

Panorama Medico

**Organo Ufficiale di Informazione
dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Ragusa**



Anno XXVIII

n° 1 2015

polizza Colpa Grave **ClubMedici®**
Broker

L'unico reale riparo alla tua professione



**L'unica polizza sul mercato
che preveda postuma e
pregressa di 10 anni.**

Associazione Nazionale tra i medici iscritti agli albi professionali
Area Centro - Sud
Centro Direzionale Isola E3 palazzo Avalon - 80143 Napoli
tel: 081.7879520 | email: areasud@clubmedici.org

clubmedici.it
 **ClubMedici®**
Broker

leader nella RC professionale

Sommario

3. **Editoriale del Presidente** Medici protagonisti della programmazione sanitaria
4. **Attualità** "Ondate" di calore, piano di prevenzione dell'ASP
5. **Elezioni** Le preferenze espresse per il Consiglio
6. **Aggiornamento su...** ECM Ecco tutte le informazioni utili
9. **News** Due siciliani nel comitato Fnomceo: Renzo e Caudo
10. **Attualità** Nasce la rete educativa tra pubblico e privato
per promuovere stili di vita sani
11. **Attualità** FNOMCeO e Antitrust, Chersevani: "Porteremo in Consiglio di Stato
le ragioni a tutela della nostra deontologia"
13. **Attualità** Anche un francobollo per la giornata mondiale del donatore di sangue
14. **Attualità** Primo video contest ACE 2014 "Epatite C: crederCi, guarire, rinascere"
15. **News** Dentisti abusivi incontro col ministro Orlando
16. **Attualità** Parlamento: indicare calorie alcolici su etichette
17. **News**
18. **Dalle altre provincie** Teniche mini- invasive: lavorano insieme il Policlinico di Catania
e l'Ospedale di Cefalù
19. **Dalle altre provincie** Lotta alla leucemia: cura e riabilitazione vanno in barca a vela
21. **Attualità** La giornata mondiale dell'igiene e delle mani
22. **Aggiornamento** Processi gestionali per la valutazione dell'accuratezza
delle cartelle cliniche (protocollo P.A.C.A.)
26. **Aggiornamento** Nomisma: farmaci generici non sfondano, solo 13% spesa
27. **Speciale** La relazione tra paziente e medico in ospedale
30. **Attualità** Medicina narrativa: possibile strumento nella relazione di cura
32. **Attualità** Quadri degli studenti in corsia

In copertina: Ragusa

Consiglio Direttivo dell'OMCeO

Presidente

Dr. D'Amanti Salvatore

Vicepresidente

Dr. Giaquinta Rosa

Segretario

Dr. D'Asta Mario

Tesoriere

Dr. Cremona Salvatore

Consiglieri

Dott. Barresi Angelo

Dott. Digiacomo Lucia

Dott. Giaquinta Bartolo

Dott. Guarrella Maria Luisa

Dott. Militello Angelina

Dott. Minardo Maria Grazia

Dott. Mustile Giuseppe

Dott. Poidomani Vincenzo

Dott. Quattrocchi Orazio

Dott. Tumino Salvatore

Dott. Zelante Roberto

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Tumino Salvatore

Dr. Modica Giuseppe

Commissione per gli iscritti all'albo degli Odontoiatri

Dr. Giuseppe Tumino

(presidente)

Dr. Giardina Paolo Ignazio

Dr. Migliore Antonio

Dr. Modica Giuseppe

Dr. Susino Luciano

Collegio dei Revisori dei conti

Dr. Caputo Claudio

(Presidente)

Dr. Monisteri Ines

(Revisore effettivo)

Dr. Adamo Giovanni

(Revisore effettivo)

Dr. Leggio Stefano

(Componente supplente)

Sede dell'Ordine

Via Guglielmo Nicastro, 50

Ragusa

Tel. 0932.64.13.66

Fax 0932.25.46.40

"Panorama Medico"

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

Comitato di Redazione

Militello Angelina

Giaquinta Rosa

D'Asta Mario

Modica Giuseppe

Comitato Tecnico - Scientifico

Il Consiglio dell'Ordine

Direttore Responsabile

D'Amanti Salvatore

Editore

Parole & Immagini

Via Guerrera, 26

95126 Catania

Tel. 095.388193

info@paroleimmagini.it

www.paroleimmagini.it

Impaginazione e Grafica

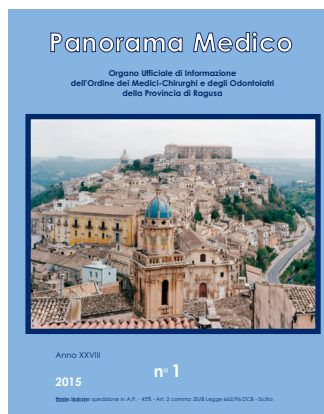
Europa Due Media & Congress
di Massimiliano Cavaleri
www.europadue.com

Stampa

Simeto Docks srl



Associato Unione Stampa
Periodica Italiana



Medici protagonisti della programmazione sanitaria

Formazione, lavoro e tutela medico- legale
le priorità del nuovo Consiglio direttivo

Salvatore D'Amanti

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Ragusa e direttore resp. di Panorama Medico



Carissimi,
è con grande soddisfazione che vi ringrazio per la fiducia che avete voluto dare a me e a questo consiglio nella tornata elettorale del triennio 2015-2017. La responsabilità che ci avete conferito con il vostro consenso, ci impegna ad onorare al meglio, in un momento così difficile per la sanità italiana e per la nostra categoria, questo mandato. Vi chiedo, quindi, di non farci mancare il vostro sostegno, le vostre segnalazioni e le vostre critiche poiché' abbiamo bisogno di tutti voi, l'ordine è di tutti i medici. Spero che ognuno si riconosca in questa grande famiglia.

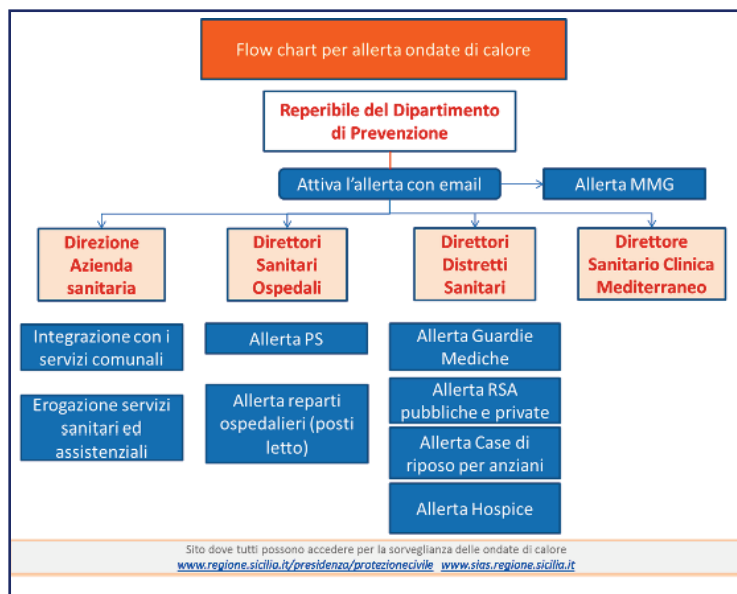
Giacchè crediamo che l'Ordine è la casa di tutti i medici, vogliamo realizzare un programma che dia priorità alla formazione ed in particolare all'Educazione Continua in Medicina, all'inserimento lavorativo dei giovani colleghi ed agli aspetti medico legali della professione sempre più attenzionati a causa del vorticoso aumento del contraddittorio medico-pa-

ziente. Inoltre pensiamo di dare il nostro contributo di proposte ed idee in tema di programmazione sanitaria poiché' è impensabile una sanità senza il coinvolgimento dei medici nella programmazione.

Non dimentichiamoci dei valori fondanti della nostra professione ed al ruolo centrale che riveste il rapporto di fiducia medico-paziente, per comprendere come ogni passaggio in questa direzione debba avere il coinvolgimento diretto della nostra categoria. In questo momento storico di crisi sociale ed economica, in cui assistiamo impotenti ai tagli alla sanità, siamo caricati di responsabilità e ruoli impropri, ritrovandoci spesso nella condizione di non poter garantire tutti i servizi per carenza di risorse umane e tecnologiche. Questo incrina il rapporto di fiducia medico-paziente, su cui è costruita l'impalcatura della professione medica, lasciando spazio alla diffidenza che si manifesta anche nell'aumento del contraddittorio medico-le-

gale. Proprio in questa frattura si sono inseriti alcuni professionisti che speculano su questo nascente mercato del contenzioso sanitario, sollecitando il cittadino ad avversare l'operato del medico al di là, purtroppo spesso, di una valutazione obiettiva dell'accaduto. Credo, invece, che medici e cittadini, vittime dello stesso ingranaggio, debbano essere forti alleati nell'operare per migliorare la sanità italiana. Per rimettere il sistema in carreggiata l'apporto di esperienza e il patrimonio di conoscenze dei medici è indispensabile. E' necessario, quindi, sollecitare la politica affinché coinvolga i professionisti della sanità nelle decisioni delle politiche di programmazione sanitaria. Questo non vuol dire commistione tra politica e sanità, ma semplicemente che per decidere come un sistema possa funzionare al meglio è opportuno richiedere i giusti suggerimenti a chi in quel sistema ci lavora quotidianamente.

“Ondate di calore” Piano di prevenzione dell'ASP



Anche quest'anno, dal 15 giugno al 15 settembre 2015, come ogni estate, prende il via il Piano aziendale di prevenzione degli effetti nocivi del caldo estivo sulla salute: “Ondate di calore”, che permette la sorveglianza e prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute della popolazione. Il Piano è stato redatto dal dr. Giuseppe Ferrera – Dipartimento di Prevenzione Asp, dall'Ufficio stampa aziendale e dall'Inf. Dr. Calogero Claudio Pace, con la collaborazione di: Direttore Dipartimento di Prevenzione, Responsabile Educazione alla Salute, Direttori dei Distretti Sanitari, Diret-

tore Servizio Assistenza Sanitaria di Base, Direttori Sanitari dei plessi Ospedalieri, Settore Informatico, OO.SS. dei Medici di Famiglia FIMMG e SMI. Pubblicato sul portale istituzionale dell'Asp per essere consultabile dai cittadini. Sono pubblicati numerosi Opuscoli relativi alle Ondate di calore, rivolti alla popolazione generale e agli operatori del settore (medici, personale delle strutture per gli anziani, personale che assiste gli anziani), in cui sono indicate misure e precauzioni da adottare, anche nei comportamenti quotidiani, per prevenire i rischi del grande caldo. Il piano ha lo scopo di pre-

venire le situazioni di disagio sanitario e/o sociale causate dalle ondate di calore e di favorire il processo di presa in carico del soggetto “definito fragile”, da parte dei competenti servizi di assistenza e cura. Si estrinsecherà attraverso attivazione degli interventi sanitari necessari limitatamente alle situazioni particolarmente severe che possono essere risolte a casa dell'anziano oppure in una struttura nosocomiale. L'esposizione a temperature elevate, anche per un breve periodo di tempo, può causare problemi anche gravi alla salute delle persone. L'umidità relativa presente nell'aria influisce sulla percezione della temperatura corporea, divenendo pericolosa per la salute, quando supera determinati valori. Il numero verde/call center/centrale operativa per informazioni o iniziative di contrasto è il 1500 oppure il punto informativo aziendale dell'URP, numero verde 800296338 o 0932-234325 – 0932-234204.

Le preferenze espresse per il Consiglio

CONSIGLIO DIRETTIVO

1 D'AMANTI SALVATORE 342
2 D'ASTA MARIO 318
3 GUARRELLA MARIA LUISA 312
4 MILITELLO ANGELINA 308
5 MUSTILE GIUSEPPE 303
6 GIAQUINTA ROSA 302
7 DI GIACOMO LUCIA 301
8 POIDOMANI VINCENZO 296
9 BARRESI ANGELO 295
10 ZELANTE ROBERTO 295
11 GIAQUINTA BARTOLO 293
12 MINARDO MARIA GRAZIA 290
13 CREMONA SALVATORE 286
14 QUATTROCCHI ORAZIO 283
15 TUMINO SALVATORE 226
16 MARTORANA GIORGIO 141
17 BILLONE ALDO 120
18 GAFA' RICCARDO 113
19 SAPIENZA GIUSEPPE 109
20 GAMBUZZA GIANCARLO 92
21 GAUDIOSO SEBASTIANO 91
22 RANDAZZO FRANCESCO 90
23 BENINCASA SANTI 89
24 TRAPANI VINCENZO 85
25 BISCALDI SIMONA 84
26 BRINCH CARMELO 81
27 PACCA NICOLO' 78
28 TEBARDE ANGELINA 76

29 VINDIGNI GIOVANNI 73
30 VITALI CARLO 73

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

1 MODICA GIUSEPPE 24
2 TUMINO GIUSEPPE 24
3 GIARDINA PAOLO 21
4 MIGLIORE ANTONIO 18
5 SUSINO LUCIANO 18

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

CAPUTO CLAUDIO 337
ADAMO GIOVANNI 333
MONISTERI INES 331
GIANNONE GIOVANNI 93
PITINO MICHELE 83
SOLARINO GIORGIO 90

REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE

LEGGIO STEFANO 306
RE ALESSIA 85

COLLEGA, COMUNICACI LA TUA E-MAIL!

Inviare il vostro indirizzo di posta elettronica a segreteria@ordinemediciragusa.it per ricevere tutte le comunicazioni dell'Ordine in tempo reale.

ECM: ecco tutte le informazioni utili

Ecm. Ecco tutte le nuove informazioni utili per i professionisti sanitari

Esoneri, esenzioni, tutoraggio individuale, formazione all'estero, autoapprendimento, modalità di registrazione e certificazione. A spiegare come funzionano è una recente determinazione della Commissione Nazionale Ecm.

Con la determinazione del 17 luglio 2013 la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha stabilito tutte le regole che riguardano esoneri, esenzioni, tutoraggio individuale, formazione all'estero, autoapprendimento, modalità di registrazione e certificazione.

La determina, oltre a costituire un riassunto sui criteri stabiliti dalla Commissione negli anni precedenti rispetto alle tematiche citate, introduce alcune novità.

In particolare:

Esoneri

I professionisti sanitari che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base (es. corso di specializzazione universitaria, dottorato di ricerca, master universitario, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica) propri della categoria di appartenenza e durante l'esercizio dell'attività professionale, sono esonerati dall'obbligo formativo Ecm. L'esonero riguarda l'intero periodo di formazione nella mi-

sura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese.

Sono altresì esonerati i professionisti sanitari domiciliati o che esercitano la propria attività professionale presso le zone colpite da catastrofi naturali. Sono confermati gli esoneri anche per i professionisti sanitari domiciliati o che esercitano la propria attività professionale presso le zone colpite da catastrofi naturali limitatamente al periodo definito in precedenza dalla stessa Commissione con determina del 20 giugno 2012 per gli eventi sismici che hanno colpito la regione Emilia-Romagna.

Esenzioni

Le esenzioni dall'obbligo formativo ECM sono quantificate nella misura di 4 crediti per ogni mese nel quale il periodo di sospensione dell'attività professionale sia superiore a 15 giorni. Oltre alle consuete esenzioni già conosciute (congedo maternità obbligatoria, congedo parentale, adozione e affidamento, congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap, richiamo alle armi o servizio volontariato,) sono state ricomprese le seguenti situazioni come disciplinate dai CCNL delle categorie di appartenenza:

- aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari;
- permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie;
- assenza per malattia;

- aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale;

- aspettativa per cariche pubbliche elettive

- aspettativa per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali.

I periodi di esonero e di esenzione sono cumulabili ma non sovrapponibili nell'ambito del triennio, ad eccezione degli esoneri definiti dalla Commissione Nazionale per le catastrofi naturali.

Tutoraggio individuale

Sono confermati 4 crediti Ecm per mese ogni mese di tutoraggio ai tutor che svolgono sia formazione pre e post laurea prevista dalla legge e sia attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea sempre previsti dalla legge. I crediti così acquisiti, calcolati unitamente ai crediti ottenuti per docenza/pubblicazioni scientifiche/ricerche, non possono eccedere il 60% del monte crediti triennale al netto degli esoneri, delle esenzioni e delle riduzioni citate nella stessa determina.

Sono esclusi dal riconoscimento dei crediti per attività di tutoraggio individuale gli assegnatari di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento anche a titolo gratuito.

I crediti sono riconosciuti anche a chi svolge attività di tutoraggio nell'ambito di specifici PFA, solo se le attività svolte sono inquadrate nel

programma formativo del professionista interessato.

Crediti per formazione all'estero

I professionisti sanitari che frequentano all'estero corsi di formazione postbase (es. dottorato di ricerca, master universitario, corso di perfezionamento) propri della categoria di appartenenza, e durante l'esercizio dell'attività professionale, sono esonerati dall'obbligo formativo Ecm per l'intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese.

Ai fini della registrazione dell'esonerazione, è necessario che il professionista invii al Co.Ge.A.P.S. copia scansionata di un certificato di frequenza rilasciato dall'Università e un'autocertificazione, debitamente firmata, riportante denominazione corso, anni accademici di inizio e fine, ente che ha erogato la formazione, durata legale del corso, CFU riconosciuti, data di inizio e data di fine del corso frequentato (formato gg/mm/aaaa). Ai fini del corretto inserimento è utile anche indicare la data di acquisizione del titolo.

Gli esoneri e l'esenzioni possono essere inseriti a partire dal 2011. Eventuali crediti maturati nel periodo di validità dell'esonerazione/esenzione non vengono considerati nel computo del fabbisogno formativo individuale.

Inoltre, ai professionisti sanitari che frequentano corsi di formazione individuale all'estero (ovvero formazione non accreditata in Italia e svolta nei paesi dell'Ue, in Svizzera, negli Stati Uniti e in Canada) sono riconosciuti crediti Ecm nella mi-

sura del 50% dei crediti attribuiti dal singolo evento accreditato all'estero. Nel caso in cui l'evento accreditato all'estero supera i 50 crediti formativi sono riconosciuti al massimo 25 crediti ECM. I crediti acquisibili tramite formazione individuale all'estero non possono superare il 50% dell'obbligo formativo triennale. Il professionista sanitario, ultimata la frequenza, dovrà inoltrare la documentazione relativa all'evento (programma, contenuti, etc.) e quella attestante la frequenza e il superamento del test di apprendimento all'ente accreditante di riferimento (CNFC, Regione, Provincia autonoma) ovvero per i liberi professionisti, al proprio Ordine/Collegio/Associazione professionale. I suddetti enti, valutata la documentazione prodotta dal professionista, provvederanno ad inserire tali attività nel tracciato record da inviare alla CNFC/Regioni/Province autonome e al Co.Ge.A.P.S.

Liberi professionisti: crediti individuali per autoapprendimento

Ai liberi professionisti sono riconosciuti crediti ECM per:

- attività di autoapprendimento ossia l'utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per la formazione continua preparati e distribuiti da Provider accreditati;
- autoapprendimento derivante da attività di lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati Ecm e privi di test di valutazione dell'apprendimento con il limite del 10% dell'obbligo formativo individuale triennale (fino ad un massimo di 15 crediti nel triennio).

Riduzione dell'obbligo forma-

tivo triennale

E' confermato in 150 crediti il debito formativo per il triennio 2011/2013 con la possibilità di portare in riduzione di tale debito fino a 45 crediti con il seguente criterio:

- riduzione di 15 crediti se il professionista ha acquisito da 30 a 50 crediti nel triennio 2008-2010;
- riduzione di 30 crediti se il professionista ha acquisito da 51 a 100 crediti nel triennio 2008-2010;
- riduzione di 45 crediti se il professionista ha acquisito da 101 a 150 crediti nel triennio 2008-2010.

L'obbligo formativo annuale è confermato in 50 crediti/anno al netto delle riduzioni derivanti da esenzioni ed esoneri.

Modalità di registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S.

L'Ordine, il Collegio e l'Associazione professionale di riferimento sono competenti a riconoscere gli esoneri, le esenzioni e i crediti Ecm acquisiti tramite i criteri sopra individuati, previa presentazione da parte del professionista sanitario della relativa documentazione (attestato di frequenza corsi di formazione post-base, documentazione comprovante il periodo di sospensione dell'attività professionale, attestazione di svolgimento dell'attività di tutoraggio rilasciata dall'ente per il quale si è esercitata l'attività di tutoraggio, etc.).

L'Ordine, il Collegio e l'Associazione professionale di appartenenza provvedono alla valutazione di coerenza con le vigenti disposizioni in materia di Ecm alla registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. della posizione del proprio iscritto in riferimento a esoneri, esenzioni e ai crediti Ecm eventualmente acquisiti tramite i citati istituti.

All'atto della registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. vengono assegnati alle attività formative di cui alla citata determina gli obiettivi formativi corrispondenti alla/e attività svolta/e.

Registrazione di crediti 2008/2013 non registrati nel database del Cogeaps

I professionisti sanitari iscritti ad Ordini, Collegi ed Associazioni, ai fini della registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. di crediti acquisiti nel periodo 2008/2013 non ancora presenti in tale banca dati, presentano la richiesta, completa di attestato di partecipazione e di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, all'Ordine, Collegio o Associazione di appartenenza.

Ai professionisti sanitari che hanno svolto attività di do-

cenza e tutor per eventi Ecm accreditati al sistema nazionale e regionale Ecm e realizzati prima del 31 dicembre 2010 sono attribuiti 2 crediti Ecm per evento a prescindere dalle ore di docenza effettivamente svolte salvo rettifiche individuali che i professionisti comunicheranno all'Ordine, Collegio, Associazione, sulla base dei relativi specifici attestati.

Certificazione dei crediti

La certificazione dei crediti viene effettuata, per i professionisti sanitari iscritti a Ordini, Collegi ed Associazioni maggiormente rappresentative, tramite il portale Co.Ge.A.P.S. La certificazione si riferisce esclusivamente al numero dei crediti acquisiti nel triennio di riferimento. Tale certificazione prevederà i due livelli:

1) attestazione dei crediti formativi: attestazione rilasciata da Ordini, Collegi e Associazioni, e dalla Segreteria della Commissione nazionale per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, per tutta la formazione svolta in un triennio, con indicazione del numero dei crediti effettivamente registrati;

2) certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio: attestazione rilasciata a cura di Ordini, Collegi e Associazioni, e della Segreteria della CNFC per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, nel caso in cui il professionista abbia soddisfatto l'intero fabbisogno formativo individuale triennale.

Paura del ricovero in ospedale per un italiano su due. Oltre 300 mila errori evitabili l'anno

Dovrebbe essere un momento di sollievo perché l'ospedale è un luogo di cura ma gli italiani varcano la soglia dei nosocomi con la paura di uscirne conciatissimi peggio: un paziente su due teme di essere vittima di errori medici in clinica e lo spauracchio che più preoccupa è il sovraffollamento del pronto soccorso, perché la maggioranza pensa che nel caos che spesso affligge i reparti di emergenza, sviste e dimenticanze possano essere più probabili. Stando ai dati discussi durante il convegno 'Paziente sicuro in ospedale', organizzato dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma sugli otto milioni di ricoveri che si verificano ogni anno in Italia si registrano 320.000 casi di danni o conseguenze più o meno gravi per il paziente provocati da errori in parte evitabili. In circa due casi su tre gli incidenti sono diretta conseguenza di problemi organizzativi, solo in un terzo dei casi c'è una negligenza o imperizia da parte del personale sanitario. Nonostante questo, negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa per il Servizio sanitario nazionale dovuti alla medicina difensiva.

Due siciliani nel comitato FNOMCeO: Renzo e Caudo



Giuseppe Renzo e Giacomo Caudo

I siciliani Giuseppe Renzo e Giacomo Caudo sono stati eletti nel Comitato centrale dell'FNOMCeO, la Federazione che raggruppa gli Ordini dei Medici e Odontoiatri di tutta Italia: si tratta di una riconferma per il primo, già presidente nazionale CAO (Commissione Odontoiatri), e di un nuovo incarico per il secondo, già presidente dell'Ordine provinciale di Messina.

Cambio di vertice per i medici italiani che hanno votato la lista "Ripensare la professione per innovare" guidata da Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine di Gorizia, che ha

ottenuto 1282 preferenze su 2000 voti scrutinati ed è anche la prima donna eletta alla guida della federazione dal 1950. Un risultato raggiunto grazie anche al lavoro svolto da tutti i candidati della lista. Motivo di orgoglio per la Città di Messina la presenza di Caudo per la categoria medica e Renzo per gli odontoiatri: entrambi da anni in prima linea per la difesa della professione e sostenitori di tante battaglie all'interno di vari organismi e associazioni.

Un impegno profuso nel tempo con determinazione, serietà e importanti

risultati a livello regionale e nazionale, oggi premiato da questi incarichi di prestigio.

Il nuovo Comitato centrale, formato dai vincitori dalla tornata elettorale appena conclusa, è stato convocato per designare il successore di Amedeo Bianco, alla presidenza per 9 anni e con cui Chersevani si pone in continuità. La lista concorrente, "Costruire insieme la professione", era guidata da Toti Amato (presidente dell'Ordine di Palermo), che ottenne 904 preferenze. I nuovi vertici resteranno in carica fino al 2017.

Giuseppe Renzo nel gruppo tecnico ministeriale sull'odontoiatria

Il presidente nazionale della Commissione Albo Odontoiatri Giuseppe Renzo è stato nominato dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin nel Gruppo Tecnico sull'odontoiatria, ricostituito per il prossimo triennio e coordinato da Giovanni Nicoletti, direttore Ufficio III del Segretariato generale, con lo scopo di elaborare documenti di indirizzo e linee guida ministeriali per la promozione della salute del cavo orale e la tutela della professione odontoiatrica. "Sono tante le questioni che affronteremo - sottolinea il messinese Renzo, da anni in prima linea nella difesa dei dentisti italiani e di recente rieletto nel Comitato Centrale della FNOMCeO (federazione che raggruppa gli Ordini dei Medici) con l'incarico di presidente CAO - ad esempio la lotta all'abusivismo della nostra professione, in Italia ci sono oltre 15mila fuori legge; la formazione continua degli operatori del settore; la prevenzione e cura delle patologie odontostomatologiche con specifici approfondimenti tematici per quanto riguarda le prestazioni odontoiatriche a favore di determinate categorie sociali; l'odontoiatria di comunità".

Nasce la rete educativa tra pubblico e privato per promuovere stili di vita sani

Lo sviluppo di politiche di promozione della salute e di prevenzione rappresenta la leva strategica e fondamentale per affermare una nuova cultura che prevenga malattia cronico-degenerative nelle nuove generazioni.

L'Unità Operativa di Educazione alla Salute dell'Azienda Sanitaria di Ragusa, diretta dal dr. Vincenzo Trapani, ha promosso - in sinergia con i circoli didattici: "Mariele Ventre", "Paolo Vetri/Cesare Battisti", "Palazzello" e l'istituto "F. Crispi" di Ragusa; le Associazioni: "Amuni" e "Pedibus" - un percorso educativo e formativo per promuovere corretti stili di vita negli alunni, nei genitori e negli insegnanti. Scopo del programma quello di prevenire patologie cronico-degenerative e maturare una visione ecologica dell'ambiente in cui si vive.

Un progetto che ha già in itinere alcune azioni, infatti presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Asp, è iniziato il corso formativo per insegnanti e genitori su: "L'incidenza dell'obesità e il sovrappeso negli alunni degli istituti primari della provincia di Ragusa. Le percezioni dei

genitori."

Altro argomento affrontato quello relativo alle patologie degenerative legate all'obesità. L'importanza della presenza di Ambulatori Aziendali per il contrasto dell'obesità infantile.

La scuola è l'ambiente di apprendimento in cui promuovere la formazione di ogni alunno, la sua interazione sociale, la sua crescita civile. L'interiorizzazione delle regole può avvenire solo mediante una fattiva collaborazione con la famiglia; pertanto l'istituzione scolastica persegue l'obiettivo di costruire una alleanza educativa con i genitori. Non si tratta di rapporti da stringere solo in momenti critici, ma di relazioni costanti che riconoscano i reciproci ruoli e che si supportino vicendevolmente nelle comuni finalità educative.

Presentato il kit "Forchetta e scarpetta", realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, "Il piacere del movimento e della buona alimentazione", che mette a disposizione materiali informativi con i quali è possibile attuare iniziative di educazione e promozione della salute, per

consentire ai bambini e agli adulti di acquisire conoscenze e competenze che rendano possibile uno stile di vita salutare.

Attenzionate anche le scelte alimentari ispirate ai principi della dieta mediterranea che consentono di prevenire numerose malattie. Infatti tale dieta svolge un prezioso effetto protettivo sulle malattie cardiovascolari, diabete, obesità.

Infine l'importanza dell'attività fisica: "USA LA TESTA E VAL.....A PIEDI" progetto che ha come obiettivo quello di far conoscere i benefici derivanti dalla pratica dell'attività motoria e della corretta alimentazione.

Per la realizzazione del corso l'Asp ha messo a disposizione figure professionali altamente specializzate: dr. Vito Perremuto e dr. Giuseppe Rivela del SIAN - Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione -; dr. Salvo Purromuto Pediatra Ambulatorio Aziendale Obesità Infantile; dr.ssa Maria Terranova e dr.ssa Daniela Bocchieri dell'U.O. Educazione e Promozione Salute; il dr. Gaetano Iachelli - Medicina dello Sport Asp Ragusa.

FNOMCeO e Antitrust, Chersevani: “Porteremo in Consiglio di Stato le ragioni a tutela della nostra deontologia”

In relazione alla Sentenza del Tar Lazio che, pronunciandosi sul ricorso della Fnomceo contro la sanzione comminata dall'Antitrust, ha dimezzato la sanzione economica, interviene il Presidente della Federazione

“La FNOMCEO, anche successivamente alla sentenza del TAR Lazio che ha dimezzato la sanzione economica irrogata dall'ANTITRUST che ha individuato nelle norme del Codice di Deontologia medica 2006 - e parzialmente anche in quello del 2014 - un' intesa restrittiva della concorrenza, intende continuare il suo percorso di coerente difesa dei principi deontologici in materia.

Riteniamo che tali principi siano in linea con la normativa nazionale ed europea in materia, non configurandosi né nello spirito né nella lettera come restrittivi della libertà di concorrenza.

Ricordiamo che nel Codice del 2014, contestato dall'ANTITRUST, sono state oggetto di rilievo “aggettivazioni” relative alla pubblicità assolutamente riconducibili e non in contrasto con il susseguirsi delle normative degli ultimi anni.

La vera questione che abbiamo a cuore – che la

sentenza del TAR ha lasciato in ombra – è il profilo giuridico del Codice di Deontologia medica che non è un atto regolamentare interno ad un'associazione di imprese, non potendosi ridurre il ruolo della Federazione nazionale e degli Ordini Provinciali dei medici e degli odontoiatri a mera impresa o ad associazioni di imprese, laddove è ormai consolidata la qualificazione di questi come Pubbliche Amministrazioni, che svolgono funzioni in conto e per conto della Stato nella tutela di interessi pubblici.

In particolare, la contestazione riguardo al divieto di pubblicità comparativa non ha tenuto conto dei limiti che, secondo una autorevole letteratura scientifica internazionale, rendono inaffidabili senza precisi indicatori la comparazione delle prestazioni mediche e odontoiatriche, portando al paradosso il rispetto dei requisiti di non denigratoria ed ingannevole pubbli-



Roberta Chersevani

cità previsti dalla normativa.

Proporrò d'urgenza al Comitato Centrale il ricorso al Consiglio di Stato, non solo a difesa dei legittimi interessi della FNOMCeO e degli Ordini Provinciali dei medici e degli odontoiatri, ma nel rispetto di quelle funzioni ad essi attribuiti di tutela degli interessi generali dei cittadini.

Lo faremo ponendo ai massimi livelli di giudizio il senso e il significato vero di tali questioni”.



ESTATE DI SOLIDARIETA'



AVIS

Anche un francobollo per la giornata mondiale del donatore di sangue

In Sicilia quasi raggiunta l'autosufficienza, Ragusa la provincia più solidale

di **Nuccio Sciacca**

Dal 2004 il 14 giugno viene festeggiata la Giornata mondiale del donatore di sangue proclamata dalla Organizzazione mondiale della sanità. Questa data è stata scelta in quanto giorno di nascita di Karl Landsteiner, scopritore dei gruppi sanguigni e coscopritore del fattore Rhesus. Quest'anno l'Italia si pone in evidenza per l'emissione proprio il 14 giugno di un francobollo - appartenente alla serie dedicata al "senso civico" - per la giornata mondiale del donatore di sangue. La vignetta del nuovo francobollo mostra un albero dai cui rami spunta una goccia di sangue. Il francobollo (che un valore di 80 centesimi) e' racchiuso in un foglietto sui cui sono riportati anche i simboli di AVIS, FIDAS, FRATRES e CRI, cioè delle Associazioni e Federazioni che fanno parte del CIVIS, il Coordinamento interassociativo volontari italiani del sangue, fondato a Perugia nel 1995. Le strutture associative che si occupano di donazione di sangue rivestono un ruolo importante e peculiare che può incidere sull'effettivo mantenimento di questo gesto da parte sia dei neodonatori sia dei donatori fidelizzati. Tuttavia la

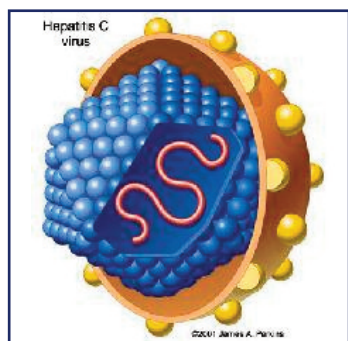
donazione di sangue, pur essendo un atto personalmente scelto, deriva da una costellazione di variabili personali, familiari ed organizzative che necessitano di essere approfondite e studiate nella loro globalità al fine di arrivare alla creazione di strategie di reclutamento e di fidelizzazione che portino alla soddisfazione totale del bisogno di scorte di sangue. Come ogni comportamento umano, la donazione mette in movimento e dinamizza pensieri, emozioni ed affetti: nel dono del sangue, rispetto al ciclo normale del dare-ricevere-ricambiare (che è l'esperienza di dono maggiormente sperimentata) il sangue non è ricevuto da una persona conosciuta, non è restituito (o lo è in piccola misura) e in ogni caso non lo si dona perché sia contraccambiato. Inoltre, l'atto della donazione del sangue, con le sue implicazioni di realtà (il prelievo), fisiologiche e simboliche (il sangue, cioè la vita che in parte esce da noi) e il contesto in cui avviene, può determinare una dinamica e una complessità di emozioni e pensieri che, in certi casi, travalicano e quasi neutralizzano l'intenzionalità razionale



Il francobollo

("dono il sangue per il bene altrui"). Ciò può determinare stati di tensione e, a volte, di ansia o di paura. Sono diversi gli studi che indagano i fattori che sembrano contribuire all'intenzione a donare sangue. Un fattore che potrebbe influire negativamente sulla motivazione è quello che in psicologia sociale viene definito l'effetto Ringelmann: in compiti comuni, dove il contributo del singolo non è identificabile, si alimenta una diffusione di responsabilità che porta ad un minore impegno del singolo nello sforzo collettivo. Questo potrebbe spiegare il pensiero comune del "tanto c'è chi ci pensa" in base al quale ciascun individuo, facendo affidamento sull'impegno degli altri, riduce il proprio sforzo manifestando quella che viene definita pigrizia sociale. In Sicilia è Ragusa la provincia dove si dona di più e che compensa le carenze delle altre otto, basti pensare che il centro trasfusionale del capoluogo ibleo diretto dal dottor Piero Bonomo lavora ogni anno oltre 36 mila unità di sangue.

Primo video contest ACE 2014 "Epatite C: crederCi, guarire, rinascere"



A tutt'oggi, non è disponibile una stima attendibile della prevalenza dell'epatite cronica da virus C in Sicilia. Non ci sono studi sulla popolazione generale o sui gruppi a rischio e alcuni studi epidemiologici eseguiti alla fine degli anni '90 in alcune piccole comunità non sono più attendibili. E' indispensabile avere una stima attendibile del numero di pazienti con una malattia epatica da virus C, perché il Sistema Sanitario Regionale deve assumersi l'onere di curare i pazienti che hanno i criteri di priorità dettati dall'AIFA e deve organizzare un corretto follow-up clinico dei pazienti che non hanno una priorità per il trattamento antivirale e che avranno a disposizione la terapia registrati nei prossimi anni. Con questo intento, riferisce l'Epatologo Mauro Sapienza (Direttore Unità Operativa Complessa Medicina Interna dell'Ospedale "Umberto I" di Enna e Responsabile Scientifico dell'ASET-Onlus - Associazione Siciliana Epatopatie e Trapianti), è

stata organizzata la Rete Regionale dell'epatite C che consente di identificare i pazienti con infezione cronica da virus C residenti in Sicilia, di definire lo stadio della malattia e di allocare i pazienti alla terapia per loro indicata con appropriatezza. In atto, la Rete regionale per l'HCV, cui afferiscono tutti i Centri Epatologici siciliani (Hub, superHub e Spoke) presenta 5071 pazienti registrati di cui 468 nuove terapie prescritte.

Abbatte il muro di silenzio che circonda l'epatite C, mostrare la sua natura di malattia cronica e insidiosa, debilitante e fonte di discriminazione sociale, ma anche il sogno di guarire e la gioia di tornare a vivere. Da qui nasce l'idea del primo video Contest ACE, che vede premiati al Ministero della Salute i vincitori. L'iniziativa, dal titolo "Epatite C: crederCi, guarire, rinascere", ha visto la numerosa partecipazione di videomaker professionisti e non, pazienti, medici e operatori sanitari.

"Questo progetto è stato fortemente voluto dall'Alleanza Contro l'Epatite. Il nostro obiettivo è continuare l'opera di sensibilizzazione su una malattia molto diffusa in Italia e non solo, ma troppo spesso ignorata, sottostimata e quindi poco combattuta" dichiara Antonio Gasbarrini, Professore di Gastroenterologia 'Università Cattolica del Sacro Cuore' di Roma. "L'idea di mostrare le immagini in video può far ca-

pire davvero cosa sia l'epatite, dando così la possibilità di far toccare con mano, anche a coloro che non ne soffrono direttamente, tutte le difficoltà che deve attraversare un paziente. Ma sono davvero convinto che, grazie alle nuove scoperte farmacologiche, la nostra speranza diventi presto realtà" conclude Gasbarrini. Fabrizio Greco, Amministratore Delegato di AbbVie Italia, sottolinea "Siamo convinti che si debba agire congiuntamente su più fronti per sconfiggere l'epatite C e che l'informazione possa giocare a questo fine un ruolo chiave. Per questo abbiamo assicurato il nostro sostegno al Video Contest ACE, con il quale si intende sensibilizzare il pubblico più vasto sulla patologia. Occorre operare fattivamente insieme per diffondere una maggiore consapevolezza sull'Epatite C e l'iniziativa di oggi rappresenta un importante passo in questa direzione".

Ivan Gardini, Presidente EpaC onlus commenta così: "Comunicare le sofferenze indotte dall'epatite è un esercizio molto complesso, poiché abbiamo a che fare con una patologia molto complicata da spiegare in pochi secondi. Eppure sono rimasto sorpreso da alcuni videoclip che hanno comunicato in modo eloquente le sensazioni e le speranze che vivono quotidianamente i pazienti affetti da epatite. Davvero una piacevole sorpresa".

Dentisti abusivi: incontro col ministro Orlando

La rappresentanza della professione odontoiatrica ha incontrato mercoledì 6 maggio il Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando sul tema della lotta all'esercizio abusivo della professione.

La delegazione degli Odontoiatri, composta dal Presidente della CAO Nazionale Dr. Giuseppe Renzo, dal Presidente dell'ANDI Dr. Gianfranco Prada, dal Segretario della Cao Nazionale Dr. Sandro Sanvenereo e dal Responsabile legale dell'Ufficio Odontoiatri della FNOMCeO, Dr. Marco Poladas, ha accolto con soddisfazione le parole del Ministro che ha condiviso la necessità di giungere in

tempi brevi all'approvazione della normativa ancora all'attenzione del Parlamento per una riforma dell'art. 348 c.p., che attualmente sanziona in modo troppo blando un reato pericoloso per la tutela della salute pubblica e che comporta una inevitabile scandalosa evasione fiscale.

Nel rispetto del necessario iter legislativo, tutti i partecipanti hanno convenuto sull'importanza che finalmente si riesca ad introdurre nel nostro ordinamento norme giuridiche che sanzionino con efficacia e deterrenza un reato odioso come quello dell'esercizio abusivo della



L'incontro a Roma

professione sanitaria che da tempo sta suscitando allarme sociale nei cittadini. L'auspicio è quello di poter arrivare al traguardo rapidamente, considerando che da tempo il problema è all'attenzione del Governo e dei due rami del Parlamento.

Cancro ovaio, test del sangue ogni anno anticipa diagnosi

Un test annuale del sangue potrebbe anticipare la diagnosi del tumore alle ovaie, cancro femminile killer perché individuato in ritardo nella maggior parte dei casi. La speranza arriva dai primi risultati di uno studio condotto nel Regno Unito e durato 14 anni, che ha coinvolto donne in post-menopausa di 13 trust del National Health Service. I dati, pubblicati sul 'Journal of Clinical Oncology' da Usha Menon e colleghi dell'University College di Londra, dimostrano che sottoporsi ogni anno all'esame che misura i livelli del marker tumorale CA 125 permette di scoprire prima l'86% dei tumori ovarici. Alla luce dei risultati del 'Uk Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening', le autorità sanitarie potrebbero valutare l'opportunità di organizzare campagne di screening. Per arrivarci, precisano però gli esperti britannici sulla Bbc online, è fondamentale capire se il monitoraggio costante con il test e la diagnosi anticipata si traduce effettivamente in vite salvate. Questi dati sono attesi per il prossimo autunno.

Europarlamento: indicare calorie alcolici su etichette



Il Parlamento europeo, in una risoluzione approvata mercoledì scorso, chiede alla Commissione "di presentare una proposta per introdurre un'etichettatura su contenuto calorico per bevande alcoliche al più tardi nel 2016; i deputati chiedono anche una nuova strategia Ue in materia di alcol, che si concentri sul consumo di alcol da parte dei minori e propongono di inserire, sempre sulle etichette dei prodotti, informazioni su rischi della guida in stato di ebbrezza e consumo durante la gravidanza".

Infatti, "l'abuso di alcol è la seconda causa di malattia collegata allo stile di vita in alcuni Stati membri dell'Ue e la dipendenza dall'alcol è un fattore di rischio per oltre 60 malattie croniche, tra cui la malattia alcolica del fegato (Ald), le pancreatiti croniche legate all'alcol e quasi tutte le altre malattie dell'apparato digerente, il cancro, il diabete, le malattie cardiovascolari, l'obesità, i disturbi dello spettro fetale legati all'alcol (Fasf) e al-

cuni disordini neuropsichiatrici come la dipendenza da alcol". L'abuso

di alcolici inoltre causa "3,3 milioni di morti premature ogni anno in tutto il mondo, pari al 5,9% del totale. Nella fascia di età 20-39 anni, circa il 25% di tutti i decessi possono essere attribuiti all'abuso di alcol", decessi spesso dovuti a incidenti, atti violenti o malattie del fegato. Nella risoluzione approvata mercoledì per alzata di mano, i deputati ricordano che la strategia "dovrebbe includere la raccolta di dati affidabili, l'incoraggiamento alla prevenzione e al trattamento, la riduzione degli incidenti causati da guida in stato di ebbrezza e l'analisi dei diversi modelli di consumo di alcol. Per quanto riguarda l'indicazione degli ingredienti e delle calorie sull'etichetta, la Commissione europea "dovrebbe valutare se l'obbligo di fornire ai consumatori le informazioni sugli ingredienti e sul contenuto nutrizionale dovrebbe essere applicato anche alle bevande alcoliche". Infatti, secondo i deputati, il contenuto calorico delle bevande

alcoliche "dovrebbe essere chiaramente indicato e la Commissione dovrebbe presentare una proposta legislativa in tal senso entro la fine del 2016 al più tardi". Inoltre chiedono alla Commissione "di prendere in considerazione anche

un'etichettatura comune in tutta l'Ue per informare i bevitori sui pericoli causati dalla guida in stato di ebbrezza e per scoraggiare le donne in gravidanza a consumare alcol". Ancora, per proteggere i consumatori giovani, gli eurodeputati

"esortano gli Stati membri a intensificare gli sforzi per tutelare i giovani mediante l'applicazione della legislazione sui limiti di età e raccomandano di monitorare la pubblicità sugli alcolici e i suoi effetti sui giovani e di adottare misure idonee per limitare la loro esposizione", e affrontare "anche il tema delle vendite transfrontaliere di alcol via Internet". Infine gli Stati membri "dovrebbero lanciare campagne di sensibilizzazione in merito ai pericoli del binge drinking, destinate soprattutto ai minori e intensificare gli sforzi per ridurre gli incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza".

Oncologia, l'importanza delle reti regionali

A fronte di un aumento delle guarigioni, crescono i casi di tumore, che oggi sono circa un migliaio al giorno sul territorio nazionale. Per questo occorre puntare sempre di più sulla prevenzione, come emerso nel corso di un convegno tenutosi al Senato. In questo senso, un passo avanti significativo potrebbe essere legato allo sviluppo ottimale delle reti oncologiche regionali che al momento segnano il passo, con ripercussioni evidenti anche sui servizi che vengono resi ai pazienti. Secondo Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana Oncologia Medica, l'attivazione delle reti oncologiche regionali "procede con estrema lentezza".

La cifre confermano questa sensazione: grazie alle reti, ad esempio, è ipotizzabile che i due mesi che oggi occorrono per un intervento di chirurgia oncologica potrebbero essere ridotti del 30 %. Anche sui costi, peraltro, grazie alle reti si potrebbero avere prospettive diverse che potrebbero assicurare una miglior gestione. Secondo Pinto "si potrebbero risparmiare milioni di euro evitando quel 15 % di esami oncologici di imaging costosi ma spesso prescritti in modo scorretto, mentre più in generale vi sono terapie di non comprovata efficacia che costano ogni anno al sistema sanitario circa 350 milioni di euro".

"La riforma psichiatrica nella terra del Gattopardo. La legge 180 in Sicilia 1978-2014" di Fiorentino Trojano edito da Bonnano

Dopo 36 anni dalla legge 180, la cosiddetta "legge Basaglia", in Sicilia abbiamo nelle strutture residenziali quasi lo stesso numero di ricoverati rilevati negli Ospedali Psichiatrici pre-riforma. La Sicilia, in controtendenza rispetto al livello nazionale, aumenta i trattamenti sanitari obbligatori (indicatore di qualità assistenziale negativo), ha una carenza di posti letto nei Servizi Diagnosi e Cura e dal 2002 ha un crollo degli organici che mette in crisi la capacità di dare risposte multi-professionali (psicoterapie, presa in carico dei pazienti più gravi ecc.) e i centri diurni sono solo sulla carta ecc. In termini positivi però la Sicilia ha, a livello nazionale, una delle diffusioni più capillari di presenza dei servizi, è fra le prime regioni in Italia ad avere stabilito un'integrazione con i servizi di neuropsichiatria infantile e Servizi per le Tossicodipendenze ed ha una rete vasta e diffusa di strutture quali le Comunità Alloggio e Comunità Terapeutiche Assistenziali ecc. Ed ancora la 381 non è applicata e le cooperative di tipo B hanno un indice di inserimento dei pazienti psichiatrici che è in % la metà del centro-nord Italia. Come leggere questa situazione? Come comprendere dove va l'assistenza psichiatrica? Per comprendere questa situazione complessa e contraddittoria l'analisi inizia nel 1978, anno della prima legge regionale di recepimento della L. 180, e si conclude nel 2014. Il percorso di analisi si sviluppa confrontando le leggi nazionali con quelle regionali, analizzando i dati elaborati da Enti pubblici privati a carattere nazionale (Istat, il Ministero della Salute, la Fondazione Agnelli ecc.) ed i risultati delle ricerche dei Progetti Progres dell'Istituto Superiore della Sanità e riportando i risultati di indagini sul campo fatte dall'autore e da esponenti del mondo sanitario.

Tecniche mini-invasive: lavorano insieme il Policlinico di Catania e l'Ospedale di Cefalù



Leonildo Sichel, Pierfrancesco Veroux, Vittorio Virgilio, Carmela Durante e Mauro Scialabba

Collaborazione intraregionale per utilizzo di nuove tecniche mininvasive per interventi in chirurgia vascolare, particolarmente complessi, come il trattamento dell'aneurisma dell'aorta addominale. Le equipe impegnate sono il "San Raffaele Giglio" di Cefalù ed il Policlinico universitario di Catania. "L'aneurisma dell'aorta addominale è una patologia ad altissimo rischio – spiega il dottor Vittorio Virgilio, chirurgo vascolare e direttore generale dell'ospedale di Cefalù – la tecnologia permette, oggi, di intervenire anche su pazienti anziani che altrimenti non potrebbero essere trattati per via tradizionale potendo andare incontro a conseguenze irrimediabili in caso di rottura dell'aneu-

risma". Tre interventi di dilatazione dell'aorta addominale, su pazienti in età avanzata, una media di 80 anni, sono stati effettuati con accesso percutaneo dai vasi femorali e in anestesia locale. Una procedura eseguita in sala emodinamica ed ecoguidata. "Tecnologie avanzate e grandi professionalità, consentono alla nostra struttura – prosegue Virgilio – di offrire una sanità d'eccellenza, efficace, che riduce i rischi e i tempi di ricovero in ospedale, questo in linea con l'evoluzione della sanità moderna". Le nuove procedure sono state attuate grazie alla collaborazione avviata con Pierfrancesco Veroux, direttore della chirurgia vascolare e Centro trapianti del

Policlinico etneo e direttore della scuola di specializzazione in chirurgia vascolare. I trattamenti sono stati eseguiti in equipe con i chirurghi vascolari Mauro Scialabba e Leonildo Sichel. "Solo ospedali – ha sottolineato Veroux – che hanno un'alta tecnologia, professionalità e un'alta disponibilità di dispositivi possono eseguire questi trattamenti per via percutanea". Il trattamento avviene in circa un'ora. Viene introdotta, per via percutanea, dai vasi femorali, una endoprotesi che va ad escludere la zona aneurismatica impedendone la futura rottura e ripristinando il flusso sanguigno. Quindi la successiva chiusura degli accessi esterni con avanzati sistemi percutanei. Il che evita incisioni chirurgiche e aumento dei giorni di ospedalizzazione nonché sintomi dolorosi per il paziente. Il risultato è minore invasività, maggior comfort per il paziente, minor dolore post operatorio. La ripresa funzionale è rapida e la dimissione avviene nelle 24 ore successive alla procedura chirurgica. (Nuccio Sciacca)

Lotta alla leucemia: cura e riabilitazione vanno in barca a vela



PALERMO - L'ematologia va in barca a vela per risolvere il morale e migliorare la qualità della vita ai pazienti e a coloro che hanno sconfitto la leucemia. È l'obiettivo del progetto "...Sognando Itaca", organizzato da Ail in occasione della Giornata nazionale contro leucemie, linfomi e mieloma e che è arrivata a Palermo con l'imbarcazione "King Arawak", dopo aver percorso 1700 miglia lungo le coste italiane partendo da Trieste. La giornata di informazione sulla velaterapia per i malati onco-ematologici si è svolta al Circolo Canottieri Palermo, alla Cala con la conferenza stampa a cui sono intervenuti tra gli altri il sindaco Leoluca Orlando; il presidente della

Società Canottieri Palermo, Eduardo Traina; il vicepresidente di Confindustria Sicilia, Nino Salerno; il direttore dell'Ematologia I con trapianto di midollo degli Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, Francesco Fabbiano; il presidente di Ail Palermo, Pino Toro; Marco Vignetti della fondazione Gimema onlus; Claudia Lo Castro e Alessandra Vela, psicologhe del progetto "Un Mare di Ail", che hanno presentato i risultati raggiunti con la velaterapia su dodici pazienti in remissione completa. L'iniziativa, nata da un'idea della sezione Ail di Brescia, coinvolge una barca a vela con skipper professionisti, pazienti in fase riabilitativa, medici, in-

fermieri e psicologi, con l'obiettivo di diffondere nelle ematologie italiane la vela terapia quale metodo terapeutico volto alla riabilitazione psicologica e al miglioramento della qualità della vita dei malati ematologici.

Un principio applicato nel progetto tutto palermitano "Un mare di Ail", coordinato dal servizio di Psicologia offerto dall'Ail nell'unità operativa di Ematologia I con Trapianto degli ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, e che ha già coinvolto dodici pazienti in remissione completa, seguiti dall'équipe medica coordinata dal primario Francesco Fabbiano. Nell'occasione sono stati presentati i risultati raggiunti.



Ministero della Salute

Direzione Generale della prevenzione sanitaria

MALATTIA DA VIRUS EBOLA (MVE)

Consigli ai viaggiatori internazionali

**diretti o provenienti dai Paesi affetti dell'Africa Occidentale
(Guinea, Liberia, Sierra Leone)**

L'infezione è altamente trasmissibile:

- per contatto diretto con sangue o altri fluidi corporei di persone o animali infetti, deceduti o viventi
- per contatto con oggetti contaminati da fluidi corporei infetti
- la trasmissione per via aerea non è stata documentata.

AL VOSTRO ARRIVO IN QUESTE REGIONI

In tutti i casi si prega di rispettare le raccomandazioni delle autorità locali e:

- mantenere un alto livello di igiene personale;
- evitare ogni contatto con sangue e fluidi corporei di persone o animali infetti;
- evitare di maneggiare oggetti che possono essere stati a contatto con sangue e fluidi corporei di persone o animali infetti
- evitare il contatto con animali selvatici

Se avete visitato aree dove recentemente sono stati riportati casi di MVE, in caso di malessere (febbre, mal di testa, indolenzimento, gola infiammata, diarrea, vomito, dolori di stomaco, eruzioni cutanee o occhi arrossati) richiedete assistenza medica.

***Per qualsiasi necessità contattare
la Vostra Ambasciata o il Vostro Consolato***

AL VOSTRO RITORNO IN ITALIA

***se nei 21 giorni che seguono il Vostro ritorno si dovessero
presentare sintomi quali: febbre, mal di testa, indolenzimento,
gola infiammata, diarrea, vomito, dolori di stomaco, eruzioni
cutanee o occhi arrossati***

***a scopo precauzionale
contattate il vostro medico di fiducia riferendo del vostro
recente viaggio in Africa occidentale***

Ministero della Salute: www.salute.gov.it/ebola

La Giornata mondiale dell'igiene e delle mani

E' stato scelto il 5 maggio, cioè il quinto giorno del quinto mese dell'anno, per ricordare i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani nelle attività sanitarie e assistenziali. Un appuntamento annuale per ribadire il ruolo chiave dell'igiene delle mani, riconosciuta come una delle pratiche centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione di infezioni. E' ben documentato che quando nelle strutture sanitarie l'adesione alla corretta igiene delle mani è elevata, si riduce il rischio di infezioni correlate all'assistenza. In modo particolare si riducono le infezioni da batteri resistenti agli antibiotici, che rappresentano un grave rischio per la salute e uno dei maggiori problemi di salute pubblica. Per questo motivo, da anni, le aziende sanitarie pubbliche organizzano continue iniziative di formazione e di rinforzo, negli ospedali come nel territorio, volte a rammentare i passaggi essenziali da rispettare. I dati di monitoraggio di queste pratiche, rilevati sia tram-

ite osservazione diretta sia tramite i dati di utilizzo di gel alcolico, rapportato alle giornate di degenza, mostrano un significativo e progressivo incremento dell'adesione alle raccomandazioni. "Lavarsi le mani e' un gesto che compiamo piu' volte tutti durante la giornata. Non tutti pero' hanno la giusta percezione di quanto questa pra-

tica sia importante per la prevenzione di molte malattie" dichiara in una nota il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in occasione della Giornata mondiale per l'igiene delle mani. La titolare del dicastero della Salute spiega che "un corretto lavaggio permette di ridurre di oltre il 40% il rischio di contrarre infezioni ma non tutti sanno come effettuarla correttamente affinché sia realmente utile per allontanare i microrganismi che si trovano sulla pelle". Spesso, continua Lorenzin, "si dedica al lavaggio delle mani pochi secondi nella convinzione che cio' sia sufficiente ad averle pulite. Ma non e' cosi', le mani sono un ricettacolo

di germi: circa il 20% e' rappresentato da microrganismi non patogeni, che risiedono normalmente sulla cute senza creare danni. A questi, pero', possono aggiungersi virus e batteri che circolano nell'aria o con cui veniamo in contatto in diverse occasioni (toccando superfici contaminate, nel contatto con i malati, etc)". Una corretta igiene delle mani, conclude il ministro, e' fondamentale per gli operatori sanitari perche' contribuisce in maniera importante a ridurre la diffusione delle infezioni ospedaliere. **ECCO LE INDICAZIONI DEL MINISTERO PER UNA CORRETTA IGIENE:** - Utilizzare sempre il sapone, preferendo quello liquido alla saponetta perche' quest'ultima

puo' trattenere i germi sulla sua superficie e usiamo acqua corrente preferibilmente calda. - Applicare il sapone su entrambi i palmi delle mani e poi strofinarlo bene per almeno 40-60 secondi il dorso, tra le dita e nello spazio al di sotto delle unghie perche' qui i germi si annidano piu' facilmente. Ai bambini picco

li che non sanno ancora contare si puo' insegnare a lavarsi le mani facendogli cantare per tutto il tempo una canzoncina/filastrocca che duri circa un minuto. - Dopo aver insaponato e strofinato bene le mani risciacquare abbondantemente con acqua corrente perche' se sulla pelle o sotto le unghie rimangono parti insaponate, esse diventano appiccicose e trattengono batteri o virus con maggiore facilità. - E' preferibile asciugare le mani con carta usa e getta o con un dispositivo ad aria calda oppure con un asciugamano pulito, strettamente personale. - Ricordare di non toccare rubinetti o maniglie con le mani appena lavate: se dobbiamo farlo usiamo una salviettina di carta che poi getteremo nella spazzatura.

- Per prevenire eventuali irritazioni dovute a detergenti troppo aggressivi o a lavaggi troppo prolungati, applicare eventualmente una crema o una lozione idratante.

Processi gestionali per la valutazione dell'accuratezza delle cartelle cliniche (protocollo P.A.C.A.)

di **M. Careno, G. Trimarchi****, **G. Borgese***, **S. Modica***, **P. Bonomo***

*P.O. "Maggiore" di Modica – U.O.C. Direzione Sanitaria – ASP 7 RG

**Dipartimento S.A.S.T.A.S., Università degli Studi di Messina, Italia

La cartella clinica: definizione, valenza e struttura
Sorta come insieme di appunti per ricordare e trasmettere dei messaggi fra operatori sanitari, la cartella clinica oggi riveste un notevole ruolo documentativo, anche se pecca di carenza legislativa.

Secondo la definizione fornita dal Ministero della Sanità (1992), la cartella clinica è la raccolta organica e funzionale di tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero, registrato dal medico ed infermieristico.

Assurgendo ad atto ufficiale, oltre a questo scopo clinico per l'assistenza, la valutazione dell'efficacia delle cure e rilievi statistici e scientifici, la cartella clinica assume anche grande valenza:

- medico-legale permettendo la tracciabilità delle diverse attività sanitarie svolte (responsabilità delle azioni, cronologia delle stesse e modalità della loro

esecuzione) e facilitando l'integrazione di competenze multiprofessionali nel processo diagnostico-terapeutico;

- giuridica in quanto è un Atto Pubblico di Fede Privilegiata sottoscritto da un Pubblico Ufficiale,

- economico-amministrativa di notevole importanza attraverso cui è possibile la valutazione e la revisione delle prestazioni e una migliore gestione del budget aziendale sanitario.

I documenti e le informazioni riportate in cartella clinica devono rispondere a criteri di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza, completezza.

La struttura della cartella clinica si compone di varie macro componenti ciascuna con specifica funzione, quali:

- Dati amministrativi
- Anamnesi Patologica Remota e Prossima,
- Esame obiettivo
- Processo di cura (procedure diagnostiche, terapeutiche e assistenziali e

riabilitative)

- Diario clinico
- STU (Scheda di Terapia Unica)
- Rilevazione di parametri vitali (grafica)
- Referti di prestazioni e consulenze
- Verbale operatorio e cartella anestesilogica
- Consensi
- Lettera dimissione o trasferimento
- SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera)

La cartella clinica come strumento di valutazione
Relativamente al tema dei controlli analitici per l'appropriatezza, nella Regione Sicilia si è resa necessaria la predisposizione di nuove linee di indirizzo al fine di rendere più efficace ed efficiente il sistema complessivo nella sua capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Le linee di indirizzo per le attività di controllo analitico dell'assistenza nel Sistema Sanitario Regione Sicilia indicano la cartella clinica come valido stru-

mento di verifica della qualità delle prestazioni.

A tal fine si fa riferimento a una metodologia omogenea di pianificazione e svolgimento dei controlli, quale il Piano Annuale dei Controlli Analitici (P.A.C.A.). Piano Annuale dei Controlli Analitici (P.A.C.A.).

Il Piano Annuale dei Controlli Analitici (P.A.C.A.) costituisce il protocollo contenente gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche secondo principi di trasparenza, omogeneità, imparzialità, oggettività, legalità e responsabilità. È emanato entro il 30 ottobre di ogni anno, il suo ambito di applicazione comprende il complesso dell'attività erogate da tutte le strutture ospedaliere operanti nella Regione Sicilia, sia pubbliche che private accreditate, le quali sono obbligate ad attenersi ad esso e prevede controlli interni ed esterni con effetti economico-am-

ministrativi. Infatti, secondo quanto dettato dal PACA 2014, per tutte le schede dei controlli che prevedono valutazioni proporzionali si determinerà, tramite il punteggio attribuito ad ogni aspetto valutato secondo quanto indicato dalla scheda PACA, un risultato totale per mezzo del quale si procederà ad una decurtazione proporzionale della valorizzazione attribuita; questa decurtazione sarà comunque uguale al 70% del valore della tariffa al raggiungimento del punteggio soglia di 70 o per valori superiori, ad eccezione dei casi già contemplati dalle normative vigenti e nel caso di mancanza non giustificata della cartella clinica o della SDO.

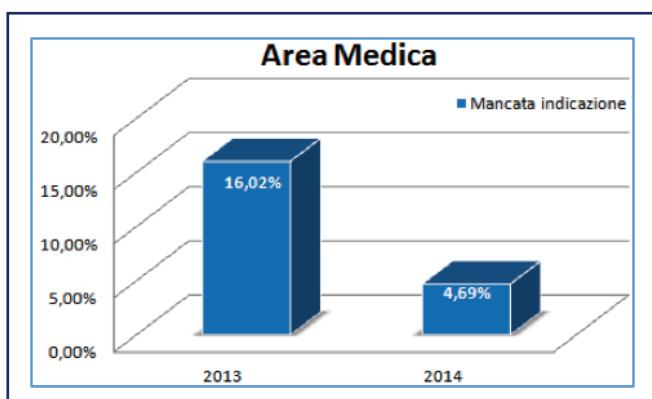
Unità Operative	2013	2014
Cardiologia	12	52
Chirurgia	25	52
Geriatria	16	51
Malattie Infettive	6	/
Medicina	24	52
Nefrologia	12	49
Oculistica	12	40
Ortopedia	18	53
Ostetricia e Ginecologia	38	41
Otorinolaringoiatria	6	24
Pediatria	27	43
Rianimazione	26	16
TOTALE	222	473

Studio

L'obiettivo specifico dello studio ha riguardato il monitoraggio e la mappatura dell'adeguata compilazione delle cartelle cliniche da parte di tutte le unità operative di degenza del P.O. Maggiore di Modica secondo i criteri dettati dal protocollo P.A.C.A. (vedi scheda allegata), relativamente agli anni 2013 - 2014.

A tal fine sono state valutate a campione random 222 cartelle cliniche relative al primo semestre 2013 e 472 relative al primo semestre 2014.

I dati raccolti sono stati analizzati tramite metodi di indagine statistica che hanno permesso di evidenziare dei miglioramenti statisticamente significativi ($p < 0.05$) fra le cartelle del 2014 e del 2013, nel dettaglio un decremento pari circa al 10% della per-



tuale di mancata indicazione dei parametri esaminati. Ciò si osserva in entrambe le aree analizzate e in maniera assimilabile fra le varie U.O. anche se non mancano casi di eccellenza.

Conclusioni

I risultati ottenuti permettono di attestare che i dati del 2013 mostrano mancanze o inadeguatezze nella compilazione della documentazione clinica da parte degli operatori sanitari.

Con l'obiettivo di migliorare le procedure di compilazione della documentazione, sono stati organizzati degli audit al fine di individuare le criticità nell'appropriatezza e nella completezza delle cartelle cliniche e i possibili interventi risolutivi da porre in essere.

Dai dati del 2014 si evince che gli obiettivi di miglioramento nella compilazione e gestione delle cartelle cliniche sono stati raggiunti anche se non mancano piccole anomalie che potrebbero essere attribuite ad errori casuali o sistematici, di distrazione, inosservanza dei pre-stampati delle cartelle o alla scarsa compliance da parte degli operatori sanitari che sottoscrivono il documento.

Bibliografia

Decreto Amministrativo n. 1542 del 26 agosto 2013, Regione Siciliana "Piano Annuale Controlli Analitici 2014" e Allegato 1

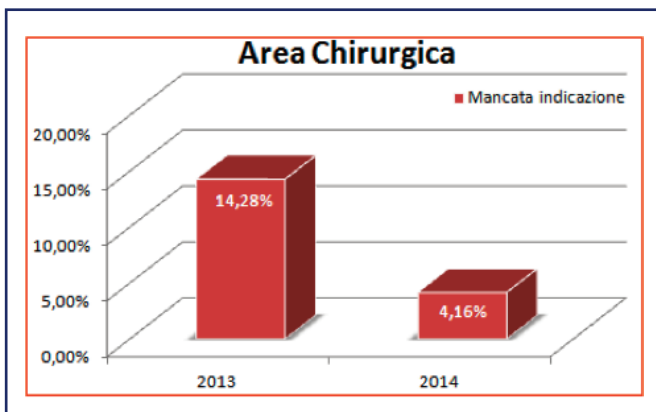
Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana – Parte I n.16 del 18 aprile 2014 (n.13) "Piano Annuale Controlli Analitici 2012-2013"

Decreto Amministrativo n. 0496 del 13 marzo 2013

lato: la normativa regionale. 2 rd. ed. Roma: ISR, 1990.

Trimarchi G. Metodologia Statistica per le Scienze Mediche. 2004. Cap. 3 – 5 – 7 – 14.

La Carta della qualità della cartella clinica. AIDOS (Associazione Italiana Documentazione Sanitaria), AIFI (Associazione Italiana Fisioterapisti), Anaa Assomed (Associazione Medici Diri-



"Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche del sistema sanitario regionale" – 2013

DPR 445 del 28/12/2000 – Testo unico sulla Documentazione Amministrativa
Gattai A. Cartella clinica : compilazione, gestione, archiviazione, aspetti giuridici e medico-legali. 3rd. ed. Milano: OEMF, 1990.

Sacchetti M.C., Musumeci A. Tutela dei diritti del ma-

genti), CCN (Coordinamento Nazionale Caposala), CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche), Istituto Tecnologie Biomediche. Available from: http://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/salute/cartella_clinica/carta%20della%20qualita%20della%20cartella%20clinica.pdf. 2009

La cartella clinica è disponibile?*	SI	NO		100
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	SI	NO		4
La diagnosi di dimissione è indicata?	SI	NO		4
La proposta di ricovero su ricettario SSR è presente? (solo per i ricoveri programmati, esclusi i ricoveri post-acuti per trasferimento diretto dai reparti ospedalieri pubblici e privati)	SI	NO	NA	5
Il documento di sintesi della storia clinica del paziente redatto dal medico curante (allegato E/D) è presente? (solo per i ricoveri programmati)	SI	NO	NA	2
Per il DH/DS la comunicazione dello specialista al medico curante è presente?	SI	NO	NA	3
Per il DH/DS il programma assistenziale è presente?	SI	NO	NA	3
Anamnesi patologica remota				
Presente?	SI	NO		5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Anamnesi patologica prossima				
Presente?	SI	NO		5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Esame obiettivo all'ingresso				
Presente?	SI	NO		10
Firmato o siglato?	SI	NO	NA	3
Datato?	SI	NO	NA	3
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Descrive almeno due app. + sede del problema?	SI	NO	NA	3
Diario medico clinico				
Annotazioni in tutte le giornate di degenza?	SI	NO		5
Annotazioni firmate o siglate?	SI	NO		3
L'intervento chirurgico è documentato con copia del registro di sala operatoria?*	SI	NO	NA	3
La descrizione dell'intervento è leggibile?	SI	NO	NA	1
L'intervento eseguito è identificabile nella descrizione ?	SI	NO	NA	3
L'intervento eseguito è descritto in maniera analitica?	SI	NO	NA	3
La cartella anestesiológica è presente e debitamente compilata (per tutte le tipologie di anestesia, anche locale, instillazione, ecc)?	SI	NO	NA	3
E' presente Il referto dell'esame istologico?	SI	NO	NA	3
Foglio di dimissione e/o trasferimento? (na se decesso)	SI	NO	NA	3
Tutti i consensi informati previsti dalla normativa regionale (D.A. 13/07/2006) sono presenti in cartella e completi (firme, date, procedure, rischi, alternative terapeutiche)	SI	NO	NA	10

Figura 1 – Scheda valutazione P.A.C.A.: Analisi documentazione clinica



Nomisma: farmaci generici non sfondano, solo 13% spesa

Ma 90% pazienti li conosce, e 72% li ha usati almeno una volta

"Nonostante si tratti di farmaci assolutamente equivalenti agli originatori, gli esiti di mercato dei generici non hanno ancora raggiunto il loro massimo potenziale: ad oggi rappresentano poco più del 13% della spesa farmaceutica di classe A". È quanto emerge dallo studio 'Il sistema dei farmaci generici in Italia. Scenari per una crescita sostenibile', realizzato dalla società di studi economici 'Nomisma' per conto di Assogenerici e presentato a Roma presso la Sala Capitolare del Senato, in piazza della Minerva. Secondo Nomisma, dall'indagine emerge "una fotografia decisamente sbilanciata: da una parte, tra i pazienti che hanno fatto uso di farmaci negli ultimi dodici mesi - fa sapere la società - la maggior parte conosce i farmaci generici (90%) e molti ne hanno fatto uso almeno una volta (72%); dall'altra l'elevato numero di autorizzazioni all'immissione in commercio induce molti medici a seguire pattern prescrittivi consuetudinari. Sembra esistere, infatti, un

'vuoto informativo' tra medico e produttori di farmaci generici che incide negativamente sulla capacità di penetrazione dei generici stessi, tanto che il mercato dei farmaci fuori brevetto è ancora oggi dominato dai farmaci 'di marca'. Dal punto di vista dell'impatto, uno degli effetti dei generici è una contrazione della spesa pubblica a fronte di un aumento delle confezioni vendute. "L'introduzione di un farmaco generico - prosegue ancora lo studio - porta a una riduzione del prezzo per confezione pari mediamente al 60% ad un anno dall'ingresso sul mercato. Oltre al risparmio pubblico, particolare rilevanza ha poi quello privato: se i pazienti sostituissero tutti i farmaci utilizzati con i rispettivi generici al prezzo più basso, sarebbe infatti possibile ottenere oltre 1,4 miliardi di euro di risparmi privati, a parità di confezioni vendute". Questo, sempre secondo Nomisma, porterebbe "ad un incremento dei consumi in altri settori dell'economia che,

nell'ipotesi massima, sarebbe di cir

ca 700 milioni di euro. Effetti ugualmente rilevanti sono esercitati sul tessuto produttivo: tra 2005 e 2013 il comparto dei generici ha attivato investimenti, valore aggiunto e occupazione in misura relativamente maggiore rispetto al settore di riferimento, mostrando come i possibili impatti positivi possano andare ben oltre un semplice effetto di razionalizzazione della spesa pubblica". Ma qual è lo scenario che si prospetta per il futuro? "Il risparmio pubblico che sarà ottenibile semplicemente grazie al processo di 'genericazione' sarà di oltre 1,1 miliardi di euro tra il 2015 e il 2020. Ma il dato certo - conclude infine Nomisma - è che tra 2015 e 2020 andranno in scadenza brevettuale prodotti che valgono, a livello nazionale, oltre 2,1 miliardi di euro".

La relazione tra paziente e medico in ospedale

di Lucia Borsellino

Assessore regionale alla Salute



Se il ricovero in ospedale rappresenta, per qualunque persona, un momento difficile, di ansia, di paura, di estraneità rispetto al proprio ambiente di vita e di lontananza dalla famiglia, il disagio legato al bisogno insieme ad un impatto difficile con l'organizzazione dei servizi in un contesto in cui debbano prevalere criteri di efficienza e di uso responsabile delle risorse, rischia di accentuarne le sofferenze.

E' importante, quindi, cominciare dalle relazioni tra le persone che accedono in ospedale e gli operatori sanitari. Al fine di aiutare i pazienti e gli operatori sanitari a stabilire un rapporto umano reciprocamente valido e migliorare la percezione che ha il paziente dell'esperienza vissuta presso la struttura di ricovero, la Regione Siciliana, attraverso il Comitato Regionale di Bioetica (CoReb), ha sviluppato questa Guida passando in rassegna le evidenze riportate dalla letteratura internazionale e mettendosi dalla parte sia del cittadino che dell'operatore che si confrontano con un'organizzazione complessa come quella sanita-

ria dove le condizioni di benessere organizzativo o le eventuali disfunzioni dipendono da molteplici fattori.

Questo documento è il frutto di un lungo lavoro, condiviso con diverse categorie di operatori e di cittadini, con la quale ci si propone, per la prima volta, di affrontare, superando la tendenza all'autoreferenzialità e offrendo al cittadino, sia esso paziente o familiare di paziente, uno strumento che contiene le informazioni più rilevanti per migliorare la relazione con il personale sanitario, i possibili fattori causa di disparità di trattamento nella struttura di ricovero, dal momento dell'accoglienza fino alla dimissione, e mitigare gli effetti di eventuali inefficienze organizzative o disagi. Tutto questo attraverso la partecipazione attiva del cittadino, reso consapevole di ciò che è suo diritto e suo dovere e l'individuazione di soluzioni organizzative appropriate che possono essere concretamente intraprese. Con questo promemoria rivolto ai medici, si analizzano possibili comportamenti che, sulla

base delle evidenze, possono facilitare oppure ostacolare la creazione di una relazione positiva fra loro e i pazienti ricoverati. L'accoglienza del paziente in ospedale, ove il paziente viene visto come persona con i suoi bisogni complessi e non come "un altro caso", l'importanza dell'anamnesi quale presupposto insostituibile per la costruzione della relazione medico paziente, le conoscenze sulla malattia, la medicina narrativa, sono solo alcuni degli argomenti trattati.

Questo strumento, infine, rappresenta un atto di assunzione di responsabilità dell'intero sistema sanitario che guarda al benessere della persona e per questo, oltre alla diffusione, la sua implementazione è stata inserita tra le nuove politiche sanitarie per la qualità e centralità del paziente e costituisce, al di fuori di qualsiasi approccio di mero adempimento burocratico, attraverso il Programma operativo di consolidamento e sviluppo 2013-2015, oggetto di valutazione dei Direttori Generali delle aziende sanitarie.

Premessa

Ci sono fra il medico che lavora in ospedale e il medico di medicina generale (MMG) alcune notevoli differenze: il MMG viene scelto dal paziente, mentre il medico e l'equipe medica d'ospedale sono assegnati dalla sorte al paziente che si ricovera; il MMG ha con i pazienti conoscenza e continuità di cura che si misurano in anni, mentre il medico d'ospedale ha con il paziente ricoverato un contatto di giorni o di qualche settimana (oggi sempre più breve); il MMG conosce molto spesso la famiglia del paziente e il suo ambiente, mentre il medico d'ospedale conosce solo il paziente; il MMG ha, dei problemi di salute del paziente, una conoscenza e una considerazione globali, mentre il medico d'ospedale tende a focalizzarsi sul ristretto problema che ha causato il ricovero; infine, almeno fin oggi il MMG ha con i pazienti un rapporto individuale, uno a uno, mentre in ospedale il paziente

entra in rapporto con una équipe di medici, anche se uno dell'equipe può essere più direttamente responsabile dei suoi problemi.

E' difficile prevedere se gli attuali programmi di aggregazione funzionale dei MMG modificheranno il rapporto fra MMG e pazienti. Allo stato attuale, le caratteristiche del lavoro dei MMG tendono a favorire una relazione di empatia – cioè di comprensione, partecipazione e caring con i pazienti – che può essere meno facile raggiungere per i medici d'ospedale. E difatti, mentre la maggioranza dei medici d'ospedale intrattiene con i pazienti una efficace relazione di empatia, una percentuale di essi stimata fra il 20% e il 25% palesa difetti di relazione e soprattutto di comunicazione (vedi note 1 e 2 e relative evidenze dalla letteratura). In considerazione di queste osservazioni, le pagine seguenti hanno lo scopo di fornire un promemoria dei comportamenti che possono facilitare oppure ostacolare la creazione di un rapporto positivo

fra medici d'ospedale e pazienti.

Questa relazione tra paziente e medico in ospedale è stata sviluppata, discussa e definita in più riunioni del CoReb dei cui componenti presentiamo la lista:

Lucia Borsellino (Presidente)
M. Grazia Furnari
Luigi Pagliaro (Vice Presidente)
Silvio Garattini
Vittoria Agnello
Francesco Giordano
Antonella Argo
Giuseppe Greco
Massimo Attanasio
Salvino Leone
Agatino Franco
Bonarrigo Giovanni Merlino
Nicolò Borsellino
Giuseppe Murolo
Silvia Bosio
Mario Palazzo
Adriano Pasquale
Candela Salvatore Pilato
Sebastiano Cavallaro
Giuseppe Remuzzi
Francesco Di Raimondo
Fabio Tinè
Giuseppe Di Tommaso
Rosalia Traina

Alla fine della relazione e delle note che ne sono

Box. Il paziente come persona: alcune domande che il medico dovrebbe porsi per conoscere il paziente come persona

1. Chi è questo paziente? Quali sono i suoi interessi, i suoi affetti, il suo lavoro, le sue preoccupazioni?
2. Perché ha chiesto una visita (o si ricovera?) Che idea si è fatto della sua malattia, quali preoccupazioni ha per il suo futuro a breve e a lunga scadenza?
3. Come vive le conseguenze funzionali della sua malattia (dolore, altri disturbi, inabilità)?
4. Che cosa spera che i medici possano fare per aiutarlo?
5. Che cosa pensa e sente riguardo alla sua malattia, alle procedure diagnostiche, al trattamento e ai medici (paura, mancanza di fiducia, tristezza, ambivalenza tra sentimenti negativi e positivi)?

parte integrante è stata inclusa la guida per il paziente che si ricovera. Lo scopo è quello di ricordare ai medici quali informazioni sono più rilevanti per i pazienti che si affidano alle loro cure.

1. L'accoglienza in ospedale

Il ricovero in ospedale è per qualunque persona un momento difficile, di ansia, di paura, di estraneità dell'ambiente in cui si troverà a vivere e di lontananza dalla famiglia.

In questa situazione, il medico e l'infermiere che con lui hanno i primi contatti devono fargli sentire che egli è una persona e non "un altro caso". Questo vuol dire salutare, presentarsi, avere un atteggiamento amichevole, infondere fiducia sull'efficacia che avrà il ricovero e assicurare che si cercherà di attenuare il più possibile i disagi materiali e morali della vita in ospedale.

2. La storia

La storia (o anamnesi) è uno strumento anche oggi insostituibile per capire chi è il paziente, perché si ricovera e per fare ipotesi sulla sua malattia e sul suo trattamento.

Ed è anche la prima e talvolta l'unica occasione per un incontro non fugace e per la creazione di una relazione positiva fra il medico e il malato. Però la storia è anche la parte più difficile

del lavoro del medico e quella che richiede più tempo. Evitando la pretesa di insegnare a medici esperti come si fa la storia, ricordiamo sei precetti utili per avviare dalla storia la creazione della relazione interumana fra medico e paziente.

1. Non rivolgersi a un paziente adulto dandogli del tu.

2. Evitare che altri possano udire il racconto del paziente.

3. Usare un linguaggio comprensibile evitando il gergo medico, e accertarsi che il paziente lo capisca.

4. Non ignorare le manifestazioni non verbali (espressione del viso, gesti, pause), che possono essere più espressive delle parole.

5. Iniziare la storia con domande molto generali (open ended questions), per esempio: perché si è ricoverato? Che problemi ha? Non interrompere il racconto del paziente in risposta a queste domande: in meno di un terzo dei casi i pazienti riescono a completare il racconto dei propri problemi, che viene interrotto da domande premature dopo una media di 23 secondi. Una volta interrotti, raramente i pazienti riprendono il filo del loro racconto e la storia si trasforma in un interrogatorio nel quale il medico fa le domande e il paziente dà risposte circoscritte all'oggetto della domanda, senza poter parlare liberamente dei propri problemi e delle proprie preoc-

cupazioni. Si perdono così informazioni importanti – qualche volta le più importanti – e si perde per il medico la possibilità di trasformare la storia in un'occasione per avviare la relazione con il paziente (vedi nota 2).

6. Può accadere (e accadrà sempre più spesso) che un paziente le dica di aver trovato in Internet informazioni o indicazioni di salute e chieda il suo parere. In genere il paziente vuole realmente avere il parere del medico, non alimentare una polemica (1); e una risposta appropriata può migliorare la relazione medico-paziente (2). E infatti i pazienti, anche se ricercano informazioni in internet, hanno fiducia nel medico come giudice finale della loro affidabilità e appropriatezza (2, 3). Il parere del medico può essere diverso: l'informazione o indicazione da Internet può essere inaffidabile, e in questo caso il medico deve garbatamente spiegarlo al paziente ("non sempre si può credere a quello che si legge in Internet"); oppure può essere corretto, ma inappropriato per il paziente ("va bene, ma quella cura o quell'esame non sono appropriati per lei"). Infine, l'informazione o l'indicazione possono essere interessanti, e il medico farà bene a riconoscerlo, eventualmente chiedendo dove il paziente le ha trovate per verificarle e magari approfondirle ("è un'idea promettente; dove l'ha trovata?").



di **Rosa Giaquinta**
vice presidente dell'Ordine

Medicina narrativa: possibile strumento nella relazione di cura

La Medicina oggi, proprio nel momento in cui dispiega le sue potenzialità tecnologiche, evidenzia i limiti di un approccio che sembra smarrire i fondamenti umanistici dell'incontro clinico e della relazione terapeutica. La Biomedicina è attraversata da una crisi di credibilità rilevata da tre segnali a livello sociale:

- Incremento ricorso medicine non-convenzionali
- Scollamento fiduciario tra cittadino e sistema formale di cura
- Aumento contenzioso legale per supposti episodi di malasanità.

La malattia, da noi medici, viene codificata secondo le nostre conoscenze per cui raggruppiamo, classifichiamo, descriviamo. Il paziente, invece, conosce la malattia secondo le esperienze e le informazioni collezionate in vari modi: internet, riviste, tv, conversazioni o storie della malattia di un familiare, di un amico. E poi ci sono le emozioni, i timori, le aspettative: tutte cose estremamente individuali e soggettive. Ogni individuo ha un mondo storico, cognitivo, sociale, relazionale, emotivo diverso da ogni altra persona... Le informazioni e le prescri-

zioni sono un'ottima cosa, ma è importante che il malato sia, almeno potenzialmente, disponibile a collaborare.

Possibile strumento nella relazione di cura è allora la Medicina Narrativa che nasce in America come tentativo di recuperare gli aspetti emotivi della malattia.

Rita Charon, che ne ha coniato il termine, l'ha introdotta negli Usa e formalizzata ufficialmente nelle strutture universitarie. Negli U.S.A. ha trovato un posto ufficiale anche nelle strutture universitarie.

La Harvard medical school ha sviluppato un modello concettuale di NBM che prevede un training specialistico per i medici grazie al quale sviluppare ascolto, strategie di comunicazione, capacità di narrazione ecc. Le finalità di questo approccio clinico sono la comprensione di come la persona viva quel particolare evento all'interno della sua vita e della sua esperienza.

Il valore di queste informazioni è dato dal fatto che esse consentono di avvicinarsi alla patologia con un approccio olistico, aprendo nuove vie alla diagnosi e alla cura.

Rita Charon parla di un coinvolgimento emotivo che è quello che prevede una conoscenza emotiva dell'altro, un "sapere delle emozioni", che non comporta alcun processo di identificazione, quanto piuttosto un fare spazio dentro di sé alle emozioni dell'altro. Il concetto di "Medicina Narrativa" si è sviluppata di recente in Italia ed è un modo nuovo di intervenire sul paziente, vero detentore della conoscenza della malattia attraverso la sua narrazione, dei suoi sentimenti riguardo la propria malattia e attraverso il filtro della cultura e della sua esperienza. Quindi integrazione di un approccio tradizionale, a uno qualitativo, introducendo nuovi strumenti per indagare la malattia come esperienza esistenziale in cui ricercare significati.

Nucleo centrale della medicina narrativa è il processo di ascolto del paziente mediante una tecnica di conversazione molto raffinata che conduce il medico a capire, mediante l'ascolto delle proprie emozioni e di quelle del paziente, il significato della sua pratica clinica.

La narrazione richiede a sua volta da parte del medico

un'arte molto difficile: l'arte di fare domande.

Ecco quindi che il medico - a cui spetta per posizione e ruolo la conduzione del colloquio professionale - deve saper maneggiare con competenza lo strumento narrativo.

Ciò significa che bisogna essere capaci di evocare, guidare, interrompere quando è il caso, e infine chiudere la narrazione: non ha senso infatti suscitare una autobiografia fluviale inarrestabile, che introduce nell'ambulatorio una quantità spesso caotica di elementi in gran parte non trattabili sul piano clinico; e d'altra parte è necessario che il paziente possa esplicitare le sue ipotesi eziologiche e terapeutiche - per

irrazionali che esse possano apparire - senza temere severi giudizi, rimproveri o commenti ironici o irritati.

L'intento della NBM è quello di arricchire il punto di vista del medico, affiancando questa modalità di operare alla EBM e alle Clinical Practice Guidelines Kleinman, psichiatra e antropologo statunitense, riferisce che la malattia ha una dimensione biologica DISEASE, una dimensione culturale e di vissuto ILLNESS e ha poi dei significati oggettivi (socio politica) SICKNESS.

I possibili vantaggi di questo strumento di approccio alla malattia saranno:

- Migliorare le relazioni tra paziente, famiglia, medici e personale sanitario

- Fornire una diagnosi più approfondita (Byron J.Good, 1999)

- Migliorare la strategia curativa (Zannini Lucia, 2008)

- Ridurre la sofferenza
- Favorire una migliore aderenza alla terapia

- Migliorare la qualità del servizio, reale e percepita

- Fornire materiale utile da analizzare per nuove strategie di cura

- Favorire la formazione di comunità che aiutano il paziente a livello sociale, psicologico, etc. (Greenhalgh T., 2009).

L'Arte, in tutte le sue espressioni (poesia, narrativa, pittura, teatro...) può essere un valido supporto a questo strumento di cura.

L'Isola delle emozioni

Il Dipartimento di Salute Mentale di Modica, anche quest'anno, ha realizzato il laboratorio teatrale di riabilitazione psichiatrica, che si concluderà con lo Spettacolo teatrale "L'isola delle emozioni" al Teatro Garibaldi, venerdì 12/06/15 alle ore 20,30.

Il progetto di animazione teatrale "L'isola delle emozioni", nato dal protocollo d'intesa siglato tra il Dipartimento di Salute Mentale di Modica e la Fondazione Teatro Garibaldi, per la promozione del benessere mentale, si è svolto il 12 Giugno ed ha visto come protagonisti alcuni utenti del Centro Diurno, che accompagnati da operatori sanitari ed animatori teatrali, hanno sviluppato, mediante il teatro, un processo di cura e di crescita personale e relazionale.

Un diverso modo di "fare salute" attraverso la riabilitazione psichiatrica, come mezzo di cura e di reintegrazione sociale, e la sensibilizzazione della città sui temi della salute mentale. Il teatro che racconta le esperienze e dà voce a queste persone. L'evento, realizzato in collaborazione con l'Associazione di Volontariato "Ci siamo anche noi" e patrocinato dal Comune di Modica, è una "prova aperta", la verifica del nostro percorso riabilitativo, ma è anche una serata teatrale arricchita da camei di attori professionisti che con grande disponibilità collaboreranno per rendere questo evento ancora più interessante. I proventi dello spettacolo contribuiranno all'organizzazione del Progetto di "turismo Sociale" per gli Utenti del Dipartimento di Salute mentale di Modica.



Quadri degli studenti in corsia

Significativa collaborazione tra la Cardiologia del "Paternò Arezzo" e l'Istituto "Ferraris"



I quadri realizzati dagli studenti dell'istituto "G. Ferraris" – Ragusa – hanno abbellito i corridoi dell'U.O.C. di Cardiologia, trasformando l'immagine di un ospedale, visto solamente come luogo di cura e di affrettato passaggio per ricevere cure o sottoporsi ad accertamenti sanitari, in uno spazio pubblico che comunica con la comunità attraverso l'arte e le opere dei giovani artisti. L'obiettivo del Progetto portato avanti in sinergia tra diverse istituzioni è stato raggiunto. Infatti, l'Azienda Sanitaria, in collaborazione con la Scuola, con il privato: Conad Sicilia, ha, con l'evento di ieri: "Arte in...corsia", portato a termine il progetto della campagna promozionale "Se ami il cuore, non perdere tempo". La prima parte è stata dedicata alla cerimonia per l'inaugurazione dell'allesi-

mento del reparto. Ha visto la presenza della Direzione dell'Asp, con il direttore amministrativo, dr.ssa Elvira Amata, il dr. Nino Nicosia, direttore dell'U.O.C. Cardiologia, il dr. Vincenzo Trapani, direttore dell'Educazione alla Salute, il direttore sanitario del P.O. "Maria Paternò Arezzo, dr. Giuseppe Cappello, del P.O. "Civile, dr. Pasquale Granata, gli studenti, i professori, genitori e molti operatori sanitari che hanno apprezzato le opere collocate sulle pareti dei corridoi. Nella seconda parte del programma, sala Avis, il dr. Nicosia, ha parlato dell'assistenza in rete dell'infarto miocardico acuto - «una realtà nella provincia di Ragusa, che, in qualità di provincia "pilota" del progetto regionale, con 5 ambulanze medicalizzate del 118 dotate del sistema di telemedicina, che colloquiano in maniera diretta da tutto il territorio con l'Unità Coronarica dell'ospedale "M.P. Arezzo, " ha permesso di salvare la vita e preservare il cuore di pazienti provenienti direttamente da casa o dai PTE, senza inutili e dannosi passaggi intermedi». La dr.ssa Amata, ha voluto ringraziare tutti i protagonisti che hanno permesso la realizzazione del progetto sottolineando che «le istituzioni che collaborano

dimostrano che insieme si riesce a creare esperienze lodevoli, affermando così una cultura di partecipazione che migliora la qualità della vita di tutti. Ha avuto anche parole di apprezzamento per la cardiologia di Ragusa - «un'eccellenza quotidiana perché riesce a dare ai pazienti. Un'assistenza sanitaria di qualità ma anche un'assistenza votata all'ascolto. Le opere dei ragazzi sono tutte bellissime e penso che gli opuscoli, da loro realizzati, vadano tutti premiati perché ognuno di essi testimonia l'impegno che questi giovani cittadini hanno speso per la realizzazione.» Negli altri interventi l'assessore comunale alla Cultura, arch. Campo, Don Giorgio Occhipinti, il dr. Cappello, hanno condiviso la proposta della dr.ssa Amata di premiare tutti, sette, gli elaborati. Un ringraziamento speciale è stato rivolto al presidente regionale Conad Sicilia, Giorgio Ragusa ed all'equipe delle attività formative del Liceo Artistico: i professori Alessandra Marino e Vincenzo Cicardo e l'assistente tecnico Loredana Corallo. Gli studenti hanno fatto omaggio all'Asp di una loro opera e un caloroso applauso per gli alunni delle classi 3a e 4a ha chiuso la manifestazione.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA

Via Guglielmo Nicastro, 50 - 97100 RAGUSA
Tel 0932 641366 - Fax 0932 254640 - e-mail: info@ordinemediciragusa.it

Prot. N. 526

Ragusa, 08/05/2015

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria
SABATO 27 Giugno 2015 - ore 18,30.

**AI SIGG. MEDICI-CHIRURGHI ED ODONTOIATRI
ISCRITTI NEGLI ALBI PROFESSIONALI
LORO SEDI**

L'Assemblea Ordinaria dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è convocata nella Sede dell'Ordine, in Ragusa nella Via Guglielmo Nicastro N. 50, per Venerdì 26 Giugno 2015 alle ore 13,00 in prima convocazione, e per SABATO 27 Giugno 2015 alle ore 18,30 in seconda convocazione, con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

1. *Relazione morale del Presidente;*
2. *Relazione del Tesoriere sul Conto Consuntivo anno 2014;*
3. *Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti sul Conto Consuntivo anno 2014;*
4. *Approvazione Conto Consuntivo anno 2014;*
5. *Giuramento di un Collega neo-Laureato;*
6. *Consegna Borsa di Studio Edizione 2015 intitolata al Prof. Carmelo Spampinato;*
7. *Cerimonia consegna della Medaglia d'oro con Pergamena per il 50° anno di Laurea ai Colleghi: Dr. Giovanni Salvatore BURRAFATO - Dr. Rocco Salvatore BURRAFATO - Dr. Giorgio CAMILLIERI - Dr. Giuseppe DISTEFANO - Dr. Ignazio OTTAVIANO - Dr. Rocco RAGAZZI - Dr. Calogero TERMINI - Dr. Angelo TIDONA - Dr. Salvatore TRAINA - Dr. Salvatore TUMINO;*
8. *Cerimonia consegna dei Caducei in argento e delle Pergamene Ricordo ai Colleghi che hanno compiuto i 25 anni di Laurea;*
9. *Varie ed eventuali.*

Per quanto riguarda l'approvazione del Conto Consuntivo anno 2014, le SS.LL. possono votare per delega, la quale deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione, che va rimesso al Delegato. Nessun Iscritto può essere investito di più di due deleghe. Copia del Consuntivo 2014, della relazione del Tesoriere e del Collegio dei Revisori dei Conti sono a disposizione delle SS.LL. presso la Segreteria dell'Ordine e sono pubblicati sul sito www.ordinemediciragusa.it.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dr. Salvatore D'Amante)



D E L E G A

*Il sottoscritto Dr.....
Impossibilitato a partecipare all'Assemblea Ordinaria del 27 Giugno 2015, DELEGA a
rappresentarlo, con ampia facoltà di voto, il Collega Dr.....*

Data.....

Firma

Dopo il successo 2014 anche nel 2015 con il prestito

FREE *for* YOU

la tua libertà non ha più ostacoli



Con caratteristiche
uniche in Italia

convenzione
ENPAM

importi erogabili

- per pura liquidità fino a € 50.000 in 120 mesi
- per consolidamento debiti fino a € 80.000 in 180 mesi
- gli importi e le durate superiori a € 50.000 e 120 mesi sono riservati ai già clienti Agos Ducato

flessibilità senza costi aggiuntivi

- puoi modificare l'importo della rata, una volta l'anno e fino a 3 volte
- puoi saltare la rata, posticipandone il rimborso, una volta l'anno e fino a 3 volte

in 2 giorni

- bonifico sul proprio c/c in 48 ore dall'approvazione della richiesta

unico

- **fino a € 30.000 è esente da documenti di reddito** (con 10 anni d'iscrizione O.M.)
- con carta di identità, codice fiscale e il tesserino di iscrizione all'Ordine

NB: Per richieste superiori a € 30.000 o in caso di specifici requisiti della richiesta potrà essere necessario anche un documento attestante il reddito.

estinzione anticipata

- sia totale che parziale, risparmiando gli interessi non ancora maturati

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

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

è un'esclusiva
ClubMedici®
finanziamenti@clubmedici.org

in collaborazione con
Agos ➔ **DUCATO**