

NOTIZIARIO



Rivista dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bari

UNA NUOVA SANITÀ PER IL PAESE CHE CAMBIA

FILIPPO ANELLI
NUOVO PRESIDENTE FNOMCeO



FOTORACCONTO
QUELLI CHE
NON SI VOLTANO
DALL'ALTRA PARTE

SPAZIO CAO
LE SFIDE E I PROGETTI
PER IL NUOVO
TRIENNIO 2018-20

LORENZIN
OSSERVATORIO
NAZIONALE
SICUREZZA

*La mammografia
tra dieci mesi...e se
è un tumore?!*

*Il personale
medico non è
sufficiente...*

MEDICO E PAZIENTE, DUE FACCE DELLO STESSO DISAGIO.

CHIEDIAMO PIÙ RISORSE PER LA SALUTE. INSIEME.



Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari



TRE ANNI NEL SEGNO DEL RINNOVAMENTO

di Filippo Anelli, Presidente dell'OMCeO della Provincia di Bari

Lo scorso febbraio la lista da me guidata ha ottenuto un appoggio plebiscitario alle elezioni per il rinnovo degli organi della Fnomceo. Si tratta di un risultato che mi lusinga, frutto del grande lavoro di squadra portato avanti negli ultimi mesi e che rende onore all'attività perseguite con tenacia dall'Ordine di Bari negli ultimi anni. Al tempo stesso, è un esito che mi e ci carica di responsabilità, perché la partecipazione senza precedenti, con la presenza di tutti i Presidenti di Ordine ai seggi, è indice di aspettative elevate e, più in generale, di attese di cambiamento che non possiamo e non dobbiamo deludere.

Come ho anticipato nel documento programmatico presentato in occasione delle elezioni, la sanità italiana attraversa un momento di estrema difficoltà, forse il più critico periodo dall'istituzione del S.S.N. nel lontano 1978. Da un lato la scienza e la tecnica offrono, ogni giorno e a costi sempre più elevati, soluzioni alle diverse e molteplici patologie e ai bisogni di salute in veloce mutamento,

dall'altro il Servizio Sanitario presenta difficoltà di finanziamento, disagio del personale, diseguaglianze sociali e territoriali.

In questo quadro la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri deve saper cogliere le più rilevanti istanze che provengono dalla società civile e dal mondo professionale, per renderle parte di un unico progetto di rilancio delle professioni medica e odontoiatrica, quali garanti ed a volte ultimi baluardi del diritto alla salute individuale e collettivo. Un rilancio ed una rivalutazione del ruolo della professione necessari anche per ridare a decine di migliaia di medici una legittima e più ampia prospettiva professionale, che contribuisca a risolvere tematiche da troppo tempo senza risposta: i problemi di carenza di personale e del precariato, di organizzazioni sanitarie non ancora adeguate alla crescita esponenziale di donne medico, della governance clinica, del ruolo organizzativo e formativo dei medici del SSN, della violenza sui professionisti, della sicurezza ma anche della adeguatezza e dignità dei ➤➤



Solo abbandonando
l'asfittica e miope gestione
ragioneristica della sanità
si può ridare
al medico quella libertà
e quella autonomia
che da sempre
ne rappresentano
le peculiarità essenziali

luoghi e delle condizioni di lavoro, per citarne solo alcuni. Solo abbandonando l'asfittica e miope gestione ragioneristica della sanità si può ridare al medico quella libertà e quella autonomia che da sempre ne rappresentano le peculiarità essenziali per un esercizio professionale davvero orientato esclusivamente alla tutela della salute del singolo cittadino e dell'intera comunità. Insomma, la FNOMCeO ha il dovere di riappropriarsi del proprio ruolo di guida e riferimento della professione.

Sul fronte della Legge Lorenzin di riforma degli Ordini il mondo politico non ha colto lo spirito delle proposte di riforma che la Federazione e gli Ordini nella loro totalità avevano avanzato e non è riuscito a coniugare la millenaria tradizione della cultura medica con le mutate esigenze che emergono dalla società moderna. Gli Ordini non vogliono e non possono più rimanere solamente i custodi degli Albi professionali, ma devono essere i promotori di una cultura della professione medica capace di conciliare dimensione umanistica e innovazione scientifico-tecnologica per recuperare il valore della empatia con i pazienti. Gli Ordini possono e devono contribuire al governo della professione intervenendo in tutti i processi decisionali, nazionali e regionali, che la interessano e coinvolgono. Per

ridare significato a questo ruolo sussidiario, la Federazione dovrà essere parte attiva nel definire i contenuti dei decreti attuativi della Legge Lorenzin. Le altre professioni sanitarie rappresentano certamente una grande opportunità per il sistema sanitario in quanto completano l'attività di assistenza grazie alle specifiche e peculiari competenze tecniche loro certificate attraverso percorsi formativi utili a soddisfare pienamente il bisogno di salute del cittadino. Lavorare insieme, nel rispetto delle proprie competenze, dei propri ruoli e delle specifiche responsabilità, rappresenta un modello organizzativo idoneo ad assicurare una buona ed idonea assistenza. Proprio quel modello multiprofessionale, in cui predominano i valori della collaborazione e della complementarietà, di fatto si attua quotidianamente laddove la sanità funziona, grazie all'impegno dei medici e di tutti gli altri operatori sanitari. Sia chiaro che abbiamo bisogno di figure professionali qualificate che siano utili all'assistenza dei cittadini, sulla base di evidenze scientificamente provate. Sul fronte invece delle disuguaglianze, la professione si trova a dover affrontare una nuova sfida legata alla frammentazione del sistema di cure che provoca in larghe zone del Paese una perdita di equità nell'accesso



Le altre professioni sanitarie rappresentano certamente una grande opportunità per il sistema sanitario in quanto completano l'attività di assistenza grazie alle specifiche e peculiari competenze tecniche loro certificate attraverso percorsi formativi utili a soddisfare pienamente il bisogno di salute del cittadino.

alle cure da parte dei cittadini. La "riduzione del numero di personale addetto all'assistenza e di quelle dotazioni strutturali minime utili a garantire un efficiente sistema di cure" (ODG CN 9/7/2016) sta sempre più determinando differenze importanti negli indicatori di salute dei cittadini italiani, soprattutto in quelli che risiedono nelle regioni del sud Italia e nelle regioni in piano di rientro. Regioni del sud e insulari costantemente mortificate e penalizzate piuttosto che considerate per le rispettive peculiarità. Tali differenze pongono a tutti gli operatori interrogativi non solo di carattere etico e deontologico, ma anche civile e sociale circa l'equità del livello di tutela della salute dei cittadini italiani nelle diverse aree del Paese. Il diritto alla tutela della salute, così come riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione Italiana, configurandosi come diritto uno e indivisibile, si deve coniugare con l'impegno da parte dello Stato centrale e delle Regioni a mettere in atto ogni strumento utile a rimuovere, ai sensi dell'art. 3 della Costituzione.

Sono inoltre maturi i tempi per immaginare con coraggio di cambiare l'attuale organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale basato sull'aziendalizzazione e con un organo monocratico totipotente, passando ad un si-

stema che prediliga gli obiettivi di salute, pur nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, previsto comunque per obbligo di legge, ai sensi della Legge Costituzionale n. 1 del 2012.

A quarant'anni dalla sua istituzione il Servizio Sanitario Nazionale deve essere considerato una conquista di civiltà, un bene inalienabile, un sistema nel quale, grazie ai principi di universalità e solidarietà, i medici possono esercitare la propria professione coerentemente con quanto previsto dal Codice di Deontologia Medica. Bisognerà tener conto che questo sistema ha necessità di un idoneo finanziamento, non inferiore in rapporto al PIL alla media OCSE, e che i lusinghieri risultati in termini di salute ottenuti e conservati dal nostro paese sono anche il frutto di un impegno straordinario da parte di tutto il personale sanitario sul quale sono ricaduti carichi di lavoro pesanti e impropri, responsabilità nel contenimento della spesa, condizioni di lavoro non sicure, talora sfociate in vere e proprie aggressioni, frutto anche di un sistema che ha creato disuguaglianze nell'accesso ai servizi tra regioni e regioni, tra ASL ed ASL e tra nord e sud del paese.

Appare quindi necessaria ed improrogabile una strategia che assicuri sia la effettiva ed uniforme fruibilità su tutto il territorio ➡➡



L'azione della Federazione nei prossimi 3 anni non potrà non tener conto del forte disagio nella professione medica. Un disagio che interessa gran parte dei colleghi, dovuto anche all'aver introdotto nella pratica clinica del SSN obiettivi economici che condizionano in maniera rilevante l'agire medico



nazionale dei LEA, sia quei servizi esclusi dai limiti di finanziamento del sistema (extra LEA). Innovazione e gestione della cronicità rappresentano i campi in cui la professione dovrà sicuramente misurarsi nel prossimo futuro per garantire l'equità e l'efficacia delle cure. L'azione della Federazione nei prossimi 3 anni non potrà non tener conto del forte disagio nella professione medica. Un disagio che interessa gran parte dei colleghi, dovuto anche all'aver introdotto nella pratica clinica del SSN obiettivi economici che condizionano in maniera rilevante l'agire medico in modo da controllarne l'esercizio professionale e ridurlo a mero fattore produttivo. L'appropriatezza da essere una modalità per favorire la ricerca della qualità delle prestazioni si è trasformata in un meccanismo per sanzionare gli stessi professionisti, secondo criteri imposti dalla politica. Il risultato è stato quello di trasformare il medico in un tecnico della salute, minando l'alleanza medico-paziente e determinando così un'insanabile frattura nel delicato mondo sanitario, in cui la reciproca fiducia, tra curato e curante, è il cemento che tiene insieme il Servizio Sanitario Pubblico. Esiste una questione medica correlata al mancato rispetto nell'esercizio quotidiano

della professione della libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità, così come previsti dal Codice Deontologico. Un Codice in continuo divenire. Necessita, infatti, di una ulteriore rivisitazione al fine di ridare ai medici l'orientamento etico e professionale coniugando i principi che da sempre ispirano la professione con le esigenze che emergono dalla moderna società.

Sul fronte dei fabbisogni e della formazione, appare sempre più opportuno non vincolare i percorsi formativi delle nostre università, che da secoli sono punti di riferimento importanti in Europa dei processi formativi, ai limiti imposti dalla programmazione statale, sempre più condizionata dalle limitate risorse statali. È necessario, inoltre, anticipare l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro anche perché l'Italia è il paese OCSE con la più alta età media dei medici dipendenti, circa 54 anni, e la formazione post-laurea universitaria è limitata a 6.500 contratti di specializzazione annuali e 900 borse di studio per la medicina generale, non più sufficiente a coprire il necessario turnover. E' arrivato il momento di recuperare un ruolo formativo per il SSN, assumendo, in base ad una programmazione regionale, giovani neo laureati, in modo



È NECESSARIO ANTICIPARE L'INGRESSO DEI GIOVANI NEL MONDO DEL LAVORO ANCHE PERCHÉ L'ITALIA È IL PAESE OCSE CON LA PIÙ ALTA ETÀ MEDIA DEI MEDICI DIPENDENTI, CIRCA 54 ANNI.

aggiuntivo alle attuali dotazioni organiche ospedaliere e di medicina generale, con contratto di formazione lavoro. Un canale formativo parallelo nei teaching hospital e nelle reti di cure primarie del SSN per integrare i numeri che escono ogni anno dalle università. Definizione dei fabbisogni formativi e del numero di posti per le scuole di specializzazione e/o di medicina generale, riforma del percorso di formazione in medicina generale e specialistica, revisione dei sistemi di accesso al SSN sono le priorità del settore.

I percorsi formativi devono così assicurare, grazie ad una corretta programmazione, l'ingresso al mondo del lavoro senza che i giovani siano costretti ad emigrare. Senza prospettive certe di lavoro non possono esistere professione e previdenza. Occorre inoltre procedere a un ammodernamento e semplificazione della formazione ECM per renderla più possibile vicina alle esigenze reali dei professionisti. Un aggiornamento tarato sui bisogni formativi dei medici e non un mero "accumula punti". Serve infine avviare una riflessione sui temi etici più pregnanti che

orientano la nostra professione non solo con riferimento alla tutela della salute del singolo individuo, ma a quella dell'intera collettività, al fine di ripensare i contenuti del Codice di Deontologia medica. Il medico si conferma quale autentico garante del diritto alla salute assumendo su di sé funzioni e responsabilità sociali e pubbliche rilevanti. Anche per questo serve recuperare il rapporto medico-paziente, svilito da una medicina burocratizzata attraverso un moderno progetto di comunicazione che possa aiutare a gettare un ponte verso i cittadini, a creare un clima culturale di maggior comprensione ed empatia che possa costituire la premessa per una nuova relazione di cura ed il rilancio della professione medica.

Tutti i punti elencati sopra faranno del prossimo triennio un periodo impegnativo, di battaglie civili e di tensione verso il cambiamento. Riusciremo a ottenere risultati solo se saremo capaci di ritrovare l'unità dell'intera categoria e a riscoprire insieme il significato profondo del nostro essere medici. ■

UNA LUNGA E DIFFICILE STAGIONE DAVANTI A NOI

Ci attende un triennio impegnativo dal punto di vista politico, contrattuale e lavorativo, tra problemi di autorevolezza della professione, un contratto ancora da firmare, le risorse scarse e la nuova legge sulla responsabilità.

di FRANCO LAVALLE



Franco Lavallo
Vice-Presidente OMCeO di Bari
lavallo54@gmail.com

Nel cominciare questo nuovo mandato triennale, a cui sono stato chiamato dal vostro voto, voglio esprimervi il mio ringraziamento per la fiducia accordata che, credo, provenga dall'aver operato nel triennio precedente solo ed esclusivamente nell'interesse dei colleghi ed anche degli stessi cittadini. Sono loro infatti a doverci sentire garantiti da un Ordine che pone grande attenzione alla salute pubblica. Sarà un triennio molto impegnativo perché impegnativa è la stagione politica, contrattuale, lavorativa che stiamo vivendo.

Ogni giorno che passa appare sempre più evidente la difficoltà che i medici incontrano nell'espletare con dignità ed autorevolezza il proprio lavoro. Il fatto che i medici siano sempre più alla mercé delle ire del cittadino, perché egli trova nel medico la figura sulla quale scaricare tutti i malfunzionamenti della sanità pubblica, la dice lunga su come la po-

litica tenga in scarsa considerazione la nostra figura professionale. Una figura autorevole nel panorama sanitario che viene lasciata molto spesso in balia di se stessa. Non passa giorno nel quale i medici non siano vittima di atti intimidatori o di aggressioni verbali o fisiche da parte di persone esasperate, che trovano sempre più difficoltoso ed oneroso l'accesso alle cure. Tutto ciò, come se il professionista fosse responsabile di quanto accade alle persone, mentre queste dovrebbero pensare che anch'egli è vittima di un sistema che cannibalizza i propri operatori di maggior pregio.

Questo è un modo irresponsabile di addossare al medico le colpe di un servizio sanitario che non funziona per una cattiva gestione politica. Non più tardi di qualche settimana fa i medici sono stati additati come i responsabili dell'allungamento delle liste di attesa con la finalità di privilegiare la libera profes-



sione intramoenia. Un bieco battage politico pre-elettorale nel quale si è omesso di dire, forse per scarsa conoscenza dei fatti penserebbe qualche credulone, che tale attività è svolta fuori dall'orario di servizio, nel tempo libero del medico e, pertanto, senza incidere minimamente sulla attività istituzionale del professionista. Queste cattive informazioni non fanno altro che mettere uno contro l'altro il medico ed il cittadino suscitando in quest'ultimo sentimenti ostili.

La politica si tira sempre fuori dalle responsabilità ed ha bisogno di un capro espiatorio che, come appare sempre più evidente, per quanto attiene la sanità è stato individuato nel medico. Il medico fa sballare la spesa sanitaria con le prescrizioni eccessive. Il medico fa allungare le liste di attesa. Il medico è responsabile della mobilità passiva perché non riesce a ricoverare per tempo. Insomma, a nulla sono serviti anni di battaglia dei me-

dici per contrastare i tagli lineari alla sanità, il sottofinanziamento della spesa sanitaria, il taglio indiscriminato di posti letto, il blocco del turnover, la medicina del territorio che non decolla. Tutte battaglie fatte invano nonostante siano state fatte per le persone in difesa del Ssn e Ssr. La politica è sorda! Da quando la sanità è gestita dal MEF fare il medico secondo scienza e coscienza è diventato ogni giorno più difficile. Bisogna adeguarsi nel portare avanti una medicina amministrata ed il medico molto spesso diventa un ragioniere attento a non incorrere in sanzioni amministrative da parte degli organi di controllo delle varie ASL.

Non è un bel modo per fare sanità, ma è l'unico modo per tenere ancora in piedi un sistema di welfare.

E, nonostante la pochezza delle risorse messe a disposizione ogni anno dalla legge finanziaria, si tenga presente che la loro ➡➡



Bisogna adeguarsi nel portare avanti una medicina amministrata ed il medico molto spesso diventa un ragioniere attento a non incorrere in sanzioni amministrative da parte degli organi di controllo delle varie ASL.



Non più tardi di qualche settimana fa i medici sono stati additati come i responsabili dell'allungamento delle liste di attesa con la finalità di privilegiare la libera professione intramoenia. Un bieco battage politico pre-elettorale nel quale si è omesso di dire, forse per scarsa conoscenza dei fatti penserebbe qualche credulone, che tale attività è svolta fuori dall'orario di servizio, nel tempo libero del medico e, pertanto, senza incidere minimamente sulla attività istituzionale del professionista.



percentuale rispetto al PIL è molto più bassa rispetto a quelle delle altre nazioni, la nostra sanità è tra le prime al mondo in tutto. Logicamente, come ben sappiamo, vi sono zone di eccellenza collocate maggiormente al nord perché ad esso sono destinate maggiori risorse quando si riparte il tesoretto fra le regioni. Ma l'abnegazione da parte dei medici del sud riesce a far fronte a questo gap almeno dal punto di vista intellettuale. Non vedo differenze di competenze nella pratica clinica. I fatti lo dimostrano. Spesso abbiamo chiesto alla politica di venire incontro alle esigenze professionali; a discutere con noi di quanto attiene la sanità; purtroppo, l'autoreferenzialità della politica e, ancor peggio, dei burocrati, portano a quei disservizi che sono davanti agli occhi di tutti e dei quali il personale sanitario, in primis i medici, ne paga le conseguenze. Sono nove anni che non riu-

sciamo ad avere un contratto. Tutti lo hanno sottoscritto, mentre noi siamo ancora ai preliminari. E non si sa se riusciremo ad averlo. La politica non ci ama. I fatti lo dimostrano. I pochi medici parlamentari non sono stati più candidati, o ne è stata candidata solo una parte. Questo significa che non abbiamo un peso neppure nei partiti. Figuriamoci nel determinismo delle decisioni. Altro problema con il quale dovremo confrontarci riguarda la legge Gelli Bianco sulla responsabilità professionale. Molti la ritengono peggiorativa rispetto alla legge Balduzzi. Sicuramente assisteremo a sentenze molto complicate che proveranno a metterla in discussione. E questo è motivo di grande preoccupazione per la nostra categoria. Ormai non si riesce a lavorare con serenità. Ed è veramente brutto che si cerchi di fermare il pensiero liberale del medico. ■

LA MEDICINA

com'era...



TROTULA DE RUGGIERO: LA LUCE DELLA MEDICINA NEL SECOLO BUIO

Donna, studiosa di medicina e scienziata. Un ritratto "moderno" che ci proviene dal Medioevo, l'età di mezzo, il secolo definito buio. È la storia di Trotula de Ruggiero, nata nel 1050, a Salerno, modernissima culla di studi e scambi culturali e sede di una Scuola Medica, che fu il primo vero centro culturale d'Europa non controllato dalla Chiesa. Trotula si dedicò con profonda dedizione agli studi medici, sposò il medico Giovanni Plateario e insieme ebbero due figli che seguirono la carriera dei genitori. A Trotula sono attribuite due opere: il *De Passionibus mulierum* (o *Trotula maior*), un trattato di ginecologia e ostetricia e il *De Ornatu Mulierum* (o *Trotula minor*), dedicato alla cosmesi. Trotula è certamente la più celebre delle "mulieres salernitanae". La sua fama fu così grande che la sua biografia è spesso arricchita da episodi leggendari. Si tramanda, per esempio, che il suo funerale fu accompagnato da un corteo funebre lungo oltre tre chilometri. Geniale e innovativa (fu la prima a parlare di problemi di donna, senza pudori e in ottica medica), la figura di Trotula de Ruggiero è sopravvissuta a vari tentativi di oscurantismo e di censura: dopo la sua morte, le sue intuizioni furono attribuite al marito e si cercò di cancellare questa figura, tramandandola come un mito non reale. Oggi l'autorità di Trotula de Ruggiero è indiscussa in tutta Europa, soprattutto per il suo trattato più famoso, il *Trotula Maior*. Tradotta dal latino volgare in numerose altre lingue, l'opera è composta da 64 capitoli, che contengono precetti, consigli e norme dedicati alle donne.

Non si esagera nel ritenere questo trattato come una sorta di manifesto ante litteram dell'identità di genere, vista l'epoca in cui fu scritto e per la considerazione tutta nuova della donna a partire dalle dinamiche del suo corpo. Il sottotitolo lo spiega bene: «Libro unico di Trotula sulla cura delle malattie delle donne prima, durante e dopo il parto, mai prima edito, in cui vengono minutamente illustrate le infermità e le sofferenze che capitano al sesso femminile, la cura dei bambini e dei ragazzi al momento del parto, la scelta della nutrice oltre alle restanti cose che vi si connettono, le prescrizioni riguardanti entrambi i sessi, le esperienze infinite di varie malattie con alcuni preparati che servono ad abbellire il corpo».



FLORENCE NIGHTINGALE: LA "SIGNORA CON LA LANTERNA"

L'organizzazione infermieristica moderna deve molto a Florence Nightingale, una donna della borghesia britannica ottocentesca. Nata nel 1820 a Firenze (qui si trovava la madre al momento del parto, come testimonia anche la scelta del nome), Florence apparteneva a una famiglia molto cristiana che ben presto ostacolò il suo sogno: dedicare la vita all'assistenza delle persone malate. Quella dell'infermiera era una professione poco stimata a quel tempo, dunque non adatta a una donna dell'élite borghese. Eppure per questa vocazione Florence entrò in contrasto con la sua famiglia e rifiutò anche di sposarsi. All'età di 17 anni iniziò a interessarsi all'organizzazione infermieristica, impegnandosi attivamente nell'assistenza e nella cura delle persone malate. Iniziò prima dal suo vicinato, poi entrò in contatto con persone influenti, tra queste il politico Sidney Herbert. Successivamente lavorò a Dusseldorf, studiando a fondo l'organizzazione in un ospedale luterano. Intanto dal fronte (l'Inghilterra era impegnata nella Guerra di Crimea) giungevano notizie disperate sulle condizioni dei soldati feriti. Così Florence Nightingale organizzò un gruppo di 38 infermiere che lei stessa aveva istruito e partì alla volta di Scutari, in Turchia. Tra condizioni igieniche gravissime e difficoltà nella cura, Florence si diede da fare incessantemente, tanto da meritarsi l'appellativo di "signora con la lanterna" (lavorava anche di notte, camminando per l'accampamento con una lanterna tra le mani). A guerra finita, rientrò a Londra come un'eroina; fondò la Nightingale Training School, una scuola di "addestramento" per infermiere, pubblicò un ampio libro di inchiesta sulle condizioni di vita nelle caserme del Regno Unito e ricevette numerosi riconoscimenti. La sua fama ormai enorme indusse molte ragazze, in diverse parti del mondo, a voler seguire questa carriera. Esperta anche di statistica, Florence Nightingale applicò il metodo matematico alla riorganizzazione del sistema infermieristico. Costretta a letto da una malattia, trascorse gli ultimi anni dedicandosi a letture filosofiche e morì a Londra, nel 1910.



STORIA DI COPERTINA

STRATEGIE PER LA SANITA' DEL FUTURO

Lo scorso febbraio la lista guidata da Filippo Anelli ha ottenuto un appoggio plebiscitario alle elezioni per il rinnovo degli organi della Fnomceo. Si tratta di un risultato che rende onore all'attività perseguite con tenacia dall'Ordine di Bari negli ultimi anni. La partecipazione senza precedenti, con la presenza di tutti i Presidenti di Ordine ai seggi, è indice di aspettative elevate e, più in generale, di attese di cambiamento in un momento di estrema difficoltà della sanità italiana. In questo quadro la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri deve saper cogliere le più rilevanti istanze che provengono dalla società civile e dal mondo professionale, per renderle parte di un unico progetto di rilancio delle professioni medica e odontoiatrica, quali garanti ed a volte ultimi baluardi del diritto alla salute individuale e collettivo.



NOTIZIARIO | Numero 1/2018
Rivista dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della Provincia di Bari

Registrata al Tribunale di Bari n. 50
del 7/8/1976
Anno 2018 - Num. 1

Direttore Responsabile
Filippo Anelli

Direzione
Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della Provincia di Bari
70126 Bari - Via Capruzzi, 184
Tel. 080-5566855 - 080-5575512
080-5426521 - 080-5560212
Fax 080-5427063
info@omceo.bari.it - www.omceo.bari.it

Responsabile di Redazione
Filippo Anelli

Comitato di Redazione
Filippo Anelli, Franco Lavallo,
Alessandro Nisio, Nicola Achille,
Giuseppe D'Auria

**Consiglio dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Bari**
Anelli Filippo, *Presidente*

Lavallo Franco, *Vice-Presidente*
D'auria Giuseppe, *Segretario*
Achille Nicola, *Tesoriere*
Amendola Antonio, *Consigliere*
De Fazio Michele, *Consigliere*
Bufano Gaetano, *Consigliere*
Scalera Pietro, *Consigliere*
Russo Roberto, *Consigliere*
Liguori Patrizia, *Consigliere*
Ciraci Giuseppe, *Consigliere*
Iannuzziello Donato Rosario, *Consigliere*
Grasso Giuseppina, *Consigliere*
Schavone Salvatore, *Consigliere*
Stellacci Giandomenico, *Consigliere*
Ladisa Roberta, *Consigliere*

Collegio dei Revisori dei Conti
Di Bari Sebastiano, *Presidente*
Guerra Rocco, *Revisore*
Maugio Giovanni, *Revisore*
Monteduro Mariantonietta,
Rev.supplente

Commissione Odontoiatri
Nisio Alessandro, *Presidente*
Achille Nicola, *Componente*
Cirulli Nunzio, *Componente*
Guerra Belinda, *Componente*
Nuzzolese Emilio, *Componente*

Redazione e pubblicità
Kibrit & Calce

Progetto grafico, editoriale e stampa
Kibrit & Calce

Associato all'USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Contributi fotografici
Foto Banca Immagine

Hanno collaborato:
Filippo Anelli, Franco Lavallo,
Maurizio Benato, Roberta Franceschetti,
Alessandro Conte, Vincenzo Gesualdo,
Giovanni De Pergola, Roberta Zupo,
Nicola Achille, Nunzio Cirulli,
Belinda Guerra, Emilio Nuzzolese,
Alessandro Nisio,
Mariantonietta Monteduro,
Annamaria Moretti, Francesco Polemio,
Mario Defidio, Augusto Agostini,
Antonio Martiradonna, Angela Lomoro,
Giancarlo Tricarico



È stato firmato il 15 marzo dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin il secondo decreto attuativo della Legge 3/2018, sul riordino delle professioni sanitarie. Al centro del provvedimento, le procedure elettorali per il rinnovo dei Consigli Direttivi degli Ordini, dei Comitati Centrali delle Federazioni e dei Collegi dei Revisori dei conti. "Ringraziamo ancora una volta il Ministro Lorenzin per aver tenuto fede all'impegno preso con i nostri Ordini di emettere al più presto i Decreti Attuativi, e per aver pienamente recepito le osservazioni presentate delle Federazioni" commenta il presidente della federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli.

SOMMARIO

EDITORIALE

3. Tre anni nel segno del rinnovamento
di Filippo Anelli

PROFESSIONE

8. Una lunga e difficile stagione davanti a noi
di Franco Lavallo

11. LA MEDICINA COM'ERA**14. NOTIZIE IN PILLOLE**

16. PROFESSIONE MEDICINA
di Maurizio Benato

18. ELEZIONI FNOMCeO
a cura della Redazione

20. ULTIME DALL'OMCeO

23. NOTIZIE DALLA FNOMCeO

DOSSIER

24. BUONA MEDICINA VS FAKE NEWS
a cura della Redazione

26. Comunicazione scientifica: "Dottore: ma è vero che?..."
di Alessandro Conte

29. Fake news: una risposta facile al nostro bisogno del "tutto e subito"
di Vincenzo Gesualdo

33. Alimentazione e fake news: ecco le "bufale" non commestibili
di Giovanni De Pergola e Roberta Zupo

SICUREZZA

36. Nasce l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza
di Roberta Franceschetti

FOTORACCONTO

39. Quelli che non si voltano dall'altra parte
di Francesco Di Gennaro

SPAZIO ODONTOIATRIA

48. Le sfide, i progetti e le ambizioni della CAO per il nuovo triennio 2018-2020
di Nicola Achille, Nunzio Cirulli, Belinda Guerra, Emilio Nuzzolese, Alessandro Nisio

52. Un tavolo per la Puglia
di Nunzio Cirulli



54. L'odontoiatria sta cambiando, in linea con le trasformazioni del mondo
di Alessandro Nisio

56. Al centro del fabbisogno culturale
di Alessandro Nisio

62. Notizie dal Territorio / Agenda Corsi

DONNE & MEDICINA

63. Una task force al femminile
di Marianonietta Monteduro

BPCO

66. BPCO in aumento tra le donne
di Annamaria Moretti

PREVENZIONE

70. Carcinoma mammario: il caso delle lavoratrici della ASL Bari
di Francesco Polemio

BEST PRACTICE

74. Comunicare la Sanità
di Roberta Franceschetti

PREVIDENZA

78. Pensione anticipata e pensione ordinaria
di Mario Defidio, Augusto Agostini, Antonio Martiradonna

MEDICINA IN TV

82. La linea verticale: così la RAI racconta gli ospedali italiani
di Angela Lomoro

84. ARTE & MEDICINA**86. NOTIZIE DAL MONDO**

88. NOTIZIE DALL'AIFA
a cura di Giancarlo Tricarico

90. NOVITÀ LEGISLATIVE E PREVIDENZIALI
a cura di Giancarlo Tricarico

93. BANDI FORMAZIONE E OPPORTUNITÀ

93. CERCA/TROVA

94. THERE'S AN APP FOR THAT!



NOTIZIE IN PILLELE

IN ITALIA IL PRIMO IMPIANTO DI RETINA ARTIFICIALE

Primato italiano all'Ospedale San Raffaele di Milano, nell'unità di Oculistica. L'équipe medica guidata da Marco Codenotti, responsabile del servizio di Chirurgia vitreoretinica e Antonio Giordano Resti, responsabile del servizio di Chirurgia oftalmoplastica, ha eseguito per la prima volta in Italia l'impianto di una protesi sottoretinica in una donna non vedente. Si tratta di un vero e proprio modello di retina artificiale, un microchip di circa 3 millimetri dotato di 1600 sensori e capace di ripristinare la percezione della luce e delle sagome in persone che hanno perso la vita durante l'età adulta, a causa di malattie genetiche della retina.

In pratica, il microchip viene inserito al di sotto della retina, in modo da stimolare il circuito nervoso che collega l'occhio al cervello.

Dopo il delicatissimo intervento, durato 11 ore, la paziente sta bene e attende l'accensione del microchip che solleciterà gradualmente la retina.



RAGGI ULTRAVIOLETTI "ACCECANO" L'INFLUENZA

Contro l'influenza non ci vuole una lampada magica, ma una lampada a raggi ultravioletti. È l'idea, pubblicata su "Scientific Reports" e poi sperimentata in una camera chiusa, di un gruppo di ricercatori del Columbia University Medical Center, guidati da David Brenner.

Questi studiosi hanno pensato di poter sfruttare i vantaggi dei raggi UVC per contrastare l'influenza che si diffonde in spazi chiusi, come scuole e ospedali.

I raggi ultravioletti sono noti per essere germicidi, tanto da essere usati per sterilizzare gli strumenti chirurgici, ma possono essere dannosi per la cute e per gli occhi. Così i ricercatori hanno provato ad utilizzarli in una dose minima, spruzzandoli attraverso aerosol, contro il virus

dell'influenza H1N1. Il risultato ha evidenziato che i virus esposti alla luce dei raggi ultravioletti sono stati disattivati, mentre quelli non colpiti dai raggi sono rimasti attivi.

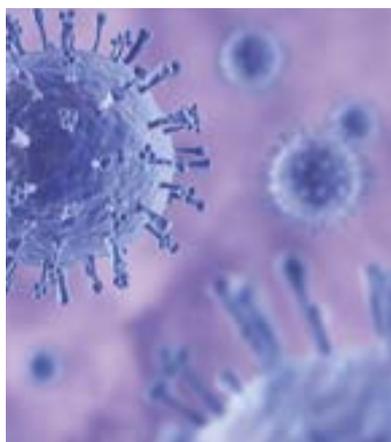
MRGFUS CONTRO LE PATOLOGIE INVALIDANTI

A Verona, nell'Ospedale Borgo Trento, è stato installato il primo macchinario d'Europa in grado di trattare in modo non invasivo le patologie neurologiche invalidanti e quelle oncologiche.

MRgFus, questo il nome del nuovo macchinario, è stato già utilizzato con successo su un campione selezionato di pazienti.

L'apparecchiatura è costituita da ultrasuoni focalizzati, guidati da un sistema di risonanza magnetica ad alto campo 3 Tesla, e lavora utilizzando gli ultrasuoni per distruggere

le alterazioni benigne dei tessuti, senza alterare quelli sani circostanti. La procedura consiste in un innalzamento controllato della temperatura, attraverso un "imaging" anatomico e termometrico della risonanza magnetica. Il macchinario è utile anche nel campo della salute della donna, per fibromi uterini e adenomiosi, contro il tipico tremore del Parkinson e, in generale, contro il dolore neuropatico.



DUE TRAPIANTI DI RENE TRA DUE COPPIE INCOMPATIBILI

Un trapianto di rene da parte di un donatore vivente può salvare la vita a un paziente affetto da insufficienza renale terminale. A volte, però, il trapianto non è fattibile, poiché la coppia è incompatibile. L'équipe medica del Policlinico Gemelli e quella dell'Ospedale San Camillo hanno superato questo ostacolo, combinando tra loro due tecniche già esistenti e fino a questo momento ritenute parallele (e non complementari): il trapianto crociato e il trapianto con desensibilizzazione ABO. I medici hanno eseguito con successo due trapianti di rene crociato tra due coppie incompatibili. La tecnica, che pulisce il sangue del ricevente, prevede nel trapianto crociato la contemporanea desensibilizzazione di un donatore di rene con gruppo ABO incompatibile. L'operazione ha avuto esito positivo

anche grazie al coordinamento con il Centro Regionale Trapianti del Lazio e Ares 118.

PSORIASI: LA MALATTIA CHE COLPISCE LA PELLE E ANCHE LA PSICHE

Solo in Italia, circa 2 milioni di persone soffrono di psoriasi: una malattia infiammatoria della pelle che si manifesta in varie forme (rossore, croste, desquamazione). Questa infiammazione, cronica e recidiva, genera in chi ne soffre una diversa percezione della propria immagine corporea, incidendo quindi sulla qualità della vita e determinando scompensi a livello psicologico. Il World Psoriasis Happiness Report 2017 evidenzia, infatti, una correlazione diretta tra psoriasi e benessere psicologico, dimostrando che i pazienti che soffrono di questa malattia sono spesso meno felici rispetto al resto della popolazione. La psoriasi, dunque, da un lato si manifesta



attraverso un fastidio fisico, diverso a seconda del grado della malattia (prurito, bruciore, difficoltà a deambulare); dall'altro produce effetti psicologici negativi (l'ansia, la paura di mostrarsi in pubblico).

VACCINI NEI BAMBINI: IL SISTEMA IMMUNITARIO NON SUBISCE DANNI

La somministrazione di vaccini multipli nei primi 23 mesi del bambino

può indebolire il sistema immunitario e, dunque, aumentare il rischio di malattie infettive non coperte dalle vaccinazioni? Falso! La risposta arriva da uno studio statunitense condotto dal network Vaccine Safety Datalink. I ricercatori hanno esaminato 500mila bambini, identificandone 50mila ricoverati per malattie infettive non coperte dalle vaccinazioni (in particolare respiratorie e gastrointestinali) e dimostrando che il rischio di ammalarsi nei primi anni di vita è identico tra bambini vaccinati e non vaccinati.



BRADIARITMIA: COSÌ SI MUORE ALL'IMPROVISO

Anche i soggetti sani possono morire all'improvviso, in modo istantaneo e senza apparente presenza di problemi cardiaci o di sintomi. Succede quando il cuore inizia a rallentare il suo battito, fino a fermarsi definitivamente. Questa morte "improvvisa" è spesso causata da un'aritmia grave o da una fibrillazione ventricolare, preceduta da una tachicardia ventricolare.

Meno diffusa, ma altrettanto fatale, è la cosiddetta bradiaritmia, un invecchiamento del sistema elettrico del cuore, un disturbo nella genesi o nella conduzione dell'impulso elettrico. Sarebbe proprio una bradiaritmia la causa della recente morte di Davide Astori, giovane calciatore, capitano della Fiorentina.

PROFESSIONE *Medicina*



AL VIA UN CANTIERE PERMANENTE DI RIFLESSIONE E PROPOSTA

**PER RIAFFERMARE IL PRIMATO STORICO DELLA CURA
SERVE FAVORIRE LO SVILUPPO DI UN SAPERE
MEDICO CHE VADA OLTRE I CANONI CLASSICI.**

Le questioni connesse alla salute hanno un peso sempre più crescente nella nostra società. Molti aspetti della nostra vita quotidiana e molte espressioni che sono ormai entrate a far parte del nostro senso comune riguardano sempre di più la salute, con la conseguenza che lo sguardo medico oggi oltrepassa ogni confine. Ciò spinge i sistemi politici a confrontarsi sempre di più con decisioni che concernono soluzioni di problemi sanitari. Le conseguenze di questa "iatrogenesi clinica e sociale" non sono solo organizzative ed economiche, come potrebbe apparire con una prima analisi superficiale, ma investono anche il piano culturale professionale medico. Anche perché il mondo della medicina sta subendo una rivoluzione e una radicale ridefinizione dei percorsi clinici relativi ad una ampia varietà di patologie

mediche e chirurgiche. Lo stesso metodo scientifico che è stato, tra Ottocento e Novecento, il pilastro della nostra professionalizzazione e della nostra "dominanza" è oggi messo in discussione per l'incapacità di fornire conoscenze sulle molteplici visioni del mondo che si ripercuotono nella concezione di salute-benessere. Emergono sempre nuove conoscenze, basti pensare alle scienze "omiche" che supportano l'idea di una scienza più complessa e sistemica rispetto al passato, scienza che tende a superare la concezione lineare e meccanicistica lasciataci in eredità dal positivismo medico. La

convergenza tecnologica NIBC (Nanotechnology, Bio-technology, Information Technology, Cognitive Sciences) sovrappone altre branche alla tecnica medica tradizionale e la parcellizzazione del sapere moltiplica anche gli attori con la creazione di nuove profes-





a cura di
MAURIZIO BENATO
Componente Centro
studi FNOMCeO
benatodr.maurizio@virgilio.it

sionalità e occupa-
zioni che interagiscono
nella risoluzione del concetto più vasto di "malattia"; il nostro servizio sanitario subisce uno dei più veloci e profondi processi di ristrutturazione, cambiando di giorno in giorno, pressoché tutti i propri parametri sia qualitativi che quantitativi. Sono queste le diverse mutazioni che si parano di fronte al medico, le quali, unite alla centralità del paziente-cittadino, reclamano comportamenti adattivi e un "cantiere permanente" di riflessione e proposta. Un cantiere di raccolta e classificazione di idee con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di un sapere medico che vada oltre i canoni classici professionali, per acquisire gli strumenti e le capacità per sapersi misurare con un ambiente mutevole e per sviluppare strategie chiare e flessibili per mantenere il primato storico della cura.

Inauguriamo, con questa prefazione, una nuova rubrica del Notiziario dell'Ordine di Bari che si appresta a reggere le sorti nazionali della professione per il prossimo triennio con il suo presidente Filippo Anelli, con l'obiettivo di far comprendere come la professione medica debba affrontare la sfida di un nuovo modello di medicina a cavallo tra scienza e umanità, tra tecnologia e relazione, tra micro e macro. Solo analizzando le diverse dimensioni si potrà valutare se il medico, al di là delle metamorfosi che sembra oggi attraversare e delle nuove configurazioni tecnico scientifiche e sociali, mantiene salda la capacità di rispondere in maniera appropriata

alle richieste di benessere della popolazione. Gli articoli che si alterneranno in questa rivista esploreranno le radici della professione medica, la professionalizzazione storica, i principi che l'hanno retta e che oggi la reggono, il significato delle sue istituzioni, gli strumenti per armonizzare i fondamentali orizzonti della professione: quello scientifico e quello umanistico, i contesti dell'esercizio professionale in cui si interfacciano culture diverse: politica, scientifica, tecnologica, pedagogica, bioetica, antropologica, sociologica, economica e, non per ultima, la cultura del cosiddetto management. Un percorso sorretto dalla risposta che diamo a questa domanda: i medici conservano ancora una propria capacità di controllo in grado di difendere i propri presidi professionali? Penso proprio di sì, ma dobbiamo avere il tempo necessario alla riflessione per formulare una strategia vincente e per comprendere come la professione medica sia inserita entro le trasformazioni strutturali e come queste si riflettano e si attivino nelle micro configurazioni quotidiane entro cui si svolge la pratica professionale. ■

L'AUGURIO È CHE ALLA FINE DEL NOSTRO PERCORSO SIA PIÙ CHIARA LA STRATEGIA PER EVITARE DI CADERE IN QUELLA SPIETATA ANALISI CHE IL SOCIOLOGO MARK FIELD FACEVA DEL RUOLO DEL MEDICO NELLA EX UNIONE SOVIETICA: «IL REGIME IMPONEVA AI MEDICI DI SUBORDINARE LA LORO LEALTÀ VERSO LA PROFESSIONE E VERSO I PAZIENTI ALLA LEALTÀ NEI CONFRONTI DELLO STATO».

BARI AI VERTICI DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI

Filippo Anelli, Presidente dell'Ordine di Bari è stato eletto con una percentuale plebiscitaria Presidente della Fnomceo. A lui la responsabilità del rinnovamento dell'istituzione nazionale

a cura della Redazione

Il 22 gennaio scorso, nelle elezioni per il rinnovo delle cariche della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, la categoria ha espresso in modo deciso la propria fiducia alla lista guidata da Filippo Anelli, che è stato eletto a far parte del Comitato Centrale 2018/2020 con 1722 preferenze su 2041 schede totali (con una preferenza che supera l'80%). Altissimo il numero dei votanti registrati (del 100%, l'affluenza alle urne) che è spia di una grande voglia di cambiamento e di partecipazione: tutti i Presidenti degli Ordini provinciali dei medici e tutti i rappresentanti delle Commissioni albo odontoiatri si sono presentati all'appuntamento elettorale.

I medici hanno espresso la propria scelta in modo deciso a favore della lista guidata da Filippo Anelli, risultato il primo degli eletti in organi che saranno profondamente rinnovati:

nel Comitato centrale sono cambiati 3 membri su 4 tra gli odontoiatri e 9 su 13 tra i medici. Con lui entrano nel Comitato Centrale, che da domani e per il prossimo triennio governerà la FNOMCeO, **Giovanni Leoni** (Venezia, 1609), **Roberto Monaco** (Siena, 1522), **Eugenio Corcioni** (Cosenza, 1499), **Salvatore Amato** (Palermo, 1475 voti), **Guido Marinoni** (Bergamo, 1420), **Guido Giustetto** (Torino, 1404), **Pierluigi Bartoletti** (Vicepresidente Omceo Roma, 1398), **Gianluigi Spata** (Como, 1393), **Luigi Sodano** (Segretario Omceo Napoli, 1383), **Fulvio Borromei** (Ancona, 1378), **Cosimo Napoletano** (Teramo, 1365) ed **Emilio Montaldo** (Segretario dell'Omceo di Cagliari, 1315). I tredici componenti medici – nove dei quali sono 'new entry' rispetto alla precedente compagine - vanno ad aggiungersi ai quattro componenti Odontoiatri.



I BARESÌ "PRESTATI" A ROMA

Oltre a Filippo Anelli, che dai vertici dell'Ordine di Bari è approdato alla Presidenza della Fnomceo, c'è un altro barese nel Comitato centrale della Federazione. È l'odontoiatra Alessandro Nisio, Presidente della CAO del capoluogo pugliese, che diventa uno dei 4 membri della Commissione Odontoiatri a entrare nel Comitato centrale.

Altissimo il numero dei votanti registrati, del 100%, l'affluenza alle urne. Filippo Anelli è stato eletto a far parte del Comitato Centrale 2018/2020 con 1722 preferenze su 2041 schede totali (con una preferenza che supera l'80%).

tri: **Raffaele Iandolo, Gianluigi D'Agostino, Brunello Pollifrone, Alessandro Nisio**, Presidente della CAO di Bari. Ad Anelli, che si era presentato con un programma focalizzato sui temi dell'unità e dell'autonomia della professione, è andata quindi la fiducia della categoria, ma anche la grande responsabilità di riconquistare autorevolezza per gli Ordini dei medici in un contesto ricco di sfide, a partire dai decreti attuativi del Ddl Lorenzin. "Vorrei innanzitutto ringraziare tutti i Presi-

denti d'Ordine per l'attivissima partecipazione a questa tornata elettorale – ha dichiarato Filippo Anelli, - e per la netta fiducia espressa alla nostra squadra. Questo risultato testimonia e premia l'unità della Professione. Il Comitato Centrale è dunque investito di una grande responsabilità. Grati a tutti i colleghi che hanno voluto affidarci il loro mandato, confermiamo l'impegno a realizzare il nostro programma, per una ritrovata dignità della professione medica". ■

ULTIME DALL'OMCeO

SI E' INSEDIATO IL CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE

A quasi un anno dall'approvazione della legge d'istituzione (Legge regionale n.4, 29 marzo 2016) e a un mese circa dal decreto nomine, si è insediato il 29 gennaio scorso presso l'Aula consiliare della Regione Puglia il Consiglio sanitario regionale (Csr).

"Il Csr rappresenta un modello per dare attuazione al principio di sussidiarietà previsto dalla legge istitutiva degli Ordini dei medici - commenta Filippo Anelli, Presidente OMCeO Bari - Costituisce quindi un esempio di democrazia partecipativa importante anche per le istituzioni a livello nazionale. In Puglia si sta sperimentando un percorso partecipato sulle politiche sanitarie che potrà essere esportato altrove". Il Csr è stato a lungo sollecitato dagli Ordini dei medici pugliesi, come luogo in cui portare il proprio contributo e la propria esperienza nelle decisioni in materia di tutela salute. Costituisce infatti un importante punto di incontro tra istituzioni, rappresentanti della professione e bisogni dei cittadini. Al momento solo la Toscana, tra le regioni italiane, ha un organismo analogo. "Vorrei ringraziare il Presidente Emiliano per aver sostenuto la nascita di questo organismo, che è stato frutto di un lungo confronto con la Regione. Ringrazio anche Emanuele Vinci, che è stato uno dei principali ispiratori della legge istitutiva, e che oggi non è presente. Tutto è partito infatti dalle riflessioni nate all'interno della Federazione regionale degli Ordini dei medici pugliesi. La nascita del Csr è un grande risultato, frutto del lavoro di squadra portato avanti



negli scorsi anni dagli Ordini dei medici pugliesi." - ha concluso Anelli. Il Csr rappresenta un nuovo organismo tecnico consultivo della Giunta regionale e del Consiglio, che coinvolgerà le professionalità del SSR nei processi di riforma condivisi in materia di tutela della salute. Fornirà quindi pareri sugli effetti e sui

risultati prodotti dalle deliberazioni di Giunta e dalle leggi del Consiglio, contribuendo all'innovazione ed allo sviluppo della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari. Svolgerà inoltre attività di valutazione della qualità dei percorsi formativi relativi alle figure professionali che intervengono nelle attività sanitarie

e socio-sanitarie ed elaborerà linee-guida e pareri sugli aspetti di carattere strettamente tecnico-scientifico sulle attività sanitarie. Infine, fungerà da Osservatorio sulle attività di ricerca medico-scientifica condotte nella Regione Puglia.

“Il Consiglio è un organismo di partecipazione sperimentale, un organo con un cervello collettivo spaventoso. - ha dichiarato il Presidente Emiliano - “Non c’è mai stato un luogo in cui discutere i provvedimenti della sanità a questo livello. Il Consiglio rischia però di morire per desuetudine se non è utile. Questo è il pericolo più grande, che dobbiamo evitare.”

“Considero un gravissimo vulnus il fatto che gli infermieri non facciano parte del Consiglio sanitario regionale.” - ha dichiarato Anelli durante il suo intervento, a proposito della mancata inclusione degli infermieri tra le professioni previste dalla Legge istitutiva del Csr - “Come medici lavoriamo fianco a fianco con gli infermieri e sappiamo quanto il loro apporto sia importante per il servizio sanitario. Chiedo ufficialmente di modificare la norma per integrare la loro presenza nel Csr.” In merito alle modalità di funzionamento dell’organo, in fase di redazione del regolamento, gli Ordini dei medici richiedono che sia data loro la possibilità di esprimere il proprio parere in maniera sostanziale e non solo formale, per incidere realmente sulle scelte del governo della Sanità. A tale scopo richiedono che vengano individuati ruoli e funzioni idonei.

SCIOPERO DEI MEDICI

L’Ordine dei medici di Bari ha espresso la propria solidarietà a tutti i colleghi che il 12 dicembre scorso hanno aderito allo sciopero nazionale di categoria indetto praticamente da tutte le sigle sindacali dei medici.

Al centro della vertenza, gli stessi temi che portarono i medici pugliesi in piazza lo scorso 10 Novembre a Bari: progressivo definanziamento del sistema sanitario, carenze



di personale, organizzative e strutturali, turni massacranti, iper burocratizzazione che sottrae tempo clinico e impedisce una efficace presa in carico del paziente. Nel tempo le risorse finanziarie e di personale si sono contratte e i servizi offerti ai cittadini si sono ridotti, a scapito della tutela del diritto alla salute dei cittadini, con un numero crescente di italiani che rinunciano a curarsi per motivi economici o che pagano di tasca propria le prestazioni sanitarie. Sono infatti i pazienti le prime vittime di un sistema sanitario che non funziona più, insieme ai medici, costretti a lavorare in condizioni precarie, di scarsa sicurezza e di iper lavoro, che li privano della dignità e serenità di esercizio della professione. I medici scesero in piazza a novembre per manifestare il proprio disagio, rivendicando anche il mancato rinnovo dei contratti di lavoro, un passaggio necessario per affrontare il malessere della categoria a partire dalla riorganizzazione del sistema.

Il disagio dei medici, che è disagio di un intero sistema sanitario, va però affrontato anche a partire da una nuova visione strategica che abbandoni il fallimentare approccio aziendalista degli ultimi anni. L’ottica economicistica con cui è stata gestita la Sanità negli ultimi anni ha infatti perso per strada i bisogni di salute del paziente. Il medico non può essere valutato per obiettivi ragionieristici,

in base a quanto spende, ma per obiettivi sanitari, in base alla risposta che riesce a dare al bisogno di salute dei cittadini. Questo non vuol dire tornare alle spese a pié di lista: la legge costituzionale del 2012 prevede già il pareggio di bilancio per le pubbliche amministrazioni e garantisce quindi un tetto di spesa per la Sanità. Tuttavia, le scelte sulle priorità devono essere guidate dai bisogni di salute dei cittadini e non da meri parametri economicistici. Solo così si può individuare una “terza via” che guidi il nostro sistema sanitario al tempo stesso verso la sostenibilità e la tutela del diritto alla salute dei pazienti.

MEDICI CALABRESI MENO BRAVI?

L’Ordine dei medici di Bari ha espresso solidarietà agli Ordini dei medici calabresi e a tutti i colleghi profondamente offesi dalle parole pronunciate da Susanna Ceccardi, sindaco leghista della Città di Cascina, nella trasmissione di approfondimento giornalistico “Agorà”, andata in onda su Rai 3 il 12 dicembre scorso. Secondo la Ceccardi è giusto che i medici calabresi vengano pagati meno dei medici dell’Emilia Romagna (dai dati elaborati da Il Gazzettino lo stipendio di un medico emiliano sarebbe di circa 127mila contro gli 81mila di un



collega calabrese), perché la Sanità calabrese non è un'eccellenza.

Il ragionamento della Ceccardi tradisce un approccio purtroppo diffuso, che fa ricadere sui medici le responsabilità del malfunzionamento del sistema sanitario, che dipendono invece essenzialmente da ragioni organizzative e gestionali. I medici sono le prime vittime dei disservizi del sistema e sono coloro che con grande dedizione e spirito di sacrificio negli ultimi anni sono riusciti a mettere una toppa sulle carenze organizzative per garantire comunque il diritto alla salute dei pazienti. I dati dell'indagine Istat Health for all Italia datata dicembre 2016 confermano l'immagine di un'Italia divisa in due, in cui a sud del Lazio c'è un'assistenza scarsa, i cittadini sono insoddisfatti dei servizi sanitari che ricevono e la spesa sanitaria rispetto al Pil è più pesante. Tuttavia, dichiara Filippo Anelli, Presidente OMCeO Bari "sarebbe opportuno abbandonare la polemica e leggere i dati in un contesto più ampio, per comprendere come si spiegano quei dati sui LEA (benché riferiti al 2015) e come porre rimedio alle difficoltà oggettive in cui si trova il nostro sistema sanitario nelle regioni meridionali, dopo anni di definanziamento e blocco del turnover."

RIDARE SPERANZA AL PAESE

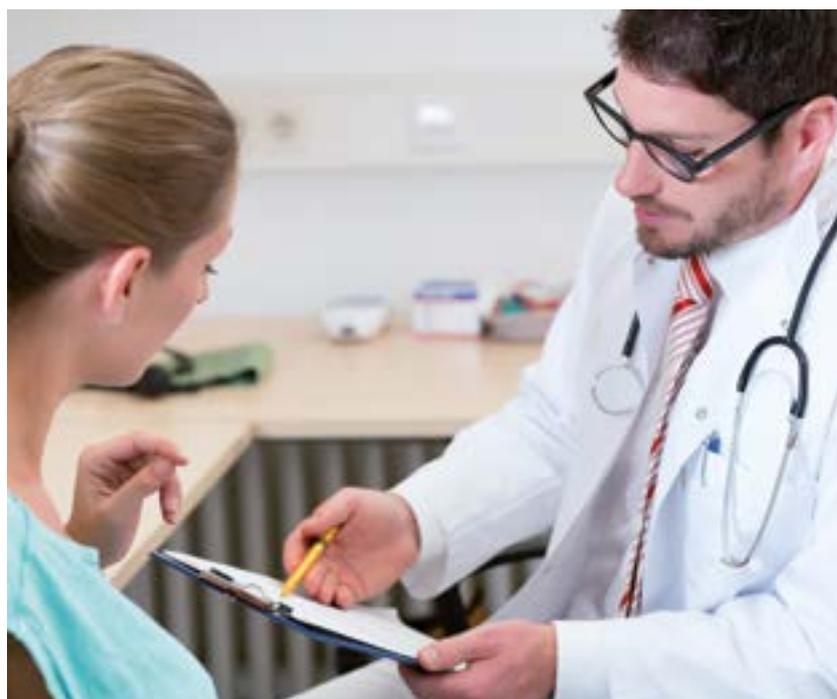
"Dobbiamo partire dall'idea di una professione che si apre alla società e che recupera i suoi valori fondanti, sintetizzati nel Giuramento di Ippocrate oltre duemila anni fa" - dichiara Filippo Anelli - "Il futuro della professione si può costruire solo confrontandosi con una serie di stakeholders, dai giuristi ai filosofi, dagli economisti ai funzionari della

pubblica amministrazione. In questo modo possiamo recuperare la dimensione etica dell'essere medico all'interno del sistema, nell'interesse del cittadino." Un nuovo dialogo con il cittadino, che riesca a riavvicinare medici e pazienti e a favorire la reciproca comprensione, sarà uno degli obiettivi del mandato di Anelli ai vertici della Fnomceo.

Il Presidente intende infatti portare anche a livello nazionale l'esperienza delle attività di comunicazione sperimentate dall'Ordine a Bari.

Un altro punto importante è quello relativo ai percorsi formativi: "L'Italia deve tornare ad essere attrattiva, anche dal punto di vista della formazione. - sottolinea Anelli - "Viviamo al momento una contraddizione: i medici italiani, che si sono formati nelle nostre università, sono molto apprezzati all'estero. Ma le nostre università non riescono ad essere attrattive. Bisogna aprire i percorsi formativi ai finanziamenti da parte di enti e fondazioni e sperimentare sistemi di prestiti d'onore.

Ma bisogna anche aprirli agli ospedali e alla medicina del territorio".



NUOVO COMITATO CENTRALE: SI PARTE!

Si è insediato a Roma il 24 gennaio il nuovo Comitato Centrale della FNOMCeO, che ha eletto alla unanimità il Presidente dell'Ordine di Bari Filippo Anelli alla guida della Federazione per il prossimo triennio; eletto anche tra i componenti il Presidente della CAO Bari Alessandro Nisio, che ricoprirà anche il ruolo di Consigliere Nazionale della neo-eletta Commissione Albo Odontoiatri, che sarà presieduta da Raffaele Iandolo.

“Il nostro mandato comincia nel segno della partecipazione e dell'unità – ha dichiarato Filippo Anelli dopo la nomina a presidente - Partecipazione e unità di intenti che hanno come obiettivo ultimo la riconquista, per il medico, di una dignità e di un ruolo sociale e politico nel senso più elevato del termine, a garanzia della Professione e del diritto, costituzionalmente protetto, alla tutela della Salute”.

La nuova FNOMCeO ha incontrato il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin che ha dichiarato “piena apertura alle istanze dei Medici” consegnando subito un decreto (“come atto di rispetto per tutta la Professione”) molto atteso dai giovani medici, che consente lo scorrimento della graduatoria per l'accesso al corso di Medicina Generale del triennio 2017-2020, al fine di permettere di riassegnare tutti i posti che si siano resi vacanti per cancellazione, rinuncia, decadenza. Rinnovati completamente gli organici, si parte quindi con tante ambizioni e progetti da realizzare, ad iniziare dall'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli operatori sanitari, divenuto realtà con l'insediamento del Tavolo il 13 Marzo presso il Ministero



di Lungotevere Ripa, all'esordio on-line del sito “dottore, ma è vero che...?” sulle fake news. Ma le vere sfide sono anche sul riordino delle discipline ordinistiche secondo la legge Lorenzin, che vedrà impegnata la Federazione a disegnare i decreti attuativi; a tale proposito si sono subito insediati i Gruppi di



Lavoro sui temi dello Statuto, Elezioni, Procedimento Disciplinare e Sussidiarietà.

Altri 2 temi caldi che hanno visto impegnata la Federazione sono le Società Scientifiche per la realizzazione delle Linee Guida e la Formazione degli Albi dei periti e dei consulenti tecnici ex art.15 legge n.24 2017; in entrambi i casi sono stati instaurati dei Tavoli ministeriali che hanno visto la nostra partecipazione attiva. Completato anche l'interessante progetto del precedente Comitato Centrale guidato dalla Presidente Roberta Chersevani “Guida alla professione medica e odontoiatrica: manuale operativo per il giovane neo-abilitato” per il quale si sta programmando un'ulteriore diffusione tramite un'app per smartphone e tablet, e la campagna di comunicazione denominata “Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili” sottoscritta col Ministero della Salute, con l'intento di diffondere informazioni basate sull'evidenza medica e promuovere, soprattutto presso la popolazione giovanile, la cultura di una consapevole sessualità e l'adozione di abitudini salutari e di atteggiamenti responsabili. ■

BUONA MEDICINA VS FAKE NEWS

36,9%

i millennials che usano autonomamente il web per trovare informazioni su come curare i piccoli disturbi.

**15
MILIONI**

gli italiani che, in caso di piccoli disturbi cercano informazioni sul web

**3,5
MILIONI**

i genitori che si sono imbattuti in indicazioni mediche sbagliate in rete

VACCINI E AUTISMO: UNA BUFALA "VINTAGE" CHE NON SMETTE DI ESSERE ALLA MODA



Una delle prime e più famose bufale risale al 1998, anno in cui il medico inglese Andrew Wakefield, insieme a 12 colleghi, pubblicò sulla prestigiosa rivista Lancet uno studio che indicava un possibile legame tra il vaccino trivalente morbillo, parotite e rosolia e l'autismo. Sulla base di questo studio, condotto insieme ad altri ricercatori, il medico consigliava di sospendere l'uso del vaccino trivalente, preferendo piuttosto vaccini monovalenti. Poco dopo si scoprì che Wakefield aveva chiesto il brevetto per il suo vaccino - ça va sans dire - monovalente. Nonostante questa notizia sia stata smentita in più occasioni (tra il 2004 e il 2010, il giornalista Brian Deer e poi un'inchiesta del General Medical Council hanno sbugiardato Andrew Wakefield, in quanto colpevole di aver creato e diffuso una frode scientifica), la paura dei vaccini si è mantenuta salda per vent'anni.

LE PRINCIPALI FONTI DI INFORMAZIONE

MEDICO MG

53,5%



FARMACISTA

32,2%



CANALI WEB

28,4%



LE FAKE NEWS PRIMA DI INTERNET: IL CASO DELL'INDUSTRIA DEL TABACCO

Il fenomeno delle fake news non è affatto nuovo e soprattutto non è esclusivo di Internet. Ne è un esempio il caso delle industrie del tabacco che, nella seconda metà del Novecento, portarono milioni di consumatori a credere che non ci fosse una correlazione necessaria tra fumo e malattie cardiovascolari.

Se ne parla in un ampio studio, condotto dai ricercatori della UC Davis e UC San Francisco, i quali hanno analizzato documenti, dati e ricerche relative alle industrie produttrici di sigarette.

Per contrastare l'idea del fumo dannoso per la salute, i big del tabacco misero in campo una vera e propria strategia di marketing, mediante gli stessi strumenti utilizzati da chi, al contrario, invitava i fumatori a smettere: le ricerche scientifiche. Fondandosi su studi scientifici, le industrie di tabacco provarono inizialmente a depistare l'opinione pubblica rispetto al collegamento tra fumo e malattie cardiovascolari, nell'ottica di porsi contro i regolamenti anti-fumo. Successivamente si impegnarono, finanziariamente e non solo, a diffondere quelle che loro chiamavano "sigarette a rischio ridotto".



**8,8
MILIONI**

VITTIME DI FAKE
NEWS IN MATERIA
DI SALUTE
NEL CORSO
DELL'ANNO

LE FONTI DI INFORMAZIONE SUL WEB

17% SITI WEB
GENERICI
SULLA SALUTE

6% I SITI
ISTITUZIONALI

2,4% I SOCIAL
NETWORK



69%

IL 69% DEGLI
ITALIANI
VORREBBE
TROVARE SUI
SITI WEB E SUI
SOCIAL NETWORK
INFORMAZIONI
CERTIFICATE
SULLE PICCOLE
PATOLOGIE E SUI
FARMACI

COMUNICAZIONE SCIENTIFICA: “DOTTORE: MA È VERO CHE?...”

E' online il nuovo sito della Fnomceo per un'informazione corretta e accessibile a tutti. Contro le fake news.

di ALESSANDRO CONTE



Coordinatore del gruppo di lavoro Fnomceo per il sito antibufale
alex_conte@tin.it

Dal pomeriggio di venerdì 16 Febbraio è finalmente online e accessibile a tutti, cittadini e medici, il sito dottoremaeveroche.it, fortemente voluto dalla FNMCEO come arma nella lotta alla circolazione delle fake news in materia di salute.

Il progetto nasce nel novembre 2016, l'autunno caldo dell'affare "vaccini", per essere strumento innovativo ed in linea coi tempi al servizio della duplice missione della Federazione di tutela della popolazione e della dignità professionale. L'attenzione mediatica per questo intervento, ripreso da testate giornalistiche e commentato sui social network, testimonia, una volta di più, quanto sentito sia il problema e quanto lungimirante sia stata la programmazione di FNMCEO. La federazione ha sentito infatti la necessità di intervenire come istituzione contro la circola-

zione incontrollata ed indiscriminata di notizie prive di fondamento scientifico, in grado sia di allontanare da cure validate e sicure che di minare il rapporto fiduciario tra medico e paziente, agendo in difesa dei cittadini, in particolare dei più esposti e fragili.

Un italiano su due fatica a rapportarsi con sufficiente consapevolezza e autonomia alle informazioni inerenti problematiche mediche diventando il bersaglio ideale di chi, con l'intenzione di lucrare sulla disperazione e sulla speranza altrui, propone trattamenti privi di quelle prove di efficacia e sicurezza, che sono capisaldi della Medicina. Il destinatario principale è quindi il cittadino, che 8 volte su 10 utilizza internet per rispondere ai suoi quesiti sulla salute. Proprio per dare riferimenti puntuali ed affidabili nasce dottoremaeveroche.it, che ruota attorno ad un intuitivo motore di

VIRUS “BUFALE”: ECCO COSA POSSONO FARE I MEDICI

Il ruolo dei medici contro le bufale è fondamentale, ma non sempre facile. Può essere utile, allora, ispirarsi alla storia di Hilda Bastian, oggi affermata ricercatrice in ambito sanitario. Negli anni '80, quando era a capo della Homebirth Australia (l'organizzazione a sostegno delle donne che scelgono di partorire in casa), ha fatto numerose campagne di sensibilizzazione per convincere le donne a partorire in casa, lontano dalle stanze “fredde” degli ospedali. Un'idea di cui oggi è fortemente pentita, al punto da sentirsi responsabile per eventuali morti, dopo aver compreso che il parto in casa sottopone i bambini a un rischio più alto di mortalità. Oggi Hilda Bastian è protagonista di quella che potremmo definire una battaglia di segno opposto; si impegna, infatti, personalmente per il contrasto alle fake news e per la promozione di notizie fondate su medicina e scienza. La ricercatrice, consapevole dei propri errori passati e di non volerli mai più ripetere, racconta la propria esperienza per aiutare i medici nella battaglia quotidiana contro le bufale e la disinformazione. Questa storia può essere d'aiuto ai tanti medici che, ogni giorno, devono contrastare le notizie false. Ecco qualche piccolo accorgimento da seguire.



- 1. Se avete una convinzione medica, prendete il giusto tempo per spiegare perché ci credete, prima ancora che pensare a descrivere la convinzione stessa o a spiegare perché gli oppositori hanno torto.**
- 2. Assicuratevi e fate in modo che le vostre informazioni siano affidabili e di facile accesso.**
- 3. Insegnate a chi è giovane.**
- 4. Tenete sempre a mente che la prova è necessaria, ma non sufficiente.**
- 5. Non abbiate paura di ascoltare chi “spaccia” e fa controinformazione.**

Lottare per la verità richiede tempo, comporta energie e impiega conoscenza, compassione e pazienza. Ma non bisogna mai perdere la speranza, come insegna il caso di Hilda Bastian.

ricerca, in grado di offrire in pochi secondi la risposta più attinente alla domanda posta, tra le tante schede prodotte da giornalisti scientifici in collaborazione con un Board di società scientifiche. I testi sono sviluppati in maniera semplice, pur garantendo la massima solidità scientifica e trasparenza delle fonti, per essere sempre comprensibili, colmando uno dei gap della moderna divulgazione scientifica, la scarsa readability (cioè la capacità di un testo di essere metabolizzato dal lettore). Le schede, prima di essere pubblicate, vengono infatti vagliate con un software dedicato in grado di valutarne il livello di difficoltà, verificando che non superi mai determinati valori. Sempre dedicato alla popolazione è uno dei fiori all'occhiello (quanto ad innovazione) del portale: la sezione dedicata alla navigazione consapevole, un compendio di consigli e

spunti, checklist stampabili e test di autovalutazione, per educare alla lettura critica di siti e testate che pubblicano notizie sul tema salute e potenziare le capacità di autodifesa dei “naviganti”. Anche i professionisti della salute sono tra i beneficiari di questa esperienza digitale, dato che, in una sezione dedicata, vi sono strumenti di supporto (clip video ed infografiche), sviluppati da esperti di comunicazione, per i momenti di confronto con i propri assistiti, per affrontare con una marcia in più, i dubbi più comunemente espressi. Una sorta di kit di primo aiuto comunicativo, che nel rispetto anche dei tempi spesso contingentati dell'attività assistenziale, agevoli chiarimenti esaustivi, coinvolgenti e soprattutto durevoli, in termini di persistenza del messaggio. FNOMCEO ha fatto tesoro degli insuccessi e delle vittorie di chi ci ha preceduto in ➡

“dottoremaeveroche.it” è il nuovo sito, voluto dalla FNOMCEO, per rispondere ai dubbi dei cittadini, per supportare l'attività dei medici e per contrastare, in maniera decisa, il dilagante fenomeno delle fake news.



UN SITO CREATO CON IL SUPPORTO DI COMPETENZE DIVERSE

Immaginare di poter realizzare trattazioni che siano fruibili a tutti e al contempo scientificamente complete sarebbe stato presuntuoso senza l'insostituibile contributo di quanti hanno lavorato a questo progetto: esperti della divulgazione scientifica, come la redazione di *Pensiero Scientifico*, la dottoressa Roberta Villa, il dottor Salvo Di Grazia e gli esperti che afferiscono al CICAP, i ricercatori, i dottori Guelfi e Masoni dell'Università di Firenze, impegnati da tempo sul fronte dell'alfabetizzazione sanitaria e della già citata readability ed esperti di nuovi media (dal team di *IoVaccino*, *VaccinarSi* e *BUTAC*).

ambito di comunicazione istituzionale dando vita ad un sito dinamico e intuitivo, privo di fronzoli, in cui l'immagine fa da costante sottolineatura a testi accessibili a tutti.

Ma la lezione più importante, la vera unicità nello scenario italiano, è la poliedrica composizione del team che ha lavorato alla realizzazione del sito *dottoremaeveroche*.

Questo melting pot, questo approccio basato su competenze diversissime e complementari è forse ciò che è mancato alla divulgazione medica negli ultimi anni; il lavoro per compartimenti stagni ha impedito il fluire di conoscenze, che nel frattempo sono cambiate e continuano a cambiare, ha lasciato chi aveva il messaggio, isolato dalla sua stessa strategia comunicativa, e chi aveva gli strumenti, ad inseguire a volte la notizia più che la verità.

Il dado è tratto: *dottoremaeveroche.it* è online e i cittadini hanno a loro disposizione un atteso strumento per togliersi (quasi) ogni dubbio su temi di salute. Tuttavia, non bisogna mai dimenticare che nulla - sito, forum o app - potrà mai sostituirsi al ruolo del medico. La speranza è che da questo esempio tutta la comunità scientifica possa prendere spunto per modificare, almeno in parte, le sue strategie comunicative, perché "comunicare bene la salute... fa bene alla salute!"

keholder contrapposti, delegittimandoli e privandoli di autorevolezza. Nella società della velocità e della ipertecnologia, la risposta deve essere immediata e convincente, rassicurante, riparatoria, medicamentosa, salvifica. Non si è più in grado di tollerare la malattia, di accogliere il disturbo.

FAKE NEWS: UNA RISPOSTA FACILE AL NOSTRO BISOGNO DEL "TUTTO E SUBITO"

Protesa verso la ricerca di senso, la nostra mente è pronta a trovare correlazioni anche laddove non esistono. Così le false notizie trovano terreno fertile in comuni meccanismi psicologici.

Le false notizie trovano terreno fertile facendo leva su alcuni comuni meccanismi psicologici: tutti noi abbiamo bisogno di ridurre e semplificare la complessità del reale per attribuirvi un significato nel modo più veloce possibile. Tale processo porta alla formazione di schemi mentali, indicatori stabili, poco flessibili e sovente stereotipati, non suscettibili di modificazioni repentine, attraverso i quali leggiamo gli eventi e la realtà.

Attenzione, percezione e memorizzazione implicano processi selettivi fortemente condizionati dalle nostre idee, dalle nostre credenze e dagli indicatori di contesto.

Il bias di conferma indica il processo grazie al quale le persone tendono a selezionare le informazioni circoscrivendo il campo di osservazione alle convinzioni già acquisite.

Un messaggio concorde con un nostro pregiudizio sarà meglio memorizzato rispetto ad un altro che non rientra nel nostro universo

simbolico. Attivare idee, informazioni e comportamenti coerenti porta, infatti, ad una situazione emotiva soddisfacente: è la cosiddetta "consonanza cognitiva".

Informazioni distoniche inducono, invece, ad uno stato di disagio psicologico, fenomeno noto come "dissonanza cognitiva", che attiva contromisure atte a salvaguardare il nostro senso di coerenza interna e che preservino un'immagine positiva di sé, anche a scapito della veridicità delle informazioni.

La nostra mente è così protesa a ricercare un senso, che tende a cogliere legami di causa ed effetto anche laddove essi non sussistano, costruendo false correlazioni (si veda il caso autismo - vaccini). Un tempo una notizia era credibile perché "l'aveva detto la TV". Oggi un'informazione è attendibile perché è diffusa sul web, perché la si è trovata su Wikipedia o, ancora, perché veicolata da opinion leader, da influencer o dal nostro gruppo di ➡➡

di VINCENZO GESUALDO



Vincenzo Gesualdo
Psicologo Psicoterapeuta
Componente del
Consiglio dei Sanitari
Regione Puglia
vincenzo.gesualdo@libero.it



POSSIBILI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLE FAKE NEWS

Interventi di promozione della salute a favore delle coppie che si accingono a diventare genitori o rivolti sia agli studenti che ai genitori nelle scuole dell'obbligo possono rappresentare momenti fondamentali per una formazione al benessere, costruendo interlocuzioni significative ed autorevoli con i servizi e gli operatori della salute (pediatri e medici di base, servizi sociosanitari di base, etc.).

Comunicare una malattia, una disabilità, una perdita di funzionalità rappresenta un momento tipico di incontro e di riconoscimento reciproco di una richiesta e di una offerta di soggetti che assumono una legittimità ed una autorevolezza rispetto agli specifici bisogni e alle relative risposte. Bisogni che non attengono esclusivamente al singolo portatore del disagio, ma investono la famiglia ed i suoi rapporti sociali. Farsi carico dei bisogni complessivi dell'intero sistema coinvolto riduce gli spazi di ricerca di soluzioni avventate ed estemporanee, nonché illusorie, celandosi, verosimilmente, dietro questa ricerca, la necessità di un contenimento, un affiancamento, un tutore nel doloroso percorso da affrontare. La possibilità di individuare e formare caregiver potrebbe inoltre rappresentare un ulteriore momento di sinergia, di coinvolgimento e di monitoraggio.

Sotto il profilo della sensibilizzazione potrebbero essere ideate campagne promozionali con testimonial ed influencer non soltanto orientate ai contenuti tecnici e/o specifici (influenza, vaccini, ipertensione,

etc.), ma finalizzati a focalizzare l'attenzione sulla persona nella sua unità ed unicità bio-psico-sociale e sui suoi gruppi di appartenenza.

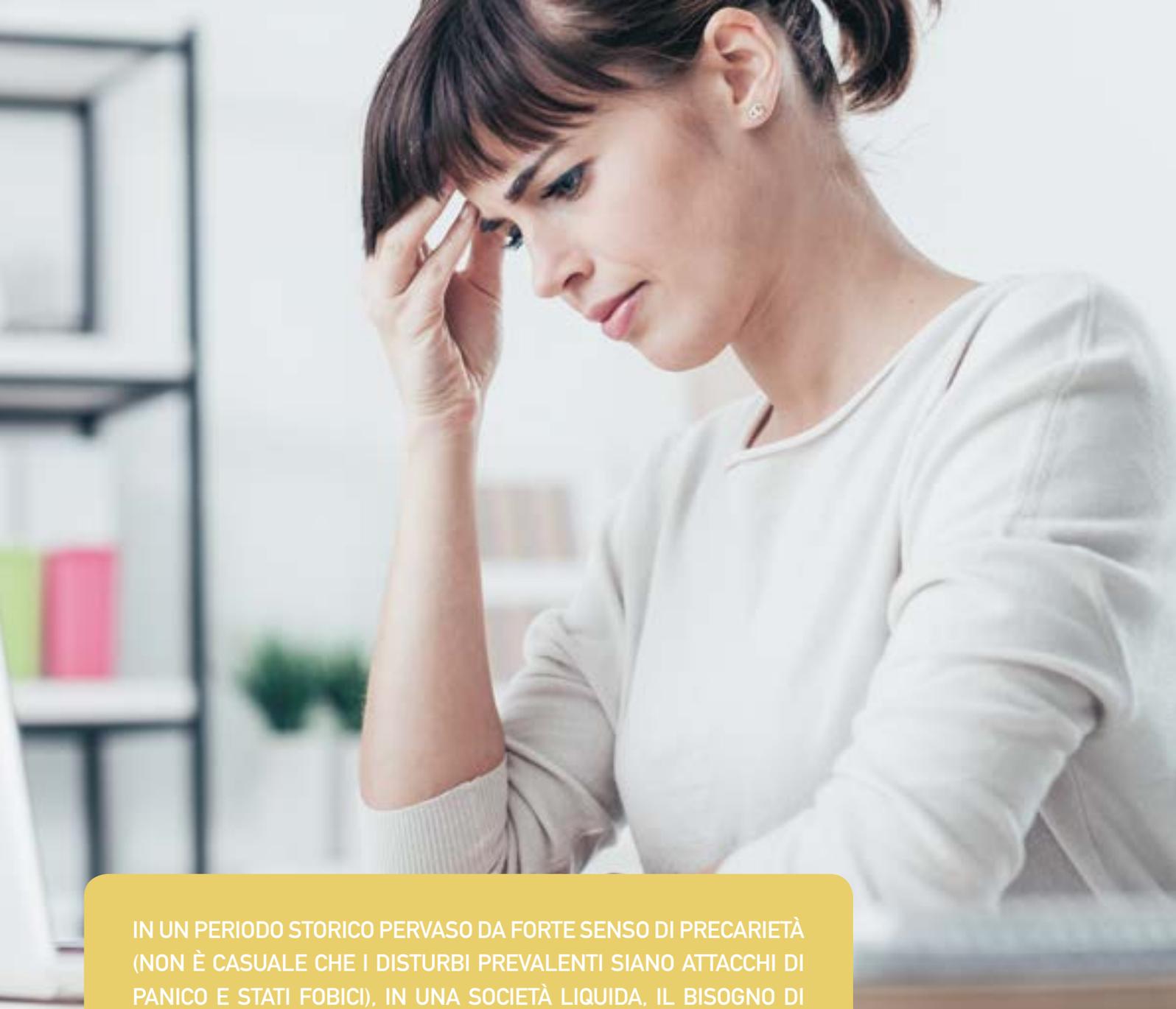
L'attivazione di un numero verde informativo rappresenta, inoltre, un momento di accoglienza delle richieste per poter, in tempo reale, fornire indicazioni e risposte utili. Sotto

il profilo della comunicazione e della informazione la realizzazione di trasmissioni a quiz (metodo che è possibile utilizzare anche nelle scuole) o spot su tv e web su vero/falso rappresentano ulteriori strumenti di sensibilizzazione e di educazione sanitaria. Non ultima si palesa la necessità di costituire una autorità di vigilanza che monitori le trasmissioni e le informazioni veicolate, per verificarne la conformità a linee guida e di indirizzo dell'Organizzazione mondiale della sanità.



appartenenza, tutti destinatari della nostra fiducia. Sulle emozioni si gioca la credibilità delle false notizie che tendono a manipolare paura, rabbia, frustrazione e insoddisfazione per poter esercitare un forte controllo, e trarre vantaggio economico, politico, ecc. Quali ripercussioni possono avere le "bufale" sul mondo della salute?

In un periodo storico pervaso da forte senso di precarietà (non è casuale che i disturbi prevalenti siano attacchi di panico e stati fobici), in una società liquida, il bisogno di avere delle certezze può portare a nutrirci di informazioni di qualsiasi specie, in una sorta di compulsività bulimica, che ha meramente una finalità ansiolitica capace di offrire serenità e comunque una speranza. Può accadere di dar credito a notizie che nulla han-



IN UN PERIODO STORICO PERVASO DA FORTE SENSO DI PRECARIETÀ (NON È CASUALE CHE I DISTURBI PREVALENTI SIANO ATTACCHI DI PANICO E STATI FOBICI), IN UNA SOCIETÀ LIQUIDA, IL BISOGNO DI AVERE DELLE CERTEZZE PUÒ PORTARE A NUTRIRCI DI INFORMAZIONI DI QUALSIASI SPECIE, IN UNA SORTA DI COMPULSIVITÀ BULIMICA, CHE HA MERAMENTE UNA FINALITÀ ANSIOLITICA CAPACE DI OFFRIRE SERENITÀ E COMUNQUE UNA SPERANZA.

no a che fare con l'informazione scientifica, fenomeno favorito anche dalla diffusione di "riviste predatorie" che pubblicano qualsiasi articolo seppur privo di fondamento scientifico. Paura, ansia, timori, rabbia, speranza, gestite ad arte, possono indurre tendenze autoprotettive e soluzioni fai da te, inducendo il soggetto a rinchiudersi in nicchie protette (definite echo-chambers, camere dell'eco, contenitori delle proprie ansie, scevre da contraddittorio che rinforzano le proprie convinzioni, radicalizzandole) o ad attivare meccanismi di negazione anche individuan-

do nemici da combattere (il complottismo). Le fake news, pur polarizzando l'attenzione su aspetti tecnici o specifici, minano di fatto la credibilità e l'attendibilità degli stakeholder contrapposti, delegittimandoli e privandoli di autorevolezza.

Nella società della velocità e della ipertecnologia, la risposta deve essere immediata e convincente, rassicurante, riparatoria, medicamentosa, salvifica. Non si è più in grado di tollerare la malattia, di accogliere il disturbo e di elaborarlo, si ha bisogno di tutto e subito ("diete 10 chili in 10 giorni"). ■





DOSSIER

ALIMENTAZIONE E FAKE NEWS: ECCO LE “BUFALE” NON COMMESTIBILI

Dai grassi alla dieta mediterranea, dalla frutta fuori pasto alle uova: le più diffuse e importanti convinzioni errate in tema di cibo e salute.

di GIOVANNI DE PERGOLA E ROBERTA ZUPO

Vi sono numerose fake news in tema di alimentazione. In questa rassegna citeremo quelle che ci sembrano più importanti o interessanti. La principale informazione “falsa” in tema di alimentazione è quella che riguarda la percentuale dei macronutrienti. Per molti anni si è ritenuto che le diete ricche in grassi (> 30% delle calorie totali) favorissero la incidenza delle malattie cardiovascolari e la mortalità per tutte le cause e che, pertanto, fosse necessario ridurre la quantità dei lipidi nella dieta, aumentando invece la percentuale dei carboidrati (55-60% delle calorie totali). Questo dato derivava dai risultati degli studi effettuati valutando la dieta americana, tipicamente ricca in grassi saturi (SFA) e trans, presenti prevalentemente negli alimenti di origine animale (carne rossa, carne processata, formaggi grassi etc). Studi più recenti hanno invece dimostrato che i lipidi possono rappresentare sino al 40% delle calorie giornaliere se sono prevalentemente rappresentati da acidi grassi monoinsaturi (MUFA) e polinsaturi (PUFA), contenuti in olio di oliva ed olii vegetali, frutta secca con guscio, verdura e pesce, e poco (< 10% delle calorie totali) dagli SFA. In particolare, lo studio PURE ha dimostrato che, oltre il 60% delle calorie giornaliere, il progressivo aumento della percentuale dei carboidrati si associa ad un parallelo incremento del rischio di sviluppare malattie ➡➡



LA YOUTUBER CHE AVEVA SCONFITTO IL CANCRO CON LA CUCINA VEGANA È MORTA DI CANCRO

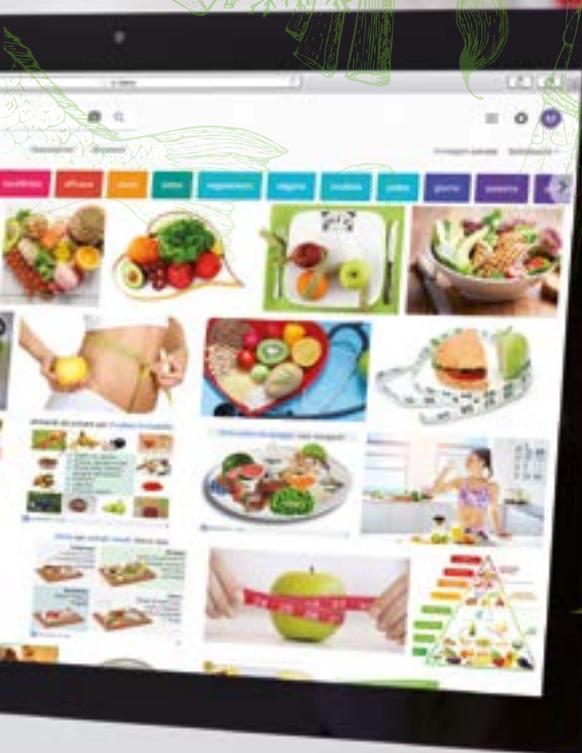
Mari Lopez, una YouTube americana, sosteneva con forza di essere guarita nel 2016 da un cancro al seno molto aggressivo in soli tre mesi grazie alla dieta vegana e alla preghiera. Niente carne, solo frullati di verdure e succhi di frutta a base di zenzero e limone. Bandite medicine, chemio e radioterapia. Ai suoi follower postava messaggi di speranza attraverso video postati sul canale Liz & Mari in cui dava lezioni di «sopravvivenza», spiegando cosa mangiare e come prepararlo. Mari Lopez purtroppo però è morta lo scorso dicembre.

cardiovascolari e mortalità (Dehghan M et al, Lancet, 2017). Le principali motivazioni di tali risultati consistono nel dato che i MUFA e i PUFA esercitano numerosi effetti protettivi su pressione arteriosa, lipidi plasmatici, sensibilità insulinica, fattori protrombotici etc, mentre i carboidrati in eccesso stimolano eccessivamente la secrezione d'insulina, che tra i suoi effetti prevede anche quello lipogenetico ed antilipolitico, favorendo secondariamente la iperinsulinemia e la insulino-resistenza.

Se per molti anni si è erroneamente identificata la dieta sana mediterranea nel consumo di pasta, pane, cereali, pizza, etc (oltre che olio di oliva, legumi, frutta etc), gli studi più recenti suggeriscono che i carboidrati possono costituire il 40-45% delle calorie, meglio se sono rappresentati da cereali integrali, legumi, frutta e verdura. Attualmente si è sviluppato anche uno specifico interesse per le diete ipocaloriche chetogeniche, caratterizzate da un bassissimo contenuto di carboidrati (< 50 grammi al giorno) ed un maggiore consumo percentuale di proteine e lipidi, responsabili di uno switch da una prevalente

ossidazione dei carboidrati a quella dei lipidi, con formazione di corpi chetonici nel fegato (Abbasi J et al, JAMA, 2018). Se ben gestite, queste diete, che non sono iperproteiche o iperlipidiche in termini assoluti, hanno la capacità di fare perdere peso con velocità superiore a qualsiasi altro modello e migliorare sensibilmente la sensibilità all'insulina, la glicemia, la pressione arteriosa, il quadro lipidico, risultando perfette per i pazienti obesi e con diabete tipo 2, almeno per periodi non inferiori a 2-3 mesi. La seconda informazione falsa concerne il momento ideale per assumere la frutta. Molte figure professionali consigliano di assumere la frutta lontano dai pasti, permettendo di ridurre sia il numero di calorie sia il carico di carboidrati assunti ai pasti, mentre lo spuntino con un frutto permetterebbe di limitare il senso di fame con cui si arriva al pranzo o alla cena. In realtà, il consiglio più corretto è quello di assumere la frutta a fine pasto.

Un'altra fake news concerne il modo ideale per distribuire gli alimenti, che consisterebbe nel assumere tre pasti principali (colazione,



GIOVANNI DE PERGOLA
Professore Associato
Medicina Interna
Responsabile Ambulatorio
di Nutrizione Clinica della
UOC di Oncologia Medica
Universitaria, Dipartimento
di Scienze Biomediche
e Oncologia Umana,
Policlinico di Bari.
gdepergola@libero.it



ROBERTA ZUPO
Biologa Nutrizionista
Ambulatorio di Nutrizione
Clinica, U.O.C. di
Oncologia Medica,
Dipartimento di Medicina
Interna e Oncologia
Umana (D.I.M.O.)
Università degli Studi di
Bari ALDO MORO
zuporoberta@gmail.com

È ESPERIENZA COMUNE CHE MANGIARE ALIMENTI A BASSO APPORTO CALORICO O DI GRASSI AUTORIZZA INCONSCIAMENTE A MANGIARE DI PIÙ.

pranzo e cena) e due spuntini, perché la distribuzione delle calorie giornaliere in più pasti permetterebbe di limitare il carico glicemico e la risposta insulinemica nei pasti principali e ridurre il senso di fame con cui si arriva al pranzo ed alla cena. Diversamente, alcuni studi recenti suggeriscono che aumentare il tempo speso in assenza di cibo ridurrebbe lo stato di ossidazione generale. In particolare, viene suggerito di rispettare una fase di digiuno giornaliero di almeno 17-19 ore, distribuendo l'assunzione di cibo nelle restanti 5-7 ore (Mattson MP et al, PNAS, 2014). Questa strategia permetterebbe di stimolare le attività dei mitocondri, ridurre lo stato infiammatorio generale e la senescenza cellulare ed aumentare l'autofagia, i meccanismi di riparazione cellulare e la tolleranza immunitaria, allungando la longevità di un individuo. Un'altra convinzione diffusa è che le uova non siano un alimento salutare. In realtà, non esiste dimostrazione che questo alimento aumenti il rischio di malattie cardiovascolari sino ad una quantità di sei uova per settimana.

Ancora, le proteine, le vitamine, i minerali e gli acidi grassi insaturi contenuti nelle uova inducono effetti protettivi sullo stato di salute. Il tuorlo dell'uovo contiene inoltre sostanze che riducono l'assorbimento del colesterolo contenuto nel tuorlo stesso. È interessante osservare che, nella fase post-esercizio, l'assunzione di uova intere promuove la stimolazione della sintesi proteica muscolare più di quanto possa fare una quantità isocalorica di solo albume (Van Vliet S et al, Am J Clin Nutr, 2017). Infine, esiste la convinzione che gli alimenti definiti "light" siano sempre da preferire rispetto a quelli comuni. In realtà, per confezionare cibi light che siano appetibili, le aziende alimentari spesso tolgono da una parte e aggiungono dall'altra. Ancora, gli yogurt a bassissima percentuale di lipidi sono comunemente arricchiti in zuccheri per aumentarne il sapore. Del resto, è esperienza comune che mangiare alimenti a basso apporto calorico o di grassi autorizza inconsciamente a mangiare di più. ■

SICUREZZA

NASCE L'OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SICUREZZA

Il Ministro Beatrice Lorenzin, durante il suo incontro all'Ordine dei Medici di Bari del 23 febbraio scorso ha annunciato la nascita della struttura

di ROBERTA
FRANCESCHETTI

Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, durante il suo incontro all'Ordine dei medici di Bari del 23 febbraio scorso ha annunciato la nascita dell'Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari. L'istituzione dell'Osservatorio risponde ad una proposta avanzata dal Presidente della Fnomceo Filippo Anelli, che da anni come Presidente dell'Ordine di Bari insiste sul tema della sicurezza quale emergenza in ambito sanitario, da affrontare attraverso un approccio sistemico. Le richieste avanzate dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici hanno trovato risposta nell'istituzione dell'ente, presieduto dal Ministro della Salute e composto dal comandante dei Carabinieri del Nas, dal coordinatore degli assessori alla sanità regionali, dai presidenti delle Federazioni degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, degli infermieri, dei veterinari, dei farmacisti, degli

ostetrici, dal direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dai direttori generali della Prevenzione, della Programmazione, delle Professioni sanitarie e della Sanità veterinaria del ministero. "La violenza è indice di vulnerabilità del sistema, che non deteriora solo le condizioni di lavoro degli operatori ma anche la qualità del servizio offerto ai pazienti. - ha commentato Filippo Anelli - "Per questo siamo particolarmente soddisfatti per l'Istituzione dell'Osservatorio, che rappresenta il primo passo per affrontare il tema delle aggressioni in modo sistemico." L'Osservatorio, che si è insediato il 13 marzo scorso avrà il compito di registrare e analizzare i casi di aggressione, in modo da individuare i fattori di pericolosità e proporre soluzioni finalizzate alla tutela della sicurezza degli operatori sanitari. "Sarà un osservatorio permanente per monitorare quello che accade e individuare insieme delle soluzioni - ha dichiarato Beatrice Lorenzin - "Abbiamo un



TRE EPISODI DI VIOLENZA AL GIORNO

Dei 4000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, più di 1200 riguardano operatori della sanità: all'interno di questo 30%, il 70% è contro professioniste donne, soprattutto medici della guardia medica. Sono dati pesanti quelli dell'Inail, portati dalla Fnomceo – e confermati dal Ministero della Salute – all'attenzione dell'Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari. "Più di tre episodi di violenza al giorno contro professionisti della sanità, due contro colleghe donne – osserva con amarezza il presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli -

Una carneficina silenziosa, che spesso rimane nascosta, per vergogna, per pudore di una denuncia che scoprirebbe il vaso di Pandora delle inadeguatezze strutturali, perché quasi messa in conto come componente del rischio professionale".



grandissimo problema di dignità del lavoro, del valore del lavoro, al di là del salario, che riguarda anche il prestigio e l'autorevolezza: il medico viene aggredito perché si pensa che debba darti la diagnosi che ti aspetti. Ci troviamo di fronte a un problema culturale, che non investe solo l'ambito sanitario. Bisogna rimettere in campo una serie di regole per ri-

costruire un sistema di alleanze e di convivenza civile. Voi medici siete classe dirigente, siete influencer, ognuno di voi parla con migliaia di pazienti, quindi avete un ruolo nel ricostruire quel filo che lega la società." Prossima convocazione, l'undici di aprile. Ospiti dell'Osservatorio saranno, in quell'occasione, due medici donna che hanno recentemente denunciato una violenza. "Ricordo che la Puglia ha pagato tributi molto alti con gli omicidi efferati delle colleghe Paola Labriola e Maria Monteduro, oltre a episodi di violenza sessuale su alcune colleghe della guardia medica, e di frequenti intimidazioni anche a mano armata." - ha ricordato Franco Lavallo, Vicepresidente dell'OMCeO di Bari dando il benvenuto al Ministro a nome dei medici baresi - "Siamo quindi soddisfatti per la nascita dell'Osservatorio, che è una prima risposta a un tema cruciale per i medici pugliesi." ■

"Ricordo che la Puglia ha pagato tributi molto alti con gli omicidi efferati delle colleghe Paola Labriola e Maria Monteduro" - Franco Lavallo - VicePresidente OMCeO Bari.
"La violenza è indice di vulnerabilità del sistema, che non deteriora solo le condizioni di lavoro degli operatori ma anche la qualità del servizio offerto ai pazienti. - commenta Filippo Anelli - Presidente Fnomceo e OMCeO Bari.



FOTORACCONTO

QUELLI CHE NON SI VOLTANO DALL'ALTRA PARTE

Tra i migranti-braccianti agricoli dei ghetti del foggiano, insieme ai medici del CUAMM Bari e l'Onlus Nicola Damiani, che sono impegnati nel rispondere ai bisogni di salute di chi vive in condizioni inumane.

di FRANCESCO DI GENNARO
Medico specializzando in malattie infettive,
volontario di Medici con l'Africa CUAMM
cicciodigennaro@yahoo.it

Da Ottobre 2015 Medici con l'Africa CUAMM Bari e l'ONLUS Nicola Damiani hanno iniziato un progetto di assistenza sanitaria di base ai migranti-braccianti agricoli nei Ghetti Foggiani. "Quando abbiamo supervisionato la zona, visto e toccato con mano le condizioni inumane in cui vivono questi ragazzi, ci dice il Presidente Medici con l'Africa Cuamm Bari il dott. Renato Laforgia, avevamo due opzioni: o far finta di niente e proseguire la nostra vita o assumerci la responsabilità di quello che stavamo vedendo e quindi agire di conseguenza. Ed è questo quello che abbiamo fatto, non ci siamo voltati dall'altro lato". E' così che è iniziato il progetto che, precisa il dott. Laforgia, va su due binari: il primo rispondere in modo urgente al bisogno di salute, l'altro quello della programmazione e dell'inclusione all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

Sono più di 3500 ad oggi le visite effettuate, 4 Ghetti (Insediamenti) assistiti: Ghetto Ghana (Località Tre Titoli- Cerignola); Ghetto Bulgari (Borgomezzanone - Manfredonia); Ghetto Pista (Borgomezzanone - Manfredonia); Casa Sankara-Arena (San Severo). Il servizio viene svolto ogni domenica, a rotazione tra i 4 Ghetti, da un massimo di 6 operatori (2 medici, 1 infermiere e 3 volontari di diversa formazione, 1 driver) attraverso un camper adibito ad ambulatorio mobile. La comunità viene avvisata con anticipo settimanale grazie alla collaborazione con altre associazioni presenti e con i referenti dei Ghetti. Giovani medici, medici senior, specializzandi, odontoiatri, infermieri, volontari non sanitari, studenti. Questa è la squadra di volontari che rende possibile il servizio interamente gratuito.









I Ghetti sono isolati dai centri abitati, spesso senza acqua e servizi igienici. Non ci sono case ma “costruzioni di fortuna” in cui le pareti spesso sono cartoni ben incollati, il pavimento non esiste. Così come i bagni. Chi ci abita, non lo fa per scelta, vi è costretto dalle inumane e illegali condizioni di lavoro a cui è sottoposto. Il Caporalato, reato oggi contrastato dalla Legge grazie all’opera di Yvan Sagnet che per primo nel 2011 capeggiò la rivolta dei migranti a Nardò contro lo sfruttamento del lavoro nei campi, è la causa principe dell’esistenza dei Ghetti. Per giornata lavorativa i migranti vengono pagati circa 20 euro, a cui bisogna sottrarre 5 euro per il trasporto al campo dove si svolgerà il lavoro, 5 euro per il panino e l’acqua. Si lavora dunque 10 ore al giorno per 10 euro. Schiavitù. Dinnanzi a ciò non possiamo abbassare né testa né la voce.



In Africa come in Italia, il Cuamm risponde ai bisogni di salute delle popolazioni, stando vicino a chi è più distante dall'accesso ai servizi. Collabora fianco a fianco con le Istituzioni per poter includere e migliorare l'accesso ai servizi e non sostituirsi agli stessi. Molti volontari del progetto hanno lunga esperienza in Africa. E tutti si ritrovano in una frase: In Puglia, con i Ghetti, mai come stavolta, l'Africa è davvero a casa nostra.

E non possiamo accettare in alcun modo in Africa come in Italia situazioni di sfruttamento, povertà, assenza di diritto alla salute. Dobbiamo fare di più, tutti insieme.

E non smetteremo fino a che il diritto alla salute sarà tale in tutte le latitudini del Mondo e reale per tutte le persone; nessuna esclusa.









SPAZIO ODONTOIATRIA

a cura della CAO Bari



CAO 2018-2020 LE SFIDE, I PROGETTI, LE AMBIZIONI

La neo-commissione odontoiatrica dell'OMCeO di Bari inizia il cammino sotto il segno dell'unità della categoria, con un programma condiviso e obiettivi precisi

di NICOLA ACHILLE, NUNZIO CIRULLI,
BELINDA GUERRA, EMILIO NUZZOLESE,
ALESSANDRO NISIO

La neo-commissione odontoiatrica dell'Ordine dei Medici di Bari inizia il cammino del triennio 2018-2020 sotto il segno dell'unità della categoria, essendo espressione condivisa di tutte le sigle sindacali associative locali; situazione rara nel panorama ordinistico italiano, essendo stato sempre campo di spartizioni legate a maggioranze politiche. Oltre il pur condivisibile delicato equilibrio di queste convergenze su nomi e programmi condivisi, riteniamo che andrebbero riviste le logiche delle designazioni, magari con meccanismi democratici tipo PRIMARIE, in modo da consentire una rosa più ampia di scelta da parte di tutti gli iscritti all'Ordine, quindi anche coloro che non sono supportati da associazioni sindacali di categoria.

Queste considerazioni, il compito del Presidente e della Commissione designata diventa fondamentale ed imprescindibile sarà la sua terzietà e imparzialità nelle strategie future e nelle



La Commissione CAO:
 Emilio Nuzzolese,
 Nicola Achille, Alessandro Nisio,
 Belinda Guerra, Nunzio Cirulli.

decisioni. Così sarà il ruolo del Presidente ed anche lo spirito della Commissione che si è insediata.

Il programma #13cosedafare concordato dalle sigle sindacali e ampiamente condiviso con le associazioni nei mesi passati (che trovate nella rivista) è per noi solo il punto di partenza per dei reali cambiamenti della CAO Bari, che sono e saranno perfettamente in linea con le profonde prese di posizione dell'Ordine dei Medici di Bari e del suo Presidente Filippo Anelli, del quale ci onoriamo di affiancare in queste battaglie condivise: autonomia delle scelte mediche e odontoiatriche, collaborazione medici-odontoiatri su iniziative condivise, svincolarsi dalle logiche e scelte politiche

sempre più indirizzate allo svilimento della LIBERA PROFESSIONE, dai vincoli burocratici e amministrativi che attanagliano la nostra professione e pongono delle distanze e delle barriere dal nostro unico e vero interlocutore: il nostro paziente e la sua salute.

I tempi sono cambiati è vero siamo sempre più sottoposti a regole imposte e a meccanismi di comunicazione e di comportamenti che variano alla velocità della luce, ma la RELATIVITA' di questo nostro mondo non può prescindere dalla STABILITA' dei nostri PRINCIPI, dettati da regole di ETICA e DEONTOLOGIA che devono rimanere pietre miliari (seppure con i dovuti aggiornamenti X.0) per le generazioni future.



“
I NOSTRI GIOVANI ODONTOIATRI DEVONO ESSERE TUTELATI E AFFIANCATI DA UN ORDINE SICURAMENTE AL PASSO COI TEMPI NEI MECCANISMI CHE REGOLANO E TUTELANO LA NOSTRA PROFESSIONE E IL CITTADINO/PAZIENTE.



“
OLTRE IL PUR CONDIVISIBILE DELICATO EQUILIBRIO DI QUESTE CONVERGENZE SU NOMI E PROGRAMMI CONDIVISI, RITENIAMO CHE ANDREBBERO RIVISTE LE LOGICHE DELLE DESIGNAZIONI, MAGARI CON MECCANISMI DEMOCRATICI TIPO PRIMARIE, IN MODO DA CONSENTIRE UNA ROSA PIÙ AMPIA DI SCELTA DA PARTE DI TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE, QUINDI ANCHE COLORO CHE NON SONO SUPPORTATI DA ASSOCIAZIONI SINDACALI DI CATEGORIA.

I nostri giovani odontoiatri devono essere tutelati e affiancati da un ORDINE sicuramente al passo coi tempi nei meccanismi che regolano e tutelano la nostra professione e il cittadino/paziente (vedi autorizzazioni, pubblicità e informazione sanitaria, abusivismo, provvedimenti disciplinari, società di capitali...), ma anche in quelli ben più importanti dell'aggiornamento, della qualità e messa in sicurezza delle nostre prestazioni, dell'empatia e fiducia col nostro paziente anche attraverso una più efficace gestione del contenzioso; questi aspetti ci differenziano anni-luce dall'ormai inevitabile avvento dei grossi capitali che gestiscono le "catene del mercato odontoiatrico" ma che rimangono per noi relegate ad una odontoiatria che non appartiene al nostro bagaglio culturale.

A questi ragazzi, ai nostri figli, dobbiamo

come Ordine non solo garantire un futuro con regole precise, ma anche con valori precisi (in primis quelli della famiglia ...), quei valori che non possono essere "commercializzati" o svenduti a nessuno; dobbiamo anche affiancarli con proposte concrete, con indirizzi e consigli; sarà quindi nostro obiettivo creare uno sportello giovani/lavoro, ma anche informare sulle società (Stp), pubblicità sanitaria corretta, aggiornamenti continui e soprattutto condivisi coi medici, bollettini e news di informazione continua anche sui social, campagne di comunicazione al cittadino su cartelloni, giornali e cinema e tante altre iniziative e tra cui anche il sostegno in programmi di prevenzione dentale e tutela dei minori. Insomma il lavoro non manca e non ci interessa "scaldare" poltrone inutilmente. ■



delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”) e le successive modifiche apportate con la Legge Regionale 65 di Dicembre 2017.

Si è valutato positivamente che siano stati accolti alcuni emendamenti proposti proprio del Coordinamento per ridurre le eventuali sanzioni pecuniarie e per consentire la apertura anche con il solo nulla osta.

D’altro canto si evidenzia come il Legislatore, non abbia accolto un terzo emendamento presentato riguardante il divieto di svolgere le funzioni di direttore sanitario in più di una struttura sanitaria autorizzata.

Questo contrasta con la recente Legge statale n. 124 per il mercato e la concorrenza del 4 agosto 2017, Art. 1, co. 154 e 155 che impone a tutte le società operanti nel settore odontoiatrico la nomina di un Direttore Sanitario. Avvilisce ancor di più che l’emenda-

mento fosse stato recepito, ma sia poi stato cancellato all’ultimo minuto.

Ci si chiede come e da chi sarà approntato il Regolamento che dovrebbe seguire a breve la Legge sulle Autorizzazioni.

Il Coordinamento Regionale Commissioni Albo Odontoiatri Puglia richiederà, come già fatto 6 mesi fa, al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia la istituzione di un Tavolo per l’Odontoiatria per esprimere ufficialmente le istanze della professione offrendo la collaborazione sia deontologica a tutela del cittadino paziente che tecnica, per il Regolamento che si andrà a scrivere e per le numerose problematiche di pertinenza odontoiatrica. ■

“

NELL’ULTIMA RIUNIONE DEL 10 FEBBRAIO SI È DISCUSO CON IL NEO ELETTO PRESIDENTE FNOMCEO ANELLI DELLA NECESSITÀ DI “RIFONDARE LA PROFESSIONE, A PARTIRE DA UNA REVISIONE DEL CODICE DEONTOLOGICO”.

L'ODONTOIATRIA STA CAMBIANDO, IN LINEA CON LE TRASFORMAZIONI DEL MONDO

Tra marketing e nuove competenze, mai dimenticare la relazione con il paziente



di **ALESSANDRO NISIO**
Presidente CAO - OMCEO bari
alessandro.nisio@studionisio.it



È impossibile oggi parlare della professione odontoiatrica senza accennare ai "grandi cambiamenti in corso". Che l'Odontoiatria stia cambiando è inevitabile, ci mancherebbe! E' il mondo che cambia e noi ne facciamo parte.

La contrazione dei fatturati, la comparsa delle catene, il turismo odontoiatrico, i centri low cost, la difficoltà di un neolaureato ad aprire un proprio Studio, le sempre più numerose incombenze burocratiche, l'aumento dei contenziosi medico-legali e così via! Sentiamo spesso dire: "Ma ci pensi? Chi lo avrebbe detto trent'anni fa che sarebbe successo?". Trent'anni non utilizzavamo né i computer né i cellulari, praticamente non esisteva Internet e da pochi anni (1980) era stato istituito il Corso di Laurea in Odontoiatria! Come ci si può stupire se tutto è cambiato? La vera questione è come ci adattiamo a questo cambiamento e se lo interpretiamo come un limite o una risorsa. Se lo affrontiamo con l'inutile nostalgia verso un passato che non tornerà mai più o con la curiosità verso un futuro che è tutto da costruire attraverso comportamenti quotidiani.

Quindi cambia il mondo, cambia l'Odontoiatria e cambiamo noi. Ma come? Cosa stiamo diventando? Che tipo di professionisti della salute desideriamo essere? Il tema importante



SODDISFAZIONE PROFESSIONALE IN ODONTOIATRIA: L'INDAGINE

Un'indagine condotta dall'Università Bocconi e commissionata da ANDI analizza la percezione che gli odontoiatri hanno di se stessi.

I risultati sono interessanti e stimolano alcune riflessioni.

Il 34,1% degli odontoiatri dichiara che, potendo tornare indietro, non rifarebbe l'odontoiatra; il 60% sarebbe disponibile a vendere il proprio studio. Considerando che il 77,7% degli odontoiatri italiani ha più di 45 anni e il 69% lavora da più di 20 anni, l'indagine fa emergere un dato: qualche generazione di dentisti non è propriamente soddisfatta del proprio lavoro.

sul quale riflettere è il rapporto con la nostra professione, perché per cambiare strada si deve sapere dove andare e deve essere chiaro l'obiettivo da raggiungere. Nell'ultima indagine dell'Università Bocconi, commissionata da ANDI, si è indagata la percezione che gli Odontoiatri hanno di loro stessi. I risultati dell'indagine sono interessanti e stimolano alcune riflessioni. Il 34,1%, se potesse tornare indietro, non rifarebbe l'Odontoiatra e il 60% sarebbe disponibile a vendere il proprio Studio. Considerando che il 77,7% degli Odontoiatri italiani ha più di 45 anni e il 69% lavora da più di 20 anni, l'indagine ci presenta qualche generazione di dentisti non propriamente soddisfatti del proprio lavoro. E i giovani? Troppo spesso ci si dimentica che il futuro della professione è nei giovani, che del passato hanno sentito solo parlare e hanno conosciuto un'Odontoiatria già in trasformazione. La sensazione personale è che in loro, fortunatamente, vi sia molta preparazione, una

grande voglia di fare e la capacità di adattarsi a modalità operative del tutto nuove, lontane dal modello di Studio monoprofessionale. Pensiamo a questo proposito agli ambulatori odontoiatrici presenti in strutture sanitarie polispecialistiche e alle Cliniche private e accreditate che propongono questo servizio. E' un periodo in cui si riscontra una giusta attenzione verso i temi del marketing e management, competenze peraltro importanti nel gestire uno Studio odontoiatrico, ma non dobbiamo dimenticarci di curare ciò che ci rende professionisti della salute: la comunicazione e la relazione con il paziente, l'etica professionale, l'aggiornamento e il rispetto tra colleghi. In comunicazione si dice che contano soltanto i risultati e mai le intenzioni e con quelli è necessario misurarsi nel tentativo di non ripetere gli errori di un recente passato che non ci hanno permesso di prevedere gli eventi attuali. ■



di ALESSANDRO NISIO

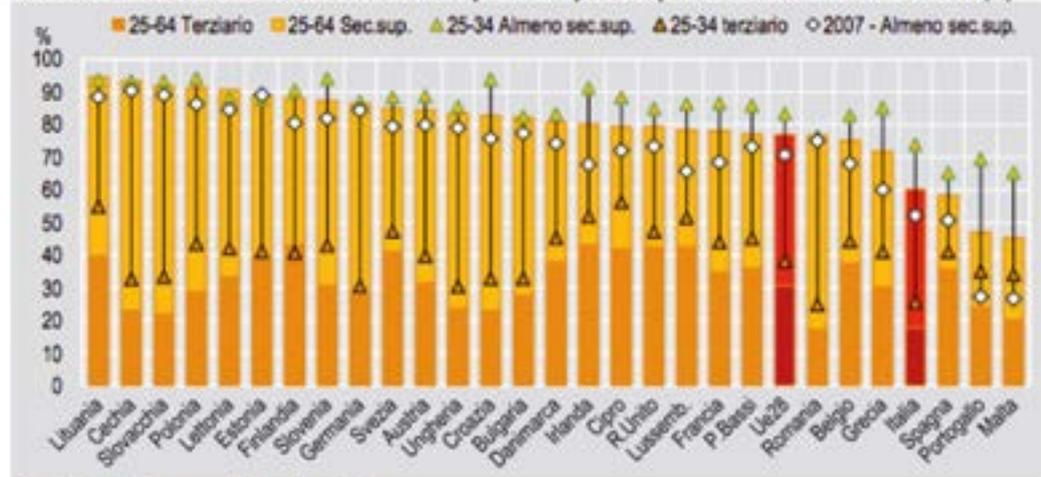
Alessandro Nisio
 Presidente CAO -OMCEO bari
alessandro.nisio@studionisio.it

Ministero "L'Italia per l'Equità nella Salute" e il CED della FNOMCeO che ha fotografato i dati al 31/12/17.

Queste in sintesi le conclusioni:

1. Siamo tra i pochi Paesi al mondo, forse l'unica tra le economie sviluppate, che non considera il sapere e la conoscenza come valore aggiunto. L'unico che durante la più feroce crisi economica che abbia mai passato, decide di tagliare le poste di bilancio dedicate all'istruzione cinque volte di più (10%), contro una media di tagli del 2%, di quanto non l'abbia fatto per tutti gli altri capitoli di spesa.
2. Siamo ultimi in Europa per percentuale di popolazione dai 25 ai 64 anni con in mano un titolo di studio terziario, vale a dire almeno una laurea, l'unico in cui i laureati sono il meno del 20% della popolazione, dietro la Grecia e la Romania. Dietro agli Stati Uniti e il Regno Unito, paesi in cui il 46% della popolazione ha ottenuto la laurea.
3. L'Italia è l'unico paese tra i grandi d'Europa ad aver visto decrescere, negli ultimi dieci anni, gli occupati in posti ad alta specializzazione e le professioni a media alta qualifica non arrivano nemmeno a coprire il 40% dei posti disponibili.
4. Un altro dato importante è quello relativo alle risorse umane impiegate nella scienza e nella tecnologia, che ci posiziona al terzultimo posto, davanti alle sole Romania e Slovacchia.
5. La scuola e l'università hanno smesso di essere un ascensore sociale, siamo tra le famiglie con più laureati solo se i genitori lo sono. E uno di quelli con meno studenti universitari, se i genitori non lo sono stati.
6. L'Osservatorio sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore ha ridisegnato la mappa delle disuguaglianze in sanità e ha valutato che chi possiede una laurea vive 5 anni in più rispetto a chi ha un basso livello di istruzione.
7. La Fondazione GIMBE conclude che ➡➡

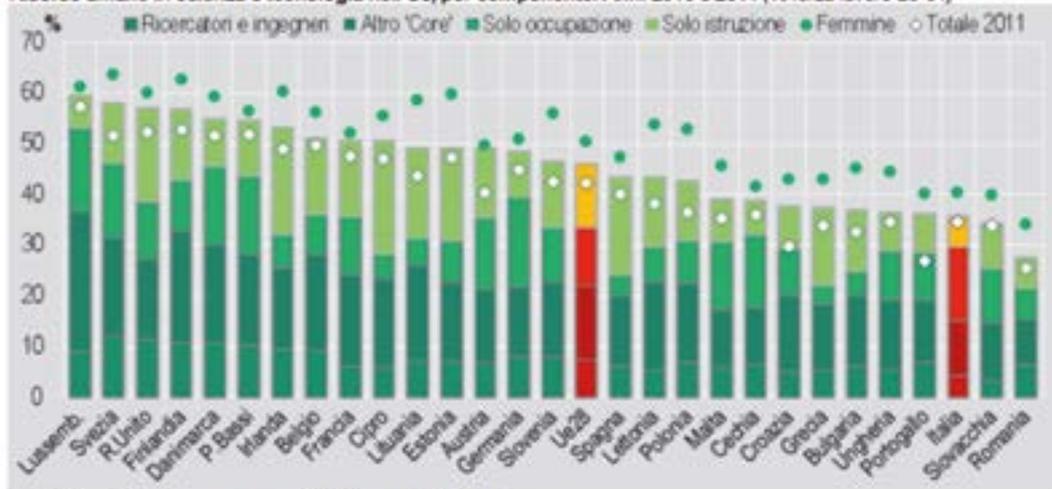
Adulti con almeno un titolo di studio secondario superiore nei paesi Ue per classe di età – Anni 2016 e 2007 (%)



Fonte: Eurostat, European Labour Force Survey

[Doi.org/10.1481/istat.Rapportoconoscenza.2018.3.1.1](https://doi.org/10.1481/istat.Rapportoconoscenza.2018.3.1.1)

Risorse umane in scienza e tecnologia nell'Ue, per componente. Anni 2016 e 2011 (% forza lavoro 25-64)



Fonte: Eurostat, Human resources in Science and Technology.

[Doi.org/10.1481/istat.Rapportoconoscenza.2018.4.7.1](https://doi.org/10.1481/istat.Rapportoconoscenza.2018.4.7.1)

la salute non è al centro dei programmi politici dei partiti ed è indispensabile rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale il sistema di welfare.

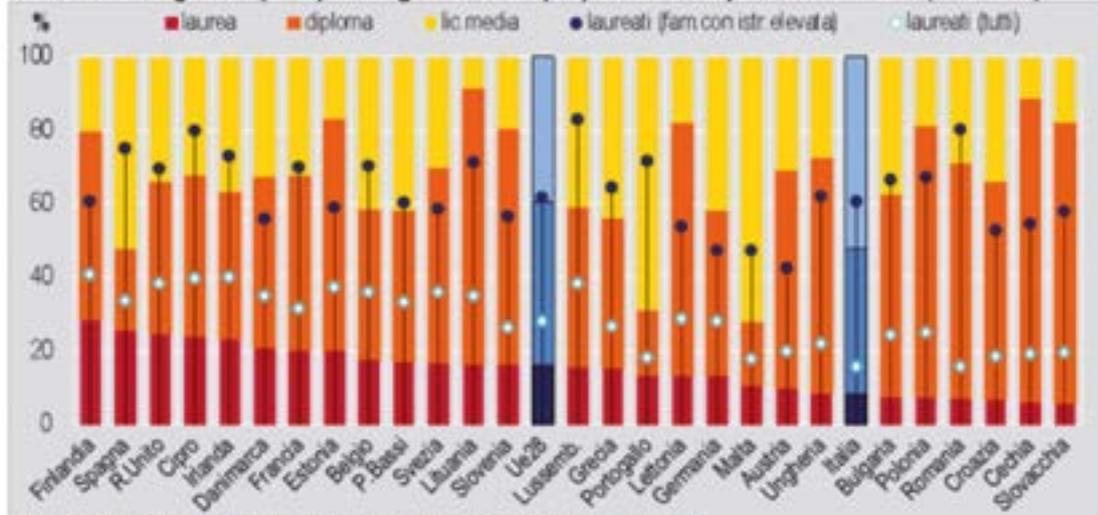
8. Deloitte (Società di Consulenze e Servizi Professionali) nel "Global Health Care Outlook 2018" sostiene le priorità dello "Smart healthcare", della sanità sostenibile del futuro, considerando che lo scenario e le stime sono quelle di una spesa sanitaria in crescita ovunque, dal +1,3% del 2012-2016 si arriverà al 4,1% nel periodo 2017-2021. E non è affatto scontato che ad una maggiore spesa corrispondano migliori outcome di salute: caso

esemplare negli USA che spendono per la sanità il 16,9% del PIL restando però al di sotto della media OCSE per aspettativa di vita.

9. Anche per quanto riguarda ricerca e sviluppo, ad un anno dal lancio dell'Osservatorio Globale sugli investimenti in ricerca e sviluppo sanitari, l'OMS traccia un primo bilancio: i Paesi ad alto reddito hanno in media 40 volte ricercatori in più di quelli a basso reddito (Singapore 1140/per milione di ab, 0,2 nello Zimbabwe, con 51% donne nei Paesi ad alto reddito rispetto 27% a medio reddito).

10. Prevenzione (Report Deloitte): sia nei Paesi avanzati che in quelli emergenti, il processo

Titoli di studio degli adulti (25-59) da famiglie con bassa (alta) istruzione nei paesi Ue. Anno 2011 (% sul totale)



Fonte: elaborazione su dati Eurostat, Labour Force statistics ed Eu-Silc Vedi note

Doi.org/10.1481/istat.Rapportoconoscenza.2018.6.3.1

Siamo ultimi in Europa per percentuale di popolazione dai 25 ai 64 anni con in mano un titolo di studio terziario.

di urbanizzazione, lo stile di vita sedentario, i cambiamenti nei regimi alimentari, l'aumento dell'obesità e del diabete, stanno aumentando lo sviluppo delle malattie croniche (Cina 114 milioni, India 69 diabetici), così come la demenza (50 milioni nel mondo ma nel 2010 raddoppiano). La cronicità mette a dura prova i sistemi di cura, a prescindere dai modelli. E su questi aspetti (prevenzione e cronicità) il modello delle Assicurazioni o dei Fondi non sono capaci di rispondere positivamente.

11. Il CED della FNOMCeO ha fotografato i dati al 31/12/17 degli iscritti agli Albi: sono 61.550, lo 0,6% in più rispetto allo scorso anno. 1335 i nuovi iscritti 2017 (544 donne) e 448 quelli cancellati, con un saldo attivo di 887 unità. Sul fronte anagrafico gli over 65 sono oltre il 17% e gli under 30 non arrivano al 5%. La fascia di età più numerosa è quella compresa tra 60 e 64 anni (12982 cioè il 21%) seguiti dalla fascia 55-59 (9041). Ipotizzando l'età pensionabile a 69 anni, tra i prossimi 5-10 anni potrebbero abbandonare la professione quasi 30mila dentisti (50% degli iscritti). I doppi iscritti continuano ovviamente a scendere: 27865 contro 33685 solo odontoiatri.

LA TERAPIA

Da tutti questi dati emergono sicuramente delle "considerazioni terapeutiche":

1. In primis la necessità di investire sulla e nella formazione in tutti i livelli, in genere alla creazione della conoscenza e alla sua trasmissione, con particolare riferimento all'istruzione (scuole e università), ai suoi usi nei processi economici e nella vita delle persone, agli aspetti che costituiscono uno stimolo alle politiche soprattutto rivolte a garantire qualità e occupazione.
2. È necessario "tarare" meglio il finanziamento alle Regioni sia nella formazione/cultura che nella sanità in particolare; come peraltro si evince dal recente Rapporto del Ministero "L'Italia per l'Equità nella Salute", sia nei temi della Salute che in quelli della Cultura. Esistono disparità tra Regione e Regione che minano il fondamentale Diritto alla Salute sancito dalla Costituzione
3. È a rischio la sostenibilità del SSN ed è giunto il momento delle scelte tra un sistema Beveridge (tutto pubblico) e Bismarck (tutto privato). La soluzione è quella americana della sanità integrativa (il secondo pilastro, ➡➡)



È NECESSARIO "TARARE" MEGLIO IL FINANZIAMENTO ALLE REGIONI SIA NELLA FORMAZIONE/ CULTURA CHE NELLA SANITÀ IN PARTICOLARE.

È NECESSARIO RIVEDERE IL TEMA DEL NUMERO PROGRAMMATO IN MEDICINA E IN ODONTOIATRIA, ANCHE CON FORMULE DI BORSE DI STUDIO E DI AUTOFINANZIAMENTO, AL PARI DEI CONTRATTI DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE.



la Newco per il welfare sanitario aziendale lanciata da JP Morgan Buffet e Amazon)? Il modello Beveridge (lo Stato si assume l'onore totale dell'assistenza ai cittadini) è ad un bivio?

4. È necessario rivedere il tema del numero programmato in Medicina e in Odontoiatria, anche con formule di borse di studio e di autofinanziamento, al pari dei contratti delle Scuole di Specializzazione.

Piero Angela dice: «l'Italia è un paese morto, non ci sono punizioni per chi sbaglia e non ci sono premi per chi merita».

Il nostro mondo odontoiatrico sta cambiando in maniera importante e forse definitiva, se non acquisiamo la giusta autorevolezza non saremo in grado di affrontare le sfide (ingresso del capitale, fondi sanitari integrativi, convenzioni e assicurazioni, pubblicità scorretta e

libero mercato concorrenziale), consegnando ad altri e relegando/mortificando di fatto il nostro ruolo e la nostra mission.

COME SI ACQUISISCE QUESTA AUTOREVOLEZZA?

a. Mantenendo e rafforzando il nostro livello di preparazione/aggiornamento sempre alto e qualificato (Ecm, Pubblicazioni, siamo sempre stati primi in questo), rivisitando, col mondo universitario in maniera decisa anche i percorsi formativi dei nostri giovani e dei nostri figli (aiutare il mondo universitario con proposte concrete quali borse di studio anche autofinanziate, master qualificati e certificati.

b. Avviando un processo costruttivo di autocritica, evitando quell'autoreferenzialità che spesso ci ha penalizzato e isolato (la cosiddetta "casta").



“

E' NECESSARIO APRIRE AL DIALOGO COSTRUTTIVO CON TUTTI GLI STAKEHOLDER DELLA NOSTRA PROFESSIONE (ODONTOTECNICI, IGIENISTI, TEAM ODONTOIATRICO), E SOPRATTUTTO CON LA COMPONENTE MEDICA,

c. Aprendo al dialogo costruttivo con tutti gli stakeholder della nostra professione (Odontotecnici, Igienisti, team odontoiatrico), e soprattutto con la componente medica, anch'essa impegnata (sicuramente di più) su questi ed altri fronti ancora più drammatici (sistema sanitario pubblico al collasso, delegittimazione del ruolo del Medico etc.)

d. Rivisitando il nostro rapporto empatico col paziente, sempre più verso una complicità nella cosiddetta alleanza terapeutica (si decide la terapia insieme al paziente, considerando le sue problematiche/fragilità psicologiche ed economiche, etc.);

e. Aprendoci al mondo della comunicazione: con le associazioni di consumatori, con le famiglie, con la stampa, con le istituzioni, ma in maniera organizzata, razionale, compatta e con decisioni univoche e condivisibili.

f. Consolidando le nostre aperture mentali e i nostri orizzonti sul pubblico e sul sociale, in tutti quei temi contenuti nel patto della salute (dove però non esiste la parola Odontoiatria), quindi con progetti condivisi sui grandi temi della prevenzione primaria, sullo screening di patologie invalidanti che ci appartengono, quali la malattia parodontale (gestione della cronicità), il cancro orale, le osteonecrosi da difosfonati, i disturbi del sonno, i disturbi alimentari e gli stili di vita, i percorsi della cronicità, le città della salute (si previene la malattia per non pesare sulla terapia), la terapia potenziativa e anche i temi del welfare, dell'assistenza solidale e volontaria. Tutti temi dai quali non ci siamo mai sottratti, ma che non abbiamo mai intrapreso da veri protagonisti. ■

L'AIO ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRA BARI-BAT AL SERVIZIO DELLA PROFESSIONE!

di *Belinda Guerra*
Consigliere CAO Bari

Si prende cura degli



interessi dei colleghi e ha come obiettivo la salute del cittadino, attraverso la formazione, con corsi di eccellenza nelle diverse branche dell'Odontoiatria e attraverso informazioni, aggiornamenti sindacali e convenzioni utili a 360° per gli studi professionali, semplificando le procedure burocratiche e contrastando lo svilimento della professione.

L'AIO promuove i suoi progetti di comunicazione

ai cittadini con la campagna "un VERO Dentista per amico" e lotta contro l'Abusivismo e prestanomismo odontoiatrico, in accordo con le linee guida

dell'ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. Anche quest'anno l'AIO organizza LA GIORNATA MONDIALE DELLA SALUTE ORALE in via Argiro angolo Calefati, Bari Domenica 18 Marzo, per promuovere e diffondere le importanti regole dell'igiene orale, perché prevenire è meglio che curare.

NOVITÀ IN TEMA DI RESPONSABILITÀ

PROFESSIONALE

di *Nicola Achille*
Consigliere CAO Bari

Con l'approvazione della legge Gelli del 1° Aprile 2017, sono state introdotte alcune modifiche sulla responsabilità professionale. Importante per gli studi professionali odontoiatrici l'art. 13 della legge 24/2017, che stabilisce l'obbligo per le strutture sanitarie pubbliche o private a comunicare al collaboratore la richiesta di un risarcimento danni o l'instaurazione di un giudizio civile (ricevimento di un atto di citazione o accertamento tecnico preventivo) promosso dal danneggiato nei loro confronti.

La comunicazione deve essere inviata al collaboratore (dipendente o meno) entro 10 giorni mediante posta elettronica certificata (PEC) o raccomandata a.r., dal ricevimento dell'atto di citazione in giudizio o comunicazione di

risarcimento del danno. Per cui, se uno studio odontoiatrico viene citato in giudizio con richiesta di risarcimento per danni subito imputabili alla responsabilità di un proprio collaboratore, la struttura non potrà avvalersi della rivalsa nei confronti del collaboratore, se non abbia effettuato la comunicazione nei termini e le modalità predette. La rivalsa è consentita solo in caso di dolo o colpa grave (art. 9 legge Gelli) in quanto la colpa lieve resta sempre in carico alla struttura. La legge 24/2017 ha chiarito il rapporto intercorrente tra paziente e titolare dello studio (contrattuale) e tra paziente e collaboratore (extracontrattuale), questo va ad incidere nella copertura assicurativa del titolare dello studio, che resta comunque responsabile della colpa lieve dei suoi collaboratori e con il rischio di contenzioso in fase di rivalsa.

Agenda **CORSI**

DATA	DISCIPLINA	RELATORE	ORGANIZZAZIONE	SEDE	TIPOLOGIA	INFORMAZIONI	CREDITI
17-mar	Parodontologia	Andrea Grassi	AIO Bari-BAT	Hotel Majesty	Teorico	www.aiobari.it	8
24-mar	Conservativa	Francesco Mangani	AIO Bari-BAT	Hotel Majesty	Teorico	www.aiobari.it	8
23-24 marzo	Rianimazione BLS	M. Morgese	Andi Bari-Bat	Sede ANDI	Pratico	www.andi.it	
27-mar	Implantologia	Massimo Simion	AIO Bari-BAT	HI Hotel	Teorico	www.aiobari.it	
43197	Kinesiologia	Mar Gil Palmer	An.in Ord.	Victoria Park	Teorico	info@andiamoinordine.it	9
43197	Gnatologia	Sandro Prati	AIO Bari	Nicolaus	Teorico	www.aiobari.it	8
43204	Implantologia	Gioacchino Cannizzaro	AIO Bari-BAT	Hotel Majesty	Teorico	www.aiobari.it	8
20-21 aprile	Conservativa	VARI	Andi Bari-Bat	Nicolaus	Teorico	www.andi.it	
43211	Protesi fissa	Nikolas Perakis	AIO Bari-BAT	Nicolaus	Teorico	www.aiobari.it	8
28-apr	GEA: emergenza antincendio	VARI	Andi Bari-Bat	Bitonto	Teo/Prtc	www.andi.it	
05-mag	Pedodonzia	Beretta-Canova	An.in Ord.	Victoria Park	Teorico	info@andiamoinordine.it	
12-12 maggio	Endodonzia	Pio Bertani	CFMO	CFMO	Pratico	www.cfmobari.it	
26-mag	GEA: emergenza antincendio	VARI	Andi Bari-Bat	Bitonto	Teo/Prtc	www.andi.it	
26-mag	Conservativa Post-Endodontica	Giovanni Cavalli	AIO Bari-BAT	Hotel Majesty	Teorico	www.aiobari.it	8
09-giu	IV Convegno Sophi	VARI	An.in Ord.	????	Teorico	info@andiamoinordine.it	
09-giu	Conservativa	Giulio Pavolucci	AIO Bari-BAT	HI Hotel	Teorico	www.aiobari.it	
14-15 settembre	Convegno Reg.SIOCMF	VARI	SIOCMF	Matera	Teorico	www.fasiweb.com	
22-set	Protesi	Stefano Granata	AIO Bari-BAT	Hotel Majesty	Teorico	www.aiobari.it	8
28-29 settembre	Congresso SIOCMF-ANTECH	VARI	Università di Bari	Aula Magna	Teorico	www.fasiweb.com	8

UNA TASK FORCE AL FEMMINILE PER TUTELA LE DIFFERENZE DI GENERE IN MEDICINA

L'Osservatorio della professione medica e odontoiatrica al femminile, affronta le criticità della condizione di donna nell'esercizio della professione (tutela della genitorialità, formazione, violenza). Per promuovere la sostenibilità di una medicina al femminile.

L'Osservatorio della professione medica e odontoiatrica al femminile è una task force femminile coordinata dalla dottoressa Maria Erminia Bottiglieri.

L'Osservatorio, considerate le criticità della condizione di donna nell'esercizio della professione, ha affrontato alcuni temi relativi alla sostenibilità di una medicina al femminile: tutela della genitorialità, formazione, violenza.

La genitorialità è uno dei punti critici che determinano la forza sociale ed economica di un paese. In Italia dal 2009 ad oggi, in coincidenza con la crisi economico-finanziaria, si registra un crollo delle nascite. Le donne, superato il gap di genere nel campo dell'istruzione, rimandano la maternità aspettando di trovare spazi d'occupazione, di crescita professionale, di avere potere e ruoli decisionali. I dati relativi alla maternità per le donne me-

dico ricalcano la tendenza nazionale.

Nel 2017 viene approvato il Regolamento ENPAM a tutela della genitorialità, frutto del lavoro di una commissione di esperti coordinati dalla collega Anna Maria Calcagni. Esso prevede l'aumento dell'indennità minima (+400 euro), l'indennità di gravidanza a rischio per libere professioniste, tutele equiparate per adozioni nazionali e internazionali, sussidi per baby sitting e nido, la possibilità di colmare il buco contributivo.

Le donne in medicina oggi sono quasi in maggioranza. Nei prossimi anni molte più donne potrebbero avere ruoli di responsabilità, non è però scontato che questo porti ad una medicina appresa, pensata e praticata con uno sguardo femminile. È necessario costruire una cultura della differenza. Per questo, attraverso la FNOMCeO, l'Osservatorio ➔

di MARIANTONIETTA
MONTEDURO



Mariantonietta Monteduro
Dirigente Medico
radiologo presso la U.O.
di Radiodiagnostica
Universitaria del Policlinico
di Bari
ma.monteduro@gmail.com

RACCOMANDAZIONE N. 8 DEL 2007 DEL MINISTERO DELLA SALUTE, LE AZIONI:

Ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.



offre il corso di formazione "Per una Medicina al femminile", proposto dalle colleghe Carolina Ciacci e Sandra Morano e già tenutosi con successo presso le sedi dell'Ordine di Caserta, Bari e Trento. Il corso, che utilizza strumenti pedagogici, stimola soggettività e interazione e non è finalizzato ad attrezzare le donne medico per una standard leadership aziendale, ma a renderle consapevoli del valore aggiunto che il riconoscimento della differenza di genere produce nella relazione di cura. L'Osservatorio ha affrontato anche il tema della violenza.

La legge di stabilità 2016, approvata con legge del 28/12/2015 n. 285, prevede che nelle aziende sanitarie ed ospedaliere sia istituito un Percorso di tutela delle vittime di violenza sessuale e atti persecutori (stalking). Il Codice

Rosa è un codice virtuale di accesso al pronto soccorso, assegnato ai casi riconducibili a una violenza. L'Osservatorio ha, poi, elaborato un documento che la FNOM ha inviato alle Regioni per censire i PPSS che hanno attuato i percorsi di tutela per le vittime di violenza e per sollecitarne l'attuazione agli ospedali che ancora non si fossero adeguati. Con D.P.C.M. del 24/11/2017 (G.U. del 30/01/2018) sono state approvate le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. In questi anni rilevante anche l'incremento degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, più colpite le donne. Tali atti sono eventi sentinella per situazioni a rischio e richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezio-



NEI TRE ANNI DI MANDATO, MARIANTONIETTA MONTEDURO HA CONDIVISO L'ESPERIENZA DI GRUPPO CON COLLEGHE FORTEMENTE MOTIVATE, APPARTENENTI A VARI ORDINI: ANNA MARIA CALCAGNI, ORNELLA CAPPELLI, CAROLINA CIACCI, MONICA COSTANTINI, CATERINA ERMIO, ANNA MARIA FERRARI, SANDRA FROJO, ANNARITA FRULLINI, SANDRA MORANO, ROSALBA RISTAGNO, SABRINA SANTANIELLO E GABRIELLA TANTURRI.

ne dei lavoratori, previste dalla Raccomandazione n. 8 del 2007 del Ministero della Salute. Le aree a rischio maggiore sono quelle di emergenza-urgenza, le strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, le sale di attesa, la medicina e i servizi di continuità assistenziale. In Italia, attraverso un esplicito rimando all'interno dell'art. 28 del D.Lgs 81/08, ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza con particolare riguardo all'analisi dei luoghi di lavoro per individuare i fattori di rischio, all'attuazione di soluzioni di tipo logistico-organizzative, tecnologiche, all'addestramento e alla formazione del personale. L'Osservatorio ha proposto l'invio agli

iscritti di ogni Ordine di un Questionario validato, sul tema violenza a danno degli operatori sanitari, compilabile online. I dati rilevati fornirebbero un quadro preciso dell'impatto, delle modalità e delle cause del fenomeno sul territorio italiano con conseguente adozione di più idonee strategie di prevenzione e protezione. La Puglia è la regione con maggiore incidenza di atti di violenza a danno degli operatori sanitari ed è quella che ha pagato anche il maggior tributo. Ricordo, tra le vittime di atti di violenza estrema, le colleghe pugliesi: Paola Labriola e Maria Monteduro. Non è accettabile che si paghi con la vita l'amore per la professione. ■

BPCO

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA IN AUMENTO TRA LE DONNE

Una malattia che rappresenta la quarta causa di morte nel mondo industrializzato. In Puglia i dati confermano la "femminilizzazione della patologia"

di ANNA MARIA MORETTI



Anna Maria Moretti
UOC
Pneumologia, Università
degli Studi di Bari
moretti.am@libero.it

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresenta la quarta causa di morte nel mondo industrializzato e la sua gestione, a causa di frequenti associate disabilità, determina un rilevante impiego di risorse economiche e sociali. La prevalenza della BPCO è destinata ad aumentare nei prossimi anni sia per la maggiore diffusione dell'abitudine tabagica che per il progressivo e costante invecchiamento della popolazione. La variazione delle abitudini voluttuarie ed il differente impatto ambientale hanno determinato nel tempo una progressiva "femminilizzazione" di questa patologia, appannaggio negli anni passati del sesso maschile. Negli ultimi 20 anni infatti la prevalenza e la mortalità per BPCO, invariate negli uomini, sono più che raddoppiate nel sesso femminile con un incremento del tasso di prevalenza del 68.7% rispetto al 25.3%

degli uomini. Tale incremento è presente soprattutto nelle donne con età superiore ai 65 anni. A fronte di tali sostanziali variazioni, la BPCO nelle donne è meno diagnosticata e sottotrattata. Numerosi studi internazionali evidenziano un incremento delle ospedalizzazioni nel sesso femminile, soprattutto nelle fasce di età più avanzate ed un tasso di ricutizzazione maggiore nelle donne rispetto agli uomini. L'influenza del sesso nella BPCO è complessa e coinvolge diversi fattori che includono differenze anatomiche, ormonali e comportamentali, differente suscettibilità al fumo di sigaretta e differente risposta alla terapia. Certamente il fumo di sigaretta rappresenta uno dei più noti e importanti fattori di rischio per la BPCO in entrambi i sessi; mentre negli uomini vi è una lenta, ma progressiva riduzione dell'abitudine tabagica, la sua prevalenza nelle donne è destinata ad



umentare del 20% nel 2025 sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. È documentata una differente risposta all'esposizione al fumo nei due sessi con evidenza di fenotipo enfisematoso nel sesso maschile ed un quadro di ostruzione a carico delle vie aeree nel sesso femminile. Le donne, inoltre, dopo esposizione ad un minor numero di sigarette sviluppano rispetto agli uomini, in età più giovanile una forma più severa di BPCO e presentano una maggiore suscettibilità dose-dipendente al tabacco, anche se manifestano, dopo cessazione dell'abitudine tabagica, maggiori benefici. Numerosi studi epidemiologici indicano però che il 15% dei soggetti con ostruzione cronica delle vie aeree (80% dei quali appartengono al sesso femminile) non sono fumatori e sottolineano il ruolo determinante degli inquinanti ambientali presenti soprattutto in ambito di

lavoro e nell'ambiente domestico nel determinismo della malattia. In Cina la maggiore mortalità per BPCO è molto frequente nelle zone rurali a causa dell'esposizione agli inquinanti indoor (cucina) e della scarsa ventilazione ambientale. Nonostante il fumo sia sicuramente la principale causa di ostruzione delle vie aeree, alcune condizioni sociali quali la povertà incidono significativamente sulla minore aspettativa di vita (riduzione di 2,5 anni nei soggetti tra i 40 e gli 85 anni) e sull'elevato tasso di mortalità nei paesi poveri. L'interesse sempre crescente del mondo scientifico alle problematiche di genere ha determinato l'organizzazione di numerosi gruppi di lavoro nazionali e regionali orientati alla valutazione di tali differenze. Nella regione Puglia è stata eseguita un'analisi dell'ospedalizzazione per BPCO nel periodo compreso tra il 2005 e il 2016, utilizzan- ➔➔

BPCO: LA SITUAZIONE IN PUGLIA

ANNO	M:F	% RICOVERI NEL SESSO FEMMINILE
2005	2,1:1	31,9
2006	2,1:1	32,6
2007	2,1:1	32,7
2008	2,0:1	33,4
2009	1,9:1	34,4
2010	1,9:1	34,0
2011	1,8:1	35,6
2012	1,7:1	37,0
2013	1,8:1	36,2
2014	1,9:1	34,4
2015	1,8:1	36,3
2016	1,6:1	37,9

Tabella 1. Rapporto M:F e proporzione di ricoveri per BPCO nel sesso femminile. Puglia, anni 2005 - 2016.

I dati rilevati evidenziano una progressiva tendenza alla riduzione dei tassi di ospedalizzazione per BPCO ed un incremento della opzione per trattamento ambulatoriale/domiciliare. La riduzione del numero dei ricoveri è più evidente nel sesso maschile (dal 68,1 % nel 2005 al 61,1 % nel 2016); al contrario tale decremento non è presente nel sesso femminile che presenta un incremento delle ospedalizzazioni (dal 31,9% nel 2005 al 37,9% nel 2016) probabilmente legato alla maggiore complessità del quadro clinico e alla presenza di più comorbidità. (Tab. 1) Nel periodo di osservazione è evidente un notevole cambiamento nella distribuzione dei ricoveri nei due sessi, con un rapporto M/F passato da 2,6:1 nel 2005 a 1,6:1 nel 2016 (Tab.1). Questo fenomeno potrebbe trovare un razionale legato alla maggiore abitudine tabagica documentata nel sesso femminile rispetto al passato.

L' incremento delle ospedalizzazioni è evidente inoltre nei pazienti di età avanzata; il dato, in linea con il progressivo invecchiamento della popolazione in tutto il mondo è più significativo nelle donne, maggiormente ospedalizzate nei reparti di geriatria rispetto agli uomini. L'età media dei pazienti ricoverati per BPCO riacutizzata aumenta progressivamente in entrambi i sessi; la degenza media è più lunga nelle donne che accedono alle strutture di ricovero in età più avanzata e con un livello di complessità clinica più elevata anche per maggior numero di comorbidità. L'analisi dei dati relativa ai ripetuti episodi di ospedalizzazione evidenzia negli ultimi tre anni di osservazione (2014-2016), in linea con i dati canadesi, una riduzione dei ricoveri ripetuti nel sesso maschile e una maggiore percentuale di riospedalizzazione nel sesso femminile.

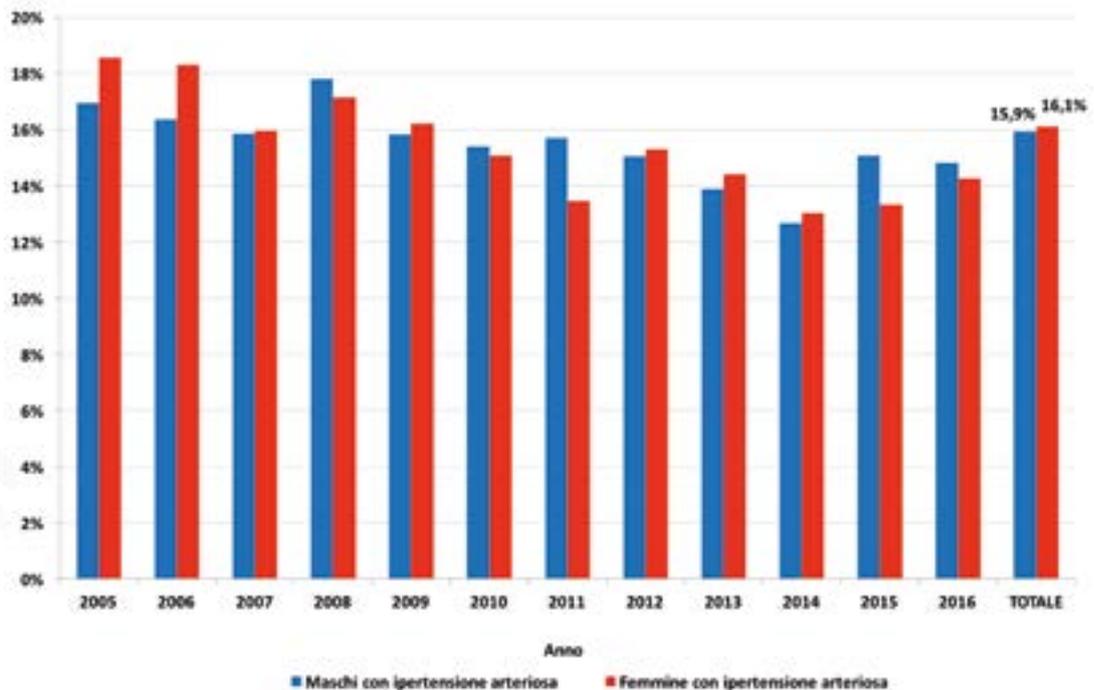


Figura 2. Percentuale di ricoveri con diagnosi principale di BPCO ed ipertensione arteriosa come diagnosi secondaria, per anno e per sesso. Puglia 2005-2016.



do le informazioni presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dell'archivio regionale. Analogamente a quanto evidenziato da diversi studi condotti in Europa e in America, l'analisi dei dati pugliesi ha mostrato un incremento della mortalità intraospedaliera per BPCO nel sesso femminile. Nonostante numerose evidenze scientifiche documentino quanto dimostrato anche nella regione Puglia, l'attenzione alla gestione della donna affetta da BPCO attualmente è meno significativa ed è caratterizzata da approccio clinico e terapeutico con un più basso livello di specificità ed appropriatezza. Elemento fondamentale nella valutazione del paziente affetto da BPCO è l'impatto socio-economico della malattia, fortemente legato alla presenza delle comorbidità che svolgono un ruolo fondamentale nella progressione della BPCO andando ad incidere fortemente sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita dei pazienti. La prevalenza delle comorbidità nei pazienti con BPCO è stata oggetto di analisi in molti studi condotti nell'ultimo decennio

con risultati differenti. Nella nostra analisi, la comorbidità più frequente è rappresentata dal diabete mellito; inoltre diabete, fibrillazione atriale, obesità, scompenso cardiaco, ansia e depressione sono più frequenti nelle donne rispetto agli uomini, mentre non ci sono differenze di sesso per l'ipertensione arteriosa che è equamente distribuita nei due sessi (Figura 2). L'analisi dei dati riportati è stata condotta sulle SDO, che rappresentano una importante ma parziale fonte di informazione, limitata ai pazienti ospedalizzati; infatti attualmente a noi sfugge la rilevante mole di informazioni derivante dalla gestione del paziente ambulatoriale, a causa di mancanza di strumenti istituzionali di raccolta dati. L'accesso a tali dati permetterebbe la valutazione del reale impatto economico e gestionale della patologia che sicuramente, nell'ambito delle cronicità, presenta oggi peggiore qualità di vita, maggior trend in ascesa in termini di prevalenza e mortalità ed elevati costi di gestione. ■

NEGLI ULTIMI 20 ANNI LA PREVALENZA E LA MORTALITÀ PER BPCO SONO RIMASTE INVARIATE NEGLI UOMINI, MENTRE RISULTANO PIÙ CHE RADDOPPIATE NEL SESSO FEMMINILE, CON UN INCREMENTO DEL TASSO DI PREVALENZA DEL 68.7% RISPETTO AL 25.3% DEGLI UOMINI. TALE INCREMENTO È PRESENTE SOPRATTUTTO NELLE DONNE CON ETÀ SUPERIORE AI 65 ANNI.

CARCINOMA MAMMARIO: IL CASO DELLE LAVORATRICI DELLA ASL BARI

Il lavoro notturno tra i fattori di rischio. Nell'alterazione del ciclo circadiano e nella riduzione della produzione di melatonina le causa dell'insorgenza della neoplasia.

di FRANCESCO POLEMIO



FRANCESCO POLEMIO
Dirigente Responsabile
UOAVS "Servizio
Sorveglianza Sanitaria e
Radioprotezione Medica"
della ASL BA.
f.polemio.sss@asl.bari.it

Negli ultimi anni sono stati accertati nove casi di "neoplasia mammaria" in altrettante lavoratrici del Presidio Ospedaliero San Paolo di Bari, in prevalenza dottoresse, ma anche infermiere ed ausiliarie, in servizio presso le UU. OO. di Anestesia/Rianimazione, Radiologia, Ostetricia, etc; lavoratrici che, nell'ambito della loro attività, svolgevano abitualmente turni notturni (guardie e pronta disponibilità).

Le denunce di malattia professionale, regolarmente presentate all'INAIL, sono state rigettate in quanto non venne accertato il nesso di causalità con l'attività lavorativa svolta, benché sia da sottolineare che la ricerca del nesso causale sia stata finalizzata, si può ipotizzare, all'accertamento del rischio "radiazioni ionizzanti". Preso atto di tale valutazione negativa, emerse la necessità di incrementare

l'efficacia delle misure di prevenzione, a tutela della salute delle lavoratrici, a prescindere dal riconoscimento, o meno, del danno.

Si ricorda che il ca mammario è la neoplasia più frequente nel sesso femminile, rappresentando il 25% circa di tutte le neoplasie che affliggono le donne e risultandone la prima causa di mortalità per tumore.

In Italia ogni anno si registrano 40mila nuovi casi di ca mammario. È una neoplasia che non dà segni della sua presenza, non provocando dolore e non sempre accompagnandosi a noduli visibili o palpabili. Quindi va diagnosticata con la mammografia e, nelle donne più giovani, con l'ecografia.

Cercando elementi alternativi per una maggiore efficacia preventiva, dalla ricerca effettuata nella letteratura di settore emerse che nel 2007 la «International Agency for Rese-



**NEL 2007
LA «INTERNATIONAL
AGENCY FOR RESEARCH
ON CANCER» (I.A.R.C.)
PUBBLICÒ
UN AGGIORNAMENTO
DELLA LISTA DEGLI AGENTI
TUMORALI. NEL «GRUPPO 2A»
FRA LE "CONDIZIONI
DI ESPOSIZIONE",
SI EVIDENZIA LO "SHIFT WORK
THAT INVOLVES CIRCADIAN
DISRUPTION", OSSIA IL LAVORO
NOTTURNO COME UNO
DEI FATTORI DI RISCHIO
PER IL CARCINOMA
MAMMARIO NELLE DONNE.**

arch on Cancer» (I.A.R.C.) pubblicò un aggiornamento della lista degli agenti tumorali. Nel «gruppo 2A» (comprendente sostanze o situazioni a "probabile azione cancerogena su animali da laboratorio"), fra le "condizioni di esposizione", si evidenzia lo "shift work that involves circadian disruption", ossia il lavoro notturno come uno dei fattori di rischio per il carcinoma mammario nelle donne.

Questa valutazione conseguiva alla pubblicazione di 24 studi effettuati in diversi paesi nel mondo e con diverse modalità.

Fra questi particolare attenzione ebbero due studi epidemiologici effettuati in prestigiose strutture di ricerca europee: nel 2001 due studi, effettuati in Danimarca e in Francia, aggiunsero un fattore di rischio aggiuntivo, il lavoro notturno, a quelli già conosciuti (familiarità, predisposizione genetica, l'uso eccessivo

di estrogeni, prima gravidanza in età adulta, obesità, tabagismo).

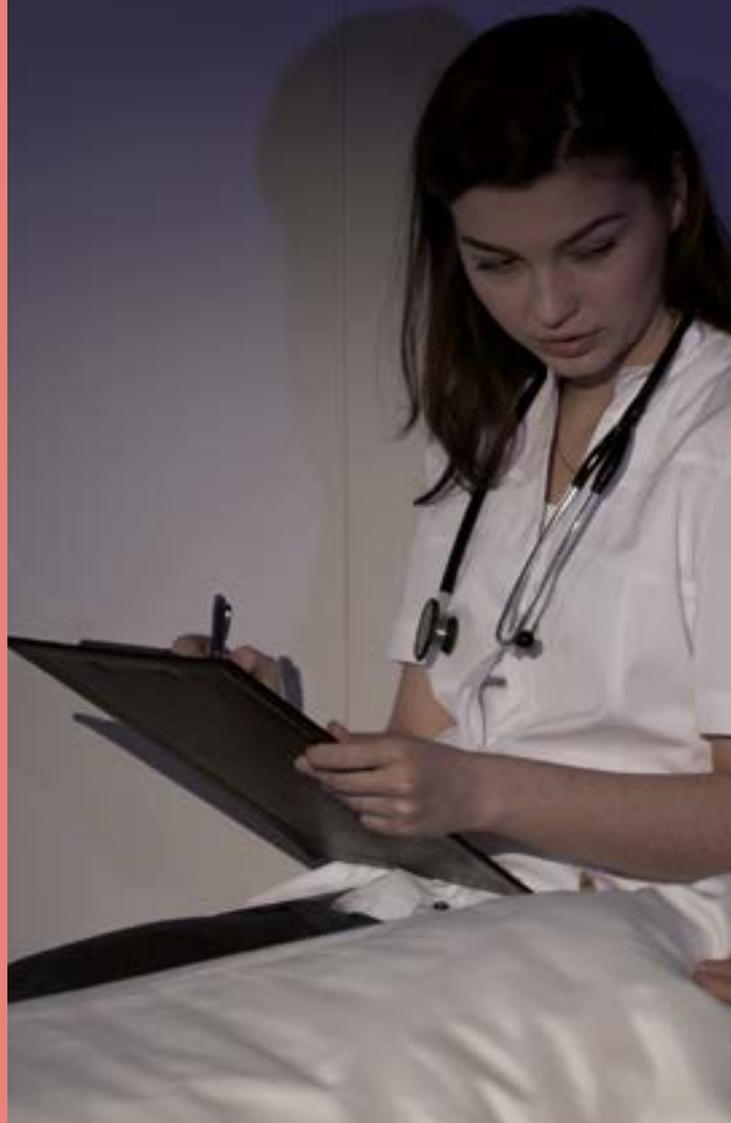
Lo studio condotto in Danimarca prese in esame 18.500 donne militari, accertando che ben 210 avevano contratto un ca mammario e avevano effettuato turni notturni. Tale studio fu realizzato da Johnni Hansen e Christina Funch Lassen dell'Institute of Cancer Epidemiology di Copenaghen e pubblicata nella rivista proporzionalmente con il numero dei turni notturni effettuati.

La ricerca si concludeva attribuendo alla riduzione della produzione della melatonina l'input per l'insorgenza della neoplasia "Occupational and Environmental Medicine". Fu quindi calcolato, a causa di questo fattore di rischio, un aumento della possibilità di contrarre un ca mammario del 40%, percentuale che poi aumentava. La ricerca francese invece ➡➡

A BARI UNO SCREENING PER LE DONNE CHE LAVORANO DI NOTTE

In assenza di altri idonei strumenti per un'efficace prevenzione del carcinoma mammario nelle lavoratrici turniste, la ASL BA ha recepito, con propria determinazione (delibera 1036/15), la proposta del Servizio di Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori di un progetto sperimentale, inizialmente limitato al P. O. San Paolo, ma poi da estendere a tutta la ASL dal 2019, mirante a sottoporre tutte le lavoratrici che effettuano i turni notturni, senza limiti di età, ad uno screening che comprende la visita senologica, l'ecografia mammaria e la mammografia (nelle donne di età > a 39 anni). Tale attività di prevenzione, a differenza dello screening già previsto dalla normativa nazionale, che prevede un'adesione volontaria, è stato inserito contestualmente, a ragione della citata delibera della ASL BA, nel cosiddetto "Protocollo di Sorveglianza Sanitaria", e quindi reso "obbligatorio", per le lavoratrici interessate, al fine dell'accertamento dell'idoneità lavorativa (D. Lgs 81/2008).

Questa procedura di prevenzione prevede degli step di valutazione e validazione dei risultati conseguiti, e viene svolta, dal 1° gennaio, in collaborazione fra l'U. O. "Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione Medica" e la U. O. "Radiodiagnostica—Rmn—Senologia" del p. o. San Paolo. Tale progetto è il primo attivato a livello nazionale.



indagò l'attività lavorativa di 1.232 donne affette da carcinoma mammario, messe a confronto con altre 1.317, sane. Questa ricerca fu elaborata dagli esperti dell'Institut national de la santé et de la recherche medical (INSERM) di Parigi e pubblicata sulla rivista "International Journal of Cancer".

Anche tale ricerca pervenne alle medesime conclusioni della precedente, individuando nell'alterazione del ciclo circadiano e nella riduzione della produzione di melatonina la causa dell'insorgenza della neoplasia.

Tale studio evidenziò un aumento del rischio del 30% nelle lavoratrici impegnate nei turni notturni, ma anche che tale percentuale aumentava (sino al 50%) se l'attività a turni era stata effettuata anteriormente alla prima gravidanza.

I turni notturni aumentano il rischio di ammalarsi di cancro. Questa era la conclusione di una recente ricerca pubblicata nel 2011 sulla

rivista scientifica "Cell Metabolism", curata da un gruppo di ricercatori del M.I.T. e coordinata dal prof. Thales Papagiannakopoulos. Tale ricerca accertò che l'alterazione dei ritmi circadiani causava una riduzione dell'attività di due geni "orologio" (Bmal1 e Per2) coinvolti nella soppressione delle cellule tumorali, favorendo, conseguentemente, l'insorgenza del cancro.

In relazione al legame fra ritmo circadiano e tumore nelle lavoratrici turniste, in base alle ricerche effettuate anche successivamente in diversi paesi in Europa e negli USA, si ipotizza che esso sia conseguente ad una riduzione dei livelli ematici ormonali di della melatonina pineale, nota antiossidante, che ha una funzione protettiva nei confronti di alcune neoplasie, rallentandone lo sviluppo cellulare. La melatonina normalmente aumenta di notte, al buio, mentre diminuisce durante l'esposizione alla luce artificiale. Si è accertato



Alcuni momenti dell'incontro dell'8 marzo 2018 presso l'Ospedale San Paolo di Bari, in cui è stato presentato il progetto di screening per le lavoratrici turniste, dal governatore pugliese, Michele Emiliano, dal direttore dell'Asl Bari, Vito Montanaro, e dal direttore dell'Unità operativa sorveglianza sanitaria e radioterapia medica dell'Asl Bari, Francesco Polemio.

COME EVITARE L'INSORGENZA DELLE NEOPLASIE MAMMARIE?

Sono ben comprensibili i vantaggi per la tutela della salute delle lavoratrici che possono derivare da una oculata organizzazione del lavoro, che preveda una sapiente ottimizzazione dei turni, insieme alla garanzia di tempi di riposo adeguati. Poi, ma questa è un'altra storia, bisognerà pensare al recupero lavorativo e della professionalità delle donne che hanno dovuto affrontare un ca mammario.

che i livelli ematici di melatonina sono più bassi nelle donne con ca mammario, mentre aumenta la concentrazione degli estrogeni (estradiolo). Dopo la pubblicazione dello studio danese, a conferma della validità degli studi effettuati, nel 2011 una sentenza di un tribunale danese riconobbe un indennizzo a 40 donne affette da ca mammario e che avevano svolto almeno 4 turni notturni al mese per 20 anni. Altro meccanismo fisiopatologi-

co proposto era l'alterazione del ciclo circadiano, ossia del ciclo sonno-veglia.

Tale alterazione provocherebbe un indebolimento del sistema immunitario, e quindi delle difese anti-tumorali.

Per le lavoratrici turniste il rischio di contrarre un ca mammario era superiore, a seconda degli studi del 30-60%, rispetto alla popolazione di riferimento. ■



BEST PRACTICE

COMUNICARE LA SANITÀ

L'esperienza innovativa dell'Ordine dei Medici di Bari nel contesto europeo tra new media e nuovo ruolo delle istituzioni. Presentato il saggio a Roma, alla presenza del ministro Dario Franceschini



IL LIBRO

“Comunicare la Sanità. L’esperienza innovativa dell’Ordine dei Medici di Bari nel contesto europeo tra new media e nuovo ruolo delle istituzioni.”, Edizioni Pagina, 2017 è il volume promosso dall’Ordine dei Medici di Bari e dedicato alla comunicazione in ambito sanitario. Gli autori: Filippo Anelli, Presidente dell’Ordine dei medici di Bari, Ivan Cavicchi, Sociologo e docente Università di Tor Vergata, Giuseppe Cogliolo, Communication Advisor, Alessandro Conte, Gruppo di lavoro FNOMCeO per la corretta informazione, Mario Del Vecchio, Docente Public management SDA Bocconi e Renato Mannheimer, Sociologo e sondaggista, Eumetra Monterosa.

Il 6 Dicembre scorso è stato presentato a Roma presso il MiBACT, alla presenza del Ministro Dario Franceschini, il saggio “Comunicare la Sanità. L’esperienza innovativa dell’Ordine dei Medici di Bari nel contesto europeo tra new media e nuovo ruolo delle istituzioni”. Oltre al Presidente dell’Ordine di Bari - che ha promosso la pubblicazione - sono intervenuti Cesare Fassari, Direttore Quotidiano Sanità e gli autori del volume: Ivan Cavicchi, Giuseppe Cogliolo, Alessandro Conte, Mario Del Vecchio, Renato Mannheimer.

Nel contesto italiano quando si parla del binomio comunicazione e medicina, si fa riferimento di solito alla comunicazione interpersonale tra medico e paziente. Un’area invece ancora poco esplorata è quella relativa alla

comunicazione pubblicitaria, a come i grandi temi della medicina e della salute vengono veicolati ai cittadini da parte delle istituzioni. Eppure, si tratta di un ambito cruciale.

L’Ordine dei Medici di Bari è stato uno dei primi Ordini in Italia a sfruttare la comunicazione pubblicitaria per sensibilizzare i cittadini rispetto a temi cruciali della salute e del sistema sanitario. “L’idea è nata nel corso di una discussione in una delle prime riunioni del nuovo Consiglio Direttivo dell’Ordine- ha esordito il presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bari, Filippo Anelli - La discussione su come colmare il gap tra i cittadini e gli ordini si era fatta fervente, anche perché capivamo che la posta in gioco era alta: non si trattava solo di informare i cittadini sulle prerogative di Legge ➡➡

di ROBERTA
FRANCESCHETTI



degli Ordini ma di ricostruire il rapporto di fiducia tra la Professione, i medici e i pazienti. Da qui l'ipotesi di coinvolgere i cittadini con un linguaggio nuovo, mai utilizzato prima in questo campo: quello della comunicazione pubblicitaria".

In quest'ottica, le campagne dell'OMCeO - curate dall'agenzia Kibrit & Calce - rappresentano una best practice a livello nazionale. Hanno toccato temi diversi, al centro del dibattito su salute e sanità: le difficoltà di medici e pazienti - le "Due facce dello stesso disagio" - l'apporto dei medici ai sistemi sanitari, l'autonomia e la libertà di cura, le disuguaglianze di salute, la sicurezza degli operatori, la carenza di medici, le vaccinazioni, l'abusivismo.

La strategia resta la stessa, creando una consuetudine che rafforza il rapporto della cittadinanza con i medici: campagne di comunicazione tramite cartelloni pubblicitari



di grandi dimensioni, sei metri per tre, e brevi video da proiettare nei cinema prima dell'inizio del film. A partire da questa esperienza, il volume (Edizioni di Pagina) analizza il rapporto tra comunicazione e sanità da diversi punti di vista: dalla pubblicità all'informazione dei cittadini tramite il web, dagli aspetti sociologici alla statistica, dalla gestione dell'amministrazione pubblica ai bisogni di salute.

Una forma di comunicazione che ha avuto un grande successo in termini di impatto e di efficacia, come ha dimostrato un'indagine effettuata dall'istituto di Eumetra Monterosa di Milano, illustrata da Renato Mannheimer e che, già condiviso da altri Ordini in Italia, come ha ben raccontato il presidente dell'Omceo di Napoli Silvestro Scotti, potrebbe ora essere esteso a livello nazionale.

"Tutti noi non ci aspettavamo di vivere e comunicare con questa intensità – ha concluso il Ministro della Cultura Dario Franceschini –.

Penso all'uso sempre più insistente dei social network, alla diffusione delle fake news, alla trasparenza.

La rete distorce le notizie, rischiando di vanificare l'opera di chi lavora in un campo delicato come il vostro. Per questo, vi mettiamo a disposizione le nostre strutture, i nostri musei, gli spazi delle Pubblicità Progresso. La vostra è un'iniziativa interessante che aiuta i pazienti e la buona sanità".

"Quanto al rapporto di fiducia medico paziente, - spiega Filippo Anelli, Presidente dell'Ordine dei medici di Bari nell'introduzione al saggio – "non mi illudo che possa essere ricostruito solo attraverso delle campagne pubblicitarie, ma credo che queste possano aiutare a gettare un ponte verso i cittadini, a creare un clima culturale di maggior comprensione ed empatia che può costituire la premessa per una nuova relazione di cura." ■

PENSIONE ANTICIPATA E PENSIONE ORDINARIA

Attivo da diversi anni, lo sportello ENPAM assiste i medici e le loro famiglie nelle molteplici attività di tipo previdenziale ed assistenziale. Ecco un assaggio delle informazioni che si possono ottenere

di MARIO DEFIDIO,
AUGUSTO AGOSTINI,
ANTONIO
MARTIRADONNA

Da molti anni è attivo presso l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Bari uno sportello ENPAM, che assiste i colleghi e le loro famiglie nelle molteplici attività di tipo previdenziale ed assistenziale (cioè in quei settori che costituiscono ragion d'essere e finalità del nostro Ente). È stato attivato grazie all'abnegazione dei dottori Mario Defidio e Augusto Agostini, che ricevono i colleghi il mercoledì pomeriggio (dr. Agostini dalle 16,30 alle 18,30) e il giovedì mattina (dr. Defidio dalle 9,30 alle 11,30) e che da questi hanno più volte meritato ampio plauso per la competenza e la tempestività con cui svolgono le loro consulenze. Tuttavia l'aumento considerevole dei colleghi che si avvicinano ai limiti dell'età pensionabile e l'ampliamento delle prestazioni previste dall'ENPAM inducono l'Ordine di Bari ad aumentare tale attività di consulenza almeno con un'altra giornata di apertura dello sportello, da affidare inizialmente al dr. Antonio Martiradonna (comunicheremo successivamente l'avvio di questa nuova opportunità), ma si ritiene di avvalersi anche dei mezzi di

comunicazione dell'Ordine (il Notiziario e le News) per far conoscere meglio le prestazioni previste dal nostro Ente Previdenziale.

Che cos'è l'ENPAM?

L'Ente di previdenza e di assistenza dei medici e degli odontoiatri (E.N.P.A.M), trasformato in Fondazione senza scopo di lucro, ha l'obiettivo di attuare la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti, nonché di realizzare interventi di promozione e sostegno all'attività e al reddito dei professionisti iscritti. La Fondazione ha sede a Roma e svolge la sua attività sull'intero territorio della Repubblica; per il conseguimento delle sue finalità istituzionali e per migliorare la sua efficienza organizzativa e gestionale, può svolgere attività e promuovere iniziative, anche con la costituzione e la partecipazione a società, enti, fondazioni ed associazioni in Italia ed all'estero. La Fondazione, in particolare, favorisce forme di associazione con Enti di previdenza privati aventi analoghe finalità, ed attua iniziative finalizzate alla qualificazione dei componenti dei propri organi collegiali in materia di previdenza, assistenza



Potete sottoporci i vostri quesiti relativi alle problematiche ENPAM, contattandoci o scrivendo ai seguenti recapiti:

DR. MARIO DEFIDIO
m.defidio@alice.it
340 0516351

DR. AUGUSTO AGOSTINI
agostiniroussier@libero.it
333 9230049

DR. ANTONIO MARTIRADONNA
anmartir@tin.it
360 371995

e welfare, nonché nella gestione del patrimonio. La Fondazione, quale ente necessario con finalità di interesse pubblico, ha durata illimitata. Non potrà, pertanto, farsi luogo al suo scioglimento per volontà dei propri organi. L'iscrizione e la contribuzione alla Fondazione sono obbligatorie per tutti gli iscritti agli albi professionali dei medici chirurghi ed odontoiatri, anche per coloro che operano a rapporto professionale di dipendenza con le istituzioni pubbliche e private che erogano l'assistenza sanitaria.

La Fondazione può promuovere e gestire forme di previdenza ed assistenza integrative e può inoltre prestare ai propri iscritti e pensionati, nei limiti consentiti dalla legge, forme di tutela sanitaria integrativa, anche mediante la stipulazione di polizze assicurative annuali o poliennali.

Come viene attuata la gestione previdenziale dell'ENPAM?

Le gestioni previdenziali della Fondazione riservate a medici e odontoiatri sono articolate all'interno di due Fondi di previdenza:

Fondo di previdenza generale, articolato in:

a) gestione previdenziale della quota A;
b) gestione previdenziale della quota B (attività libero-professionale);
Fondo della medicina convenzionata ed accreditata, articolato in:

a) gestione previdenziale a favore dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;

b) gestione previdenziale degli specialisti ambulatoriali e degli addetti alla medicina dei servizi;

c) gestione previdenziale degli specialisti esterni in regime di accreditamento.

Contributi di Quota A. I contributi di Quota A si possono pagare in unica soluzione oppure in quattro rate senza interessi.

Gli importi aggiornati al 2017 sono:

- 108,04 all'anno per gli studenti del 5° e 6° anno
- 216,07 all'anno fino a 30 anni di età
- 419,41 all'anno dal compimento dei 30 fino ai 35 anni
- 787,05 all'anno dal compimento dei 35 fino ai 40 anni



L'Ente di previdenza e di assistenza dei medici e degli odontoiatri (E.N.P.A.M), trasformato in Fondazione senza scopo di lucro, ha l'obiettivo di attuare la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti.





Le gestioni previdenziali della Fondazione riservate a medici e odontoiatri sono articolate all'interno di due Fondi di previdenza: Fondo di previdenza generale e Fondo della medicina convenzionata ed accreditata.

- 1.453,54 all'anno dal compimento dei 40 anni fino all'età del pensionamento di Quota A.
- 787,05 all'anno per gli iscritti oltre i 40 anni ammessi a contribuzione ridotta (a questa categoria appartengono solo gli iscritti che hanno presentato la scelta prima del 31 dicembre 1989. Dal 1990 non esiste più la possibilità di chiedere la contribuzione ridotta). A queste somme va aggiunto anche il contributo di maternità, adozione e aborto di 57 euro all'anno. I contributi sono dovuti dal mese successivo all'iscrizione all'Albo fino al mese di compimento dell'età per la pensione. In questo nostro primo incontro ci occuperemo del caso particolare della richiesta della Pensione Anticipata Quota A, in quanto è indispensabile avvalersi di questa opzione rigorosamente prima del compimento del 65° anno di età anagrafica, altrimenti si perde il diritto a tale prestazione. L'Ordine dei Medici della Provincia di Bari, infatti, nel corso del 2017 ha inviato ai propri iscritti nati nel 1953 (ma erroneamente l'avviso è stato inviato anche ai nati del 1954), invitandoli, qualora fossero interessati a questa forma di pensionamento anticipato, ad attivarsi presso il nostro Sportello per l'avvio di tale adempimento burocratico.

Prossimamente illustreremo le altre tematiche previdenziali o assistenziali di carattere generale. ■

PENSIONE ANTICIPATA DI QUOTA A

CHI PUÒ RICHIEDERLA
L'iscritto/a che possiede
tutti i requisiti seguenti:

- a) ha compiuto 65 anni di età;
- b) ha maturato 20 anni di anzianità contributiva su questo Fondo;
- c) non è titolare di una pensione da totalizzazione o di invalidità a carico dell'Ente;

L'opzione viene attuata compilando il modulo specifico (disponibile anche sul sito ENPAM.it) ed inviandolo all'Enpam con raccomandata a/r o tramite Pec, entro il compimento dei 65 anni a pena di decadenza.

Se l'opzione perviene nell'anno precedente al compimento del 65° anno di età, il Servizio Contributi dell'ENPAM può emettere il MAV di quota A relativo all'anno di raggiungimento del requisito anagrafico già ridotto per i mesi precedenti al compimento dell'età anagrafica (ad esempio se l'opzione viene esercitata nel 2018 per i nati a giugno 1954, i colleghi riceveranno nel 2019 un MAV con un importo ridotto a soli sei mesi).

COME SI PRESENTA LA DOMANDA DI OPZIONE:

- Si può inviare per posta o per fax (scegliere solo uno di questi modi) a: Fondazione Enpam Servizio Prestazioni Fondo Generale P.zza Vittorio Emanuele II, n° 78 - 00185 - Roma - Fax 06/48294.715. In questo caso è necessario allegare la fotocopia del documento di identità.

- Si può consegnare all' Enpam - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piano terra.

Orari: lunedì - giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-13,00. In questo caso il modulo deve essere firmato alla presenza di un funzionario dell'Enpam.

- Si può presentare all'Ordine dei medici e degli odontoiatri di appartenenza che provvede ad autenticare la firma e a consegnare la domanda all'Enpam. E' indispensabile poi indicare la data di invio della domanda di opzione sulla successiva domanda di pensionamento anticipato, che potrà essere inviata solo dopo il compimento del 65° anno di età.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PENSIONE:

- copia del codice fiscale e del documento di identità
- modulo per le detrazioni fiscali
- proprie coordinate bancarie/postali

COME SI CALCOLA LA PENSIONE ANTICIPATA DI QUOTA A?

Per un calcolo "personalizzato" dell'importo di tale pensione anticipata è indispensabile iscriversi all'Area riservata del sito ENPAM.it, in cui è disponibile l'importo esatto della propria pensione di quota A, in quanto sono conteggiati esattamente i contributi versati nel corso della propria carriera.

Orientativamente possiamo indicare, come importi approssimativi:

- euro 200-250/mensili lordi (pensione anticipata di quota A a 65 anni di età)
- euro 300-350/mensili lordi (pensione di vecchiaia di quota A a 68 anni di età)

Qualora si opti per la pensione anticipata, tuttavia, non dovranno più essere pagati i contributi annuali di quota

A sino ai 68 anni di età (quindi vi è un "risparmio" di tre annualità di EURO 1.453,54, ovvero EURO 4.360,62).

È bene però ricordare che se in precedenza la contribuzione alla quota B del Fondo di Previdenza Generale viene attuata nella misura ridotta del 2%, in caso di pensionamento anticipato a 65 anni della quota A, l'aliquota di contribuzione della quota B aumenta, per i redditi 2017, all' 8,25% (misura ridotta) o al 16,50 % (misura intera).

Qualora sia stata esercitata l'opzione per il pensionamento anticipato di quota A (entro il compimento del 65° anno di età), verrà poi compilato il modulo per la domanda di pensionamento al 65°anno per la Quota A, che sarà inviato all'ENPAM dopo il compimento dei 65 anni di età.

Entro 120 giorni dal ricevimento della domanda di pensione anticipata di quota A, l'Ente provvederà all'erogazione della pensione, con la corresponsione degli arretrati dal mese successivo al compimento dei 65 anni.

CHE COS'È LA PENSIONE ORDINARIA (DI VECCHIAIA) DI QUOTA A ?

Qualora non si voglia esercitare il diritto di opzione per la pensione anticipata di quota A, bisognerà attendere il compimento del 68° anno di età per richiedere la pensione ordinaria (di vecchiaia) per la quota A.

Contemporaneamente verrà richiesta anche la pensione della quota B (contributi relativi all'attività libero-professionale).

CHI PUÒ CHIEDERLA:

L'iscritto/a che possiede tutti i requisiti

seguenti:

- a) è ancora iscritto al Fondo di previdenza generale (cioè paga la quota A)
- b) ha compiuto 68 anni di età;
- c) ha maturato almeno 5 anni di anzianità contributiva su questo Fondo, anche se riscattata o ricongiunta;
- c) non è titolare di una pensione da totalizzazione o di invalidità a carico dell'Ente;

Ha diritto a questa pensione anche colui che si è cancellato o è stato radiato dall'Albo Professionale, a condizione che abbia maturato in precedenza

un'anzianità contributiva su questo Fondo, anche se riscattata o ricongiunta, di almeno 15 anni

Le modalità di presentazione di questa domanda ed i documenti da allegare sono simili a quelli indicati in precedenza per la pensione anticipata di quota A. La decorrenza della pensione ordinaria (di vecchiaia) per la quota A è dal mese successivo a quello in cui si compiono i 68 anni di età.

Per la quota B, invece, la decorrenza è dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene presentata la domanda.

LA LINEA VERTICALE: COSÌ LA RAI RACCONTA GLI OSPEDALI ITALIANI

Una serie in 8 episodi tratta dal romanzo omonimo di Mattia Torre

di ANGELA LOMORO

Nasce da un'esperienza personale "La linea verticale", la mini serie tv andata in onda dal 6 gennaio su RaiPlay e in 4 prime serate dal 13 gennaio su Rai 3. Il regista, Mattia Torre, è anche autore del romanzo omonimo da cui è tratta la serie.

Nelle pagine del libro prima e poi sul piccolo schermo, Torre ha raccontato la sua vicenda personale e il suo rapporto con la malattia. In questo senso, commenta il regista, «La Linea Verticale è lo stare in piedi. È aggrapparsi alla vita. Ho provato a raccontare la malattia come crisi, ma anche come occasione di crescita, di costruzione e di riscatto».

Il protagonista Luca (interpretato da Valerio Mastandrea) scopre di avere un cancro al rene sinistro e di doversi sottoporre a un delicato intervento chirurgico. Così un mese dopo, accompagnato dalla moglie incinta Elena (interpretata da Greta Scarano), si presenta al reparto d'accoglienza dell'ospedale per il ricovero. Qui, in poco tempo, Luigi entra in relazione con gli altri pazienti del suo reparto e con il personale sanitario.

"La linea verticale" è una galleria fotografica di persone e situazioni che animano

ogni giorno la vita di un ospedale. Un vero e proprio microcosmo che alterna momenti di grande agitazione a sorrisi e sorprese inaspettate. L'impianto registico e narrativo è del tutto innovativo; la serie, infatti, mescola più generi: il medical, il dramma e la commedia. Mattia Torre, già regista del cult Boris, porta lo spettatore all'interno dell'ospedale, lo cala in situazioni tragicomiche, mostrandogli il lato umano di un luogo spesso associato a sensazioni fisiche e psicologiche di sofferenza e di dolore. Completano il cast: Elia Schilton (nei panni del professor Zama-gna, il primario oncologico che si occupa del caso di Luigi); Giorgio Tirabassi (Marcello, un paziente del reparto); Paolo Calabresi (che interpreta don Costa); Babak Karimi (un iraniano cinquantenne ricoverato per un intervento); Ninni Bruschetta (che indossa il camice del dottor Barbieri); Antonio Catana (nel film Policari, un medico che non vuole più lavorare); Alvia Reale (caposala); Federico Pacifici (il dottor Rapisarda, un medico non molto amato) e Gianfelice Imparato (Peppe, un paziente). ■



UN “ESPERIMENTO” RIUSCITO

Al tempo di Netflix, il portale dedicato alle web serie, la Rai punta su questo modello e sperimenta la via della serie. Otto episodi brevi (durano meno di mezz'ora) che raccontano la sanità italiana, attraverso una storia reale e quotidiana.

La vicenda autobiografica è raccontata dal regista Mattia Torre nel romanzo omonimo “La linea verticale”, pubblicato da Baldini&Castoldi.

Gli ottimi ascolti della serie testimoniano un forte interesse intorno al tema sanità. Esperimento più che riuscito.







ARTE *e medicina*

Decorative flourish

Damien Hirst
Lullaby, the Seasons Spring,
2002.

*Vetro, acciaio, alluminio, nichel, resina,
gesso e pillole dipinte.*

Damien Hirst, nato a Bristol nel 1965, è tra i più celebri artisti britannici contemporanei. È l'esponente di spicco degli Young British Artists (YBA), gruppo di visual artist affermatosi negli anni '90 per i contenuti controversi e coinvolgenti delle loro esibizioni. I medicinali, esposti in scaffalature e rigorosamente ordinati, sono uno dei temi ricorrenti nelle sue opere.

"Puoi curare le persone per un certo periodo di tempo, ma poi moriranno comunque. Non puoi arrestare il decadimento. Ma questi armadietti di medicinali suggeriscono che si possa fare".





NOTIZIE DAL M NDO



THE GUARDIAN
9 FEBBRAIO 2018

OVOCITI UMANI COLTIVATI IN LABORATORIO

Ovociti umani per la prima volta coltivati in laboratorio. Succede in Scozia, grazie alla sperimentazione di un team dell'Università di Edimburgo, guidato dalla Evelyn Telfer, che da 30 anni studia la riproduzione umana. Dopo averli isolati dal tessuto prelevato dalla parte superficiale dell'ovaio, i ricercatori hanno coltivato in laboratorio ovociti umani, fino a che questi non hanno raggiunto un grado di maturazione sufficiente per essere fecondati. Per far crescere gli ovociti e per farli diventare ovociti maturi, i ricercatori hanno creato un mix di sostanze in grado di differenziarli.

L'esperimento, inizialmente sperimentato sui topi, è stato pubblicato sulla rivista Human Molecular Re-



production. E mentre il mondo degli scienziati si divide sulle questioni di natura etica, Evelyn Telfer accetta di verificare che gli ovociti siano del tutto sani e dunque che possano essere fecondati.

**RTL FRANCE /
LE PARISIEN**
19 GENNAIO 2018

L'UOMO DAI TRE VOLTI

Per la prima volta nella storia della medicina, un uomo ha ricevuto un secondo trapianto di faccia, a distanza di 7 anni dal primo. L'intervento è stato eseguito all'Hôpital européen Georges-Pompidou di Parigi, da un'équipe guidata dal professor Laurent Lantieri e di cui fa parte il chirurgo italiano Francesco Wirz (34

anni).

Il primo trapianto nel 2010, con il volto di una persona più anziana, era riuscito ed era durato 7 anni. Poi il rigetto cronico e il moltiplicarsi delle zone di necrosi sul volto.

Per evitare ulteriori rischi, il 30 novembre scorso il paziente è stato ricoverato e sottoposto all'asportazione del viso. In attesa del nuovo donatore, il paziente è stato tenuto in rianimazione e sotto osservazione dai chirurghi fino al 15 gennaio, quando è stato trovato il volto.

L'équipe ha così eseguito il secondo trapianto sullo stesso paziente che ha potuto guardare il suo terzo viso.

THE GUARDIAN
18 GENNAIO 2018

DEMENTIA SENILE: UNA TERAPIA A BASE DI MUSICA

La musica è capace di risvegliare e potenziare la memoria. Eppure nel Regno Unito, solo il 5% dei pazienti nelle case di cura ha un buon accesso a musica e arte come forme terapeutiche. È quanto emerge da uno studio condotto dal think tank dell'International Longevity Centre e dall'ente di beneficenza Utey Foundation, secondo la musicoterapia è un ottimo deterrente contro la demenza senile.

Ascoltare musica o interagire in vari modi con la musica aiuta, infatti, a migliorare la propria capacità di memorizzare e favorisce il linguaggio. Come se non bastasse, lo studio evidenzia anche la riduzione di ansia e depressione come possibili benefici di una terapia a base di musica. Ebbene, nonostante questi vantaggi, la musicoterapia è una pratica ancora poco diffusa, nonostante le 850 mila persone affette da demenza senile nel Regno Unito (si prevede che entro il 2025 il numero salga a un milione) e una spesa pari a 26,3 miliardi di sterline (con il rischio di

superare i 50 miliardi di sterline all'anno nei prossimi trent'anni).

LE MONDE 14 FEBBRAIO 2018 CHIRURGIA DIGESTIVA: AUMENTA IL RISCHIO D'INFEZIONE

Più di una operazione chirurgica riguardante l'apparato digerente su 9 rischia di essere seguita da un'infezione. Il dato, calcolato a livello mondiale, è stato reso noto da uno studio pubblicato sulla rivista scientifica "The Lancet Infectious Diseases" che denuncia l'uso, o piuttosto l'abu-



so di antibiotici nella terapia post-operatoria. Nel dettaglio, lo studio rivela che il 12,3% di pazienti operati ha sofferto a causa di un'infezione, nei trenta giorni successivi all'intervento chirurgico. E il rischio aumenta nei paesi più poveri. Il problema, però, non risiede nella mancanza di antibiotici (come succede appunto nei paesi meno ricchi), ma al contrario nell'eccesso.

SCIENCE DAILY 14 FEBBRAIO 2018 VACCINO ANTI-EROINA: FUNZIONA SUI TOPI

Il vaccino anti-eroina, uno strumento che potrebbe cambiare la storia della lotta alle dipendenze da eroina, sta per essere testato sull'uomo. I risultati della sperimentazione animale, condotta dagli scienziati dello Scripps Research Institute (TSRI) in California, sono promettenti: testato sui topi, il vaccino si è rivelato sicuro ed efficace nel prevenire l'overdose da eroina. Il vaccino potrebbe risultare utile anche per evitare le ricadute dei tossicodipendenti nell'uso di droghe.

LATIN
POST

THE
INDEPENDENT
Plus the award-winning Telegraph

Science

theguardian

THE
LANCET

PNAS

The
New York
Times

TIME



intra-articolare. I mezzi di contrasto a struttura macrociclica per uso endovenoso ed intra-articolare rimarranno anch'essi disponibili. Gli Operatori Sanitari dovranno utilizzare i mezzi di contrasto a base di gadolinio solamente quando non sia possibile ottenere le necessarie informazioni diagnostiche con scansioni non intensificate e utilizzare la minor dose possibile in grado di fornire sufficiente intensificazione per la diagnosi.

Comunicazione EMA su medicinali a base di retinoidi

Il Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) ha concluso la revisione dei medicinali a base di retinoidi e ha raccomandato l'aggiornamento delle misure di prevenzione della gravidanza e l'aggiunta di un'avvertenza sul possibile rischio di disordini neuropsichiatrici (quali depressione, ansia e cambiamenti di umore). Le raccomandazioni del

PRAC saranno ora inviate al Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP); la fase finale della procedura di rivalutazione è l'adozione da parte della Commissione Europea di una decisione giuridicamente vincolante applicabile in tutti gli Stati membri dell'UE.

Comunicazione EMA sull'uso dei medicinali contenenti valproato

Gli esperti di sicurezza dei medicinali del Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) raccomandano nuove misure per evitare l'esposizione in utero ai medicinali contenenti valproato dei bambini. I bambini esposti sono a rischio di malformazioni e di problemi dello sviluppo. Il PRAC ha quindi raccomandato di rafforzare le restrizioni all'uso dei medicinali contenenti valproato e di introdurre nuove misure che assicurino una valutazione e una informazione appropriate per



le donne interessate. Il PRAC raccomanda inoltre che le aziende che commercializzano questi medicinali conducano ulteriori studi per caratterizzare la natura e la rilevanza dei rischi legati al valproato e di monitorare l'utilizzo futuro del valproato e gli effetti a lungo termine sulle gravidanze interessate.

Nota informativa su medicinali contenenti micofenolato mofetile (MMF) / acido micofenolico

Le evidenze cliniche disponibili non indicano un aumento del rischio di malformazioni o di aborto spontaneo nelle gravidanze nel caso in cui il padre abbia assunto medicinali contenenti micofenolato. Tuttavia, MMF e MPA sono genotossici e non è possibile escludere completamente il rischio. Si raccomanda che i pazienti di sesso maschile o le loro compagne utilizzino metodi contraccettivi affidabili durante il trattamento e per almeno 90 giorni dopo l'interruzione del trattamento.

Il rischio per le donne è immutato. I medicinali contenenti micofenolato rimangono controindicati nelle donne potenzialmente fertili che non utilizzano metodi contraccettivi affidabili. Questi medicinali sono inoltre controindicati nelle donne in gravidanza a meno che manchino valide alternative per la prevenzione del rigetto del trapianto.

Le pazienti potenzialmente fertili devono utilizzare almeno un metodo contraccettivo affidabile prima di iniziare la terapia, durante il trattamento e per 6 settimane dopo la sua conclusione. È preferibile, ma non obbligatorio, l'uso di due metodi contraccettivi. ■



a cura di
GIANCARLO TRICARICO
Medico Chirurgo, Specialista
in Reumatologia
ed Ematologia Generale
giantric@gmail.com



NOVITA'

legislative e previdenziali

DAL 25 MAGGIO VA IN VIGORE IL GDPR GENERAL DATA PROTECTION REGULATION

La sempre più imponente mole di dati immessa in Internet in questi ultimi anni ha reso necessaria una regolamentazione degli aspetti riguardanti l'osservanza della privacy e l'integrità dei sistemi di fronte ai crescenti e sempre più sofisticati attacchi informatici. A seguito della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 04 Giugno 2016, è entrato formalmente in vigore il 24 maggio 2016 il Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali 2016/679 o nella sua accezione inglese General Data Protection Regulation (GDPR) con questi principali obiettivi: rendere più omogenea la protezione dei dati personali di cittadini e residenti dell'Unione Europea, sia all'interno che all'esterno dei confini dell'Unione europea; affrontare il tema dell'esportazione dei dati personali al di fuori dell'Unione Europea; ottimizzare il controllo dei dati personali dei cittadini residenti nell'Unione Europea, adattando la normativa in base al contesto che riguarda gli affari internazionali nella quale si trova il titolare del trattamento degli stessi. Il GDPR è già stato adottato dall'Italia a partire dal 2016 e l'adozione diventa obbligatoria entro 25 Maggio 2018 per chiunque tratti dati ed in particolar modo, dati sensibili, come quelli sanitari.

PRIVACY E PROFESSIONE MEDICA

Per quanto attiene alle prescrizioni previste per l'attività medica, viene introdotto il principio di Accountability: il titolare del trattamento dei dati deve essere, in ogni tempo, in grado di dimostrare di aver adottato, in modo proattivo, un sistema complessivo di misure di protezione dei dati personali nell'espletamento delle attività svolte dall'azienda. Lo studio medico deve quindi dimostrare di essere stato proattivo.

I ruoli dei soggetti che possono trattare i dati dello Studio sono stati ampliati rispetto al passato:

- titolare del trattamento
- responsabile e incaricati
- co-titolare, sub-responsabile e soggetti autorizzati.

Il titolare del trattamento deve obbligatoriamente redigere il Registro dei Trattamenti e tenerlo costantemente aggiornato con le informazioni riguardo:

- Operatori interni e/o esterni allo Studio con accesso ai dati

- Finalità dei trattamenti dei dati
- Categorie e tipologie di dati
- Modalità e tempi di cancellazione dei dati
- Misure tecniche ed organizzative di protezione adottate al fine di ridurre gli attacchi informatici che mirano al danneggiamento, di qualsivoglia natura, dei Dati personali dei cittadini.

REGOLAMENTO UFFICIALE GDPR

Il GDPR è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Europea il 4 maggio 2016 ed entrato in vigore il 25 maggio dello stesso anno. Dal 25 maggio 2018 inizierà ad avere efficacia, andando a sostituire la direttiva sulla protezione dei dati (ufficialmente Direttiva 95/46/EC) istituita nel 1995 e abrogando le norme che risulteranno incompatibili con il Codice per la protezione dei dati personali (dlgs.n. 196/2003) attualmente in vigore. È possibile visualizzare e scaricare il testo completo del GDPR in italiano e in formato PDF dal sito eur-lex.europa.eu, così come è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Europea.

I PUNTI PRINCIPALI DEL NUOVO REGOLAMENTO POSSONO ESSERE COSÌ RIASSUNTI:

DATA BREACH (VIOLAZIONE DEI DATI)

È previsto l'obbligo di dare comunicazione all'autorità di controllo competente (e in alcuni casi ai diretti interessati), di eventuali attacchi informatici con violazioni dei dati personali entro il tempo massimo di 72h dall'evento.

PRIVACY IMPACT ASSESSMENT

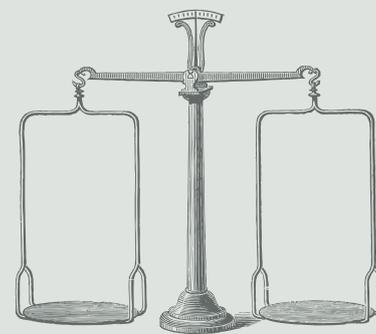
Nel caso di trattamenti con rischi elevati per i diritti e le libertà dell'individuo, il Titolare dei Dati deve procedere ad un Privacy Impact Assessment, cioè una valutazione dell'impatto dei trattamenti sulla privacy che effettuerà prima dell'inizio dei trattamenti con le figure più opportune del proprio organigramma Privacy.

LE SANZIONI

Il non rispetto della nuova normativa prevede un apparato sanzionatorio (non solo economico amministrativo) peggiorativo rispetto alla normativa precedente. Il Regolamento, quindi, prevede l'attribuzione di una tra le seguenti sanzioni economiche:



a cura di
GIANCARLO TRICARICO
Medico Chirurgo, Specialista
in Reumatologia
ed Ematologia Generale
giantric@gmail.com



- una multa fino a 10 milioni di euro o fino al 2% del volume d'affari globale registrato dall'azienda nell'anno precedente nei casi previsti dall'Articolo 83, Paragrafo 4 del Regolamento;
- fino a 20 milioni di euro o fino al 4% del volume d'affari registrato dall'azienda nei casi previsti dall'articolo 83, Paragrafi 5 e 6 del Regolamento.

Lo scopo principale del GDPR è, quindi, quello di ridurre gli attacchi informatici conoscendo le specifiche vulnerabilità dell'azienda. Proprio per la sua versatilità, si impongono anche multe onerose in caso di mancato adempimento del Regolamento stesso.

I PRINCIPI INTRODOTTI DAL NUOVO REGOLAMENTO POSSONO ESSERE COSÌ RIASSUNTI: ACCOUNTABILITY

Il titolare del trattamento dei dati personali è colui che determina le finalità e i mezzi del trattamento, ed è il responsabile dei rischi inerenti ai diritti e alle libertà delle persone fisiche, il quale deve dimostrare di aver adottato le misure adeguate per garantire che il trattamento è effettivamente conforme al Regolamento. Queste misure, proprio per la versatilità del GDPR, si adattano al contesto aziendale.

PRIVACY BY DESIGN

La Privacy by Design pone l'utente al centro del sistema privacy (per definizione, quindi, è "user centric"), qualsiasi progetto (sia strutturale sia concettuale)

va realizzato considerando dalla progettazione (appunto by design) la riservatezza e la protezione dei dati personali. La Privacy by Design comprende una trilogia di aree di applicazioni:

1. sistemi IT;
2. pratiche commerciali corrette;
3. progettazione strutturale e infrastrutture di rete.

E vengono individuati 7 principi definiti fondazionali che esprimono pienamente l'intero senso di questa prospettiva:

1. proattivo non reattivo - prevenire non correggere;
2. privacy come impostazione di default;
3. privacy incorporata nella progettazione;
4. massima funzionalità - valore positivo, non valore zero;
5. sicurezza fino alla fine - piena protezione del ciclo vitale;
6. visibilità e trasparenza - mantenere la trasparenza;
7. rispetto per la privacy dell'utente - centralità dell'utente.

Le applicazioni pratiche della Privacy by Design sono molteplici e non soggette a limiti (dalla progettazione strutturale di edifici o di ambienti, alla realizzazione di un progetto tecnologico o organizzativo, ad ogni soluzione progettuale in ambito IT).

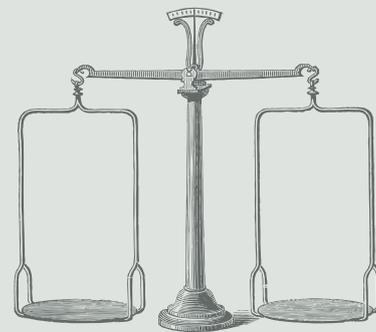
PRIVACY BY DEFAULT

La privacy by Default è sostanzialmente l'impostazione predefinita che preveda il trattamento dei soli dati necessari al perseguimento delle finalità dichiarate; in questo modo, solo i dati personali necessari alle finalità del trattamento potranno essere raccolti ed utilizzati dai sistemi informatici e dai responsabili del trattamento, in uno specifico periodo di conservazione.

DIRITTO ALL'OBLIO

Il diritto all'oblio di cui all'art. 17 del GDPR è in realtà il diritto alla cancellazione dei dati di una persona fisica, esteso e regolato anche con





riferimento alla società digitale. Per un verso esso conferma e adegua al mondo digitale punti fermi del diritto alla cancellazione dei dati quando essi non sono più necessari alle finalità per cui sono stati raccolti, o quando viene revocato il consenso e i dati non possono essere trattati dal titolare su una base giuridica diversa. Il GDPR aggiunge anche il diritto di opposizione dell'interessato, a condizione che non sussista alcun interesse legittimo prevalente del titolare (art. 21, paragrafo 1), oppure l'opposizione si basi sull'art. 21 paragrafo 2, e cioè i dati siano trattati per finalità di marketing diretto.

DIRITTO AL RISARCIMENTO

Chiunque subisca un danno materiale o immateriale provocato da una violazione del presente Regolamento ha il diritto di ottenere il risarcimento del danno dal titolare del trattamento – o dal responsabile del trattamento -, se e solo se, quest'ultimo non sia in grado di dimostrare che il danno in questione non gli sia in alcun modo imputabile.

GDPR COME BENEFICIO

Il Regolamento impone un elevato impegno da parte delle aziende, perché mette in discussione l'intero sistema di

progettazione (a causa del privacy by design e by default). Inoltre, l'impegno economico richiesto non è trascurabile, perché si richiede di investire nell'adozione di adeguate misure di prevenzione. L'impegno morale ed economico richiesti, però, saranno sempre inferiori rispetto ad un eventuale attacco informatico con l'aggiunta delle sanzioni espresse dal Regolamento, infine le aziende si troveranno quindi ad affrontare l'adempimento normativo comunitario, con un'opportunità unica e irripetibile di rivedere completamente la propria strategia di trattamento dell'informazione, includendo politiche di data retention, conservazione digitale e ammodernamento in chiave digitale dei processi aziendali. Per mettersi in regola Il Titolare del Trattamento dei Dati (lo Studio Medico) deve:

- Effettuare una Gap-Analysis (Assessment vs. GDPR), che evidenzi le discrepanze fra la propria situazione documentale/ amministrativa ed operativa e le prescrizioni GDPR.
- Definire ed adottare le misure prescritte.
- Mantenere in maniera proattiva ed aggiornata la fotografia dello stato GPDR
- Definire i Ruoli (interni, ma soprattutto esterni) e le Deleghe.
- Dare comunicazione agli organi preposti in caso di Data Breach.

Sono già disponibili in Rete diverse soluzioni informatiche che gestiscono l'analisi della propria posizione rispetto alle prescrizioni del GDPR, che aggiornano in maniera "guidata" il Registro dei Trattamenti e che, in caso di attacco informatico, indicano le procedure per darne comunicazione agli organi preposti. Come si è detto l'inosservanza del nuovo regolamento può costare caro e la scadenza del 25 maggio si avvicina.

Fonti:

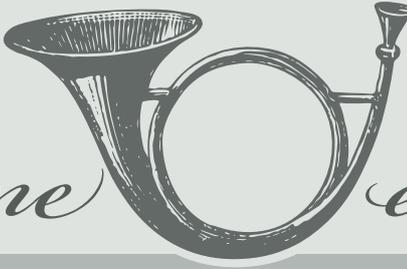
<http://www.beantech.it/blog/articoli/gdpr/>

<https://www.agendadigitale.eu/cittadinanza-digitale/gdpr-tutto-cio-che-ce-da-sapere-per-essere-preparati/>



BANDI

formazione e opportunità



BANDI NAZIONALI

BANDO CONCORSO DIRIGENTE MEDICO GINECOLOGIA E OSTETRICIA - CASERTA

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N.2 DI CASERTA
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di undici posti di dirigente medico di varie discipline. Provincia: CASERTA Regione: CAMPANIA
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Concorsi numero 21 del 13-03-2018. Figura: Dirigente medico ginecologia e ostetricia
Posti: 11 - Scadenza: 12-04-2018

BANDO CONCORSO DIRIGENTE MEDICO DI GASTROENTEROLOGIA - NAPOLI

ASL NA 1 DI NAPOLI
Concorso pubblico, per titoli ed esame, per la copertura a tempo indeterminato di cinque posti di dirigente medico di gastroenterologia. Provincia: NAPOLI - Regione: CAMPANIA
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Concorsi numero 22 del 16-03-2018. Figura: Dirigente medico di gastroenterologia
Posti: 5 - Scadenza: 15-04-2018

BANDO CONCORSO DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE - PARMA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di un posto di dirigente medico, disciplina di anestesia e rianimazione. Prov.: PARMA - Regione: EMILIA ROMAGNA.
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Concorsi numero 22 del 16-03-2018. Figura: Dirigente medico anestesia e rianimazione
Posti: 1 - Scadenza: 15-04-2018

BANDO CONCORSO DIRIGENTE MEDICO NEUROCHIRURGIA - POTENZA

AZIENDA OSPEDALIERA 'SAN CARLO' DI POTENZA
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di due posti di dirigente medico della disciplina di neurochirurgia, per il presidio ospedaliero San Carlo di Potenza. Prov.: POTENZA - Regione: BASILICATA. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Concorsi numero 22 del 16-03-2018
Figura: Dirigente medico neurochirurgia
Posti: 2 - Scadenza: 15-04-2018

CERCASI / OFFRESI

Roma Cinecittà vicinanze Università Tor Vergata vende in Residence signorile penta vani con ampi balconi a doppia esposizione provvisto di impianto termico e condizionamento, settimo piano non ultimo.
Box auto doppio.
PER INFORMAZIONI TEL:
349 5377040 / 331 7718571 / 339 7130159

CERCA / TROVA

TI PIACEREBBE CONDIVIDERE IL TUO STUDIO
CON ALTRI COLLEGHI?

VORRESTI VENDERE ATTREZZATURE
CHE NON USI PIÙ?

CERCHI UN PARTNER PER IL TUO PROGETTO
O LA TUA ATTIVITÀ?

Cerca/Trova è la rubrica del nuovo Notiziario OMCeO rivolta a tutti coloro che hanno bisogno di uno spazio dove poter pubblicare un annuncio professionale.

Inviare i vostri annunci e le vostre inserzioni a
notiziario@omceo.bari.it

inserendo come oggetto della mail
"Notiziario - Rubrica Cerca/Trova"

There's an app for that!

Una selezione delle migliori App per il settore Science/Medicina. Per non perdersi nel mare magnum degli store online



FREE

Cochrane Library

È l'App che permette di avere in ogni momento e a portata di click tutti i contenuti del Cochrane Database of Systematic Reviews, la risorsa principale per le revisioni sistematiche in ambito sanitario. Si tratta di una raccolta di sei database che contengono diversi tipi di prove di efficacia, indipendenti e di alta qualità, con lo scopo di supportare il processo decisionale nell'assistenza sanitaria, e un settimo database che fornisce informazioni sui gruppi Cochrane.

Dispositivi: iPhone e iPad con iOS 8.0 e successivi

Prezzo: Gratis



FREE

Doctor Oral

Fornisce agli operatori del settore sanitario e agli studenti di Medicina e di Odontoiatria e P.D, un percorso guidato per la diagnosi di lesioni del cavo orale. Ogni ipotesi diagnostica è accompagnata da una scheda riassuntiva e da alcune immagini cliniche della malattia che forniscono all'utilizzatore ulteriori informazioni. L'utente potrà scattare immagini cliniche del proprio caso che potranno essere confrontate a quelle della o delle ipotesi finali. L'App è, poi, utile anche per la gestione odontoiatrica del paziente a rischio di osteonecrosi delle ossa mascellari farmaco-relata.

Dispositivi: iPhone, iPad, iPod Touch

Prezzo: Gratis



FREE

Doctor chat

Questa App dal design semplice e intuitivo agevola la comunicazione e lo scambio di opinioni tra medici. Permette, infatti, di interagire con i colleghi di tutto il mondo, di chiedere consigli su un particolare caso o paziente, condividendo esperienze e punti di vista. Tutti i casi che verranno sottoposti e risolti grazie alla partecipazione degli utenti saranno pubblicati (oscurando il nome del medico che partecipa alla conversazione per tutelarne la sua privacy) sul portale di Doctor Chat allo scopo di creare un utile strumento da consultare da medici e studenti di tutto il mondo.

Dispositivi: iOS e Android

Prezzo: Gratis



FREE

Edicola Salute

Questa App informa e aggiorna tutti i cittadini in tema di sanità e salute, consentendo la consultazione gratuita delle pubblicazioni del Ministero della Salute. Le pubblicazioni disponibili, a cura della Direzione generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali, sono suddivise in quattro categorie: quaderni della salute; relazione sullo stato sanitario del paese; opuscoli; temi e professioni.

Dispositivi: iOS e Android

Prezzo: Gratis



FADOI Guides

Promuove la divulgazione scientifica in ambito internistico e della medicina d'Urgenza e permette ai medici di consultare le linee guida per la diagnosi e il trattamento delle principali patologie del paziente critico e di identificare l'approccio diagnostico e terapeutico più adatto al caso in esame. Oltre a un calcolatore scientifico, tavole e tabelle, l'App offre anche una ricca bibliografia da cui trarre spunto per eventuali ulteriori approfondimenti.

Dispositivi: iOS

Prezzo: 5,49 Euro



FREE

iObstetrics

iObstetrics aiuta i medici a guidare le pazienti in attesa, in tutte le fasi della gravidanza fino al parto. Tra le tantissime funzioni: il calcolo della differenza ecografica; la determinazione dell'epoca gestazionale effettiva; la cartella ostetrica e le note personali su visite o prescrizioni; l'elenco di tutti gli esami, compresi quelli in esenzione, da effettuare in gravidanza; le curve Doppler sincronizzate ad ogni paziente; etc

Dispositivi: iPhone, iPad

Prezzo: Gratis



Clinical Training in Orthodontics

Corso clinico-pratico di ortodonzia
con frequenza in Studio

Il Clinical Training si rivolge a giovani laureati che vogliono imparare la moderna ortodonzia. La frequenza in studio, due volte la settimana, consentirà ai partecipanti di trattare personalmente i vari pazienti affrontando tutte le fasi della terapia ortodontica.

I partecipanti raggiungeranno un ottimo livello di preparazione che consentirà di avviare il proprio Studio di ortodonzia e eventuali consulenze presso altri Colleghi.

Casi clinici curati dal Dott. Armenio



Sporgenza superiore



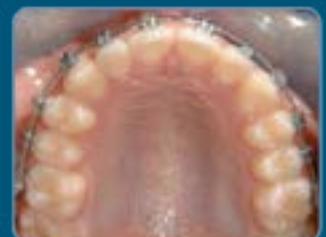
Morso inverso



Espansione del palato



Disallineamento



Mandibola protrusa



Mandibola retrusa



Dott. Alberto Armenio: Laureato in Odontoiatria presso l'Università di Bari, ha conseguito l'International Post Graduate Program in Orthodontics presso la New York University. Presso la stessa Università è stato Teaching Fellow e Docente del reparto di Ortodonzia. La sua formazione è stata completata con il conseguimento della Specializzazione in Ortodonzia presso l'Università di Napoli. Il Dr. Alberto Armenio, ha ideato e brevettato la Tecnica Clever per l'allineamento dei denti, ed è stato Editor e Direttore Scientifico di "Ortho - Italian Journal of Orthodontics".

Info: 345.9185260 - www.albertoarmenio.it



**CHI
AGGREDISCE
UN MEDICO,
AGGREDISCE
SE STESSO.**

**DIFENDIAMO CHI DIFENDE
LA NOSTRA SALUTE**



Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Bari

www.omceo.bari.it