ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DI NAPOLI E PROVINCIA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DI NAPOLI E PROVINCIA

Sanità, si riparte dai fondi Fas

PRIME PIANE
Nuova convenzione: rebus tra medici e annunci

OPINIONI
Precariato: appello alle istituzioni

www.ordinemedicinapoli.it

GIURAMENTO DI IPPOCRATE

Scuola di Cos – V secolo a.C.

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 a questo giuramento e a 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 e i figli del mio maestro e i discepoli che abbiamo 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; neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto. Conserverò pia e pura 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 da 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 deve 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.

WWW.ORDINEMEDICINAPOLI.IT

Online il nuovo sito dell'OMCeO di Napoli e Provincia Ancora più facile e pratico da consultare

Facile

Compatibile con tutti i principali browsers e versioni, l'organizzazione dei contenuti in aree di riferimento facilita i navigatori nel trovare i contenuti di proprio interesse. L'elaborazione grafica è stata concepita in modo da realizzare un sito web dall'aspetto piacevole e, contestualmente, rendere intuitiva la navigazione grazie all'ausilio di immagini ed espedienti visivi.

Accessibile

Le soluzioni tecniche adottate facilitano la navigazione del sito per tutti gli utenti, anche per i diversamente abili. Per maggiori informazioni, consultare la pagina: www.ordinemedicinapoli.it/accessibilita.php

Funzionale

Sono state introdotte una serie di funzionalità volte a favorire la fruibilità del sito e facilitare l'interazione con l'utente. La procedura di iscrizione alla newsletter è stata automatizzata per assecondare le necessità dei medici che desiderino essere aggiornati via email. Il sistema di ricerca facilitata e l'introduzione del percorso di navigazione per ogni pagina (a breadcumb) sono solo alcune delle soluzioni adottate per migliorare l'esperienza del visitatore.

Potente

L'infrastruttura tecnica che ospita il sito web offre una maggiore velocità nel caricare immagini, visualizzare le pagine, scaricare files, nonché livelli di sicurezza ed affidabilità assoluti.

EDITORIALE

Avrei voluto parlarvi di... 4
Due nuovi sub-commissari alla Sanità, entrambi estranei al mondo medico. Mentre una recente delibera sui servizi domiciliari mette in discussione l'equilibrio tra gli aspetti sociali e quelli sanitari, alcune sentenze contraddittorie mortificano il ruolo del medico.

PRIMO PIANO

Gli "straordinari" del governatore 6
Sanità un anno dopo. Stefano Caldoro, commissario ad acta e presidente della giunta regionale campana, Raffaele Calabrò, consigliere del governatore in materia di Sanità, e Michele Schiano, presidente della 5° Commissione regionale (Sanità) tracciano consuntivi e previsioni.

PRIMO PIANO / 2

Conciliazione al decollo, gli scenari 10
Intesa nascente tra medici e avvocati. Tutti i dettagli del protocollo di intesa e le opinioni di Achille Coppola, presidente dell'Ordine dei Commercialisti di Napoli, e di Francesco Caia, presidente dell'Ordine degli Avvocati di Napoli.

OPINIONI

Precariato primo nemico 14
Un appello alle istituzioni per una compartecipazione di enti, università e strutture ospedaliere al fine di procedere ad un riordino effettivo del fabbisogno di medici in Italia basato sulle reali necessità del Paese.

IL DECRETO

Bilancio, i ritocchi in tema di Sanità 17
Il testo dell'emendamento al disegno di legge "Disposizoni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 ex articolo 14 legge regionale 30 aprile 2002n.7 (Legge finanziaria 2011)" Reg. Gen. 143.

RIFLETTORI

Accesso a Medicina, cauta apertura 21
La proposta: aumentare i posti per l'iscrizione alla Facoltà di Medicina e alle scuole di specializzazione per assicurare il ricambio generazionale e alimentare le speranze dei giovani per il futuro.

Medico e malato, sinergia vincente 23
Produrre informazioni fruibili e comprensibili è il più importante obiettivo dei soggetti impegnati nei servizi di tutela della salute. Ciò è possibile grazie ad un quadro organizzativo che permette di applicare il modello di assistenza delle malattie croniche.

ODONTOIATRIA

Formazione, arriva il robot 25
Le simulazioni mediche sul paziente robot danno al medico l'opportunità di sbagliare e correggersi, di ripetere procedure fino a raggiungere la consapevolezza del saper fare. L'importanza della cavia medica nella formazione sul campo.

CULTURA

Sognando a bordo dell'Hispaniola 26
Fantasticare ad occhi aperti tra le pagine dei romanzi d'avventura: da Stevenson a De Foe per ripercorrere le magie dell'infanzia perduta.

NEWS

News e corsi 28
La scheda di iscrizione al convegno su "Violenza sessuale: approccio integrato tra operatori della Sanità, delle Forze dell'Ordine e del mondo giudiziario" e il resoconto del dibattito sul Clinical Risk Management tenutosi all'Ordine dei Medici di Napoli.

Il Cardinale in visita all'Ordine 32
L'incontro per rinsaldare il patto solidale in favore dei sofferenti avvenuto in occasione della 19esima Giornata Mondiale del Malato.

Ricordiamoli insieme 34

PRIMO PIANO

GLI "STRAORDINARI" DEL GOVERNATORE

Sanità commissariata, Caldoro fa il consuntivo

OPINIONI

Precariato primo nemico

Specializzandi, futuro incerto. Appello alle istituzioni

CULTURA

HUGO PRATT
MINO MILANI

SOGNANDO A BORDO DELL'HISPANIOLA

Fantasticare ad occhi aperti tra le pagine dei romanzi di avventura: da Stevenson a De Foe per ripercorrere le magie dell'infanzia perduta

Avrei voluto parlarvi di ...

Gabriele Peperoni
Presidente OMCeO - Napoli

In questo editoriale avrei voluto parlarvi di quello che sta accadendo, o non sta accadendo, nella nostra Regione. Per esempio che dal 15 marzo abbiamo ben due sub-commissari, al posto del dimissionario Zuccatelli. Al di là dei nomi, Mario Morlacco (già sub-commissario nella Regione Lazio) e Achille Coppola (già commissario dell'ASL Na1 centro), quello che risalta, è che ambedue sono commercialisti! Ciò che non è successo, invece, è che non abbiamo i nuovi Direttori Generali! Sono stati confermati fino al 31 luglio quasi tutti i commissari in carica, tranne quello della ASL di Salerno e, al momento in cui andiamo in stampa, il commissario della ASL Na1 centro. Mentre a Salerno è stato nominato un Colonnello dei Carabinieri, a Napoli l'ipotesi è di ritrovarci un graduato proveniente dalla Guardia di Finanza. Si spera che ciò non accada per due motivi: si acuirebbe il distacco del vertice politico con gran parte dei lavoratori dell'azienda ed anche perché l'attuale commissario, Mario Vasco, con il suo modo asciutto e lineare di gestire la macchina regionale avrebbe meritato una maggiore considerazione. Spero che almeno su questo vi sia un ripensamento. In realtà un Direttore Generale è stato nominato, o meglio riconfermato, quello dell'Azienda Ospedaliera "Moscati" di Avellino, il collega Giuseppe Rosato. Lo conosco bene per essere stati compagni di specializzazione per quattro anni, e non avendo dubbi sulle sue reali capacità e sull'autentico impegno che metterà in campo, gli porgo da queste pagine un sincero augurio: buon lavoro Pino!

Avrei voluto parlarvi del DGRC n. 41 del 14/02/11 dal titolo: Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "Il Sistema dei servizi Domiciliari in Campania". In un momento in cui si cerca di riportare nel territorio una parte consistente di attività al fine di evitare il ricorso improprio agli Ospedali, in particolare ai Pronto soccorso, si approva una delibera zeppa di incongruenze e della quale le categorie mediche, che quel territorio rappresentano, non sapevano nulla. Della serie: noi funzionari sappiamo tutto e non abbiamo bisogno di confrontarci con voi medici. Chissà, forse sarà l'ennesima delibera che cadrà nel dimenticatoio, ma della quale, invece, se fosse stata sviluppata in coerenza alle vere esigenze (bisogni) e con il giusto equilibrio tra gli aspetti sociali e quelli sanitari, i cittadini campani avrebbero avuto grande necessità.
Avrei voluto parlarvi delle ultime sentenze della Magistratura. Innanzitutto quella di Firenze che ha condannato in solido la Pediatra di libera scelta titolare dell'ambulatorio (che aveva avuto il solo torto di essersi presa un breve periodo di riposo) con la sua sostituta, la quale non era intervenuta nel curare una bimba che, purtroppo, nonostante l'ospedalizzazione è poi deceduta. E quella della Cassazione che ha cancellato l'assoluzione di un medico, ottenuta in Appello, dall'accusa di omicidio colposo per aver dimesso con troppo anticipo un paziente infartuato: prima la salute e poi le regole ed i risparmi.

Su alcuni di questi argomenti troverete interventi in questo bollettino, su altri torneremo, ma l'impressione che si trae da tali accadimenti, locali e nazionali, è che si voglia mortificare il ruolo del medico. Noi medici, invece, avremmo bisogno dei giusti strumenti e delle necessarie leggi che ci permettano di esprimere e valorizzare tutte le nostre capacità professionali, il cui fine ultimo, cosa che pare dimenticata da politici e magistrati, è quello di curare nel modo migliore i cittadini. Per attuare questo cammino virtuoso è necessario un percorso moderno che intercetti le nuove insicurezze sociali cui dare risposte certe e concrete. Occorre, a questo punto, discutere serenamente delle prerogative degli Ordini Professionali. La mia idea di Ordine è riferita a un organismo vivo e palpitante, inserito nel tessuto professionale, e quindi sociale, della

provincia e della regione di appartenenza.

Come ho già avuto modo di scrivere in un editoriale di qualche mese addietro, la legge istitutiva risalente al 1946 e il regolamento del 1950 non permettono lo sviluppo della professione come noi medici vorremmo. Spero darete atto a questo Consiglio, costituito da medici appartenenti alle diverse categorie, convenzionate o della dipendenza, del mondo pubblico o privato, e di queste a volte principali responsabili, di aver esercitato il proprio ruolo ben oltre le possibilità previste da leggi e regolamenti, mettendo in campo le proprie competenze, la propria autorevolezza, la propria passione. Tuttavia una legge di riforma degli Ordini Sanitari era necessaria per dare un'altra opportunità ai medici italiani di poter essere orgogliosi di far parte integrante di questo organismo. Finalmente qualcosa si è mosso! In seguito ai fitti incontri tenutisi tra i vertici della Federazione ed il Ministro, ed i suoi collaboratori, si erano evidenziate le numerose necessità legate all'evoluzione della medicina e della società che non potevano essere più trascurate, per cui il giorno 10 marzo il Ministro della Salute, On. Ferruccio Fazio, ha portato in Consiglio dei Ministri il decreto di legge delega per, parole del Ministro, "adottare ulteriori e più significative misure per garantire in vari settori quali la ricerca sanitaria, la sicurezza delle cure, le professioni sanitarie, la sanità elettronica, una maggiore funzionalità del Ssn e delle prestazioni erogate, per dare risposte sempre più appropriate e qualificate alle necessità dei cittadini". Il ddl, cosiddetto "omnibus", è stato quindi approvato ed ora inizierà l'iter parlamentare. Non possiamo né vogliamo illuderci che il percorso non sarà pieno di ostacoli, tuttavia speriamo che la determinazione che il Ministro ha mostrato in diverse occasioni sia prevalente sugli aspetti ideologici che una certa politica potrà ancora una volta preferire. La Federazione seguirà con attenzione il percorso del decreto, e noi ne riporteremo tutti i passaggi, giudicando positivamente chi vorrà proporre miglioramenti alla proposta originaria, ma additando alla categoria chi invece vorrà creare difficoltà pretestuose per frenarne l'attuazione.

Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli e Provincia

Fondato nel 1913 - Anno 81 - n. **2**
Marzo/Aprile 2010

Direttore
Gabriele Peperoni

Direttore Responsabile
Antonio Di Bellucci

Coordinamento redazionale
Umberto Zito

Comitato di Redazione
Silvestro Canonico
Angelo Castaldo
Francesco Saverio D'Ascoli
Antonio De Rosa
Ottavio Delfino
Giuseppe Galano
Gregorio Laino
Fabio Lucchetti
Roberto Martina
Santo Monastra
Andrea Montella
Mauro Muto
Gaetano Piccinocchi
Vincenzo Schiavo
Silvestro Scotti
Luigi Sodano
Giuseppe Tortoriello
Fulvio Turrà
Giannamaria Vallefuoco
Francesco Verde
Gennaro Volpe
Bruno Zuccarelli

Segreteria di redazione
Raffaele Di Lorenzo

Responsabile comunicazione e relazioni esterne
Antonio Chiacchio

Progetto grafico e consulenza editoriale
AlbatrosNews - Iuppiter Group

Stampa
Veca Print Srl
Via Concordia 36/38 - Casoria (Na)

Amministrazione
Piazza Torretta,9 - Napoli
tel. 081/660517 - 660544 - 660707

Pubblicazione autorizzata dalla Cancelleria del Tribunale di Napoli n°99/1948

GLI "STRAORDINARI" DEL GOVERNATORE

Sanità commissariata, Caldoro fa il consuntivo

È passato un anno dalla sua nomina a Commissario ad acta: adesso Stefano Caldoro, presidente della Giunta regionale della Campania, azzarda un consuntivo parziale della gestione straordinaria. Sul tappeto gli interrogativi sul ripiano economico e sulla riorganizzazione assistenziale, lo stato dell'arte del Piano Ospedaliero e del Piano Sanitario, l'iniquità del riparto del Fondo Sanitario Nazionale e il trasferimento delle risorse che intanto registra l'arrivo di 322 milioni di fondi Fas. Una rimonta che si preannuncia lunga e laboriosa, anche a dar retta al senatore Raffaele Calabrò, consigliere del governatore sui problemi dell'emergenza sanitaria campana, convinto però che alla fine i sacrifici pagheranno.
Snodo cruciale, però, delle strategie anticrisi è anche la 5° Comissione regionale (Sanità), presieduta da Michele Schiano: "Dietro di noi lo sfascio, davanti a noi la speranza".Scenari presenti e futuri nelle interviste che seguono.

Presidente Caldoro, a circa un anno dalla Sua nomina a Commissario ad acta della sanità campana, tracci un primo consuntivo sul rientro dal deficit e sulla riorganizzazione assistenziale della regione.
La situazione di partenza della sanità campana era - prendendo a prestito un'immagine proprio dal mondo della medicina - equivalente a quella di un malato grave che necessita di un lungo periodo di degenza in un reparto di terapia intensiva particolarmente attrezzato. Del resto, il commissariamento è la logica conseguenza di oltre dieci anni di cattiva gestione della sanità campana. Questa pesante eredità, però, non ci ha demotivato ma ci ha spinti a lavorare con ancora maggior impegno per uscire dall'emergenza.

Occorreva una riforma radicale del sistema perché il grave deficit della sanità (oltre cinque miliardi di euro) aveva natura strutturale per cui senza una razionalizzazione delle risorse ed una diversa organizzazione a nulla sarebbero valsi i tentativi di contenere la spesa.
Ora i primi risultati cominciano a giungere sia sul fronte del contenimento dei costi, sia su quello di una diversa impostazione gestionale, per la quale cosa abbiamo messo a punto un nuovo Piano ospedaliero ed un nuovo Piano sanitario. Strumenti indispensabili per il governo della sanità regionale.

In dettaglio, qual è lo stato dell'arte del Piano Ospedaliero e quello del Piano Sanitario?
Il Piano ospedaliero, che abbiamo dovuto rielaborare, ci è stato approvato dal Governo ed è già nella fase attuativa. In particolare, è stato già validato - e quindi diventa operativo - il Piano presentato dall'azienda ospedaliera Cardarelli, mentre sono al secondo esame i piani presentati dalla aziende sanitarie così come riformulati a seguito delle osservazioni mosse dai nostri uffici. Siamo alla stretta finale.
Per quanto attiene al Piano sanitario anche questo è stato varato e siamo in attesa dell'ok del Governo.

Fondo Sanitario Nazionale: sotto accusa il criterio di riparto delle risorse perché il parametro dell'età media favorisce il Nord e penalizza il Sud. In che modo vanno revisionate le regole redistributive? Ci vorrà un'apposita conferenza Stato-Regioni o occorre attendere il nuovo assetto federalista?
Non c'è dubbio che il criterio, sinora adottato, nel riparto dei fondi legato all'anzianità della popolazione residente penalizza fortemente la nostra regione che, avendo un alto tasso di natalità, è la più giovane del Paese. Ne deriva la quota di finanziamento, pro capite, più bassa d'Italia. A questo criterio, così come raccomanda l'Organizzazione mondiale della sanità, va affiancato anche il criterio delle condizioni sociali delle popolazioni perché è evidente che nelle fasce più disagiate, come dimostrano diversi studi, è maggiore l'incidenza delle malattie. E' questa la battaglia che stiamo portando avanti anche nelle sedi istituzionali competenti.

A proposito di fondi: dopo una tranche di 1 mld e 21 milioni (vedi Patto per la Salute), sono in rampa di lancio 680 milioni residui del Patto e altri 1444 milioni a diverso titolo (Fas, prestito ministeriale, entrate fiscali etc). Gli attuali conti di ospedali e Asl campani convinceranno il Governo?
Finora proprio a seguito di verifica degli adempimenti previsti abbiamo liberato importanti risorse. Il trasferimento delle somme che ancora attendiamo è legato all'esame che il Governo sta facendo degli atti prodotti dalla Campania. La decisione di sbloccare i fondi Fas per coprire il deficit sanitario è una parte importante che va a completare il piano di risanamento dei conti regionali. Il percorso è ancora molto difficile, ma la fiducia che ci è stata accordata dal Governo ci fa capire che siamo sulla buona strada.

Calabrò: "Sacrifici necessari"

Senatore Calabrò, a circa un anno dalla nomina del governatore Caldoro a Commissario ad acta della sanità campana, tracci un primo consuntivo sulla rimonta contabile e assistenziale del quadro sanitario campano.
In poco meno di un anno, abbiamo avviato una rivoluzione nella sanità campana. E' un dato di fatto che il piano di rientro abbia dato risultati tangibili, consentendo il recupero in parte del fondo perequativo. Nella nostra regione per anni è mancata una seria programmazione che, invece, questa giunta regionale ha avuto il coraggio di attuare. Si pensi alla riorganizzazione del piano ospedaliero che ha comportato la dismissione di ospedali fotocopia, presìdi che non garantiscono capacità assistenziale né quantitativa né qualitativa. Inoltre si è già avviato il piano sanitario regionale, nonchè un importante contenimento della spesa farmaceutica, anche adeguando il ticket farmaceutico alla media nazionale. Ma soprattutto il grande merito di questa amministrazione è che si sta cercando di cambiare l'impostazione della cultura sanitaria: ovvero meno ospedali e più territorio, lotta agli sprechi e al clientelismo. Si tratta comunque di un cambiamento che richiede tempi lunghi e la collaborazione di tutti, dai medici a tutti gli operatori sanitari, ai sindacati.

In dettaglio, qual è lo stato dell'arte del Piano Ospedaliero e quello del Piano territoriale?
Il piano ospedaliero è un work in progress, attualmente si stanno esaminando i piani attuativi e il relativo cronoprogramma. Per intenderci, non si tratta soltanto di slogan o di promesse, ma del rispetto di tempi certi e controllabili. Per ciò che riguarda il Piano sanitario regionale è stato già inviato al Governo e siamo in attesa di valutazione, ma confidiamo nel via libera governativo. Un piano che punta soprattutto ad ottimizzare la prevenzione e l'assistenza territoriale.

Fondo Sanitario Nazionale: sotto accusa il criterio di riparto delle risorse perché il parametro dell'età media favorisce il Nord e penalizza il Sud. Quali le perplessità? Un'apposita conferenza Stato-Regioni potrebbe revisionare i criteri o occorre attendere il nuovo assetto federalista?
La Campania è in prima fila nella battaglia per la revisione dell'attuale criterio di ripartizione del Fondo Nazionale Sanitario, pesato soltanto sul dato anagrafico e

che ha fortemente penalizzato la Campania, la quale, tanto per intenderci, dal 2002 ha perso 400 milioni di euro l'anno, presentando una popolazione giovane. Per la precisione si tratta di una regione che vanta due importanti primati, essendo la seconda per popolazione e con l'indice di deprivazione più alto d'Italia (1 famiglia su 4 è sotto la soglia di povertà). In poche parole, il Sud chiede che nell'attribuzione delle risorse per il Fondo Sanitario si tenga conto anche delle condizioni socioeconomiche e non solo dell'età della popolazione. E' infatti dimostrato che maggiore è la deprivazione (disoccupazione, grado di istruzione, condizioni abitative e ambientali) maggiore è l'insorgenza di patologie, che si traduce inevitabilmente in più costi per il sistema sanitario regionale.

A proposito di fondi: dopo una tranche di 1 mld e 21 milioni (vedi Patto per la Salute), sono in rampa di lancio 680 milioni residui del Patto. La Regione poi conta anche su 1444 milioni a diverso titolo (Fas, prestito ministeriale, entrate fiscali etc). Gli attuali conti di ospedali e Asl campani convinceranno il Governo?
La Campania ha già convinto il Governo, avendo dimostrato con la realizzazione del piano ospedaliero che intende incidere realmente nella riorganizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale, senza gravare sui Lea (livelli essenziali di assistenza), migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo contestualmente gli sprechi. Come dire che in Campania ci sono lavori in corso che saranno presto ultimati e che ci consentiranno di incassare nuovi fondi in futuro.

Due delicati versanti: il pacchetto di misure per farmaceutica e personale e rinnovo dei protocolli d'intesa coi Policlinici. Qual è il punto della situazione?
Per ciò che concerne la farmaceutica, oltre al necessario adeguamento del ticket alla media nazionale, si sta lavorando all'introduzione di linee guida per l'utilizzo dei farmaci principali secondo gli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica e realizzando un piano terapeutico regionale, per rendere omogenea l'assistenza in tutte le Asl.
Mentre per il personale, siamo in attesa dello sblocco del turn over per poter selezionare le figure di cui c'è maggiormente bisogno in questo momento. Se non possiamo più permetterci gli sprechi, dovuti ad incentivi straordinari e assunzioni senza logica, d'altronde è chiaro che organici carenti penalizzano il livello di assistenza.

Asl Napoli 1 Centro nell'occhio del ciclone. Processo sommario o dolorosa presa d'atto?
Una presa d'atto, ma resta forte la volontà di risolvere i problemi di quella che è l'Asl più grande d'Europa. Sento, tuttavia, di dover ringraziare il Commissario uscente Achille Coppola che ha messo in luce deficienze e gravi carenze ed al contempo ha contribuito alla risoluzione di alcuni importanti nodi. La nostra Regione può farcela, con l'impegno di tutti.

Schiano, il punto in 5° Commissione

Ruolo difficile quello di presidente della Commissione Sanità. A circa un anno dalla nomina del governatore Caldoro a Commissario ad acta della sanità campana, tracci un primo consuntivo sulla rimonta contabile e assistenziale del quadro sanitario campano.
I precedenti governi regionali ci hanno consegnato una sanità disorganizzata che non garantiva i livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio della Campania.
Una rete ospedaliera strutturalmente sempre più vecchia e tecnologicamente più povera, un'assistenza territoriale lasciata nel più totale abbandono e mai realmente organizzata per essere vicina ai cittadini, una prevenzione mai attuata, hanno favorito una sempre maggiore migrazione sanitaria sia in altre regioni che all'estero. I costi enormi ed incontrollabili di tutto questo hanno portato al commissariamento della sanità e al blocco dei fondi.
Noi, in meno di un anno e con una attenta programmazione, siamo riusciti a formulare un nuovo piano ospedaliero e territoriale che, valutato positivamente dai ministeri della Salute e dell'Economia e dal governo, ci ha permesso di sbloccare i fondi di riparto.

In dettaglio, qual è lo stato dell'arte del Piano Ospedaliero e quello del Piano territoriale?
Per quanto riguarda il Piano Ospedaliero, il nostro obiettivo è quello di avere ospedali di eccellenza non mortificando nessun'area del territorio campano ma tenendo comunque presente che bisogna evitare sprechi e gestire in maniera manageriale e trasparente sia le risorse che le strutture.
In questa ottica abbiamo già attuato la creazione della nuova azienda ospedaliera Monaldi-Cotugno-CTO a Napoli e riunito l'ospedale di Ravello , il da Procida di Salerno e i presidi di Cava de' Tirreni e di Mercato San Severino all'azienda Ospedaliera Ruggi D'Aragona di Salerno.
A livello territoriale stiamo riorganizzando i distretti sanitari rimodulandoli sugli ambiti di zona in modo che siano più vicini ai comuni anche per potenziare al massimo i livelli assistenziali socio-sanitari.
Abbiamo inoltre avviato le procedure per attivare le trattative regionali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri e gli Specialisti Ambulatoriali per riorganizzare le Cure Primarie con dei modelli organizzati-

vi assistenziale innovativi, cosi come previsto dai rispettivi AA.CC.NN. Anche per questo abbiamo rimodulato l'ARSAN come struttura tecnica di supporto all'attività della Giunta regionale in materia di politica sanitaria regionale. Sono convinto, inoltre, che solo lavorando assieme all' Ordine dei Medici e ai Sindacati della Dirigenza Medica e dei Convenzionati Interni ed Esterni si possano raggiungere le mete che ci siamo prefissati.
Dobbiamo inoltre puntare molto sulla formazione, sulla innovazione tecnologica e sulla comunicazione.

Fondo Sanitario Nazionale: sotto accusa il criterio di riparto delle risorse perché il parametro dell'età media favorisce il Nord e penalizza il Sud.
Quali le perplessità? Un'apposita conferenza Stato-Regioni potrebbe revisionare i criteri o occorre attendere il nuovo assetto federalista?
Credo che l'attuale criterio di riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale sia profondamente iniquo. Un criterio che tiene conto solo dell'età e non anche della disoccupazione e della povertà che, come dice la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità sono fattori che aumentano notevolmente i fattori di rischio per malattia, non solo è ingiusto ma moralmente ed eticamente inaccettabile. Con questo criterio in poco meno di dieci anni la Campania ha perso circa 4 miliardi di euro. Ci stiamo battendo assieme ad altre regioni per rivedere questa ripartizione dei fondi e siamo certi che in un ragionevole lasso di tempo riusciremo a vincere questa battaglia di civiltà e solidarietà che è anche alla base del nuovo assetto federalista.

I fondi in arrivo a vario titolo basteranno ad una prima incisiva azione di risanamento della sanità campana?
Premesso che, come dicevo prima, solo una ripartizione più equa del Fondo Sanitario Nazionale ci permetterà di risanare i conti della sanità regionale, i fondi in arrivo, utilizzati con rigore e trasparenza, ci consentiranno sicuramente di migliorare il sistema sanitario regionale. Lo sblocco, poi, di 322 milioni Fas è una vittoria.

Asl Napoli 1 Centro nell'occhio del ciclone. Processo sommario o dolorosa presa d'atto?
La drammatica situazione economica dell'ASL è certamente frutto di una insensata gestione politica che vedeva l'azienda utilizzata soprattutto per fini clientelari e di conseguenza a scapito degli utenti.
I cittadini devono ritornare ad essere al centro dell'attenzione del management aziendale. Solo l'abnegazione dei medici e degli altri operatori dell'ASL ha permesso che non ci siano stati ripercussioni gravi sulla salute dei napoletani. Noi dobbiamo ripartire da queste eccellenze per una appropriatezza dell'assistenza e una riorganizzazione aziendale che possa far ritornare i conti in ordine.

Conciliazione al decollo, gli scenari

Intesa nascente tra medici e avvocati: ecco il protocollo

Fulvio Turrà
Revisore OMCeO Napoli

Marzo 2011, entra in vigore la legge per la Conciliazione in ambito sanitario, che non rappresenta una opportunità scelta, ma un obbligo che discende dal decreto legislativo 69 del 2009 e dal successivo decreto attuativo 28 del 4 marzo 2010. Sicuramente l'atto di conciliazione tra le parti è una svolta nell'ambito del contenzioso in materia sanitaria, rappresenta la possibilità di raggiungere un accordo condiviso con la parte che si reputa lesa, prima di arrivare in giudizio, attraverso una mediazione effettuata da mediatori formati per giungere poi a Conciliatori professionisti specializzati in materia di responsabilità medica; tale procedura sarà di grande aiuto sia per la classe medica che per il cittadino visto il moltiplicarsi del contenzioso in ambito medico-assistenziale da cui ne consegue anche l'incremento notevole dei premi assicurativi. In questa ottica e perché ci sia una valida applicazione delle procedure, l'Ordine dei Medici di Napoli ha attivato ormai da mesi una commissione presieduta dal Presidente Gabriele Peperoni coordinata dal Dr Gennaro Volpe e costituita dai dottori Silvestro Canonico, Fabio Lucchetti, Bruno Zuccarelli, oltre al sottoscritto Fulvio Turrà, che lavora per farci trovare pronti alle scadenze previste per il 31 Marzo . Nell'ottica di offrire un servizio adeguato sia alla classe medica che al cittadino, la commissione ha avviato un rapporto preferenziale e proficuo con l'Ordine degli Avvocati; i numerosi incontri tra i membri delle commissioni ordinistiche, hanno portato alla stesura di un protocollo di intesa provvisorio tra le parti e di cui a breve dovrebbe essere pronta la stesura definitiva.

PROTOCOLLO DI INTESA (non definitivo)

Tra
ORDINE AVVOCATI DI NAPOLI in persona del Presidente e legale rapp.te pro tempore, Avv. Francesco Caia.

E

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROVINCIA, (d'ora innanzi Ordine dei Medici) in persona del Presidente e legale rapp.te pro tempore, Dott. Gabriele Peperoni.
PREMESSO

- Che il Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Napoli promuove la sinergia e la cooperazione tra professioni per la nascita, il miglioramento, l'ottimizzazione e la diffusione di iniziative di utilità sociale volte alla miglior tutela dei cittadini e la creazione di un rinnovato rapporto di fiducia con gli utenti del "servizio giustizia";

- Che il Consiglio dell'Ordine dei Medici, in adesione a tale intento, promuove il perseguimento e la tutela del miglior rapporto medico – paziente attraverso iniziative di utilità sociale che assicurino il decoro e l'immagine del professionista nonché la salute del cittadino.

Le parti ritengono necessarie coordinare azioni ed interventi nell'ambito sanitario al fine di dare una risposta organica al fenomeno del contenzioso in materia sanitaria comprensivo di tutte le forme anche alternative rispetto al ricorso giudiziario

Il presente protocollo risponde ai principi di seguito elencati:

1. agevolare la informazione e conoscenza da parte di avvocati, medici ed utenti di tutte le problematiche connesse all'esercizio della professione medica, al rischio sanitario ed alle sue responsabilità;

2. assicurare il rispetto del miglior rapporto medico - paziente a tutela del diritto alla salute del cittadino;

3. promuovere strumenti finalizzati alla risoluzione dei conflitti in ambito sanitario.

Tanto premesso, si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1
La premessa costituisce parte integrante del presente accordo.

Articolo 2

Il presente accordo ha validità di anni da rinnovare a scadenza, a cura dei due ordini.

Articolo 3

Le parti promuovono d'intesa l'informazione e la formazione in tema di esercizio della professione sanitaria, rischio sanitario e responsabilità attraverso eventi realizzati congiuntamente, anche con attribuzione di crediti formativi.

Articolo 4

Viene istituita una Commissione Tecnica paritetica, composta da quattro professionisti per ciascuna delle parti oltre ai Presidenti degli Ordini o a loro delegati. La Commissione è presieduta congiuntamente dai Presidenti dei consigli degli Ordini o loro delegati e redige un proprio regolamento interno nel quale sono stabilite le regole del suo funzionamento. Esso è approvato dai rispettivi Consigli degli Ordini.

Articolo 5

La commissione Tecnica di cui all'art. 4:

1. svolge funzioni di osservatorio sullo stato del contenzioso nell'ambito sanitario su apposita delega dell'OMCEO, anche in collaborazione con ASL, Ospedali e professionisti;
2. redige e approva una relazione annuale sulla attività e sul complesso dei servizi forniti in tema di informazione ai professionisti ed ai pazienti e propone azioni ed iniziative al fine della diffusione della conoscenza dei sistemi di risoluzione alternativa delle controversie ; la relazione è trasmessa agli organi di governo dei due Consigli che sono chiamati a pronunciarsi nel merito delle proposte e degli eventuali rilievi;
3. collabora con i Consigli dell'Ordine per la realizzazione di progetti e azioni ai sensi dell'art.3 e nell'ambito dei principi di cui alla premessa della presente intesa
4. formula pareri ai rispettivi Consigli e, in particolare, laddove ritenuto opportuno, provvede a costituire ed a disciplinare appositi organismi di conciliazione e camere arbitrali, in materia di attività medica, a cui devolvere, la risoluzione di eventuali controversie.
5. promuove iniziative, sentiti i consigli degli ordini, studi,convegni, ricerche, pubblicazioni ed ogni altra azione necessaria al miglioramento del rapporto medico - paziente e alla tutela della professionalità del sanitario.

Articolo 6

Ciascuna parte curerà le comunicazioni al pubblico circa la possibilità, in caso di reclami, doglianze o situazioni relative ad ipotetici conflitti medico - paziente, di avvalersi di procedure alternative al ricorso giudiziario.

Articolo 7

Le parti si impegnano a supportare la diffusione dei valori posti a base del presente protocollo attraverso idonee azioni di sistema (convegni, azioni di sensibilizzazione etc).

Articolo 8

In ogni caso il Consiglio dell'Ordine degli Avvocati assicura agli iscritti al Consiglio dell'Ordine dei Medici assistenza e consulenza in regime di convenzione, secondo modalità da convenire.

Articolo 9

Eventuali modifiche al presente protocollo daranno luogo a specifiche variazioni dello stesso da approvare con appositi successivi atti integrativi e/o modificativi.

Achille Coppola: "Un passo avanti"

Il presidente dei commercialisti spiega i pro e i contro

Nuova mediazione civile: provi a sintetizzarne i contenuti

La mediazione è un procedimento strutturato dove due o più parti di una controversia avente ad oggetto diritti disponibili tentano esse stesse di raggiungere un accordo sulla risoluzione della medesima controversia con l'assistenza di un mediatore "terzo imparziale". Il mediatore deve essere iscritto presso un Organismo di conciliazione riconosciuto dal ministero della Giustizia. La Legge 18/06/2009 n. 69 ha delegato il governo ad adottare decreti legislativi in materia di mediazione e conciliazione in ambito civile e commerciale indicando in sintesi le seguenti direttive: 1) che la mediazione sia finalizzata alla conciliazione ed abbia ad oggetto diritti disponibili, senza precludere l'accesso alla giustizia, 2) che l'avvocato debba avvisare il proprio cliente prima di instaurare un giudizio della possibilità di accedere all'istituto della conciliazione, 3) che si preveda a favore delle parti forme di agevolazione di carattere fiscale, 4) che il verbale di conciliazione abbia efficacia esecutiva.

Quali sono i vantaggi e i limiti del nuovo istituto

I vantaggi sono 4: 1) chiunque può accedere alla mediazione per dirimere una controversia civile e commerciale che verta su diritti disponibili, 2) il procedimento di mediazione non può durare più di quattro mesi e può concludersi con un verbale di accordo avente efficacia esecutiva, 3) qualora, fallita la conciliazione, venga promosso il giudizio, il giudice esclude la ripetizione delle spese sostenute dalla parte vincitrice che ha rifiutato la proposta conciliativa se il provvedimento del giudice corrisponde interamente al contenuto della proposta, 4) Agevolazioni fiscali: tutti gli atti sono esenti da imposta di bollo, il verbale di accordo è esente da imposta di registro entro il limite di valore di 50.000 euro; credito d'imposta a favore delle parti in caso di successo della mediazione fino a 500 euro ridotto alla metà in caso di insuccesso. Infine: l'unico, vero limite è che l'istituto non venga inteso come uno strumento idoneo a dirimere le controversie, ma semplicemente come procedura formale e necessaria per poi accedere alla giustizia ordinaria.

Quale impatto eserciterà la conciliazione alternativa nello scenario meridionale e napoletano in particolare.

Occorre sicuramente inculcare una cultura della mediazione e garantire che i vari Organismi di conciliazione siano soggetti a particolari contratti anche per quanto attiene i mediatori iscritti che per legge devono garantire professionalità, riservatezza ed imparzialità.

Mediazione e responsabilità medica: c'è il rischio che i litiganti ritengano il nuovo procedimento come un puro step formale?

Il rischio esiste in ogni settore, per questo occorre far comprendere quelli che possono essere i vantaggi di questo nuovo strumento.

Come si preparano operatori e consulenti del diritto all'avvento della novità?

Tutti noi professionisti siamo chiamati a fare un passo in avanti per accogliere con maggiore slancio il cambiamento e adeguarci alle richieste del mercato.

Francesco Caia: "Troppe ombre"

Il presidente degli avvocati scettico sulla novità

Nuova mediazione civile: provi a sintetizzarne i contenuti

La mediazione civile nasce come strumento di risoluzione alternativa delle controversie. Pensata per assicurare celerità ed economicità nel soddisfacimento della domanda di giustizia, così come prevista nel d.lgs. 28/10, produce solo un allungamento dei tempi della stessa. L'Avvocatura ha sempre guardato con favore al ricorso a strumenti alternativi di risoluzione delle controversie ivi compresa la mediazione, concepita, però, come "facoltativa" - come del resto è in tutti i Paesi in cui è prevista - e affidata ad operatori qualificati sul piano giuridico.

Invece, l'attuale istituto si presenta come "obbligatorio" - andando così ad appesantire, con oneri e costi, la posizione di chi voglia far valere un diritto in giudizio - e, sotto altro profilo, assolutamente inadeguato a garantire le attese di tutela del cittadino, non essendo prevista in tale sede l'assistenza dell'avvocato e, quindi, la possibilità di compiere scelte consapevoli.

Quali sono i vantaggi e i limiti del nuovo istituto?

Per come concepita, con le caratteristiche innanzi descritte, la mediazione rischia di produrre effetti negativi, riducendosi ad un'attività meramente formale, che allunga soltanto i tempi della giustizia.

Quale impatto eserciterà la conciliazione alternativa nello scenario meridionale e napoletano in particolare?

Se consideriamo lo scenario in cui concretamente operiamo, possiamo solo prevedere che la mediazione "obbligatoria" finirà per determinare indebite e preventive scelte di rinuncia alla tutela dei propri diritti. D'altro canto, impedire che il cittadino possa rivolgersi direttamente al Giudice - in un territorio come quello campano - aumenta il rischio che si faccia sentire con più forza la tentazione di rivolgersi altrove per ottenere giustizia.

Mediazione e responsabilità medica: c'è il rischio che i litiganti ritengano il nuovo procedimento come un puro step formale?

Il rischio c'è, anzi è quasi una certezza. Del resto, anche per le controversie di lavoro era previsto un tentativo obbligatorio di conciliazione, che, però, si è rivelato inefficace, risolvendosi in un mero passaggio formale prima di giungere alla causa. Proprio per questo, esso è stato abolito, ma, in epoca quasi coeva - dando manifestazione di schizofrenia legislativa - è stata introdotta la mediazione obbligatoria per quasi tutte le cause civili. Le questioni connesse alla responsabilità medica, essendo afferenti alla tutela del diritto alla salute, richiedono poi un'attenzione particolare e, al fine di delineare una soluzione per le problematiche che, inevitabilmente, si determineranno, l'Ordine da me presieduto ha in agenda importanti iniziative con l'Ordine dei medici, per offrire un percorso di mediazione "qualificato", unica soluzione per dare risposte concrete in tale ambito.

Strumento rischioso. Anche per le liti di lavoro era previsto un tentativo obbligatorio di conciliazione che, però, si è rivelato inefficace, risolvendosi in un mero passaggio formale. Proprio per questo esso è stato abolito ed è stata introdotta la mediazione obbligatoria

Come si preparano operatori e consulenti del diritto all'avvento della novità?

Gli Avvocati sono compatti nel richiedere una modifica delle norme sulla mediazione, così come sono articolate oggi, e sollecitano il Governo affinché apporti i possibili correttivi alla legge.

L'Ordine che presiedo, in ogni caso, sta predispondendo una Camera di Conciliazione che sarà formata da conciliatori qualificati, con la previsione anche dell'assistenza tecnica, necessaria per garantire, anche in tale sede, i diritti dei cittadini.

Precariato primo nemico

Specializzandi, futuro incerto. Appello alle istituzioni

Mattia Silvestre
Responsabile comunicazione
Federspecializzandi Campania

A 5 anni dal conseguimento della laurea solo circa il 20% dei medici lavora a tempo indeterminato presso il sistema sanitario nazionale. Per gli altri, decisi o costretti a non abbandonare il Paese, sono a disposizione una serie di lavori part-time sottopagati, sostituzione presso medici di base, continuità assistenziale e contratti a progetto capaci di dare alla carriera di uno specialista più l'aspetto di un singhiozzo che quello di una fulgida ascesa peraltro tanto sognata dallo studente quando si accinge al test di ingresso alla facoltà. Questo è davvero un dato preoccupante se si pensa che, in tale riflessione, vogliamo per un attimo fingere di dimenticare le difficoltà degli anni di specializzazione in cui, a un medico non ancora esperto , viene più che spesso richiesto di supplire alle carenze di organico degli ospedali universitari, incapaci di garantire gli standard minimi previsti dal vigente ordinamento, in cui la formazione nel senso etimologico del termine viene "a volte" affidata alle autonome esperienze dello specializzando stesso che, senza guida critica, si troverà in seguito, nella propria carriera di specialista, a basare le proprie procedure su conoscenze viziate apprese empiricamente. Mettiamo dunque da parte per un momento il paradosso succitato. Il nostro tentativo sarebbe quello di dare uno sguardo più obiettivo possibile alle condizioni dei giovani professionisti. Allo sforzo di evitare un amaro cinismo si opponevano nello scorso anno le proposte del DL 78/10 con quel blocco del turn over fino al 2014 e razionamento del personale che suonava di condanna. La proposta della Finanziaria era infatti uno sbarramento delle assunzioni del personale sanitario già dal 2011 con graduale ripresa solo nel 2015. E, di nuovo, fingiamo di ignorare quanto e come si ripercuoterà sulle possibilità lavorative dei laureati in medicina il grosso taglio effettivamente dato ai finanziamenti per la ricerca dalla Legge n. 240/10 (Gelmini, per intenderci), tagli che a detta dello stesso Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano sono risultati indiscriminati. Oltre a ciò si consideri che è previsto, anzi già in atto, un ampliamento nel numero di posti per le immatricolazioni degli studenti che ogni anno potranno accedere alle facoltà di medicina e chirurgia dopo esame di ammissione, senza proporzionale adeguamento nel numero di posti disponibili per accogliere i laureati ai concorsi per l'ingresso alle scuole di specializzazione medica, delineando, quindi, nel passaggio tra facoltà e specializzazioni e da queste al mondo lavorativo, l'immagine di una serie di imbuti dove si perde la possibilità di garantire un assetto logico tale che ad ogni studente alla fine del percorso formativo corrisponda una collocazione nel mondo occupazionale. Tali elementi, oltre a farci considerare quello appena trascorso un vero e proprio anno nero, ci costringono nella più ottimistica delle visioni a prendere atto se non dell'indifferenza quanto meno della poca conoscenza e sensibilità delle Istituzioni al problema concreto occupazionale dei giovani specialisti.

Solo una soluzione concreta intravediamo in questo offuscato panorama, ovvero la compartecipazione delle istituzioni, dell'università, delle strutture ospedaliere, al fine di procedere ad un riordino effettivo dei fabbisogni di medici in Italia, al fine di migliorare il percorso formativo del giovane medico, basato sulle reali necessità del Paese anziché sulle contingenze politiche, troppo spesso considerate più importanti della dura realtà.

Ricordo la lettera che il prof. Celli inviò qualche tempo fa a suo figlio, spero che tra qualche anno, potrà essere considerata solo un retaggio di un passato buio, alla luce di prospettive diverse e migliori condizioni formative e lavorative del giovane medico italiano. Spero solo che quest'Italia, sia pronta e matura per attuare una metodologia riformista europea, spero solo che il nostro paese possa riuscire a considerare le problematiche sanitarie scevro da catene politiche lobbistiche o ideologiche... Spero infine che l'Italia maturi presto.... In fondo compie ben 150 anni!

Cure palliative, incognita irrisolta

Strategie antidolore, il pallino passa ai politici

Gino Leopaldi
Unità Operativa d Oncologia Medica Ospedale S. Gennaro – ASL NA1

Caro Presidente,
ho molto apprezzato il forte richiamo ai problemi della bioetica, cui il Bollettino dello scorso dicembre ha dato ampio spazio attraverso i contributi di autorevoli colleghi. Come hai sottolineato, tale tema investe direttamente il rapporto tra persona e medicina, paziente e curante, cittadino ed istituzioni e, proprio per tutte queste implicazioni, si presenta con tutta la sua complessità di analisi e scelte operative. Pur condividendo ampiamente quanto i vari articoli hanno sottolineato, vorrei ampliare i confini di tale riflessione con un mio parere, maturato dalla esperienza di 25 anni di oncologia e da 15 anni di cure palliative. Innanzitutto il consenso informato: non si può che sottoscrivere la preoccupazione del Prof. Buccelli circa l'uso distorto che ne può derivare, soprattutto quando da strumento di alleanza terapeutica diventa arma di contenzioso giudiziario. Ma nonostante questa rilevante limitazione non può perdersi la sua primaria e fondamentale asserzione bioetica: la legittimazione dell'operato medico. Se è vero che il rapporto tra medico e paziente è e rimane asimmetrico sul piano della conoscenza scientifica e nessun consenso informato potrà colmarlo, è anche vero che la decisione di affrontare un percorso di cura è paritaria tra le parti con determinazione conclusiva dell'ammalato stesso. Solo questi infatti è "proprietario" del suo corpo (non lo Stato - non il medico) e perciò si autodetermina non solo rispetto alla malattia ma anche al significato che si attribuisce alla propria esistenza. Chi deve fare la terapia del dolore e le cure palliative? La domanda è tuttaltro che oziosa e la prima risposta sembra essere: lo specialista in anestesia e rianimazione. Tuttavia non è così se si considera l'insufficiente numero di specialisti che si dedica a tale settore, la carenza oramai strutturale degli anestesisti, la consapevolezza che oltre il 95% del dolore cronico è controllabile con tecniche non invasive. La dimensione algica investe prepotentemente e trasversalmente tutte le discipline mediche e solo una più ampia conoscenza della clinica antalgica e delle cure palliative potrà favorire diffusamente e con adeguatezza una assistenza così delicata. Ritengo insensata una rivalsa di "primogenitura" - e d'altronde la recente legge 38\2010 in tale direzione si orienta - mentre sarebbe più logico e concreto che società scientifiche, facoltà di medicina, ordini professionali moltiplichino le occasioni di formazione specifica per medici ed operatori sanitari.
La Regione Campania è rimasta l'unica delle regioni italiane a non aver provveduto alla costituzione di una rete di cure palliative . In un momento di grande cambiamento e riprogrammazione locale della sanità pubblica non si percepisce quale spazio, negli ospedali e nel territorio, sia destinato per le malattie terminali ed il controllo del dolore. Penso che mancare l'obiettivo anche questa volta potrebbe significare far scomparire definitivamente dai livelli essenziali di assistenza dei cittadini campani un settore di cura così delicato. Chi deve intervenire? Come si può intervenire?

Ambiente, la civiltà delle tossine

Patrizia Gentilini
Medico oncologo ed ematologo

Gentile Direttore,
con il recente scandalo di polli e uova tedesche alla diossina si ripropone ormai un rituale ricorrente e costante circa la sicurezza alimentare (ricordiamo le mozzarelle campane, le pecore pugliesi, i suini irlandesi, i polli toscani) e che - proprio per queste sue caratteristiche - rischia di passare, come una notizia fra le tante, cui non si dedica l'attenzione che merita.
Col termine diossina si intende la TCDD (2,3,7,8–tetraclorodibenzo-p-diossina), nota come "diossina di Seveso" a causa dell'incidente occorso a Seveso nel 1976, pericolosa a dosi infinitesimali (miliardesimi di milligrammo) e che è stata definita la sostanza più pericolosa mai conosciuta; affini a questa molecola ve ne sono tuttavia altre centinaia, con caratteristiche simili per cui si parla genericamente di "diossine". Senza entrare troppo nei particolari ricordo che si tratta di molecole particolarmente stabili e persistenti nell'ambiente; nell'uomo la loro assunzione avviene per oltre il 90% per via alimentare, specie attraverso pesce, latte, carne, uova e formaggi in cui si accumulano essendo liposolubili.
Vengono trasmesse dalla madre al feto sia durante la gestazione che attraverso l'allattamento; a questo pro-

posito dai pochissimi studi eseguiti - spesso per iniziativa spontanea dei cittadini sul latte materno, risulta che un lattante di 5 kg si trova ad assumere quote di diossine variabili da alcune decine fino a centinaia di volte superiori al limite massimo indicato dall'UE.
Le diossine rientrano nel grande gruppo di sostanze denominate interferenti endocrini, agenti cioè che mimano l'azione degli ormoni naturali interferendo e disturbando funzioni complesse e delicatissime quali quelle immunitarie, endocrine, metaboliche e neuropsichiche. L'esposizione a diossine è correlata allo sviluppo di tumori (per la TCDD, linfomi, sarcomi, tumori a fegato, mammella, polmone, colon) nonché a disturbi riproduttivi, endometriosi, anomalie dello sviluppo cerebrale, diabete, malattie della tiroide, danni polmonari, metabolici, cardiovascolari, epatici, cutanei e deficit del sistema immunitario. Forse non tutti sanno che trattandosi di sostanze così pericolose nel 2004 è stata stilata a Stoccolma una convenzione, sottoscritta da 120 paesi fra cui l'Italia, per vietare la produzione intenzionale ed imporre la riduzione di quella non voluta, peccato che il nostro paese sia stato l'unico a non averla poi ratificata!
Queste sostanze si formano in particolari condizioni di temperatura in presenza di Cloro per cui ogni processo di combustione, in particolare di plastiche, porta alla loro formazione e sono presenti non solo nei fumi ma anche nelle ceneri degli inceneritori. A questo proposito segnalo l'ennessimo, recentissimo, studio* che correla queste sostanze emesse da inceneritori ai linfomi Non Hodgkin. Lo studio è stato condotto in Francia su 34 pazienti affetti da linfoma residenti nell'area di ricaduta dell'inceneritore di Besancon e su 34 sani. In tutti sono stati dosate nel siero queste sostanze trovando livelli sempre più alti e statisticamente significativi nelle persone esposte. Peccato che nello studio Moniter, quello condotto dalla regione Emilia Romagna per valutare le ricadute degli 8 inceneritori presenti sul territorio, le diossine non siano state ricercate dove queste si accumulano, ovvero su matrici biologiche, nè tanto meno nel corpo delle persone o sul latte materno delle mamme esposte! Tuttavia, anche quando le diossine sono state ricercate e trovate, come nelle indagini eseguite in seguito allo sforamento del 2007 dell'inceneritore di Montale, indagini - ricordo - che hanno dimostrato in ben 6 su 10 campioni di polli, livelli ben oltre i limiti di legge, nessuna ordinanza di divieto al consumo è stata emanata, prassi consolidata in situazioni analoghe.
Ricordo che nei due mesi di funzionamento, da maggio a luglio 2007, si può stimare che dall'inceneritore di Montale (facendo una media dei valori emersi dalle analisi) siano stati emessi oltre 50 milioni di nanogrammi di diossine, ovvero quanto l'impianto avrebbe potuto emettere in 14 mesi di attività e pari alla dose massima tollerabile per circa un milione di individui adulti in un intero anno.
Ma torniamo all'attuale scandalo, che si presta ad alcune considerazioni interessanti.
Innanzi tutto esso viene viene fatto risalire alla somministrazione di mangimi contaminati da oli industriali ed altri inquinanti ai poveri animali, ma questo rischia di oscurare una altra recente notizia comparsa in precedenza circa la contaminazione, oltre i limiti consentiti dalla legge, di ben il 28% di polli allevati all'aperto in Germania che, lo ricordiamo, è il paese che ha il maggior numero di inceneritori, acciaierie ed impianti industriali in Europa, quindi polli "ruspanti", quelli che siamo abituati a considerare i più sicuri perchè allevati in modo naturale.
Questo dato deve fare molto riflettere, perchè parlare solo dei polli contaminati per colpa dei mangimi e non anche di quelli esposti alle ricadute di acciaierie, inceneritori ed altri impianti produttori di diossine, rischia di non mettere sufficentemente a fuoco le conseguenze che uno "sviluppo" industriale dissennato ha comportato, quasi questo fosse meno colpevole di chi ha deliberatamente nutrito gli animali con mangimi contaminati.
Nel primo caso la colpa è infatti dell'"ambiente", ovvero di una entità che ci può apparire astratta ed il cui stato non viene percepito come una diretta conseguenza di assurdi comportamenti umani.
Non credo ci voglia molto a capire che avere distrutto la civiltà contadina, avere avvelenato il territorio con pesticidi e con le ricadute di impianti assurdi ed inquinanti come gli inceneritori non solo arreca incalcolabili danni all'ambiente e alla salute, ma mina la possibilità stessa di sopravvivenza delle generazioni future.
Di recente ho visto sul Sole24Ore i dati relativi all'agricoltura europea, che mostra come l'Italia sia destinata al fallimento anche sotto il punto di vista agricolo, settore primario, da cui tutti gli altri discendono e che dovrebbe rappresentare l'eccellenza nel nostro paese noto in tutto il mondo come patria del buon cibo. Da questo grafico emerge infatti che l'andamento dei redditi agrari del 2010 rispetto al 2009 è: EU +12.3, Danimarca +54.8 (e per il 2050 ha pianificato l'uscita dal fossile), Olanda + 32, Francia + 31, Germania + 23, Spagna + 7, Italia - 3.3 (con calo sup. agricola di 19.200 kmq negli ultimi 10 anni), UK -8.2, Grecia -4.2, Romania - 8.2.
Tutte queste riflessioni vogliono ancora una volta ribadire il concetto che è arrivato il momento del cambiamento, dobbiamo riconoscere il fallimento del modello di sviluppo della attuale società che evidentemente non si cura delle conseguenze delle proprie scelte e che è arrivata perfino a contaminare le basi stesse dell'alimentazione inquinando anche l'alimento più prezioso al mondo: il latte materno!
Preoccuparsi dell'infanzia e delle possibità di sopravvivenza delle generazioni future dovrebbe essere al primo posto nei pensieri di una comunità civile.

**Viel J. et al Increased risk of non Hodgkin Lymphoma and serum organochlorine concentrations among neighbors of a municipal solid waste incinerator, Environ Int (2010)*

IL DECRETO

Bilancio da emendare, tutti i ritocchi in tema di Sanità

Emendamento al disegno di legge "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 ex articolo 14 legge regionale 30 aprile 2002. n.7 (legge finanziaria 2011" Reg.Gen. 143

Disposizioni riguardanti la Sanità

Gli articoli da 1 a 27 del testo approvato dalla II Commissione Consiliare Permanente sono sostituiti dal seguente e acclusa tabella:
20. Ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito dalla legge n. 122 del 2010, sino al 31 dicembre 2013, salve diverse disposizioni già assunte dalla Regione in coerenza con i principi affermati dalla disposizione predetta, i trattamenti economici complessivi dei singoli dipendenti regionali, nonché degli enti, agenzie, aziende, società regionali o con quota maggioritaria della Regione, anche di qualifica dirigenziale sono ridotti:
a) del 5 per cento per la parte eccedente 90.000 euro fino a 150.000 euro;
b) del 10 per cento per la parte eccedente 150.000 euro;
c) del 10 per cento dell'intero importo corrisposto ai responsabili degli uffici di diretta collaborazione degli Assessori regionali.
21. A seguito delle riduzioni di cui alle lettere a) e b) del comma 20, il trattamento economico complessivo non potrà essere comunque inferiore a 90.000 euro lordi annui.

22. Nella definizione di trattamento economico complessivo rientrano tutte le indennità corrisposte a qualunque titolo.

23. Le riduzioni di cui ai commi 1 e 2 non operano ai fini previdenziali.

24. Nei confronti dei titolari di incarichi di livello dirigenziale della Regione, nonché degli enti, aziende, agenzie, società regionali o a partecipazione maggioritaria della Regione, non si applicano le disposizioni normative e contrattuali che autorizzano la corresponsione, a loro favore, di importi derivanti dall'espletamento di incarichi aggiuntivi.

25. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche agli enti del servizio sanitario regionale ad esclusione dei soggetti destinatari delle riduzioni di cui all'articolo 61, comma 14, del decreto-legge 25giugno2008, n. 112, convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

26. I Commissari straordinari delle Asl che hanno prodotto atti in contrasto con il Piano di rientro sanitario (deliberazione del Consiglio dei Ministri) decadono e vengono cancellati automaticamente dall'elenco unico regionale degli idonei alla nomina a direttore generale delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere della Regione Campania, così come previsto dalla deliberazione di Giunta regionale 2 agosto 2010, n. 575.

27. Tutti i contratti assunti in contrasto con il suddetto Piano sono inefficaci.

183. E' istituito un fondo straordinario di euro 100.000,00 a valere sull'U.P.B. 6.23.54 per le per le attività del Dipartimento di Biochimica e Biotecnologie Mediche dell'Università Federico II di Napoli per l'estensione di attività di ricerca nel campo delle emogiobinopatie, finalizzate ad una più approfondita conoscenza delle patologie si cui sviluppare protocolli terapeutici innovativi.

186. E' istituito un fondo straordinario di euro 100000,00 a valere sull'U.P.B. 6.2354 per le attività del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica dell'Universita di Napoli 'Federico II per il progetto Ippocrate'

187. E' istituito un fondo straordinario di euro 60.000,00 a valere sull'U.P.B. 4.15.38 per le attività del Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva della Facoltà di Medicina della Seconda Università degli Studi di Napoli per il progetto di ricerca "Studio sul ruolo di ceppi citotossici del batterio Escherichia Coli nelle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)"

189. E' istituito un fondo straordinario di euro 80.000 a valere sull'U.P.B. 6.23.54 per l'A.O.U. Federico II di Napoli per la realizzazione di un progetto sperimentale di Napoli "Second Opinion" relativo alla consulenza specialistica per pazienti della regione in caso di grandi interventi o di terapie mediche ad alto costo, al fine di confermare l'appropriatezza terapeutica e di ridurre i costi sanitari.

193. E' istituito un fondo straordinario di euro 400.000,00 a valere sull'U.P.B. 6.23.54 a favore della S.c.a.r.l. B1OGEM diAriano irpino.

195. E' istituito un fondo straordinario di euro 150.000,00 al Centro di Riferimento Regionale in farmaco economia e farmaco utilizzazione(CIRFF) della Università di Napoli Federico II.

IL DECRETO

196. All'U.P.B. 4.15.38 è istituito un fondo straordinario pari a euro 70.000,00 per il Centro specialistico Policlinico Universitario Federico II per il progetto regionale Centro Pilota-Ambulatorio poli-specialistico sul pavimento pelvico".

198. E' istituito un fondo straordinario di euro 50.000,00 a valere sull'U.P.B. 6.23.54 per l'attuazione del protocollo d'intesa con la Seconda Università degli Studi di Napoli.

199. E' istituito un finanziamento straordinario al centro regionale prevenzione oncologica(CRPO) presso l'Università Federico II di euro 100.000,00 a valere sull'U.P.B. 415.38.

201. E' concesso un contributo straordinario a favore della Società Italiana di Pediatria Preventiva e sociale di euro 100.000,00. Il finanziamento e' a valere sulla U.P.B.
6.23.54.

203. Al fine di evitare onerosi ricorsi alla mobilità extra regionale nel ricovero dei pazienti affetti da gravi patologie traumatiche cranio-maxillo-facciale, tenuto conto delle esperienze maturate nell'ambito della patologia traumatica cranio-maxillo-facciale da parte dell'azienda universitaria policlinico tra (AUP) "Federico II" e per ottemperare alle necessità di assistenza dì pazienti affetti da traumi cranio- maxillo-facciale, è istituito un centro di riferimento presso la suddetta A.U.P.. Per il finanziamento è istituito un fondo denominato "Centro di riferimento per la traumatologia Cranio-maxillo-facciale" con la consistenza di euro 200.000,00.

206. Le strutture residenziali e semi-residenziali che concorrono alla realizzazione del sistema integrato di interventi e di servizi sociali, provvisoriamente autorizzate, si adeguano ai requisiti strutturali richiesti ai sensi della legge regionale 23 Ottobre 2007, n. 11, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

209. Il SSR può avvalersi nel settore della diagnostica di laboratorio per le attività di elevata complessità dì biologia molecolare clinica genetica di laboratorio e la diagnostica e di malattie congenite del metabolismo e delle malattie rare della fondazione CEINGE, nell'ambito del riassetto della rete laboratoristica e nei limiti previsti dal piano di rientro.

210. L'ambito distrettuale n. 23 dell'Asl di Caserta, di cui alla legge regionale del 28 novembre 2008, n. 16 e successive modificazioni ed integrazioni, comprende i territori dei Comuni di: Castelvolturno, Mondragone, Falciano del Massico, Carinola, Cancello ed Arnone, S. Maria La Fossa, Grazzanise Cellole.

211. Al Distretto sanitario di Avellino sono accorpati i seguenti comuni: Cervinara, Rocca Bascerana, Rotondi e San Martino Valle Caudina.

212. Al fine di razionalizzare e riqualificare il sistema sanitario regionale per il rientro del disavanzo la Giunta regionale è autorizzata con apposito regolamento a disciplinare gli ambiti territoriali di cui all'articolo 2, comunque in numero non superiore a nove, e quelli di cui all'articolo 3 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16, fermi restando gli obblighi derivanti dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario, sottoscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

213. Al fine di individuare possibili ulteriori entrate per il settore della sanità e per favorire l'inserimento nel mondo del lavoro di soggetti portatori di handicap, in via sperimentale, la Giunta regionale d'intesa con le aziende sanitarie locali ed ospedaliere, individuerà aree interne alle strutture sanitarie da adibire a parcheggio a pagamento da dare in gestione a cooperative sociali di disabili attraverso procedure di evidenza pubblica.

215. La Regione Campania assicura le convenzioni a favore degli Hospice mediante l'istituzione di apposito capitolo di spesa.

224. Il comma 10 dell'articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28, è
sostituito dal seguente:
"10. In via sperimentale la SORESA è delegata, ai sensi dell'articolo 1269 c.c., alla esecuzione dei pagamenti, dovuti per l'esercizio del servizio sanitario, e dei debiti, regolarmente accertati, delle AA.SS,LL. e delle AA.00. individuate con deliberazione di giunta regionale e costituisce, per tali aziende, centrale unica di pagamento. Detta deliberazione, da adottarsi entro trenta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, provvede alla individuazione delle aziende tenuto conto delle situazioni finanziarie e contabili delle stesse e definisce i criteri e le modalità di attuazione del presente comma. All'esito della sperimentazione, la Giunta regionale può disporre l'estensione delle predette disposizioni ad altre AA.SS.LL. e AA.00. della regione.

226. Dopo il comma 13 dell'articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28, è inserito il seguente:
"13 bis. La SORESA assiste e supporta le AA.SS.LL. e le AA.00. in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale, al fine di promuovere l'adozione di modelli aziendali, organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati alla efficienza, alla competitività e alla efficacia nella erogazione delle prestazioni sanitarie e nel soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza.".

227. Il comma 14 dell'articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28, è sostituito dal seguente:
"14. Alfine della attuazione del comma 10, la SORESA, ove lo ritenga necessario, acquisisce, dalle aziende per le quali opera, l'attestazione dei dirigenti responsabili degli uffici competenti per materia che le prestazioni costituenti titolo dei relativi debiti siano state effettivamente rese nell'ambito dei servizi debitamente autorizzati dalle medesime aziende. I dirigenti responsabili degli uffici finanziari delle aziende attestano, altresì, che non è avvenuto il pagamento del corrispettivo e che il debito non è caduto in prescrizione, I dirigenti responsabili degli uffici della aziende provvedono entro trenta giorni dalla richiesta, decorsi i quali l'attestazione si intende resa dagli stessi in senso negativo circa la sussistenza del debito. La Giunta regionale esercita la vigilanza sull'attuazione del presente comma mediante proprie strutture o, previo accordo, avvalendosi dei servizi ispettivi e di vigilanza della amministrazioni centrali".

228. Dopo il comma 14 dell'articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28, sono inseriti seguenti:
"14 bis. In caso di mancata espressa attestazione della sussistenza o insussistenza del debito, nel termine di trenta giorni previsto dal comma 14, dovuta a negligenza del dipendente assegnato all'ufficio tenuto a renderla, al medesimo dipendente si applicano le sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva. Qualora la mancata espressa attestazione della sussistenza o insussistenza del de-

bito nel termine di trenta giorni previsto dal comma 14, sia dovuta ad inerzia del dirigente responsabile dell'ufficio tenuto a renderla che non esercita i poteri di direzione, di coordinamento e di controllo, della attività dell'ufficio e dei dipendenti allo stesso assegnati, al medesimo dirigente responsabile dell'ufficio si applicano le sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva ed il relativo comportamento è comunque valutabile anche ai fini della responsabilità dirigenziale.
14 ter. Ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria la SORESA, entro 180 giorni dalla entrata in vigore della presente legge provvede alla creazione di una banca dati unificata di tutti in fornitori delle AA.SS.LL. e delle AA.00., e dei relativi flussi finanziari. Le modalità di finanziamento della predetta banca dati e gli obblighi di conferimento degli enti del SSR sono disciplinati con il provvedimento di cui al comma 10. La SORESA trasmette alla Giunta regionale, entro il 30novembre di ogni anno, una relazione concernente l'attività svolta, con particolare riguardo ai dati concernenti l'esercizio delle funzioni di cui ai commi 10 e 15.
14. quater. Per lo svolgimento delle funzioni previste dalla presente legge la SORESA è autorizzata ad avvalersi anche di un contingente di personale in servizio presso le aziende sanitarie della Regione distaccato presso le stesse, determinato con la delibera della Giunta regionale di cui al comma 10.
14. quinquies. La SORESA sottopone, entro il 30 novembre di ogni anno,
all'approvazione della Giunta regionale i piani e le procedure centralizzate a livello regionale per l'esecuzione dei pagamenti di propria competenza, per l'acquisto e la fornitura di beni e delle attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari, per la consulenza alla logistica dei magazzini delle AA.SS.LL. e delle AA.00., anche per macroaree.

229. Il comma 15 dell'articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28, è sostituito dal seguente:
"15. La SORESA, centrale unica di acquisto, è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari delle AA.SS.LL. e delle AA.00..

230. Dopo il comma 15 dell'articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n.28 è aggiunto il seguente:
"15 bis. E' comunque fatta salva, previa autorizzazione della SORESA, la possibilità delle AA.SS.LL. e delle AA.00. di stipulare contratti di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari entro i parametri di prezzo-qualità adottati dalla SORESA. Gli atti e i contratti di acquisto e fornitura stipulati dalle AA.SS.LL. e dalle AA.00. in assenza dell'autorizzazione prevista dal presente comma sono nulli e costituiscono causa di responsabilità amministrativa. Degli acquisti e delle forniture effettuate dalle AA.SS.LL. e dalle AA.00., previa la predetta autorizzazione, e dei relativi flussi finanziari, è data comunicazione alla piattaforma informatica della SORESA secondo le modalità dalla stessa definite.

231. Per l'intero periodo di vigenza del piano di rientro dal disavanzo sanitario sottoscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30dicembre2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato legge finanziaria 2005), le determinazioni della Giunta regionale dì cui ai commi 224 e 228 sono adottate con decreto del Commissario ad acta per quanto riservato alle sue competenze.".

232. Dopo l'articolo 5 della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32, Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale, è aggiunto il seguente:
'Art. 5 bis - Razionalizzazione della gestione contabile delle AA.SS.LL. e AA.00.

1. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere attuano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 5, del decreto legge 18 gennaio 1993, n. 9 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio assistenziale), convertito con modificazioni dalla legge 18 marzo 1993, n. 67, e, a tal fine, in particolare, adottano:

a) sistemi informativi idonei a conseguire l'ordine cronologico delle fatture così come pervenute per il pagamento o, se non è prescritta fattura, delle deliberazioni di impegno;
b) la deliberazione, da adottare per ogni trimestre, che quantifichi preventivamente gli importi delle somme corrispondenti agli stipendi e alle competenze comunque spettanti al personale dipendente o convenzionato, nonché gli importi delle somme nella misura dei fondi a destinazione vincolata essenziali ai fini dell'erogazione dei servizi sanitari definiti con decreto del ministro della sanità del 15 ottobre 1993, pubblicato in gazzetta ufficiale 20 ottobre 1993, n. 247.

2. Dalla adozione della deliberazione di cui al comma 1, lettera b), non sono emessi mandati a titoli diversi da quelli vincolati, se non seguendo l'ordine cronologico delle fatture così come pervenute per il pagamento o, se non è prescritta fattura, dalla data della deliberazione di impegno.
3. In caso di mancata attuazione dei commi 1 e 2, verificata ai sensi dei commi 5 e 6, si applica la disposizione prevista dall'articolo 18, comma 7, lett. c), della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32.
4. In caso di mancata attuazione dei commi i e 2, verificata ai sensi dei commi 5 e 6, si applicano le disposizioni dell'ultimo periodo dell'articolo 21, comma 1, del decreto legislativo 30marzo2001, n. 165.
5. Non oltre i dieci giorni precedenti l'inizio di ciascun trimestre di riferimento i direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere trasmettono alla Giunta regionale, ai finì della verifica della attuazione dei commi i e 2, la deliberazione trimestrale di cui al comma 1, lettera b), nonché la certificazione dell'avvenuto rispetto, nel trimestre precedente, delle prescrizioni di cui al comma 2.
6. Ai fini della applicazione dei commi da 1 a 5 ciascun trimestre decorre, rispettivamente, dal giorno 1 dei mesi di gennaio, aprile, luglio, ottobre."

234. Al comma 1 dell'articolo 36 bis della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 le parole "della graduatoria dei" sono sostituite con le seguenti "di una rosa di tre".

235. Il comma 2 dell'articolo 36 bis della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 è abrogato.

236. Il comma 3 dell'articolo 36 bis della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 è sostituito dal seguente:
"3. La commissione è costituita dopo la scadenza dei termini per la presentazione delle domande, ai sensi del comma 2, dell'articolo 15 ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che ne disciplina la composizione e le modalità di nomina.".

237.Al comma 6 dell'articolo 36 bis della legge regionale 3 novembre

IL DECRETO

1994, n. 32 le parole "Commissione di valutazione tecnica" sono sostituite dalla parola "Commissione".

238. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, acquisito il parere della commissione consiliare competente, disciplina l'istituzione presso un'azienda sanitaria della Regione del centro di riferimento regionale per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare, sulla base dei seguenti criteri:
a) la sede del centro è individuata in uno dei presidi ospedalieri da riconvertire in struttura ospedaliera per la riabilitazione di cui al decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario del 27 settembre 2010, n. 49;
b) il modello organizzativo del centro di riferimento è articolato in tre livelli di trattamento sulla base delle caratteristiche di gravità dei disturbi del comportamento alimentare:
1. ambulatoriale, con funzione di orientamento del paziente verso il livello di trattamento più appropriato;
2. day hospital, con funzioni di inquadramento diagnostico e di costruzione di un programma terapeutico personalizzato di media intensità (trattamenti motivazionali, psicoterapeutico-riabilitativi e riabilitazione nutrizionale);
3. trattamento residenziale, per l'applicazione di programmi terapeutici ad alta intensità.

239. La Giunta regionale definisce altresì un percorso di integrazione delle varie articolazioni coinvolte (Salute mentale, Materno infantile, Servizi sociali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e tra queste e i centri e le strutture residenziali e le strutture ospedaliere ed universitarie dedicate per la gestione delle diverse fasi di dia gnosi e cura. Assicura, tramite l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, la rilevazione epidemiologica e l'analisi statistica dei dati relativi all'incidenza e alla prevalenza dei DCA.

241. La Regione Campania promuove la metodologia di integrazione sociosanitaria denominata "Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di salute" (PTRI/BdS), riferite anche al riutilizzo dei beni confiscati alla criminalità organizzata, al fine di dare concreta attuazione alle indicazioni della Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui Determinanti sociali della Salute ("Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.", 2008) e alle collegate Raccomandazioni licenziate dalla 62° Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ("Reducing health inequities through action on the soda! determinants of health" (n. WHA62.14 del 22 maggio 2009). Per le finalità di cui al comma 1, nei limiti dei vincoli di spesa determinati per l'anno 2011, alla predetta metodologia saranno riservate specifiche risorse, per consentire la continuità delle azioni già implementate nonché la sperimentazione della metodologia nelle aziende sanitarie ove non è ancora operativa.

242. All'articolo 1, comma 64 della legge regionale n. 2 del 2010, dopo le parole "377" sono aggiunte le seguenti "classificazione che sarà aggiornata con decreto del Commissario ad acta per il Piano di rientro dal disavanzo sanitario".

243. Il comma 2 dell'articolo 83 della legge regionale 30 gennaio 2008, n. 1 è sostituito dal seguente:
"2, Per il servizio di continuità assistenziale, nelle zone disagiate, si applica il criterio di un medico di continuità assistenziale ogni 1500 abitanti fino alla copertura del 10 per cento della popolazione regionale, rimodulando l'assegnazione del personale medico nelle zone non disagiate secondo il rapporto di un medico ogni 6000 abitanti o frazioni di 6000 maggiori di 3000 per i capoluoghi di provincia; nelle altre zone, un medico ogni 5000 abitanti o frazioni di 5000 maggiori di 3000. Tale riorganizzazione è definita a livello aziendale. Tali modifiche non potranno prevedere incremento rispetto alla dotazione organica complessiva per il servizio di Continuità assistenziale previsto dalla deliberazione della Giunta della Regione Campania n.1570 del 2004.
É rimessa alla contrattazione decentrata l'individuazione dei criteri per la definizione delle zone disagiate di Continuità Assistenziale; entro novanta giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo, le Aziende Sanitarie Locali, previo parere del Comitato Aziendale ex articolo 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, individuano le zone disagiate e ridefiniscono l'assetto organizzativo territoriale del servizio. Spetta al Comitato Regionale ex articolo 24 ACN vigente la verifica del rispetto dei vincoli sopra descritti. La Giunta regionale è chiamata ad attuare la presente disposizione.".

244. La Giunta regionale è autorizzata a disciplinare con regolamento la trasformazione dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN) in osservanza dei seguenti criteri generali:
a) creazione di una struttura tecnica di supporto all'attività della Giunta regionale in materia di politica sanitaria regionale dotata di autonomia funzionale nell'ambito degli uffici della stessa;
b) rispondenza dei risultati dell'attività tecnico-amministrativa ai principi di efficienza, efficacia ed economicità;
c) razionalizzazione organizzativa e contenimento e controllo della spesa anche mediante accorpamento e soppressione delle strutture organizzative esistenti;
d) salvaguardia delle professionalità tecniche, anche di livello apicale, mediante adeguate forme organizzative e di collaborazione, nel rispetto del principio dell'invarianza della spesa.

245. Dalla data di entrata in vigore delle norme regolamentari di cui al comma 244 è abrogata la legge regionale 18 novembre 1996, n. 25 (Istituzione dell'Agenzia Regionale Sanitaria).

Accesso a Medicina, cauta apertura

Carenza di specialisti, programmazione da perfezionare

Giuseppe Matarazzo
Direttore sanitario

Qualche giorno fa un noto quotidiano nazionale titolava " In Italia mancheranno 20 mila medici - Più pensionati che nuovi ingressi."
Per la verità la questione non è nuova in quanto con l'introduzione del numero chiuso, già a partire dai primi anni '90, per l'accesso alla facoltà di Medicina e Chirurgia e al corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, la riduzione di tali figure professionali si è fatta particolarmente evidente negli ultimi anni.
Si è avuta netta l'impressione che in Italia si sia passato da una esagerazione all'altra senza finora trovare ancora un punto di equilibrio. E già, perché chi scrive ha vissuto il periodo della cosiddetta "pletora medica" tipica degli anni '80 quando i laureati in Medicina e i diplomati in Scienze Infermieristiche erano migliaia all'anno.
A quei tempi tali professionisti prima di sperare in un posto di lavoro stabile, si dovevano accontentare di periodi particolarmente lunghi (anni) di disoccupazione, di attività precaria e di vera e propria sottoccupazione.
Con l'introduzione del numero chiuso alla facoltà di Medicina tale pletora si è, poco alla volta, riassorbita permettendo a tutti i laureati una più facile occupazione, fino a determinare, ai giorni nostri, una mancanza di specialisti in alcune discipline quali l'anestesia, la radiologia, la pediatria etc …
Eppure sono tante le ansie che vivono i giovani diplomati e le loro famiglie allorquando, ogni anno, ai primi di settembre si ripete il rituale della partecipazione ai test di ingresso alla facoltà di Medicina e Chirurgia.

Bisogna proporre un aumento dei posti per l'iscrizione alla Facoltà di Medicina e di conseguenza alle scuole di specializzazione nelle discipline più carenti, sperando in un posto di lavoro sicuro e alla ricerca di un idoneo equilibrio fra chi va in pensione e chi entra nel mondo del lavoro

Non è qui il caso di evidenziare se tale sistema, quello dei quiz a risposta multipla, che solleva da sempre numerose polemiche e talvolta ricorsi legali, sia il metodo più efficace e qualificato per selezionare i migliori per l'iscrizione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia.
Verificata la carenza dei medici e degli infermieri, anche per i prossimi anni, prima di ritenere che tali figure professionali possano venire a lavorare in Italia da altri paesi, si potrebbe dare una risposta fattiva ai nostri giovani che a migliaia chiedono ogni anno di potersi iscrivere alla Facoltà di Medicina ed al corso di laurea in Scienze Infermieristiche.
Si vorrebbe, pertanto, affermare che, assorbita la pletora medica, accertato che in alcune discipline vi è già oggi, carenza di specialisti, che si potrebbe acuire nei prossimi anni, si deve ricorrere a dei correttivi nella programmazione ministeriale.
Allora non bisogna far altro che proporre un aumento dei posti per l'iscrizione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e conseguentemente alle scuole di specializzazione nelle discipline maggiormente carenti confidando nella certezza di un posto di lavoro sicuro nel settore della sanità alla ricerca di un adeguato equilibrio fra chi esce dal mondo del lavoro (per raggiunti limiti di età) e chi chiede, avendone i requisiti, di entrarvi con un adeguato turn-over e ricambio generazionale.
A meno che non si voglia pervenire ad una diversa organizzazione dell'assistenza sanitaria che definisca una diversa percentuale di impiego tra medici, infermieri ed operatori sociosanitari (O.S.S.)
Ma questo è un altro discorso che merita una trattazione a parte, comunque da affrontare nei prossimi anni, per "governare" il cambiamento.

Assistenza territoriale alla sbarra

Una tragedia rilancia il caos dei profili di responsabilità

Giannamaria Vallefuoco
Consigliere OMCeO Napoli

La vicenda dolorosa di una bambina di 10 anni morta di peritonite ha avuto un epilogo giudiziario che ha scatenato una trepidazione in tutta la categoria dei sanitari coinvolti nell'assistenza territoriale, in attesa delle motivazioni della sentenza.
I fatti: la bambina di Molin del Piano in Toscana, nel marzo 2008 presentò febbre e malessere generale. La sua pediatra era in ferie all'estero e la sostituta rassicurò la famiglia sulla sintomatologia compatibile, a suo dire, con l'influenza intercorrente, stessa risposta fu data dal medico di Guardia Medica interpellato la sera stessa.
Successivamente lo stato generale della piccola si aggravò, venne portata al Mayer dove morì dopo due giorni per sepsi da peritonite. L'iter giudiziario penale si è concluso con una condanna per omicidio colposo con una pena di un anno di detenzione per la sostituta e di otto mesi per il medico di Guardia Medica.
Ciò che ha destato in questi giorni molta perplessità è stato il coinvolgimento della pediatra titolare che mai chiamata in giudizio nella causa penale viene coinvolta civilmente al risarcimento danni insieme agli altri due sanitari.
Il giudice infatti ha indicato una altissima provvisionale (pena pecuniaria inflitta con sentenza di condanna penale quale misura disposta in ambito civile - cfr art. 24 L. 24 dicembre 1969 n. 990) a favore della famiglia (circa 3 milioni di euro) indicando quali responsabili civili sia i due medici condannati penalmente che la pediatra titolare, assente al momento dei fatti accaduti.
Tale singolare provvedimento apre la discussione nel mondo medico sulla responsabilità soggettiva che principalmente nell'assistenza territoriale ha sempre governato le attività sanitarie convenzionate e quella oggettiva che investe soprattutto l'assistenza in strutture dove la gerarchia professionale esige il coinvolgimento dei vari livelli di responsabilità.
Il medico sostituto è un professionista alla pari del titolare e ne assume tutte le responsabilità della funzione comprese quelle civili (art. 36 comma 4 dell'ACN 2010) e opera per conto del SSN, tant'è che nel caso in cui un medico convenzionato non riesca a trovare chi lo sostituisca, è l'ASL a dover garantire la supplenza individuando e nominando un sanitario. Aspettiamo le motivazioni alla sentenza per capire i criteri che hanno predisposto tale esito di giudizio. Ma è comunque comprensibile lo stupore e il dubbio di chi presta la sua opera professionale individualmente e si dispone nel futuro ad aderire ad organizzazioni territoriali più complesse nelle quali è prevista la partecipazione di più medici e nelle quali, pur rispettando il criterio della scelta fiduciaria del paziente per un singolo professionista, l'assistenza continua e completa viene offerta dalla rete di sanitari coinvolti.
Pertanto alla luce di questa sentenza bisogna rivedere e forse riscrivere il nuovo assetto della riorganizzazione dell'assistenza del territorio, chiarendo in termini giuridici le responsabilità dei vari sanitari e dei committenti.
Sebbene nessuna condanna potrà mai riportare in vita la piccola e alleviare la sofferenza che vive la famiglia, verso cui va la nostra totale partecipazione al dolore, pur tuttavia il pensiero va anche ai due giovani medici la cui condanna non possiamo né vogliamo discutere, perché questa vicenda ci impone una riflessione su quanto sia importante la formazione alla attività di medico del territorio.
Chi vive questa realtà professionale deve essere consapevole della complessità della gestione del paziente poiché non suffragati dalla struttura bisogna essere prudenti e guardinghi e operare continue e costanti verifiche.
L'esperienza di vita professionale sul territorio insegna ciò che mai nessuna teoria rende comprensibile soprattutto in pediatria e cioè la giusta valutazione del "resoconto informativo" del genitore, della sua attendibilità e affidabilità frutto del contatto costante e della alleanza costruita nel tempo che aiuta nella scelta di una efficace risposta sanitaria.
C'è quindi anche partecipazione al dramma professionale di chi nel sistema assistenziale è proiettato senza una adeguata preparazione sulla gestione clinica della domanda di salute che proprio perché infarcita di falsi bisogni e richieste improprie confonde, distoglie, scarica energia ed attenzione impedendo di indirizzare le proprie competenze verso la reale necessità di salute.

Medico e malato, sinergia vincente

Paziente cronico, urge una cooperazione informata

Gaetano Piccinocchi
Consigliere OMCeO Napoli

La produzione di Linee Guida e/o Raccomandazioni di pratica clinica tese al raggiungimento di obiettivi di salute, se rappresenta un momento alto nella costruzione dei principi del Governo Clinico, rischia di restare un mero esercizio accademico, se non è accompagnata da una programmazione pragmatica relativa all'organizzazione dei servizi deputati ad erogare quelle prestazioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi posti. È quindi necessario tentare di disegnare un quadro organizzativo di riferimento, con precisi riferimenti pratici per realizzare dei settings idonei all'applicazione delle raccomandazioni espresse ed alla rilevazione degli indicatori di outcomes che consentiranno di monitorare l'efficacia e la qualità delle prestazioni rese. Il quadro di riferimento di principio è quello che permette di applicare sulla più vasta scala possibile il modello di assistenza delle malattie croniche (Chronic Care Model), che, ove applicato, sembra promettere i migliori e più duraturi risultati sia relativamente agli obiettivi di salute sia a quelli economici. Tale modello prevede alcuni elementi indispensabili:

- La responsabilizzazione consapevole ed informata della persona affetta da cronicità
- La disponibilità di sistemi di comunicazione ed informazione omogenei o comunque compatibili tra loro
- La presenza di team multiprofessionali e multidisciplinari di operatori della sanità e del terzo settore
- Un sistema di formazione continua degli operatori della sanità
- Un sistema a "rete" dei vari livelli di erogazione delle prestazioni, non concorrenziale ed articolato sul modello degli "hubs and spokes"
- Un programma incentivante in base al raggiungimento degli obiettivi e delle performances

La responsabilizzazione consapevole ed informata della persona affetta da cronicità. La necessità primaria di assolvere a questo impegno nasce da una considerazione tanto ovvia quanto reale: nessuna figura professionale sarà mai in grado di farsi carico completo, in modo oggettivo, di tutti i bisogni e i rimedi di una persona affetta da una malattia cronica evolutiva. L'unico soggetto in grado di contenere e ridurre i disagi della convivenza con la patologia cronica è la persona stessa. Ciò è ancora più evidente in malattie come quelle cardiovascolari e metaboliche, in cui gli stili di vita ed i comportamenti quotidiani sono in grado di incidere in modo significativo sull'evoluzione naturale della malattia. Condizione indispensabile, tuttavia, affinché la persona sia in grado di interagire con la propria condizione, è l'informazione esaustiva e non autoritaria, che conduce ad obiettivi e a programmazioni condivise. Quindi, il primo e più importante compito della società, ed in particolare di tutti i soggetti direttamente impegnati nei servizi di tutela della salute, è quello di produrre informazioni fruibili e comprensibili, ed assicurarsi che siano state trasmesse e comprese. A quel punto la persona oggetto del servizio diventa corresponsabile al pari di tutto il team sanitario, ed entra di diritto a farne parte come soggetto attivo. Diventa quindi prioritario che gli operatori deputati alla cura delle cronicità apprendano metodologie e tecniche della comunicazione interpersonale, e siano messi in grado di rafforzare continuamente la consapevolezza del loro assistito (empowerment) e di valutare, con adeguati feedback, l'apprendimento delle informazioni date. Appare oggi più importante orientare in questo senso la formazione del Personale Sanitario piuttosto che nell'acquisizione di specifiche competenze scientifiche, che potranno seguire canali paralleli e diversificati (FAD). Un ruolo rilevante in questa direzione sarà da attribuirsi al Terzo Settore, che può svolgere un'utilissima opera di informazione e tutoraggio, affiancata al Servizio Pubblico secondo i principi della sussidiarietà.

La disponibilità di sistemi di comunicazione ed informazione omogenei o comunque compatibili tra loro

In un sistema pensato secondo il modello ed i concetti della rete non concorrenziale, la mancanza di un flusso informativo e di comunicazione all'interno della rete stessa vanificherebbe qualsiasi significato. La possibilità di registrazione di tutte le informazioni di carattere sanitario sulla singola persona, e la disponibilità delle informazioni stesse per tutti gli attori del sistema, compreso il cittadino, permette invece di fornire prestazioni appropriate e corrette, e di valutare nel tempo gli indicatori di efficacia e qualità del servizio stesso. L'obiettivo, ambizioso, è quello di giungere al "Patient Record", che non è solo il "Fascicolo Sanitario Personale", mera raccolta di documenti, ma un sistema interattivo ad uso di ogni professionista e del cittadino, strumento e tramite di comunicazione tra i nodi del sistema. Gli esempi applicati sono numerosi: dall'esperienza americana della Kaiser Permanente (un unico modello in uso presso tutti gli operatori), a quella, sempre americana, del Massachussets (compatibilità di scambio tra databases ospedalieri e territoriali), a quella, infine, molto avanzata, ma non ancora completata, della Regione Lombardia (Personal Card). Molte Regioni Italiane hanno già compiuto importanti passi in questo senso, incrociando i dati presenti nei diversi databases ammnistrativi e clinici, ed ottenendo in tal modo una fotografia dell'esistente, che consente di vedere con buona precisione lo scostamento dalle Linee Guida di appropriatezza nelle singole condizioni di patologia. Un ulteriore elemento di notevole utilità è rappresentato dalla possibilità di inserire in

questo sistema anche le agende elettroniche delle prenotazioni di prestazioni sanitarie (CUP), al fine di programmare i percorsi clinici dei singoli pazienti inscrivendoli fin dall'inizio del contratto di cura annuale, concordato con il Team Assistenziale.

La presenza di team multiprofessionali e multidisciplinari di operatori della sanità e del terzo settore

Tutte le patologie croniche necessitano di un approccio omogeneo da parte di più figure professionali, coordinate tra loro. Le esperienze Europee (Regno Unito, Francia) e quelle Statunitensi (California, Minnesota), hanno individuato alcune figure chiave, all'interno di equipe anche più ampie:

1. Il Medico di Medicina Generale (MMG): è il soggetto garante della regolarità e aderenza del percorso clinico del paziente; organizza la sua attività, preferibilmente in associazione con altri colleghi, al fine di provvedere controlli regolari e periodici degli assistiti. È altresì l'operatore che più facilmente individua soggetti di nuova diagnosi e che cura la prevenzione dei soggetti a rischio di contrarre la malattia
2. I Team Specialistici, composto dal Medico Specialista, dall'Infermiere Specialista e, accessoriamente, da tecnici dedicati: rappresenta contemporaneamente il soggetto di consulenza per il MMG nella gestione dei nuovi casi, ed il soggetto di "presa in carico" temporanea dei pazienti con problematiche emergenti correlate all'insorgenza di complicanze acute delle malattie.
3. L'Infermiere "Care Manager" delle cronicità: si tratta di una figura presente nella maggior parte dei sistemi sanitari Europei, ma assente nel SSN Italiano. Deve essere un professionista appositamente formato, che segue i pazienti nei loro percorsi clinici, e che funziona da "ponte" tra le strutture della Primary care (MMG, Distretti) e quelle della Secondary Care (Centri Specialistici, Ospedali). Ogni Infermiere può prendersi cura in media di 100 pazienti affetti da cronicità.
4. Il Terzo Settore: l'attività prevalente dell'Associazionismo va vista nell'incremento dell'informazione e consapevolezza delle persone affette da cronicità. L'azione dell'"Empowerment" è cruciale per la finalità dell'applicazione del Chronic Care Model.

Un sistema di formazione continua degli operatori della sanità

Il sistema Italiano della Educazione Continua in Medicina (ECM) è stato recentemente modificato ed oggi pare corrispondere alle necessità espresse dagli operatori. Stante il quadro epidemiologico fortemente orientato al prevalere delle patologie croniche evolutive, appare opportuno prevedere una quota sensibile di aggiornamento e formazione di tutte le figure professionali indirizzata verso i sistemi organizzativi del Disease management e della Chronic Care Model. La parte legata alle strette competenze cliniche e scientifiche delle singole patologie può efficacemente essere sviluppata ed ampliata attraverso il sistema della Formazione a Distanza (FAD)

Un sistema a "rete" dei vari livelli di erogazione delle prestazioni, non concorrenziale ed articolato sul modello degli "hubs and spokes"

L'attuale conformazione del Sistema Sanitario è fondata sull'erogazione di prestazioni tariffate, fornite da Aziende in concorrenza tra di loro, del tutto svincolate da sistemi di controllo dell'appropriatezza. Ciò crea di fatto la spinta al moltiplicarsi delle prestazioni e dell'offerta, che genera un eccesso ulteriore della domanda. Le malattie croniche hanno invece una solida base di evidenze che consente di individuare Percorsi Clinici Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali standardizzabili in buona misura, fatte salve le differenze individuali, e programmabili. Ciò consente di individuare un sistema "a rete" entro il quale il cittadino si muove secondo un iter determinato a priori, con un riferimento "principale" ("Hub"), e dei riferimenti secondari ("Spokes") tra loro coordinati e legati da flussi informativi omogenei. A seconda del momento evolutivo della patologia, o della tipologia della stessa, l'Hub sarà rappresentato di volta in volta dal soggetto di "presa in carico" (MMG, Team Specialistico), sempre con l'ausilio del soggetto Care Manager. Le ricadute organizzative di un sistema "a rete" sono importanti per la massima efficientizzazione delle risorse: è infatti intuitivo che non tutti dovranno fare tutto, ma che ogni singolo Centro, oltre ad un minimo comune denominatore, dovrà indirizzare la propria attività per fornire quelle prestazioni e quelle tecnologie necessarie all'intero sistema.

Un programma incentivante in base al raggiungimento degli obiettivi e delle performances

Questo punto è cruciale. Il sistema britannico e, in minor misura, quello francese, hanno da tempo applicato un sistema di incentivazioni (e anche di disincentivazioni) che premia gli operatori che dimostrano il raggiungimento di obiettivi di salute, attraverso la valutazione di appositi indicatori e standards. Ciò ha permesso, nell'arco di un triennio, di vedere migliorare gli outcomes intermedi in maniera sensibile. L'applicabilità in Italia, di un siffatto sistema, non è irraggiungibile: lo stato giuridico della Medicina Primaria, legata al SSN da convenzioni, consente di orientare i contratti collettivi nazionali e le parti contrattuali locali verso obiettivi ben definibili. Sul versante degli Operatori dipendenti dalle Aziende Sanitarie appare invece necessario superare il pagamento a prestazione (nomenclatore tariffario), per virare verso emolumenti correlati all'aderenza ai processi dei Percorsi Clinici ed al raggiungimento di obiettivi intermedi.

Conclusioni

La comunità scientifica è oggi in grado di fornire ai cittadini ed agli operatori sanitari una serie di Raccomandazioni basate su forti evidenze; l'implementazione di queste raccomandazioni nella pratica clinica è certamente in grado di fornire al cittadino affetto da cronicità un notevole valore aggiunto in termini di spettanza e soprattutto di qualità. È tuttavia necessario, per poter applicare con buon successo quanto stabilito dalla ricerca scientifica, modificare in parte il sistema organizzativo sanitario, per avviarsi sulla strada della corresponsabilizzazione informata dei cittadini, e fornire loro i più adeguati percorsi clinici relativi alla patologia da cui sono affetti.

Formazione, arriva il robot

Simulazione medica, il futuro è la cavia tecnologica

Giovanna Abate
Anestesista Rianimatore

Errare è umano perseverare nell'errore è diabolico. Così si esprimevano i nostri antenati e, sicuramente, già si adoperavano per porre rimedi agli errori ripetuti. La formazione permanente e continua per i sanitari è un imperativo categorico che non può esaurirsi in apprendimenti teorici ma,è indispensabile mettere in pratica, verificare, correggere e applicare nel team operativo ciò che è stato appreso in teoria. La professione medica, in particolare se rivolta al paziente critico, ha bisogno di conoscere ed applicare rapidamente protocolli, linee guida validate oltre che usare correttamente devices, elettromedicali e tutta la tecnologia più adatta per la soluzione dei casi clinici. Tutte le esigenze formative appena citate possono essere soddisfatte dalla simulazione medica che è un metodo di formazione interattivo. La simulazione si avvale di metodiche educazionali innovative: tecnologia informatica, robotica. L'opportunità pratica che offre, consente al partecipante, la verifica della propria abilità alla soluzione delle problematiche del paziente,operando in uno scenario simile alla realtà. L'idea della simulazione è stata usata negli anni passati da industrie ad alto rischio,come l'aviazione,per migliorare la gestione delle emergenze e potenziare le capacità degli equipaggi. In medicina, e più ancora in rianimazione ed anestesia il medico, così come fa un pilota, deve eseguire manovre precise e rapide, comunicare ed interagire correttamente nel team di lavoro, per risolvere patologie gravi e salvare la vita ai pazienti. Durante le simulazioni mediche, uno dei vantaggi più grandi è quello di avere a disposizione il paziente robot che ha tutte le principali funzioni vitali: respira, ha attività cardiaca, riproduce le patologie cardiocircolatorie, reagisce all'uso dei farmaci e consente la visualizzazione dell'effetto farmacologico su monitor identici a quelli usati negli ambienti sanitari. Il simulatore paziente si "affida" alle cure del medico dandogli tutte le opportunità di risolvere o di commettere errori, di ripetere procedure, fino a raggiungere la consapevolezza del saper fare. Se proviamo a riassumere i vantaggi della formazione con la simulazione non ci bastano poche righe, ma è importante ricordare che durante le procedure mediche non c'è rischio per il paziente e per il discente; è possibile la gestione di casi semplici o molto rari; è possibile rivedersi nel filmato registrato della prova e correggere i propri errori ed anche discutere tra esperti per perfezionare, migliorare, modificare tutto ciò che è stato eseguito scorrettamente. L'obiettivo della simulazione in medicina, è quello di consentire a studenti ed a medici esperti, lavorando in sicurezza, lo sviluppo delle proprie capacità per la soluzione di patologie comuni o rare, con l'unico grande obiettivo di prevenire tutti gli errori evitabili e conoscere perfettamente tutte le strategie utili a salvare la vita dei pazienti.

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN CHIRURGIA PARODONTALE RICOSTRUTTIVA

Il 4 marzo è iniziato il Corso di Perfezionamento in Chirurgia Parodontale Ricostruttiva presso il Policlinico della Federico II. (Dipart. di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali, diretto dal prof. Sergio Matarasso). Coordinatore il prof. Carlo Cafiero.
Dopo i primi 2 incontri, in agenda il 20 maggio «La guarigione della ferita parodontale», il 27 giugno «La chirurgia parodontale riparativa e resettiva», il 4 luglio «Parodonto ed età pediatrica», infine a novembre «La chirurgia Parodontale Rigenerativa». Orario: h.9-14. Per info: tel. 081.7642090 ed Email c.cafiero@unina.it

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN IMPLANTOLOGIA ORALE OSTEOINTEGRATA

In carnet, presso il Policlinico della Federico II (Dipart. di Scienze Odontostomatologichee Maxillo-Facciali, diretto dal prof. Sergio Matarasso), il Corso di perfezionamento in Implantologia Orale Osteointegrata.
Coordinatore il prof. Carlo Cafiero. Programma: 8 aprile «Principi biologici dell'osteointegrazione e diagnosi preimplantare», 11 aprile «La rigenerazione ossea guidata pre e peri-implantare», 22 aprile «Tecniche di base in implantologia», 24 giugno «Il grande rialzo di seno mascellare: procedure chirurgiche e complicanze», a luglio «Problematiche medico-legali in implantologia» e «Valutazione della responsabilità professionale nel mantenimento e nella sopravvivenza impianto protesica», 23 settembre «Riabilitazione implantoprotesica nei casi complessi», 14 ottobre «Infezioni peri-implantari: eziopatogenesi, diagnosi e terapia». Orario: h.9-14. Info: 081.7642090 e Mail c.cafiero@unina.it

SOGNANDO A BORDO DELL'HISPANIOLA

Fantasticare ad occhi aperti tra le pagine dei romanzi di avventura: da Stevenson a De Foe per ripercorrere le magie dell'infanzia perduta

Francesco Iodice
Già direttore U.O. sc di Pneumologia, Cardarelli

"…poteva dunque vagheggiare l'isola deserta,
come su una mappa svolgervi antico sogno,
antica memoria,
come antiche erano certe cose dell'infanzia,
dell'adolescenza".
Leonardo Sciascia, "Il cavaliere e la morte"

Quando si chiede ad un critico che cosa faccia la grandezza di uno scrittore o di un'opera, la riposta è quasi sempre un certo stile, la bellezza della scrittura, la voce dell'autore: in poche parole la forma. In realtà, ciò che rende le opere resistenti all'usura del tempo è un buon intreccio e personaggi speciali e indimenticabili; personaggi che esaltino e concretizzino ciò che sogniamo di essere. La lingua invecchia, la natura umana per fortuna molto meno. Ma anche ammesso che tutto ciò sia vero, questo non ci aiuta a capire in che cosa consista l'attrazione particolare di un assoluto capolavoro come "L'isola del tesoro". Di un romanzo scritto più di cent'anni fa si dice a volte, per lodarlo, che è "moderno", nel senso che racconta personaggi e vicende che appaiono credibili, anche se portano la parrucca incipriata o indossano crinoline. I "classici" sono più che moderni, sono immortali. Che importa se oggi i pirati non navigano più su golette a vela, se le isole dei Caraibi si possono raggiungere in poche ore con voli charter a buon mercato e se i tesori si inseguono giocando lotterie a tutto spiano?

Confessava con candore Stevenson che alcuni elementi de "L'Isola del Tesoro" – dalla figura del capitano Billy Bones al pappagallo di John Silver, allo scheletro indicatore – li aveva rubati a man bassa da "Lo Scarabeo d'Oro" di Poe, da "Robinson Crusoe" di Defoe e dai "Racconti di un viaggiatore" di Washington Irving.

D'altronde, l'immaginazione fanciullesca era dote della famiglia Stevenson, dal momento che il padre, Thomas suggerì il contenuto della cassa di Billy Bones (tabacco, sestante, pistole, conchiglie, borsa di dobloni, mappa sigillata e carabattole varie). Stevenson improntò sul figliastro la figura di Jim, il punto di vista della storia, un adolescente che cerca di farsi strada nel mondo dei grandi. Interessante è anche la scelta di Long John Silver: Stevenson prese a modello un suo amico, lo privò di ogni sua buona qualità e di ogni più leggiadro tratto del carattere e lo lasciò con nient'altro che la sua vitalità e il suo coraggio.

Per certi versi Jim Hawkins è assai più maturo degli altri personaggi: non soltanto dei pirati, animati da bramosie primordiali, ma anche del Signor Trelawney, egoisticamente puerile, e persino del Dottor Livesey, pervaso da agonismo esistenziale. Dopo poche pagine, anche se abbiamo letto il romanzo numerose volte, ci imbarchiamo di nuovo, per l'ennesima volta, a bordo dell'"Hispaniola" e partiamo alla ventura, lasciandoci alle spalle le terre conosciuta e lo status di osservatore distaccato: dopo il primo capitolo, siamo esclusivamente "lettori partecipi". Perché siamo tutti tentati di seguire Jim Hawkins in così cattiva compagnia? Soprattutto perché vi è la formidabile presenza dei personaggi, e, fra essi, di Long John Silver, il superpirata con una gamba di legno e il pappagallo sulla spalla, il più formidabile di tutti, completamente diverso dagli altri suoi "colleghi". Long John Silver si allontana da qualsiasi stereotipo del pirata: non eccede nel bere, non dilapida il danaro, anzi diffida dell'alcol e mette in banca i suoi risparmi, frutto di tanti anni di sudati omicidi e rapine. Tutto ciò accentua la sua natura diabolica. Condivide crudeltà e violenza con gli altri pirati, ma senza condividerne le più umane debolezze del bere, della lussuria e dello sperpero, è efferato come il capitan Kidd, ma calcolatore come un banchiere o un usuraio. Resta il fatto che è il personaggio che si ricorda di più e che ha il fascino del bello e dannato, cui nemmeno Stevenson rimase insensibile. Infatti, alla fine lo lascia scappare e questo non solo significa che il male non viene automaticamente punito, ma anche che rischiamo sempre di incontrare questo gaglioffo in libera uscita ad ogni angolo di strada (molto opportunamente Bjorn Larsson nel 1995 gli ha dedicato un volume intero "La vera storia del pirata Long John Silver", ed. Iperborea).
Dalla (ri)lettura di questo straordinario libro – che Sciascia definì "quanto di più vicino ci sia alla felicità" – si possono ricavare una serie di impressioni. Si dovrebbe leggere per domandarsi se si debba restare come siamo (per scelta o forza di cose) o se non valga la pena di diventare altro. "L'isola del tesoro" - eccitando le più sconfinate fantasie - ci fa dapprima entrare in un mondo nuovo, a partire dal linguaggio: infatti, chi ha mai sentito, prima della lettura, termini come "bagli" (travi che sostengono i ponti), "ombrinali" (fori attraverso cui rifluisce in mare l'acqua arrivata in coperta), "bigotta" (una particolare carrucola), alzi la mano. Per non parlare poi dei poetici nomi dell'isola: l'isola dello scheletro, punta albero di trinchetto, punta albero di mezzana, l'altura del cannocchiale, l'ancoraggio del capitano Kidd, la punta "issa-bolina". E come dimenticare la canzone diventata celeberrima, di cui si conosce il testo ma non il titolo (contrariamente all'altra "Lillibullero", talvolta cantata dai pirati, di cui si conosce il titolo ma non il testo)? "Fifteen men on the dead man's chest/Yo-hoho, and a bottle of rhum", in cui il gioco di parole inglese poggia su chest (termine familiare a noi pneumologi) che significa sia baule che cassa toracica . Quindici uomini sulla cassa del morto…
Continuando nella galoppata fantastica, si arriva alla descrizione fisica del tesoro nell'ultimo capitolo: "…giorgi e luigi, dobloni e doppie ghinee, moidori e zecchini, tutte le varietà di monete del mondo in numero da eguagliare le foglie dell'autunno…". Sembra un elenco per banchieri o per numismatici; in realtà, è una falsa apparenza – un trompe-l'oeil – per milioni di persone che un tesoro non l'hanno visto mai e che, girata l'ultima pagina, decideranno di partire anche loro, a ogni costo, almeno una volta nella vita.
Ed è per questo che sono restato sempre incantato – sin da quando avevo circa dieci anni – dalla lettura sempliciotta che del romanzo faceva a noi bambini la grinzosa e simpatica nonnetta donna Apollonia nel cortile, sulle scale antistanti la sua casa. Mi pare ancora di sentire la sua voce incerta:"Pregato dal cavaliere Trelawney, dal dottor Livesey e dal resto della brigata, di scrivere la storia della nuova avventura all'isola del tesoro…". Molti anni dopo – ascoltatore-adolescente ormai divenuto adulto – talvolta mi par di sentire all'imbrunire, quando i rumori si vanno affievolendo e l'ora unisce malinconie vere a paure immaginarie, "Quindici uomini sulla cassa del morto/ Yo-ho-ho e una bottiglia di rum", su un ritmo inventato di volta in volta. Sognando ad occhi aperti e astraendomi dal presente, quelle parole sono più che mai l'eco struggente dell'antica infanzia perduta.

Un progetto per educare i giovani

Giuseppe De Rosa
Una scuola per la vita

Convinti come siamo che la società può essere cambiata solo educando i ragazzi delle scuole primarie e secondarie, plaudiamo all'iniziativa fondamentale di questo libro – "Una scuola per la vita", distribuito nelle Scuole Medie inferiori e superiori – che si occupa delle dipendenze patologiche da sostanze illegali e legali e delle patologie correlate.
In una prima parte vengono elencate le principali sostanze stupefacenti presenti, la loro derivazione, i loro effetti, i danni sociali e le ripercussioni sullo stato di salute; una seconda parte è dedicata ai ragazzi che hanno partecipato al Progetto, che sono i veri protagonisti del volume, con i loro lavori, riflessioni e giudizi. La pubblicazione – che sarà distribuita nelle scuole che hanno partecipato al Progetto - è stata resa possibile dal lavoro del dottor Giuseppe De Rosa e da tutti i suoi collaboratori dell'U.O. SERT DSB 31 ASL NA 1 dell'Ospedale Gesù e Maria di Napoli con il contributo della Fondazione Banco di Napoli per l'Assistenza all'infanzia e della II Municipalità di Napoli.

Convegno ECM
organizzato dall'Ordine dal titolo:

"La violenza sessuale: approccio integrato tra operatori della Sanità, delle Forze dell'ordine e del Mondo giudiziario"

MERCOLEDÌ 11 E GIOVEDÌ 19 MAGGIO 2011

IL CORSO È A TITOLO GRATUITO ED IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM

Sala Conferenze Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli Via Riviera di Chiaia 9/C, Napoli

L'assistenza alla vittima di violenza sessuale è multidisciplinare, coinvolgendo sia figure professionali del mondo sanitario quali medici, infermieri, psicologi, psichiatri, che figure appartenenti alle forze dell'ordine e al mondo giudiziario. L'integrazione tra gli operatori chiamati a gestire un evento così doloroso, complesso ed urgente è necessario perché attraverso un buon coordinamento delle attività di varia competenza si può costruire un percorso accettato e condiviso. La possibile stesura di un "Protocollo d'Intesa" tra gli operatori sanitari, le forze dell'ordine e il mondo giudiziario potrà rappresentare una guida per azioni coordinate e sistematiche che possano garantire buona pratica per assistere la vittima, per assicurare una documentazione e raccolta delle prove necessarie per l'iter giudiziario spesso lungo e laborioso a garanzia della vittima e della giustizia.

Modalità di iscrizione
Gli interessati dovranno inviare il fac-simile, riportato nella pagina seguente, debitamente compilato, al fax dell'Ordine **(081/7614387)**. Saranno iscritti al convegno i primi **100** richiedenti per ciascuna edizione, secondo l'ordine cronologico di arrivo dei fax. **(farà fede la data e l'orario del report del fax ricevente).**

PROGRAMMA

Ore 09,00 – 09,40 Registrazione dei partecipanti
Ore 9,40 - 10,10 Saluto delle autorità
DR. Gabriele Peperoni Presidente OMCeO Napoli
Dott. Francesco Caia Presidente Ordine Avvocati Napoli

I° SESSIONE: GLI ASPETTI SANITARI

PARTE PRIMA: L'EVENTO E LE INDAGINI

Ore 10,10- 10,30
La violenza sessuale nel nostro secolo: tra antropologia e clinica
Prof. Claudio Buccelli
Ore 10,30- 10,50
Approccio clinico : riconoscimento e rilevazione dei segni di violenza sessuale
Prof. Giuseppe Saggese
Ore 10,50- 11,10
La raccolta, la conservazione e l'analisi delle prove per l'iter giudiziario
Prof. Lucio Agozzino
Ore 11,10-11,30
Commento e discussione:
Dott. Bruno Zuccarelli, dott. Mauro Muto, dott. Silvestro Scotti, dott. Giulia Zinno, dott. Adele Bartolucci.
Ore 11,30- 12,00: Pausa caffè

PARTE SECONDA: LE VITTIME

Ore 12,00-12,20
L'intervento psicologico sulle vittime: esperienza dell'Ospedale San Paolo
Dott. Elvira Reale
Ore 12,20-12,40
Le mutilazioni genitali femminili: violenza ed ostacolo alla integrazione
Dott. Assunta Licciardiello
Ore 12,40-13,00
Commento e discussione:
Dott. Elena Capriola, dott. Mariassunta Cecchi, dott. Vincenza Di Riso, dott. Sandra Frojo,

II° SESSIONE: ASPETTI NORMATIVI E GIUDIZIARI

Ore 13,00-13,20
La violenza sessuale: aspetti normativi
Avv. Prof. Luigi Ferrandino
Ore 13,20-13,40
Le indagini di Polizia Giudiziaria
Gen. Luciano Garofano
Ore 13,40-14,00
Attività Giudiziaria
Dott. Maurizio Stanziola
Ore 14.00- 14.20
Commento e discussione:
Avv. Maurizio Capozzo
Ore 14,20-14,40
TAVOLA ROTONDA
Il Protocollo di Intesa tra servizio sanitario, mondo giudiziario e Forze dell'Ordine.
Dott. Luigi Buonagura, Prof. Luigi Ferrandino, Gen. Luciano Garofano, Dott. Maurizio Stanziola, Dott. G. Vallefuoco,
Ore 14,40- 15,00
Compilazione questionari ECM

Ordine Medici- Chirurghi e Odontoiatrìi di Napoli e Provincia

Faxsimile istanza di iscrizione
DA TRASMETTERE ESCLUSIVAMENTE VIA FAX AL NUMERO 081.7614387

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI

Io sottoscritto Dr_____

Nato il_____ a _____

Residente a_____alla via_____

laureato in Medicina e Chirurgia, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine al N°_____

Dichiaro di svolgere la seguente professione._____

CHIEDO
di essere iscritto al Corso in fase di accreditamento ECM:
"La violenza sessuale: approccio integrato tra operatori della Sanità, delle Forze dell'ordine e del Mondo gudiziario"

Indicare con una (x) la data scelta

Edizione dell'11 Maggio 2011 ❒
Auditorium OMCeO Napoli

Edizione del 19 Maggio 2011 ❒
Sala Aula Magna Tribunale di Napoli Centro Direzionale

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo

_____

Recapito telefonico n._____ CELL._____

Data_____ Firma_____

I80122 NAPOLI – Via Riviera di Chiaia, 9 – Tel. 081660517 – 081660544 – Telefax 0817614387
Indirizzo e-mail ordmed@ordinemedicinapoli.it

Rischio clinico, come gestirlo

Prevenzione dell'errore, un convegno all'Ordine

Il 1 marzo si è discusso, presso l'Ordine dei Medici di Napoli, sul problema dell'errore in medicina. Il convegno, presentato dal Presidente dell'Ordine Gabriele Peperoni, è stato organizzato per fare il punto sulla situazione anche nell'ottica di indirizzare le iniziative formative e pratiche da intraprendersi da parte dell'Ordine che da tempo monitorizza il problema della Malpractice attraverso una specifica Commissione. Da diversi anni, anche in Italia, la sanità registra un crescente bisogno di sicurezza. I pazienti sono diventati più esigenti, hanno maturato una maggiore consapevolezza dei diritti acquisiti, con un ruolo ormai paritario con il medico. D'altro canto la sanità fornisce oggi prestazioni sempre più tecnologicamente avanzate, sofisticate e perciò rischiose. Tutto ciò impone che le strutture sanitarie si impegnino con energia ad adottare strategie per migliorare la qualità dell'assistenza e la sua appropriatezza intesa anche come tutela e sicurezza di pazienti ed operatori. Da ciò nasce il Clinical Risk Management, argomento del convegno che ha visto la partecipazione di grandi esperti nella materia ed ha riscosso grande considerazione da parte di un pubblico numeroso ed attento di medici. L'evento scientifico si poneva l'obiettivo di promuovere la cultura della prevenzione dell'errore tra i medici ed un altro, molto più ambizioso, di costruire una rete di competenze pratiche nella Gestione del Rischio Clinico tra i professionisti della sanità. Il sistema rappresenta un potente strumento per la prevenzione dell'errore medico. Imparare dall'errore - è questo il cuore del progetto - significa evidenziare gli errori commessi nella pratica medica, - anche quelli fortunatamente senza conseguenze, - per studiarli al fine di evitare di ripterli. L'iniziativa, già attiva da circa un decennio negli USA, ha consentito una rilevante diminuzione degli errori, testimoniata nei fatti da un vorticoso crollo del contenzioso giudiziario. Tutti i paesi europei, primo fra tutti il Regno Unito, si son mossi su questa strada ottenendo strepitosi successi. L'Italia, tranne poche eccezioni al Nord, si mostra pigra e poco ricettiva al cambiamento. Il convegno ha analizzato, anche se in sintesi, tutti gli aspetti pratici della gestione del rischio clinico, anche quelli apparentemente secondari che, invece, contribuiscono non poco alla genesi dell'errore; non ci si è limitati quindi a trattare l'aspetto della segnalazione dell'errore e della sua valutazione, che comunque rappresentano il core del sistema. La 1° sessione, moderata dal collega Montella, ha visto gli interventi introduttivi di Zamparelli, Lanzetta, Papa e Federico. Il problema è stato poi affrontato sul piano medico legale dal Prof. Luigi Palmieri. Nella 2° parte sono state discusse alcune\ aree prioritarie di interesse del rischio clinico E' noto che la mancanza di comunicazione è spesso responsabile di errori; lo è la mancanza di una buona comunicazione, scritta o orale, tra medico e medico, tra medico ed infermiere. Si pensi agli errori di prescrizione, al mancato coordinamento tra il medico di famiglia e quello ospedaliero; all'interno dell'ospedale al sempre scarso dialogo tra il medico di reparto ed il medico chiamato in consulenza o tra il medico che accoglie il paziente al pronto soccorso ed il medico del reparto in cui il paziente viene accolto. La mancanza, poi, di una buona comunicazione medico-paziente, è spesso causa di un aumento del contenzioso giudiziario: scarsa comunicazione non solo nel senso di non dare al paziente notizie utili e sufficienti, quando anche nel non stabilire con lui e la sua famiglia quel rapporto umano che spesso, quando presente, evita i conflitti. Il saper lavorare in équipe, il sentirsi parte di un gruppo, in definitiva lo "Staffing", è la marcia in più che riesce a far funzionare meglio il sistema che impara ad autoproteggersi; in questo senso è necessario lavorare per implementare e diffondere la cultura del lavorare insieme. Una organizzazione funzionante al meglio esige, poi, d'obbligo, una capacità di supervisione da parte del dirigente con forte leadership che significa avere competenze professionali e relazionali che consistono in cultura organizzativa, del linguaggio, della comunicazione, dei climi organizzativi, della valutazione del potenziale, dei processi formativi, della capacità di stimolare l'apprendimento. Gli studi sulla qualità della documentazione sanitaria - cioè la cartella clinica e le prescrizioni mediche - evidenziano, in Italia e nei paesi anglosassoni, una scarsa attenzione dei medici alla corretta compilazione degli atti a particolare valenza sanitaria; si pensi alla pessima qualità delle cartelle cliniche che rappresentano spesso l'unico documento sul quale si definisce la responsabilità del medico. Sul consenso informato, argomento assai trattato da parte del medico ma non sempre ben approcciato, esiste una fiorente letteratura, anche sul piano medico legale: il Prof. Claudio Buccelli ne ha illustrato i vari aspetti. Le Linee guida ed i protocolli diagnostico-terapeutici, infine, utilizzano come tecnologia di base l'analisi del processo e rappresentano oggi uno strumento indispensabile per testimoniare la correttezza delle azioni diagnostico-terapeutiche condotte sul paziente: il Prof. Maurizio Santomauro ha esposto il contributo che le società scientifiche forniscono al sistema. La 3° sessione, moderata da Mauro Muto, ha ascoltato le voci delle Associazioni sindacali che hanno espresso il disagio dei medici di fronte ad un problema che li vede spesso vittima di un sistema che non sempre riesce a garantire la sicurezza per pazienti ed operatori: la disorganizzazione in cui vivono le strutture sanitarie, per i noti motivi, sono la causa prima di errori che impropriamente vengono addebitate al medico. Ma il sistema "Gestione del Rischio Clinico" è ben più complesso che la semplice segnalazione dell'errore e richiede un approccio multidisciplinare tra le varie componenti tecniche che partecipano al progetto. Il convegno quindi ha indicato la strada su cui medici e strutture sanitarie devono incamminarsi per fornire prestazioni assistenziali adeguate a standard di qualità.

Un premio per Aldo Vigorito

Il 16 Novembre 2010 nel corso del Congresso SIGO-AOGOI, svoltosi a Milano, il nostro iscritto- dott. Aldo Vigorito, Primario ginecologo emerito dell'Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia, è stato premiato dall'Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani con una "medaglia d'oro al merito" e pergamena con la seguente motivazione: "Per aver contribuito in maniera significativa al progresso dell'Ostetricia e Ginecologia"
Il Dr.Vigorito, autore di circa 70 pubblicazioni scientifiche, ha svolto la sua brillante carriera presso prestigiosi presidi ospedalieri napoletani e campani, con oltre 20 anni di Primariato ed ha organizzato e presieduto numerosi convegni sia a livello nazionale che internazionale, ricoprendo anche prestigiosi incarichi sindacali (ANAAO e ANPO) e nella società scientifica relativa alla sua specializzazione.
All'illustre collega esprimiamo i più affettuosi ed orgogliosi complimenti della Redazione e del Consiglio Direttivo per il prestigioso riconoscimento ricevuto, che premia il suo formidabile impegno umano e professionale, profuso in oltre 50 anni di attività al servizio della sanità pubblica.

ONORIFICENZA PER DI GRUTTOLA

Il professor Giovanni Di Gruttola, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, con D.P.R. in data 2 giugno 2009, è stato insignito della distinzione onorifica di Cavaliere dell'Ordine "Al merito della Repubblica Italiana".

NUOVO DIRETTIVO AMMI

Ecco i nominativi delle socie che formano il nuovo Direttivo A.M.M.I. Napoli: Presidente: Giovanna Schillirò, Vice: Silvana Pacella, Segretaria: Raffaella Di Domenico,Tesoriera: Anna Ciancio, Past President: Clara Possemato. Consiglieri: M. Rosaria Setola, Elena Merolla, Antonella Mallano, Matilde Liguori, Anna Gagliardi, Imma Andreozzi.

PILLOLE FISCALI

DICHIARATIVI ANNO 2010

Francesco Paolo Cirillo

Quest'anno l'Agenzia delle Entrate ha già reso note le delucidazioni e la normativa vigente in merito al Dichiarativo 2011, afferenti i Redditi anno 2010. Ad oggi sono stati già riscontrati i modelli, con relative note esplicative, per:

- Unico Persone Fisiche 2011 - Redditi 2010;
- Unico Persone Fisiche 2011 - Redditi 2010 – Unico Mini;
- Dichiarazione IRAP 2011 - Redditi 2010
- Dichiarazione 730/2011 - Redditi 2010;
- Dichiarazione Iva 2011 - Redditi 2010;
- Unico Società di Persone 2011 - Redditi 2010;
- Unico Società di Capitali et Enti non Commerciali 2011 - Redditi 2010;
- Modello 770/2011 - Redditi 2010.

Quest'anno il Professionista Medico ha già inviato telematicamente entro il 28 febbraio c.a. la Comunicazione Dati IVA, afferente l'anno 2010, nonostante che il Professionista Medico sia esente da Iva ai sensi dell'art.10/18 D.P.R. 633/72, qualora effettua prestazioni sanitarie relative a visite mediche da certificazione "INPS", è soggetto ad emettere parcella – fattura, con applicazione dell'Iva al 20%.
Questo ha fatto si che buona parte dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Famiglia, hanno effettuato liquidazioni IVA mensili o trimestrali, durante l'anno 2010. Sono soggetti esclusi da tale adempimento le Persone Fisiche che hanno realizzato nell'anno 2010, un volume di affari, cioè prestazioni effettuate – fatture attive, uguali o inferiori a euro 25.000,00, nel caso del Professionista Medico, qualora espleti come su citato l'attività di Medico di Medicina Generale o di Pediatra di Famiglia convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, il fatturato annuo, tranne che non si è all'inizio di attività, supera di gran lunga la fascia di esenzione e quindi quest'anno telematicamente, attraverso un intermediario abilitato, è stata resa la Comunicazione Dati IVA anno 2010.
Il mancato invio di detto modello, qualora è obbligatorio l'invio, è punito con una sanzione amministrativa che va da euro268,00 ad euro 2.065,00.
Ovviamente a tutt'oggi il Professionista Medico che nell'anno 2010 ha emesso solo prestazioni – fatture attive con operazioni esenti – art.10/18 DPR 633/72, non è stato e non sarà tenuto a presentare la Comunicazione Dati IVA.
A datare dalla pubblicazione del prossimo bollettino saranno rese Pillole Fiscali esplicative afferenti i Dichiarativi che rientrano nell'ambito professionale del Professionista Medico.

AVVISO AGLI ISCRITTI
Il Consulente Fiscale dell'Ordine Francesco Paolo Cirillo, è a disposizione degli iscritti per Consulenza di natura fiscale e previdenziale ogni martedì dalle ore 11.00 alle ore 13.00.

Il Cardinale in visita all'Ordine

Sepe e medici, patto in favore dei sofferenti

Lo scorso 10 febbraio, nell'ambito del Giubileo di Napoli e in occasione della 19esima Giornata Mondiale del Malato, il vescovo Crescenzio Sepe si è recato in visita alla sede dell'Ordine dei Medici di Napoli per rinsaldare il patto solidale in favore dei sofferenti tra la chiesa napoletana e i camici bianchi partenopei. Con il porporato anche monsignor Matino, vicario episcopale per la Comunicazione, e monsignor Ponte, vicario episcopale per il Laicato. Accolto da Gabriele Peperoni e Angelo Castaldo, rispettivamente presidente e vicepresidente del Consiglio Direttivo, e dal direttore Umberto Zito, monsignor Sepe ha sottolineato il terreno comune sul quale agiscono i professionisti della sanità e l'arcivescovado, entrambi accomunati dall'aspirazione di un risveglio religioso e civile della città e di un suo pronto riscatto. "L'Ordine dei Medici - ha premesso il presidente Peperoni - è un organo ausiliario dello Stato che svolge funzioni di "cerniera", promuovendo quell'alleanza terapeutica tra medico e malato che rappresenta il fulcro della propria attività istituzionale. La "chiamata a raccolta" del vescovo di Napoli, cui hanno risposto con entusiasmo le strutture sanitarie della città e i medici che vi lavorano, è dunque un'occasione formidabile - ha proseguito Peperoni - da cui partire per organizzare un'ampia rete di rapporti e avvicinare così maggiormente il Servizio Sanitario ai cittadini più bisognosi.". Fare rete insomma per il bene di Napoli: questo l'imperativo cui l'Ordine si è dichiarato disponibile. Un messaggio amplificato dalla replica del Cardinale che, prendendo spunto dalla Giornata del malato, ha indicato nell'umanizzazione dell'assistenza medica il grande obiettivo del prossimo futuro, condensando il progetto nella parola d'ordine "scienza e coscienza al servizio del sofferente". La visita è stata anche un'opportunità per l'alto prelato di augurare buon lavoro a molti giovani medici, laureatisi nel 2008, nel 2009 e nel 2010, che proprio in questa occasione hanno prestato il "Giuramento di Ippocrate". Il Cardinale ha concluso, infine, la sua visita all'ente ordinistico, benedicendo il presepe artistico collocato in sede.

INCONTRO AL PASCALE

Per il Cardinale prima tappa della giornata Giubilare, dedicata alla salute, al Pascale. L'occasione: la «XIX Giornata dell'Ammalato». Qui è stato accolto con la manifestazione «Al Pascale s'accende la Prevenzione…a Napoli s'accende la Speranza». Ad accoglierlo il direttore Pedicini, il direttore scientifico Vecchione, il presidente di Indirizzo e Verifica Vizioli, l'assessore reg. Miraglia, il presidente provinciale Cesaro, l'assessore prov. Jervolino, il prof. Mario Santangelo. Il porporato ha dato l'avvio per la costruzione di un Centro di Alta Tecnologia per la Diagnostica e la Prevenzione dei tumori femminili, poi ha benedetto i crocifissi e la targa augurale della Struttura Dipartimentale di Senologia Preventiva, presente la responsabile Immacolata Capasso. La targa testimonia l'impegno del Dipartimento di Senologia, diretto da Giuseppe D'Aiuto, contro il cancro alla mammella. Mons. Sepe ha anche incontrato 300 ragazzi delle scuole medie, nell'ambito del Progetto Scuola da anni attivo al Pascale. Infine la visita agli ammalati.

GIURAMENTO TARDIVO, CERIMONIA PER I LAUREATI DAL '64 AL '74

Non è mai troppo tardi. Gabriele Peperoni, presidente di OMCeO Napoli, di concerto con il Consiglio Direttivo, ha organizzato un primo "Giuramento di Ippocrate" tardivo, per i medici laureatisi nel periodo 1964 – 1974: costoro, infatti, come tutti quelli che hanno conseguito la laurea prima del'90, non hanno mai avuto la possibilità di partecipare alla solenne cerimonia perché all'epoca inesistente. La singolare iniziativa, fissata per martedì 19 aprile, è stata suggerita dalle numerose espressioni di rammarico manifestate al Presidente da numerosi professionisti che finalmente potranno, a breve scadenza, prendere parte all'evento e ricevere il distintivo ordinistico e la suggestiva perganena personalizzata che riporta il testo ippocratico originale del V secolo a.C. Si tratta di un'opportunità destinata a rivelarsi anche un piacevole incontro collegiale e al contempo occasione di riflessione sul senso della professione. I medici interessati (laureati 1964 – 1974) riceveranno quindi a domicilio la comunicazione dell'Ordine, contenente le modalità di partecipazione: chi non dovesse ricevere l'avviso, può contattare direttamente la sede ordinistica per le informazioni del caso.

"Anziano fragile", convegno sulle criticità del sistema assistenziale

I soggetti d'età inferiore a 64 anni sono in rapido aumento. Difatti sono passati dall'11,4% della popolazione del 1984 ad oltre il 18% di oggi e la proiezione è che aumenteranno fino a raggiungere, nel 2050, il 35% (oltre 1\3 della popolazione). Oggi il 3,5% degli ultra 64enni è rappresentato da ultra 80enni che, dal 1984 ad oggi, sono passati da 1,2 a 2,4 milioni e il trend prevede che nel 2050 raggiungeranno i 5 milioni. Bisogna dire che il 50% di questi ultra 80enni sarà disabile con relativi problemi di assistenza. La ridotta natalità, la migliore qualità di vita e i progressi della Medicina sono esponsabili dell'invecchiamento della popolazione che si ripercuote in tutte le aree sociali, in particolare in quella sanitaria. A questa nuova configurazione demografica non corrisponde un analogo risultato positivo in termini di morbilità e mortalità; la prevalenza delle patologie cronico-degenerative è in aumento e anche queste sono "invecchiate", incidendo in età più avanzate, dando vita al fenomeno della "compressione della morbilità". Si va delineando, quindi, la figura di un soggetto di età elevata affetto da pluripatologie croniche e sottoposto a politerapia farmacologica. Se a ciò si aggiunge una realtà come quella campana, costretta a continui tagli della spesa sanitaria, ci si rende conto delle difficoltà che incontrano gli anziani per trovare risposte ai loro bisogni e di come l'ageismo possa trovare terreno fertile. Questi i temi al centro del convegno "Anziano fragile: Anziano abbandonato" tenutosi il 1 febbraio all'Ordine e che ha riscontrato una nutrita partecipazione di colleghi. L'incontro scientifico, presentato dal Presidente Gabriele Peperoni, è stato introdotto dall'interessante lettura del Prof. G. Paolisso sui fattori di rischio condizionanti l'invecchiamento. Con la prima sessione è stato tracciato l'identikit dell'Anziano fragile, identificandolo in un Soggetto di età avanzata, portatore di pluripatologia e, perciò, a rischio elevato di danno iatrogeno e di condizioni di non autosufficienza parziale o totale. La salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e la situazione socio-ambientale sono i 4 fattori che possono concorrere alla non autosufficienza e che individuano le molteplici necessità assistenziali del Paziente anziano e che richiedono una specifica valutazione e la disponibilità di differenti Servizi e Strutture della "Rete". Bisogni "complessi" che, per essere soddisfatti, richiedono risposte integrate che trovano attuazione solo se attivate da Strutture appositamente attrezzate come le Unità di Valutazione Geriatriche. L'U.V.G. ha il compito di realizzare l'integrazione ai vari livelli (gestionale, professionale), di definire l'impatto economico delle decisioni, di garantire l'assistenza, di elaborare il piano individuale di trattamento, i percorsi assistenziali e il responsabile del programma di trattamento, nonché di verificare l'efficacia degli interventi. Per questa articolata funzione l'U.V.G. si avvale di uno strumento metodologico originale, specifico della Geriatria, che ha dimostrato efficacia applicato all'Anziano fragile: la Valutazione Multidimensionale. La VMD, diversa dalla valutazione medica tradizionale, definisce in modo complessivo lo stato di salute dell'anziano per individuare le conseguenze delle eventuali disabilità sulla vita quotidiana e per elaborare un programma che tenga conto delle capacità di recupero del soggetto. La 2° e la 3° sessione hanno visto la partecipazione di Rappresentanti degli Enti istituzionali protagonisti dell'intervento "integrato" in risposta alla domanda di salute degli anziani. È emersa, alla luce del momento congiunturale e delle mutate esigenze degli anziani, la necessità di ridurre i ricoveri ospedalieri ai casi acuti e di gestire le cronicità sul territorio che ha necessità di attrezzarsi e di fondare la propria azione sul "continuum assistenziale". È emersa anche la difficoltà di fornire risposte idonee in previsione di un sistema di riparto del fondo sanitario basato sull'età in quanto, anche se invecchiando aumenta il manifestarsi di varie patologie e quindi il bisogno di assistenza, non è l'età in sé che fa spendere. Si sono confrontati gli operatori di trincea (Medici di Medicina Generale, Specialisti ambulatoriali, Operatori delle Strutture residenziali, Ospedali e Università) portando le loro esperienze ed evidenziando le criticità di un sistema fortemente impegnato ma fortemente in difficoltà.

Salvatore Putignano

11° CONGRESSO FIMP NAPOLI

Il 20 e 21 maggio all'Hotel Ramada di Napoli si terrà l'11esimo Congresso FIMP Napoli su "Pediatria mediterranea - Bambino e ambiente". Si parte la mattina del 20 maggio con quattro seminari paralleli a numero chiuso. A seguire l'inaugurazione del Congresso, i saluti del Segretario Provinciale e la tavola rotonda su "Il bambino e l'ambiente". Sabato 21 maggio, invece, si susseguiranno due sessioni mattutine, una pomeridiana e le conclusioni finali. Per info: Fimp Napoli Tel. 081.5633030; Mail: napoli@fimp.org.

MANZI ELETTO AL CUN. I giovani camici bianchi avranno la propria rappresentanza al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), attraverso il Segretariato Italiano giovani medici (Sigm). Il 18 gennaio, infatti, è stato eletto al Consiglio Universitario Nazionale (CUN) Carlo Manzi, medico in formazione specialistica della Seconda università di Napoli e Vice Presidente nazionale del Sigm. «Formazione e ricerca sono elementi costitutivi della professione medica. E' la prima volta che un medico campano raggiunge questo traguardo. La voce e le istanze dei Giovani Medici italiani in tema di ricerca e formazione accademica potranno trovare rappresentanza presso il Miur - ha affermato Carlo Manzi - Il Sigm cercherà di stimolare il dibattito al fine di adottare politiche innovative a sostegno della formazione e dell'accesso alla ricerca dei Giovani Medici».

FORMAZIONE PEDIATRICA. Il 17 febbraio, presso l'auditorium OMCeO Napoli, al via il 6° corso di Formazione Continua in Pediatria: 7 giornate di studio articolate su 2 specialità. Il corso, accreditato ECM per Specialisti in pediatria ha avuto finalità formative, organizzative e preventive. Antonio Campa, Direttore Scientifico del Corso, ha focalizzato nel programma diverse specialità: da Endocrinologia a Chirurgia, da diabetologia a trattamento delle ustioni in pediatria, da Dermatologia a Gastroenterologia, fino alla celiachia. Focus inoltre su Pneumologia, Neonatologia, Oculistica, Infettivologia ed Emergenza-Urgenza. Accanto a questi temi infine anche l'Organizzazione in pediatria e la pediatria preventiva, e poi Pediatria di Famiglia e di Comunità. In apertura l'attenzione si è rivolta al mondo dell'assistenza pediatrica in Campania, poi al confronto tra assetti organizzativi nel nord, nel centro e nel sud, alla crisi generale della pediatria, al calo delle nascite in Italia all'obesità infantile e ad altre criticità.

ELEZIONI ONAOSI. La Legge 222/2007 stabilisce che tutti i contribuenti della Fondazione ONAOSI, Ente gestore di una forma di previdenza obbligatoria integrativa, scelgano con il voto coloro cui affidare l'Amministrazione dell'Ente. Per la prima volta, pertanto, è stata effettuata (mentre sono in corso le procedure di spoglio) - con elezione diretta da parte dei contribuenti - selezione e nomina dell'Organismo Statutario di un Ente previdenziale e/o assistenziale a livello nazionale. Oltre a rappresentare, per gli Iscritti, un'occasione per meglio apprezzare i servizi offerti dalla Fondazione, queste elezioni hanno costituito un momento di democrazia partecipata e l'opportunità di dimostrare la capacità della Categoria Medica di assicurare all'ONAOSI una gestione all'insegna dell'efficienza e della trasparenza. Chi volesse saperne di più può visitare sito ww.onaosi.it.

In ricordo di Giuseppe Cioffi

Lunedì 14 marzo 2011, il dottor Giuseppe Cioffi ci ha lasciato.
Per tutti, solo Peppino. Chirurgo, di Procida, ma in servizio presso il Presidio Ospedaliero "Anna Rizzoli" di Ischia. Una grave perdita, per tutti.
L'attuale linguaggio che usiamo così freddo, asettico, ci porta spesso ad usare termini tecnici per certi versi quasi strani; uno di questi : "risorsa umana". E' così che indichiamo il medico, l'infermiere, l'operatore sanitario, l'operatore tecnico: per la prima volta, se penso a Peppino, riesco ad accettare questo termine. Era veramente una "risorsa" ! Di elevatissima preparazione e capacità, era un lavoratore instancabile, sempre disponibile, garbato, mai polemico; ed era veramente "umano" : ascoltato e benvoluto da tutti perché, nonostante i meriti, era sempre molto umile e pronto ad andare in aiuto dei bisognosi. Non a caso era soprannominato il "Moscati" di Procida Proprio il venerdì precedente la sua fine, ho condotto io l'Ambulatorio di Anestesia, per i Ricoveri Programmati: più della metà dei pazienti era di Procida, "amici" di Peppino; mentre si è discusso di "Dipartimento delle Isole", di accorpamento di Procida a Ischia, la Risorsa Umana Peppino Cioffi, silenziosamente, faceva diventare realtà la teoria

Roberto Buonanno

Ricordiamoli insieme

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli partecipa commosso al dolore delle famiglie per la scomparsa dei colleghi

MARIANO ALTERIO; FRANCESCO ARICO'; MICHELE BARILE; ARCANGELO BEATRICE; FRANCESCO SAVERIO BELLUCCI SESSA; PROCOLO CAUSA; DELFO DE CRISTOFARO; MICHELE DE SIMONE; CARMINE DELL'ANNO; LIDIA DI LAURO; GIUSEPPE DONADIO; GIORGIO GOMBOS; ALESSANDRO IACOBELLI; FRANCESCO IAVICOLI; SALVATORE LOFFREDO; ANTONIO MAGGI; ALDO MARRA; UGO MASTRANGELO; BENIAMINO MINICUCCI; VINCENZO MORFINO; GIUSEPPE MOSSETTI; ANTONIO OREFICE; GIUSEPPE PACE; CESARE PANDOLFI; NICOLO' PERRONE; AUGUSTO GIUSEPPE PEZZAROSSA; RENATO RICKLER; GUIDO RIZZO; ANTONIO SALOMONE; LORETO ALDO SCOTTO DI SANTOLO; CIRO SINISCALCHI; CLAUDIO TANCREDI; VINCENZO VALENTINO; FRANCESCO VERDE; LUCIANA VISCO

Il loro ricordo resterà nella memoria dei tanti che hanno avuto il privilegio di conoscerli.