora che bisogno c'era di utilizzare quel termine "opportuno"? Avrebbero comunque potuto escluderli questi medici come e quando volevano. È il voler rimarcare l' inopportunità che ci offende. Ricordiamo che al momento ci sono tantissimi medici di famiglia in commissione, alcuni anche con il ruolo di presidente, e questo perché la Legge ovviamente lo consente e la Legge non è mai cambiata. Perché allora questa puntualizzazione? Perché ostentare il non gradimento verso i medici di famiglia? È per questo che chiediamo al nuovo Direttore Generale dell'ASP delle scuse. O dei chiarimenti, se magari non abbiamo capito bene qualcosa, se ci è sfuggita qualche nuova norma, qualche nuova disposizione. Sarebbe un bel gesto per cercare di recuperare quel rapporto tra i vertici dell'azienda e mille professionisti che chiedono solo di essere rispettati. Siamo qui aspettiamo fiduciosi.

Il Prof. Antonio Biondi eletto al Consiglio Universitario Nazionale

Prestigiosa affermazione del chirurgo catanese

Si sono concluse venerdì le operazioni di voto per il CUN, 2870 docenti di tutta Italia sono stati chiamati alle urne per eleggere chi li rappresenterà a livello nazionale come Professore Associato di area medica.
Il Consiglio Universitario Nazionale (CUN) è un organo consultivo e propositivo del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.
Nell'esercizio delle attribuzioni che gli competono, quale organo elettivo di rappresentanza del sistema universitario, esprime pareri, formula proposte, adotta mozioni, svolge attività di studio e analisi su ogni materia di interesse per il sistema universitario.
Il CUN viene sentito su ogni altra materia che il Ministro ritenga di sottoporre al suo parere, ed intrattiene rapporti con gli altri organi ausiliari del MIUR, in una prospettiva di reciproca e leale collaborazione nonché con altri enti e istituzioni le cui competenze interessino il sistema universitario.
Il docente di chirurgia della Facoltà di Medicina di Catania, Prof. Antonio Biondi (nella foto), è risultato unico eletto con oltre il 50% delle preferenze sul totale dei votanti, in una competizione alla quale hanno partecipato altri tre Professori di Roma, Napoli e Salerno.
La straordinaria affermazione, oltre che un riconoscimento personale di stima e fiducia da parte dei colleghi italiani, è anche la testimonianza della considerazione che la scuola chirurgica e la Facoltà di Medicina di Catania, presieduta dal Prof. Francesco Basile, godono a livello nazionale.
E' stata un'affermazione della medicina catanese, infatti nel nostro Ateneo hanno votato quasi tutti gli aventi diritto al voto, con una percentuale mai raggiunta prima in nessuna parte d'Italia.
Altro dato positivo che emerge dai risultati è la partecipazione massiva al voto nei tre Atenei siciliani, ciò evidenzia che quando la Sicilia lavora unita su un progetto si ottengono importanti successi in campo locale e nazionale. Merito di ciò va dato al Magnifico Rettore e al Preside di Medicina che hanno creduto in questa candidatura e l'hanno condivisa con i loro colleghi degli altri Atenei.
Al neo consigliere, Professore di chirurgia del nostro Ateneo, sono giunte in queste ore attestazioni di stima e congratulazioni da numerosi colleghi ai quali egli ha garantito che svolgerà il proprio mandato nell'interesse primario dell'istituzione universitaria, portando avanti le istanze di quanti hanno riposto in lui una così grande fiducia.

Medico competente: facciamo chiarezza

Esempio di evoluzione normativa e giurisprudenziale

di **Mario Mangano**
Medicina del Lavoro

La figura del Medico Competente (MC), nel panorama delle professioni mediche, è forse quella più mutevole degli ultimi anni. Ciò può dipendere sia dalla normativa relativamente recente che lo riguarda, sia alla "costruzione" in atto di una giurisprudenza che, sentenza dopo sentenza, va delineando dei modelli giurisprudenziali di comportamento.

Sul piano normativo, la figura del MC viene determinata per la prima volta con il D.Lgs. 277 del '91, che esprimendosi in materia di prevenzione dei lavoratori contro agenti chimici, fisici e biologici, ne ha definito in maniera chiara i compiti di sorveglianza sugli esposti ai rischi citati dal decreto. Solo con il D.Lgs. 626/94 compare un quadro normativo unitario, dove la sorveglianza sanitaria del MC diviene estendibile a tutti i casi previsti dalla legge. Si pone dunque in relazione, la figura del MC delineata dal decreto, con tutte le ipotesi di sorveglianza sanitaria previste dalle normative vigenti, sia quelle di futura emanazione. L'avvento del D.Lgs. 81/08 vede una rimodulazione della disciplina, la figura del MC ne esce ampliata nell'adempimento dei propri obblighi di legge. Tra questi, l'obbligo di collaborazione alla valutazione dei rischi è in cima alla lista. Esso risulta già presente nel D.Lgs. 626/94, viene però esteso nel D.Lgs. 81/08 all'art. 25 lett. a), "…alla programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria…all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori… alla organizzazione del servizio di primo soccorso…". In origine non era prevista alcuna sanzione penale per la violazione agli obblighi di collaborazione, questa viene introdotta dal legislatore con l'emanazione del D.Lgs. 106/09 che ha modificato l'art. 58 del D.Lgs. 81/08, limitatamente alla sola collaborazione alla valutazione dei rischi e non alla altre attività con obbligo di collaborazione.

Non si fa attendere molto la conferma giuridica al cambio di rotta imposto dal legislatore; sono infatti del 2011 le prime due pronunce in materia, emesse dalla Sezione Penale del Tribunale di Pisa (sentenza n° 399 del 27 aprile 2011 e sentenza n° 1756 del 7 dicembre 2011) nelle quali il giudice di primo grado condanna un MC per omessa collaborazione alla valutazione dei rischi. L'orientamento viene riconfermato in Cassazione (sentenza n° 1856 Cass. Pen. del 15 gennaio 2013), divenendo quest'ultima la prima sentenza di legittimità in materia.

Tuttavia, la sentenza in questione, non prende posizione sulle evidenti disparità di trattamento normativo in situazioni analoghe tra il MC ed il RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione), quest'ultimo infatti, continua ad essere sottratto alla sanzione penale per mancata collaborazione, a cui pure è attribuito il ruolo di consulente del datore di lavoro, di fondamentale importanza nell'ambio della valutazione dei rischi.

Prima riunione della Commissione Pari Opportunità

Venerdì 12 Giugno, presso i locali dell'Ordine dei Medici, si è svolta la prima riunione della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici della Provincia di Catania.
La Commissione è costituita da:
- Dr. Tina Cassibba, coordinatore interno, specialista ambulatoriale Angiologa ASP 3 CATANIA, attualmente consigliere all' Ordine dei Medici , tesoriera dell'AIDM .
- Dr Rosalinda Musumeci , coordinatore esterno, dirigente medico responsabile UO screening mammografico in pensione, vice presidente AIDM, attrice di teatro impegnata nel sociale insieme ad altri colleghi che, come lei, amano il teatro e si dedicano alla realizzazione di spettacoli il cui ricavato va in opere di beneficenza.
- Dr. Diana Cinà Direttore dell'U.O.Complessa di Patologia clinica e Biologia Molecolare presso l'ARNAS "Garibaldi" di Catania- Presidio Ospedaliero Garibaldi Centro, consigliera AIDM
- Prof. Clorinda Mazzarino, docente Patologia Generale Università di Catania, socia AIDM
- Dr. Maria Giovanna Pennisi, Dirigente Medico U.O.C. Neurologia Cannizzaro CT, socia AIDM
- Dr. Caterina Gagliano, libero professionista, oftalmologo, Direttore Scientifico di Neurovisual Science Technology (NEST), azienda che realizza progetti europei di ricerca scientifica ed epidemiologica, socia AIDM
- Dr Maria Grazia Cannarozzo, medico chirurgo, odontoiatra libera professionista, Presidente Nazionale Cenacolo Odontostomatologico Italiano, socia AIDM
- Dr Melina Scavo, Responsabile Unita' Operativa Semplice Igiene, Sanita' Pubblica ed Epidemiologia, coordinatore dell'attivita' vaccinale della citta' di Catania, socia AIDM.
La designazione delle candidate è stata suggerita dal coordinatore interno, la dott.ssa Tina Cassibba per la riconosciuta esperienza di carattere scientifico, culturale, professionale in riferimento ad i compiti della Commissione, e votata all'unanimita' dal consiglio direttivo dell'Ordine.
La Commissione, nella sua prima riunione, ha conferito il ruolo di segretaria di commissione alla dott.ssa Caterina Gagliano.
Obiettivi della Commissione:
- rimozione degli ostacoli che, di fatto, costituiscono discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle donne nell'ambito della professione di medico-chirurgo;
- promozione di azioni positive per la tangibile realizzazione dei principi di uguaglianza e di parità tra i cittadini;
- proposte di iniziative di partecipazione, informazione, ricerca e consultazione;
- elaborazione di progetti di intervento per la promozione di pari opportunità.
Nell'ambito della prima riunione si sono già delineate due chiare linee di intervento: la prima nell'ambito etico e sociale identificando le categorie da proteggere e valorizzando la parità mediante iniziative di tipo artistico/letterario. A tal proposito la commissione ha deliberato la realizzazione di una mostra, in collaborazione con l'Accademia di Belle Arti di Catania su bulimia/anorressia nella donna. La seconda linea di intervento è nell'ambito scientifico ed ha come obiettivo lo studio delle differenze di genere per migliorare le conoscenze verso una medicina personalizzata. Su questo argomento, la Dr Maria Grazia Pennisi ha recentemente organizzato un incontro dal titolo "Donne in Neuroscienze" che ha riscosso notevole successo. La Commissione si avvarrà della collaborazione dell'AIDM (Associazione Italiana Donne Medico) sezione Catania che già durante i suoi primi anni di vita è stata in grado di organizzare conferenze ed incontri di notevole rilevanza nell'ambito delle problematiche delle pari opportunità.

Cassazione: il sostituto ha piena responsabilità; ma ce l'ha anche l'Azienda per la continuità assistenziale

di **Nino Rizzo** e **Angelo Milazzo**

Una recente Sentenza della Cassazione ha ribaltato definitivamente una condanna che aveva subito una collega pediatra di Firenze nel 2011, per responsabilità di un'altra collega che l'aveva sostituita, durante un periodo di assenza per vacanza. In seguito la Corte d'Appello, ed adesso anche la Suprema Corte, hanno inequivocabilmente separato la responsabilità civile della sostituta da quella della titolare (la responsabilità penale è stata sempre personale). Inoltre, in analogia ad altre recenti sentenze, l' Azienda Sanitaria è stata condannate al risarcimento, in solido con il medico di continuità assistenziale.

La sentenza di primo grado aveva sconvolto antiche certezze, riguardanti la responsabilità personale. Infatti aveva esteso al fatto accaduto quanto previsto dall'art. 1228 del Codice Civile, riguardante "responsabilità per fatto degli ausiliari", considerando per l'appunto un medico regolarmente abilitato alla professione, come un semplice "ausiliario". La prima Sentenza era risultata essere particolarmente "bizzarra", sotto diversi aspetti. Alla collega non fu bloccato solo il quinto degli emolumenti, ma il conto corrente, e tutto il suo patrimonio. Inoltre era stato riconosciuto un cospicuo risarcimento anche al fratello ed ai nonni della deceduta.

E' stata una sentenza che ha costretto all'integrazione e alla revisione di tantissime polizze assicurative, con un ulteriore aggravio a carico di tante categorie di colleghi. Adesso i giovani colleghi che espletano sostituzioni non possono più assolutamente esimersi dalla stipula di un'assicurazione, magari preferendo le compagnie che riservano tariffe particolarmente favorevoli, proprio per i medici laureati da pochi anni, o specializzandi.

La storia e la dinamica dettagliata della vicenda pensiamo che possa rivestire una importanza relativa. La Cassazione, in buona sostanza, ha sollevato da ogni responsabilità il medico sostituito assente ed il medico ospedaliero che vide per ultimo la piccola paziente, ormai con un quadro di peritonite conclamato, complicato e con grave compromissione delle condizioni generali. Ha invece rinviato al giudizio della Corte d'Appello la collega sostituta, che non aveva neanche visitato l'ammalata, ed il medico di continuità assistenziale, che non aveva colto tutti segni d'allarme già evidenti. Riteniamo invece molto interessanti i principi generali di responsabilità sentenziati dalla Cassazione.

I punti più salienti della sentenza

4.1... E' noto infatti che il rapporto che lega il pediatra di famiglia alla Azienda Sanitaria è di tipo conven-

zionale, regolato dagli accordi collettivi di settore (Cass. Sez. l. n. 20581 del 29/07/2008). In materia di medici convenzionati, va escluso che nell'ordinamento sia rinvenibile un principio generale, ancorché settoriale, di assimilazione delle prestazioni svolte presso enti sanitari dai medici in base a convenzioni, L. n. 833 del 1978, ex art. 48, a quelle rientranti nell'ambito del rapporto di pubblico impiego, attesa l'assenza nei rapporti

d'opera professionale (pur caratterizzati da collaborazione coordinata e continuativa) del requisito della subordinazione...Ed invero i rapporti cd. "convenzionali", instaurati tra i medici di medicina generale e gli enti preposti all'assistenza sanitaria....hanno natura privatistica di rapporti di prestazione d'opera professionale, svolta con carattere di parasubordinazione (Sentenza Sezioni Unite n. 813 del 22/11/1999)

4.2...omissis...in ragione della posizione periferica in cui è posto il medico convenzionato rispetto all'organizzazione del servizio, in caso di sostituzione del medico per assenza...non può configurarsi in capo a quest'ultimo la responsabilità contrattuale riconducibile all'art. 1228 c.c., ed è improprio attribuire al medico sostituto gli stessi obblighi contrattuali che competono all'Azienda sanitaria...Il medico sostituto subentra al medico titolare con piena responsabilità e autonomia, essendo ciò, peraltro, funzionale a garantire l'unicità del riferimento medico. In tale quadro non è possibile configurare una responsabilità civile in capo al medico titolare di assistenza sanitaria per i danni prodotti dalla condotta del proprio sostituto, in contrasto con la natura personalissima della prestazione medica... omissis... possono considerarsi ausiliari del debitore solo coloro che agiscono su suo incarico e il cui operato sia assoggettato ai suoi poteri di direzione e di controllo...

5.2 ...Al contrario, con riferimento alle prestazioni erogate dal servizio di continuità assistenziale, i caratteri del rapporto fiduciario tra cittadino e medico appaiono estremamente sfumati. Difetta del tutto, in primo luogo, l'elemento della scelta da parte del paziente, la quale, peraltro, è incompatibile con la funzione di pronto intervento del servizio...omissis...Il rapporto che si istaura tra cittadino e S.S.N. è un rapporto contrattuale (pur caratterizzato da elementi imposti), che travolge ogni concezione tradizionale del medico e riqualifica la singola prestazione, riconducendola a un più complesso rapporto assistenziale, facendo emergere la responsabilità primaria e diretta dell'istituzione (nel senso che la posizione dei sanitari ....di continuità assistenziale appare connotata dalla esistenza di un contratto sociale da cui scaturisce un obbligo di protezione, vedi Cass. Sez. terza, Sentenza n. 7529 del 2012. ***Alla luce dei rilievi svolti, si giustifica pienamente la ritenuta responsabilità della ASL, ai termini dell'art. 1228 c.c, per fatti commessi dai medici di continuità assistenziale...***

Alberto Oliveti confermato alla presidenza dell'ENPAM

Il presidente uscente è stato rieletto dall'Assembla nazionale al vertice dell'Ente previdenziale dei medici e degli odontoiatri con 164 voti su 174. Giampiero Malagnino e Roberto Lala confermati ambedue alla vice presidenza

Alberto Oliveti ***(nella foto)*** è stato confermato alla presidenza dell'Enpam per il prossimo quinquennio ed è stato approvato il bilancio consuntivo 2014, con un avanzo di gestione di 1,2 miliardi di euro e un patrimonio netto di 16,2 miliardi. I membri del Consiglio di amministrazione indicati con il voto sono: Stefano Falcinelli, Anna Maria Calcagni, Luigi Galvano, Eliano Mariotti, Giacomo Milillo, Giuseppe Renzo, Giampietro Chiamenti Caldiero, Gianfranco Prada, Riccardo Cassi, Costantino Troise. Per il collegio sindacale: Luigi Pepe, Francesco Noce, Malek Mediati come membri effettivi, mentre i supplenti saranno Giovanni Scarrone, Marco Gioncada e Giuseppe Varrina. I

I profili degli eletti

Presidente
Alberto Oliveti, nato a Roma il 2 agosto 1953, si è laureato in medicina ad Ancona nel 1980 ed è specializzato in Pediatria. Nel 2010 è stato eletto vicepresidente dell'Enpam per diventarne presidente nel 2012. Sotto la sua guida, l'ente previdenziale dei medici e dei dentisti ha varato le riforme della gestione del patrimonio, della previdenza e dello Statuto. Lavora tuttora come medico di famiglia a Senigallia.

Vicepresidente
(libera professione)
Giovanni Pietro (Giampiero) Malagnino, nato a San Marzano in provincia di Taranto, laureato in medicina a Perugia nel 1978 e specializzato in Odontoiatria. Vicepresidente vicario dell'Enpam dal 2012, è anche vicepresidente vicario dell'Adepp, l'associazione delle casse previdenziali private.

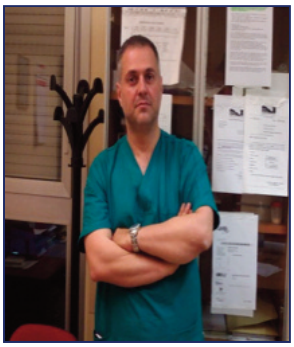
Vicepresidente
(tutti gli iscritti)
Roberto Lala, nato a Roma e laureato in medicina nella capitale nel 1977, è uno specialista ambulatoriale con specializzazione in Patologia generale. Vicepresidente uscente dell'Enpam, è anche presidente dell'Ordine di Roma e segretario generale del Sindacato dei medici ambulatoriali (Sumai).

Consiglieri
di amministrazione
Stefano Falcinelli, nato a Ravenna, presidente dell'Ordine della provincia romagnola, laureato in Medicina a Bologna nel 1980, medico di medicina generale specializzato in tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio, già consigliere dell'Onaosi dal 2005 al 2011 e consigliere di amministrazione dell'Enpam nel precedente mandato.
Anna Maria Calcagni, presidente dell'Ordine di Fermo, nata ad Ascoli Piceno, laureata in medicina a Perugia nel 1971. Specia-

lista ambulatoriale e già dirigente medico in Pneumologia, è specializzata in pediatria clinica e in tisiologia e malattie apparato respiratorio. Già consigliere di amministrazione dell'Enpam nel precedente mandato.
Luigi Galvano, siciliano nato a Calatafimi Segesta nel trapanese, medico di famiglia e segretario della Fimmg Sicilia, laureato in Medicina a Palermo nel 1979, specializzato in geriatria e gerontologia, consigliere dell'Ordine di Palermo e già consigliere di amministrazione dell'Enpam nel precedente mandato.
Eliano Mariotti, livornese, presidente dell'Ordine dei medici labronico, laureato in Medicina a Pisa nel 1975, specializzato in medicina delle assicurazioni.
Giacomo Milillo, piemontese nato a Torino, laurea in Medicina a Torino nel 1980, segretario nazionale della Fimmg, già consigliere di amministrazione dell'Enpam nel precedente mandato.
Giuseppe Renzo, odontoiatra, siciliano nato a Messina, laureato in Medicina a Messina nel 1978, Presidente Cao nazionale, già consigliere di amministrazione dell'Enpam nel precedente mandato.
Giampietro Chiamenti, pediatra, veneto nato a Verona, laurea in Medicina a Padova nel 1973, presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri (Fimp).
Gianfranco Prada, presidente nazionale dell'Andi, di Como, è tesoriere dell'Ordine lariano. Si è laureato in odontoiatria a Milano nel 1985.
Riccardo Cassi, presidente della Cimo, fiorentino, laurea in medicina nel capoluogo nel 1975, specialista in chirurgia generale e in chirurgia dell'apparato digerente, già consigliere dell'Onaosi dal 2005 al gennaio 2013, quando è diventato consigliere di amministrazione dell'Enpam.
Costantino Troise, campano nato ad Avellino, laureato in Medicina a Napoli nel 1976, specialista in allergologia, segretario nazionale Anaao – Assomed.

Collegio sindacale
– membri effettivi:
Luigi Pepe, pugliese nato ad Acquarica del Capo, medico di medicina generale, laureato in Medicina e Chirurgia a Bologna nel 1972 e presidente Omceo Lecce, membro del collegio sindacale nel precedente mandato.
Francesco Noce, nato a Napoli, medico di medicina generale e presidente Omceo Rovigo, laureato in medicina a Padova nel 1976 e specialista in chirurgia plastica membro del collegio sindacale nel precedente mandato. Iscritto al registro dei Revisori legali.
Malek Mediati, nato a Damasco in Siria, medico di medicina generale e consigliere Omceo Venezia, laureato in medicina a Milano nel 1975, specializzato in Chirurgia, già consigliere di amministrazione dell'Enpam nel precedente mandato.

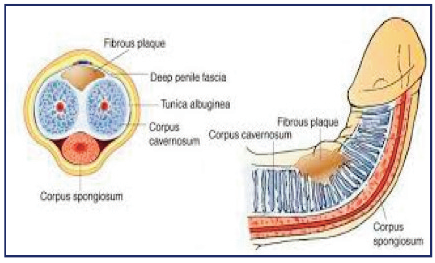
Collegio sindacale – membri supplenti:
Giovanni Scarrone, piemontese nato a Borgo Vercelli, medico di medicina generale, segretario Fimmg Vercelli, laureato in medicina a Torino nel 1978 e specializzato in Ostetricia e Ginecologia.
Marco Gioncada, medico e odontoiatra, piemontese nato a Casale Monferrato, consigliere Omceo Pavia, laureato in medicina a Pavia nel 1976, specializzato in odontostomatologia e in malattie dell'apparato cardiovascolare.
Giuseppe Varrina, calabrese nato a Strongoli, medico di medicina generale, laureato in medicina a Roma nel 1980, specializzato in malattie infettive e in medicina legale e delle assicurazioni, vice Presidente Omceo Crotone e segretario Fimmg Crotone.



La Induratio Penis plastica

di **Marco Certo**
Dirigente Medico U.O.C. Urologia
Responsabile Servizio di Radiologia di Andrologia Urologica
Arnas Garibaldi Nesina - Catania

La Induratio Penis Plastica o malattia di La Peyronie, è una patologia che colpisce la tunica albuginea, il rivestimento esterno dei corpi cavernosi del pene,sostituendolo con tessuto fibroso e nei casi avanzati, a causa della deposizione di Sali calcio, si forma la cosiddetta placca, che determina una deformazione dell'asta che risulta evidente durante l'erezione.

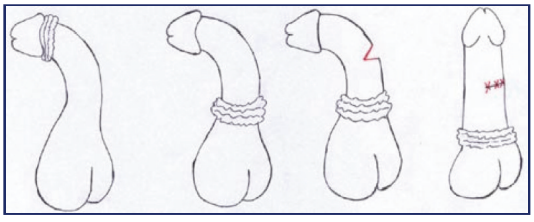


La malattia descritta per la prima volta da Andrea Vesalio nel 1550, fu analizzata clinicamente nel 1743 da Francois Gogot La Peyronie,chirurgo francese alla corte di Luigi xv, in Italia colpisce circa il 7% della popolazione maschile tra i 50 e 70 anni.

A tutt'oggi non sappiamo la causa scatenante,molte le ipotesi:risposta auto-immune su base ereditaria,microtraumatismi,infezioni uretrali,esistono comunque fattori favorenti come il diabete o l'avanzare dell'età.

Iniziato il processo irritativo, si ha inizialmente ipersensibilità del pene nella sede colpita,dolore durante l'erezione.

Negli stadi avanzati, a causa della deposizione dei Sali di calcio nella sede dell'infiammazione, comincia la deformazione dell'asta con relativo incurvamento. Tutte queste fasi procedono con diversa velocità, in alcuni casi si arriva alla stabilizzazione spontanea della placca calcifica, in questo stadio l'incurvamento diventa irreversibile.



Corporoplastica sec.Nesbit

La malattia di La Peyronie in fase avanzata risulta facilmente riconoscibile già alla visita, per la presenza di uno o più noduli palpabili. Sono comunque necessari alcuni esami per la conferma della diagnosi:

Ecografia peniena dinamica: per ottenere informazioni sulla sede e dimensioni della placca

Doppler penieno dinamico: utile in quei pazienti ove si decida per l'intervento chirurgico o per valutare la presenza di concomitante Disfunzione erettile.

Fotografia del pene in erezione.

Le terapie oggi in uso per attenuare i sintomi e possibilmente arrestare la progressione della malattia sono:

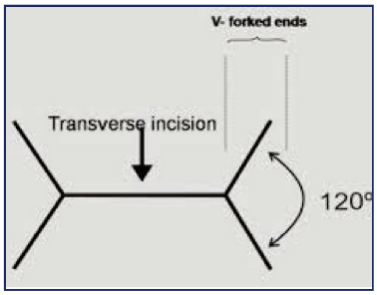
farmacologica orale(cortisonici,antiinfiammatori,fitoterapici,vitamina E)

farmacologica somministrata localmente intra-perilesionale(betametasone-verapamil)

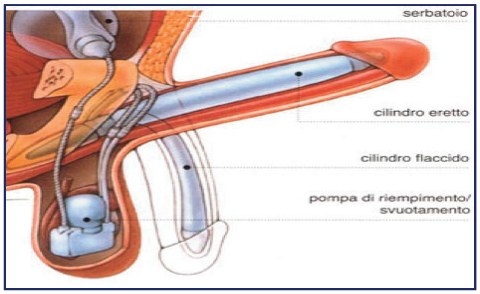
con mezzi fisici (ionoforesi,laser,esw)

chirurgica

Secondo il Dr.M.Certo,responsabile del servizio di andrologia urologica,c/o il



Schema per l'incisione di placca sec.P.Egidio



Corporoplastica con innesto consensuale di protesi peniena tri-componente.

reparto di Urologia dell'Az.Ospedaliera Garibaldi-Nesima di Catania,l'aspetto più importante, da chiarire con il paziente, è la valutazione iniziale,per stabilire se la malattia di La Peyronei è ancora in fase attiva,e quindi necessita di una terapia medica che allevia i sintomi e fermi il progredire della placca,oppure si debba prendere in considerazione la possibilità di un intervento chirurgico .

Continua ancora il Dr.Certo,oggi abbiamo a disposizione diverse tecniche chirurgiche di raddrizzamento penieno,dalla tradizionale corporoplastica secondo Nesbit e sue varianti alla più moderna tecnica geometrica di Paulo Egidio con incisione di placca e innesto successivo patch,sino ad arrivare, nelle forme più complicate, ad una combinazione di incisione di placca con conseguente raddrizzamento penieno e contestuale applicazione di protesi peniena, in quei casi dove si associa all'incurvamento una disfunzione erettile severa,con soddisfazione del paziente nel 79-100% dei casi.

Corporoplastica sec.Nesbit

schema per l'incisione di placca sec.P.Egidio

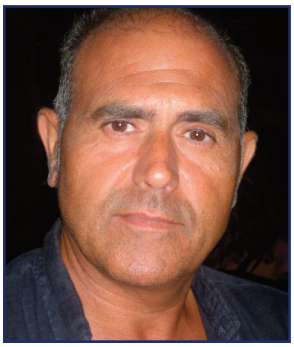
Corporoplastica con innesto consensuale di protesi peniena tri-componente.

Tutte queste tecniche chirurgiche, rutinariamente usate c/o l'UO di urologia del Garibaldi-Nesima,vanno messe in opera in quei casi ove la malattia ha provocato una deformità del pene tale da rendere difficoltoso o addirittura impossibile un normale e soddisfacente rapporto sessuale.

Per tutti quei casi in cui si è ancora in una fase iniziale o l'incurvamento penieno non è così severo da richiedere l'intervento chirurgico,l'andrologo ha a disposizione diverse opzioni terapeutiche mediche. E' da sottolineare al paziente che in atto non avendo una sicura identificazione delle cause della malattia,una terapia mirata resta inattuabile.

Per tale ragione negli anni si sono succedute diverse terapie più o meno efficaci,come ad esempio la ionoforesi,il paraaminobenzoato di potassio o ancora la vitamina E ad alte dosi o il tamoxifene ecc. In atto,secondo il dr. Certo la terapia locale con infiltrazione peri e intraplacca di cortisonici e Verapamil , risulta la più efficace per rapidità d'azione e scarsità di effetti collaterali per il paziente.

Per quanto esposto sopra,oggi si è in grado di curare efficacemente e definitivamente qualsiasi grado di incurvamento penieno da IPP,per tale ragione si deve incoraggiare il paziente a parlare di tale problema prima con il MMG e poi con lo specialista e non considerarla,come avveniva fino a qualche anno fa,una deformità del proprio corpo che rendeva frustrante l'attività sessuale del soggetto con ripercussioni spesso difficili sul benessere di coppia.



Le tante facce della cefalea

Fa coppia con l'emicrania e costituisce uno degli stati più dolorosi per il corpo umano

di **Alfio D'Agati**

"All'indimenticabile memoria dell'Amico e Collega Carlo Testa"

Tra tutti gli stati dolorosi che affliggono il genere umano, la cefalea è senza dubbio il più frequente. Molti casi di cefalea hanno la loro causa in malattie di tipo internistico oltre alle malattie di tipo neurologico. Il fatto che i dolori localizzati alla testa siano così numerosi è di notevole interesse e, varie sono le spiegazioni: innanzitutto, la faccia e il cuoio capelluto sono dotati di un numero di recettori dolorifici superiore a parecchie altre parti del corpo, forse per proteggere il prezioso contenuto del cranio.
A molte persone generalmente interessa sapere quello che avviene nella testa rispetto ad altre parti del corpo, dato che in essa risiede il cervello, la cefalea spesso richiama alla mente lo spettro di un tumore o di un'altra malattia cerebrale. Dal punto di vista semantico, il termine cefalea comprende tutti i dolori acuti e cronici localizzati alla testa.
L'emicrania invece è una malattia familiare caratterizzata da episodi cefalalgici periodici, generalmente monolaterali, pulsanti, che iniziano in adolescenza, o all'inizio della vita adulta e ricorrono con frequenza decrescente nelle età più avanzate.
Generalmente il dolore costituisce uno dei segni più precoci di malattia che l'organismo può segnalare ed è una delle esperienze sensoriali più intense attraverso cui è possibile per gli esseri umani, rendersi conto dell'esistenza di una propria malattia. Più problematico è il caso di pazienti che richiedono aiuto per la presenza di un dolore per cui non sembrano esserci cause strutturali sufficienti e, un'indagine più approfondita può scoprire che l'ansia, la paura o altri stati emotivi disturbanti hanno ingigantito qualche dolore di entità modesta, oppure che il dolore costituisce un espediente per procurarsi farmaci o un risarcimento pecuniario.
Riguardo alla qualità del dolore cefalico la descrizione del paziente è raramente di aiuto. Infatti le insistenti domande su questo aspetto possono generare sorpresa, perché il paziente spesso suppone che il termine cefalea abbia fornito al medico sufficienti informazioni sulla natura del suo disturbo.
Il dato più importante da ottenere è, se la cefalea pulsa insieme ad ogni pulsazione arteriosa, in tal caso ci indica un'origine vascolare, tenendo a mente che i pazienti spesso utilizzano il temine pulsare in riferimento all'andare e venire della cefalea.
Generalmente, il paziente aperto e gioviale tenderà a minimizzare il disturbo, mentre il nevrotico è più incline a drammatizzarlo. Un grave attacco di emicrania raramente lascia spazio alle quotidiane attività lavorative. Un grossolano indicatore di gravità della cefalea consiste nella sua capacità di svegliare il paziente nel sonno o nel rendere impossibile l'addormentamento. Le cefalee che si verificano con regolarità nel periodo

premestruale sono abitualmente generalizzate e di grado lieve. Le cefalee in seguito ad artrosi cervicale sono tipicamente intense e, i primi movimenti cervicali sono impacciati e dolorosi.
Le cefalee in seguito a crisi ipertensive, come quelle derivanti da tumori cerebrali, tendono a manifestarsi presto al mattino. La cefalea derivante da sinusite può manifestarsi con regolarità cronometrica al risveglio o a metà della mattinata ed è aggravata dalle variazioni della pressione atmosferica.
Le cefalee da affaticamento visivo seguono naturalmente l'uso prolungato della vista, come nella lettura, nell'osservazione di qualche cosa di fronte ad una luce abbagliante o, la tosse e i rapporti sessuali, sono noti per dar luogo a una particolare cefalea urente, in individuai predisposti che dura da pochi secondi ad alcuni minuti.
Il problema della cefalea si riflette sulla società attraverso due modalità: la prima è rappresentata dalla richiesta di servizi e prestazioni mediche per il disturbo specifico; la seconda dalle implicazioni sociali ed economiche che il mancato ricorso alle strutture assistenziali, o la loro scarsa e insufficiente organizzazione, vengono a determinare.
Nel computo del costo sociale globale della malattia, vengono quindi a sommarsi alla spesa per l'assistenza medica ospedaliera e ambulatoriale, nonché del territorio, un rappresentativo grado elevato di assenze scolastiche o lavorative, e un elevato costo individuale per farmaci, in relazione alla frequente farmacodipendenza. Pertanto, la diminuita efficienza lavorativa e i negativi risvolti sulla vita familiare e di relazione sociale, fanno si che la cefalea e l'emicrania siano considerati degli stati "dolorosi" che più affliggono il genere umano.

Ospedale Garibaldi assiste volleiste dei Mondiali

Stilato accordo per il World Grand Prix in programma a Catania a luglio.
Gli eventi sportivi hanno, soprattutto quelli mondiali, grande risonanza e seguito popolare, ma dei risvolti funzionali, organizzativi e logistici che non sono a tutti noti. Dietro quello che è uno dei momenti sportivi più importanti che si svolgono in Italia durante l'anno solare in corso, il "Volleyball World Grand Prix 2015" , c'è ad esempio un attento percorso di sicurezza sanitaria e di prevenzione da parte dell'Azienda Ospedaliera Garibaldi di Catania. E'stata la Sala Dusmet del Presidio Garibaldi-Centro, ad ospitare, infatti, la firma della convenzione per l'assistenza alle atlete delle nazionali partecipanti. L'accordo tra il Comitato organizzatore dei campionati mondiali e l'Arnas Garibaldi prevede specifici percorsi di diagnosi e cura in emergenza nonché una postazione fissa, seguita da operatori sanitari, all'interno del palazzetto e per tutta la durata dei giochi. Alla firma della convenzione, sottoscritta dal direttore generale dell'Arnas Garibaldi, dott. Giorgio Santonocito, e dal presidente regionale della FIPAV, Enzo Falzone, erano presenti anche l'assessore allo sport del Comune di Catania, dott.ssa Valentina Scialfa e il responsabile dei grandi eventi internazionali della FIPAV, Marco Carpameto.

Nasce il Fondo Sanitario dei medici e dentisti

di **Gian Paolo Marcone**
Presidente della Commissione
Albo Odontoiatri dell'OMCeO di Catania

Anche i medici e i dentisti avranno un fondo sanitario integrativo tutto loro. L'atto di costituzione è stato firmato a luglio ed entro l'anno comincerà ad operare. L'elenco delle prestazioni garantite è in via di definizione ma si sa già che i benefici per gli aderenti potranno andare dal rimborso dei ticket a quello delle tariffe per l'intramoenia, passando per le cure odontoiatriche, l'acquisto di lenti da vista e i costi legati alla long term care. L'iniziativa si pone dichiaratamente a sostegno del Ssn. "Come medici vogliamo difendere l'universalismo del Servizio sanitario nazionale che è uno dei migliori al mondo e di cui andiamo orgogliosi. È evidente però che la coperta è corta - dichiara il presidente della Fondazione Enpam Alberto Oliveti. Già oggi oltre ai 110 miliardi di spesa sanitaria pubblica, gli italiani spendono 33 miliardi di euro in sanità privata e 3 miliardi di euro nei ticket, che nel tempo sono sempre di più diventati un mezzo per sopperire alle carenze finanziarie pubbliche, invece che uno strumento per limitare la domanda eccessiva e inappropriata". "Il nostro Fondo sanitario integrativo - continua Oliveti - ambisce a trovare un equilibrio tra la coperta corta del sistema sanitario nazionale e la lilibera professione e a riportare anche i ticket alla loro originaria funzione moderatrice".

MODELLO PER IL MERCATO

Trattandosi della sanità dei sanitari, il fondo integrativo dei medici e dei dentisti è destinato a diventare il termine di paragone per i numerosi operatori del settore.
L'ambizione è quella di diventare un modello da copiare per le buone pratiche adottate: coperture a sostegno (e non in sostituzione) del Ssn, valorizzazione del lavoro dei camici bianchi inseriti nel sistema pubblico e di quello dei liberi professionisti nell'erogazione delle prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza. "Nel nostro caso si tratta di un'iniziativa di welfare professionale a tutto tondo, che da un lato tutela la salute dei nostri professionisti iscritti e dall'altro ne tutela il lavoro", spiega il presidente dell'Enpam Oliveti.

PLATEA POTENZIALE

Il Fondo è promosso dall'Enpam e vede come fondatori i sindacati Fimmg (medici di medicina generale), Fimp (pediatri), Sumai (specialisti ambulatoriali), Andi (dentisti), Anaao Assomed e Cimo (dipendenti ospedalieri). In termini numerici la platea degli aderenti comprende i 356.375 me-

dici e dentisti attivi iscritti all'Enpam e i 98.396 pensionati. A questi si aggiungono, oltre alle loro famiglie, il personale degli Ordini dei medici e quello delle organizzazioni sindacali mediche con i rispettivi famigliari, per un totale che può essere stimato tra 1 e 1,5 milioni di persone.

INCORAGGIAMENTO FISCALE

Il fondo sarà ad adesione volontaria. Inoltre, non operando selezioni del rischio, punterà ad essere ricompreso tra i "doc", cioè tra quei fondi che - in ossequio alla loro funzione sociale - lo Stato premia con il massimo beneficio fiscale. Quando questo riconoscimento verrà formalizzato le spese di contribuzione diventeranno deducibili dal reddito fino a 3.615,20 euro all'anno per tutti i tipi di lavoratori: sia dipendenti, sia autonomi.

OPERATIVITÀ

Per statuto il Fondo sanitario potrà operare direttamente o facendo ricorso al mercato assicurativo.
Le prestazioni potranno essere erogate anche tramite accordi e convenzioni, attraverso polizze o in collaborazione con altri enti, casse di assistenza, mutue o società di mutuo soccorso che hanno le stesse finalità. Enpam si occuperà dell'attività di gestione, organizzazione e sviluppo del fondo tramite una sua società appositamente costituita: Enpam Sicura.

COSA DICE LA LEGGE

La deducibilità fiscale dei contributi versati ai Fondi integrativi del Ssn è stabilita dall'articolo 10 del Testo unico delle imposte sui redditi (Tuir). La stessa norma stabilisce quali sono gli ambiti di intervento:
• prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati, e tra queste anche:
a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
• prestazioni erogate dal Ssn comprese nei livelli essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito;
• prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.
• prestazioni sociosanitarie e le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricompresse nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
• prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

L'Odontoiatra e il Sistema Tessera Sanitaria: utile al paziente oppure ennesima complicazione burocratica?

di **Ezio Campagna**
Responsabile ECM-Regione Siciliana
per la Professione Odontoiatrica

Lo chiamano "decreto semplificazione" ma rappresenterà l'ennesimo adempimento burocratico che costringerà l'Odontoiatra, libero professionista, a sottrarre ulteriori risorse economiche e di tempo alla sempre più bistrattata professione.
A giorni, infatti, dovrà essere attuato il D.Legs. 175/2014 che nell'art.3,comma3, prevede che gli operatori indicati nel testo di legge, quindi anche gli Odontoiatri, dovranno trasmettere telematicamente i dati dell'assistito e delle relative fatture.
Queste le informazioni richieste:
1) Dati studio : Codice fiscale e partita iva del medico/odontoiatra che emette il documento fiscale.
2) Dati del paziente rilevati attraverso il codice a barre della tessera sanitaria (sarà quindi necessario dotarsi di un lettore ottico di codice a barre che dialoga con il sistema).
3) Codice prestazione eseguita secondo un elenco già codificato (ma non pensato per l'odontoiatria).
4) Importo singola spesa o eventuale importo del rimborso.
5) Numero fattura e data.
Gli operatori sanitari interessati dovranno, prima, registrarsi al Sistema Tessera Sanitaria per ottenere le credenziali che saranno inviate dal Ministero delle Finanze. Credenziali necessarie per accedere al sistema ed ai vari servizi a disposizione.
Per ora, però, possono effettuare la registrazione solamente i "soli medici del SSN e i soggetti appartenenti alle strutture sanitarie accreditate (SSA) e le farmacie".
Ricordiamo che il Decreto indica nel 10 settembre la data in cui dovranno essere indicate le modalità operative. Secondo il call-center del sito Sistema tessera Sanitaria saranno attivati strumenti specifici per permettere ai liberi professionisti di inviare i dati direttamente dal sito STS.
In ogni caso la normativa costringerà lo studio odontoiatrico a dotarsi di computer e collegamento ad internet ma la soluzione più "comoda" sarà quella di dotarsi di un programma gestionale che dovrà riuscire a colloquiare con la piattaforma già predisposta per il Sistema Tessera Sanitaria ed ad oggi in uso principalmente dalle farmacie per emettere lo scontrino fiscale personalizzato.

Certo i burocrati del Ministero si affannano a declamare i vantaggi tra cui il fatto che il paziente potrà godere più facilmente ed automaticamente delle detrazioni fiscali per le prestazioni sanitarie e solo nel caso in cui non volesse usufruire dei benefici può richiedere di non trasmettere telematicamente le fatture e tale richiesta verrà annotata a cura dello stesso Odontoiatra.
A fronte, però di questo vantaggio vengono riversati sul libero professionista una serie di adempimenti

che non potranno non influire negativamente sull'esercizio professionale. Si obbligherà l'Odontoiatra a fornirsi di strumenti informatici adeguati che incideranno economicamente sui costi considerando che ad oggi solo una percentuale non rilevante di studi dentistici si avvale di un sistema di fatturazione elettronica. Ad esso si sommano le conseguenti ore di aggiornamento e di addestramento necessarie per tali adempimenti che inevitabilmente dovranno essere sottratte a quelle di lavoro professionale, nemmeno fiscalmente riconosciute.
Inoltre esiste il serio rischio, a causa della complessità degli adempimenti informatici di non essere in grado di garantire il mantenimento della privacy dei dati sensibili del paziente con possibili ricadute legali ad oggi non prevedibili sui professionisti stessi.
Paradossalmente tale semplificazione, a mio avviso, non potrà non portare un evidente aumento dei costi che inevitabilmente dovrà ricadere su un aumento delle tariffe delle prestazioni sanitarie.
Quindi ancora una volta una demagogica miopia politica, in questo caso dei titolari dei Ministeri della Salute e delle Finanze, rischia di penalizzare ulteriormente l'assistenza odontoiatrica in questo Paese, ed il fatto grave è che che si giunti a ciò senza nemmeno confrontarsi con la categoria interessata.
A tal proposito risultano significative le dichiarazioni di Giuseppe Renzo, Presidente CAO, in merito: "Queste nuove complesse procedure - spiega - non appiono particolarmente decisive considerato che i dati delle parcelle degli odontoiatri liberi professionisti nei confronti dei pazienti sono già fornite al Fisco attraverso il c.d. sistema dello speso metro". Una "duplicazione burocratica", la definisce Renzo, in contrasto con la volontà del Governo" di snellire l'attività amministrativa per consentire un più facile esplicarsi dell'iniziativa privata di cui anche i liberi professionisti dovrebbero potersi giovare".
"Nessuna volontà quindi di intralciare riforme che vanno a favorire i cittadini - conclude il presidente CAO- ma non si può negare che le nuove procedure costituiscono una ulteriore complessità che va a pesare sui libero professionisti che già vivono un momento di crisi a causa della consistente riduzione della domanda di assistenza sanitaria derivante dal persistere della crisi economica".

Sifo, solo 3 ospedali su 21 al sicuro da furti farmaci

Solo tre farmacie ospedaliere, su 21 esaminate, sono sicure. Altre 12 hanno lacune che andrebbero colmate e 6 sono totalmente inadeguate dal punto di vista della sicurezza. E' quanto emerge da un'indagine realizzata dall'area logistica e innovazione della Sifo (Società italiana farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali) per il progetto 'Padlock', avviato nei primi mesi del 2014, per mettere un freno al fenomeno dei furti di farmaci, promuovere la prevenzione del fenomeno e la messa in sicurezza delle farmacie ospedaliere. I farmaci più rubati sono gli antitumorali, sottratti in 52 casi tra il 2006 e il maggio 2014 per un valore complessivo che sfiora gli 11 milioni di euro. Al secondo posto, tra i medicinali più rubati negli anni considerati, ci sono gli antireumatici (una quindicina di casi per oltre 3 milioni di euro) e gli immunosoppressivi (oltre una dozzina di casi per oltre 8 milioni). A seguire, sono stati presi di mira anche i farmaci biologici, ematologici, ormonali, sedativi, psicofarmaci e neurologici.

Quale futuro per la professione del dentista: visione delirante o lungimiranza illuminata?

di **Giovanni Barbagallo**
presidente del Consorzio Professionisti del Sorriso

Approfitto questa volta dello spazio concesso dalla rivista Catania Medica, per condividere con i numerosi lettori alcune considerazioni sul futuro della nostra affascinante professione.

Premetto che tali riflessioni affondano le loro radici dentro uno scenario ampio circa 15 anni e che quindi non potrò raccontare, per ragioni temporali, (ma anche perché non amo la retrospezione nostalgica), del periodo in cui i Dentisti poteva considerarsi, senza che questo potesse trovare smentita, una categoria benestante.

Oggi se esercitiamo tale professione, e aspiriamo a ricavarne le attese gratificazioni, bisogna possedere capacità che vadano oltre quelle di bravo clinico e di medico paternalista.

E' necessario possedere una conoscenza ampia, che spazi dalla clinica alla psicologia; dall'informatica al marketing, dalla tecnica chirurgica innovativa alle buone prassi della prevenzione, e per far si che un paziente scelga di farsi curare da noi non basta una visita accompagnata da un relativo preventivo di spesa.

Se quindi la condizione di lavoro nei nostri studi non ci soddisfa più come una volta, bisogna domandarsi come mai, nell'arco di tre lustri si sono verificati tutti questi cambiamenti, che cosa hanno generato e come influenzeranno negli anni a venire, la nostra professione .

La risposta non è delle più semplici……

In primo luogo sono cambiate LE REGOLE.

- La liberalizzazione delle forme di pubblicità, introdotta con la Legge Bersani, ha permesso a tutti di potersi presentare all'attenzione del cittadino-paziente non solo attraverso la targa affissa sul portone dello studio, come era uso una volta, ma con tutti i mezzi antichi e moderni di comunicazione che fino a poco tempo fa erano appannaggio delle sole promozioni di tipo commerciale.
- La libera circolazione dei cittadini ha allargato i confini, consentendo di esercitare la professione di Odontoiatra anche al di fuori del proprio Paese d'origine.
- I continui ricorsi alla regolamentazione degli accessi al Corso di Laurea hanno consentito di aumentare a dismisura quella che una volta era considerata già una pletora odontoiatrica.
- In questo panorama inseriamo anche per l'Italia, così come già era costume in altri Paesi, la nascita delle catene e dei franchising, vere e proprie società commerciali che ragionano in termini di profittabilità di una attività, ed investono ingenti quote nella pubblicità, ed identificandosi con un marchio piuttosto che con una figura professionale.

Questo primo "blocco" di cambiamenti ha già di per sé generato un aumento della concorrenza che, vedremo più avanti, non è da interpretare come una nota negativa, ed ha permesso al cittadino-paziente di potere accedere ad una considerevole quantità di informazioni che lo ha reso più consapevole della propria capacità di scelta.

In sintesi è cambiato il modo in cui le persone scelgono da chi farsi curare.

Il lato negativo di quest' ultimo aspetto è che assieme alla buona informazione, il paziente ha accesso, senza filtri, anche alla cattiva informazione e alla disinformazione.

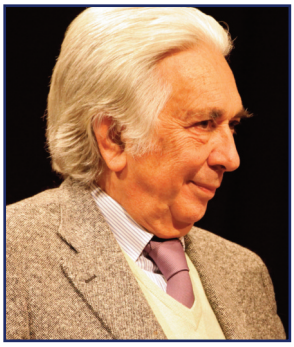
Ma questo non è tutto !!.
Esiste in stretto legame con il primo "blocco", un secondo "blocco" di cambiamenti.

- Le innovazioni della tecnica, ed i progressi tecnologici presenti in tutti gli aspetti dell'Odontoiatria, hanno reso la nostra professione, già considerata in passato una specialità, una sorta di agglomerato di ultraspecialità tanto che per potere svolgere al top delle moderne aspettative, tutte le branche dell'Odontoiatria, non sarebbe sufficiente il genio di Leonardo Da Vinci.
- La percezione del paziente di poter scegliere tra diverse alternative lo porta a non accettare più passivamente ciò che gli viene proposto al primo consulto, ma lo porta, in virtù degli aumentati stimoli esterni che riceve, a ricercare diversi pareri .

Pertanto la qualità che noi ci proponiamo di offrire deve essere percepibile ancora prima che il paziente si conceda alle nostre cure.
Se il paziente non percepisce questo valore avrà un solo parametro di scelta : IL PREZZO
Se in più siamo noi stessi come categoria ad elevare a parametro unico di scelta, il prezzo della nostra prestazione, il gioco è fatto. Si tratta di un vero e proprio SUICIDIO !!!.
Questo accade perché un Dentista libero professionista che svolge una prestazione di carattere intellettuale non potrà mai modificare al ribasso i propri costi di esercizio, mantenendo immutata la qualità della propria prestazione, per un lungo lasso di tempo. Non può ottenere ulteriori vantaggi da una ipotetica riduzione del personale in quanto la media dei dipendenti di uno studio odontoiatrico classico, non supera le 3-5 unità (escluso gli operatori sanitari).
Il valore della prestazione deriva per massima parte dalla sua opera intellettuale e pertanto non è passibile di restrizioni e tagli che non si ripercuotano sulla qualità.
Ecco perché lo scenario attuale mi porta ad una serie di conclusioni più o meno condivisibili ma fortemente radicate nella mia immaginazione, che vi riporto.

1. Lo studio dentistico monoprofessionale che non si avvalga perlomeno di una equipe di collaboratori in grado di fornire tutti i servizi di alta qualità che il paziente può legittimamente richiedere, rappresenterà in futuro l'eccezione, tra le diverse modalità di studio odontoiatrico;
2. Cercare di richiamare l'attenzione dei pazienti adoperando tutti i canali di informazione oggi a disposizione, è INDISPENSABILE. Ma presentarsi come professionista o struttura low cost è un SUICIDIO;
3. Giusto acquisire una propria IDENTITA' DISTINTIVA che venga percepita dal cittadino-paziente (non cliente !!);
4. Aggregarsi in strutture dotate di una impeccabile capacità organizzativa, con risorse umane adeguate, nonché di tutti i più moderni ausili tecnologici per esercitare al meglio la professione di Odontoiatra: il tutto per dare una chiara impressione fisica della propria professionalità;
5. Mettere insieme, il top dei progressi tecnologici con il top delle doti umanistiche che facciano sentire il paziente come un individuo unico, al centro di tutti i nostri comportamenti, considerando il profitto della nostra attività professionale non come il fine, ma come il mezzo attraverso il quale potremmo fornire sempre migliori servizi .

Credo infine oggi l'Odontoiatra possa commettere un solo errore più grave di quello di rimanere impassibile ai cambiamenti; interpretare ed affrontare i cambiamenti nel modo sbagliato.
Sarebbe un errore non solo per se stesso ma per tutta la categoria.
La libera concorrenza non ha mai preoccupato il professionista capace; tutto al più ha fornito i giusti stimoli per migliorare la qualità dei servizi offerti.
In questa ottica i cambiamenti di carattere sociale vanno interpretati, ma soprattutto vanno distinti da quelle che si vogliono far passare come verità apodittiche, capaci invece di generare solo comportamenti deviati in grado di ledere l'immagine della categoria.



Casa Santella anche al Policlinico

di **Angelo Torrisi**

La solidarietà espressa dal privato può acquisire la valenza di una vera e propria sussidiarità,ovverossia di integrazione o di alternativa a quel che compete alle istituzioni pubbliche : e essa acquisisce particolari meriti allorché raggiunge livelli particolarmente alti e tali da esprimere una vera e propria eccellenza. A Catania,in proposito, c'è un caso eclatante: quello della Foncanesa che fondata trent'anni addietro dalla famiglia Massimino per fare rivivere, nel ricordo, la figlia Santella prematuramente scomparsa ,continua a andare assai oltre il fine istituzionale che è quello favorire la ricerca nell'ambito della Ematologia in generale e delle forme leucemiche attraverso annuali borse di studio che consentono a giovani ricercatori catanesi di affinare talune conoscenze metologiche e di sviluppare nuovi filoni di riocerca:sin dai primi anni della sua istituzione,e cioè da trent'anni, la Fondazione medesima opera incessantemente ampliando il raggio della sua febbrile attività attraverso tutta una serie di atti ispirati alla solidarietà concreta. E a far fede di tale impegno e dedizione è la creazione,nel 1999, in via Salvatore Citelli di due punti d'accoglienza ("Case Santella")che ubicate in prossimità dell'Istituto ospedaliero - universitario di Ematologia hanno il compito di dare alloggio i parenti di ammalati ricoverati nella medesima Ematologia e, in casi di necessità, anche per quelli di altri reparti del Ferrarotto: evitando in tal modo faticosi viaggi dalle proprie città di provenienza e fornendo così, a livello psichico, quella forma di positività indispensabile agli ammalati e ai loro congiunti. In un convegno ("Sussidiarità e solidarietà: Casa Santella quale esempio di eccellenza") organizzato dalla stessa Fondazione e svoltosi nell'affollatissima aula magna dell'università con la partecipazione di alte autorità , la stessa Rosalba Massimino che della Fondazione è attivissima presidente ha non solo tracciato il consuntiv o di tale forma di solidarietà sottolineando l'alto tasso di presenze da tutta L'Isola che sono di per sé estremamente eloquenti circa la loro validità sociale: al primo posto Siracusa con 7676 presenze cui seguono Ragusa (7450), Caltanissetta (6186), Agrigento (4683), Enna (3736), Catania (2215), Messina (1064), Palermo (751). Ma al centro dello stesso convegno(moderatore il medico giornalista Nuccio Sciacca) è stata la notizia ufficiale di un ulteriore passo avanti volto a ampliare tale tipo d'accoglienza specie in vista del trasferimento dell'ematologia al Policlinico: la Fondazione medesima si è assunto l'incarico di strutturare e edificare un immobile ubicato in un'area del Policlinico e concesso dall'Università e dall'azienda ospedaliera :al fine di realizzare un numero totale di 15 posti letto con tutti i confort del caso e dedicati ai familiari e ai pazienti provenienti non solo dalla Ematologia ma anche da tutti qiei reparti che richiedono periodi prolungati di ricovero. L'atto di acquisto per il diritto di superficie è stato già firmato e presto i lavori saranno iniziati. "Tutto ciò - ha dichiarato la stessa Rosalba Massimino - può avvenire grazie alla creazione e all'ausilio di una fitta retye di contatti, relazioni, e rapporti di collaborazione che la Fondazione mette continuamente in atto attraverso relazioni e rapporti di collaborazionecui fanno riscontro anche diversi canali per la raccolta fondi ". Per il dott. Antonio Pogliese l'implementazione della rete delle case d'accoglienza della Foncanesa rappresenta la piena conferma della concretezza di un progetto di so-

lidarietà di vasta portata sociale che iniziato e portato avanti negli anni va additato e imitato in ispecie da quelle associazioni che possiedono più la cultura del dire che quella del fare giacché esso con la sua eccellenza e la sua formula è diventato patrimonio della Sicilia.Tra i relatori (dopo i saluti del direttore sanitario del Policlinico dott. Antonio Lazzara e quelli dell'assessore della Solidarietà Villari (quest'ultimo ha sottolineato la piena adesione dell'amministrazione comunale al progetto Foncanesa), il prof. Michele Alì e i professori Rosario Giustolisi e Francesco Di Raimondo hanno posto l'accento, rispettivamente, la filantropia e la sussidiarità della Fondazione medesima, nonché la drammaticità della malattia neoplastica nell'ambito familiare cui fa riscontro purtroppo la insufficienza delle strutture di Ematologia a Catania.Molteplici, infine le testimonianze riguardali Casa Santella.

Cannizzaro, il direttore Pellicanò: nuovi spazi in Pronto Soccorso

Qualità dei servizi all'esame del Comitato Consultivo. L'azienda presenta il piano di miglioramento

La qualità dei servizi dell'ospedale Cannizzaro approda all'attenzione del Comitato Consultivo Aziendale, che nel corso dell'ultima riunione ha ascoltato il direttore generale Angelo Pellicanò e preso in esame la bozza di Piano di miglioramento elaborata dall'Azienda.

Come ha spiegato il presidente Francesco Tanasi, «il Comitato intende svolgere a pieno il suo compito contribuendo ad individuare le criticità dell'Azienda e suggerire proposte al management, nell'interesse del paziente che è al centro del sistema». Per questo il CCA, che comprende associazioni di volontariato e di rappresentanza degli utenti e degli operatori, ha creato delle commissioni di lavoro per varie aree e ha preso in esame la bozza di Piano di miglioramento, illustrata dal dott. Umberto Privitera, in merito alla quale fornire indicazioni per eventuali integrazioni.

Su quanto realizzato finora e quanto in programma, nel corso dell'incontro è intervenuto il direttore generale: «Sin dall'inizio dell'insediamento – ha detto il dott. Pellicanò – abbiamo affrontato le varie criticità, che contribuivano a una percezione negativa dell'ospedale. Nel rispetto dei tempi dell'amministrazione, abbiamo operato alcuni interventi già visibili e altri ancora in corso, a partire dal Pronto Soccorso. Qui è stato innanzitutto innalzato il livello di sicurezza grazie al servizio di vigilanza. A breve, inoltre, la situazione logistica potrà notevolmente migliorare grazie all'apertura della nuova terapia intensiva: questa infatti libererà ulteriore spazio in cui allocare i pazienti in Osservazione Breve, che al momento sostano nei locali contigui al PS vero e proprio. Ne beneficeranno pazienti e operatori – ha concluso il direttore generale – e in definitiva si innalzerà la qualità dell'assistenza».

Lo stesso Pellicanò e il direttore sanitario Salvatore Giuffrida hanno infine risposto ad alcuni quesiti posti dai componenti del Comitato Consultivo, che hanno espresso apprezzamento per la disponibilità e l'impegno dei vertici dell'Azienda.

PMA a KM 0: il ruolo del "medico di fiducia"

Gli esperti riuniti a Catania stilano un decalogo sul ruolo del medico territoriale

Solo il 3,7% delle coppie infertili si rivolge al Centro di PMA inviato dal proprio Medico di Medicina Generale (MMG); il 18,6% ci arriva grazie al ginecologo o all'andrologo. Internet e TV assumono un ruolo fondamentale, che si attesta al 30%, mentre è il passaparola l'elemento che pesa maggiormente nell'orientare la coppia verso il Centro, con una percentuale pari al 37,6% dei pazienti.
Questi i dati emersi dall'indagine effettuata su 990 coppie afferite al Centro di PMA UMR di Catania nel 2014, raccolti dall'Unità di Medicina della Riproduzione di Catania e da Hera Associazione O.N.L.U.S, e presentati nel corso del Congresso "Il Centro di Medicina della Riproduzione e l'integrazione nel sistema sanitario territoriale" appena conclusosi a Catania. Dati che dimostrano come il ruolo del medico territoriale sia ancora ai margini del percorso di PMA, quando invece le coppie chiedono maggiori informazioni e un supporto continuativo al proprio MMG, consultoriale o ginecologo di fiducia. Un quarto della popolazione, infatti, cercherebbe consigli sulla fertilità/sterilità dal Medico di Medicina Primaria; una coppia su sei, inoltre, vive un'esperienza di difficoltà a concepire un bambino e cerca supporto in determinati momenti della vita.
Sulla base di questi presupposti, il Congresso ha visto schierati Medici di Medicina Generale, medici consultoriali, ginecologi ospedalieri e universitari insieme con gli specialisti dei Centri di PMA nel definire un modello organizzativo territoriale che sia di supporto alle coppie e possa ottimizzare le tempistiche e le modalità di diagnosi e trattamento dell'infertilità. Un'organizzazione territoriale funzionale limiterebbe la mobilità interregionale delle coppie, dando vita a un protocollo di PMA a Km 0 che ottimizzerebbe costi e tempi per i pazienti.
"Il medico di medicina primaria – sottolinea il Dottor Antonino Guglielmino, Presidente del Congresso e Direttore dell'Istituto di Medicine e Biologia della Riproduzione UMR/HERA – è una figura fondamentale nell'orientare e sostenere la coppia infertile. I pazienti, infatti, nella maggior parte dei casi arrivano ai centri di PMA disorientati, privi di esami o con un numero eccessivo di indagini inutili, senza diagnosi e, soprattutto, in ritardo rispetto all'età della donna. C'è bisogno di un medico di riferimento sul territorio che migliori il rapporto tra la coppia infertile e il Centro PMA, fornendo supporto e consulenza durante l'intero percorso diagnostico-terapeutico. Ciò consentirebbe di effettuare diagnosi e cure tempestive,

Gugliemino e Flamigni

risparmiando tempo prezioso".
Gli esperti riuniti a Catania hanno stilato un decalogo per definire il ruolo del medico primario nella gestione della coppia infertile: principi condivisi alla base delle prossime Linee Guida per un modello organizzativo territoriale prodotte dalle Società Scientifiche e dagli Ordini Professionali di riferimento.

IL DECALOGO SUL RUOLO DEL MEDICO TERRITORIALE

1. Informare la donna sull'importanza del 'fattore età', sottolineando che la fertilità ha una "scadenza"
2. Intervenire sui casi di obesità o sul sottopeso, potenziali cause di infertilità
3. Ricordare ai propri pazienti la buona abitudine di effettuare periodicamente PAP – test e visita ginecologica per le donne, visita andrologica per gli uomini
4. Informare sull'importanza di uno stile di vita corretto per preservare la propria fertilità
5. Segnalare irsutismo e acne come segnali di anovulazione
6. Dopo un anno di rapporti non protetti, quando la donna ha meno di 35 anni, prescrivere indagini su: riserva ovarica e dosaggi ormonali alle donne; analisi del liquido seminale agli uomini.
7. Inviare immediatamente le coppie allo specialista quando l'età della donna è maggiore di 35 anni e si cerca un figlio da un anno
8. In caso di infertilità inspiegata, non somministrare farmaci orali di stimolazione ovarica
9. Proporre immediatamente ai pazienti oncologici di preservare la propria fertilità prima di affrontare le terapie antitumorali
10. Preparare una scheda riepilogativa di anamnesi con esami/analisi effettuati e storia 'riproduttiva' della coppia.

Sanità in Sicilia: Cittadinanzattiva presenta servizio di tutela del paziente

Quattro sportelli di assistenza già attivi a Palermo, Catania, Messina e Caltanissetta

E' stato illustrato a Palermo, durante la presentazione del forum sull'inclusione sociale "Disabil@bile", il servizio PIT - Progetto Integrato di Tutela. Realizzato da Cittadinanzattiva Sicilia con lo scopo di informare il cittadino malato sui percorsi di cura e assistenza, il servizio si articola in quattro sportelli già attivi a Palermo, Catania, Messina e Caltanissetta. Essi si occupano di orientare il malato e i suoi familiari per il raggiungimento delle cure più adeguate, garantendo la conoscenza dei percorsi di salute e benessere in ambito sanitario e sociale. Gli sportelli sul territorio sono un luogo di ascolto attivo e di diffusione delle buone pratiche in sanità, della presentazione puntuale dei dispositivi e dei servizi, della loro allocazione, delle procedure per ottenere prestazioni, effettuare analisi, fruire delle opportunità previste per le fasce protette dei pazienti e per l'area della fragilità. Ma anche un'opportunità per istituire un confronto tra le organizzazioni dei cittadini, gli operatori dei servizi e le istituzioni deputate all'organizzazione del sistema. Il Pit salute di Cittadinanzattiva intende offrire anche un servizio di assistenza psicologica al malato e i suoi familiari, in particolare rispetto a due tipologie di cancro: la leucemia mieloide cronica e il melanoma metastatico. Il servizio di assistenza abbraccia anche altri ambiti della vita sociale, come scuola, trasporti, poste e telecomunicazioni, energia (acqua, luce e gas), servizi finanziari, assicurativi e amministrativi. A fronte della raccolta di segnalazioni civiche, il PIT effettua analisi comparate ed elabora la casistica a livello centrale, producendo dati strutturati sulla qualità dei servizi di salute, di pubblica utilità e della pubblica amministrazione, che vengono pubblicati annualmente all'interno del Rapporto PIT. Nell'ambito dell'offerta sanitaria, il rapporto rappresenta un termometro preciso su questioni specifiche come accessibilità, qualità, sicurezza, trasparenza e conflittualità. Ciò che distingue questo rapporto da altre ricerche o indagini è il legame con il punto di vista dei cittadini utenti e con le politiche volte ad assicurare il riconoscimento e la protezione dei loro diritti. Il servizio PIT, totalmente gratuito per i pazienti e i loro familiari, viene offerto presso le seguenti strutture: Palermo, c/o Ospedale Arnas Civico; Messina, Via Cavalieri della Stella n.41; Catania, Via Coviello 15/A; Caltanissetta, c/o Ospedale S. Elia.

Falsi miti e sostenibilità reali

di **Angelo Milazzo**
Pediatra di famiglia

In controcorrente, rispetto agli infiniti luoghi comuni e pregiudizi che disprezzano il nostro Sistema Sanitario, una Indagine Conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato ha raccolto una mole preziosa di dati, che fanno ben sperare nella sostenibilità della nostra Sanità e ne confermano la grande capacità produttiva, pur con dotazione di risorse miserrime, in confronto a tutti gli altri Paesi sviluppati. In Italia, da molti anni, le diverse coalizioni di governo non hanno inserito nella propria agenda politica il tema delle politiche sanitarie. In tutti i Paesi dell'EU-15 la crisi economica ha coinciso con il ridimensionamento verso il basso delle risorse finanziarie e professionali per la sanità. In Italia la spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, si attesta intorno al 9% del Pil, mentre in Germania e Francia, nonostante i ridimensionamenti, resta rispettivamente, all'11,3% ed all'11,6%. Tutti i dati dimostrano quindi che la spesa sanitaria italiana è già oggi sostenibile, in quanto superiore a tutti nei risultati raggiunti, ed è sensibilmente inferiore a quanto spendono i maggiori Paesi europei. Del resto le conclusioni internazionali della Commission on the Future of Health Care sono state inequivocabili: "Il sistema è sostenibile, quanto noi vogliamo che lo sia".

Finanziamenti e spese

Le misure correttive hanno determinato risultati eccezionali, riducendo la spesa sanitaria in termini assoluti dai 112,5 miliardi del 2010 ai circa 108 miliardi dell'anno 2013. Le Regioni hanno risparmiato più di quanto è stato a loro imposto dalle manovre governative. I risultati si sono però purtroppo tradotti molto di frequente in una preoccupante riduzione indiscriminata dell'offerta dei servizi, che non è stata coniugata ad una maggiore efficienza del sistema, e neanche a riduzione degli sprechi. Il contenimento della spesa sanitaria è ascrivibile principalmente alla riduzione dei costi del personale, in particolare nelle regioni in piano di rientro, per effetto del blocco del turn-over. Un'altra parte considerevole della riduzione è legata ai tagli alla spesa farmaceutica convenzionata e alla revisione delle tariffe e dei budget assegnati alle strutture convenzionate. Il nuovo Patto per la salute 2014-2016 non si discosta da un mero allineamento all'asfittica crescita dell'economia, prevista per gli anni fino al 2016. L'efficientamento dei fattori di spesa, come è stato rilevato anche a livello europeo, ha però determinato un impoverimento ed una rarefazione di medici ed infermieri, ma anche accentuato un deficit delle prestazioni extra-ospedaliere, quali l'assistenza territoriale, la prevenzione, la long term care. Queste situazioni hanno determinato "lacrime e sangue" tra i colleghi, ridotti spesso allo sfinimento ed al burn-out. Il delirio anti farmaceutico ha creato, soprattutto nel nostro territorio, una vera persecuzione contro i Medici di Famiglia, che si sono ritrovati persino "denunciati da anonimi" alla Corte dei Conti.
La contrazione della spesa pubblica, contrariamente ad altri Paesi, non è stata più compensata, negli ultimi

anni, da un aumento della spesa sanitaria privata. E' questa una condizione che ha colpito i colleghi liberoprofessionisti, e quindi anche la grande maggioranza degli odontoiatri.
Senza una ripresa delle politiche di sostegno ed investimento sulla salute, l'impegno degli operatori si svilisce, la fiducia nel sistema si affievolisce e la tutela della salute si riduce. Non si tratta di recuperare solo risorse economiche, ma anche tutti quei fattori produttivi che realmente garantiscono la salute: competenze, esperienze, professionalità, innovazione. Si tratta di riconoscere il tanto lavoro svolto,

con silenzio ed abnegazione, da moltissimi operatori del settore.
Le macchie scure del SSN hanno finora favorito un dibattito parziale e strumentale, pronto a mettere in discussione tutto il sistema, e non soltanto le macchie scure. L'atteggiamento di personaggi di governo finalizzato a scaricare solo sui medici la responsabilità di avvenimenti drammatici, nasconde solo il disperato tentativo di nascondere le responsabilità nettamente prevalenti, da attribuire alla mala-politica e alla mala-amministrazione.

Alcuni punti di forza

- L'Italia risulta ai primi posti nei confronti internazionali per la presa in carico a livello extra ospedaliero delle persone affette da patologie croniche. Risultiamo ai primissimi posti per la cura del diabete, dell'asma e delle broncopneumopatie cronico-ostruttive, con tendenza ad ulteriori forti riduzioni dei ricoveri, mentre Francia e Germania dimostrano una tendenza all'incremento.
- L'Italia ha una dotazione di posti letto ospedalieri che è quasi la metà di quella francese, ed è quasi un terzo di quella tedesca. Come fanno poi a meravigliarsi i media, quando poi i nostri ammalati aspettano giorni in barella, prima che si liberi un posto letto? Come fanno a dormire sonni tranquilli i decisori politici, che non decidono mai di riconvertire gli ospedali più desueti, per potenziare quindi gli ospedali più attrezzati e più produttivi?
- L'Organismo europeo OECD e la tessa Ragioneria dello Stato hanno attribuito all'invecchiamento della popolazione un incremento di solo lo 0,5% della spesa sanitaria totale. Gli anziani in Italia, più che in altri Paesi, rappresentano una miniera di competenze ed esperienze e sono il più grosso sostegno per le nuove generazioni, soprattutto per i bambini e i loro genitori. Ebbene, proprio il nostro Paese presenta tassi insuperabili di sopravvivenza e, soprattutto, negli anni di sopravvivenza, libera da patologie realmente invalidanti. Inoltre, l'Italia è uno dei pochi Paesi nei quali la disabilità fra gli anziani tende lentamente a ridursi. In buona sostanza, da noi si invecchia di più, ma si invecchia anche meglio.
- Le drammatiche problematiche del trasporto neonatale e dei percorsi nascita nella nostra Regione, non deve far dimenticare che l'Italia registra una mortalità infantile del 2,9 per mille, nettamente inferiore a quella tedesca (3,3 per mille), a quella francese (3,6 per mille), a quella del Regno Unito (4,3 per mille). Inoltre resta praticamente l'unico Paese nel quale i Pediatri sono equiparati ai Medici di Famiglia, capillarizzati sul territorio, di libera scelta, e di libero accesso.
- Anche la Sanità rimane vittima della burocrazia lenta, caotica, spesso ottusa ma, nonostante ciò, rappresenta l'unico settore pubblico riconosciuto ai primissimi posti nel mondo per outcome e professionalità. E' indubbiamente uno dei settori più informatizzati della pubblica amministrazione, nonchè uno dei pochi che non rifiuta un "Piano nazionale esiti", e promuove un progetto nazionale di Health Technology Assessment

Anche in altri Paesi sono stati applicati blocchi o addirittura riduzioni degli stipendi. Ma soltanto in Italia il sistema sta reggendo ad un blocco esiziale del turn-over degli operatori. I medici resistono, anche se sempre più invecchiati e sempre più stanchi, a dotazioni assolutamente insufficienti, persino nei servizi di emergenza-urgenza, terapia intensiva e subintensiva, centri trapianti, e in altri "fronti di battaglia".

Laudato sì...

Come medici, penso che sarebbe impossibile avventurarci in considerazioni teologiche ed ideologiche sull'ultima Enciclica "ecologica" del Pontefice. Questo tipo di considerazioni potrebbero provocare infinite polemiche ed incomprensioni tra credenti, non credenti, credenti di altre religioni. Però alcune umilissime riflessioni si potrebbero fare, quanto meno sulla concordanza con i doveri deontologici e le conoscenze scientifiche e biologiche che guidano la nostra attività.

Una riflessione come laici e come medici

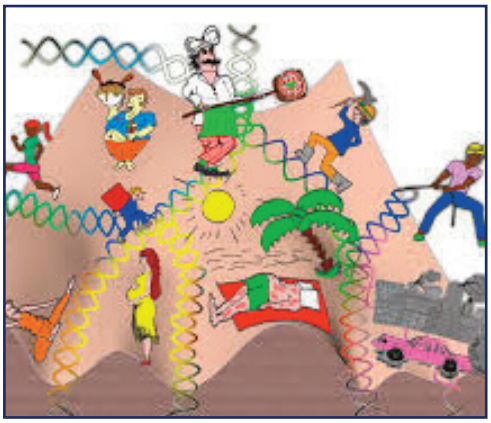
Sicuramente alcune affermazioni del Pontefice stupiscono per la loro oggettività e per la loro praticità. La capacità di adattamento dell'essere umano rappresenta la base del progresso della specie. Sembra riferita anche a tanti medici l'affermazione: "*è ammirevole la creatività e la generosità di persone e gruppi che sono capaci di ribaltare i limiti dell'ambiente, imparando ad orientare la loro esistenza in mezzo al disordine ed alla precarietà*". Estremamente pratica la considerazione che uno sviluppo autentico presuppone un miglioramento nella qualità della vita umana: spazi pubblici, abitazioni, trasporti, ecc. Coincide perfettamente con la nostra quotidiana attività la necessità di fronteggiare "*un certo intorpidimento e una spensierata irresponsabilità*" nel modificare stili di vita errati, nocivi per l'individuo che abbiamo in cura, ma anche per tutta la collettività. Riconosciamo nelle parole del Papa la nostra attività quotidiana contro una logica puramente consumistica, anche nei riguardi di prestazioni mediche, la logica autolesionista dell' "usa e getta". Ormai una parte del nostro tempo la dobbiamo dedicare a fronteggiare quelli che definisco i tentativi di "saccheggio" delle prestazioni sanitari, da parte di cittadini incoscienti, che si rifiutano di capire che le prestazioni non appropriate costituiscono non soltanto uno spreco, ma un autentico rischio per la salute. Da tempo, esistono anche nostre organizzazioni e nostre società scientifiche che si dedicano specificamente ai problemi ambientali, dell'epigenetica, alla "slow

medicine", seguendo il principio che "non sempre fare di più, significa fare meglio". Concordiamo quindi perfettamente sull'importanza di "*percorsi di educazione ambientale, capaci di incidere su gesti e abitudini quotidiane*".

Biologia ed epigenetica

La cultura biologica del novecento è stata dominata dalla prevalenza di una visione "genocentrica" degli organismi viventi, basata sul determinismo da parte del DNA. La possibilità dei cambiamenti era ritenuta essere legata a "mutazioni casuali". Si pensava cha la semplice selezione naturale si incaricasse di far sopravvivere gli organismi più resistenti. L'ambiente veniva percepito come qualcosa di avverso all'individuo, capace di eliminare l'individuo non geneticamente adeguato. Solo i più geneticamente adatti erano ritenuti essere in grado di vincere la sfida ambientale.

In realtà, la natura si è rilevata molto più complessa di quanto si credeva. Gli organismi viventi agiscono attivamente sull'ambiente, lo modificano, costruiscono la loro nicchia ecologica. Ma non esiste solo l'interazione del singolo individuo con la sua nicchia, ma anche l'interazione tra tutti gli organismi, dai batteri agli animali più evoluti, che cooperano a realizzare la nicchia ecologica in cui vivono. Viene trasmesso quindi un ambiente modificato non solo dagli stessi progenitori, ma da tutti i viventi che condividono la stessa nicchia, un'eredità quindi che viene trasmessa da molti a molti, entro e tra le differenti specie, animali e vegetali.



Oggi sappiamo che gli organismi modificano le loro informazioni genetiche, mediante le modificazioni epigenetiche, durante la loro vita, in base a quanto richiesto dal contesto ambientale. Tale contesto, nel nostro caso, è determinato in massima parte dalle modificazioni che noi stessi e gli altri esseri umani imponiamo all'ambiente. Queste modifiche possono essere trasmesse, almeno in parte, alle generazioni successive. C'è quindi una trasmissione non solo genetica, ma anche *epigenetica* ed "ecologica".

Non esiste quindi solo la competizione, ma anche la cooperazione, l'interazione tra tutti i viventi che vivono adesso, ma anche con quelli che ci hanno preceduto e che ci seguiranno.

Ad esempio, appaiono sconvolgenti le più recenti acquisizioni dell'interazione tra noi ed il nostro *microbiota*. Le cellule batteriche che ospitiamo nel nostro organismo sovrastano di gran lunga le nostre stesse cellule, e convivono con queste in perfetta simbiosi. Praticamente, ormai in tutte le patologie si stanno scoprendo alterazioni del nostro *microbiota*, e di tutti i microrganismi con cui condividiamo il nostro stesso corpo.

Tra l'essere umano e tutto il resto della natura si realizza quindi un continuo flusso di informazioni, che non può non ricordarci la definizione dell'Enciclica di una "Casa comune". *(A. M.)*

Rilancio della Società Siciliana di Chirurgia

di **Stefano Puleo** (presidente SSC)
e **Giovanni Li Destri** (segretario SSC)

Da poco più di un anno si è insediato il nuovo Consiglio Direttivo dalla Società Siciliana di Chirurgia (SSC) il cui iniziale ed ambizioso obiettivo è stato quello di cercare, per quanto possibile, di rilanciare la società stessa facendo in modo che essa possa tornare ad essere la "casa comune dei chirurghi siciliani". Sapevamo fin dall'inizio, che il compito era certamente gravoso soprattutto per le previste difficoltà quali la disaffezione dei soci, la presenza di altre Società, certamente più organizzate e radicate nel territorio, e le problematiche economiche che, non ultime, rendono ulteriormente arduo questo obiettivo. Abbiamo accettato, tuttavia, di buon grado questo impegno con un iniziale e quasi giovanile entusiasmo dovuto soprattutto al legame che tutti noi abbiamo con questa Società di antico lustro il cui articolo 3 dello statuto recita che: "scopo della Società è di assicurare la collaborazione e la solidarietà tra i chirurghi siciliani e di favorire il loro aggiornamento professionale. "
In tale ottica la prima iniziativa, subito dopo l'insediamento, è stata quella di aggiornare il sito della società stessa, al quale Vi invitiamo a collegarvi (www.chirurgiasicilia.it). Pensiamo infatti che esso debba essere la vetrina della SSC e lo strumento interattivo principale attraverso il quale poter comunicare; la veste grafica è stata rivoluzionata ed abbiamo cercato di riempire le diverse e nuove sezioni di attuali ed attraenti contenuti. Tra queste ricordiamo la sezione dedicata agli editoriali, pubblicati su invito, che oltre al contributo mio e di Giovanni Li Destri, hanno previsto anche quelli di Giovanni Spinnato (vice-presidente di Palermo) e di Elio Calbo (vice-presidente di Messina); attendiamo a breve il prossimo contributo del prof. Giorgio Di Matteo, maestro della Chirurgia Italiana.
Nel sito potrete trovare inoltre altre due sezioni antitetiche per motivi anagrafici: una dedicata ai ritratti storici (curata dal prof. Maurizio Basile) ed una riservata ai giovani chirurghi specializzandi gestita dai consiglieri junior (dott.sse Giarrizzo e Cascio e dott. Arnone) che prevede sia contributi clinici che interviste su argomenti di interesse, con lo scopo di coinvolgere i giovani colleghi "in formazione" sia in una attività di ricerca e di aggiornamento che di scambio di opinioni ed

Gemellaggio tra Società Siciliana di Chirurgia
e Società Lombarda di Chirurgia (Catania, 23 maggio 2014)

informazioni (attività chirurgica, concorsi etc).
Il sito della Società fino a pochi mesi addietro, nonostante l'esiguità degli iscritti, contava circa 50 contatti giornalieri pertanto, sempre nell'ottica di voler dare lustro alla Società, il Consiglio Direttivo, pur in un generale clima di spending review, ha ritenuto di poter abolire la quota annuale per il 2015 (e speriamo anche per gli anni futuri) rendendo gratuita l'iscrizione alla società stessa che può essere facilmente formalizzata on-line accedendo al sito.
Inoltre, a prescindere dal sito, cerchiamo di tenere aggiornati soci e simpatizzanti sia tramite le news periodicamente inviate dal me che tramite FaceBook ("Chirurgia Sicilia Società Siciliana") che, oggi, conta oltre 350 amici.
Poiché riteniamo che l'attività di ricerca debba costituire un punto caratterizzante la Società stessa, abbiamo previsto una sezione ad essa dedicata, con la quale potete interagire, che attualmente prevede gli spunti di Alessandro Cappellani e Maria Di Vita (sull'utilità della colangio-RM), di Maurizio Carnazza (sull'ulcera duodenale perforata), di Vincenzo Fazio (sull'utilità della Neural Intraoperative Monitoring e della VAC nel trattamento delle ferite chirurgiche complicate) e di Giovanni Li Destri (sui desmoidi addominali). Le risposte di adesione a tali studi sono ancora esigue ma ci incoraggia il fatto che si sia reso disponibile per una ricerca un componente della Società Ligure di Chirurgia.
A tal proposito ricordiamo che, con piacere, ci siamo recentemente gemellati con la Società Lombarda di Chirurgia con l'allora Presidente Paolo Dionigi, recentemente sostituito nella carica dal messinese Giovanni Sgroi, con la quale è nostra intenzione approntare degli eventi in comune; presto faremo altrettanto con la Società Ligure di Chirurgia guidata dal prof. Corradino Campisi. Stiamo infine cercando di rivitalizzare i gemellaggi con la Società Triveneta di Chirurgia e la Società Catalana.
Per quanto riguarda gli eventi la Società Siciliana ha dato, fino ad oggi, non soltanto il patrocinio, ma anche un contributo ai meeting organizzati a Messina da Giuseppe Navarra ("la chirurgia del carcinoma del colon-retto e le sue metastasi"), a Catania da me e da Salvo Gruttadauria (capitolo italiano dell'HPBA) ed ancora a Catania da Matteo Cannizzaro ("aggiornamento sulla chirurgia tiroidea"). In prospettiva, nel luglio prossimo la SSC, nell'ambito di una società ("GBlaw": Global Bioethics and Law) che prevede la partecipazione congiunta di medici e giuristi, organizzerà una giornata di approfondimento su etica, trapianti e patologia oncologica avanzata ed infine, nel prossimo settembre, si terrà a Messina il 55° Congresso della SSC, grazie alla disponibilità di Elio Calbo e di Giuseppe Navarra, la cui iscrizione sarà gratuita per gli iscritti alla Società e che fin da adesso prevede la partecipazione attiva degli specializzandi a ciascuna delle tavole rotonde previste.
Di una cosa siamo certi: senza la partecipazione attiva dei chirurghi isolani la SSC sarà destinata a scomparire! Vi invitiamo pertanto ad accedere al portale e ad iscrivervi gratuitamente interagendo così con le sue attività o semplicemente esprimendo le vostre importanti suggestioni. L'iscrizione alla società per l'anno 2015 è gratuita!
Il Consiglio Direttivo tutto si sta impegnando in un rilancio della SSC, quanto meno per gettare le basi per un lavoro costruttivo del prossimo Consiglio Direttivo, ma siamo certi che senza l'aiuto di tutti Voi tale sforzo è destinato a soccombere e la sconfitta sarà certa; ma noi ... stiamo facendo il possibile per non perdere!

Il Consiglio Direttivo della S.S.C, è composto da:

Presidente: Stefano Puleo; Segretario: Giovanni Li Destri;Vice-Presidenti: Letterio Calbo (Messina), Giovanni Spinnato (Palermo); Past-President: Maurizio Basile (Messina), Pietro Leo (Palermo), Pietro Banna (Catania), Vincenzo Mandala (Palermo); Consiglieri: Gaspare Gulotta (Palermo), Gianni Pantuso (Palermo), Vincenzo Fazio (Palermo), Piero Tinè (Siracusa), Giuseppe Reina (Paterno), Maurizio Carnazza (Vittoria); Consiglieri Junior: Amy Giarrizzo (Catania), Roberta Cascio (Messina - Siracusa), Enrico Arnone (Palermo).

Alla squadra dell'Ordine dei Medici il XXI torneo delle professioni del calcio a 11.

Dopo un campionato lungo e difficile tra le squadre dei diversi Ordini Professionali della provincia di Catania, i Medici hanno sconfitto per 3-1 nell'ultima partita i Commercialisti, secondi a due punti che vincendo la partita avrebbero scavalcato gli stessi Medici e si sarebbero aggiudicato il Torneo. Proprio per questo e per il livello generale delle squadre, senz'altro superiore agli anni precedenti, è stato un torneo avvincente fino all'ultimo. Doppietta del cannoniere del torneo Brugaletta e gol di Papotto e i Medici dimostrano di essere nettamente i più forti.
Tutto questo deriva però da una vera e voluta programmazione da parte del Presidente dell'Ordine dei Medici Prof. Massimo Buscema che ha voluto rendere competitiva e "aperta" la partecipazione.
È stata affidata al collega ed ex giocatore della squadra Mauro Meli **(nella foto in alto)** la selezione di nuovi giovani colleghi e la riorganizzazione della squadra: insieme al preparatore atletico Gino Del Tevere ha dato continuità e sostanza al lavoro, con regolari allenamenti settimanali e amichevoli.
A valorizzare ulteriormente l' impegno sportivo, brillantemente coniugato all' attività professionale, si è aggiunto l'affetto e la vicinanza di tutti i componenti della squadra ad uno dei colleghi che si è sempre distinto in campo (secondo cannoniere del team con 10 reti) e fuori campo: Antongiulio Judica, lontano improvvisamente e forzatamente dai campi da qualche settimana, e atteso da tutta la squadra con tanta trepidazione!

Conclusa con successo la II edizione della "Convention Nazionale dei Medici Competenti"

Si è conclusa sabato 20 giugno, a Bergamo, la seconda edizione della Convention Nazionale dei Medici Competenti, il tradizionale appuntamento che chiama a raccolta i medici competenti di tutta Italia per discutere delle problematiche più attuali dell'attività professionale. Quest'anno il tema prescelto era: "Il medico occupazionale al tempo della crisi: strategie di cambiamento e miglioramento" e, per la prima volta, l'evento è stato organizzato da AProMel, la nuova sezione tematica della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, dedicata all'attività professionale dei medici del lavoro/medici competenti (il coordinatore nazionale della sezione tematica AproMel è il nostro collega Ernesto Ramistella, medico del lavoro della nostra città).

Come l'anno scorso, la manifestazione ha ottenuto il patrocinio FNOMCeO e ha coinvolto più di 150 partecipanti, provenienti da tutto il Paese.

L'appuntamento si contraddistingue per il taglio estremamente operativo e non formale, a cominciare dalla scelta dei temi di discussione che riguardano da vicino la quotidiana attività professionale dei medici competenti. Certamente la Convention non rappresenta un normale evento convegnistico ed è questo uno dei motivi dell'alto gradimento di cui gode. La formula, ormai sperimentata, prevede di suddividere tutti i medici competenti presenti in gruppi di lavoro, nell'ambito dei quali si possono condividere esperienze concrete, esprimere liberamente le proprie opinioni, avanzare idee e proposte operative etc. I coordinatori dei vari gruppi di lavoro, gli altri intervenuti e gli stessi moderatori che si sono avvicendati, nonché tutti i presenti all'evento, hanno contribuito a sviluppare un dibattito vivace e intenso, di elevato contenuto scientifico e professionale, come testimoniato dalla costante attenzione e partecipazione in tutti i momenti della manifestazione.

Il lavoro svolto quest'anno ha permesso di stabilire che l'origine di parte delle criticità che i medici competenti incontrano dipende dalla contraddizione tra l'inquadramento privatistico della loro attività professionale e la funzione pubblicistica assegnata dal Legislatore. Per quanto lo sforzo di tutti i medici competenti sia teso al costante miglioramento della qualità professionale, è stato messo in evidenza che solo una reale semplificazione e razionalizzazione legislativa sarà in grado di garantire a lavoratori e datori di lavoro una maggiore efficacia e appropriatezza del sistema della prevenzione occupazionale.

Infine, la tavola rotonda che ha concluso il convegno ha rappresentato un primo passo del percorso di apertura verso l'esterno (altri operatori di settore, istituzioni, forze politiche) che era stato individuato come obiettivo dalla Convention dello scorso anno.

Tutto sommato, quindi, un bilancio largamente positivo anche per la manifestazione di quest'anno.

Come accennato in conclusione dell'evento, all'iniziativa ne faranno seguito altre nel corso dell'anno ed è prevista una apposita sessione, dedicata all'attività professionale del medico occupazionale, nell'ambito del prossimo Congresso nazionale SIMLII che si terrà a Milano a fine anno.

L'appuntamento fisso, infine, è alla prossima Convention 2016, che sarà probabilmente tenuta in una località - questa volta - del meridione d'Italia.

La medicina centrata sul paziente: la relazione tra paziente e medico in ospedale

Il 24 aprile u.s. sono stati presentati, a cura dell'Assessorato Regionale Sanità nell'aula Salomone del Policlinico Universitario di Palermo, due documenti tra di loro collegati, di estrema importanza nella dinamica della vita operativa del medico, dell'infermiere e del paziente che si ricovera. Essi riguardano La Relazione tra paziente e medico e la Guida per il paziente che si ricovera in ospedale. I due documenti sono il frutto di un impegnativo lavoro svolto dal Comitato Regionale di Bioetica (Co.Re.B), presieduto dalla Dott.ssa Lucia Borsellino, Assessore Reg. Salute e costituito da esperti vari, scelti nell'ambito universitario, professionale, del volontariato e della cittadinanza. In particolare la relazione tra paziente e medico, reperibile sul sito Regione Sicilia, intende fornire un promemoria dei comportamenti che possono facilitare, oppure ostacolare la creazione di un rapporto positivo fra medici di ospedale e pazienti. Scriveva William Osler medico canadese, padre della medicina moderna che "la medicina è più della somma di conoscenze delle malattie. Medicina è farsi carico delle esperienze, dei sentimenti e delle interpretazioni di esseri umani in momenti di paura, ansia e incertezza". Quei momenti vive il paziente che si ricovera in ospedale e lì, al di là delle carenze strutturali, tecnologiche e disagi vari che gli operatori sanitari ed il paziente possono incontrare, egli vuole trovare sanitari che siano paterni nel compatire, sinceri nel consigliare, solerti nel curare, alieni dall'illudere, soavi nel preannunciare il mistero del dolore e della morte, che siano fermi nel rispetto alla vita, contro gli assalti dell'egoismo e dei perversi istinti (dalla preghiera del medico compilata da Pio XII.); significa anche non scambiare il nome di un paziente con il numero di un letto, che passando vicino al dolore di un malato ci si accorga di quanto sta soffrendo, è non dire la parola sbagliata nel momento sbagliato e, soprattutto, non fagli mancare gesti di attenzione richiesti da particolari casi di malattia o dal malato stesso. L'opuscolo "La Relazione tra paziente e medico in ospedale" comprensiva della "Guida per il paziente che si ricovera in ospedale", sono in corso di distribuzione in tutti gli ospedali della Regione. Questo momento di diffusione delle Guide non deve essere di mero adempimento burocratico, ma di impegno e di responsabilità condivisa con i cittadini, per operare insieme per un servizio sanitario migliore; auspicando, nell'occasione, che la lodevole iniziativa della Guida venga estesa alle rimanenti professioni sanitarie che quotidianamente intrattengono relazione con i pazienti, perché la stessa possa essere di

"mutua e reciproca collaborazione". Questa campagna per il Comitato consultivo dell'Asp richiama quella specifica denominata "abbiamo un sogno: che la medicina sia effettivamente centrata sul paziente", avviata il 18 aprile con la Giornata europea dei diritti del malato, nella consapevolezza che ai cittadini va riconosciuto e garantito il diritto alla umanizzazione delle cure, modalità essenziale per una efficace terapia. Una terapia infatti non resa umanizzata può non essere efficace. Quando la relazione medico-paziente è buona, essa può costituisce un valore, in quanto basata sulla fiducia reciproca e su un rapporto simmetrico che è quello del rispetto reciproco della dignità piena e totale. Questo aspetto va sempre tenuto presente, stante che nella storia del rapporto medico - paziente non sono mancati e tuttora non mancano momenti, in un certo senso, inquietanti, perché quella relazione spesso è diventata conflittiva a causa del ruolo principale di governo rivendicato ora dal medico, ora dal paziente sulla base del principio di autodeterminazione o per certe modalità di cura non sempre partecipate e condivise dal paziente. Questo, spesso, ha fatto venire meno la fiducia reciproca tra medico e paziente, dando luogo alla cultura della medicina difensiva, al sospetto, al contenzioso, allo scontro. Tutto questo è deleterio, perchè i cittadini, per quanto possibile, vogliono invece star bene con gli operatori sanitari, perché da loro scelti per costruire un sicuro e buon rapporto di fiducia. Occorre allora alimentare questa fiducia in modo da creare un rapporto di alleanza generosa e disinteressata. Gli strumenti non mancano ed uno dei tanti può essere la pratica di un buon consenso informato (quello davvero informato, come dice Cittadinanzattiva) tra medico e paziente che ridisegni, senza invasione di campo, i rispettivi ruoli e responsabilità. Esso può aiutare a costruire un buon rapporto con benefici effetti non solo di natura psicologica ma anche di efficacia delle cure. Altro strumento può essere quello dell'orgoglio del medico e della sua squadra comprensiva dell'infermiere, perché protagonisti e costruttori di salute non solo individuale ma anche sociale, anzi di rilevanza costituzionale; vedi l'art. 32 della Costituzione, dove la salute garantita è fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività; laddove fondamentale sta a significare che è il fondamento su cui tutti gli altri diritti poggiano, per cui, se non ci fosse questo diritto alla salute non ci sarebbe la possibilità di usufruire di tutti gli altri diritti. Aggiungendo poi l'art. 32, che è anche interesse della collettività, possiamo dire che non è cosa di poco conto. L'orgoglio ovviamente va coniugato con la competenza, lo studio, l'aggiornamento professionale e via discorrendo; diversamente l'orgoglio senza quelle qualità sarebbe solo presunzione. Infine, e non da ultimo specie per i casi di grave malattia, suggeriamo che, nella massima discrezione e rispetto delle idee del paziente, venga tenuto nel debito conto il richiamo alla speranza e alle sue componenti –religiose e spirituali – che possono rafforzare la dimensione clinica. Al riguardo va ricordato che il 92,8 % dei pazienti ha dichiarato di aver una qualche forma di fede religiosa, mentre più del 60% dichiara di pregare per gli altri pazienti. Questo può anche significare che la speranza, unitamente alla componente clinica, psicologica e sociale, sia determinante nel miglioramento complessivo dell'efficacia della cura e delle buone relazioni.

Avv. Luigi Anile
Presidente
Comitato Consultivo ASP

Il Progetto Agenas sulla Medicina Difensiva

Da sempre e per loro stessa intrinseca natura le attività umane hanno a che fare con la possibilità che si commetta un errore; evento questo con una connotazione sempre negativa ed a volte drammatica. In ambito sanitario l'errore assume, in primis per le conseguenze sulla salute e l'alto impatto emotivo ed etico, una valenza ulteriormente accentuata e sovente tale da distorcere la comprensione delle reali dinamiche e di alcuni aspetti del suo stesso significato e, conseguentemente, delle misure oggettivamente più appropriate per prevenirlo. Da tener sempre ben presente inoltre che gli errori non sono solo i pochi che macroscopicamente giungono alla ribalta, a volte non proprio disinteressata, dei media ma sono molto più numerosi comprendendo sia quelli che, fortunatamente, non danno luogo a danni ai pazienti sia quelli poco visibili indiretti e/o organizzativi che predispongono o inducono agli errori clinico assistenziali.

In altri termini l'errore anche in sanità è un evento concettualmente ineliminabile ed impone, quantomeno eticamente, che vengano sempre messe in atto tecniche corrette per la valutazione ed il monitoraggio del rischio che accada e interventi metodologicamente corretti per prevenirlo.

Un aspetto, quasi sempre sottovalutato ma di particolare rilevanza in questi tempi di grande scarsità di risorse, sono le conseguenze economiche degli errori; conseguenze sia dirette in termini di inefficienza e sprechi (alias inappropriatezza clinica e organizzativa per eccesso), sia indirette relative ad uso alternativo ed appropriato ai reali bisogni di quelle stesse risorse. Ciò vale in vario modo e misura per tutti: per il paziente, per i suoi parenti, per chi lo commette, per l'organizzazione in cui si verifica, e per la popolazione generale.

Il legame, non sempre evidente ma reale, tra errori e MD è che una prescrizione basata su MD è tecnicamente un errore in quanto non la si doveva fare oppure non è stata fatta ma la si doveva fare (è cioè inappropriata per eccesso o per difetto).

L'interesse, certamente non recente, per la MD deriva principalmente da questi concetti cui è da aggiungerne però un altro importante, fondamentale e diffuso: l'impatto a volte devastante ma sempre importante che la MD ha su moltissimi operatori sanitari (medici in primo luogo) ed in particolare sui loro comportamenti. 2

Nel determinismo generale della MD, insieme ad altri fattori, gioca un ruolo assolutamente cruciale e del tutto particolare la qualità delle informazioni di cui dispone chi, coscientemente o no, la mette in atto e chi, a livello istituzionale, gestionale e professionale, è tenuto a prenderla in considerazione. È infatti sulla qualità (spesso parziale e non esatta) delle informazioni (veridicità, completezza, accuratezza, tempistica, interpretabilità, fruibilità, ecc.) che scaturiscono i giudizi e le opinioni e da queste ovviamente i comportamenti che se non corretti danno luogo ad altri ulteriori errori mantenendo e potenziando il circolo vizioso della MD. Altri problematici aspetti direttamente correlati sono la scarsa o assente percezione di queste dinamiche da parte dagli operatori sanitari e sulle quali nel momento decisionale si inseriscono sia il "vissuto" cioè l'esperienza diretta e indiretta sia le componenti emozionali, quelle pseudo razionali e quelle mai semplici di contesto.

Su questa base si inseriscono inoltre, con andamenti solo in parte simili, anche le aspettative non sempre corrette dei pazienti (ad Esempio per i pazienti in una medicina spesso interpretata come miracolistica e il credere di aver sempre diritto a qualsiasi prestazione sanitaria anche inappropriata) e le emozioni, di per se ben poco razionali, legate ad un evento morboso o, per gli operatori sanitari, al lavorare in un contesto del tutto particolare come quello sanitario. È da questo complesso, poco evidente, interconnesso e dinamico insieme che scaturiscono le motivazioni principali della MD e delle aspettative dei pazienti.

A tutto questo si aggiunga trasversalmente la componente relazionale o meglio la qualità e l'efficacia vera del rapporto tra medico e paziente; è infatti questo che, molto più spesso di quanto si creda, funge da detonatore a controversie di varia natura ma è anche questo uno degli elementi più cruciali su cui si deve intervenire se si vuole veramente cercare di risolvere il problema della MD: informare realmente il paziente sui rischi connessi alle procedure cui viene sottoposto e in modo più ampio ma non meno importante condividere in modo non burocratico le scelte che lo riguardano (il modulo del consenso informato non è un mero, sterile e seccante atto burocratico ma l'attestazione che il paziente è stato correttamente informato ed ha realmente compreso il contenuto dell'informazione).

Conseguentemente e parallelamente a queste criticità di contesto e relazionali è andata sempre più diffondendosi la pratica della Medicina Difensiva (MD) quale istintivo, grossolano ed in realtà non efficace strumento di difesa da errori e/o dalle conseguenti,3 vere o presunte, accuse di averli commessi; il tutto sostanzialmente nella vana speranza di evitare eventuali conseguenze risarcitorie e giudiziarie.

L'equivoco o meglio l'errore di base che da origine ai comportamenti di MD è la intuitiva convinzione, in realtà opinione soggettiva perché non suffragata da reali evidenze oggettive, che tali comportamenti aumentino la propria sicurezza riducendo il rischio di essere coinvolti in procedimenti penali e/o risarcitori.

In realtà la vera, oggettiva e realistica prevenzione del rischio di commettere errori e di essere denunciati può derivare solo dalla messa in atto di sistematiche appropriate attività di prevenzione degli errori e da una corretta ed esaustiva comunicazione con i pazienti / parenti.

In altri termini la sicurezza degli operatori sanitari può (e deve) solo passare dalla sicurezza dei pazienti. Non si può cioè neppure immaginare di essere "al sicuro" senza che realmente lo siano prima i pazienti; in altri termini gli operatori sanitari corrono meno rischi solo se i pazienti corrono meno rischi; ogni altro approccio è pura, illogica e pericolosissima illazione emotiva. Concetti basilari ma non sempre conosciuti o veramente recepiti in termini di comportamenti.

Come tutti sanno, o dovrebbero sapere, la valutazione della rischiosità e l'aumento

della sicurezza dei pazienti utilizza da tempo una metodologia ben solida e precisa e non può essere (come fa la MD) limitata a semplici intuizioni o deduzioni dettate dal buon senso, dall'esperienza o dalle emozioni contingenti. Il problema a volte è che per gli operatori sanitari è spesso più facile adottare comportamenti di MD piuttosto che adottare sistematicamente corrette tecniche di valutazione e di riduzione del rischio (il reiterare il concetto di "corretto" è dovuto al fatto che non raramente vengono messe in atto tecniche che non lo sono o che sono avulse da altre azioni coerenti e sistemiche). Ciò avviene sovente per ignoranza (nel senso di non conoscere l'esistenza stessa di queste metodologie), per incapacità o pressapochismo. Spessissimo presente inoltre anche il deleterio atteggiamento di rimozione del problema ed il pensarci solo quando si è direttamente o indirettamente coinvolti. La responsabilità però non può e non deve essere a carico solo dei soli operatori sanitari che troppo spesso fungono anche da capri espiatori di responsabilità altrui ed in particolare di gravi inadempienze gestionali di sistema. Una vera e corretta gestione del rischio clinico non è infatti un'attività limitata al singolo operatore sanitario ma investe in modo sistemico e sistematico tutta la catena gestionale aziendale (responsabili di UO, risk manager, direzioni sanitarie, vertici aziendali) ma anche regionale per gli aspetti programmatori e di verifica; tutti costoro dovrebbero essere 4

realmente coinvolti nella ricerca delle cause profonde dell'errore finalizzate non alla ricerca dell'esempio da punire "esemplarmente" lasciando poi però le cose come erano ma nell'individuazione, a volte scomoda, di tutte le cause latenti per poi eliminarle definitivamente.

La sicurezza del tutto presunta e falsa data dalla pratica della MD dipende principalmente dal fatto che la sua messa in atto è solo apparentemente razionale e conseguenza di una sempre presente anche se non sempre cosciente componente emotiva alla base dei comportamenti difensivi. Di tale diffuso comportamento nel nostro paese si è parlato molto ma sovente più sulla base di emozioni contingenti e convinzioni soggettive dando spesso luogo a variegate opinioni non sempre suffragate da dati sufficientemente oggettivi, recenti, completi e quindi veritieri.

Uno dei problemi principali, peraltro non sempre correttamente percepito, è che spesso mancano o non sono recenti, completi e attendibili i dati in merito all'incidenza del fenomeno nel nostro specifico contesto sanitario nazionale, alle sue cause evidenti e profonde ed a tutte le sue conseguenze. Ciò ha delle ricadute importanti sulla percezione del fenomeno a livello di popolazione, sullo stesso versante istituzionale e su quello professionale contribuendo in tal modo ad aggravare l'entità e le conseguenze del fenomeno.

Storicamente il problema degli errori in ambito sanitario origina negli anni 70 negli USA ma è nel 2000 con il report "To err is human" dell'Istitute of Medicine – IOM che si focalizzava fortemente l'attenzione del mondo sanitario e della popolazione generale sulla sicurezza della Sanità. Negli Stati Uniti venivano infatti stimati da 44.000 a 98.000 i morti ogni anno a causa degli errori medici. Questi dati sono stati successivamente proiettati nella realtà italiana, commettendo un palese errore metodologico, e comunicati ai media senza tener conto del nostro specifico contesto ed in particolare delle profonde differenze culturali, organizzative e normative tra i due sistemi sanitari.

Nel nostro paese il risultato è stato di creare nella popolazione e negli stessi operatori sanitari opinioni sovente falsate e non oggettive in merito all'entità del fenomeno ed alla rischiosità delle strutture sanitarie; ciò ha contribuito all'ulteriore deterioramento del rapporto medico paziente e del clima lavorativo diffondendo sempre di più la MD ed aumentando, spesso paradossalmente, il rischio di errori. L'aumento costante e prevedibile del contenzioso medico legale tra pazienti / parenti e istituzioni / professionisti sanitari è una delle

conseguenze e uno degli indicatori più rappresentativi di questa condizione.5

Elemento cardine delle prestazioni sanitarie definite come difensive è la loro inappropriatezza cioè prestazioni erogate senza sufficienti evidenze scientifiche e quindi non dovute e non necessarie. Partendo dal concetto che una prestazione sanitaria non difensiva in genere dovrebbe essere appropriata, una azione / non azione sanitaria connotata come difensiva è da considerare inappropriata per eccesso o per difetto (o positiva / negativa). Da qui il concetto che la MD positiva (inappropriatezza per eccesso) rientra anche nel concetto di "spreco" mentre la MD negativa (inappropriatezza per difetto) non è uno spreco ma una prestazione "dovuta" in termini di evidenze scientifiche e quindi anche un costo dovuto. La sommatoria tra MD positiva (preponderante) e negativa (minoritaria) da l'impatto economico della MD in generale.

L'entità del problema anche in Italia è sicuramente rilevante; i dati oggettivi sono però scarsi, parziali e non recenti; la percezione, come detto, spesso distorta e con una diffusa, forte e condizionante componente emotiva tale da farne uno dei principali elementi "etiologici" di base della MD.

L'approccio per una corretta comprensione del problema e per una sua soluzione razionale e duratura non può quindi che essere sistemico e pertanto non può prescindere da una conoscenza più approfondita delle sue molte cause, delle loro complesse dinamiche ed interrelazioni e delle molteplici e gravi conseguenze.

Quando si verifica un grave evento avverso, le conseguenze possono coinvolgere tre tipi di vittime:

• prima vittima: è ovviamente il paziente e la famiglia coinvolta

• seconda vittima: è il personale sanitario coinvolto (in termini di vissuto e del conseguente cambiamento dei comportamenti professionali e non solo)

• terza vittima: è la stessa organizzazione sanitaria (in termini di ripercussioni negative sia sul personale, sia sull'organizzazione, sia di tipo economico); tale aspetto è, nonostante il verosimilmente notevole impatto sull'efficienza e sull'efficacia, molto poco conosciuto e quasi mai sinora è stato preso in adeguata considerazione e studiato.

Le conseguenze dei comportamenti difensivi possono essere di varia natura ma hanno quasi sempre una importante valenza emotiva e per questo sovente innescano una spirale negativa in termini di reattività, atteggiamenti clinici, organizzativi e gestionali: l'essere coinvolti in un vero o presunto grave evento avverso cambia, in genere negativamente, i comportamenti dei pazienti o dei loro familiari, degli operatori sanitari ed a volte anche delle stesse organizzazioni sanitarie. La natura e gli esiti di questi comportamenti non 6

sono sempre evidenti, spesso non sono tecnicamente corretti e sono solo apparentemente razionali; il tutto da luogo ad una pericolosa falsa sicurezza. Da notare che tali meccanismi e dinamiche sono sostanzialmente identiche a prescindere dalla reale colpevolezza di chi lo ha commesso ed impattano negativamente su tutta l'organizzazione ed il suo personale.

Conoscere le cause, le dinamiche ed il reale impatto del fenomeno ha quindi rilevanza cruciale nella scelta delle azioni migliori da mettere in atto per contrastare il problema.

L'obiettivo di questo studio "pilota" è pertanto di sperimentare e validare una metodologia di valutazione ed analisi del fenomeno MD al fine di mettere a disposizione delle istituzioni nazionali, regionali e aziendali lo strumento estendendo successivamente tale analisi e valutazione su tutto l'ambito nazionale e/o regionale. Il fine, oltre a quello di acquisire informazioni preliminari in merito all'incidenza della MD nelle nostre strutture sanitarie, è quello di definire con più precisione le sue

cause e le sue dinamiche per migliorare la tipologia e la gestione degli interventi finalizzati al suo contrasto.

Nella letteratura primaria internazionale sono disponibili innumerevoli e differenti tipologie di studi originali sul tema della medicina difensiva, tuttavia essi sembrerebbero basarsi su limitate evidenze e pertanto, allo stato attuale, non è possibile determinare da essa conclusioni diffusamente estensibili in generale e nel nostro paese sull'entità globale, tutte le reali cause e i costi del fenomeno.
Progetto e risultati:

Il Progetto "Medicina Difensiva: sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico", realizzato da Agenas con un finanziamento della Ricerca corrente del Ministero della salute, parte dalla ricerca di una corretta definizione di MD così come intesa dalla letteratura internazionale.

Sono stati quindi posti come riferimento di base dei Quesiti di ricerca coerenti con gli obiettivi del progetto e su questi è stata analizzata e sintetizzata tutta la relativa letteratura internazionale.

È stato quindi progettato e realizzato un Questionario allineato, anche per la confrontabilità dei dati, con detta letteratura.

Il questionario è stato somministrato con tecnologia web based e su base volontaria agli operatori sanitari di quattro Regioni (Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria); la numerosità del campione ottenuto è significativa per gli obiettivi e lo scopo del progetto (validazione del modello di valutazione della MD).7

Sono stati quindi elaborati i dati e costruito un report.

Gli obiettivi e gli output del Progetto sono stati raggiunti.

Il questionario, tarato sulla letteratura internazionale e composto da 71 items, è stato somministrato, previa sperimentazione, su base volontaria ed anonima in quattro regioni scelte per distribuzione geografica (Lombardia, Umbria, Marche e Sicilia) cui hanno risposto 1484 medici (60% ospedalieri, 20% ambulatoriali, 11% DEA/PS, 8% laboratorio e servizi tecnici) di 38 specialità.

Il 58% dei rispondenti ha dichiarato di aver esercitato attività di MD nell'ultimo anno. L'azione prevalente è stata la richiesta non necessaria di esami strumentali e di laboratorio (entrambi al 33%) e di visite specialistiche (16%). Il 6% di chi pratica MD riferisce di non fornire, per motivi difensivistici, cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio di complicanze, mentre il 4% riferisce per gli stessi motivi di evitare di assistere pazienti ad alto rischio di complicanze. Dell'intero campione il 93% ritiene che la MD è destinata ad aumentare.

Per quanto riguarda le cause il 31% del campione ritiene che la causa principale sia la legislazione sfavorevole al medico, il 28% il rischio di essere citato in giudizio, il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico paziente ed in particolare le eccessive pressioni e aspettative del paziente e dei familiari.

Interessante notare che il 25% dei medici che praticano la MD non ritiene di averne tratto giovamento e che il 69% lo ritiene un fattore limitante la propria professione.

Fa invece molto riflettere il dato che il 42% degli intervistati ritiene che la MD distragga dall'obiettivo primario della centralità del paziente e che il 19% ritiene che incrementi il rischio per gli assistiti e il 14% ritiene che invece le migliori perché (il 40%) il paziente crede di essere meglio curato.

Il 64% dei medici ritiene che aver assunto comportamenti di MD abbia ridotto il rischio di incorrere in procedimenti legali e il 34% che sia stato ininfluente e solo il 2% che abbia aumentato tale rischio.

Non sono state riscontrate differenze di opinione suddividendo le risposte per fasce di età.

L'86% dei medici che praticano MD ritiene che abbia aumentato i costi e il 14% che non ha influito.

Per quanto riguarda l'impatto economico la MD incide sui costi del SSN per il

10,5% circa per una cifra pari a 10 miliardi di €, cifra in linea con altre precedenti ricerche italiane. Tale cifra rappresenta la stima dei costi diretti sulla base della sovraprescrizione delle 8

varie tipologia di prestazioni dovute a MD (in ordine decrescente: farmaceutica, visite specialistiche, esami di laboratorio ed esami strumentali). A questi sono da aggiungere i costi indiretti della MD negativa (tempo del personale, aumento della lunghezza della degenza, aumento dei tempi delle liste di attesa, ecc.). Importante tener presente che ai fini del risparmio di risorse non è pensabile ritenere l'intera cifra di 10 miliardi di € come eliminabile in quanto la parte oggettivamente aggredibile con interventi efficaci è sicuramente molto minore e oggettivamente limitata a quelle prestazioni che hanno una evidenza scientifica forte e inconfutabile.

Secondo gli intervistati gli interventi organizzativi principali per controllare il fenomeno della MD sono: 47% riforma delle norme che disciplinano la responsabilità professionale, 19% maggiore interessamento da parte dell'opinione pubblica, 17% incentivi per le performance mediche positive, 14% maggior supporto da parte delle aziende. Gli interventi professionali ritenuti importanti sono: 17% aderenza alle evidenze scientifiche, aggiornamento, 16% migliore comunicazione con il paziente.

Come visto lo studio, pur non dando risultati assoluti, fornisce importanti informazioni per ampie riflessioni, per la conoscenza del problema e per individuare interventi mirati al suo contenimento. Molto utile sarebbe l'applicazione di questo strumento a tutto il territorio nazionale.

Ricerca Agenas per garantire innovazione 'sostenibile'

I 'Metodi per investimenti e disinvestimenti e pianificazione delle tecnologie sanitarie nelle regioni italiane' sono al centro del convegno che si tiene oggi nella sede dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) a Roma, per illustrare i risultati della ricerca finanziata dal ministero della Salute e coordinata dall'Agenas. Obiettivo della ricerca è "garantire l'accesso alle innovazioni tecnologiche, dismettendo nello stesso tempo quelle obsolete, attraverso un'attenta pianificazione che tenga conto della disponibilità delle risorse, dei bisogni della popolazione, delle innovazioni del Sistema sanitario e delle pratiche cliniche e organizzative locali", si legge in una nota.
"Il progetto risponde appieno all'attuale esigenza di appropriatezza del servizio sanitario, alla capacità del sistema sanitario di aprirsi a un'innovazione sostenibile - afferma il presidente di Agenas, Giuseppe Zuccatelli - che ha il coraggio di abbandonare tutto ciò che è inappropriato e inefficace per consentire qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, riduzione delle inefficienze legate al malfunzionamento, abbattimento delle liste d'attesa e dei costi di gestione complessivi".
"La ricerca evidenzia un nuovo approccio - sottolinea il direttore generale di Agenas, Francesco Bevere - che fornirà un prezioso supporto tecnico alle politiche programmatorie, affinché le scelte siano sempre guidate dalla qualità, dalla sicurezza, dall'efficienza, dall'efficacia. Il progetto dimostra, inoltre, che grazie al lavoro dei professionisti sanitari, attraverso il coinvolgimento e la condivisione dei risultati tra le Unità operative regionali, è possibile rinnovare l'intero sistema sanitario".

VENDESI ATTREZZATURE STUDIO DENTISTICO PER CESSATA ATTIVITÀ. LA VENDITA PUÒ ESSERE EFFETTUATA PER L'INTERO PACCHETTO PER UN TOTALE DI € 11400,00 OPPURE PER SINGOLA ARTICOLO, IN ENTRAMBI I CASI I PREZZI SONO TRATTABILI. RIVOLGERSI A ROSANNA DI MAURO CEL 392-7234742. IN DETTAGLIO:
N.1 RIUNITO ANTHOS CLASSE A4 N. MATRICOLA 71680425 COMPOSIZIONE BASE: 1 TAVOLETTA ASSISTENTE MOD. STANDARD/ 1 MOD. SIRINGA INOX 3 FUNZIONI; 1 MOD. MIDWEST A 4 VIE FIBBE OTTICHE; 1 MOD. M/M ELETTRICO CON MICROMOTORE MC2; 1 POLTRONA ANTHOS A 1.0 N. MATRICOLA 72211075; 1 LAMPADA MODELLO "E" APPLICATA AL RIUNITO: € 3.000,00

1 ASPIRAZIONE CHIRURGICA TURBO JET 2 C/CENTRALINA CATTANI € 600,00
1 SERIE MOBILI 4 MOD+SERVOMOBILE CON LAVELLO CON ELETTOVALVOLA ASTRA: € 600,00
1 CARRELLO SERVO MOBILE 3 RIPIANI CON CASSETTO: € 250,00
1 SEGGIOLINI ANTHOS S7: € 200,00
1 SEGGIOLINO € 100,00
1 TURBINA F.O.BORA BIEN AIR S36 AUTOCLAVABILE € 300,00
1 CONTR. BIEN AIR CA1132 ANELLO BLU AUTOCLAVABILE: € 300,00
1 LAMPADE FOTOPOLIMERIZZANTI (MECTRON) ESTERNE € 200,00
1 AUTOCLAVE EC400 + SIGILLATRICE EUROSEAL 2001: € 800,00
1 VIBRATORE PER AMALGAMA COPERNICUS: € 100,00
1 RADIOGRAFICO GENDEX DENS OMAT (+ GREMBIULE PROTEGGI RX) € 700,00
1 COMPRESSORE 2 CILINDRI C/ESSICCATORE CATTANI: € 750,00
1 MICROMOTORE DA LAB. SILFRADENT € 250,00
1 TAVOLO DA LABORATORIO TECNO MENSOLA SIRINGA
+ KIT ASPIRAZIONE ANELLO LIQUIDO/UMIDO: € 650,00
1 LUCIDATRICE: € 100,00
1 VASCHETTA ULTRASUONI EUROSONIC 4D: € 150,00
1 RILEVATORE APICALE ROOT ZX: € 350,00
1 MOTORE PER ENDODONZIA VDW SILVER RECIPROC + ACCESSORI: € 500,00
1 MANIPOLO PER IMPLANTOLOGIA NSK ER20I + MOTORE PER IMPLANT. SEM2 NOUVA:
€ 1.000,00
1 ABLATORE PIEZO QUATTRO: € 300,00
1 PENTAMIX 2: € 200,00

AGENZIA GENERALE
STRANO ASSICURAZIONI Via Teramo, 20 Catania Tel./Fax 095.376606

CARIGE ASSICURAZIONI
GRUPPO BANCA CARIGE

SERVIZI BANCARI

- c/c Personalizzato
- Prelievi Bancomat
preso tutte le banche - GRATUITI
- Bancomat - C. Credito - Utenze
- Collegamento on line - GRATUITI
- Soluzioni per Risparmio ed Investimenti
- Mutui
- Prestito al Consumo

SERVIZI ASSICURATIVI

Rateizzazione delle polizze assicurative
Prodotto assicurativo modulare
per Medici che comprende:
- Responsabilità civile professionale
- Garanzie a protezione degli infortuni
- Copertura assicurativa
per lo studio professionale del medico
Il tutto a condizioni di estremo interesse

PER SAPERNE DI PIU'

tel./fax 095.376606 email: age2311@carigeassicurazioni.net

"CURIAMO" I VOSTRI INTERESSI

Condizioni riservate agli iscritti all'Ordine dei medici della Provincia di Catania

MEDICO DI MEDICINA DI BASE MASSIMALISTA IN CATANIA, PENSIONANDO MARZO 2015, CEDE O AFFITTA AMBULATORIO MEDICO COMPLETO - TEL. 095.354900.

VENDO A COLLEGA INTERESSATO LETTINO DA VISITA MEDICA TRADIZIONALE IN ALLUMINIO LUCIDO COME NUOVO USATO POCHISSIMI MESI AL PREZZO DI 180.00 EURO. NON TRATTABILI. TELEFONARE AL CEL. 393 0313584. ORE PASTI.

MEDICO DISPONIBILE PER SOSTITUZIONI: DOTT.SSA MACCARRONE ANGELA VIA PETRALIA 111 95022 ACI CATENA (CT) TEL. 095.80532 O 328. 1055480.

STUDIO MEDICO, APPENA RISTRUTTURATO, MODERNO, FUNZIONALE, SITO IN VIALE VITTORIO VENETO, FORNITO DI SALA DI ATTESA /RECEPTION, CONNESSIONE WI-FI, CLIMATIZZATO, METTE A DISPOSIZIONE (MENSILMENTE O ACCESSI SETTIMANALI) STANZE PER COLLEGHI MEDICI (NO ODONTOIATRI). TEL. 333.7916204 (DALLE H 14 ALLE H 16.00).

AVVIATO CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO OSPITEREBBE, IN STRUTTURA GIÀ ATTREZZATA, **MEDICI SPECIALISTI IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA**, OTORINOLARINGOIATRIA, ANGIOLOGIA, FISIATRIA, OCULISTICA. TEL. 095.2167688.
MEDICO CONVENZIONATO MEDICINA GENERALE CON STUDIO IN MASCALUCIA **CERCA COLLEGHI SPECIALISTI** CHE VOGLIANO USUFRUIRE DELLO STUDIO, TELEFONARE AL 339.4081154.

STUDIO MEDICO POLISPECIALISTICO SITO A PATERNÒ (CT) IN VIA VITTIME CIVILI DI GUERRA N. 5 (ZONA OSPEDALE) OFFRE **OSPITALITÀ A COLLEGHI** MEDICI; TEL. 349.4691286.

STUDIO MEDICO RECENTEMENTE RISTRUTTURATO, ZONA P.ZZA TRENTO CON ANNESSO SERVIZIO DI SEGRETERIA **AFFITTA** MENSILMENTE O PER ACCESSI SETTIMANALI STANZA COMPLETA DI RIUNITO, STRUMENTARIO E ATTREZZATURE VARIE A COLLEGHI ODONTOIATRI. TEL 349.6117828"

VENDESI ELEVENDESI NEL CENTRO STORICO DI GIARRE,MODERNO STUDIO DENTISTICO,A NORMA DI LEGGE,IN ELEGANTE CONDOMINIO, COSTITUITO DA RECEPTION E SALA D'ATTESA, DUE AMBULATORI CON RELATIVI RIUNITI E APPARECCHI RX, STUDIO, DOPPI BAGNI, RIPOSTIGLIO, CUCINA ABITABILE, TERMOCLIMATIZZATO. POSTO AUTO INTERNO.TEL.389.99 81969.

PRESTIGIOSO STUDIO MEDICO CON CERTIFICAZIONE UNI EN ISO RILASCIATA DALL'ENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO (ACCREDIA), SITO IN ZONA CENTRALE, CON SERVIZIO DI SEGRETERIA, **OFFRE DISPONIBILITÀ** PER ACCESSI SETTIMANALI E PERIODICI A COLLEGHI SPECIALISTI. TEL: 349.7712424; 095.8364154.

ACI SAN FILIPPO CENTRO, AVVIATO ED ELEGANTE STUDIO DENTISTICO, SITO AL PIAN TERRENO, OSPITEREBBE MEDICI SPECIALISTI, NO ODONTOIATRI. PER CONTATTI TEL. 331.5016696

ELEGANTE E PRESTIGIOSO STUDIO POLISPECIALISTICO SITO IN CATANIA, CORSO ITALIA - PIAZZA EUROPA, **DA' OSPITALITA'** A MEDICI SPECIALISTI. PER ULTERIORI INFORMAZIONI TELEFONARE A 340.5820167 - 347.687628 - 095.375459.

AVVIATO **STUDIO POLISPECIALISTICO** IN ACIREALE, ATTREZZATO DI SERVIZI DI SEGRETERIA E CON STUDI MEDICI CLIMATIZZATI, È INTERESSATO AD ATTIVARE BRANCHE DI GASTROENTEROLOGIA, PNEUMOLOGIA, DERMATOLOGIA, URO-ANDROLOGIA, DENTISTICO, CARDIOLOGIA (IN DOTAZIONE UN ECG-GRAFO DI ULTIMA GENERAZIONE), EPATOLOGIA (IN DOTAZIONE ECOGRAFO), ORL, OCULISTICA, ORTOPEDIA, NEUROLOGIA E PSICOTERAPIA. GLI INTERESSATI POSSONO INVIARE CURRICULUM AL SEGUENTE INDIRIZZO: OMEGA@IRMA-SRL.COM.

STUDIO MEDICO IN GIARRE, AVVIAMENTO DECENNALE, CLIMATIZZATO, POSIZIONE CENTRALE ZONA PIAZZA DUOMO, OSPITEREBBE GIOVANE CARDIOLOGO/A TEL 342.9277773.

VENDESI QUADRIVANI ARREDATO STUDIO MEDICO ZONA P.ZZA S. MARIA DI GESÙ. TEL
3454387624, PREFERIBILMENTE SERA.

AFFITTASI STANZE PRESSO STUDIO MEDICO SITO A CATANIA, ZONA CENTRALE, A COLLEGHI SPECIALISTI. INFO: 328/4582849.

CENTRO BIOMEDICO CENTRALE CON LABORATORIO DI ANALISI **OSPITEREBBE COLLEGHI** DI VARIE SPECIALITÀ E/O DI MEDICINA DI BASE. OFFRE AMBIENTE ELEGANTE TERMOCONDIZIONATO CON STANZE VISITA ED ASPETTO, SEGRETERIA, TELEFONO, COMPUTER, INTERNET. TEL. 347.3341654.

ELEGANTE STUDIO SITO IN PRESTIGIOSA ZONA DI ACIREALE CON AMPIA POSSIBILITÀ DI PARCHEGGIO, OSPITEREBBE COLLEGHI PER ACCESSI SETTIMANALI. PER INFORMAZIONI TELEFONARE AL 3474075982

VENDESI BILANCIA PEDIATRICA,PESA NEONATI SECA €150. CARMELO.SORTINO@GMAIL.COM
TEL 339.5467102.

AFFITTASI/VENDESI STUDIO MEDICO DI FAMIGLIA PROSSIMO ALLA PENSIONE. ZONA OSPEDALE GARIBALDI NUOVO. CONTATTARE SOLO INTERESSATI AL 3387967244.

MEDICO CONVENZIONATO MEDICINA GENERALE CON STUDIO IN MASCALUCIA **CERCA COLLEGHI** SPECIALISTI CHE VOGLIANO USUFRUIRE DELLO STUDIO, TELEFONARE AL 3394081154.

PRESTIGIOSO STUDIO MEDICO SPECIALISTICO, SITO IN VIA PARROCO SCUDERI N. 65 A RAMACCA, **OSPITEREBBE** MEDICO SPECIALISTA DI QUALSIASI BRANCA. PER INFO 347.3487764.

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO SITO A CATANIA CENTRO **METTE A DISPOSIZIONE** DI COLLEGHI MEDICI CHIRURGHI SPECIALISTI E ODONTOIATRI, STRUTTURA ELEGANTE E ATTREZZATA DI SALA OPERATORIA, AMBULATORI VISITA, AMBULATORI DOTATI DI RIUNITO ODONTOIATRICO, SALA D'ATTESA, RECEPTION. LOCALI CLIMATIZZATI, WIFI E PARCHEGGIO CONVENZIONATO. PER INFO CONTATTARE CELL. 335.410499.

Associazione

Scuola Mediterranea di Agopuntura

Scuola Aderente F.I.S.A. ed in partnership con l'Università La Sapienza di Roma

Fondata dal Dott. Barbagallo Giuseppe nel 1979

Direttore dei corsi

Dott. Francesco Sapienza

Sede legale: Via Grazia Deledda, 1 Catania –Tel. 348 6502328 -095 445182

In Italia l'agopuntura è considerata Atto Medico. Può essere esercitata solo dai laureati in medicina e chirurgia e regolarmente iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi poiché essa richiede sempre un'anamnesi, un esame obiettivo e una diagnosi clinica .
La Scuola Mediterranea di Agopuntura è **partnership per la collaborazione Didattico-Scientifica con l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"** per il Master di II Livello - Integrazione tra Medicina Occidentale e Medicina Tradizionale Cinese -.

- **Corsi e Programma Didattico:** Vengono trattati sia gli aspetti tradizionali che quelli scientifici dell'Agopuntura e delle Tecniche complementari**. Il corso di studi prevede una durata di 3 anni, in conformità con i requisiti previsti per l'accreditamento regionale dall' accordo Stato-Regione del 07-02-2013**, con inizio del corso a Novembre e fine corso a Giugno dell'anno successivo . Le lezioni si svolgeranno un sabato al mese e con numero di ore, di teoria e di pratica definite dal vigente regolamento F.I.S.A. in quanto l' A.S.M.A. è Scuola aderente .
- **Attestati**: Alla fine del 3° anno, dopo il superamento dell'esame relativo e la presentazione verrà rilasciato sia l' **Attestato di Fine Studi della Scuola Mediterranea di Agopuntura, sia l'Attestato Italiano F.I.S.A. di Agopuntura**, valevole per la iscrizione nel Registro dei Medici Agopuntori dell'Ordine dei Medici della Provincia di appartenenza e pubblicato nel sito web della F.I.S.A. Il Conseguimento dell'attestato è possibile dopo la presentazione di una tesina a carattere compilativo , clinico o sperimentale, ed esame in presenza di commissione F.I.S.A.
- **Soggiorni Studio in Cina :** è possibile l'organizzazione di soggiorno studio presso ospedali cinesi.
- **ECM** : Il corso di agopuntura prevede l'assegnazione dei crediti ECM
- **Master Universitario:** Durante la frequenza del 3° anno o alla fine del corso è possibile accedere al **Master Universitario di II Livello in partnership con l'Università La Sapienza di Roma** (master che si tiene a Catania) per il conseguimento del relativo attestato .

CONSULTARE IL PROGRAMMA E SCARICARE LA SCHEDA D'ISCRIZIONE DALLA PAGINA
Del SITO www.scuolagopuntura.it

IX EDIZIONE

PNEUMOfocus

condivisioni e criticità nella real-life delle malattie respiratorie

16/18 Ottobre 2015

Santa Tecla Palace - Acireale

Responsabile scientifico:

Dott. Alfio Pennisi

FON.CA.NE.SA. ONLUS

FONDAZIONE CATANESE PER LO STUDIO E LA CURA DELLE MALATTIE NEOPLASTICHE DEL SANGUE

(Ente morale riconosciuto con D.P.R. del 7 agosto 1990)

Anche quest'anno hai una possibilità unica per aiutare la Fon.Ca.Ne.Sa. onlus, destinando il

5xmille dell'IRPEF - P.IVA/C.F. 02299950879

LA FINANZIARIA HA CONFERMATO LA POSSIBILITA' DI DEVOLVERE UNA QUOTA DELLE IMPOSTE (5XMILLE)ALLE ORGANIZZAZIONI ONLUS.

Incontro a Casa Santella del 19 Novembre 2014 con i rappresentanti delle Istituzioni Catanesi

Una soggiorno di Casa Santella

*Il **5xmille** non sostituisce l'8xmille (destinato alle confessioni religiose) e non costa nulla al cittadino contribuente.*
*E' una quota di imposte a cui lo Stato rinuncia per destinarla alle organizzazioni no-profit come la **Fon.Ca.Ne.Sa.** onlus per sostenere le loro attività.*

Consegna premio di laurea "Santella Massimino" da parte dell'ex Vice Prefetto di Catania Dott.ssa Anna Maria Polimeni alla Dott.ssa Oriana Bianco

25° anniversario Foncanesa, Tavola Rotonda dal titolo "Foncanesa e Istituzioni:un percorso condiviso, Aula Magna del Rettorato Università degli Studi di Catania

Trasforma la tua dichiarazione dei redditi in una grande azione di concreta solidarietà, ci aiuterai a sostenere la ricerca oncoematologica, a mantenere le case di accoglienza "Casa Santella" realizzate per gli ammalati e per i familiari che li assistono e per la costruzione della 3° Casa di accoglienza "Casa Santella"

Banco di Sicilia Unicredit Group
IBAN IT 87 Z 02008 16930 00300607207

Banco Popolare Siciliano
IBAN IT 68 G 05034 16908 000000008700

Credito Siciliano
IBAN IT 18 V 03019 16910 000000000917

c/c Postale 14197958

RECAPITI FON.CA.NE.SA. onlus - Sede Legale:95129 - Catania - Viale Africa, 14/16
Sede Amministrativa: 95030 Gravina di Catania - Via Domenico Savio, 25 - Presidente 348 0339446 - Segreteria 347 3333262 - Tel./Fax 095.418779
Casa d' accoglienza "Casa Santella":Via Salvatore Citelli, 21 - Catania Referente: 349 0535358
www.foncanesa.it - E-mail: presidentefoncanesa@virgilio.it - Seguici su

"NELLA TUTELA DEI MEDICI SONO I NUMERI UNO"

DOTT. NICOLA DEL CIOTTO • CHIRURGIA VASCOLARE;
CHIRURGIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO

158.159
EX SPECIALIZZANDI '82-2006 SONO STATI PRIVATI DI UN DIRITTO SANCITO DALL'EUROPA (fonte FNOMCeO)

87.300
HANNO CHIESTO GIUSTIZIA

180.000
EURO ESENTASSE RIMBORSABILI A MEDICO

373
MILIONI GIÀ RICONOSCIUTI AI NOSTRI ASSISTITI

E TU COSA ASPETTI?

Per una valutazione gratuita della tua posizione, i nostri **350** consulenti legali sono a tua disposizione.

La nuova azione è imminente.
Per gli iscritti all'OMCeO Catania l'adesione è a costi ridotti.

OMCeO Catania & CONSULCESI®

Numero verde
800.122.777

Convenzione

O.M.C.e.O DI CATANIA

Le Assicurazioni pesano troppo?

Oggi puoi risparmiare!

Vittoria Assicurazioni mette a disposizione una gamma completa di prodotti con **agevolazioni esclusive riservate** a:

Iscritti Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Catania

e loro familiari conviventi.

SCONTI FINO AL 50 %

Contattaci subito per conoscere quali polizze rientrano nella convenzione e per chiederci un preventivo, è facile e non costa nulla!

ARMANDO DI BELLA
VIA FIRENZE164/A
95022,CANNIZZARO Fraz.ACI CASTELLO
095.83.627.83--Mobile:339.6701300
FX095.093.2931dibellaassicurazioni@tiscali.it

TESTAI ASSICURAZIONI SRL
VIA G.D'ANNUNZIO 125
95127 CATANIA.CT
095.53.17.54-M:393.94.91.770-FX:095.746.10.42
EMAIL: ag_169.01@agentivittoria.it

Vittoria Assicurazioni

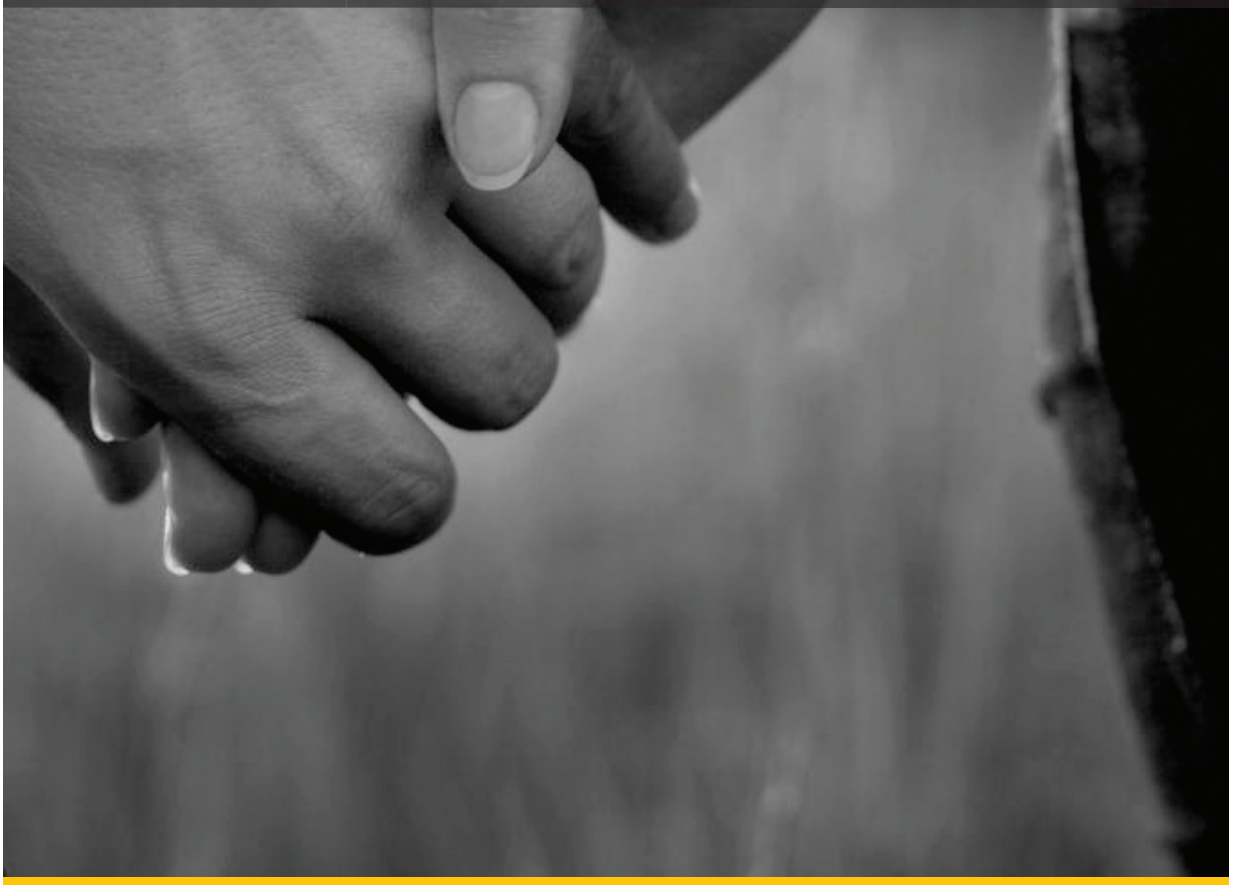
AGENZIE DI CATANIA

L'offerta è limitata nel tempo e non è cumulabile con altre iniziative e promozioni in corso. Prima della sottoscrizione leggere i Fascicoli Informativi reperibili nei Punti Vendita Vittoria Assicurazioni o su www.vittoriaassicurazioni.com

Oltre l'assicurazione:

con ClubMedici® Broker

sei protetto
nelle nostre mani



Tuteliamo tutti gli aspetti della tua professione. Da sempre pensiamo al tuo benessere.

clubmedici.it

ClubMedici® Broker

Associazione Nazionale tra i medici iscritti agli albi professionali
Area Centro - Sud
80143 Napoli - Centro Direzionale Isola E3 palazzo Avalon
www.clubmedici.it - email:areasud@clubmedici.org

SCOPRI LA CONVENZIONE ENPAM

LONTANA DAI SOLITI PRESTITI

IMPORTI EROGABILI
fino a € 30.000 esente da documenti di reddito*
fino a € 50.000 esente da preventivi di spesa
da € 50.000 a € 80.000 riservato ai dipendenti
già clienti di Agos Ducato

freeforyou

PENSATO PER I MEDICI

SEMPLICE DA RICHIEDERE
bastano carta d'identità, codice fiscale
e tesserino d'iscrizione all'ordine.

BONIFICO IN DUE GIORNI DALL'APPROVAZIONE
sul tuo c/c in 48 ore dall'approvazione della richiesta.

* con 10 anni d'iscrizione O.M.

N. Verde Club Medici
800 032 797
lunedì - venerdì (9.00 - 19.00)

ClubMedici®
finanziamenti@clubmedici.org

in collaborazione con AGOS

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Per le informazioni precontrattuali e per conoscere le condizioni economiche dell'offerta si rinvia al documento "Informazioni europee di base sul credito ai consumatori" (SECCI) che potrà essere richiesto presso la sede di Club Medici Finanza Srl Agente in Attività Finanziaria: Centro Dir. Isola E3 - 80143 Napoli - Iscr. Albo Agenti in Attività Finanziaria presso OAM al n. A8229 unitamente a copia del testo contrattuale. La richiesta del prestito flessibile può essere effettuata da i clienti che rimborsano tramite SDD ed è soggetta ad approvazione di Agos S.p.A. La flessibilità può essere esercitata nel rispetto dei limiti contrattualmente previsti e in caso di regolarità nei pagamenti.