

# Brindisi Medica

RIVISTA TRIMESTRALE - ANNO XXXVIII - n. 4 - 2010



ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE  
DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI BRINDISI  
*fondato da Antonio Nicola Quarta*

# PROGETTO SALUTE

## • Speciale 2010

- 2 La storia dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brindisi - Quarta Parte  
*di Franco Prettico*

## • Il Confronto

- 6 Regolamento per le Prescrizioni ed il Monitoraggio in materia di Assistenza Sanitaria  
*di Emanuele Vinci*

## • Il Codice deontologico

- 7 Leggiamo insieme il Codice Deontologico ... un articolo per volta. *Art. 20 - Rispetto dei diritti della persona*  
*di Antonio Nicola Quarta*

## • La Vita dell'Ordine

- 9 Convocazione Assemblea degli iscritti
- 10 Celebrazioni del Centenario della istituzione degli Ordini dei Medici 1910-2010
- 11 Eventi formativi: La medicina di genere
- 12 Variazioni all'Albo dei Medici
- 12 Variazioni all'Albo degli Odontoiatri

## • La Memoria dell'Ordine

- 13 In ricordo del dott. Daniele Valletta  
*di Antonio Nicola Quarta*

## • Le informazioni

- 14 Emanato il Decreto che avvia i Master per Medici Competenti  
*di Silvio Tafuri*
- 15 Monitoraggio delle scuole di specializzazione
- 16 Mozioni CNSU: riforma dei percorsi post-lauream e specializzandi non medici  
*di Silvio Tafuri*

- 17 Specializzandi '82/'91: dalla Corte d'Appello 100 mila euro a medico
- 17 Piani di rientro, siglato accordo con la Regione Puglia
- 17 115 mila medici in pensione entro 15 anni, è emergenza formazione
- 18 Annuario Istat 2010: in calo le strutture sanitarie
- 18 Ateneo Pontificio Regina Apostolorum nella Città di Brindisi
- 19 L'8 febbraio 2011 scade il termine ultimo per iscriversi volontariamente all'ONAOI

## • La previdenza

- 20 Nuova Polizza Sanitaria Enpam

## • Il lavoro e la professione

- 21 Legge Regionale 24 settembre 2010, n. 12 - Art. 3 - Tetti di spesa - Liste di Attesa - Disposizioni urgenti
- 32 Novità riguardanti il certificato medico per la patente di guida  
*di Elisabetta Quaranta*
- 34 Medicina difensiva: tra timori di denunce ed eccessi di spesa
- 35 Circolare del Ministero del Lavoro - valutazione del rischio stress lavoro-correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D.Lgs. 81/08

## • Oltre il lavoro e la professione

- 36 Medici scrivono  
Giovanni Narracci. *L'urlo della vittoria*

## LA SEZIONE SCIENTIFICA

### • Articoli Originali

- 41 La ricerca sulla genetica della schizofrenia in Puglia: "Un esempio di collaborazione Università-Territorio"  
*di Marco Colizzi, Francesco Colizzi, Graziella Di Bella, Marcello Nardini, Alessandro Bertolino*

# La storia dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brindisi

QUARTA PARTE

di FRANCO PRETTICO

*Continua la pubblicazione della storia della istituzione ordinistica nell'anno del suo centenario. Con la quarta parte completiamo la narrazione che abbiamo iniziato col primo numero della rivista del 2010. Concludiamo con l'evoluzione istituzionale dell'Albo degli Odontoiatri e le diverse sedi dell'Ordine nella nostra provincia.*

## Albo degli Odontoiatri: cenni storici ed istituzionali

Nel 1985 viene pubblicata sulla G.U. del 13 agosto 1985 la legge 409 del 24 luglio 1985 "Istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di stati membri delle comunità europee", che istituì l'albo degli odontoiatri.

Anche la provincia di Brindisi si adegua al dettato legislativo.

Nella riunione del consiglio direttivo dell'Ordine del 26 settembre 1985, recependo la suddetta legge, viene istituito in provincia di Brindisi l'albo degli Odontoiatri (art. 4 legge 409/1985).

Nel consiglio direttivo del 23 dicembre 1985, furono effettuate le prime iscrizioni all'albo dei laureati in odontoiatria<sup>1</sup>.

Prima iscritta in assoluto risulta essere la dott.ssa Maria Lina Di Pierro (4 luglio 1960).

Nel consiglio direttivo dell'Ordine del 20 febbraio 1986, viene deliberato di indire l'assemblea elettorale per la elezione della commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri, per i giorni 23-24 e 25 maggio 1986 (art. 22 legge 409/85)<sup>2</sup>.

- La prima assemblea elettiva degli iscritti all'albo degli odontoiatri in provincia di Brindisi, si tenne nei giorni 23-24 e 25 maggio 1986. Risultarono eletti i seguenti sanitari quali componenti della commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri:

Palminteri Giuseppe; Cavino Cosimo Salvatore; Cavallo Valter; D'addario Michele; Scarano Catanzaro Roberto.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della Legge 409/1985<sup>3</sup>.

Per quanto riguarda invece la presidenza della commissione, nell'incertezza interpretativa della legge ed



in attesa di chiarimenti ufficiali da parte del Ministero della sanità e della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fu il Presidente dell'Ordine in carica, il prof. dott. Antonio Nicola Quarta, a dirigere e coordinare i lavori della commissione stessa.

- Nel 1987, il 27-28 e 29 novembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinarie per il triennio 1988-1990 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari



quali componenti della commissione odontoiatrica:

Cavino Cosimo Salvatore; Palminteri Giuseppe; Cavallo Valter; D'addario Michele; Scarano Catanzaro Roberto.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 21 aprile 1988, viene deliberata la nomina di un coordinatore della stessa commissione che si rappresenterà col Presidente dell'Ordine nella figura del dott. Giuseppe Palminteri (14 maggio 1939).

- Nel 1990, il 6-7 e 8 dicembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinistiche per il triennio 1991-1993 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari quali componenti della commissione odontoiatrica:

Corso Alessandro; Calò Angelo Amodio; Annicchiarico Antonio; Cavallo Valter; Francavilla Giuseppe.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 21 maggio 1991, viene eletto coordinatore-delegato il dott. Calò Angelo Amodio (07/07/1953). Segretario il dott. Cavallo Valter.

In effetti la carica di "segretario" non è prevista dall'ordinamento ma la commissione di Brindisi, analogamente ad altre commissioni d'Italia e per consentire il disbrigo di incombenze varie, provvede ad indicare un sanitario per questo incarico.

- Nel 1993, il 27-28 e 29 novembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinistiche per il triennio 1994-1996 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari quali componenti della commissione odontoiatrica:

Annicchiarico Antonio; Truppa Tommaso; Calò Angelo Amodio; Cavallo Valter; Labile Luigi.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 30 dicembre 1993, viene eletto coordinatore-delegato il dott. Calò Angelo Amodio. Segretario il dott. Cavallo Valter.

- Nel 1996, il 16-17 e 18 novembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinistiche per il triennio 1997-1999 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione

odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari quali componenti della commissione odontoiatrica:

Annicchiarico Antonio; Rotunno Fabrizio; Cavallo Leonardo; Faldetta Margherita; Poli Mario.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 18 dicembre 1996, viene eletto Presidente della commissione il dott. Annicchiarico Antonio (25 novembre 1941 - 8 novembre 2005). Segretario il dott. Poli Mario<sup>4</sup>.

- Nel 1999, il 20-21 e 22 novembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinistiche per il triennio 2000-2002 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari quali componenti della commissione odontoiatrica:

Russo Fedelfranco; Faldetta Margherita; Annicchiarico Antonio; Cavallo Leonardo; Poli Mario.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 17 dicembre 1999, viene eletto Presidente della commissione il dott. Poli Mario (2 marzo 1958). Non risulta indicato il segretario.

- Nel 2002, il 23-24 e 25 novembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinistiche per il triennio 2003-2005 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari quali componenti della commissione odontoiatrica:

Quarta Riccardo; Poli Mario; Cavallo Leonardo; Ruggiero Carla; Russo Fedelfranco.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 17 dicembre 1999, viene eletto Presidente della commissione il dott. Poli Mario. Segretario il dott. Quarta Riccardo.

- Nel 2005, il 16-17 e 18 novembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinistiche per il triennio 2006-2008 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari quali componenti della commissione odontoiatrica:

Quarta Riccardo; Vinci Antonio; Corso Alessandro; Poli Mario; Valentini Antonio.



Uno scorcio della sala riunioni di Via M. Pacuvio. Si riconoscono (in senso orario) Mengano, Puosi, Gaballo, Quarta, Silvestre.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 2 dicembre 2005, viene eletto Presidente della commissione il dott. Valentini Antonio (13 giugno 1955). Segretario il dott. Quarta Riccardo.

- Nel 2008, il 2-3 e 4 novembre, si tenne l'assemblea elettorale per la elezione delle cariche ordinistiche per il triennio 2009-2011 e precisamente per il consiglio direttivo dell'Ordine, per la commissione odontoiatrica e per i revisori dei conti.

Il risultato comportò l'elezione dei seguenti sanitari quali componenti della commissione odontoiatrica:

Valentini Antonio; Labile Luigi; Cavallo Leonardo; Poli Mario; Romano Raffaella.

I primi due saranno integrati nel consiglio direttivo dell'Ordine, come previsto dall'art. 6 della legge 409/85.

Nella riunione della commissione del 21 novembre 2008, viene eletto Presidente della commissione il dott. Valentini Antonio (13 giugno 1955). Segretario la dott. ssa Romano Raffaella.

### Le sedi dell'Ordine dei medici di Brindisi

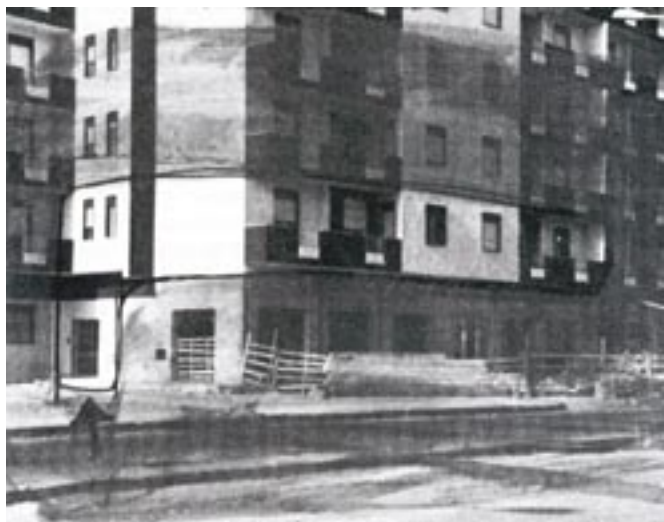
In provincia di Brindisi l'Ordine dei medici chirurghi ha usufruito di più sedi per gli uffici e per l'archivio.

In particolare dal 1947 in poi risulta una sede provvisoria presso il "Laboratorio provinciale medico micrografico" dell'Amministrazione Provinciale Brindisi in via De Leo, il cui direttore era uno dei componenti della commissione straordinaria prevista dall'art. 22 del DL-CPS n. 241/1946, il dott. Giovanni Mengano.

Per circa 12/13 anni, l'Ordine usufruirà di tale sede provvisoria<sup>5</sup>.

Nel 1960 – atto notaio E. Travaglini di Brindisi del 27 maggio 1960, reg.to ivi il 9 giugno 1960 al n. 2175<sup>6</sup> – l'Ordine acquistò un immobile sito alla via Marco Pacuvio, 5 - p. p. - adibito a sede dell'Ordine. L'immobile era composto da un ufficio di segreteria, di presidenza ed un piccolo salone per le riunioni assembleari. In quest'ultimo erano sistemati anche gli armadi con gli archivi relativi ai fascicoli personali dei sanitari iscritti.

Nel 1978, l'Ordine acquistò un immobile in viale Liguria, 106 (poi divenuto viale P. Togliatti 42) – primo piano – dalla ditta Leccisi e Carparelli. Atto del notaio E.



1977. Il cantiere dell'attuale sede di Via P. Togliatti (all'epoca Viale Liguria).

Narciso di Brindisi del 24 marzo 1982 registrato ivi il 9 aprile 1982 al n. 1742<sup>7</sup>.

L'immobile, che rappresenta l'attuale sede dell'ente, occupa un intero piano, con uffici, presidenza, sala consiglio, sala biblioteca, sala archivio ed un salone per le assemblee ed i convegni.

Nella sala archivio sono sistemati gli armadi con i fascicoli personali dei sanitari.

#### Note

<sup>1</sup> L'art. 22 della Legge 409/85 "Nella prima attuazione della presente legge, il Consiglio provinciale dell'Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri provvede alla iscrizione degli odontoiatri per la prima formazione dell'Albo professionale [...]"

<sup>2</sup> L'art. 22 della Legge 409/85 "[...] Entro e non oltre sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il presidente dell'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri indice l'assemblea degli iscritti nell'Albo degli odontoiatri, la quale provvede alla elezione dei componenti del Consiglio e della commissione per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri [...]"

<sup>3</sup> L'art. 6 della L. 409/85 "[...] La composizione dei Consigli direttivi degli Ordini provinciali e del Comitato centrale della Federazione nazionale di cui al primo comma dell'art. 2 ed al secondo comma dell'art. 12 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, è aumentata rispettivamente di due membri iscritti all'Albo degli odontoiatri [...]"

<sup>4</sup> Circolari interpretative della Federazione nazionale avevano sancito la presenza della figura del Presidente della commissione. Nulla invece per quella di Segretario che restava nella volontà delle singole commissioni.

<sup>5</sup> Nel Verbale dell'Assemblea Straordinaria dell'11 maggio 1958 (seconda convocazione) conservato nei registri dei verbali dell'O. "[...] Mengano, richiamandosi a quanto è stato affermato all'inizio dal presidente, tiene a chiarire che con molto entusiasmo ha offerto e offre ospitalità all'Ordine dei Medici della provincia di Brindisi nei locali del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi e che quindi non pensa all'acquisto della nuova sede per liberarsi di un fastidio, ma solo perché ha potuto rendersi conto in circa dodici anni che il funzionamento dell'Ordine richiede assolutamente una propria sede, nella quale possano allocarsi tutti i documenti, i registri, ecc. dell'Ordine stesso e nella quale possa trovare posto il personale addetto e possano anche riunirsi il Consiglio, l'Assemblea e tutti i Medici che lo vorranno [...]"

<sup>6</sup> Il tutto si rileva dall'atto di compravendita dell'immobile di via M. Pacuvio dall'Ordine al sig. Addis Massimo del 23 febbraio 1984, conservato nell'archivio dell'Ordine.

<sup>7</sup> Il tutto si rileva dall'atto di compravendita dalla ditta Leccisi e Carparelli all'Ordine, conservato nell'archivio dell'Ordine.

Fine



Uno scorcio dell'attuale sala conferenze in Via Togliatti. Si riconoscono a sn. il Presidente Dott. Emanuele Vinci e a dx, seduto, il VicePresidente dott. Giuseppe Martello.

## **Regolamento per le Prescrizioni ed il Monitoraggio in materia di Assistenza Sanitaria**

di **EMANUELE VINCI**  
*Presidente dell'Ordine*

Si richiama l'attenzione delle SS.LL. sul dettato del Regolamento Regionale n. 17 del 17.11.2003 "Regolamento per le Prescrizioni ed il Monitoraggio in materia di Assistenza Sanitaria", pubblicato sul nostro sito web [www.omceobrindisi.it](http://www.omceobrindisi.it)

Il mancato rispetto delle norme ivi contenute è causa di continue e logoranti polemiche tra categorie sanitarie (ospedalieri, specialisti convenzionati, medici di libera scelta, ecc.) che, vi assicuro, non fanno bene all'insieme degli iscritti.

Inoltre, il mancato rispetto di dette norme e la conseguente conflittualità tra sanitari, il più delle volte, configura una violazione del Codice Deontologico, prefigurando il conseguente intervento disciplinare da parte dell'Ordine, ai sensi degli artt. 58 e 59 C.D.M.

Sicuro che la leale collaborazione tra colleghi, il rispetto reciproco e la considerazione dell'attività professionale di ognuno, possa risolvere, nella maggior parte dei casi, ogni problema, vi saluto cordialmente.



### **Auguri**



*A nome dei componenti*

*il Consiglio dell'Ordine e mio personale,  
formulo per tutti i colleghi della Provincia  
e per i loro familiari gli auguri più fervidi  
ed affettuosi di buone feste  
e per un anno felice e pieno di soddisfazioni.*

**EMANUELE VINCI**

# Leggiamo insieme il Codice Deontologico ... un articolo per volta **Art. 20 - Rispetto dei diritti della persona**

di **ANTONIO NICOLA QUARTA**  
Componente Comitato Editoriale

*Il medico, nei rapporti con il cittadino, deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.*

\* \* \*

Ormai da alcuni decenni si è verificata una svolta in relazione alla collocazione del medico nella società ed ai compiti del medico nei confronti del cittadino. E l'attuale art. 20, che stiamo in questa sede considerando, riporta parola per parola il contenuto dell'art. 17 del CD/1995 con la semplice eccezione della sostituzione della parola "paziente" con quella di "cittadino". Questa operazione ha un suo significato profondo, sottintendendo la opportunità di riequilibrare le posizioni tra il medico e il cittadino anche per garantire il rispetto dei diritti di ciascuno.

Inoltre, già in quell'art. 17 era presente una novità fondamentale giacché, mentre in precedenza era soltanto stabilito per il medico l'impegno a non operare interventi diretti ad influenzare le opinioni morali, religiose o politiche del paziente stesso, si passava ad una impostazione attiva di tutela e di rispetto dei diritti fondamentali del paziente. In altre parole, si era verificata una solenne affermazione dei principi fondamentali degli artt. 2 e 3 della Costituzione trasformandoli da norma giuridica a norma deontologica.

Questo ovviamente fa riferimento, prima di tutto, alla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo con cui si stabiliva l'universalità di tali diritti, rivolti ai popoli del mondo intero e basato su un concetto assoluto e intrinseco della dignità umana. E oltre all'ONU, anche gli Stati membri del Consiglio d'Europa hanno progredito su questo percorso sottoscrivendo nel 1950 a Roma una Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'Uomo. Da allora la nozione dei diritti umani si è estesa sempre di

più anche attraverso dispositivi diretti a sorvegliare e punire le violazioni di questi diritti fino a giungere alla creazione del Consiglio dei diritti dell'Uomo dell'ONU nel marzo del 2006.

Tutto ciò è sufficiente per sottolineare l'importanza dell'argomento in oggetto, evincendosi molto chiaramente che il fondamento dell'assistenza resta sempre, nel rapporto medico-persona assistita, la relazione d'aiuto interpretata in chiave di crescente autonomia del cittadino.

**opportunità di riequilibrare le posizioni tra il medico e il cittadino anche per garantire il rispetto dei diritti di ciascuno.**

È pertanto evidente che il tradizionale rapporto medico-paziente, che comunque ha subito trasformazioni notevoli nel corso dei decenni, rappresentato dal modello *scienza e coscienza da parte del medico e fiducia e docilità da parte del malato*, non è più attuale né sostenibile nel momento in cui il malato è pronto a

ritirare la sua fiducia o il medico è pronto ad adottare una strategia di difesa trincerandosi dietro l'autorità della scienza minata peraltro da quotidiane denunce di malasania.

Si ha ormai a che fare con un cittadino colto e informato (o che si ritiene tale), consapevole delle sue scelte e del diritto della decisione finale per cui è indispensabile modificare comportamenti che si sono radicati nei secoli. Non è più sostenibile neanche la tanto sbandierata alleanza terapeutica: il medico giura, da Ippocrate in poi, di difendere il malato e di dedicarsi a promuovere il suo bene mentre il malato non ha alcun giuramento da fare ed ha solo la pretesa di conservare la sua salute.

**Si ha ormai a che fare con un cittadino colto e informato, consapevole delle sue scelte e del diritto della decisione finale**

A questo punto è necessario fare riferimento all'alba del 2000 quando il Piano Sanitario Nazionale fu presentato con il titolo lungimirante di "Un patto di solidarietà per la salute" in cui era già scritto, e molti non se ne sono accorti, che un patto si fa tra pari ed implica per definizione una reciprocità anche se i ruoli sono diversi.

Infatti, quella figura di medico che fino a mezzo secolo fa era percepita dal pubblico dei pazienti come una figura di grande prestigio e la cui sapienza era senza limiti, aveva col paziente un rapporto privato senza alcuna interferenza esterna; quel medico era assolutamente libero sia nella prescrizione terapeutica sia nel rispondere della diagnosi in cui potevano interferire soltanto altri medici: la parola rassicurante del medico, la sua prescrizione o la sola presenza fisica erano sufficienti a determinare fiducia e collaborazione.

Nella società attuale, tutto ciò sembra lontano mille miglia e il rapporto con il paziente, come tutti sappiamo, si configura in un modo assolutamente diverso e la figura del medico ha perduto quel grande prestigio che egli stesso ha cercato sempre di conservare anche per la forza psicologica e psicoterapeutica che poteva esprimere nei confronti del paziente. Gli stessi sociologi stanno studiando, come fenomeno sociale, il cosiddetto declino della professione medica.

Le cause di questa radicale trasformazione sono molteplici e risulta veramente difficile farne un elenco. È banale ricordare la parcellizzazione superspecialistica della professione e la sua eccessiva burocratizzazione, la confusione provocata dall'emergere di numerose altre professioni sanitarie, certe disposizioni e certe linee-guida che mortificano l'esercizio della professione medica. Ma la radice di questo declino può essere ricondotta principalmente a due enormi novità:

- la nascita di un Servizio Sanitario Nazionale, con le relative ASL, che ha inserito un ente nel rapporto tra il medico ed il paziente trasformando un rapporto privato in un rapporto pubblico con tutte le conseguenze che è facile immaginare;

- il diffondersi, e la volgarizzazione a tutti i livelli, delle conoscenze mediche dovuto alla diffusione dei mezzi di comunicazione di massa; più volte e da alcuni decenni abbiamo avuto modo di denunciare la gestione cervellotica ed incontrollata di certe trasmissioni sedicenti scientifiche che divulgano successi e scoperte che al momento rappresentano soltanto il primo gradino di un progetto di ricerca che forse porterà entro qualche decennio a certi risultati. Sarebbe opportuno a questo

**un patto si fa tra pari ed implica per definizione una reciprocità anche se i ruoli sono diversi.**

**Gli stessi sociologi stanno studiando, come fenomeno sociale, il cosiddetto declino della professione medica.**

**la stessa medicina ha bisogno urgente di ritrovare la sua "umanità" nel senso più completo.**

proposito affrontare il problema con i medici e soprattutto con i mass media affinché non coinvolgano medici in queste trasmissioni, nel rispetto dell'ultimo comma dell'art. 56 del CD secondo cui *"Il medico non deve divulgare notizie*

*su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie"*.

È evidente come questi stravolgimenti hanno portato ad una difficoltà di rapporti per cui è diventato più difficile fare il medico ma anche fare il malato essendo superate comode e collaudate forme di comportamento per assumerne altre che richiedono sacrificio, impegno e consapevolezza da parte di tutti.

Dobbiamo essere sinceri con noi stessi: oggi l'oggetto della medicina come scienza spesso non è la persona dell'ammalato ma piuttosto il fenomeno biologico di deviazione dalla corretta fisiologia per cui la stessa medicina ha bisogno urgente di ritrovare la sua "umanità" nel senso più completo. Non c'è esercizio della medicina senza incontro con l'altro, senza rapporto personale: il medico non incontra prima di tutto mezzi, macchine, tecnologie più o meno sofisticate e carte, ma incontra persone per giunta in condizioni di debolezza, di sofferenza e di bisogno che si consegnano

nelle sue mani. A questo proposito, mi piace ricordare le alate parole del Card. Tettamanzi, Assistente Nazionale AMCI, il quale sostiene che "il medico deve essere al tempo stesso e in ogni circostanza un nemico della malattia e un amico del malato, uno scrupoloso indagatore del suo corpo e un attento ascoltatore del suo spirito, un delicato manipolatore delle sue membra e un discreto suggeritore del suo animo...!"

In conclusione, la nostra fiduciosa speranza è che tutto ciò possa riuscire utile anche per consentire al medico di riconquistare la dignità ed il prestigio che gli sono propri e di cui ha sempre goduto ma che ha pressochè perduto in modo progressivo e quasi silente nella svolta scientifica e professionale impressa alla storia della medicina nella seconda metà del XX secolo.

Lo scopo finale è quello di realizzare che il medico possa svolgere al meglio la sua alta missione.



## Convocazione Assemblea degli iscritti

Brindisi, 20 Novembre 2010

Ai Sigg. Medici Chirurghi  
ed Odontoiatri  
Iscritti agli Albi della Provincia  
LORO SEDI

L'Assemblea degli iscritti è convocata in Brindisi presso l'Istituto Alberghiero, Via Appia 356, Brindisi, in prima convocazione alle ore 8,00 del 16/12/2010 ed **in seconda convocazione alle ore 17,00 del 17/12/2010**.

Sarà discusso il seguente ordine del giorno:

1. Relazione finanziaria ed approvazione bilancio di previsione 2011;
2. Relazione dei Revisori dei Conti.

Il bilancio di previsione è in visione presso la Segreteria dell'Ordine per tutti i colleghi che intendono consultarlo. Si pregano gli iscritti di partecipare e di essere puntuali.

Collegiali saluti.

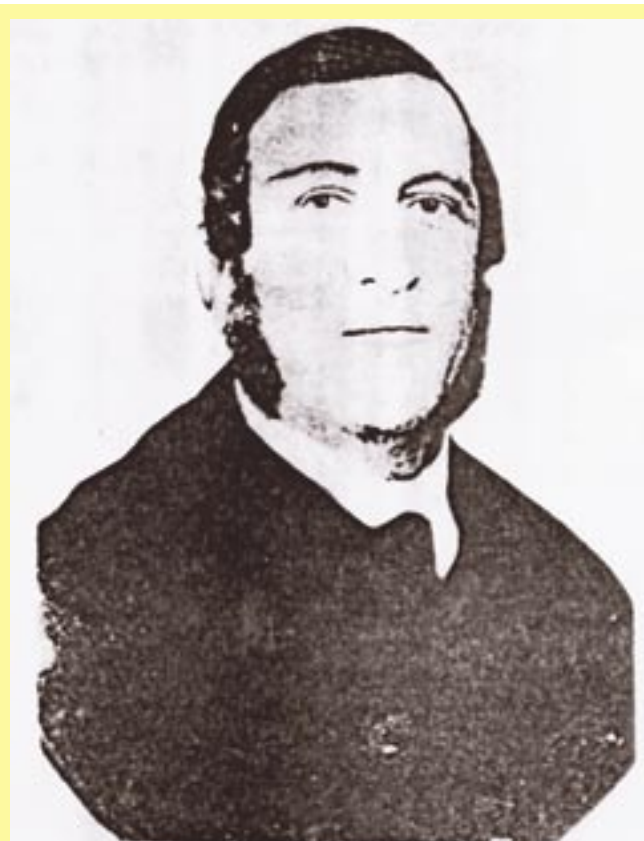
Firmato: Il Segretario  
Dott.ssa Madia Magri

Firmato: Il Presidente  
Dott. Emanuele Vinci

**N. B.:** Le eventuali deleghe, in numero massimo di due, devono essere apposte su questo stesso avviso di convocazione a mente dell'art. 24 del DPR 5/4/1950 n. 221.



**Antonio Barnaba** già Ufficiale Garibaldino di Ostuni.



**Antonio Sardelli** di San Vito dei Normanni.

## **Celebrazioni del Centenario della istituzione degli Ordini dei Medici 1910-2010**

*Venerdì 17 Dicembre 2010 – ore 18,00*

**Istituto Professionale di Stato per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione  
(ex Ospedale "Cesare Braico")  
Brindisi – Via Appia, 356**

### **10 luglio 1910: nascono gli Ordini dei Medici**

100 anni di storia per raccontare una professione che ha accompagnato la crescita ed il consolidamento dell'Italia attraverso la grande guerra, il periodo fascista, la seconda guerra mondiale, la ricostruzione, fino alle grandi sfide della società contemporanea. Una missione quella del medico che si perde nella notte dei tempi ma che durante il secolo appena trascorso, sotto la spinta della nascente corrente positivista e del travolgente progresso scientifico, apre le porte a nuove scoperte e intuizioni che si susseguono con un ritmo sconosciuto alle epoche precedenti. Un cammino che conferisce alla scienza medica un senso di incrollabile sicurezza nonostante un vago senso di inquietudine: la tecnologizzazione della pratica medica che rischia di spersonalizzare sempre più il dialogo medico-paziente. Per gli Ordini dei Medici, oggi Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, custodi della funzione pubblica della professione, uno straordinario impegno ad un costante aggiornamento deontologico per ridefinire le regole fondamentali ed inalienabili del contratto etico e civile della professione.

- |                  |   |
|------------------|---|
| <b>ore 18,00</b> | Apertura Lavori e saluto del Presidente<br><i>Dott. Emanuele Vinci</i>                      |
| <b>ore 18,15</b> | Saluto delle Autorità   |
| <b>ore 18,45</b> | Cento anni di professione al servizio del Paese<br><i>Proiezione filmato storico</i>        |
| <b>ore 19,30</b> | Ricerca e pratica clinica: L'impegno dei giovani Medici Chirurghi ed Odontoiatri brindisini |
| <b>ore 20,00</b> | Lettura Giuramento professionale  |

*a seguire Buffet d'Onore*

## Obiettivi del corso

Il Seminario è finalizzato far conoscere ai Medici la medicina di genere come scienza multidisciplinare che descrive le differenze anatomico-fisiologiche a livello di tutti gli organi e sistemi nell'uomo e nella donna; identifica le differenze nella fisiopatologia delle malattie; descrive le manifestazioni cliniche eventualmente differenti nei due sessi; sviluppa protocolli di ricerca che trasferiscano i risultati delle ricerche genere specifiche nella pratica clinica. L'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) prevede che, entro il 2030, il numero delle donne over 50 nel mondo raggiungerà la rispettabile cifra di 1 miliardo e 200 milioni circa. In Italia, su una popolazione di circa 60 milioni di persone, circa 31 milioni sono donne e, di queste, circa 12 milioni hanno più di 50 anni di età.

## Moderatori e relatori

Tina Abbondanza	Bari
Daniela Agrimi	S. Pietro V.co – BR
Pasqualina Amoroso	Tricase (LE)
Raffaele Capone	Brindisi
Antonio Caretto	Brindisi
Oriana Casilli	S. Pietro V.co (BR)
Mario Criscuolo	Brindisi
Maria Pia Foschino	Foggia
Vito Gallone	Francavilla Fontana (BR)
Cinzia Germinario	Bari
Francesco Giorgino	Padova
Silvana Greco	S. Pietro V.co (BR)
Gianfranco Ignone	Brindisi
Mariangela Lanotte	Francavilla Fontana (BR)
Francesco Legrottaglie	Ostuni (BR)
Michele Lisco	Brindisi
Gabriella Melpignano	Francavilla Fontana (BR)
Domenico Mennitti	Brindisi
Maria Grazia Modena	Modena
Maurizio Muratore	S. Cesario (LE)
Ottavio Narracci	Fasano (BR)
Antonella Nuzzo	Modena
Sergio Pede	S. Pietro V.co (BR)
Giuseppe Ponzini	Pisa
Maurizio Portaluri	Brindisi
Elisabetta Quaranta	Francavilla Fontana (BR)
Cristina Rizzo	Lecce
Rodolfo Rollo	Brindisi
Eugenio Sabato	Brindisi
Luigia Serio	Sandonaci (BR)
Antonella Vezzani	Parma
Emanuele Vinci	Brindisi

## Segreteria Scientifica

Dott.ssa Luigia Serio  
 cell. 3356445782 - amb. 0831681649  
 serioluigia@gmail.com  
 MMG San Donaci (BR)  
 Presidente AIMD Sez. Brindisi

## Comitato Scientifico

Dott.ssa Arseni Maria  
 Dott.ssa Lanotte Mariangela  
 Dott.ssa Magri Madia  
 Dott.ssa Melpignano Gabriella  
 Dott.ssa Morciano M. Rosaria  
 Dott.ssa Motta Angela  
 Dott.ssa Quaranta Elisabetta  
 Dott.ssa Santarelli Anna

## Segreteria Organizzativa

**REGIA**  
 CONGRESSI FIRENZE  
 tel. 055.7954228 - fax 055.7954280  
 info@regiacongressi.it

## ECM

La Commissione Nazionale del Ministero della Salute per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), ha in corso l'attribuzione dei crediti formativi. Il rilascio della certificazione dei crediti è subordinato alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo e alla verifica dell'apprendimento.

## Iscrizione

L'iscrizione al corso è gratuita e dà diritto a:  
 - partecipazione ai lavori  
 - cartellina congressuale  
 - attestato di partecipazione ECM



La medicina di genere:  
 tra prospettive  
 e realtà  
 21 gennaio 2011

Perchè la medicina  
 di genere  
 22 gennaio 2011



PALAZZO VIRGILIO  
 CORSO UMBERTO I, 149 | BRINDISI



## programma del 21 gennaio 2011

### I SESSIONE

Moderatori:  
 Greco Silvana, Francesco Legrottaglie, Eugenio Sabato

Ore 13,30 Saluto delle Autorità

Domenico Mennitti - Sindaco di Brindisi  
 Rodolfo Rollo - Direttore Generale ASL/BR

Ore 13,45 Emanuele Vinci - Presidente Ordine Dei Medici

Presentazione del corso e obiettivi didattici  
 Luigia Serio - Pres. sez. AIMD Brindisi

Ore 14,00

Inquinamento e ambiente  
 Giuseppe Ponzini - ricercatore CNR

Ore 14,30

Ormoni sessuali e asma  
 Maria Pia Foschino  
 Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio U  
 degli Studi di Foggia.

Ore 15,00 Inquinamento e patologie cardio-vascolari femminili

Sergio Pede  
 Direttore UOC di Medicina UOS Riabilitazione  
 Cardiologica San Pietro V.

Ore 15,30 coffee break

Ore 15,45 Sviluppo della medicina di genere

Ottavio Narracci - Responsabile formazione

Ore 16,15 Tavola Rotonda:

"L'ambiente in terra di Brindisi:  
 fra realtà e prospettive"  
 Discussants: Domenico Mennitti, Emanuele Vinci,  
 Maurizio Portaluri, Mario Criscuolo

### II SESSIONE

Moderatori:  
 Michele Lisco, Mariangela Lanotte, Elisabetta Quaranta

Ore 18,15 Cistiti ricorrenti e persistenti

Pasqualina Amoroso  
 Dirigente di I livello presso la Divisione di Urologia  
 dell'Azienda Ospedaliera "Card. G. Panico" di Tricase  
 dal 01/01/1988.

Ore 18,45 Infezione dell'apparato urogenitale femminile

Francesco Giorgino  
 Specialista in Ginecologia Ostetricia - Docente Igiene  
 Generale e Applicata nel Corso di Laurea in Ostetricia  
 Università Padova

Ore 19,15 Violenza sulle donne e le bambine

Cristina Rizzo  
 Procuratore della Repubblica per i Minorenni di Lecce

Ore 19,45 Discussione con i relatori della sessione

Ore 20,30 Test di apprendimento

Ore 20,45 Chiusura lavori

## programma del 22 gennaio 2011

### I SESSIONE

Moderatori:  
 Raffaele Capone, Gabriella Melpignano, Sergio Pede

Ore 8,45 Introduzione ed obiettivi del corso

Luigia Serio - Pres. sez. AIMD Brindisi

Ore 9,00 Epidemiologia delle malattie di genere

Cinzia Germinario  
 Responsabile dell'Osservatorio epidemiologico Presso il  
 Policlinico di Bari

Ore 9,45 Patologie cardiovascolari al femminile

Maria Grazia Modena (in videoconferenza)  
 Direttore Cattedra di Cardiologia e Dipartimento  
 Emergenza Urgenza  
 Annachiara Nuzzo

Ore 10,30 Patologie cardiovascolari al femminile sul territorio

Gianfranco Ignone

Primario Cardiologo presso la Divisione di Car  
 Uto dell'Ospedale Di Summa-Perrino di Brindisi  
 BR/1

Ore 11,00 coffee break

Ore 11,15 Tromboembolie al femminile

Antonella Vezzani  
 U. S. di Terapia Intensiva - 1° Servizio di Anestesia  
 e Rianimazione Azienda Ospedaliero Universitaria di  
 Parma

Ore 11,45 Discussione con i relatori della sessione

Ore 12,30 ligh lunch

### II SESSIONE

Moderatori:  
 Daniela Agrimi, Oriana Casilli, Vito Gallone

Ore 13,30 Omeostasi tiroidea della donna in età fertile

Antonio Caretto  
 Uoc Endocrinologia, Malattie Metaboliche,  
 Nutrizione Clinica

Ore 14,00 Depressione: un problema al femminile

Tina Abbondanza  
 Direttore Centro di Salute Mentale

Ore 14,30 Lettura: Osteoporosi e alimentazione

Maurizio Muratore  
 Dirigente II livello della U.O. di struttura complessa  
 di Reumatologia

Ore 15,00 Discussione con i relatori della sessione

Ore 16,00 Consegna dei Test di apprendimento - Chiusura lavori

## Variazioni all'Albo dei Medici

### Nuove Iscrizioni

Leone Beniamino	Via Herford sn	Ceglie Messapica (Br)
-----------------	----------------	-----------------------

### Iscrizioni per trasferimento

Pellicani Vincenza	Via Cappuccini 119	Brindisi
Sardano Donato	Via Margarita 11	Francavilla Fontana (Br)
Tramacere Francesco	Via Corsica 1	Brindisi

### Cancellazione per cessata attività

Belfiore Adelchi	Ostuni (Br)
Caprioli Giuseppe	Cellino San Marco (Br)
Dell'Anna Enrico	Brindisi
Mitrotta Concetta	San Pietro Vernotico (Br)
Romano Alberto	San Vito dei Normanni (Br)
Volpe Cosimo	Mesagne (Br)

### Cancellazione per decesso

Nastasia Vincenzo	nato il 26/3/1937	deceduto il 17/10/2010
Pinna Salvatore	nato il 18/9/1958	deceduto il 24/10/2010
Solazzo Antonia	nato il 29/4/1956	deceduto il 18/10/2010
Valletta Daniele	nato il 22/5/1952	deceduto il 23/11/2010

**Iscritti all'Albo dei Medici al 30.11.2010 n. 1810**

## Variazioni all'Albo degli Odontoiatri

### Cancellazione per cessata attività

Aiello Roberta	Brindisi
----------------	----------

**Iscritti all'Albo degli Odontoiatri al 30.11.2010 n. 318**

## In ricordo del dott. Daniele Valletta

di ANTONIO NICOLA QUARTA  
Componente Comitato Editoriale

È veramente un compito triste quello di ricordare l'amico Daniele Valletta, collega che per molti anni ha degnamente occupato un posto nel Consiglio Direttivo dell'Ordine fino a ricoprire la carica di Vice Presidente, mentre svolgeva la sua professione di medico di famiglia nel cui ruolo gli sono sempre stati unanimemente riconosciuti una grande correttezza, una solida preparazione suffragata da un aggiornamento continuo ed una assoluta disponibilità umana e professionale. Nei numerosi approcci con i suoi pazienti fu sempre pronto a suggerire soluzioni diagnostiche e terapeutiche ben ponderate e frutto di una conoscenza approfondita delle singole vicende umane tipica del vero medico di fiducia.

Si era laureato ed abilitato a Padova nel 1980. Dopo una breve esperienza in Germania rientrava in Italia e, prima della convenzione in medicina generale ottenuta nel 1984, aveva insegnato presso la Scuola Infermieri Professionali dell'Ospedale Di Summa e presso la Scuola Magistrale "Colli" di Brindisi svolgendo anche una intensa attività di volontariato nel campo dell'Oncologia seguendo da vicino l'impegno dello zio Tonino Di Giulio.

Iniziò ben presto a frequentare l'Ordine, dimostrando subito di essere una persona poliedrica, ben presente nella società in mille modi, tutti vissuti con la medesima intensa passione e attenzione verso gli altri sia che si trattasse di attività professionale sia che si trattasse di sindacalismo medico o di attività nel campo



dell'aggiornamento e della formazione continua, sempre con spirito di servizio e ponendo particolare attenzione al problema della relazione con il paziente.

Perseverante nel difendere le sue idee e sempre coerente, amava la vita e gli piaceva stare tra la gente tanto da avere sperimentato con successo anche la attività politico-amministrativa e più volte mi è capitato di presenziare a liete cerimonie di matrimoni civili, di cari colleghi, da lui celebrati indossando la fascia tricolore con decoro e profondo rispetto delle istituzioni.

Credo di aver nutrito nei suoi confronti un affetto paterno e lui non perdeva occasione per dimostrarmi affetto e stima: ricordo ancora il giorno in cui, pochi anni fa, mi costrinse a fare la vaccinazione che avevo sempre rifiutato di fare, praticandomela direttamente pres-

so la sede dell'Ordine, vaccinazione che ho poi ripetuto ogni anno come da lui prescrittomi.

Lo abbiamo salutato in un Duomo affollatissimo di parenti, colleghi, amici e pazienti che hanno partecipato commossi alla cerimonia funebre, a cui è intervenuto anche Mons. Arcivescovo per un saluto ed una preghiera personale diretta al "suo" medico.

Nell'esprimere alla Signora Gabriella ed ai figli Riccardo e Corrado i sentimenti più vivi ed affettuosi di partecipazione al loro dolore da parte del Consiglio Direttivo, di tutti i Colleghi e del personale dell'Ordine, inviamo un ultimo grande abbraccio all'amico, al medico, all'uomo.

## Emanato il Decreto che avvia i Master per Medici Competenti

di **SILVIO TAFURI**

*Segretariato Italiano Giovani Medici*

È stato emanato il Decreto del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca adottato d'intesa con il Ministro della Salute che istituisce i Master di II livello per l'esercizio delle funzioni di medico competente.

Il Master viene previsto in attuazione alle previsioni dell'articolo 38 del d.lgs. 81/2008, che ha modificato quanto in precedenza previsto dalla legge 1/2002. La norma prevede che potessero esercitare la funzione di medico competente, oltre gli specialisti in Medicina del Lavoro, i medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina Legale che esercitassero da almeno tre anni tale funzione all'entrata in vigore della norma; coloro che non ricadevano in questa previsione invece dovevano frequentare degli appositi percorsi formativi, che sono stati istituiti con il Decreto appena emanato.

Il Master può essere istituito presso le Università sede di scuole di specializzazione in Medicina del Lavoro e comprende insegnamenti di sorveglianza sanitaria, valutazione dei rischi, prevenzione e protezione ambientale e individuale, informazione e formazione dei lavoratori.

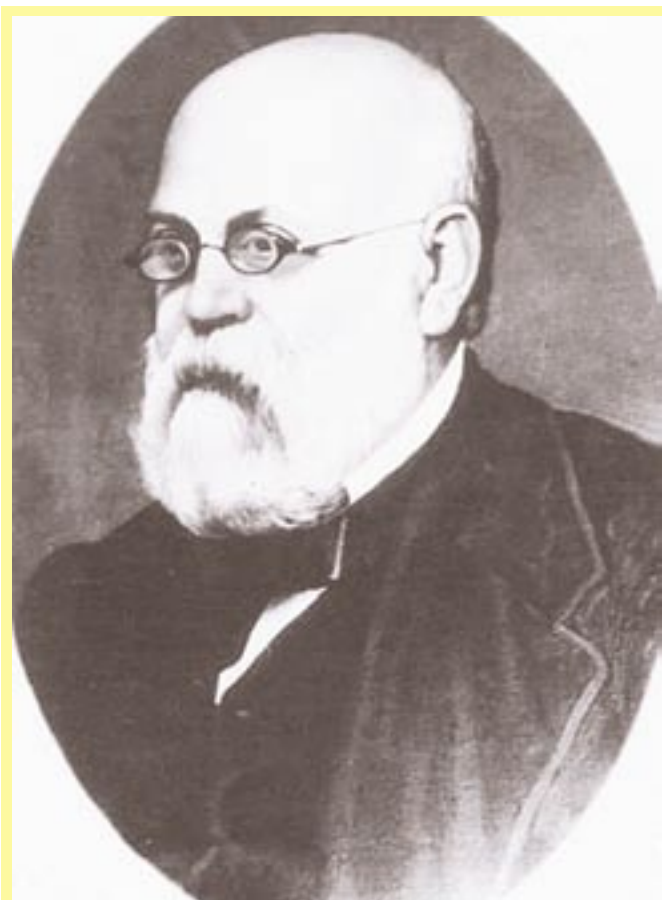
La durata del Master è di 60 crediti formativi universitari, ma può essere ridotta a 30 crediti qualora il discente provi di aver effettuato esperienze formative specifiche nel campo della medicina del lavoro. La valutazione sull'eventuale abbreviazione del percorso viene eseguita, a richiesta dell'interessato, da una commissione in cui sono presenti anche i direttori delle scuole di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e Medicina Legale.

L'articolazione del percorso potrà essere rivista per gli specialisti in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina del Lavoro che conseguiranno il titolo ai sensi del D.M. 1 agosto 2005, che prevede un tronco comune tra le discipline della classe di sanità pubblica.

“Finalmente gli sforzi e la tenacia di coloro che hanno intrapreso iniziative giudiziarie e diplomatiche per la vicenda della sottrazione agli igienisti della possibilità di effettuare l'attività di medico competente sono stati, anche se per ora parzialmente, premiati. Considero questo risultato solo parziale, perché il nostro obiettivo, a regime e con il nuovo percorso formativo del nuovo ordinamento della specializzazione, è l'abolizione della formazione integrativa per gli specialisti in igiene e medicina preventiva. Per il momento occorre la-

vorare per far partire i corsi di qualità nella maniera più corretta possibile e con la collaborazione degli igienisti, come previsto dal Decreto, nelle sedi accademiche dove è possibile un dialogo costruttivo con i medici del lavoro; c'è ancora molto da lavorare”. Questo il commento a caldo della professoressa Maria Triassi di Napoli che sta seguendo da anni questa problematica.

Il Coordinatore del Collegio dei Docenti della SItI Augusto Panà assicura il massimo impegno della Società Italiana di Igiene per coordinare la tempestiva istituzione di questi corsi in diverse sedi universitarie italiane e a riguardo intende convocare una riunione con i potenziali interessati a cominciare dai colleghi professori di igiene che dirigono attualmente le Scuole di specializzazione in medicina del Lavoro.



**Francesco Trincherà** (Ostruni, 19 gennaio 1810 – Napoli, 11 maggio 1874). Economista e giornalista fu autore di svariati libri e riviste. A lui si attribuisce, senza ombra di dubbio, l'estensione della carboneria nella Provincia di Brindisi ed in particolare ad Ostuni.

## Monitoraggio delle scuole di specializzazione

In data 11 novembre 2010 il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca ha inviato a tutti i rettori la seguente nota, con la quale si dà notizia dell'avvio della prima indagine per il monitoraggio delle scuole di specializzazione:

Oggetto: Attuazione monitoraggio dei risultati della formazione, previsto dal c. 1, dell'art. 43, del D.Lgs. n. 368/1999.

L'Osservatorio Nazionale delle scuole di specializzazione ha definito le modalità per la realizzazione del monitoraggio dei risultati della qualità della formazione specialistica dei medici.

Per quanto concerne l'attuazione della prima parte del monitoraggio sono stati stilati due questionari di autovalutazione per lo svolgimento delle indagini annuali sulle singole scuole di specializzazione: il primo riservato ai Direttori delle Scuole di specializzazione e ai Docenti del Settore Scientifico Disciplinare specifico della Scuola e il secondo ai singoli specializzandi.

I questionari saranno disponibili nel sito del CINECA "loginmiur.cineca.it", al quale i docenti potranno entrare tramite i codici di accesso personali già in loro possesso, mentre gli specializzandi potranno accedere previa registrazione nel sito.

I questionari potranno essere riempiti a decorrere dal 22/11/2010, fino al 10/1/2011.

Per quanto riguarda il questionario dei medici in formazione specialistica il questionario rimarrà anonimo e non rintracciabile, nel pieno rispetto della privacy del compilatore (la registrazione serve esclusivamente per attestare l'autenticità del compilatore).

Si invitano le SS.LL. a voler dare la massima diffusione all'iniziativa, facendo presente che è di fondamentale importanza rispondere ai questionari, al fine di analizzare le informazioni scaturite dalle indagini annuali, suggerendo all'Osservatorio Nazionale strategie per proseguire e migliorare la qualità della formazione. Inoltre, sarà possibile pubblicare e rendere visibile (anche via Web) i risultati delle indagini specializzandi/formatori, comparando tra loro le scuole della stessa

tipologia e valutando anche la capacità formativa medico-specialistica di ogni Facoltà nel suo complesso. Infine sarà possibile redigere, aggiornandola annualmente, un report sulla formazione medica specialistica in Italia.

Il Capo Dipartimento  
Firmato: Dott. Antonello Masia



**Cesare Braico** (Brindisi, 24 ottobre 1816 – Roma, 25 luglio 1887) è stato un patriota, medico e politico italiano che ha partecipato all'impresa garibaldina dei Mille ed è stato eletto Deputato di Brindisi.

## Mozioni CNSU: riforma dei percorsi post-lauream e specializzandi non medici

di **SILVIO TAFURI**

*Segretariato Italiano Giovani Medici*

In data 8 novembre 2010, nel corso della seconda seduta del nuovo Consiglio Nazionale degli Studenti Universitari, su proposta del **Dr. Carlo Manzi**, rappresentante unico degli iscritti alle scuole di specializzazione e responsabile nazionale del S.I.G.M., sono state approvate all'unanimità le seguenti mozioni:

### Mozione n. 1

Il Consiglio Nazionale degli Studenti Universitari, al fine di allineare il sistema formativo professionalizzante specialistico dei medici ai modelli adottati in ambito dei Paesi Membri dell'Unione Europea, e nell'ottica dell'affermazione di una reale valorizzazione del merito,

#### CHIEDE

- che venga istituito un Tavolo tecnico Interministeriale (MIUR - Ministero Salute), che abbia mandato di produrre, entro il corrente A.A. 2010/2011, una proposta di generale riorganizzazione e di razionalizzazione del sistema formativo professionalizzante post lauream di area sanitaria;

- che si provveda con urgenza all'avvio dell'iter procedurale propedeutico alla pubblicazione dei bandi di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria per l'A.A. 2010/2011;

- che vengano reperite le risorse finanziarie necessarie a mettere a concorso per l'A.A. 2010/2011 un numero di contratti di formazione specialistica almeno pari a quelli messi a bando per l'A.A. 2009/2010;

- che si proceda alla riattivazione dell'Osservatorio Nazionale della Formazione medico specialistica, nonché all'attivazione degli Osservatori Regionali della formazione medico specialistica presso le Regioni inadempienti (Art. 44, comma 2, D.Lgs 368/99 e smi); a tal proposito si ritiene opportuno che, ai sensi dell'Art. 44, del D.Lgs 368/99 e smi, si disponga la valutazione e verifica della sussistenza di standard e requisiti delle scuole di specializzazione di area sani-

taria per il tramite dei predetti Osservatori Regionali.

### Mozione n. 2

#### CONSIDERATO

- che, a partire dall'A.A. 2008/2009 è entrato in vigore il Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria (DM del 1 Agosto 2005) che ha esteso a 5 anni la durata del corso di studio delle predette scuole di specializzazione, presso le quali possono essere iscritti i laureati non medici;

- che gli specializzandi non medici, iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria a partire dall'A.A. 2008/2009, pur avendo l'obbligo di frequenza quotidiana nell'ambito di un rapporto di esclusività con le strutture presso le quali sono formati, non percepiscono alcuna forma di emolumento (borsa di studio o contratto), tanto meno contributi previdenziali;

- che gli specializzandi non medici iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria espletano attività diagnostica-assistenziale e di ricerca, contribuendo al miglioramento del servizio offerto all'utenza, al pari dei colleghi medici.

Il Consiglio Nazionale degli Studenti Universitari, preso atto della condizione in cui versano gli specializzandi non medici iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria,

#### CHIEDE

che il Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca si adoperi al fine di reperire le somme atte a finanziare, a partire dall'A.A. 2010/2011, e per gli anni accademici a seguire, 1000 borse di studio da destinare agli specializzandi non medici iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria, prevedendo un eguale impegno economico atto a riconoscere eguali diritti anche ai non medici iscritti a partire dall'A.A. 2008/2009.



## Specializzandi '82/'91: dalla Corte d'Appello 100 mila euro a medico

Con sentenza n. 4717 del 15 novembre 2010, la Corte d'Appello di Roma ha condannato la Presidenza del Consiglio dei Ministri a pagare oltre 6,5 milioni di euro a 75 medici ricorrenti che si sono specializzati nel periodo 1982-1991. Mai in appello si era avuta sentenza di così importante rilievo in quanto stabilisce, per la prima volta in questo grado di giudizio, che, oltre all'adeguata remunerazione pari a 11.103,82 euro per ogni anno di durata del corso di specializzazione, ai medici spettano anche la rivalutazione e gli interessi sino a ora maturati. Una cifra, per la Corte di Appello di Roma, che oscilla tra i 97 mila e i 132 mila euro a ricorrente. In sostanza, viene riconosciuto ai medici il diritto alla

retribuzione per gli anni della specializzazione, come stabilito dalla direttiva comunitaria del 1982, adottata dall'Italia soltanto nel 1991. Una sentenza, dunque, che potrebbe aprire nuovi scenari e fare giurisprudenza, nell'interesse di altri specializzandi in quegli anni, stimati intorno alle 120 mila unità. «È una grande vittoria per la nostra associazione» commenta **Massimo Tortorella**, presidente di Consulcesi Health e Ricerca che ha ottenuto per i propri associati tale risultato. «Siamo, però, soltanto all'inizio, considerato che sono ancora molte le cause in corso dei nostri associati in attesa di sentenza».

Tratto da: *DoctorNews*

## Piani di rientro, siglato accordo con la Regione Puglia

Il 29 novembre la Regione Puglia ha sottoscritto, con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, un piano di rientro per i conti della sanità. Con l'accordo, firmato dal governatore Nichi Vendola, la Regione si è impegnata ad attuare un Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio

Sanitario Regionale, per gli anni 2010-2012. Sulla base di tale accordo la Regione potrà recuperare il maggior finanziamento che, altrimenti, sarebbe andato perduto a causa del mancato rispetto dell'equilibrio economico finanziario per gli anni 2006 e 2008.

Tratto da: *Redazione salute.gov.it - 30 novembre 2010*

## 115 mila medici in pensione entro 15 anni, è emergenza formazione

Roma, 30 nov. (Adnkronos Salute)

Centoquindicimila medici, oggi compresi nella fascia di età tra i 51 e i 59 anni, ovvero il 38% di tutta la popolazione medica attiva, andranno in pensione nei prossimi dieci-quindici anni. Tra questi sono compresi il 48% dei medici dipendenti dei servizi sanitari regionali e Università, il 62% dei medici di famiglia, il 58% dei pediatri di libera scelta, il 55% degli specialisti convenzionati. La formazione dei futuri camici bianchi è dunque una vera emergenza, per la quale serve un progetto ad hoc. Dell'argomento discuteranno i medici italiani, riuniti il 2 e 3 dicembre a Roma, al convegno. La qualità professionale per la qualità delle cure, che

si svolge nell'ambito della II Conferenza nazionale della professione medica. Un progetto efficace – si legge in una nota della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), che organizza la conferenza nazionale – richiede innanzitutto una maggiore connettività e flessibilità nelle relazioni e nelle 'regole di ingaggio' tra le Facoltà di medicina e le strutture pubbliche e private accreditate dei Servizi sanitari regionali. «Abbiamo posto il tema della qualità professionale – spiega il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco – nella prospettiva di rafforzare un fondamento per la sostenibilità del nostro sistema di cure e quindi di quei preziosi valori di equità, solidarietà, universalismo dei

destinatari di cui, oggi, è insostituibile espressione materiale. Uno dei punti cruciali e sensibili anche per l'opinione pubblica è "il meccanismo della selezione degli accessi a Medicina che deve garantire l'individuazione equa, trasparente ed efficace delle migliori attitudini a questi studi e all'esercizio di questa professione". "La moderna formazione di un medico – continua Bianco – è una complessa 'costruzione' educativa, culturale, tecnico-scientifica, che ha ampi risvolti civili e sociali e rispetto alla quale occorre condividere le responsabilità, le esperienze, le intelligenze e le competen-

ze di tutti i soggetti, vecchi e nuovi, con l'obiettivo di tutelare la centralità dei diritti del cittadino sano e malato". Sul piano pratico, questo significa costruire un professionista che sappia governare l'evoluzione delle conoscenze tecnico-scientifiche, avvicinando, nel curriculum formativo, all'acquisizione di tali competenze quella di contenuti più strettamente umanistici, ovvero l'attenzione alle relazioni con i pazienti e alle organizzazioni sanitarie, sempre più caratterizzate da complessità gestionali, tecnologiche e di multi professionalità.

## Annuario Istat 2010: in calo le strutture sanitarie

25 novembre 2010 - Secondo l'Annuario statistico italiano pubblicato il 19 novembre 2010, sette italiani su dieci si sentono in buona salute, e gli uomini di più delle donne (75% contro 66,5%).

L'indagine si basa sui dati di mortalità, sulle schede di dimissione ospedaliera, sui casi di malattie infettive, sui dati relativi all'abortività e sulle informazioni fornite dall'indagine multiscopo Istat sulle famiglie, che consente di conoscere lo stato di salute percepito dalla popolazione.

Secondo i dati Istat, a soffrire di malattie croniche è il 38,6% dei cittadini, una percentuale che sale all'86,7% tra le persone con più di 65 anni. Artrite (17,3%), ipertensione (16%), malattie allergiche (9,8%), osteoporosi (7%), bronchite cronica e asma bronchiale (6,1%) e diabete (4,9%) le patologie croniche più diffuse.

L'annuario segnala il calo delle strutture sanitarie

presenti sul territorio nazionale. I medici di base sono circa 47 mila (dato che conferma un'offerta di assistenza sanitaria territoriale di 8 medici ogni 10 mila abitanti), i pediatri sono circa 7700 e gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati sono circa 17 ogni 100 mila abitanti, un numero in lieve calo negli ultimi tre anni. Stabile l'abitudine al fumo: nel 2010 a fumare è il 22,8% della popolazione di 14 anni e più, una percentuale che sale al 32,3% nella fascia di età tra i 25 e i 34 anni. Gli uomini fumatori sono più delle donne (29,2% contro il 16,9%).

Per quanto riguarda gli stili alimentari il pranzo si conferma il pasto principale per oltre i due terzi della popolazione dai 3 anni in su e viene spesso consumato a casa. L'82% delle donne e il 75,6% degli uomini ha l'abitudine a una corretta e sana colazione al mattino e abbina al caffè o al tè alimenti più nutrienti come latte, biscotti o pane.

## Ateneo Pontificio Regina Apostolorum nella Città di Brindisi

Giorno 8 Ottobre 2010 si è insediato nella città di Brindisi l'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum.

La presenza di questo Ateneo amplia l'offerta formativa della città di Brindisi essendo inoltre l'unica sede universitaria nel sud-Italia dell'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum.

Sarà istituito inizialmente un master biennale di Bioetica. Il Master in 120 ore didattiche offre ampia panoramica della Bioetica. Si rivolge ai professionisti ed agli studenti di altre scienze che desiderano conoscere

i principali temi della Bioetica. Il programma si svolge il giovedì pomeriggio da ottobre a maggio. Inizio delle lezioni alle ore 15.30 sino alle ore 18.40.

Referente dell'Ateneo Pontificio in terra di Brindisi è la dr.ssa Mimma Piliago.

La dr.ssa Mimma Piliago seguirà la Segreteria Didattica della sede brindisina offrendo un supporto informativo giornaliero attraverso mail. La mail istituzionale è: [apra.brindisi@gmail.com](mailto:apra.brindisi@gmail.com). Oppure attraverso contatto telefonico al cell. 3331802202.

## L'8 febbraio 2011 scade il termine ultimo per iscriversi volontariamente all'ONAOSI

Il nuovo statuto dell'Opera Naz.le Assistenza Orfani Sanitari Italiani approvato con Decreto Interministeriale del 09.02.2010, prevede alcune importanti novità per gli iscritti agli Albi Professionali:

- È ammessa la facoltà ai medici chirurghi e agli odontoiatri di iscriversi come volontari **entro 5 anni dalla data di prima iscrizione all'Albo professionale.**
- Per i Sanitari già iscritti all'Albo professionale alla data di entrata in vigore del nuovo Statuto è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari **entro 1 anno da tale data: pertanto il termine per l'iscrizione è quello dell'8 febbraio 2011.**
- Per i Sanitari già contribuenti obbligatori (ospedalieri, dipendenti enti pubblici) che cessino dall'attività di lavoro dipendente e quindi non si trovino più nel regime di contribuzione obbligatorio è ammessa la facoltà di **iscriversi come contribuenti volontari entro 2 anni dalla cessazione.**

**Tutte le sopra riportate scadenze sono tassative, pertanto, trascorsi tali termini, le domande non saranno più accoglibili dall'ONAOSI.**

Ricordo che all'ONAOSI sono iscritti come contribuenti obbligatori, con trattenuta sullo stipendio, i dipendenti del SSN o comunque di altri enti pubblici. Non sono contribuenti obbligatori i medici liberi professionisti o i dipendenti di enti privati **che – se interessati alle prestazioni ONAOSI (o anche per solidarietà verso gli orfani dei sanitari italiani) – possono quindi iscriversi solo su base volontaria.**

Le quote di iscrizione volontaria per l'anno 2010 sono:

### **Anzianità Ordinistica complessiva fino a 5 anni complessivi**

- € 155,00 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 140,00 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 75,00 annui per reddito complessivo indi-

viduale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;

- € 25,00 annui per reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00;

### **Anzianità Ordinistica complessiva superiore a 5 anni complessivi**

- € 155,00 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 140,00 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 125,00 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;
- € 40,00 annui per reddito complessivo individuale inferiore a € 20.000,00;
- € 65,00 contributo una tantum (vitalizio) a partire dal 1.1.2009, per età anagrafica superiore ai 67 anni compiuti al 31 dicembre dell'anno precedente ed in possesso di una anzianità contributiva complessiva (obbligatoria e/o volontaria) di almeno quindici anni (atto n.24 del C.d.A. del 21/06/2008);

Le prestazioni assistenziali dell'ONAOSI sono le seguenti:

- ammissione gratuita di orfani o equiparati in convitti e collegi universitari a Perugia e nei Centri di Bologna, Torino, Padova, Pavia e Messina;
- contributi periodici in denaro fino al 30° anno d'età e integrazioni assistenziali in relazione alle condizioni economiche della famiglia;
- interventi diretti a favorire la formazione;
- interventi speciali a favore dei disabili di cui alla legge 104/05.02.1982;
- convenzioni con università, istituti e centri di ricerca per specializzazioni post-laurea;
- assegnazione di alloggi vacanza ad assistiti, vedove e iscritti a Prè St. Didier (Aosta) e Porto Verde (Rimini) e ospitalità nella residenza di Montebello (Perugia).

**A pagamento è consentito l'accesso alle strutture anche a figli di contribuenti viventi.**

## Nuova Polizza Sanitaria Enpam

È stata sottoscritta tra Enpam e Unisalute la nuova Convenzione 2011 per l'assistenza sanitaria integrativa. Sono previsti due Piani sanitari diversi: un Piano sanitario base per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi e un Piano sanitario integrativo per ulteriori interventi chirurgici ed altre prestazioni.

### ILLUSTRAZIONE SINTETICA DEI CONTENUTI

Il **Piano sanitario base** è aperto a tutti gli iscritti senza limiti di età e copre i "Grandi Interventi chirurgici" (di cui all'allegato A) e i "Gravi Eventi Morbosi" (di cui all'allegato B).

Il **Piano sanitario integrativo** è possibile solo per chi aderisce al Piano base ed è riservato a coloro che al 31/12/2010 non hanno ancora compiuto 80 anni. Prevede la copertura per i ricoveri per interventi chirurgici diversi da "Grandi Interventi Chirurgici" (già coperti dal Piano sanitario base) e per i ricoveri senza intervento chirurgico diversi dai Gravi Eventi Morbosi (già coperti dal Piano sanitario base).

Vengono assicurate prestazioni in forma diretta, senza applicazione di scoperti o franchigie, per interventi chirurgici effettuati in Centri clinici convenzionati con Unisalute SpA ed effettuati da equipe mediche anch'esse convenzionate. Sono previsti rimborsi spese se gli interventi sono effettuati in strutture private non convenzionate: in questo caso l'assicurazione rimborsa le rette di degenza con indennizzo di € 200,00 per ogni notte di ricovero e le altre spese con applicazione della franchigia del 30% ed il minimo non indennizzabile di € 1000,00. Infine, se i ricoveri avvengono in strutture pubbliche senza alcuna richiesta di rimborso spese a carico della Compagnia, viene rimborsata una indennità sostitutiva di € 120,00 per un massimo di 90 gg., per i ricoveri rientranti nel Piano sanitario base, e una indennità di € 65,00 per ogni notte di ricovero per un massimo di 30 gg. in caso di ricovero rientrante nel piano sanitario integrativo.

**Questa informativa sintetica riassume i due piani sanitari: prima dell'adesione è necessario leggere il testo integrale.**

### I PREMI (DIFFERENZIATI PER FASCE DI ETÀ):

**PIANO SANITARIO BASE UNDER 40 anni € 170,00**  
**OVER 40 anni € 420,00 PIANO BASE+INTEGRATIVO UNDER 40 anni € 585,00 (170+415) da 41 a 79 anni € 1090 (420+670) applicazione di uno sconto del 5% sul premio se si aderisce con un familiare, del 10% con due familiari, del 20% con tre, del 25% con quattro o più familiari.**

Il premio si articola, pertanto, per fasce di età, "under 40" o "over 40" anni. Per "under 40" anni si intendono coloro che al 31/12/2010 non hanno ancora compiuto 41 anni. Non può aderire al piano integrativo chi ha compiuto 80 anni al 31/12/2010.

Il premio (sia per il piano base che per piano base più integrativo) prevede sconti per i nuclei familiari: il premio complessivo viene ridotto del 5% se l'assicurato aderisce per sé e un familiare, del 10% se aderisce per sé e due familiari;

del 20% se aderisce per sé e tre familiari; del 25% se aderisce per sé e per 4 o più familiari.

### MODALITÀ DI ADESIONE AI PIANI SANITARI 2011

Gli attuali assicurati riceveranno il modulo di adesione, in parte pre-compilato (cognome, nome e codice enpam), sul quale – dopo aver preso visione del testo delle polizze pubblicate sulla rivista e sul sito dell'Ente – dovranno indicare se scelgono di aderire solo alla polizza base (per se stessi o con il proprio nucleo familiare) o aderire sia alla polizza base che alla polizza integrativa (con o senza nucleo familiare in entrambe le polizze). Il modulo dovrà essere spedito all'indirizzo indicato entro il 31/12/2010. (In alternativa il modulo è compilabile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it)).

Tutti gli iscritti che hanno fornito alla Fondazione il proprio indirizzo mail riceveranno per posta elettronica il modulo, compilabile via internet.

Successivamente, a tutti coloro che avranno aderito verrà inviato il bollettino Mav per il pagamento del premio di importo corrispondente all'adesione espressa. Il bollettino Mav potrà essere pagato, entro la data di scadenza ivi indicata, sia in banca che alla posta, nonché on-line con carta della Banca Popolare di Sondrio accedendo nell'area riservata del portale della Fondazione, sul sito [www.scrignopagofacile.it](http://www.scrignopagofacile.it) o al telefono – chiamando il call-center della Banca Popolare di Sondrio – tramite carta di credito, o infine presso gli sportelli Sisal.

I nuovi aderenti, dopo aver preso visione del testo delle polizze pubblicate sulla rivista e sul sito dell'Ente, dovranno compilare il modulo di adesione (disponibile sul sito internet [www.enpam.it](http://www.enpam.it) o su "Il Giornale della Previdenza" o presso le sedi dei rispettivi Ordini) e spedirlo all'indirizzo indicato sul frontespizio del modulo entro il 31/12/2010. (In alternativa il modulo potrà essere spedito via mail all'indirizzo di posta elettronica: [adesione.polizza@enpam.it](mailto:adesione.polizza@enpam.it)). Tutti coloro che sono iscritti al portale Enpam riceveranno per posta elettronica il modulo, compilabile via internet.

Enpam procederà alla lettura delle adesioni e successivamente farà inviare, dall'Istituto bancario incaricato, il bollettino Mav per il pagamento del premio corrispondente all'adesione espressa, che dovrà essere versato entro la data di scadenza indicata sul Mav stesso. Il bollettino Mav potrà essere pagato sia in banca che alla Posta, nonché online con carta della Banca Popolare di Sondrio (accedendo nell'area riservata del portale della Fondazione), sul sito [www.scrignopagofacile.it](http://www.scrignopagofacile.it) o al telefono – chiamando il callcenter della Banca Popolare di Sondrio – tramite carta di credito, o infine presso gli sportelli Sisal.

### PER ULTERIORI INFORMAZIONI:

Tutti gli iscritti potranno rivolgersi per ulteriori informazioni e chiarimenti al n. 0648294829 (tutto l'anno), via mail all'indirizzo di posta elettronica [polizzasanitaria@enpam.it](mailto:polizzasanitaria@enpam.it) o al callcenter 199168311 di Previdenza Popolare (attivo dal lunedì al venerdì).



## **Legge Regionale 24 settembre 2010, n. 12 - Art. 3 - Tetti di spesa - Liste di Attesa - Disposizioni urgenti**

### **Deliberazione della Giunta Regionale 26 ottobre 2010, n. 2268**

Assente l'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria effettuata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria congiuntamente al Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue l'Ass. Frantoianni:

Con Deliberazione 4/8/2009, n. 1494 la Giunta regionale ha definito i criteri provvisori per le Aziende Sanitarie Locali per la definizione degli accordi contrattuali ex-art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. come modificato dalla Legge n. 133/2008 per l'anno 2009, di cui all'Allegato 1 al citato provvedimento.

Con Deliberazioni 28/12/2009, n. 2672 la Giunta regionale ha confermato anche per l'anno 2010 i criteri stabiliti con DGR n. 1494/2009 e, in considerazione della specificità e, per alcune, della numerosità delle prestazioni erogate dalle strutture nella specialistica ambulatoriale, ha proceduto ad approvare modalità e griglie utili per l'applicazione dei criteri previsti dalla DGR n. 1494/2009 al fine di riscontrare unitarietà e conformità da parte delle Aziende Sanitarie Locali su tutto il territorio regionale nella definizione degli Accordi Contrattuali con le strutture private accreditate. Con tali provvedimenti la G.R. ha, altresì, confermato per l'anno 2009, il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIF 2008 (DGR. N. 95/2008) senza decurtazione del 2% per le prestazioni di specialistica e per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge n. 833/79.

Con Deliberazione 15/3/2010, n. 728 la Giunta Regionale ha confermato per l'anno 2009 il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIF 2008 (DGR. n. 95/2008) senza la decurtazione del 2%, per le prestazioni erogate dalle Case di Cura private accreditate.

Con Deliberazione 25/6/2010, n. 1500 la Giunta Regionale ha specificato che il "tetto di spesa 2008 confermato per l'anno 2009" per le prestazioni di specialistica

di cui alla succitata deliberazione, n. 2671/2010 deve intendersi come "fondo aziendale di branca per l'anno 2008 confermato per l'anno 2009 ... decurtato del 2%" e non già come "tetto di spesa assegnato al singolo erogatore" ed altresì modificato a seguito degli incontri con le Organizzazioni rappresentative di categoria, le modalità e le griglie della succitata deliberazione.

Con le Deliberazioni sopra richiamate la Giunta Regionale ha, quindi, stabilito i tetti annuali regionali per gli anni 2009 e 2010 per le diverse tipologie di prestazioni erogabili da parte delle strutture sanitarie private accreditate, previa stipulazione di Accordi Contrattuali con le ASL provinciali, prevedendo l'applicazione dei criteri di regressione (di cui all'articolo 17, commi 2 e 3, della legge regionale 4 agosto 2004, n. 14 e agli articoli 16, comma 1, lettera c), e 18, comma 2, della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26) per la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture al di fuori dei tetti contrattualmente stabiliti.

Va posto in evidenza che le linee guida regionali:

1) hanno espressamente indicato che ciascuna ASL deve procedere alla determinazione del fabbisogno di prestazioni in considerazione delle liste di attesa rilevate nel proprio territorio, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri e all'appropriatezza delle prescrizioni;

2) hanno stabilito che per l'assegnazione del tetto di spesa per ciascuna struttura ciascuna ASL deve, tra l'altro, assicurare:

a) il conferimento delle agende di prenotazione contenenti le prestazioni contrattualizzate al CUP aziendale mediante integrazione tra i sistemi informativi ovvero con altra modalità individuata d'intesa con gli erogatori, che assicuri trasparenza ed immediata disponibilità alle operazioni di prenotazione ed accesso alle prestazioni nell'ambito del Sistema CUP ASL;

b) la trasparenza nelle modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni, oggettivamente rilevate attraverso indagini delle ASL, e, più generalmente, la correttezza dei rapporti con l'utenza rilevata attraverso la raccolta delle segnalazioni pervenute agli URP aziendali.

Con Deliberazione 4/8/2006, n. 1200 come modificata ed integrata dalla Deliberazione 6/2/2007, n. 68 è stato approvato il Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 nell'ambito del quale sono stati, tra l'altro, stabiliti:

- i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie da sostanzarsi mediante i Piani Aziendali per il contenimento dei Tempi di Attesa (PACTA) e negli atti attuativi di governo dei tempi d'attesa al fine di garantire i tempi massimi stabiliti sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle inserite in pacchetti con specifico riferimento ai tempi massimi da garantire ai cittadini che necessitano delle prestazioni correlate alle patologie rientranti nell'ambito delle aree individuate dal PNCTA (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto);

- i criteri per la regolazione degli accessi secondo criteri di priorità, suddivisi in tre classi con tempi differenziati, in relazione alla gravità del problema: classe A entro 10 giorni per tutte le prestazioni (corrispondente al codice B della ricetta), classe B entro 30 giorni per visite e 60 giorni per la diagnostica (corrispondente al codice D della ricetta), classe C entro 180 giorni per tutte le prestazioni (corrispondente al codice P della ricetta);

- gli indirizzi per la individuazione da parte delle Aziende Sanitarie delle strutture presso le quali garantire le prestazioni entro il tempo massimo stabilito e delle modalità attraverso le quali darne informazione a tutti i soggetti interessati;

- gli indirizzi per garantire, presso tutte le strutture erogatrici, l'accesso alle visite e attività diagnostiche prescritte prioritariamente entro 10 giorni, riservando posti nelle agende relative alle prestazioni per le quali è prevista tale modalità d'accesso ovvero facendo anche ricorso all'overbooking;

- i vincoli da sostanziare in specifiche clausole da prevedersi negli Accordi Contrattuali tra ASL e strutture private accreditate per garantire che l'intera offerta di prestazioni sia gestita attraverso il CUP aziendale.

Con Deliberazione 23/3/2010, n. 854 la Giunta Regionale ha recepito il documento denominato "Sistema CUP - Linee Guida nazionali" al fine di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali per favorire l'applicazione di regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto ed ha approvato le Linee di indirizzo regionali contenenti gli "Standard di organizzazione e

funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie" al fine di omogeneizzare e potenziare in tutte le Aziende Sanitarie di Puglia l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi e dei sistemi addetti alla prenotazione ed all'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Va posto in evidenza che tale provvedimento prevede che le Aziende Sanitarie assicurino una idonea organizzazione ed un sistema CUP aziendale al fine di garantire, tra l'altro, la gestione centralizzata delle agende di prenotazione (ivi comprese funzionalità per l'individuazione delle strutture che devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate nei Piani di governo dei tempi d'attesa regionale ed aziendale), la gestione delle agende delle strutture private accreditate (in relazione agli accordi contrattuali sottoscritti a livello aziendale), la gestione delle agende dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI), la gestione delle prenotazioni prevedendo in particolare la gestione delle urgenze differibili, della priorità di accesso, dei percorsi diagnostico-terapeutici, il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e del bacino territoriale di riferimento, la gestione dell'overbooking.

L'art.3 della Legge Regionale 24/9/2010, n. 12 "Piano di rientro 2010-2012. Adempimenti" ha previsto che, in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente e conseguentemente ha introdotto il divieto di erogazione e relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi.

Tale intervento normativo è stato espressamente richiesto dal Governo centrale nell'ambito delle prescrizioni formalizzate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Ministero della Salute e dal Ministero per gli Affari Regionali e vincolanti per la sottoscrizione dell'Accordo per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Quanto previsto dall'art. 3 della L.R. n. 12/2010 ha determinato l'impossibilità per le Aziende Sanitarie Locali di riconoscere agli erogatori privati accreditati



le prestazioni erogate ai cittadini oltre il tetto di spesa annuale e/o oltre i volumi di attività predeterminati annualmente nell'ambito degli Accordi Contrattuali e, di conseguenza, ha prodotto un immediato peggioramento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini anche per prestazioni già prenotate, per prestazioni urgenti e per prestazioni previste in classi di priorità.

Risulta, pertanto, urgente ed indifferibile adottare misure straordinarie per assicurare ai cittadini pugliesi l'accesso alle prestazioni sanitarie secondo criteri di priorità, urgenza e necessità, pur nel rispetto delle limitazioni imposte dalla citata L.R. n. 12/2010 relativa agli adempimenti correlati al Piano di rientro 2010-2012.

Va, per altro, evidenziato che con nota AOO\_081/4317/PG62 del 01/01/2010 il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha fornito indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la valorizzazione dei campi "Tipo di Accesso", "Garanzia dei Tempi Massimi" e "Classe di Priorità", necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa, previsti nel flusso ex art. 50 D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 326/2003, e dal Decreto Ministeriale del 18/03/2010 del Ministero dell'Economia e delle Finanze;

A tal fine è stata acquisita una proposta tecnica formulata dall'Agenzia Regionale Sanitaria in conformità con quanto indicato in precedenza.

Si sottopone alle valutazioni della Giunta Regionale, l'opportunità:

1) di approvare l'allegato A) contenente "Disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi d'attesa per prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010";

2) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico garantiscano l'erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione), da erogare nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale, entro le 72 ore dalla richiesta così come prescritto dall'art. 1 comma 4 lett. D) della legge 3 agosto 2007 n. 120;

3) di stabilire che, data l'urgenza, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale provvedano alla immediata riclassificazione delle agende di prenotazione delle prestazioni da erogare ai cittadini osservando in modo puntuale le disposizioni approvate con il presente provvedimento;

4) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono garantire che l'offerta di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate sia gestita tassativamente

ed inderogabilmente attraverso il sistema CUP ASL e di stabilire che tale requisito risulti vincolante, ai sensi della D.G.R. n. 1494/2009 e ss.mm.ii., per la sottoscrizione degli Accordi Contrattuali e per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture private che, in ogni caso, devono risultare prenotate dal sistema CUP ASL;

5) di stabilire che le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali di primo accesso devono tassativamente ed esplicitamente indicare il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia di accesso, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 68/2007;

6) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del SSR provvedano a porre in essere ogni intervento di miglioramento organizzativo, nell'ambito di quanto previsto dalle norme, disposizioni, direttive, linee guida nazionali e regionali, volto ad incrementare immediatamente la disponibilità e l'offerta di prestazioni prenotabili ed erogabili ai cittadini con particolare riferimento alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 68/2007;

7) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale devono assicurare il potenziamento dei servizi e dei sistemi, anche automatici, di recall delle prestazioni prenotate;

8) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali rispettino le procedure operative ed adeguino i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nel flusso ex art. 50 D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 326/2003, per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e della Pari Opportunità - Servizio PGS prot. AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 e che provvedano a diramare la suddetta circolare alle strutture private accreditate e di verificarne l'applicazione;

9) di stabilire che le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici del SSR adeguino le proprie procedure operative ed i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi

ex art. 50 D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 326/2003, secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria;

10) di stabilire che, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del D. lgs 124 del 29/04/1998 ed al fine di ridurre i tempi di attesa, per le nuove prenotazioni non disdette almeno 48 ore prima della data fissata dai cittadini mediante i diversi canali di comunicazione verso i sistemi CUP aziendali si dovrà applicare una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione;

11) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta del Servizio Sanitario Regionale forniscano mediante idonee e tempestive forme di comunicazione, anche coinvolgendo le associazioni di rappresentanza e tutela dei cittadini, le organizzazioni sindacali, tutte le informazioni necessarie circa i contenuti del presente provvedimento ed i suoi effetti;

12) di stabilire che l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Ares congiuntamente al Servizio Comunicazione Istituzionale, all'Ufficio Stampa della Regione Puglia ed al Call Center Informativo Regionale Sanitario assicurino idonee forme di comunicazione ai cittadini;

13) di stabilire che il Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n. 854/2010, da insediarsi entro 10 giorni, effettui la verifica ed il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni di cui al presente provvedimento nonché circa il rispetto delle linee guida e degli standard di cui alla D.G.R. n. 854/2010 segnalando le eventuali difformità affinché siano assunte le determinazioni conseguenti.

#### **Copertura Finanziaria**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

#### **La Giunta**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte dei Dirigenti dell'Assessorato alle Politiche della Salute;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

*DELIBERA*

**di approvare la relazione dell'Assessore relatore così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:**

1) di approvare l'allegato A) contenente "Disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi d'attesa per prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010";

2) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico garantiscano l'erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione), da erogare nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale, entro le 72 ore dalla richiesta così come prescritto dall'art. 1 comma 4 lett. D) della legge 3 agosto 2007 n. 120;

3) di stabilire che, data l'urgenza, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale provvedano alla immediata riclassificazione delle agende di prenotazione delle prestazioni da erogare ai cittadini osservando in modo puntuale le disposizioni approvate con il presente provvedimento;

4) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono garantire l'offerta di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate sia gestita tassativamente ed inderogabilmente attraverso il sistema CUP ASL e di stabilire che tale requisito risulti vincolante, ai sensi della D.G.R. n. 1494/2009 e ss.mm.ii., per la sottoscrizione degli Accordi Contrattuali e per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture private che, in ogni caso, devono risultare prenotate dal sistema CUP ASL;

5) di stabilire che le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali di primo accesso devono tassativamente ed esplicitamente indicare il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia di accesso, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 68/2007;

6) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del SSR provvedano a porre in essere ogni intervento di miglioramento organizzativo, nell'ambito di quanto previsto dalle norme, disposizioni, direttive, linee guida nazionali e regionali, volto ad incrementare immediatamen-





te la disponibilità e l'offerta di prestazioni prenotabili ed erogabili ai cittadini con particolare riferimento alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 68/2007;

7) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale devono assicurare il potenziamento dei servizi e dei sistemi, anche automatici, di recall delle prestazioni prenotate;

8) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali rispettino le procedure operative ed adeguino i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003, per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e della Pari Opportunità - Servizio PGS prot. AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 e che provvedano a diramare la suddetta circolare alle strutture private accreditate e di verificarne l'applicazione;

9) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici del SSR adeguino le proprie procedure operative ed i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003 secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria;

10) di stabilire che, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del D. lgs del 29/04/1998 ed al fine di ridurre i tempi di attesa, per le nuove prenotazioni non disdette almeno 48 ore prima della data fissata dai cittadini mediante i diversi canali di comunicazione verso i sistemi CUP aziendali si dovrà applicare una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione;

11) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta del Servizio Sanitario Regionale forniscano mediante idonee e tempestive forme di comunicazione, anche coinvolgendo le associazioni di rappresentanza e tutela dei cittadini, le organizzazioni sindacali, tutte le informazioni necessarie circa i contenuti

del presente provvedimento ed i suoi effetti;

12) di stabilire che l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Ares congiuntamente al Servizio Comunicazione Istituzionale, all'Ufficio Stampa della Regione Puglia ed al Call Center Informativo Regionale Sanitario assicurino idonee forme di comunicazione ai cittadini;

13) di stabilire che il Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n. 854/2010, da insediarsi entro 10 giorni, effettui la verifica ed il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni di cui al presente provvedimento nonché circa il rispetto delle linee guida e degli standard di cui alla D.G.R. n. 854/2010 segnalando le eventuali difformità affinché siano assunte le determinazioni conseguenti;

14) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel B.U.R. della Regione Puglia.

*Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno*

*Il Presidente della Giunta  
Avv. Loredana Capone*

## **Allegato A)**

### **Disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi d'attesa per prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010.**

Al fine di assicurare ai cittadini l'accesso in via prioritaria, ed eventualmente esclusiva, alle prestazioni relative alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 68/2007, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli I.R.C.C.S. e le strutture private accreditate con il Servizio Sanitario della Regione Puglia, per le rispettive competenze e per quanto di pertinenza, devono procedere come segue.

1) riclassificare immediatamente, per le branche su cui impattano le prestazioni di cui alla tabella seguente, tutte le agende di prenotazione delle prestazioni da erogare ai cittadini per assicurare che l'erogazione delle prestazioni avvenga tassativamente entro i tempi fissati rinviando le prestazioni non prioritarie a partire dall'1/1/2011:

a) per le agende di prestazioni "miste" (prestazioni in tabella e non) di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere la prenotabilità sino al 31.12.2010 delle prestazioni non prioritarie e riservare tutta la potenzialità erogativa alle prestazioni prioritarie di cui alla tabella;

b) per le agende di prestazioni "non in tabella" di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere la prenotabilità sino al 31.12.2010 di queste agende e re-indirizzare tutta la potenzialità erogativa (in termini di risorse temporali ed umane) sulle agende di prestazioni prioritarie di cui alla tabella;

c) per le agende di specialisti impattati da tutte le discipline previste in tabella e con agenda già saturata fino al 31.12.2010 si deve prevedere l'overbooking;

2) assicurare che i cittadini forniscano sempre i dati prelevati dalla Tessera Sanitaria all'atto della prenotazione e/o della eventuale disdetta;

3) assicurare che, da parte delle strutture private accreditate, l'erogazione delle prestazioni debba avvenire nell'ambito della compatibilità economica e dei budget ancora disponibili per l'anno 2010 per le attività ambulatoriali e di ricovero per acuti in regime di accreditamento e di accordo contrattuale, relative, in via prioritaria ed eventualmente esclusiva, alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella;

4) garantire che tutta l'offerta di prestazioni erogate sia gestita unicamente attraverso il sistema CUP aziendale e che, per le ASL, tale sistema debba gestire tassativamente ed inderogabilmente l'offerta delle strutture private accreditate, di cui ai rispettivi Accordi Contrattuali; in assenza, le ASL non possono dar luogo alle liquidazioni delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate;

5) dare indicazioni ai soggetti interessati affinché le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali indichino tassativamente ed esplicitamente il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia del diritto prioritario, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella; a tal fine, i prescrittori segnalano la prestazione inserendo il codice "G" nel campo 16 della ricetta prescrizione come

indicato dalla DGR n. 68/2007; le richieste che non contengono l'indicazione della lettera "U" o del codice "G" saranno considerate non prioritarie;

6) assicurare la gestione delle disdette di prenotazione che devono essere comunicate dai cittadini almeno 48 ore prima della data fissata ed essere immediatamente rese disponibili per altre persone; in caso di annullamento entro i termini, deve essere comunicato al cittadino il numero di disdetta che deve essere conservato dai cittadini per almeno 6 mesi, a garanzia del cittadino rispetto ad eventuali ingiustificate rinvase;

7) garantire forme facilitate ed accessibili dai cittadini (sportello, call center, e-mail, servizi web, sms, ecc...) per effettuare le disdette di prenotazione;

8) potenziare i servizi ed i sistemi anche automatici di recall delle prestazioni prenotate;

9) nei casi di mancata disdetta entro le 48 ore, richiedere ai cittadini, anche in possesso di esenzione, il pagamento di una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione;

10) rispettare le procedure operative ed adeguare i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti dal MEF per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria prot. AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 diramata alle Aziende Sanitarie Locali, e per il tramite di quest'ultime alle strutture private accreditate, e secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria alle Aziende Ospedaliere-Universitarie, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati ed agli Enti Ecclesiastici del SSR.

Si confermano le disposizioni previste dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120 relativamente alla garanzia dell'erogazione delle prestazioni urgenti (codice U della ricetta prescrizione) da erogare, entro le 72 ore dalla richiesta, nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere-Universitarie e degli I.R.C.C.S..

## Sezione 1

Elenco delle prestazioni di primo accesso  
di cui all'elenco del punto 3 dell'Intesa del 28.03.2006 (già incluse nella DGR 1200/2006)

### A. Area Oncologica

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
1	Visita oncologica		89.7	15 giorni
<b>Radiologia</b>				
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 - 87.37.2	60 giorni
<b>TC con o senza contrasto</b>				
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1	60 giorni
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1	
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3	
7	Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5	
<b>Risonanza Magnetica</b>				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2	60 giorni
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5	
<b>Ecografia</b>				
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	60 giorni
11	Mammella	88.73	88.73.2	
<b>Esami Specialistici</b>				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	60 giorni
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	
14	Esofagogastroduodeno-scopia	45.13	45.13 - 45.16	

### B. Area Cardiovascolare

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30 giorni
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	30 giorni
<b>Ecografia</b>				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60 giorni
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60 giorni
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60 giorni
<b>Esami Specialistici</b>				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60 giorni
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60 giorni

## C. Area Materno Infantile

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30 giorni

## D. Area Geriatrica

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30 giorni
<b>TC con o senza contrasto</b>				
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	60 giorni
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	
44	Bacino	88.38	88.38.5	
<b>Esami Specialistici</b>				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60 giorni
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	

Tutte le prestazioni incluse in questo elenco possono essere prescritte con classe di priorità d'accesso entro 10 giorni dalla prenotazione, da indicare nel modulo di richiesta/prescrizione siglando la casella B, quando, a giudizio del medico, si tratti di prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un arco di tempo ristretto, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità.

## Sezione 2

**Elenco delle prestazioni, generalmente di secondo accesso,  
di cui all'elenco del punto 3 dell'Intesa del 28.03.2006,  
da erogare in pacchetti di prestazioni correlate a specifici percorsi diagnostico-terapeutici**

### A. Area Oncologica

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
2	Visita radioterapica pretrattamento		89.03
<b>Esami Specialistici</b>			
15	Broncoscopia	33.23	33.22
16	Colposcopia	70.21	70.21
17	Cistoscopia	57.32	57.32
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1
<b>Radioterapia</b>			
19	Sessione di radioterapia	V58.0	92.24.1 – 92.24.2 92.24.3 – 92.24.4 92.25.1 – 92.25.2

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
20	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
21	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
22	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7 - 45.8 48.5 - 48.6	Categorie 153 – 154
23	Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL / DAY SURGERY			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
24	Chemioterapia	99.25	V58.1

Il percorso diagnostico-terapeutico per patologia oncologica, comprendente pacchetti di prestazioni tra quelle dell'elenco, deve realizzarsi entro 60 giorni dalla formulazione da parte dello specialista di un "consistente" sospetto diagnostico, conseguente ad un riscontro di probabile lesione neoplastica, a seguito d'indagini di diagnostica per immagini o di endoscopia per i tumori solidi o di specifica indagine per i tumori dell'apparato emopoietico.

In relazione allo specifico protocollo diagnostico, ogni pacchetto può comprendere ulteriori indagini (in particolare l'esame citologico e/o istologico con relativo referto), seppur non comprese

nell'elenco di cui al punto 3 dell'Intesa del 28.03.2006, e le prestazioni richieste per l'eventuale stadiazione della malattia.

Ovviamente, nel caso in cui, nel corso delle indagini previste nel pacchetto, non sia riscontrata la conferma diagnostica di tumore (in particolare dopo accertamento citologico e/o istologico), s'interrompe il percorso per le successive indagini previste dal protocollo.

S'intende che, entro quel tempo massimo, debba essere garantito l'avvio al trattamento indicato dallo specialista per il caso in esame (chirurgico, chemioterapico, radioterapico).

Nel caso siano previsti step progressivi di terapia, il successivo trattamento deve essere garantito entro i 30 giorni dal precedente, salvo diversa ed esplicita indicazione dello specialista, formulata in relazione a criteri e priorità definite da specifiche Linee guida disciplinari.

### B. Area Cardiovascolare

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
<i>Riabilitazione</i>			
34	Cardiologica	93.36	93.36

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
35	By pass aortocoronarico	36.10	
36	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
37	Endoarteriectomia carotidea	38.12	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL / DAY SURGERY			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
38	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

Le prestazioni di secondo accesso dell'area cardiovascolare sono prescritte dallo specialista. L'esecuzione dell'ECG deve, di norma, essere effettuata contestualmente alla visita. Nel percorso diagnostico possono rientrare anche le indagini inserite nell'elenco delle prestazioni di primo accesso (Ecocolordoppler cardiaco, Ecocolordoppler vascolari, ECG sec. Holter).

La riabilitazione cardiologia è disposta dallo specialista e garantita entro 30 giorni dall'indicazione.

Le prestazioni di ricovero, rientranti in specifici protocolli diagnostico-terapeutici, sono disposte, secondo i casi, dallo specialista e garantite, qualora programmabili, complessivamente entro 90 giorni dall'inizio del percorso diagnostico. Per inizio del percorso deve intendersi la data di esecuzione della prima prestazione tra quelle previste nel protocollo.



## C. Area Materno Infantile

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
40	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.79	88.78 - 88.78.2

Le ecografie ostetriche devono essere programmate e prenotate secondo le scadenze previste dal protocollo d'assistenza della gravidanza, anche facendo ricorso all'overbooking.

## D. Area Geriatrica

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
48	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL / DAY SURGERY			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
49	Cataratta	13.0	

Tali prestazioni sono disposte dallo specialista e garantite entro 90 giorni dall'indicazione all'intervento da parte dello specialista. Per indicazione all'intervento s'intende l'inserimento nella lista d'attesa per il ricovero (vedi le "Linee guida per la tenuta dell'Agenda di prenotazione dei ricoveri", già emanate con la DGR n.1200/2006).

## Novità riguardanti il certificato medico per la patente di guida

di **ELISABETTA QUARANTA**

Segretario Provinciale Federazione Italiana Medici Pediatri

La legge 29 luglio 2010 n.120 ha apportato alcune modifiche al Codice della strada ed è diventata operativa; in particolare viene reintrodotta il Certificato medico per il rilascio della patente.

I medici di fiducia (non necessariamente quindi il Medico di Medicina Generale) dovranno redigere un certificato attestante i precedenti morbosità a tutti coloro che chiederanno il rilascio della patente di guida.

L'obbligatorietà di acquisizione da parte del medico monocratico o, nei casi previsti, da parte della CML (Commissione Medica Locale), del certificato del medico di fiducia attestante i precedenti morbosità nel caso di primo rilascio di patente di guida, introdotta dal secondo periodo del comma 3 dell'art. 119 del Codice, è entrato in vigore dal 13 agosto 2010, data di entrata in vigore della legge n. 120/2010.

Il certificato potrà essere compilato sulla falsa riga di quello proposto dal Ministero della salute (fig.1).

Le modifiche che riguardano l'articolo 119 dettano disposizioni riguardo l'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento e revisione della patente di guida; in particolar modo viene introdotto il comma 2-ter ed apportate variazioni al comma 3 dell'articolo 119.

Il Ministero della Salute in una circolare del 05.11.2010 chiarisce che la certificazione deve tenere conto dei precedenti morbosità del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato dal medico di fiducia (prima bastava un'autodichiarazione).

In base al comma 2-ter dell'articolo 119 la certificazione prevista deve essere necessariamente acquisita dal medico monocratico ed anche dalla commissione medica locale, quando ne ricorra il caso, in riferimento al rilascio del certificato di idoneità psicofisica alla guida.

Tanto la certificazione introdotta dal comma 2-ter che la certificazione di cui al comma 2 per il conseguimento della patente di guida devono essere redatte in data non antecedente a tre mesi rispetto alla presentazione della domanda di esame, come precisato nel comma 3. Nel caso in cui il certificato di idoneità psicofisica alla guida reca una validità limitata nel tempo (ad es. vale per 6 mesi e basta, può essere il caso di un

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il Sig./la Sig.ra _____ C.F. _____ da me in cura da più/da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno, presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:	
Apparato cardiocircolatorio: (se sì, specificare diagnosi)	SI NO
Diabete mellito	SI NO
Sistema endocrino: (se sì, specificare diagnosi)	SI NO
Sistema neurologico: (se sì, specificare diagnosi)	SI NO
Patologie psichiche: (se sì, specificare diagnosi)	SI NO
Epilessia	SI NO
Condizioni di dipendenza da: alcol/sostanze stupefacenti e psicotrope (cancellare la voce che non interessa)	SI NO
Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave	SI NO
Sangue ed organi emopoietici: (sindromi emofiliache, leucemie in trattamento) (specificare)	SI NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI NO
Data.....	Firma del medico
Timbro del medico (con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)	

Fig. 1

tossicodipendente in cura o di un malato sottoposto a una certa terapia, questo certificato in genere è rilasciato dalla CML) la scadenza del certificato non potrà essere antecedente la data di conseguimento della patente.

È previsto il rilascio, al momento non ancora obbligatorio, di una certificazione utile a riscontrare il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti; tale certificazione deve avvenire sulla base di specifici accertamenti clinico-tossicologici con modalità che non sono ancora note e verranno individuate con la pubblicazione di specifico decreto ministeriale.

La circolare del Ministero della Salute precedentemente citata specifica che al medico di fiducia non viene richiesta una attestazione riguardante tutti i pregressi precedenti morbosità del candidato all'esame di guida, ma quelli che allo stato attuale possono rappresentare un concreto rischio per la guida e fornire adeguate informazioni per una migliore e più completa valutazione del possesso dei requisiti di idoneità alla guida.



## Variazioni all'art.119 della legge n.120 del 29 luglio 2010

**Comma 2-ter.** Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici le cui modalità sono individuate con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa. La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), e dai titolari del certificato CFP o patentino filoviario, in occasione della revisione o della conferma di validità delle patenti possedute. Nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente.

**Comma 3.** L'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida.

Fig. 2 - Variazioni all'art.119 della legge n.120 del 29 luglio 2010

L'accertamento dei precedenti morbosì, oggetto di certificazione, il medico di fiducia li acquisisce sulla base delle conoscenze clinico anamnestiche in suo possesso a seguito dello svolgimento di attività di medico curante, anche per aspetti specialistici, svolta nei confronti dell'interessato in continuità di un rapporto di assistenza.

Viene ritenuto congruo rapportare l'attività assistenziale almeno ad un arco temporale non inferiore all'anno; tale periodo di tempo è ritenuto necessario per consentire al medico curante di poter conoscere sia i precedenti morbosì dell'interessato sia di poterne attestare la negatività.

Premesso che l'attestazione in parola rappresenta un utile elemento orientativo per il medico monocratico o, nei casi previsti, per la CML, la circolare ministeriale ribadisce l'utilità della stessa sia nel caso di dichiarazione dell'esistenza di precedenti morbosì pericolosi per la guida che nel caso di esclusione degli stessi, sulla base di una negatività clinico-anamnestica direttamente conosciuta (non possono infatti essere certificate circostanze che, pur richieste, siano negate o taciute dal proprio paziente).

Appare pertanto ovvio che, tranne nel caso in cui il ruolo di medico curante è rivestito da figure specialistiche o è riconducibile a situazioni di rapporto fiduciario personali, la funzione di curante di riferimento è affidata al medico di medicina generale (che nell'ambito del servizio sanitario rappresenta la figura del medico di

fiducia, medico di assistenza primaria) preposto al rilascio della certificazione inerente i precedenti morbosì che possono costituire un rischio per la guida.



**Salvatore Morelli** (Carovigno, 1 maggio 1824 – Pozzuoli, 22 ottobre 1880) è stato uno scrittore, giornalista e politico italiano.

## Medicina difensiva: tra timori di denunce ed eccessi di spesa

“La medicina difensiva si verifica quando i medici ordinano test, procedure e visite, oppure evitano pazienti o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non necessariamente) **per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per malpractice**. Quando i medici prescrivono extra test o procedure per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per malpractice, essi praticano una medicina difensiva positiva. Quando essi evitano certi pazienti o procedure, essi praticano una medicina difensiva negativa”.

È questa la definizione di medicina difensiva elaborata dall'**Office of Technology assessment** degli Stati Uniti. E a questo tema l'**Ordine dei Medici di Roma** in collaborazione con **Panorama Sanità** ha dedicato un'indagine, realizzata dal Professor Aldo **Piperno** dell'**Università Federico II di Napoli**, i cui risultati sono stati presentati al Senato.

Secondo l'indagine, svolta su un campione di medici rappresentativi di tutta la categoria a livello nazionale (ad esclusione degli odontoiatri), ben il **10,9% della spesa sanitaria totale** sarebbe causata dalla medicina difensiva. Considerando che in Italia la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) si aggira attorno ai **134 miliardi di euro** (109 pubblici e 25 privati) e che farmaci, visite, esami e ricoveri coprono almeno l'**80%** di questa spesa, se il calcolo stimato dal Professor Piperno corrispondesse alla realtà, vorrebbe dire che oltre **14 miliardi di euro** se ne vanno ogni anno per esami, farmaci, visite e ricoveri prescritti ed eseguiti, ma che forse non servivano.

Il dato di partenza è che il **78,2%** dei medici intervistati si sente oggi più a rischio di ricevere un esposto o una denuncia rispetto al passato e il **65,4%** si sente sotto pressione nella pratica clinica di tutti i giorni.

- Circa il **53%** dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni sono il **13%** circa del totale;

- Il **73%** e oltre dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il **21%** del totale;

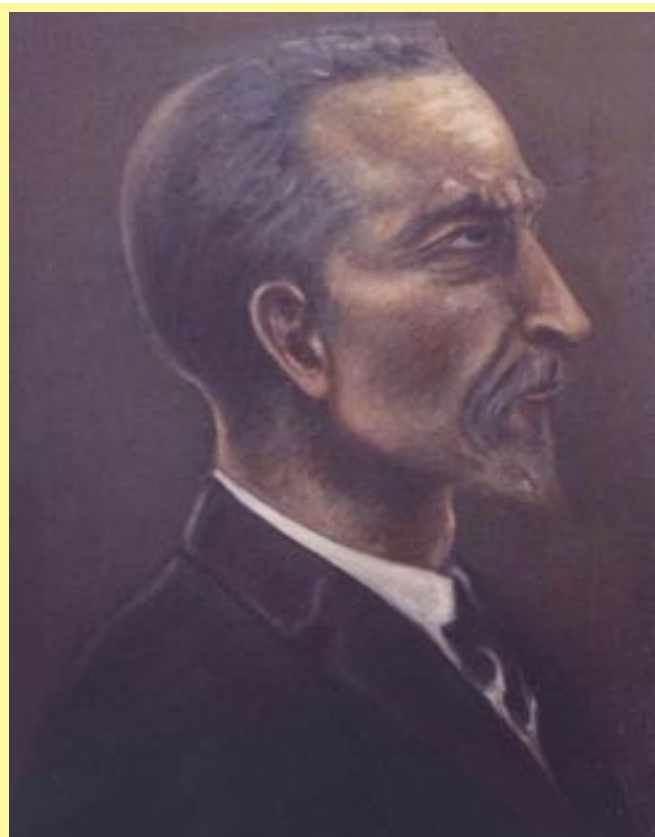
- Circa il **71%** dei medici dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il **21%** circa del totale;

- Circa il **75,6%** dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni rappresentano il **22,6%** circa del totale;

- Circa il **49,9%** dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono l'**11%** circa del totale.

Come già detto, secondo la stima dell'indagine, la spesa generata dalla medicina difensiva riferita a tutti i medici pubblici e privati, sarebbe corrispondente al **10,9% della spesa sanitaria totale**, ripartita tra farmaci (**3,7**), visite specialistiche (**2,4**), esami di laboratorio (**0,8**), esami strumentali (**0,8**) e ricoveri (**3,2**). Per la sola spesa a carico del Ssn le ricadute della medicina difensiva sono pari a un **9,7%** di incidenza totale, ripartito tra farmaci (**1,9**), visite (**1,7**), esami di laboratorio (**0,7**), esami strumentali (**0,8**) e ricoveri (**4,6**).

Autore: Centro Studi FNOMCeO



**Vito Donato Epifani** (San Vito dei Normanni, 23 giugno 1848 - San Vito dei Normanni, 15 agosto 1922) è stato un patriota, giurista e scrittore.



## **Circolare del Ministero del Lavoro - valutazione del rischio stress lavoro-correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D.Lgs. 81/08**

Roma, 02 dicembre 2010

Ai Presidenti degli Ordini dei  
Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri

Ai Presidenti delle Commissioni  
per gli iscritti all'Albo degli  
Odontoiatri

Oggetto: Circolare del Ministero del Lavoro - valutazione del rischio stress lavoro-correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D.Lgs. 81/08.

Cari Presidenti,

si ritiene opportuno trasmettere la lettera circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18 novembre 2010 in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato di cui all'articolo 28, comma 1-bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni e integrazioni.

L'art. 28, comma 1, del D.Lgs. 81/08 prevede che la valutazione dei rischi, obbligo del datore di lavoro pubblico e privato, debba essere effettuata tenendo conto tra l'altro dei rischi da stress lavoro-correlato.

La valutazione del rischio da *stress* lavoro-correlato deve avvenire tenendo conto delle indicazioni metodologiche, fornite dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro di cui all'art. 6 del D.Lgs. 81/08, necessarie a un corretto adempimento dell'obbligo di valutare il rischio da *stress* lavoro-correlato.

La Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ha stabilito che **la data del 31 dicembre 2010**, di decorrenza dell'obbligo previsto

dall'art. 28, comma 1-bis, del D.Lgs. 81/08, debba essere intesa come data di avvio delle attività di valutazione. La programmazione temporale delle attività di valutazione e l'indicazione del termine finale di espletamento delle stesse debbono essere riportate nel documento di valutazione dei rischi.

Nelle imprese che occupano fino a 5 lavoratori la valutazione può essere più "semplice"; ad esempio il datore di lavoro può scegliere di utilizzare modalità di valutazione che garantiscano il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni e nella verifica della loro efficacia.

Ciò detto, considerato che a tale adempimento è correlato un apparato sanzionatorio (art. 55 del D.Lgs. 81/08) e visto che per la valutazione del rischio lavoro-correlato il datore di lavoro si avvale del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione con il coinvolgimento del medico competente, è opportuno che gli Ordini provinciali rispettino le disposizioni in materia di sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Si ricorda infatti che **negli Ordini Provinciali** la figura del **datore di lavoro** è rappresentata dal **Presidente** quale rappresentante legale dell'Ente.

**Al tempo stesso si rileva che tali disposizioni si applicano anche agli studi medici-odontoiatrici ove vi siano dei dipendenti.**

In conclusione si invitano tutti gli Ordini provinciali a dare la più ampia diffusione della circolare indicata in oggetto con specifico riferimento all'ambito territoriale di propria competenza.

Il Presidente  
Amedeo Bianco

*N.D.R.:* La lettera circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18 Novembre 2010 è disponibile presso la sede dell'Ordine.

## Medici scrivono

### Giovanni Narracci. *L'urlo della vittoria*

**Giovanni Narracci** è nato a Ostuni (BR) nel 1929 e risiede a Fasano (BR).

È un medico scrittore associato all'Associazione Medici Scrittori Italiani (AMSI) aderente all'Unione Mondiale dei Medici Scrittori (UMEM).

Ha pubblicato: "I cento anni dell'Istituto Latorre di Fasano", "L'ultimo Principe Incas", "Dalle gravine alla piana degli ulivi", "Il sogno di Scanderberg", "Maratona, la pianura della gloria", "Roncisvalle", "Il tricolore in convento", "La collina delle ginestre", "Termopili, i giorni della gloria", "Egnazia e Apulia tra Magna Grecia e Romani".

"*L'urlo della vittoria*" è il canto del peana che gli equipaggi greci,



nell'ora del tramonto, di quel giorno di fine di settembre del 480 a.C., intonarono in preda a grande entusiasmo quando costrinsero alla fuga le residue triremi della flotta persiana dopo averne distrutto circa la metà.

Il piano di battaglia messo a punto dall'ammiraglio ateniese Temistocle si rivelò vincente: pur disponendo di un numero di navi da guerra doppio rispetto a quello dei Greci, i Persiani con le loro navi non riuscirono a manovrare nello stretto Canale di Salamina e, rimanendo intrappolati, su di essi si scatenò la furia dei Greci.

L'urlo si propagò per tutti i cieli dell'Ellade e annunciava un lieto messaggio: l'incubo persiano è finito, la Grecia è libera!



**Paolo Tanzarella** (1808-1897). Sindaco e patriota di Ostuni.



**Pietro Pennetta** (1800-1857). Patriota e Avvocato nato a San Pietro Vernotico.

ccp 17101353  
mediciconlafrica.org



# QUESTA È UNA FOTO DI GUERRA

In Africa ogni anno muoiono 4,5 milioni di bambini sotto i 5 anni e 265 mila madri. Sono le cifre di un genocidio. Eppure gran parte di queste morti sono legate alla gravidanza e al parto e potrebbero essere evitate garantendo l'assistenza sanitaria di base. Da 60 anni Medici con l'Africa Cuamm combatte sul campo questa guerra troppo spesso dimenticata e anche tu puoi fare molto. Con soli 40 euro assicuriamo un parto assistito e salviamo la vita di una mamma e del suo bambino. **Unisciti alla nostra battaglia: basta un SMS.**

 **MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM



casa di cura  
**SALUS**



## Struttura Polispecialistica

- Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- Convenzioni con Primarie Compagnie di Assicurazioni

Direttore Sanitario: **Dr. Pasquale Strippoli** (Specialista in Igiene e Medicina Preventiva)

### ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

In data 19/03/2009 è stato conferito l'Accreditamento Istituzionale alla Casa di Cura per complessivi n. 68 posti letto, così suddivisi: Chirurgia Generale n. 16, Chirurgia Vascolare n. 10, Medicina Interna n. 16, Medicina Fisica e Riabilitativa n. 10, Ostetricia-Ginecologia n. 16.

A seguito di tale provvedimento i ricoveri di Chirurgia Generale e Medicina Fisica e Riabilitativa, già in regime di assistenza indiretta, sono ora effettuati in regime di accreditamento.

L'accREDITAMENTO istituzionale ha comportato per la Casa di Cura la ristrutturazione dell'intera area di degenza al fine di adeguare la struttura ai requisiti imposti dal Regolamento Regionale n. 3/2005.

### CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA ED ALLA GENITORIALITÀ

Sono attivi i Corsi di preparazione al parto che vedono il coinvolgimento di ben sei figure specialistiche, coordinate dallo psicologo della Casa di Cura, per trattare l'evento nascita nella sua globalità.

È previsto anche un incontro della coppia-neonato con il pediatra e lo psicologo entro il primo mese dalla nascita. Il Corso è aperto a tutte le donne gravide, preferibilmente al quinto/sesto mese, indipendentemente dalle modalità di svolgimento del parto e dalla struttura prescelta per la nascita.

Per informazioni ed adesioni telefonare dal lunedì al sabato, dalle ore 9.00 alle ore 12.00, al numero 0831.581505 e chiedere della Sig.ra Roberta Zumbo, interno 5505 o della Dott.ssa Katia Pierri, interno 5546.

Per visionare la brochure dedicata collegarsi al sito Internet [www.casadicurasalus.it](http://www.casadicurasalus.it)

### INSTALLAZIONE NUOVA TAC

Presso il Dipartimento d'Immagine, nell'ottobre 2008, è stata installata una nuova Tac 64 strati di ultima generazione in grado di assicurare massimi livelli di prestazioni diagnostiche e riduzione dei tempi di esposizione radiante.

### CHIRURGIA GENERALE

Resp. Dott. Luca Verardi

Assicura, in regime di accreditamento, il trattamento di tutta la patologia neoplastica e non, di interesse chirurgico. Le principali competenze riguardano la chirurgia dell'apparato digerente, urinaria, endocrina, oncologica e ricostruttiva della mammella. Queste patologie vengono trattate sia con metodiche di chirurgia tradizionale sia con tecniche mininvasive di laparoscopia. In base al tipo di patologia, il trattamento del caso viene in genere concordato in modo multidisciplinare con l'apporto di diversi specialisti. Si eseguono interventi di piccola chirurgia ambulatoriale in regime di solvenza. Il Dott. Luca Verardi riceve presso la Casa di Cura il martedì ed il giovedì dalle 15.00 alle 17.00.

Per informazioni e prenotazioni telefonare al Numero Verde 800.10 21 21

### CARTE DEI SERVIZI

Per la corretta informativa dell'utenza è stata aggiornata ed ampliata la Carta dei Servizi generale della Casa di Cura e della Radiologica Salus. Sono inoltre disponibili, anche sul sito internet, le Carte dei Servizi delle singole Unità Operative di: Chirurgia Vascolare, Chirurgia Generale, Medicina Interna, Medicina Fisica e Riabilitativa, Ginecologia-Ostetricia e Radiologia. Presso la struttura e nel sito internet sono, infine, disponibili le brochure relative a: Parto Indolore, Tunnel Carpale, Corso di Preparazione al Parto e Medicina del Sonno.

## Settori nosologici

Chirurgia Generale

Chirurgia Vascolare

Medicina Generale

Medicina Fisica e  
Riabilitativa

Ostetricia - Ginecologia

Fisiopatologia della  
Riproduzione Umana

Endoscopia Digestiva

Diagnostica per immagine

Ecografia - Ecocardiogramma  
Radiologia - TAC - RM

Servizi Ambulatoriali

Laboratorio di  
Patologia Clinica

Consegna di referti a domicilio su richiesta

INFORMAZIONI - PRENOTAZIONI

Numero Verde

**800-10 21 21**

# La Sezione Scientifica

## Note editoriali

La Sezione Scientifica si articola in tre parti:

**- Dai Congressi:**

pubblica gli abstract, in lingua italiana e/o inglese, di relazioni presentate dagli iscritti all'Ordine di Brindisi in Congressi di livello Nazionale e Internazionale.

**- Dalle Riviste Scientifiche:**

pubblica gli abstract, in lingua italiana e/o inglese, di lavori pubblicati dagli iscritti all'Ordine di Brindisi su Riviste Scientifiche di livello Nazionale e Internazionale.

**- Articoli Originali:**

pubblica, in lingua italiana, articoli originali, aventi come oggetto:

- editoriali e analisi;
- studi epidemiologici;
- linee guida e protocolli;
- organizzazione e management.

## Norme redazionali

**Dai Congressi:**

abstract, in lingua italiana e/o inglese, con:

- titolo, sede, data del Congresso;
- Società Scientifica/che promotrice/i;
- nome e cognome del/dei relatore/i;
- struttura di appartenenza;
- testo di lunghezza non superiore a 25-30 righe.

**Dalle Riviste Scientifiche:**

abstract, in lingua italiana e/o inglese, con:

- denominazione della rivista e referenze bibliografiche;
- nome e cognome del/gli autore/i;
- struttura di appartenenza;
- testo di lunghezza non superiore a 25-30 righe.

**Articoli Originali:**

- titolo;
- nome e cognome del/gli autore/i;
- struttura di appartenenza;
- riassunto sintetico;
- testo dell'articolo composto da *introduzione* e *paragrafi*, scritto al computer con Microsoft Word;
- riferimenti bibliografici;
- figure, tabelle, foto allestite separatamente dal testo con relative didascalie, con numerazione progressiva e riferimenti nel testo.

# Nuove Tecnologie Ortopediche

# **Colella** s.r.l.

## Protesi ortopediche personalizzate

Da circa dieci anni è nato a San Cassiano (Lecce) un centro ortopedico finalizzato alla produzione e alla fornitura di protesi e ortesi totalmente personalizzate. L'esperienza ventennale maturata in Svizzera e in Italia ne fanno un centro privato unico nel suo genere, dove i Tecnici Ortopedici, diplomati in Svizzera, instaurano con il cliente un rapporto di collaborazione e di fiducia reciproca, mettendo a disposizione tutta la loro serietà e la loro professionalità, facendo sì che il cliente non si senta un semplice "utente", ma parte integrante del centro stesso.

Il centro è dotato di una zona lavorazione con macchinari e strumenti all'avanguardia, ove viene fornita una assistenza continua e oculata per quanto concerne il montaggio e la manutenzione dei componenti della protesi.

Il centro attraverso un continuo rapporto di collaborazione con aziende nazionali ed estere leader nel settore, e attraverso la costante partecipazione del proprio personale ai corsi di aggiornamento, percorre costantemente nuove strade nella sperimentazione e nella ricerca di nuove tecnologie per offrire ai suoi clienti prodotti e servizi sempre innovativi e all'avanguardia.

È dotato inoltre di un'ampia palestra adibita alla riabilitazione e all'addestramento dell'uso della protesi e della ortesi. Può su richiesta offrire un trattamento fisioterapico completo eseguito da fisioterapisti specializzati che collaborano regolarmente con il Centro stesso.

Il Centro offre anche la possibilità di soggiornare in sede, mettendo a disposizione mini appartamenti climatizzati dotati di ogni comfort, con TV, bagno e cucina in camera, per permettere al cliente di passare momenti così importanti e delicati insieme alla propria famiglia.

### PRODUZIONE E COMMERCIALIZZAZIONE DI:

- Protesi personalizzate di arto inferiore e superiore
- Protesi per malformazioni congenite (sistema unico in Italia)
- Tutori ortopedici
- Carrozine e presidi sanitari
- Cosmesi in silicone per protesi
- Busti per scoliosi



Zona P.I.P. - Lotto 4 - 73020 **SAN CASSIANO** (LE) - Tel. 0836.992583 - Fax 0836.993416

<http://www.ntocolella.it>

E-mail: [info@ntocolella.it](mailto:info@ntocolella.it)





# La ricerca sulla genetica della schizofrenia in Puglia: “Un esempio di collaborazione Università-Territorio”

di MARCO COLIZZI\*, FRANCESCO COLIZZI\*\*, GRAZIELLA DI BELLA\*\*\*, MARCELLO NARDINI\*, ALESSANDRO BERTOLINO\*

\* Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Bari “A. Moro”

\*\*Direttore del Centro di Salute Mentale, Brindisi

\*\*\*Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, ASL BR

## **Fenotipi intermedi: un ponte tra la genetica della schizofrenia e le manifestazioni fisiopatologiche e comportamentali ad essa associate.**

Il fine ultimo della ricerca genetica nella schizofrenia è la comprensione del significato di ogni gene a livello della funzione cerebrale e della disfunzione associata al disturbo schizofrenico. L'identificazione di geni di suscettibilità richiede l'evidenza biologica che la variante associata al rischio di ammalare abbia un impatto sulla patogenesi del disturbo. Lo studio delle caratteristiche biologiche associate alla patologia permette di determinare in che misura la genetica individuale possa influire sulla loro espressione. In questo senso l'utilizzo dei cosiddetti “fenotipi intermedi” o “endofenotipi” sta aiutando a comprendere la genetica e la fisiopatologia della schizofrenia.

Per fenotipo intermedio si intende qualunque misura neurobiologica correlata alla genetica molecolare della malattia che abbia le seguenti caratteristiche:

- Dovrebbe essere moderatamente ereditabile e riscontrabile nei familiari non affetti di individui con schizofrenia;
- Dovrebbe essere associata alle cause e non agli effetti del disturbo. Deve potersi ricondurre al percorso causale e non ad epifenomeni conseguenti all'espressione della malattia;
- Dovrebbe variare in maniera continua nella popolazione generale;
- Dovrebbe essere associata a maggiore rischio per il disturbo anche se non necessariamente specifiche per quel disturbo;
- Dovrebbero essere misurabili con buona riproducibilità metodologica, buone proprietà psicometriche e buona validità.

Per definizione i “fenotipi intermedi” non sono sintomi bensì caratteristiche neurobiologiche o cognitive di tratto con una minima variazione associata allo stato del disturbo. Allo stato attuale, trattandosi di variabili non influenzate dalla fase clinica, dal trattamento farmacologico e dalla durata dello studio, rappresentano le opzioni più obiettive e trattabili per caratterizzare la

schizofrenia e legare aspetti neurobiologici e comportamentali associati al disturbo con caratteristiche genetiche specifiche.

## **Schizofrenia, fattori genetici ed ereditarietà**

La ricerca genetica nel campo della schizofrenia incontra diverse difficoltà: l'assenza di anamnesi familiari positive per schizofrenia che comprenda diverse generazioni e l'elevato numero di pazienti affetti; l'esistenza di diversi fenotipi e l'accertata eterogeneità genetica; la mancanza di un accordo sulle modalità di trasmissione; il poter basare la relazione genotipo-fenotipo solo sui sintomi, e non sulla diagnosi. In base ai numerosi studi di epidemiologia genetica appare improbabile che la schizofrenia sia una patologia correlata a un singolo gene. Si ritiene, invece, che molteplici geni, combinando i propri effetti in differente misura, interagiscano tra loro e con fattori di rischio non genetici, determinando l'insorgenza del disturbo. La malattia risulta pertanto un disturbo genetico complesso che non segue un semplice pattern ereditario di tipo mendeliano. I familiari delle persone affette da schizofrenia presentano un rischio più elevato rispetto al resto della popolazione di sviluppare la malattia. Tale rischio è progressivamente maggiore nei parenti geneticamente più simili alla persona con schizofrenia: fra i parenti biologici di primo grado il rischio risulta di circa dieci volte maggiore rispetto alla popolazione generale, mentre risulta sei e due volte maggiore se i parenti sono, rispettivamente, di secondo e di terzo grado (Tabella I).

Inoltre, la maggiore prevalenza di disturbi dello spettro schizofrenico, come il disturbo schizoaffettivo e i disturbi di personalità di tipo schizoide e schizotipico, che si osserva nei familiari dei pazienti schizofrenici, fornisce un'ulteriore dimostrazione dell'esistenza di una base genetica comune per questi disturbi. I dati disponibili indicano che la concordanza per la schizofrenia tra i gemelli dizigoti si aggira attorno al 17%, valore decisamente più elevato dell'1% rilevato nella

100%	Gemello omozigote = 48%
	Gemello = 17%
	Figlio = 13%
50%(parentela di primo grado)	Sorella/fratello = 9%
	Genitori = 6%
	Sorella/fratello = 6% (con un solo genitore in comune)
25%(parentela di secondo grado)	Nipote = 5%
	Nipote di zio/zia = 4%
	Zio/Zia = 2%
12,5%(parentela di terzo grado)	Cugino primo = 2%
	Popolazione Generale = 1%

Tabella I – Rischio di sviluppare la schizofrenia in funzione del grado di parentela con un soggetto affetto da tale patologia (adattata da Gottesman 1991).

popolazione generale, e che la concordanza nei gemelli omozigoti sfiora il 50%. Questa alta concordanza rappresenta l'inequivocabile prova dell'importanza dei fattori genetici. Oggi è noto che l'ereditarietà della schizofrenia è spiegata per circa l'80% da fattori genetici e che ogni gene finora messo in associazione con la malattia spiega solo una piccola percentuale della varianza associata al disturbo (Harrison e Weinberger, 2004).

### Schizofrenia e funzioni cognitive

È ormai accertato che le disfunzioni cognitive non sono secondarie ad altri aspetti della malattia, ma sono una caratteristica primaria della schizofrenia (Harvey et al., 1998). Numerosi studi hanno dimostrato che i deficit cognitivi possono precedere l'insorgenza dei sintomi psicotici e rappresentare un fattore di rischio

(Finkelstein et al., 1997). Queste alterazioni, inoltre, sono di fondamentale importanza in considerazione della disabilità sociale e funzionale che determinano (Penn et al., 2006). Solo il 15-30% dei pazienti con diagnosi di schizofrenia si reinserisce nel mondo lavorativo e di questi solo la metà conserva il lavoro per oltre sei mesi. Tale difficoltà è in parte collegata alla persistenza di alterazioni cognitive, che interferirebbero con la competenza sociale di tali pazienti (Galderisi et al., 1997). I pazienti con alterazioni cognitive lievi avranno in media un *outcome* migliore rispetto a pazienti con alterazioni modeste o gravi, indipendentemente dalla gravità dei sintomi psicotici (Braff, 1999). Anche se gli ultimi anni hanno visto la pubblicazione di numerosi studi riguardanti i deficit neuropsicologici nella patologia schizofrenica, l'esatto tempo di comparsa e il decorso di tali alterazioni restano oscuri. Tutti gli studi suggeriscono che il processo morboso si manifesta come alterazione cognitiva, che può essere relativamente profonda e



diffusa in uno stadio iniziale di sviluppo ed è presente dopo la comparsa dei sintomi psicotici (Nelson et al., 1990; Goldberg et al., 1995). Le disfunzioni cognitive più frequentemente associate alla patologia schizofrenica e ad un esito funzionale sfavorevole includono l'attenzione sostenuta, la memoria verbale e le funzioni esecutive. Sia studi trasversali che studi longitudinali condotti su pazienti affetti da schizofrenia hanno dimostrato che i deficit neurocognitivi persistono durante tutto il corso della malattia, a prescindere dalle fasi di remissione o di esacerbazione dei sintomi psicotici. I deficit cognitivi sono una delle più importanti scoperte nella letteratura sulla schizofrenia perché questi deficit sono generalizzati e presenti praticamente in tutti i pazienti affetti. Esiste la possibilità che l'alterazione cognitiva, al momento non inserita nei criteri diagnostici, sia più comune rispetto a molti altri sintomi che caratterizzano la malattia (Green, 1996; Braff, 1999).

### **La collaborazione tra l'Università e il territorio**

Dall'inizio del 2009, il Dipartimento di Salute Mentale di Brindisi collabora con il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche – Sezione Clinica per le Malattie Mentali – Università degli Studi di Bari, con la finalità di reclutare dal Centro di Salute Mentale e da alcune strutture psichiatriche a diversa intensità riabilitativa, site nella provincia di Brindisi, pazienti affetti da schizofrenia, i loro familiari e persone non affette da disturbi psichici da inserire in un gruppo di controllo. I dati raccolti sono utilizzati per diversi studi a carattere scientifico sulla schizofrenia, un grave disturbo psicotico i cui sintomi caratteristici comportano uno spettro di disfunzioni cognitive ed emotive che comprende: la percezione, il pensiero deduttivo, il linguaggio, il controllo del comportamento, l'affettività, la fluidità del pensiero e dell'eloquio, la capacità di provare piacere, la volontà, l'iniziativa e l'attenzione.

Il Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche della Clinica Psichiatrica dell'Università di Bari, si occupa da oltre dieci anni di studiare i geni che potrebbero aumentare il rischio di sviluppare la schizofrenia. Un'equipe, formata da psichiatri e neuropsicologi, si reca presso le differenti strutture per effettuare le analisi.

### **Composizione del campione proveniente dalle strutture psichiatriche dell'ASL BR**

Allo stato attuale sono stati reclutati dai servizi psi-

chiatrici del territorio di Brindisi per gli studi in questione 73 soggetti, di cui 34 pazienti affetti da schizofrenia, 8 fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia, 10 genitori di pazienti affetti da schizofrenia, 21 controlli sani (operatori e collaboratori del CSM). I soggetti arruolati sono utenti e loro familiari provenienti dagli ambulatori del CSM di Brindisi, dal Centro Diurno "Petaso" di Brindisi, dalla Comunità Riabilitativa Assistenza Psichiatrica pubblica di Brindisi, dalla Comunità Riabilitativa Assistenza Psichiatrica "San Vincenzo" di San Michele Salentino, dalla Comunità Riabilitativa Assistenza Psichiatrica "Carlo Alberto Dalla Chiesa" gestita dalla Cooperativa "Città Solidale" di Latiano. Tutte le persone invitate a prendere parte allo studio di ricerca hanno espresso la loro volontaria partecipazione tramite la sottoscrizione di un consenso informato.

### **Procedure**

In primo luogo per ogni persona coinvolta nello studio viene raccolta un'anamnesi personale e familiare da uno psichiatra: il colloquio ha l'obiettivo di esplorare il funzionamento premorbo del paziente, le eventuali complicanze ostetriche (tramite "McNeil-Sjostrom Scale"), gli eventi significativi dello sviluppo, la storia familiare e le disabilità psicosociali (tramite "Life History Calendar", Caspi & Moffit, 1996). Successivamente ogni individuo è sottoposto alla SCID-I, un'intervista semistrutturata, realizzata in modo da formulare una diagnosi relativa ai principali disturbi dell'Asse I del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). In questo modo è possibile ottenere una diagnosi accurata di schizofrenia, che conforti la valutazione clinica. Allo stesso modo l'esecuzione di questa intervista clinico-diagnostica consente di includere diversi soggetti, non affetti da disturbi mentali, in un gruppo di controllo.

Ogni partecipante allo studio dona un campione di sangue pari a 35 ml. Il prelievo è effettuato garantendo il massimo della sicurezza del paziente. Dai campioni di sangue si procede all'estrazione del DNA, al fine di studiare i geni correlati alla schizofrenia con l'obiettivo di determinare il contributo genetico alle anomalie riscontrate nelle patologie mentali.

In un secondo momento i partecipanti sono sottoposti ad una batteria di test neuropsicologici atti a valutare l'apprendimento, l'attenzione, le abilità di pianificare, di attuare strategie e processare le informazioni. Confrontando le performance cognitive tra individui affetti da schizofrenia, fratelli non affetti di pazienti

con schizofrenia ed un gruppo di controllo si cerca di correlare il livello di funzionamento intellettivo con i geni responsabili per queste disfunzioni cognitive. I test in questione sono: Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R) per il calcolo del quoziente intellettivo; Wechsler Memory Scale (WMS) per la memoria a breve termine e le funzioni attentive; N-back test, per la valutazione della Working Memory (Memoria di lavoro); Continuous Performance Test per valutare l'attenzione sostenuta; Wisconsin Card Sorting Test per la valutazione del funzionamento esecutivo; il Controlled Oral Word Association Test (COWAT) per indagare la capacità dei soggetti di creare ed utilizzare una strategia efficiente per la ricerca del loro lessico.

Infine, i partecipanti sono invitati a recarsi presso l'IRCSS di San Giovanni Rotondo per sottoporsi a risonanza magnetica funzionale (fMRI), durante la quale effettuano alcune prove neuropsicologiche. L'obiettivo ultimo delle analisi dei dati forniti dall'fMRI è di rilevare i collegamenti tra il metabolismo del cervello, evidenziato dall'attivazione di alcune sue aree, ed i compiti che il soggetto effettua durante la scansione, col fine di evidenziare differenze tra i pazienti affetti da schizofrenia, fratelli non affetti di pazienti ammalati di schizofrenia e controlli sani. I partecipanti effettuano contestualmente a questo esame anche la risonanza magnetica strutturale, per permettere l'acquisizione delle informazioni sulle strutture encefaliche. Per inciso, attraverso tale indagine, sono state individuate condizioni meritevoli di trattamento terapeutico specifico.

### Conclusioni

L'epidemiologia genetica ha dimostrato che i geni rivestono un ruolo importante nei disturbi psichici. La collaborazione di diverse discipline, di base e cliniche, nell'ambito delle neuroscienze ha permesso di fare significativi passi avanti nella comprensione delle basi neurobiologiche delle malattie mentali. Quanto più verrà chiarito il processo di regolazione genica alla base della schizofrenia, tanto più risulterà possibile elaborare un intervento precoce nell'infanzia o un più specifico trattamento individuale per modellare l'espressione genica in una direzione determinata.

Lo sviluppo di relazioni tra l'Università ed il territorio può accelerare questo percorso di conoscenza, rivelandosi un'importante opportunità di crescita.

Esperienze di questo tipo consentono da un lato di mettere a frutto il patrimonio culturale dell'Università, condividendo con il territorio la conoscenza prodotta dalla ricerca scientifica. Dall'altro, l'Università si pone come fattore sociale di promozione del dialogo, di interazione e di collaborazione tra i diversi attori coinvolti. Il Dipartimento di Salute Mentale di Brindisi ha recepito l'importanza di agire sinergicamente con l'Università, favorendone l'attività di ricerca.

In tale ottica il rafforzamento di un legame stabile tra mondo accademico e mondo lavorativo, tra ricerca e professione, rappresenta lo strumento più adatto per sviluppare con il territorio un rapporto di dialettica creativa. La sinergia tra Università e territorio mira a consolidare l'identità della professione dello psichiatra e ad accrescerne le competenze nei diversi servizi di salute mentale, così da favorire interventi più efficaci, volti al benessere psichico degli individui, ed una comunicazione migliore tra professionisti diversi.



**Giovanbattista Vitale.** Ostunese, Capitano dell'Esercito Garibaldino..