



NOTIZIARIO

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia Barletta - Andria - Trani

Anno 2 / n° 5 / Ott. 2014

L'editoriale

del Dottor Benedetto Delvecchio
Presidente OMCEOBAT



Questo notiziario a differenza degli altri che abbiamo pubblicato - le cui prime pagine vedete raffigurate accanto - ha un significato particolare.

Infatti è quello che precede le elezioni ordinarie che terremo nei giorni 16, 17 e 18 Novembre all'interno del nostro Ordine.

Pertanto mi corre l'obbligo di ringraziare tutti gli iscritti, i collaboratori tecnici e i consulenti per il loro contributo che sin dal momento della fondazione del nostro Ordine hanno voluto dedicare a questa struttura.

Un luogo che considero non solo di servizio per la nostra categoria ma anche un posto dove arricchire la nostra professionalità e umanità. In questi anni tanto lavoro è stato fatto.

Certo tutto è perfezionabile ma posso assicurare che la bussola che ha guidato le nostre azioni è stata quella della crescita nell'interesse della categoria. Ospitiamo gli interventi del presidente e del segretario della commissione sanità della Camera dei Deputati, Vargiu e Fucci, a loro il ringraziamento non disgiunto dall'appello affinché attraverso la loro azione politica e tecnica si possa concorrere alla soluzione dei tanti problemi che attanagliano il nostro mondo. Un sincero in bocca al lupo a tutti i giovani colleghi che si apprestano a pronunciare il giuramento di Ippocrate.

A loro affidiamo il compito di essere un faro di gioventù e freschezza professionale ed intellettuale che illumini la categoria. In ultimo ma non per ultimo desidero ricordare, in primis a me stesso, che ogni istante della giornata sia sempre collegato allo spirito meraviglioso della nostra amata professione.

«Tre anni di crescita assieme»



2 LA PAROLA AL PRESIDENTE PIERPAOLO VARGIU

3 IL NOSTRO IMPEGNO

4 LA PAROLA AL PRESIDENTE BENEDETTO DELVECCHIO

7 I «NUOVI MEDICI»

8 RESPONSABILITÀ MEDICA, LE RAIONI DELL'IMPEGNO ALLA CAMERA

9 L'AGENZIA EUROPEA DEI MEDICINALI

IL CARO-POLIZZE

UN'APP CONTRO IL MELANOMA

10 UNA NUOVA REGOLA PER GLI OSPEDALI

Ringrazio Benedetto Fucci per avermi trasmesso l'invito degli amici dell'Ordine dei Medici di BAT, consentendomi una occasione di confronto davvero preziosa sul rischio clinico... e la possibilità di visitare la meravigliosa Trani, che vale una visita da turista e

sempre più pragmatica e concreta, che abbia il coraggio di dire la verità sino in fondo e -alla fine della fiera- sappia caricarsi per intero sulle spalle le proprie responsabilità, dando le risposte che non è più possibile rinviare.

Il tema dell'incontro svoltosi per

alla "buona medicina" e dirottati sull'inutile tentativo di proteggersi dalle aule dei Tribunali.

Si può stare a guardare, senza fare niente?

Io non credo.

Un Paese moderno e civile deve sicuramente garantire tempi certi per i diritti di risarcimento dei pazienti che hanno subito un danno da malpractice o da malasanità, ma deve anche essere in grado di dare piena serenità al sanitario competente e capace nello svolgimento del proprio lavoro.

Per noi medici, la soluzione sarebbe quella più semplice, che forse è anche la più giusta.

Noi vorremmo che la colpa professionale venisse cancellata dal diritto penale italiano e vorremmo che nel diritto civile si ritornasse ai profili di colpa extracontrattuale che ponevano in carico alla controparte l'onere dell'eventuale prova dell'errore.

Nei nostri convegni medici, questa è la musica che si suona, quella che strappa l'applauso convinto e a scena aperta.

In Commissione Sanità della Camera, discutendo il provvedimento legislativo, abbiamo sentito anche spartiti diversi: certo abbiamo ascoltato il pezzo di mondo delle associazioni di medici, ma abbiamo anche conosciuto angoli di visuale diversi, quelli delle associazioni di pazienti, dei rappresentanti delle assicurazioni, del mondo forense e -soprattutto- dei magistrati.

Abbiamo detto che vogliamo la verità?

Bene, tutti questi "stakeholder" la pensano in modo diverso da noi medici e dagli altri operatori di sanità. E in Parlamento, dove si fanno le leggi, non ci sono soltanto i medici.

Dobbiamo allora scegliere se vogliamo continuare a fare i convegni tra medici, senza neppure provare a fare una legge utile, oppure se vogliamo iniziare a confrontarci sul serio con quelli che la pensano in modo differente da noi, per lavorare affinché che



non il mio misero aperitivo da convegnista!

Pur provenendo dai "territori d'oltremare" della Sardegna, con trasporti che rendono problematico qualsiasi spostamento, viaggio volentieri in giro per l'Italia convinto, come Benedetto Fucci, che l'ascolto e il confronto con quelli che quotidianamente "presidiano la trincea della sanità" sia il modo migliore per non rischiare la "sordità acquisita" che qualche volta sembra affliggere gli ospiti del "Palazzo".

A questa prima considerazione, ne aggiungo un'altra, anch'essa rafforzata dai miei "giri per l'Italia": mi sembra che il tempo dei convegni sia ampiamente terminato e che il nostro sistema sanitario, che danza pericolosamente sull'orlo del precipizio, stia lanciando l'ultimo SOS: c'è bisogno di una politica

iniziativa dell'Ordine dei medici di BAT è proprio tra quelli su cui non ha più senso cincischiare: venticinque anni di sentenze dei tribunali hanno cambiato la giurisprudenza sulla responsabilità professionale nel nostro Paese, facendo esplodere un diaspio che rischia di minare alla base l'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente.

E' un tema che fa soffrire i medici e il mondo della sanità, con carriere professionali e vite private massacrate sulle pagine dei giornali, con costi assicurativi ormai diventati insostenibili, che generano comportamenti difensivi.

Ma la medicina difensiva, sia attiva, che passiva -va detto con chiarezza- la paga soprattutto il paziente, che rischia di venire rifiutato proprio quando il bisogno e il rischio professionale sono più alti e vede ogni anno miliardi di euro sottratti

ciascun "portatore o difensore di legittimo interesse" abbia ben chiaro in testa che c'è un interesse comune che viene prima del suo: è l'interesse dell'intero sistema sanitario che può continuare a garantire i diritti di ciascun cittadino italiano soltanto se viene rafforzata

segnalazione del "quasi errore", supportando l'aggiornamento delle professioni sanitarie nella promozione delle buone pratiche e della prevenzione del rischio clinico e contribuendo alla gestione del contenzioso e della copertura assicurativa, anche attraverso la

bile se, nella testa di tutti, c'è la convinzione che non stiamo lavorando per risolvere un problema dei medici e delle altre professioni sanitarie, ma siamo impegnati per evitare che l'intero sistema sanitario vada a carte quarantotto, travolto dalla medicina difensiva attiva e passiva e dalla sostanziale perdita del rapporto virtuoso che deve legare il medico al suo paziente.

La discussione in Commissione Sanità ha fatto un pezzo lungo di percorso.

Ora si tratta di rimbocarsi le maniche e prepararsi alla parte più difficile: lo sprint finale è in salita, quasi un Gran Premio della Montagna, per vincere non è sufficiente avere buone gambe da ciclista, è necessario il lavoro dell'intera squadra.

Io ci credo. Spero che non passi troppo tempo perché la Commissione Sanità della Camera possa tornare a Trani per raccontare di una buona legge fatta dal Parlamento, che garantisca ai pazienti la qualità dell'assistenza e ai medici (e a tutte le altre professioni sanitarie) la serenità per poter dare il meglio di sé ai propri pazienti.



l'allenza terapeutica che è alla base della prestazione di salute.

Non sarà facile trovare condivisione: però una piattaforma possibile può oggi partire dalla definizione della responsabilità della struttura in cui vengono fornite le prestazioni sanitarie: l'assicurazione per il rischio sanitario deve essere obbligatoria per tutte le strutture, che devono così rispondere direttamente per qualsiasi azione risarcitoria derivante da danno imputabile a colpa sanitaria.

Dobbiamo poi lavorare molto sulla cultura del risk management e della

formazione delle risorse umane.

Potremmo infine pensare di introdurre forme di arbitrato basate sull'accertamento tecnico preventivo, contemporaneamente riducendo i tempi per procedere in giudizio in casi di responsabilità sanitaria anche perché l'attuale termine di dieci anni non è sostenibile per un sistema assicurativo fatto di operatori sempre meno "certificati" che rischiano di scomparire dal mercato in un termine assai più rapido.

Insomma, la strada per quanto stretta, non è totalmente impraticabile

Onorevole Pierpaolo Vargiu

Presidente della
Commissione Affari Sociali
della Camera

Il nostro impegno

Dopo l'espletamento, della tornata elettorale e l'insediamento della C.A.O., si è perfezionata la sua struttura con la nomina del presidente, Dr. De Pascalis, del Segr. Dr. Canfora, affidando l'aspetto Culturale al sottoscritto - Dr. Vitobello - ,mentre all'odontoiatra più giovane nonché quota rosa la dottoressa Solimando, quello di mantenere i contatti, istituzionali giovanili.

L'aspetto preminente Ordine è quello di garantire la qualità dei Professionisti nei confronti dei fruitori dell'assistenza sanitaria pertanto l'attività è stata svolta a garanzia degli aspetti deontologici

che a volte "scadono". Volendo fare un esempio citerei la pubblicità in merito alle prestazioni a costo zero e in posti non ben identificabili.

Va chiarito che l'Ordine non ha e quindi la C.A.O. funzione investigative e/o ispettive proprie se non indotte. Di segnalazioni anche da parte delle Forze dell'Ordine, oltre che da Collegi, ne sono pervenute, per cui siamo stati impegnati in più riprese per valutare la gravità delle segnalazioni e prendere provvedimenti conseguenti.

Per quanto riguarda l'attività culturale abbiamo organizzato con il Patrocinio dell'Ordine insieme ai Sindacati ANDI e AIO eventi cui

hanno presenziato illustri relatori quali il Prof. P. Bracco, il Prof. E. Gianni che hanno argomentato sull'ortognatodonzia in più sessioni. Eventi che riguardavano la sicurezza e la Medicina Legale, sulle attività conservativa e rigenerativa dei tessuti molli.

Inoltre eventi su procedure implantoprotesiche con metodiche computer guidate 3D.

In ultimo ma non per ultimo vogliamo ricordare che a dicembre si terrà un incontro su protesi ed impianti con il Dr. D. Castellani.

Dottor Nicola Vitobello

Dottor Delvecchio come ritiene che la figura del medico sia percepita dalla



società?

«Credo che innanzitutto bisogna prendere atto che molto è cambiato negli ultimi anni.

La figura del medico un tempo ieratica, paternalistica, maieutica per status intellettuale e sociale riconosciuto, ha lasciato il posto ad un professionista della salute al passo con i cambiamenti tumultuosi dello scorso secolo.

Oggi al medico si chiedono competenze iper-specialistiche, risposte rapide, soluzioni certe, garanzia di risultato. In questa trasformazione abbiamo guadagnato tutti, medici e pazienti, in termini di attese tecnicistiche ma abbiamo perso altrettanto in termini di relazione umana, empatia, fiducia riposta nel principio che l'atto medico è nella sua essenza una mano tesa ad alleviare la sofferenza fisica e psichica di chi a noi si rivolge».

Quanto è bello essere medico oggi?

«Essere medici oggi conserva tutta la sua bellezza culturale.

Tra mille difficoltà continuiamo ad essere un punto di riferimento e di speranza di fronte alla sofferenza di tanti; a noi ci si rivolge con apprensione, paura, angoscia insieme ad un sentimento di fiduciosa attesa che la nostra opera riporti il bene perduto, la salute persa. Uno sguardo di riconoscenza ripaga di tante frustrazioni, ne vale ancora la pena credetemi». Quanto è difficile essere medico oggi?

«E' molto difficile. E' difficile perché arrivare ad esercitare richiede sacrifici e lunghi anni di preparazione. E' difficile perché inserirsi nel mondo del lavoro non è semplice come

un tempo e le retribuzioni non sono spesso concorrenziali con altre professioni. E' difficile perché il prevalere degli aspetti commerciali

scienza medica e del medico a fronte di attese illimitate».

Quali le criticità più evidenti della sanità pubblica?

«Credo che tra le mille criticità di un sistema complesso come quello sanitario una le sovrasta tutte ed è il problema della sua sostenibilità. Assistiamo ad una continua riduzione del finanziamento pubblico in sanità, chiudono ospedali, si riducono gli operatori sanitari, si investe poco in tecnologia ed aggiornamento. Tutto grava sempre di più sul senso di responsabilità di medici ed infermieri.

Eppure la sanità è una macchina economica formidabile, produce occupazione e sviluppo e soprattutto produce salute, un bene primario costituzionalmente garantito.

La società e i suoi governanti devono decidere se farsi carico della salute pubblica o relegarla ad un bene di consumo al pari di tanti altri prodotti. Incrociamo le dita».



della professione sanitaria ne hanno scalfito il prestigio. E' difficile perché presto si scoprono i limiti della

La politica è sempre presente in ambito sanitario. Non è forse il caso di creare una distanza di sicurezza?

«Da sempre la gestione della sanità pubblica è coincisa con la costruzione del consenso politico, questo ha spesso determinato scelte infami che hanno impoverito la qualità del servizio a favore di commerci di beni ed anime ad uso personale o di partiti interi, senza distinzioni di sorta.

I medici hanno assunto un ruolo periferico, strumenti in disegni estranei alla professione, esclusi dalle scelte di politica sanitaria, spesso essi stessi complici di scelte dettate dall'opportunità o peggio da interessi personali.

E' tempo che i medici si affrancino dal gioco politico ed esercitino il loro lavoro al meglio della loro capacità. E' l'unico modo per riconquistare l'autorevolezza e il prestigio di un'arte antica e eticamente nobile».

Capita che i medici non diano esempi degni della loro missione. Cosa stigmatizza di tali nefandezze? «Per i motivi appena detti non possiamo derogare dal rigore morale e civile che ci impone il codice deontologico, dobbiamo essere un esempio di correttezza, sempre.

Durante il nostro mandato abbiamo vagliato diversi casi di infrazioni deontologiche e abbiamo con senso di responsabilità comminato sanzioni, sempre comunque abbiamo richiamato i medici all'osservanza delle regole che ci siamo dati».

Dott. Dino Del Vecchio
Presidente dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Andria
Barletta Trani

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo



venerdì **17 ottobre** / Sabato **18 ottobre**
Domenica **19 ottobre**
dalle **10 alle 13** e dalle **15 alle 19**

Si terranno presso la sede dell'Ordine le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo per il triennio 2015 - 2017. Per poter votare è necessario esibire un documento e/o il tesserino di iscrizione all'Ordine.

Giuramento di Ippocrate

Giuro per Apollo medico e per Asclepio e per Igea
 e per Panacea e per tutti gli Dei e le Dee,
 chiamandoli a testimoni che adempirò secondo le mie forze
 e il mio giudizio questo giuramento e questo patto scritto.
 Terrò chi mi ha insegnato quest'arte in conto di genitore
 e dividerò con Lui i miei beni, e se avrà bisogno lo metterò
 a parte dei miei averi in cambio del debito contratto con Lui,
 e considererò i suoi figli come fratelli, e insegnerò loro quest'arte
 se vorranno apprenderla, senza richiedere compensi né patti scritti.
 Metterò a parte dei precetti e degli insegnamenti orali e di tutto
 ciò che ho appreso i miei figli del mio maestro e i discepoli che
 avranno sottoscritto il patto e prestato il giuramento medico
 e nessun altro. Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo
 le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa.
 Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco
 mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere; e neppure
 fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto.
 Conserverò pia e paura la mia vita e la mia arte.
 Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma cederò
 il posto a chi è esperto di questa pratica.
 In tutte le case che visiterò entrerò per il bene dei malati,
 astenendomi ad ogni offesa e da ogni danno volontario,
 e soprattutto da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini,
 sia liberi che schiavi.
 Tutto ciò ch'io vedrò e ascolterò nell'esercizio della mia professione,
 o anche al di fuori della professione nei miei contatti
 con gli uomini, e che non dev'essere riferito ad altri, lo tacerò
 considerando la cosa segreta.
 Se adempirò a questo giuramento e non lo tradirò, possa io godere
 dei frutti della vita e dell'arte, stimato in perpetuo
 da tutti gli uomini; se lo trasgredirò e spergiurerò,
 possa toccarmi tutto il contrario.

Amoroso Mariagiovanna	BISCEGLIE
Balice Angela	MINERVINO MURGE
Balzanelli Jolanda Maria	ANDRIA
Cagnetti Antonella	ANDRIA
Carbonara Alessandra	MINERVINO MURGE
Cassatella Maria Sterpeta	BARLETTA
Casucci Dalila	ANDRIA
Cilli Giuseppe	BARLETTA
D'addato Mauro	BISCEGLIE
Dargenio Nicola	SAN FERDINANDO DI PUGLIA
D'avanzo Barbara	ANDRIA
D'avanzo Stefania	ANDRIA
De Gennaro Maria Maddalena	TRANI
De Pace Lucrezia	SAN FERDINANDO DI PUGLIA
Defazio Angela	BARLETTA
Dellisanti Roberta	BARLETTA
Di Meo Giovanna	TRANI
Di Nunno Vincenzo	CANOSA DI PUGLIA
Di Toma Michele	TRANI
Dicataldo Alessia	BARLETTA
Dicorato Rosa	BARLETTA
Doronzo Antonio	BARLETTA
Fatone Fabio Nicola	ANDRIA
Ferrara Ivan Dimitrj	SAN FERDINANDO DI PUGLIA
Frezza Federica Pia Antonia	BARLETTA
Gallo Giulia	ANDRIA
Garribba Grazia	BISCEGLIE
Inchingolo Alessio Danilo	BARLETTA
Ivoi Costantino	BARLETTA
Lacavalla Domenico	BISCEGLIE
Lafranceschina Stefano	BISCEGLIE
Leonetti Alessandro	ANDRIA
Limongelli Luisa	CANOSA DI PUGLIA
Longo Mariaelda	ANDRIA
Maffione Stefania	BARLETTA
Maiorano Brigida Anna	SAN FERDINANDO DI PUGLIA
Mariano Barbara	BARLETTA
Marrone Sabino	ANDRIA
Marzocca Daniele Giuseppe	BARLETTA
Mascolo Federica	BARLETTA
Mattana Francesco	ANDRIA
Mazzocca Antonio	BARLETTA
Memeo Gaetano	BARLETTA
Moncelli Michele	ANDRIA
Morella Simona Biagia	BARLETTA
Morelli Maria Elisa	BARLETTA
Nardiello Esther Maria	TRANI
Noia Giovanni	ANDRIA
Noviello Silvia	BARLETTA
Paradiso Matteo	TRANI
Patruno Francesco	ANDRIA
Piccolo Federica	BARLETTA
Piccolo Giuseppe	BARLETTA
Pistillo Domenico	BARLETTA
Pugliese Flavia	CANOSA DI PUGLIA
Ramundo Dario Pascal	TRANI
Romita Paolo	TRANI
Roselli Gabriella	TRINITAPOLI
Russo Anna Orsola Maria	BARLETTA
Sguera Carmela Federica	BARLETTA
Spera Francesco Raffaele	FERDINANDO DI PUGLIA
Stuppiello Michele	TRANI
Suriano Vincenza	ANDRIA
Toto Adriana	BISCEGLIE
Valente Marina	TRANI
Zagarìa Annamaria	ANDRIA

Responsabilità medica, le ragioni dell'impegno alla Camera

Il convegno svoltosi a Trani lo scorso 29 marzo sul tema: "Il

dati di dettaglio emersi nel corso del convegno sulle singole voci sono stati davvero eloquenti. In questo

clinico e la disciplina dei consulenti tecnici del tribunale.



rischio professionale medico: profili legislativi e assicurativi" è stato un'occasione preziosa di confronto su tema che è di grande attualità sotto molteplici punti di vista. Aver partecipato a questo incontro, oltre che interessante, si è anche rivelato molto utile. Ritengo quindi che si sia realizzato quello che alla vigilia era stato l'auspicio del presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della BAT, Benedetto Delvecchio, rispetto a un possibile "momento di confronto e di studio in merito ad aspetti che hanno un peso specifico notevole nell'ambito della professione medica". In effetti dal dibattito è emerso in pieno quanto numerosi e importanti siano i vari aspetti collegati al tema della responsabilità medica.

Penso in primo luogo ai dati del contenzioso e alle considerazioni che inevitabilmente ne scaturiscono: nell'ultimo triennio le denunce pervenute alle imprese assicuratrici sono state, in media, 32mila all'anno. Per risarcire i danneggiati, nel 2010 le imprese assicuratrici hanno pagato circa 800 milioni di euro a fronte di 500 milioni di euro in premi incassati. In un contesto del genere si creano le condizioni per la diffusione della cosiddetta "medicina difensiva", che si sostanzia nella prescrizione di farmaci, esami diagnostici e ricoveri anche quando questi non servono. I

contesto, come ebbi modo io stesso di dire nel convegno, vanno analizzati i lavori che la Commissione Affari Sociali della

Un tema del genere, come dimostrano le molte pressioni anche di carattere mediatico in corso, è di assoluta delicatezza. Per questo la Commissione, dopo aver avviato l'esame delle proposte di legge, ha condotto un ampio ciclo di audizioni per sentire tutte le parti in causa. Ricordando come già nella passata legislatura in Senato vi fu un tentativo non coronato da successo di condurre in porto l'esame di precedenti iniziative legislative in materia, sono più che mai convinto - come appunto abbì modo di dire nell'importante convegno di Trani - che questa volta sia necessario ogni sforzo per portare avanti, nel modo migliore e più equilibrato possibile, le iniziative del Parlamento sulla



Camera sta conducendo nell'esame di alcune proposte di legge sulla responsabilità medica che, ognuna con le proprie peculiarità e la propria impostazione di fondo, trattano il tema dell'assicurazione a carico delle strutture e delle aziende sanitarie, così come di ulteriori questioni connesse quali la conciliazione, la gestione del rischio

responsabilità medica.

Benedetto Fucci
Segretario della Commissione
Affari Sociali della Camera

L'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha deciso di pubblicare i resoconti clinici che sono alla base del proprio processo decisionale sui farmaci. A seguito di ampie consultazioni svolte dall'Agenzia con i pazienti, gli operatori sanitari, il mondo accademico, l'industria e altri soggetti europei nel corso degli ultimi 18 mesi, il Consiglio di amministrazione ha adottato all'unanimità la nuova politica nella riunione di oggi. La nuova politica entrerà in vigore il 1 gennaio 2015,

e si applicherà alle relazioni cliniche contenute in tutte le domande di autorizzazione all'immissione in commercio centralizzate presentate dopo tale data. Le relazioni saranno rese pubbliche non appena verrà adottata una decisione sulla richiesta di via libera. «L'adozione di questa politica stabilisce un nuovo standard per la trasparenza nel settore della sanità pubblica e della ricerca e sviluppo farmaceutico», dichiara Guido Rasi, direttore esecutivo Ema. "Questo livello senza precedenti di accesso ai

resoconti clinici andrà a beneficio dei pazienti, degli operatori sanitari, del mondo accademico e dell'industria", assicura. La nuova politica dell'Ema servirà anche come utile strumento complementare in vista dell'attuazione del nuovo regolamento europeo sui trial clinici, che entrerà in vigore non prima del maggio 2016. Inoltre, la pubblicazione dei dossier aiuterà anche a evitare la duplicazione di studi clinici, a promuovere l'innovazione e a incoraggiare lo sviluppo di nuovi farmaci.

Il caro-polizze

Nel corso del congresso di Cagliari la presidente della Commissione Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi e il segretario della Commissione Affari sociali della Camera Benedetto Francesco Fucci hanno assunto l'impegno di approvare al più presto un provvedimento contro il caro-polizze. "Speriamo che alle parole seguano al più presto anche i fatti - sottolinea Trojano - Contenere il contenzioso medico-legale ridurrebbe anche il ricorso alla medicina difensiva che costa ogni anno oltre 12 miliardi all'intero sistema sanitario nazionale". Roma, 30 set. (AdnKronos Salute) - "Ogni anno 30.000 cause di contenzioso medico-legale giungono nei

tribunali italiani. Di queste oltre il 98,8% termina con una assoluzione o archiviazione del personale medico-sanitario. Serve subito una legge". Sono questi l'allarme e la richiesta lanciate dai ginecologi italiani in occasione del loro congresso nazionale che si svolge fino a Mercoledì a Cagliari. "Una causa su 10 è contro noi - afferma Vito Trojano, presidente dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri (Aogoi). Le richieste di risarcimento raggiungono cifre insostenibili sia per il singolo professionista che per la struttura sanitaria. Questo ha portato ad una crescita enorme dei costi delle polizze di

assicurazione per i medici. Dal 2011 ad oggi sono aumentate oltre il 5%". "I più colpiti da questo fenomeno sono soprattutto i giovani camici bianchi che pagano fino a 7.000 euro l'anno di premio assicurativo - ricorda Trojano - Chiediamo alle istituzioni competenti di intervenire al più presto con provvedimenti che fissino dei paletti ai costi massimi dei premi delle polizze. L'obbligo assicurativo previsto per gli ospedali pubblici deve inoltre valere anche per le strutture private e convenzionate. Infine è necessario avviare un fondo di solidarietà per le categorie più a rischio come noi ginecologi".

Un App contro il melanoma

Dal 53mo Congresso Nazionale Adoi (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani) tenutosi a Benevento arriva la 'I3 dermoscopy app', una app che aiuterà il medico nelle diagnosi del melanoma. Realizzata da Hippocratica in seno ad una start up, è in grado di garantire una maggiore oggettività nell'individuazione precoce di lesioni melanocitiche sospette, soprattutto per i dermatologi non esperti in dermatoscopia. Il melanoma è ormai il sesto tumore maligno più frequente negli uomini e il settimo nelle donne. La sua incidenza è cresciuta ad un ritmo superiore a qualsiasi altro tipo di tumore, con un incremento di circa il 30% negli ultimi 10 anni. Le stime per l'Italia indicano un totale di 7000 nuovi casi diagnosticati ogni anno, mentre per quanto riguarda la mortalità si registrano ogni anno circa 1500 decessi. Il nuovo

software è un progetto che nasce dalla collaborazione di Gabriella Fabbrocini e Sara Cacciapuoti dell'Università di Napoli Federico II con Paolo Sommella, Antonio Pietrosanto e Consolatina Liguori dell'Università di Salerno. Per un'ulteriore convalidazione del sistema, l'app verrà presto rilasciata gratuitamente a 100 dermatologi italiani. La valutazione diagnostica di una lesione cutanea in dermatoscopia è un procedimento complesso. "L'affidabilità della diagnosi è fortemente correlata all'esperienza dell'occhio dell'osservatore, che richiede un elevato livello di formazione specifica da parte del dermatologo", dichiara Fabbrocini, docente di dermatologia e venereologia presso l'Università di Napoli Federico II, recentemente nominata al Consiglio Superiore della Sanità. "Per questo motivo abbiamo

progettato un nuovo software di diagnosi semi-automatica, in grado di individuare in immagini dermoscopiche ciascuno dei sette parametri della seven-point checklist (uno degli algoritmi dermoscopicci più affidabili) e lo abbiamo testato mettendo a confronto le decisioni clinico-terapeutiche di dermatologi esperti e meno esperti nel campo della dermatoscopia". L'app permetterà quindi di migliorare la performance diagnostica di un dermatologo non esperto di dermatoscopia, guidandolo nell'individuazione dei parametri. "Noi vogliamo aiutare soprattutto i dermatologi non esperti in dermatoscopia, e i risultati ottenuti ci consentono di affermare che il sistema può avvicinare la loro accuratezza diagnostica a quella di un dermatologo esperto".

Il cinque agosto del 2014 è stato approvato il Regolamento sugli standard qualitativi, organizzativi e strutturali per gli ospedali italiani. Si tratta, comunque, della conseguenza diretta della legge 135 che nel 2012 è stata indicata, con anglicismo, "Spending review" ovvero, come si dice dalle parti nostre, la revisione delle spese. Il regolamento affronta numerose tematiche e si dilunga in questioni tecniche, ma è importante sottolineare lo spirito che anima questo atto di governo e capirne la reale portata pratica dei fatti. Le enunciazioni sono, come sempre nei nostri documenti di indirizzo e programma, in genere definiti "riforme", ampollose e totalizzanti e si prefiggono di raggiungere obiettivi grandiosi. Lo scopo è infatti di raggiungere in tutta Italia "sia in termini di adeguatezza delle strutture, sia di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti e al livello di complessità della struttura e della sua interazione con i poli della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione sicurezza e qualità delle cure". In concreto, per poter imporre il rispetto ubiquitario dei L.E.A. (livelli essenziali di assistenza), si parte da una riduzione di posti letto ospedalieri

è sempre quello della appropriatezza dei ricoveri sbandierata come grande progresso tanto che i tedeschi che hanno l'8,1x 1.000 di posti letto ospedalieri, i francesi e gli austriaci che hanno il 7,1 x 1.000, per parlare solo dei nostri vicini, fanno la figura degli "antichi", degli inadeguati, incompetenti e sorpassati. La riduzione dei posti letto deve riguardare per il 50% il pubblico e il tasso di ospedalizzazione deve essere, invece, pari a 160 ogni 1.000 abitanti, una parte dei quali deve essere in ricovero diurno, il 25%. Un ulteriore criterio di assegnazione dei posti letto alle singole Regioni, oltre a quello del numero dei residenti, è, senza entrare in tecnicismi inopportuni in questa sede, la verifica della mobilità attiva o passiva delle varie Regioni. In termini pratici c'è la possibilità che una Regione, i cui abitanti emigrano in cerca di cure, possa perdere posti letto a favore delle Regioni in cui arrivano pazienti da altri luoghi extra-regionali. Chi fa meglio gestisce più letti. Sono escluse da questi meccanismi le cure palliative, la terapia del dolore, la terapia riabilitativa intensiva extraospedaliera e le strutture sanitarie territoriali psichiatriche. Gli ospedali, con un ritorno ai concetti della riforma ospedaliera del 1938, vengono sottoposti a una riclassificazione che prevede: a) I Presidi ospedalieri di base con un bacino di utenza tra 80.000 e

ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva". b) I Presidi ospedalieri di I livello con un bacino di utenza tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dea (dipartimento di emergenza e accettazione) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete H24 i Servizi di Radiologia con Tac ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (traumi, quelle cardiovascolari, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare). c) Presidi ospedalieri di II livello con un bacino di utenza tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di Dea di II livello. Si tratta, in concreto, delle Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, di alcuni Irccs e di Presidi di grandi dimensioni della Asl. Sono dotati di tutte le strutture previste per l'ospedale di I livello e delle strutture per discipline più complesse non previste in questi, tra cui, nel rispetto dei bacini di utenza classificati nel regolamento disciplina per disciplina: Cardiologia con emodinamica interventistica H24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti H24 i Servizi di Radiologia con Tac ed Ecografia (con



che devono raggiungere in tutte le Regioni il tasso di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, suddivisi per il 3x 1.000 di posti letto per acuti e lo 0,7 x 1.000 per lungodegenza e riabilitazione ospedaliera. Lo spirito

150.000 abitanti (tranne quelli in zone particolarmente disagiate che seguono criteri delle reti di emergenza-urgenza); sono dotati di pronto soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad

presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, altre eventuali discipline di alta specialità. Nelle Regioni con popolazione inferiore a 600.000 abitanti, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è

Ogni rischio ipotizzabile deve essere valutato e garantito.

Il personale amministrativo non può, comunque, superare il 7% del personale totale del Presidio. In particolare sono sette le reti generali regionali ospedaliere interconnesse funzionalmente tra loro quali:

vengono programmate sul tema, ma che stentano spesso a divenire realtà. Una particolare attenzione è riservata alla chirurgia ambulatoriale per cui si individuano centri classificati per a) complessità tecnica e invasività delle prestazioni, b) tecniche e grado di anestesia e



subordinata a un accordo di programmazione integrata inter-regionale con le Regioni confinanti. Le strutture ospedaliere private vengono accreditate in ragione della programmazione regionale, come presidio ospedaliero di base o di I livello o di II livello, o quali Presidi Ospedalieri con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, prevedendo per questi una soglia, per l'accreditamento e gli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 80 posti letto per acuti. Per la riabilitazione è previsto, lo 0,7 per mille come già indicato e tra questi posti letto per la neuroriabilitazione entro lo 0,02 posti letto per mille abitanti. All'interno degli ospedali, integrati in una rete regionale, ogni specialità avrà un numero standard di posti letto definiti per bacino di utenza e stabiliti con valutazioni epidemiologiche, volumi di utenza e altri fattori.

Per quanto alla numerosità dell'utenza ci sarà un limite minimo che determinerà, alla fine, una riduzione di posti letto in caso di reparti con scarsi ricoveri. Per la qualità da raggiungere vengono dettati norme generali e specifiche e criteri organizzativi al cui rispetto sono deputate figure di controllo di vario genere e tipo.

infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica. Oltre a queste c'è la Rete dell'emergenza-urgenza caratterizzata in tre settori quali: centrali operative 118, rete territoriale di soccorso e rete ospedaliera.

Una riscoperta per il territorio è quella dell'ospedale di comunità composto da 15-20 posti letto, con degenza media 15-20 giorni, gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera scelta e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Le iniziative di continuità ospedale territorio prevedono dimissione protetta e/o assistita, disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità e poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale.

Si tratta di un qualcosa che puntualmente è richiamato in tutte le pratiche di buona intenzione che

sedazione praticabili, c) possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente, d) gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria e definiscono in tal senso classi diverse di standard strutturali, tecnologici, impiantistici, qualitativi e di sicurezza e quantitativi.

Si tratta, in sintesi, di un compendio generale che vorrebbe, più che una rivoluzione essere una razionalizzazione.

L'unico dubbio è se, nei fatti, tutto questo avrà gestori capaci di badare concretamente e onestamente alla realizzazione del completo manuale del buon ospedale.

Il pericolo è che possa passare per il "manuale delle giovani marmotte".

Dottor Tommaso Fontana



Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo



venerdì **17 ottobre** / Sabato **18 ottobre**
 Domenica **19 ottobre**
 dalle **10 alle 13** e dalle **15 alle 19**

Si terranno presso la sede dell'Ordine le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo per il triennio 2015 - 2017. Per poter votare è necessario esibire un documento e/o il tesserino di iscrizione all'Ordine.

Recapiti

Indirizzo:

Via Ognisanti 5 - 76125 Trani (BT)

Telefono: 0883/763429 / Fax: 0883/763436

E-mail: info@omceobat.it

Sito web: www.omceobat.it

Informazioni:

Orari di apertura degli uffici amministrativi

Lunedì al Venerdì: 09:30 / 13:30

Martedì e Giovedì 15:00 / 16:30

Segretario: Sig. Francesco Parisi

Link utili

Si invitano i colleghi a dotarsi della PEC (Posta Elettronica Certificata) attraverso la compilazione dei dati. Questa operazione si compie attraverso il sito www.omceobat.it seguendo le istruzioni presenti.

SITO UFFICIALE DEL MINISTERO DELLA SALUTE
www.salute.gov.it/

PAGINA UFFICIALE DEL MINISTRO
www.salute.gov.it/ministero/sezMinistro.jsp?label=bio

PORTALE DELLA COMMISSIONE EUROPEA DG SALUTE E CONSUMATORI

http://ec.europa.eu/health/index_it.htm

PAGINA UFFICIALE DEL COMMISSARIO EUROPEO
http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/borg/index_en.htm

PORTALE ASL BARLETTA ANDRIA TRANI
www.aslbat.it/

PORTALE SANITÀ REGIONE PUGLIA
www.regione.puglia.it/index.php?page=macroaree&opz=disparee&at_id=9

SITO DELLA STORIA DELLA MEDICINA
<http://www.storiadellamedicina.net/index.html>