



PROGETTO SALUTE

• Speciale 2010

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

• Il Confronto

- 6 Nell'era della femminilizzazione della professione medica, per quanto tempo ancora i medici donna devono segnare il passo?
di Beatrice Proto
- 9 Errori in Medicina: ineluttabilità o mancanza di metodo?
di Sergio Pede, Francesco Legrottaglie

• Il Codice deontologico

- 11 Leggiamo insieme il Codice Deontologico ...un articolo per volta. Art. 19 - *Aggiornamento e formazione professionale permanente*
di Antonio Nicola Quarta

• La Vita dell'Ordine

- 13 Puglia-Palestina, 10 medici in prima linea.
- 14 Variazioni all'Albo dei Medici
- 14 Variazioni all'Albo degli Odontoiatri
- 14 Convenzione tra l'Associazione Italiana Persone Down e l'Ordine

• Le informazioni

- 15 Spesa sanitaria pro-capite italiana ed europea. VII Rapporto CEIS Sanità 2009
- 18 I dati definitivi 2008 e provvisori 2009 sull'applicazione della Legge 194 che regola l'aborto
- 19 Attività di ricovero ospedaliero 2009, i risultati dell'analisi preliminare
- 20 Morbillo in Puglia: la situazione al 1 agosto 2010
- 20 Migliorare la salute orale negli over 64enni: l'esperienza del Passi d'Argento nella Regione Puglia
- 21 Distribuzione diretta di farmaci alla dimissione nella ASL Brindisi

• La previdenza

- 22 Contributi previdenziali e altro: guida aggiornata al settembre 2010

• Il lavoro e la professione

- 28 La nuova ECM. Accordo Stato-Regioni 5 nov. 2009 approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione il 13 gennaio 2010. Cosa cambia
di Paola Guacci, Enzo Perrucci, Giuseppe Colucci
- 30 Ruolo dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Brindisi nell'attività formativa
di Paola Guacci, Enzo Perrucci, Giuseppe Colucci
- 31 Gli errori riferiti all'uso dei farmaci "Look-Alike/Sound-Alike": le iniziative del Ministero della Salute
di Elisabetta Quaranta
- 32 Falso ideologico in certificato medico

• Oltre il lavoro e la professione

- 33 La sventurata mente del signor Elliot
di Luciano Peccarisi

LA SEZIONE SCIENTIFICA

• Articoli Originali

- 40 Il trattamento dell'asma allergico: esperienza con terapia Anti-IgE
di Alfredo Scoditti, Salvatore Bellanova, Pierluigi Bracciale, Antonio Castagnaro, Giuseppe Valerio

• Dalle Riviste

- 43 Effetti acuti dell'inquinamento a Brindisi: analisi case-crossover
di Maria Serinelli, Emilio Antonio Luca Gianicolo, Marco Cervino, Cristina Mangia, Maurizio Portaluri, Maria Angela Vigotti
- 44 La somministrazione a scopo profilattico di paracetamolo nel corso del ciclo primario delle vaccinazioni diminuisce le reazioni febbrili e la risposta immunitaria
di Giovanni Simeone

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

TERZA PARTE

di FRANCO PRETTICO

Continua la pubblicazione della storia della istituzione ordinistica nell'anno del suo centenario. Come già preannunciato nel precedente numero, pubblichiamo la storia del nostro Ordine provinciale a partire dal 1946 ai giorni nostri.

La fase della ricostituzione degli Ordini nella provincia di Brindisi

A seguito della pubblicazione sulla G.U. del 23 ottobre 1946 n. 241 del DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 "Ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse", il Prefetto provvede alla nomina di una commissione straordinaria per l'Ordine dei medici di Brindisi nelle persone di:

Lenti Pietro, col ruolo di presidente (26 agosto 1904 – 26 gennaio 1983)¹

Giovanni Mengano (28 dicembre 1901 – 28 agosto 1980)

Francesco Olivieri (3 maggio 1903 – 22 novembre 1977).

Tale organismo era previsto dall'art. 22 dello stesso DLCPS che recita:

"Entro un mese dalla data di entrata in vigore del presente decreto i Prefetti, sentito l'ufficio sanitario provinciale, nomineranno per ciascuno degli Ordini e collegi dei sanitari della provincia una commissione straordinaria composta da tre membri, iscritti ai rispettivi albi, con l'incarico di amministrare gli Ordini o collegi fino a quando non saranno eletti i consigli direttivi. Tale elezione dovrà essere compiuta non oltre il termine di due mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione del presente decreto. [...]"

La suddetta commissione ha iniziato ad espletare le proprie funzioni sicuramente nel 1947, come risulta da lettere firmate da parte dei componenti di tale commissione durante il 1947².

Un documento utile per ricostruire gli eventi è senz'altro un verbale, il primo in assoluto ritrovato, datato 4 gennaio 1949³.

Nello stesso anno, a seguito delle dimissioni dei componenti della commissione straordinaria suddetta, il Prefetto provvede a nominarne un'altra così composta:

Vincenzo Mongelli, col ruolo di presidente (24 settembre 1907 – 23 giugno 1986)

Luigi Albano (22 febbraio 1897 – 15 marzo 1987)

Giuseppe Fanelli (16 novembre 1887 – 15 giugno 1962), che entrò nelle funzioni il 10/11/1949.

Nel 1950 (G.U. del 16 maggio 1950), viene pubblicato il DPR n. 221 del 5 aprile 1950 "Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse" che regolamentava le modalità organizzative delle assemblee elettorali.

Pertanto, come previsto dall'art. 22 del DLCPS 233/1946⁴ prima illustrato, entro due mesi dalle entrate in vigore del regolamento, bisognava tenere le elezioni del consiglio direttivo. Infatti furono indette, per il 27 luglio 1950, le prime elezioni post-ricostituzione, per la formazione di un consiglio direttivo della provincia di Brindisi.

Riportiamo integralmente il verbale della suddetta assemblea elettorale sia per l'importanza che riveste nella storia dell'Ordine di Brindisi ed anche per il numero dei medici che vengono citati⁵.

"Verbale del 27 luglio 1950

(assemblea per la elezione del consiglio dell'ordine)

(Circolo Nautico)

Aperta la seduta alle ore 9 e constatata la presenza del numero legale, si procede alla designazione della commissione elettorale e vengono invitati a farne parte i due colleghi più anziani presenti in aula e precisamente i dottori Giuseppe Antonelli e il dott. Lixia Alberto. A segretario viene designato il dott. Raffaele Semeraro che risulta il più giovane tra i colleghi presenti nell'aula. Assume la presidenza delle operazioni elettorali il dott. Giuseppe Antonelli.

Si procede senz'altro alla votazione da parte dei presenti in numero di 71 (settantuno).

Dopo la chiusura delle votazioni avvenuta alle ore 12, il presidente conta il numero delle buste contenenti schede pervenute per raccomandata che sono in tutto 67 (sessan-

tasette) e fa constatare che di queste solo 35 (trentacinque) sono regolarmente firmate, vistate e suggellate, mentre 32 (trentadue) sono firmate, vistate, ma non suggellate. Attenendosi alle disposizioni dell'art 17 del regolamento alla legge sugli Ordini, la commissione decide di non tenerne conto e procede all'apertura delle buste regolarmente suggellate.

Si conteggiano le schede presenti nell'urna che risultano in numero di 105 (centocinque). Dato il numero delle schede valide, la maggioranza assoluta è di 54 (cinquantaquattro). Nello spoglio è risultata una scheda in bianco.

Si procede allo scrutinio che da i seguenti risultati finali:⁶ votanti n. 137, schede valide n. 105, schede contestate n. 32, schede bianche n.1. Sono stati riportati dai seguenti medici i voti a fianco di ciascuno segnati:

CONSIGLIERI

Olivieri Francesco voti 85; Mengano Giovanni voti 81; Lixia Alberto voti 69; Ayroldi Giuseppe Carissimo voti 69; Zambrano Elio voti 54; Cutrì Eugenio voti 40; Di Giulio Antonio voti 30; Greco Bernardino voti 29; Russi Salvatore voti 22; Scardapane Arnaldo voti 22; Basso Raffaele voti 20; Albano Luigi voti 20; Cavaliere Annibale voti 18; Guarnirei Donato voti 16; Anglani Filippo voti 12; De Castro Teodoro voti 11; Indini Francesco voti 10; Monelli Vincenzo voti 10; Oriolo Livio voti 10; Ruggero Vincenzo voti 9; Spina Ferdinando voti 9; Ligorio Antonio voti 7; Del Prete Renato voti 7; Tagliente Teodoro voti 6; Cavallo Ettore voti 6; Caroli Giorgio voti 5; Di Summa Vincenzo voti 5; Antonelli Giuseppe voti 4; Piva Augusto voti 4; Sansonetti Antonio voti 3; Leccisi Antonio voti 3; Lombardo Giorgio voti 3; Fanelli Giuseppe voti 3; D'Alonzo Fabio voti 3; Montemartini Giovanni voti 2; Cucci Orlando voti 2; Lenti Pietro voti 2; Trane Pasquale voti 2; Muscogiuri G. Battista voti 2; Antico Vito voti 1; Palamà Giovanni voti 1; Lazzaroni Alfredo voti 1; Limongelli Luigi voti 1; Cavaliere Pasquale voti 1; Antonelli Amerigo voti 1; Paloscia Fortunato voti 1; Monticelli Elio voti 1; Murri Carlo voti 1; Ruggero Adelchi voti 1; Lo Tesoriere Gaetano voti 1; Rapanà Salvatore voti 1; Stanca Carmelo voti 1; Tarantini Leopoldo voti 1; Monopoli Silvio voti 1.

REVISORI EFFETTIVI

Trane Pasquale voti 38; Basso Raffaele voti 33; Di Giulio Antonio voti 32; Piva Gustavo voti 14; Cutrì Eugenio voti 12; Indini Francesco voti 11; Leccisi Antonio voti 11; Scardapane Arnaldo voti 7; Spina Ferdinando voti 7; Rolandi Norberto voti 7; Mengano Giovanni voti 6; Stagira Antonio voti 6; Stagira Carlo voti 6; Zambrano Elio voti 5; Albano Luigi voti 6; Oriolo Livio voti 5; Ayroldi Giuseppe Carissimo voti 5; Olivieri Francesco voti 4; Anglani Filippo voti 4; Cavaliere Annibale voti 4; Caroli Giorgio voti 5; Cucci Orlando voti 3; Paloscia Fortunato voti 3; Sansonetti Antonio voti 3; Lixia Alberto voti 3; Ruggero Vincenzo voti 3; Antonelli Amerigo voti 3; Fanelli Giuseppe voti 2; Ruggiero Adelchi voti 2; Macchia Luigi voti 2; Carlucci Andrea voti 2; Guarnieri Donato voti 1; Lenti Pietro voti 1; Calamo Francesco voti 1; Rollo Ernani voti 1; Del Prete Renato voti 1; Caravaglio Aurelio voti 1; Trincherà Giuseppe voti 1; Assennato Pericle voti 1; Lombardo Giorgio voti 1; Greco Bernardino voti 1; Tagliente Teodoro voti 1; Andriani Giuseppe voti 1; Muscogiuri Giovanbattista voti 1; De Castro Teodoro voti 1; Di Summa Vincenzo voti 1; D'Alonzo Fabio voti 1; Russi Salvatore voti 1.



Dott. Francesco Olivieri, Presidente dal 1950 al 1963.

REVISORI SUPPLEMENTI

Piva Gustavo voti 23; Trane Pasquale voti 8; Stagira Carlo voti 5; Guarnieri Donato voti 4; Zambrano Elio voti 3; Spina Ferdinando voti 3; Rolandi Norberto voti 3; D'Alonzo Fabio voti 2; De Castro Teodoro voti 2; Lixia Alberto voti 2; Carlucci Andrea voti 2; Scardapane Arnaldo voti 2; Anglani Filippo voti 2; Di Summa Vincenzo voti 2; Stanca Carmelo voti 2; Antonelli Amerigo voti 1; Cucci Orlando voti 1; Mengano Giovanni voti 1; Sansonetti Antonio voti 1; Indini Francesco voti 1; Bonoli Pio voti 1; Macchia Luigi voti 1; Cuomo Alessandro voti 1; Olivieri Francesco voti 1; Stagira Antonio voti 1; Cutrì Eugenio voti 1; Trisolino Michele voti 1; Greco Bernardino voti 1; Ruggero Adelchi voti 1; Fanelli Giuseppe voti 1.

Risultano pertanto eletti a primo scrutinio ed a maggioranza assoluta quali consiglieri, i signori dottori Olivieri Francesco (voti 85), Mengano Giovanni (voti 81), Ayroldi Giuseppe Carissimo (voti 69), Lixia Alberto (voti 69), Zambrano Elio (voti 54).

Entrano in ballottaggio perché, non avendo raggiunto la maggioranza assoluta, hanno tuttavia ottenuto il maggior numero di voti dopo gli eletti:

- Consiglieri: Cutrì Eugenio Voti 40; Di Giulio Antonio Voti 30; Greco Bernardino Voti 29; Scardapane Arnaldo Voti 22

- Revisori Effettivi: Trane Pasquale Voti 46; Piva Gustavo Voti 37; Basso Raffaele Voti 33; Di Giulio Antonio Voti 32; Cutrì Eugenio Voti 13; Indini Francesco Voti 12.

- Revisori Supplementi: Leccisi Antonio Voti 11; Spina Ferdinando Voti 7 + 3 (10)

letto, approvato e sottoscritto⁷.



Dott. Giovanni Mengano, Presidente dal 1963 al 1972.

Evidentemente è stata applicata la normativa prevista dal R.D. 547/1929 (dall'art. 11 all'art. 19) che disciplinava le assemblee elettorali⁸. In particolare sono osservati gli articoli 15 e 17 in tema di voto per corrispondenza⁹, e di turno di ballottaggio¹⁰.

Risulta contraddittoria l'applicazione di queste norme in quanto il nuovo regolamento, testè pubblicato (DPR n.221 del 5 aprile 1950), prevedeva altre soluzioni. Non si rileva alcun incartamento del perché di tale decisione.

Quindi, così come previsto da detto art. 17, si tenne un'altra assemblea elettorale per completare gli organismi dell'Ordine. Anche in questo caso si riporta integralmente il verbale per le motivazioni che abbiamo argomentato precedentemente¹¹.

"Verbale del 24.8.1950
(votazione di ballottaggio per la elezione del consiglio)
(Circolo Nautico)

L'anno 1950, il 24 di agosto alle ore 9 si sono aperte le operazioni di votazione di ballottaggio. Sono stati nominati scrutatori i due presenti più anziani e precisamente il dott. Antonelli Giuseppe e il dott. Mengano Giovanni; segretario il più giovane dei presenti dott. Di Stefano Fulvio.



Prof. Antonio Nicola Quarta, Presidente dal 1973 al 2008.

Alle ore 12 viene chiusa la votazione. Vengono contate e smistate le buste inviate per posta che ammontano a n. 62 (sessantadue). Di esse tre vengono dichiarate nulle perché pur avendo il regolare suggello, non portano la vidimazione della firma da parte del sindaco. Vengono altresì annullate due schede perché contenenti un numero maggiore di candidati da eleggere.

Lo spoglio delle schede da i seguente risultati¹²:

CONSIGLIERI

Dott. Cutri Eugenio Voti 57; Dott. Di Giulio Antonio Voti 47; Dott. Scardapane Arnaldo Voti 39; Dott. Greco Bernardino Voti 35.

REVISORI EFFETTIVI

Dott. Basso Raffaele Voti 73; Dott. Indini Francesco Voti 52; Dott. Trane Pasquale Voti 38; Dott. Piva Gustavo Voti 38; Dott. Di Giulio Antonio Voti 31; Dott. Cutri Eugenio Voti 15.

REVISORI SUPPLEMENTI

Dott. Spina Ferdinando Voti 47; Dott. Leccisi Antonio Voti 42.

IN CONCLUSIONE

votanti 97; schede nulle 3; schede contestate 2 pertanto vengono proclamati eletti consiglieri i dottori Cutri' Eugenio e Di Giulio Antonio. Revisori effettivi: Basso Raffaele, Indini Francesco e Trane Pasquale perché più anziani avendo riportato pari numero di voti di Piva Gustavo. A revisore supplente: Spina Ferdinando.

Letto, approvato e sottoscritto¹³.



Nella successiva riunione di consiglio direttivo del 26 agosto 1950, viene eletto il primo Presidente del consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici di Brindisi, dopo la ricostituzione, nella persona del **dott. Francesco Olivieri**¹⁴.

Il dott. Olivieri, sarà confermato in questo incarico anche nei trienni successivi, fino al 1963.

Nella tornata elettorale del 22-23 e 24 novembre 1963, triennio 1964-1966, viene eletto un nuovo consiglio direttivo che nella riunione del 30 novembre 1963, elegge Presidente il **dott. Giovanni Mengano** che sarà confermato in questo incarico anche nei trienni successivi, fino al 1972.

Nella tornata elettorale del 7-8 e 9 gennaio 1973, triennio 1973-1975, viene eletto un nuovo consiglio direttivo che nella riunione del 16 gennaio 1973, elegge Presidente del consiglio direttivo il **Prof. Dott. Antonio Nicola Quarta**, che ha ricoperto tale carica fino al triennio 2006-2008.

Nella tornata elettorale del 2-3 e 4 novembre 2008, triennio 2009-2011, viene eletto un nuovo consiglio direttivo che nella riunione del 21 novembre 2008, elegge Presidente del consiglio direttivo il **Dott. Emanuele Vinci**.

Note

¹ In parentesi indichiamo gli estremi cronologici anagrafici.

² Cfr. Appendice documentaria, doc. 12.

³ Il verbale conservato in archivio, è manoscritto e fa parte di un registro che riporta altri verbali. Si riconoscono le firme dei dottori Pietro Lenti, Giovanni Mengano e Francesco Olivieri.

⁴ Art. 22 DLCP 233/1946 "[...] Tale elezione dovrà essere compiuta non oltre il termine di due mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione del presente decreto [...]"

⁵ Il verbale conservato in archivio, è manoscritto e fa parte di un registro che riporta altri verbali.

⁶ Si riportano il numero dei votanti, delle schede e le preferenze per ciascun candidato e per singolo incarico (consigliere, revisore dei conti, revisore dei conti supplente).

⁷ Il verbale è a firma dei dottori Giuseppe Antonelli e Raffaele Semeraro.

⁸ L'art. 11 del R.D. n. 547/1929: "Il consiglio amministrativo di ciascun Ordine è eletto per metà dei suoi membri dai componenti dell'Ordine riuniti in adunanza generale, colle norme indicate negli articoli seguenti, e si rinnova per intero ogni triennio"

⁹ L'art. 15 del R.D. n. 547/1929: "[...] I sanitari che non potessero intervenire alla adunanza hanno diritto di partecipare alla elezione, inviando alla Presidenza dell'Ordine, almeno quattro giorni prima della riunione, la scheda riempita coi nomi dei membri da eleggere. La scheda rinchiusa nella busta anzidetta verrà spedita, raccomandata per posta, al Presidente entro una seconda busta suggellata, su cui il sanitario apporrà la propria firma, che deve essere legalizzata dal podestà in esenzione di spesa. Il Presidente, prima di procedere all'appello per la votazione, annuncia il numero delle schede pervenute. Rileva e fa constatare la integrità delle buste



Dott. Emanuele Vinci, Presidente dal 2008.

e dei suggelli, la provenienza e la esistenza della firma legalizzata dall'elettore sopra ogni busta; quindi lacerata la busta esterna, ne estrae la seconda busta che depone, senza aprirla, nell'urna, prendendo nota dell'elettore nel registro dei votanti"

¹⁰ L'art. 17 del R.D. n. 547/1929: "[...] Non ottenendo alcuno la maggioranza dei voti, si provvederà al ballottaggio fra coloro che avranno ottenuto il maggior numero di voti. Il ballottaggio ha luogo tra un numero di candidati doppio di quello dei consiglieri da eleggere. La votazione di ballottaggio avrà luogo in una adunanza successiva da indirsi dal Presidente dell'Ordine, a distanza di quindici giorni dalla votazione avvenuta. I termini per la convocazione e per l'invio della partecipazione personale e la scheda di cui agli articoli 12 e 15 sono però ridotti a giorni dieci.

Nella votazione di ballottaggio, a parità di voto, viene proclamato il più anziano, a termini dell'art. 8, secondo comma, del presente regolamento"

¹¹ Il verbale conservato in archivio, è manoscritto e fa parte di un registro che riporta altri verbali.

¹² Si riportano il numero delle preferenze per ciascun candidato e per singolo incarico (consigliere, revisore dei conti, revisore dei conti supplente), dei votanti, delle schede.

¹³ Il verbale è a firma dei dottori Giuseppe Antonelli e Giovanni Mengano.

¹⁴ Il verbale conservato in archivio, è manoscritto e si riconoscono le firme dei dottori Olivieri Francesco, Lixia Alberto, Zambrano Elio, Ayroldi Giuseppe, Di Giulio Antonio, Mengano Giovanni.

continua...

Nell'era della femminilizzazione della professione medica, per quanto tempo ancora i medici donna devono segnare il passo?

di **BEATRICE PROTO**

Commissione Pari Opportunità

Tra gli obiettivi della Commissione Pari Opportunità c'è quello di raccogliere dati e fornire informazioni, che devono portare a proporre misure idonee a favorire il conseguimento dell'eguaglianza sostanziale tra medici, indipendentemente dal genere a cui essi appartengono.

Pervenire alla reale pari opportunità di carriera, rivedere aspetti dell'organizzazione del lavoro che incidono sulla conciliabilità del tempo, speso nell'impegno professionale e nella cura della famiglia, consentire la sicurezza sul lavoro, sono temi importanti che ci sfidano quotidianamente e ci impegnano da un punto di vista etico e culturale.

Sull'ultimo bollettino dell'Ordine dei Medici del 2009, la Commissione per le P.O. ha pubblicato un questionario di monitoraggio indirizzato a tutte le colleghe, che ad oggi rappresentano circa il 35% del totale degli iscritti.

La percentuale del 10% di risposte pervenute certamente non è soddisfacente e non si comprendono i motivi alla base della ridotta responsività.

Sono da ipotizzare tra le cause, la mancanza di anonimato, i tempi brevi richiesti tra la ricezione del questionario e la risposta, una certa diffidenza nei confronti dei questionari, ritenuti pretenziosi ma quasi sempre inefficaci.

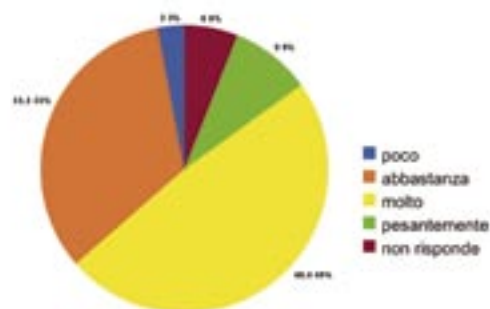
Questo però è stato voluto fortemente, per smuovere le nostre coscienze e fotografare una situazione da utilizzare in modo proficuo come strumento di lavoro.

Dall'analisi dei dati si può rilevare che le risposte sono pervenute per il 60% da medici convenzionati col SSN, per il 40% da medici dipendenti.

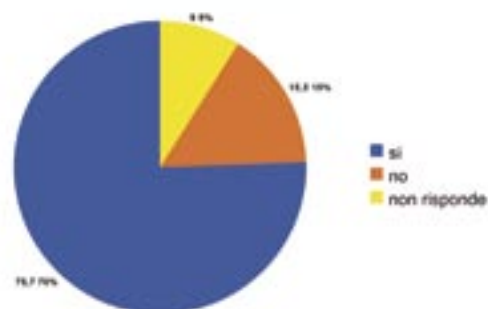
Come si può evincere dalle slides sottostanti, c'è percezione di maggiore realizzazione nel lavoro soprattutto tra i medici convenzionati, meno tra i medici dipendenti; fa pensare e pesa tanto l'assenza di risposte da parte di dirigenti medici di 2° livello, forse perchè ancora oggi nella nostra ASL, risultano essere troppo poche.

Esaminando le altre risposte emergono informazioni interessanti: per esempio, per quanto concerne la valo-

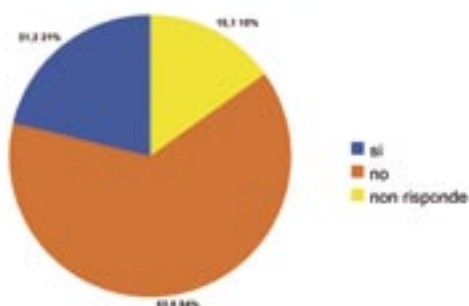
Influenza dell'attività lavorativa sulla vita privata



Orario di lavoro che supera quello contrattuale

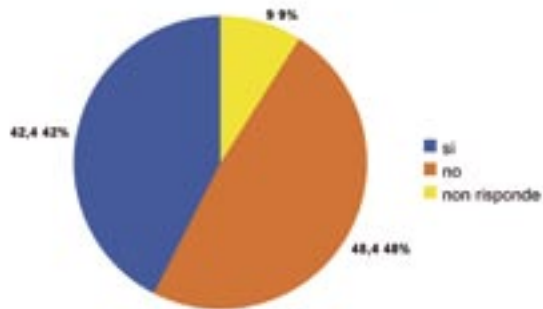


Valorizzazione nel lavoro rispetto alla preparazione





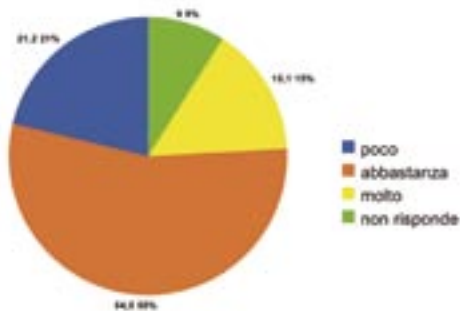
Influenza della condizione di donna sulla realizzazione professionale



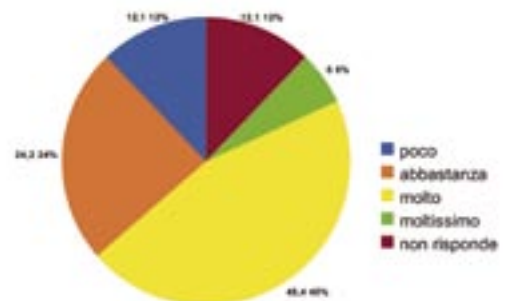
Difficoltà che si incontrano nel mondo del lavoro

- Orario di lavoro
- Riconoscimenti formali
- Sovraccarico di lavoro
- Rapporto con l'utenza
- Rapporto con i colleghi
- Rapporto con i dirigenti

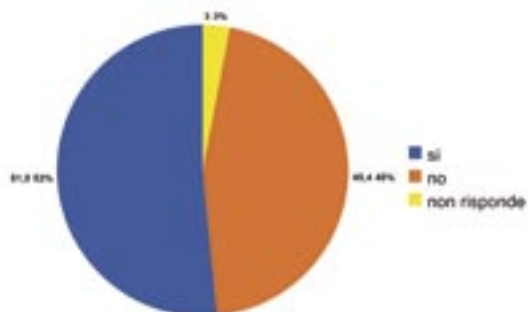
Realizzazione nell'ambito professionale



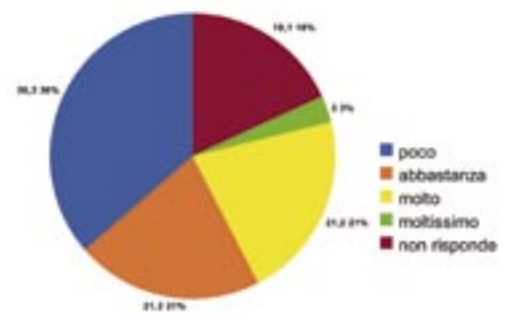
Orario di lavoro



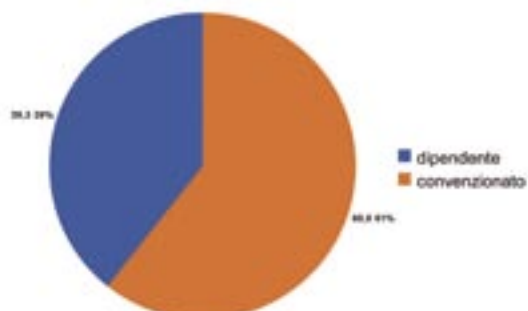
Parità professionale uomo donna



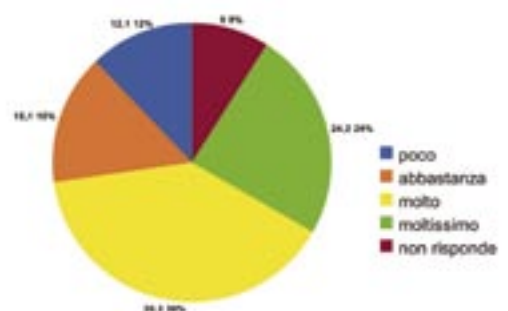
Riconoscimenti formali

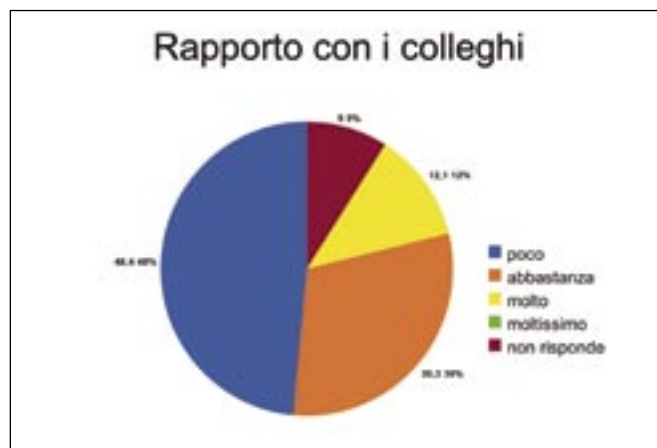


Tipo di rapporto di lavoro



Sovraccarico di lavoro





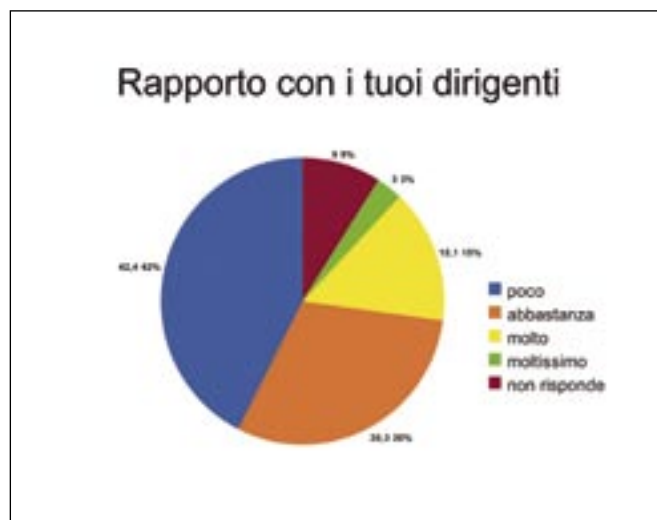
rizzazione nel lavoro rispetto alla propria preparazione il 64% si sente valorizzata, invece nel momento in cui si affronta il quesito sulla realizzazione nell'ambito professionale solo il 15,1% risponde di sentirsi "molto" valorizzato.

È proprio questo dato che deve spingere a riflettere e lavorare, per rimuovere gli ostacoli etici e culturali che possono essere alla base.

La parità professionale rispetto ai colleghi uomini è percepita solo nel 50% delle colleghe, nonostante la consapevolezza e l'evidenza che la sanità è in gran parte in mani femminili.

L'attività lavorativa influisce ancora in maniera marcata sulla vita privata e infatti circa il 57% delle risposte lo manifesta pesantemente.

Alla luce di quanto esaminato, dobbiamo quindi affermare che se i medici donna sono una fetta portante dell'attività medica, sia a livello del nostro ordine pro-



vinciale sia a livello nazionale (infatti sotto i 35 anni le donne medico rappresentano circa il 50% degli iscritti), non devono segnare il passo.



Francesco Fasanella detto Tinna.



Brigante Vincenzo Palmieri e 3 uomini della sua banda uccisi nel Melfese in data imprecisata.



Errori in Medicina: ineluttabilità o mancanza di metodo ?

di **SERGIO PEDE***, **FRANCESCO LEGROTTAGLIE****

** Coordinatore editoriale; ** Coordinatore Commissione per la comunicazione*

Intervenendo, qualche giorno fa, alla trasmissione 'Radio Anch'io' (RadioRai) il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha sostenuto che i fatti avvenuti a Messina sono 'la punta di un iceberg', che "deve servire da monito molto severo per andare avanti"(1).

In particolare ha affermato:

"Il rapporto pubblico-privato nella struttura pubblica va regolamentato meglio, con grande chiarezza e una limpida governance pubblica" sottolineando che "al di là della legge si potrebbero forse adottare provvedimenti urgenti per definire meglio questa questione" (1).

Come dire: gli errori in Sanità dipendono dalla attività intramoenia dei Medici.

Sull'argomento è intervenuto anche il senatore Ignazio Marino, Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul SSN:

"L'incredibile serie di casi che hanno funestato l'estate, e in particolare le ultime due settimane, non possono essere considerati singoli errori umani, come prova a minimizzare il Ministro Fazio. C'è un'emergenza di sistema, provocata dal diffuso mancato rispetto dei protocolli, dall'assenza di una valutazione organizzata e rigorosa del percorso che ogni ammalato deve seguire" (2).

È questa la posizione espressa dal Prof. Marino dopo i diversi casi di presunta malasanità verificatesi nelle ultime due settimane negli ospedali italiani.

"L'Italia - sottolinea Marino - sembra tragicamente unita, quanto a negligenza e inadeguatezza di alcune strutture: dal caso delle sacche di sangue scambiate a Torino al vaccino contro il Papilloma virus somministrato ad un bambino a Padova e destinato invece alla sorella fino alle tante, troppe donne che, da Nord a Sud, sono andate con fiducia a partorire in ospedale e ne sono uscite prive di vita, gravemente menomate o senza il loro bambino" (2).

"Credo che la Sanità del nostro Paese, nel suo complesso - aggiunge il Presidente della Commissione - sia di buon livello e sono naturalmente consapevole dell'imponderabilità di alcune circostanze, ma trovo inaccettabile che errori che incidono così profondamente nella vita delle persone, vengano liquidati come stati-

sticamente irrilevanti. Laddove mancano le regole che segnano un percorso rigoroso e sicuro per il paziente, bisogna intervenire"(2).

Come dire: gli errori in Sanità dipendono dal mancato rispetto dei Protocolli.

Il riferimento ai Protocolli richiama il tema della Appropriata perché ne rappresentano uno strumento di valenza critica.

Come è noto, i Protocolli sono espressione operativa delle Linee Guida e, quindi, delle Evidenze Scientifiche da cui esse derivano.

È sui Protocolli che si basano i Percorsi Diagnostici e Terapeutici per la gestione appropriata delle varie forme di Patologia.

Nonostante il consenso, pressoché unanime, su questa strategia, l'implementazione delle Linee Guida e dei Protocolli nella pratica clinica è decisamente limitata ed estremamente variabile (3).

A complicare la situazione c'è poi il problema dell'adesione del soggetto/paziente ai programmi comportamentali e terapeutici (4): per esempio, nell'ambito della Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari mediamente solo un terzo dei pazienti è pienamente aderente ai trattamenti farmacologici, un terzo lo è solo parzialmente e un altro terzo non lo è per niente (3).

Per riprendere le parole del Senatore Marino:

"C'è un'emergenza di sistema, provocata dal diffuso mancato rispetto dei protocolli, dall'assenza di una valutazione organizzata e rigorosa del percorso che ogni ammalato deve seguire" (2).

Affrontare questa emergenza è un obbligo.

La discussione non è su perché o se evaderlo, perché è l'obbligo è ormai ineludibile; la discussione è su chi dovrebbe farlo e come (3).

In aggiunta agli studi sui meccanismi di base e ai trial clinici randomizzati sui nuovi interventi, si rende necessario un programma di ricerca sull'attuazione e sul mantenimento delle norme assistenziali ottimali per garantire l'appropriata applicazione di tutto ciò che abbiamo appreso e continuiamo ad apprendere (3,4).

In un programma come questo l'implementazione delle Linee Guida potrebbe avvalersi di esperienze

consolidate che dimostrano come diffusione e attuazione dei contenuti delle Linee Guida diventano più efficaci quando associate a proposte di incentivi (5) o, meglio, a valutazione della performance medica (6).

Proprio nella ASL Brindisi è stato realizzato un Progetto che si colloca in questa logica: è il Progetto SIATA.

Su questa Rivista sono stati già riportati gli elementi connotazione del Progetto (7); i risultati sono stati ufficializzati nel corso del Congresso Provinciale FIMMG "Ripartiamo dal territorio", tenutosi a Fasano il 22 Maggio 2010.

In sintesi:

- il Progetto SIATA ha permesso di sperimentare un nuovo modello di gestione del territorio integrando i MMG con gli specialisti territoriali ed ospedalieri;
- il progetto ha permesso di valutare che medici aggregati in forma complessa sono in grado, se opportunamente formati, di lavorare per problemi ed attivare PDT su singoli pazienti;
- i dati del progetto sui PDT hanno dimostrato che il

modello permette di raggiungere gli obiettivi previsti dalle linee guida internazionali senza spreco di risorse.

Sono risultati che richiamano tutti, a tutti i livelli, alle proprie responsabilità.

Riferimenti Bibliografici

1. SanitasNews. 9 sett 2010
2. SanitasNews. 14 sett 2010
3. Rasalingam R, Pearson T A. Modificazione dei Fattori di Rischio : un approccio integrato. 259-274. Traduzione Italiana della sezione I: Preventive Cardiology – Textbook of Cardiovascular Medicine. Lippincott Williams & Wilkins. 2002
4. Medication compliance: a health care problem. Ann Pharmacother 1993, 27 (suppl). S2-S22
5. Lomas J, Enkin M, Anderson GM et al. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines: delivery after previous cesarean section. JAMA 1995; 265: 2022-2207
6. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 32: 1317-1322
7. Monopoli D, Legrottaglie F. Implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici: il Progetto SIATA. Brindisi Medica – Progetto Salute A. XXXVII; 2009, 2: 42-43



Il Sergente Romano di Gioia del Colle ex Alfiere dell'esercito borbonico, disciolto il quale diventò comandante del Comitato Clandestino Borbonico di Gioia del Colle. In seguito abbandonò i "salotti" e passò senza esitare alla lotta armata, dando il via alla sua guerra partigiana contro i piemontesi. Fu il coordinatore di tutte le bande operanti nel sud della Puglia ed in particolare in provincia di Brindisi.



Una delle rare immagini di Carmine Crocco Donatelli senza cappello. Il Crocco fu uno dei massimi esponenti del brigantaggio post-unitario.

Leggiamo insieme il Codice Deontologico ... un articolo per volta Art. 19 - Aggiornamento e formazione professionale permanente

di **ANTONIO NICOLA QUARTA**
Componente Comitato Editoriale

Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale-organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini.

Il medico deve altresì essere disponibile a trasmettere agli studenti e ai colleghi le proprie conoscenze e il patrimonio culturale ed etico della professione e dell'arte medica.

* * *

A qualcuno può addirittura sembrare che il contenuto dell'articolo in questione sia pleonastico se pensiamo come l'aggiornamento professionale e la formazione permanente in realtà costituiscano le fondamenta che consentono l'esercizio di una qualsiasi professione anche senza arrivare a quella del medico che, aldilà di ogni retorica, si occupa della salute delle persone e della stessa vita che potrebbe essere messa a repentaglio per non aver saputo il professionista aggiornare le proprie conoscenze.

Se pensiamo al rapido progresso della scienza medica è facile immaginare come, nonostante la parcellizzazione specialistica della medicina, sia impegnativo seguirne lo sviluppo mentre contemporaneamente si svolge la professione. Ma ciò non toglie che sia un obbligo assoluto ed ineludibile, anche dal punto di vista etico, che il medico, sia esso dipendente, convenzionato o libero professionista, possieda una formazione universitaria adeguata e conservi, nel corso della sua attività professionale, una conoscenza ottimale di tutti i progressi scientifici e tecnologici.

Già la riforma sanitaria aveva sottolineato l'importanza di questo problema unitamente al Codice Deontologico che lo ha sempre sostenuto, ma nel 1992 il D.L.vo 502,

successivamente integrato dal 229/99, ha introdotto ufficialmente l'obbligo dell'ECM con disposizioni precise così come stava avvenendo in molti Paesi del mondo occidentale. La novità assoluta di questo articolo riguarda l'estensione dell'aggiornamento non solo agli aspetti clinico-scientifici ed etico-deontologici, ma anche all'attività gestionale ed organizzativa in riferimento ai mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini.

Altri Colleghi si sono soffermati, in modo esauriente, sulle modalità di organizzazione dell'ECM e della acquisizione dei crediti formativi. Ritengo solo opportuno ricordare che la legge stabilisce pesanti sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine in caso di mancata osservanza di quanto previsto. Ma ancora più grave è la situazione in fatto di responsabilità professionale del medico ove si dimostrasse la mancanza di un adeguato aggiornamento sui progressi tecnico scientifici, concetto ripetutamente espresso in diversi articoli del C.D. L'art. 6 secondo comma prevede il dovere del medico di "garantire a tutti i cittadini le stesse opportunità ... e qualità della cure"; l'art. 13 terzo comma prevede che "le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche", mentre il primo comma dell'art. 21 prevede che "il medico deve garantire impegno e competenza professionale". Da tutto ciò discende la necessità di valutare anche il rischio-beneficio evitando condotte azzardate che non tengano conto di possibili conseguenze dannose e ponendo particolare attenzione all'acquisizione del consenso.

estensione dell'aggiornamento non solo agli aspetti clinico-scientifici ed etico-deontologici, ma anche all'attività gestionale ed organizzativa

È evidente che per valutare la competenza e la diligenza del sanitario non è possibile non fare riferimento, da parte delle autorità competenti, all'applicazione da parte dello stesso dei mezzi e conoscenze scientifiche più aggiornate e quindi alla dimostrazione anche burocratica dell'attività di aggiornamento.

In definitiva è indispensabile una "tensione morale" per una esigenza intima che ci faccia sentire sempre all'altezza del compito.

Ma una attenzione particolare merita anche il secondo ed ultimo comma di questo art. 19, che in precedenza non era presente, che da molti non è tenuto nella giusta considerazione e che invece è riportato in modo chiaro e senza mezzi termini nel Codice vigente. D'altronde, lo stesso giuramento di Ippocrate, adeguatamente rivisitato e ammodernato, sancisce l'impegno del medico a *"comunicare i precetti generali, le lezioni orali e tutto il resto della dottrina ai miei figli, a quelli del mio maestro e con loro a quanti per iscritto si saranno dichiarati miei discepoli impegnandosi con giuramento secondo la legge medica"*.

Qualcuno ricorderà un mio intervento su Brindisi Medica intitolato "Siamo tutti dottori"; ma se il medico è il dottore per eccellenza, e sappiamo tutti che *docere* vuol dire insegnare, egli ha il dovere morale di essere disponibile a trasmettere non solo agli studenti ma anche ai colleghi le sue conoscenze e la sua esperienza personale. Nella mia esperienza ordinistica ricordo con stima e considerazione tutti i colleghi che, invitati a tenere relazioni in convegni, corsi di aggiornamento o

riconoscimento di stima anche umano oltre che professionale e un attestato di capacità di comunicazione, essere invitati a tenere relazioni ai colleghi

interrompere quel flusso non sempre (o quasi mai) giustificato di migrazione sanitaria

incontri vari, hanno dato con entusiasmo il loro contributo alla causa dell'aggiornamento professionale, per non parlare dei numerosi colleghi che hanno molto spesso assunto l'iniziativa di proporre o organizzare direttamente incontri di questo tipo.

Anche se la famosa libera docenza è stata ormai abolita da alcuni decenni, credo che sia sempre un riconoscimento di stima anche umano oltre che professionale e un attestato di capacità di comunicazione, essere invitati a tenere relazioni ai colleghi sull'attività svolta, sia per una doverosa informazione sulla organizzazione e le possibilità dei vari reparti, servizi, strutture territoriali e medicina generale, sia per inserirsi ed interrompere quel flusso non sempre (o quasi mai) giustificato di migrazione sanitaria verso regioni che sono organizzatissime nel comunicare le proprie esperienze e possibilità e sanno vendere molto bene la loro merce.

In questo Paese che tutti descrivono a due velocità tra il nord e il sud, il nostro impegno può riuscire utile a favorire la possibilità di colmare il divario che non può certamente riguardare, e non riguarda, le capacità clinico-operative del professionista medico.



Armi usate per rapine saccheggi e scontri dalle bande dei briganti.



Il corpo senza vita del capobanda Giuseppe Nicola Summa, alias Ninco Nanco.

Puglia-Palestina, 10 medici in prima linea. La missione del volontario brindisino

*Il bando della Provincia rafforza il rapporto coi Territori previsti due mesi di lavoro.
Prime adesioni dagli ospedali*

La Regione ci mette i soldi, la Provincia di Brindisi gestisce le procedure, Tonio Leone ci ha messo le idee e la pazienza necessarie per portare a compimento l'operazione. Nasce così, con il sostegno di alcuni medici e dal semplice volontariato di base il «Progetto di partenariato per la cooperazione Puglia-Palestina», che servirà a spedire nei Territori due missioni mediche della durata di un mese ciascuna, a partire dalla prossima primavera. Al momento ci sono solo i 40mila euro con cui l'Assessorato regionale al Mediterraneo ha finanziato il bando dell'amministrazione provinciale brindisina, che serve per raccogliere le adesioni negli ospedali e nelle cliniche private pugliesi: si cercano dieci unità con specializzazione in chirurgia plastica, chirurgia pediatrica, gastroenterologia, ortopedia pediatrica e urologia. Tutti volontari e con un contratto di lavoro nelle strutture ospedaliere pubbliche e private. I medici che andranno in Palestina non percepiranno un centesimo in più del normale stipendio mensile. I 40mila euro serviranno per le spese di missione e per una copertura assicurativa indispensabile in un'area a rischio.

LA MISSIONE ESPLORATIVA - La strada l'ha aperta una missione esplorativa svoltasi tra la fine di ottobre e il 5 novembre scorso che ha effettuato sopralluoghi e valutazione dei bisogni a Ramallah, Betlemme, Nablus, Hebron e a Gerusalemme. Il capo della delegazione era il professor Michele Pascone, il direttore della divisione di chirurgia plastica del Policlinico di Bari che due anni fa ha avviato un ciclo di interventi ricostruttivi su un ragazzo palestinese di cui il Corriere del Mezzogiorno si è occupato più volte, Refaat Sarawi. Pascone ha incontrato Refaat a Ramallah, ed è stato a casa sua. Un'esperienza densa di emozioni forti. Con Pascone c'erano il pediatra ostunese Giuseppe Colucci in rappresentanza dell'Ordine dei Medici di Brindisi, l'anestesista Leonardo D'Errico e il consigliere provinciale, e vice sindaco di Ostuni, Giovanni Epifani. Il loro rapporto, al rientro, è stato chiaro: tra le urgenze maggiori ci sono le ustioni gravi. Il primario barese è pronto non solo a tornare con una delle due missioni in primavera, ma anche a tenere videoconferenze al personale medico palestinese. «Pascone è una persona straordinaria - dice il volontario fasanese Tonio Leone, anima di sinistra e una forte devozione per San

Francesco - e sono certo che altri medici risponderanno al bando della Provincia di Brindisi».

I PROBLEMI - Tonio Leone ha solo due altri problemi da risolvere. Il primo è «che due missioni devono rappresentare solo il principio, e ho intenzione di chiedere un maggiore coinvolgimento di enti e associazioni». E il secondo è che «gli israeliani hanno posto un veto all'ingresso delle missioni a Gaza, dove in condizioni davvero critiche opera l'ospedale Al Awda. L'unico ingresso per Gaza è il valico di Rafah sorvegliato dall'esercito egiziano. Ma anche l'interessamento della nostra ambasciata al Cairo non è riuscito ad aprire neppure uno spiraglio per la missione esplorativa di novembre». Allora i medici che risponderanno al bando della Provincia di Brindisi entro il termine dei 15 giorni, e saranno poi selezionati da un comitato scientifico, potranno entrare in azione solo al centro chirurgico Beitshaur di Betlemme, ed avere una base in Cisgiordania. Gli altri partner del progetto sono Uo di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Universitaria - Università degli Studi di Bari; l'Asl Br/1; l'Ordine dei Medici della provincia di Brindisi; «La Fontanella» Onlus, Fasano Br - Associazione per la cura e riabilitazione della disabilità; UHWC - Union Health Work Committees (partner in loco).

Tratto da *Corriere del Mezzogiorno* del 3 marzo 2010
autore: Marcello Orlandini



Banda del Brigante Totaro

Variazioni all'Albo dei Medici

Nuove Iscrizioni

Bellino Rossella	Via Umbria 46	Brindisi
Carozzo Alessandro	P.za Carlo Carrà 1	Brindisi
Del Prete Valentina	Via Damiano Chiesa 13	Carovigno (Br)
Guicciardini Stefano	Via Francesco Milizia 27	Oria (Br)
Madaghiele Filomena	Via S. Pietro 19	Torre Santa Susanna (Br)
Mancini Francesca	Via G. Sampietro 8	Fasano (Br)
Tiralongo Grazia Maria	Via Pellizza da Volpedo 3/B	Brindisi
Vecchi Caterina	Contrada Montelamorte s.n.	Ostuni (Br)
Vergari Annalisa	Largo S. Lega 1	Brindisi
Zito Annapaola	Via Salvo D'Acquisto 63	Francavilla Fontana (Br)

Iscrizioni per trasferimento

Carbone Antonio	Via Germania 87	Brindisi
-----------------	-----------------	----------

Cancellazione per trasferimento

Sgarella Mariachiara	Via Mesagne 149	San Vito dei Normanni (Br)
----------------------	-----------------	----------------------------

Iscritti all'Albo dei Medici al 15.09.2010 n. 1816

Variazioni all'Albo degli Odontoiatri

Nuove iscrizioni

Argentiero Maria Fontana	Via Ugo Foscolo 11	Francavilla Fontana (Br)
Faggiano Maria Grazia	Via A. Manzoni 37	San Pancrazio Salentino (Br)
Punzi Manlio	Via Tacito 14	Brindisi
Tancredi Sileno	Via S. Lorenzo 91/A	Oria (Br)

Iscritti all'Albo degli Odontoiatri al 15.09.2010 n. 319

Convenzione tra l'Associazione Italiana Persone Down e l'Ordine

È stata sottoscritta una specifica convenzione con l'Associazione Italiana Persone Down, con sede in Brindisi presso l'ex Ospedale Di Summa, e l'Ordine al fine di pubblicizzare l'attività dell'Associazione tra i nostri iscritti. Inoltre l'Associazione intende offrire la disponibilità di un gruppo di supporto alle famiglie che hanno questi problemi, con l'assenso dei sanitari. La convenzione completa è possibile consultarla presso la segreteria dell'Ordine.

Si rammenta che ogni eventuale abuso in questo campo è soggetto oltre che a segnalazione all'Autorità Giudiziaria, anche a provvedimenti da parte dell'Ordine.

Spesa sanitaria pro-capite italiana ed europea VII Rapporto CEIS Sanità 2009

È una spesa sanitaria sotto controllo quella del nostro Paese. Basti pensare che, per effetto delle azioni di contenimento messe in atto negli ultimi anni, **la nostra spesa pro-capite è del 17,6% inferiore a quella dell'Europa a 15**. E addirittura di quasi il doppio più bassa se nel confronto ponessimo anche paesi extraeuropei come il Canada, il Giappone e gli Usa. Di contro, cresce l'impoverimento delle famiglie per spese sanitarie non coperte dal Ssn, mentre circa 5 milioni di italiani hanno riscontrato difficoltà nell'accesso alle cure. Infine, per il biennio **2010-2011**, sono previsti forti disavanzi di gestione per Asl e Ospedali. Questi i dati più significativi contenuti nel **Rapporto Ceis-Sanità 2009** della Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata, presentato di recente a Roma e giunto, quest'anno, alla sua settima edizione. Dati che mettono in luce pro e contro di un sistema sanitario che, nonostante alcune criticità, è tra i migliori al mondo.

Tre dati su tutti: **338.000** nuclei familiari (pari ad oltre **1 milione** di persone) sono stati soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali (soprattutto per problemi di non autosufficienza); altre **992.000** famiglie (per un totale di circa **3 milioni** di persone) sono state costrette a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto ai propri redditi; in oltre **2.600.000** famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a sostenere spese sanitarie per il peso economico che avrebbero comportato.

In tutto, quindi, si può presumere che siano oltre **5.000.000** gli italiani che hanno avuto problemi di diversa entità nell'accesso alle cure nel corso del **2009**. Da sottolineare che la capacità delle Regioni di evitare tali fenomeni di impoverimento appaiono molto diverse, tant'è che l'analisi sull'equità in termini di impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari indica una significativa differenza regionale con picchi di maggiore impoverimento relativo e quindi di minore equità nella soddisfazione della domanda di cure e assistenza, in Piemonte, Molise e Liguria e una minore incidenza di impoverimento e quindi di maggiore equità nella soddisfazione della domanda in Campania, Marche e Puglia.

• La **spesa sanitaria totale in Italia nel 2008** (ultimo dato consuntivo disponibile) è stata pari all'**8,7% del Pil** rispetto all'**8,9%** della media nei Paesi Oecd (e certamente il dato del **2009** risulterà cresciuto ulteriormente, anche per effetto della recessione economica) ma, con l'indotto che crea, si stima che l'economia legata alla Sanità in termini di valore aggiunto superi il **12%**, rappresentando la

terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia.

Mentre il finanziamento della Sanità in senso stretto risulta in linea con i dati europei, quello per la non autosufficienza e la tutela sociale appare largamente carente (**appena 123 euro per anziano over 65**) e frammentato (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo per le Politiche sulla Famiglia, il Fondo per le Politiche relative ai Diritti ed alle Pari Opportunità, il Fondo per le non Autosufficienze, il Fondo per l'Inclusione Sociale degli Immigrati) per quanto concerne la non autosufficienza e, in generale, il sociale.

La redistribuzione operata dal finanziamento pubblico è apprezzabile nel fatto che il finanziamento garantito in media alle Regioni, in rapporto al proprio Pil, si attesta al **5,7%** nel Nord, al **6,0%** nel Centro, sino al **9,3%** nel Sud.

• La dimensione media delle Asl sfiora oggi i **350.000 abitanti**, ma con una variazione regionale molto ac-



Il brigante Caso.

centuata: considerando i casi estremi, si passa da **1,5 mil. di abitanti** della unica Asl della Regione Marche, ai **118.200** della Regione Basilicata, con un **rapporto di 1 a 12**; analogamente la dimensione media dei distretti passa dai **154.000 abitanti** in media della Regione Lazio (superando di fatto la soglia dei **60.000 abitanti** indicata dalle norme) a meno di **25.000** del Molise (con una rapporto di circa **1 a 6**).

Le differenze sono ancora più marcate per altre forme di presidio che caratterizzano la "primary care": i punti di guardia medica vanno dai **61.700 abitanti** in media per punto di guardia medica della P.a. di Bolzano ai **4.200** della Regione Basilicata; i consultori dai **57.000 abitanti** in media della P.a. di Trento ai **5.700** della Regione Valle D'Aosta; i Centri di salute mentale dai **118.200 abitanti** in media nella Regione Basilicata ai **15.700** della Regione Valle D'Aosta. Secondo i dati più recenti disponibili (2007) il personale dipendente delle Asl, al netto di quello impegnato nei presidi ospedalieri a gestione diretta varia da **6,5 dipendenti per 1.000 abitanti** della Valle d'Aosta, all'**1,4** della Lombardia, con una media nazio-



Il brigante Giuseppe Petrelli.

nale di **3,0**; si noti la forte disparità di personale con cui si gestiscono le attività extra ospedaliere, e anche come nell'ultimo quinquennio per quanto la numerosità del personale (per quanto il dato potrebbe essere inficiato ad esempio dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) sia in media leggermente diminuita (**3,6%** nel quinquennio), le Regioni approssimativamente si equipartiscono: poco più di metà hanno aumentato il personale, in particolare la P.a. di Bolzano, la P.a. di Trento e Basilicata (rispettivamente con **+94,1%**, **+41,3%** e **+29,8%**), mentre le altre lo hanno diminuito (in particolare in Lombardia **36,3%**, e la Liguria **26,2%**).

Passando ai presidi ospedalieri, la tendenza è a una riduzione degli stessi e anche dei posti letto, ma con velocità, modalità e livelli difforni fra le Regioni.

Circa due terzi delle Regioni e Province Autonome hanno, nel periodo **2000-2007**, ridotto contemporaneamente numero di strutture e di posti letto, e di queste circa metà hanno ridotto i posti letto in una percentuale maggiore rispetto a quella delle strutture. Ad oggi la densità di posti letto per acuti ogni **1.000 abitanti** registra un valore medio nazionale pari a **3,8**; le Regioni con minore dotazione di posti letto per acuti risultano la Campania e il Piemonte con, rispettivamente **3,3** e **3,4 ogni 1.000 abitanti**. Per contro, la Regione che presenta la densità di posti letto per acuti più elevata è il Molise con **5,2 ogni 1.000 abitanti**.

La disomogeneità territoriale è significativa anche nel caso dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza. A fronte di una media nazionale pari a **0,6** posti letto per non acuti ogni **1.000 abitanti**, a livello locale si registrano dotazioni che variano da **1,3** posti letto nella P.a. di Trento sino alla completa assenza di tale tipologia nella Valle d'Aosta.

Il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici, ivi comprese le aziende ospedaliere i policlinici etc, è pari a circa **2,6 unità per posto letto** (media nazionale al netto degli universitari), passando da un minimo di **1,9** registrato in Molise, a un massimo di **3,1** del Friuli Venezia Giulia e della P.a. di Bolzano. Anche in questo caso gli organici medi risultano significativamente diversi: nel quinquennio **2002-2007** (ultimo dato disponibile) il personale assegnato alle strutture di ricovero e cura pubbliche (per quanto il dato potrebbe essere inficiato anche in questo caso dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) in metà delle Regioni sembra aumentare, in particolare in Molise e in Liguria (rispettivamente **+14,9%**, **+13,3%**), mentre diminuisce nel restante **50%** delle Regioni, in particolare nella P.a. di Bolzano (**6,6%**), con una tendenza alla riduzione del **1,2%** annuo.

• Come detto, anche la composizione dell'offerta pubblica e privata si sta rideterminando, e di conseguenza la composizione della spesa (quest'ultima, anche per effetto del ricorso a forme di outsourcing all'interno delle strutture pubbliche): la quota di spesa in convenzione passa dal **42,6%** del **2001** al **37,1%** del **2008**; nelle Regioni Lazio, Lombardia, Puglia e Sicilia osserviamo il maggior ricorso alle strutture private con una quota di spesa convenzionata superiore al **40%**; di contro, nelle Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e nella P.a. di Bolzano tali percentuali sono inferiori al **26%**. Osserviamo anche che tendenzialmente un maggior ricorso a strutture private accreditate si accompagna ad una offerta privata più frammentata: nel caso ad esempio della assistenza specialistica, i laboratori di analisi del Friuli Venezia Giulia nel **2007** avevano una dimensione media di quasi **600.000** prestazioni per struttura, e servono in media **43.600 abitanti**, mentre in Sicilia facevano in media meno di **85.000** prestazioni, servendo solo **6.000 abitanti**. Analogamente, per quanto riguarda i centri per la diagnostica, si passa da una dimensione media di quasi **34.000** prestazioni e di un bacino di utenza di **21.000** abitanti dell'Emilia Romagna, alle **10.000** prestazioni e di **11.000** abitanti della Sardegna.

La spesa diretta, per il **79%** si riferisce a personale dipendente e beni, ma nel Lazio ci si ferma al **73%**, mentre in Calabria si arriva all'**86%**: tale dato fornisce una indicazione seppure approssimata delle diverse politiche di ricorso all'outsourcing.

• Per quanto concerne l'assistenza, la variabilità regionale di quella ospedaliera è molto forte: i tassi di ricovero in regime ordinario passano da **109,5 per 1.000 residenti** del Piemonte a **183,3** dell'Abruzzo. A livello di ricoveri degli anziani over 75, le differenze crescono ancora passando da **254,3** del Piemonte a **470,5** della P.a. di Bolzano.

Risultano ampiamente difforni anche le degenze medie (da **5,5** giornate della Campania a **8,0** della Valle d'Aosta), la quota di ricoveri in regime diurno (dal **23,4%** della Puglia al **42,6%** della Sicilia).

Passando alla residenzialità (Rsa, Hospice, etc) e all'assistenza domiciliare i sistemi informativi risultano del tutto carenti; possiamo, però, ugualmente apprezzare alcuni elementi assolutamente critici. Per quanto concerne le residenzialità emerge come essa sia di fatto in larga misura a carico dei cittadini: partecipano infatti di tasca propria alle spese della struttura il **94%** degli assistiti in Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti e il **90%** degli assistiti in Rsa: di fatto in oltre il **50%** delle Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti, e nel **28%** delle Rsa, la quota di compartecipazione rappresenta oltre il **50%** delle entrate delle strutture.

Per quanto concerne la assistenza domiciliare integrata, si può apprezzare la grande differenza nell'offerta effettiva, osservando il numero di anziani presi in carico (che diminuiscono dall'**84,1%** del **2004** all'**81,2%** del **2007**), ma ancor di più del fallimento dell'integrazione socio sanitaria che si ferma a quella fra figure professionali sanitarie: solo il **34,9%** dei soggetti ultra sessantacinquenni presi in carico ha ricevuto anche una qualche forma di assistenza sociale.

• L'assistenza farmaceutica, sebbene la spesa pro capite per farmaci in Italia rimanga all'**8° posto** all'interno dell'area Oecd, dopo i reiterati interventi degli ultimi anni, sembra avere un andamento sostanzialmente stabile, almeno dal punto di vista della componente territoriale: diverso è il caso della spesa farmaceutica ospedaliera, peraltro in larga misura determinata dai consumi di farmaci innovativi ad alto costo soggetti a regime di monitoraggio.

• L'assistenza specialistica, infine, non si esime dalla caratteristica di una pronunciata variabilità regionale: si stima che l'onere pro capite complessivo (pubblico e privato) sia pari a **211 euro**, passando però da **417 euro** della P.a. di Bolzano a **136 euro** dell'Abruzzo; i differenziali presentano un chiaro gradiente Nord Sud, inverso rispetto a quello della farmaceutica, confermando come le differenze socio economiche delle popolazioni incidano decisamente sulla composizione dei consumi sanitari e quindi sui modelli assistenziali da adottare.

Autore: Centro Studi FNOMCeO



Il brigante Giuseppe Schiavone e la sua banda..

I dati definitivi 2008 e provvisori 2009 sull'applicazione della Legge 194 che regola l'aborto

La relazione appena presentata al parlamento sull'applicazione della **legge 194**, che regola l'aborto, contiene i dati definitivi del **2008** e **provvisori del 2009**: ancora una volta si conferma il calo delle IVG in Italia, costante dagli anni ottanta, secondo tutti i principali indicatori. Nel **2009** sono state effettuate **116.933 IVG**, con un decremento del **3,6%** rispetto al dato definitivo del **2008**.

Il tasso di abortività (numero delle IVG per **1000** donne in età feconda tra **15-49 anni**), nel **2009** è risultato pari a **8,3** per **1000**, con un decremento del **3,9%** rispetto al **2008**, con valori tra i più bassi di quanto è possibile osservare nel confronto con gli altri paesi industrializzati.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per **1000** nati vivi) è risultato pari a **207,1** per **1.000** con un decremento del **2,8%** rispetto al **2008**. I dati definitivi del **2008** dicono che il **33%** degli aborti in Italia è effettuato da donne straniere, mostrandone una sempre maggiore incidenza.

Si conferma quindi l'eccezionalità della situazione italiana rispetto ai paesi occidentali, specie quelli con cui più frequentemente ci misuriamo, come ad esempio Francia, Gran Bretagna e Spagna: l'interruzione volontaria di gravidanza non è considerata un mezzo di controllo delle nascite, nonostante nel nostro paese l'accesso alla contraccezione chimica sia tra i più bassi d'Europa.

L'impostazione della **legge 194** che ritiene l'aborto non un diritto privato ma un dramma sociale, ha contribuito a creare un clima di vigilanza sul fenomeno: il monitoraggio continuo consentito dalla puntuale raccolta dei dati, insieme all'obbligo di eseguire gli interventi solo nel-

le strutture pubbliche (evitando che ci sia chi possa trarne profitto) sono alcuni aspetti della legge significativi in tal senso.

Le motivazioni principali della costante diminuzione del ricorso all'aborto sembrano però essere soprattutto culturali: la tenuta delle reti di rapporti familiari, innanzitutto, caratteristica del nostro paese, e l'esistenza diffusa di un volontariato attivo nel sostegno alle maternità difficili, hanno sicuramente pesato nel calo delle IVG.

Le condizioni economiche non sembrano essere il fattore determinante nella scelta di proseguire o meno una gravidanza: nella gran parte dei casi quasi la metà delle IVG, sia fra le italiane (**48,6%**) che fra le donne straniere (**46,7%**) sono di donne con occupazione lavorativa, e solo l'**11,9%** delle IVG fra le italiane e il **22%** fra le straniere riguardano donne disoccupate o in cerca di prima occupazione.

Roma 10/09/2010

Autore: Centro Studi FNOMCeO



Un gruppo di briganti durante un'azione di guerriglia.



Caruso, Cafo, Lamacchia e Tinna nel carcere di Melfi.

Attività di ricovero ospedaliero 2009, i risultati dell'analisi preliminare

Nel 2009 in Italia, in base ai risultati dell'analisi preliminare effettuata dal Ministero della Salute, si registra una sensibile diminuzione del numero di ricoveri erogati in tutte le Regioni; l'attività ospedaliera stimata per l'anno 2009 si consoliderebbe su 11.655.010 ricoveri, in diminuzione del 3,7 % rispetto all'anno 2008. Le giornate di degenza stimate risultano pari a 73,04 milioni, riducendosi del 3,1 % rispetto all'anno precedente. Il tasso di ospedalizzazione del 2009 comprensivo delle varie tipologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza, regime ordinario e day hospital) è poco inferiore a 185 per 1.000 abitanti, in discreta diminuzione rispetto al 193 per 1.000 del 2008 e al 198 per 1.000 del 2007. La riduzione più evidente si registra nel tasso di ospedalizzazione per acuti che passa, per il ricovero ordinario, da 127 per 1.000 abitanti del 2008 a 122 del 2009 e per il ricovero diurno da 58 a 54 per 1.000. La degenza media è sostanzialmente stabile da diversi anni e pari a 6,7 giorni; le dimissioni con DRG chirurgico rimangono stabili intorno al 41%, con una

degenza media pre-operatoria che scende lievemente a 1,91 giorni (1,99 nel 2007 e 1,97 nel 2008). La percentuale di parti cesarei si mantiene su valori elevati: 38,4%, con valori massimi registrati in Campania (62,2%), Sicilia (53,1%) e Molise (48,4%). Va precisato che alla data di stesura dell'analisi preliminare, i termini per l'invio dei dati relativi al secondo semestre di attività non sono ancora decorsi: ove mancanti, i dati 2009 sono stati integrati con i dati del periodo corrispondente dell'anno 2008, per rendere più agevole il confronto fra le diverse realtà regionali e con gli anni precedenti.

Inoltre, la regione Sardegna non ha inviato dati per l'anno 2009, per cui nelle stime effettuate è stato ipotizzato, per questa Regione, un volume di ricoveri pari a quello registrato nel 2008.

La copertura delle strutture ospedaliere, come di consueto, si mantiene prossima al 100% e garantisce una elevata affidabilità della fonte informativa SDO.

Tratto dal Sito Ministero della salute 3.8.2010



Fucilazione di Vincenzo Petruzzello 1861.

Morbillo in Puglia: la situazione al 1 agosto 2010

Dal 22 marzo al 31 luglio 2010, in Puglia, si sono verificati 2 focolai e casi apparentemente isolati di morbillo. Sono state coinvolte tutte le Province della Regione, fatta eccezione per la provincia di Barletta-Andria-Trani. È stato possibile definire 2 cluster epidemici, il primo nella Asl Lecce e il secondo nella Asl Foggia. Un totale di 44 casi segnalati: 40 confermati in laboratorio, 2 casi probabili e 2 risultati non casi a seguito degli accerta-

menti effettuati dal laboratorio di riferimento regionale. L'età media dei casi è stata 18,5 anni. Per arginare i focolai sono stati effettuati interventi di vaccinazione post-esposizione dei contatti, di catch-up dei suscettibili e di offerta della seconda dose di vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR) ai soggetti già vaccinati con una dose.

Tratto da www.epicentro.iss.it 2 settembre 2010

Migliorare la salute orale negli over 64enni: l'esperienza del Passi d'Argento nella Regione Puglia

Dalla recente indagine denominata "PASSI d'Argento" sulla qualità della vita vista dalle persone con più di 64 anni pugliesi, è emerso come le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e disabili. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita delle persone ultra 64enni, incidendo sul loro benessere sociale e psicologico.

L'obiettivo di questo progetto è stato quello di far aumentare la consapevolezza dei Medici di Medicina Generale sui problemi della digestione legati ad una cattiva masticazione tra gli over 64 anni pugliesi.

È stata realizzata una Scheda Informativa Tecnica (SIT) relativa a pochi ma efficaci suggerimenti sulla prevenzione delle patologie correlate alla masticazione ed è stata inviata ai 550 MMG registrati al Sito web dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. È stata inoltre inviata loro una scheda di valutazione della SIT, per conoscerne l'opinione sull'efficacia, utilità ed immediatezza del messaggio in essa contenuto.

Dei 550 MMG contattati, solo il 15% ha consultato l'area dedicata al Progetto Passi d'Argento e solo l'1% ha compilato la scheda valutativa. Il 50% dei rispondenti ritiene che la SIT sia un utile mezzo per veicolare i messaggi di salute, il 100% sostiene che sia indispensabile l'utilizzo di un linguaggio tecnico-scientifico, il 71% ritiene poco adeguata la quantità di informazione contenuta ma efficace per far riflettere su un problema tanto frequente.

Tutti suggeriscono la creazione di percorsi assistenziali privilegiati per gli anziani mediante l'incremento di ambulatori odontoiatrici "dedicati" con l'ausilio del MMG per ogni forma di contatto o prenotazione.

Tutti i MMG che hanno risposto credono nell'utilità

che l'informazione veicolata tramite SIT sia trasmessa ai cittadini tramite una locandina posta nelle sale d'attesa di ambulatori, CUP e farmacie.

Le informazioni raccolte mettono in evidenza l'importanza di un sistema di comunicazione tra medici della prevenzione e medici di famiglia.

Una maggiore collaborazione dei MMG è fondamentale per meglio realizzare adeguati interventi preventivi sulla salute degli anziani.



Banda del Brigante Totaro di San Fele, luogotenente di Carmine Crocco. Operò per più di quattro anni nel melfese.

Distribuzione diretta di farmaci alla dimissione nella ASL Brindisi

Facendo seguito all'incontro, tenutosi il 5.11.2009 presso la ns. Sala Riunioni, in cui, onde definire le modalità operative della distribuzione diretta di farmaci in oggetto indicata, si è discussa la bozza del relativo regolamento aziendale, con la presente, ravvisatane ormai l'indifferibilità e l'urgenza, si dispone che, a far data dall'1.09.2010, si dovrà dare improrogabilmente avvio alla predetta distribuzione secondo le modalità operative appresso indicate:

- in fase di prima attuazione, al fine di meglio monitorare e valutare l'andamento del processo, l'attività di distribuzione diretta sarà incentrata nell'ambito dei tre presidi ospedalieri, utilizzando le risorse umane e strumentali attualmente a disposizione;

- sempre limitatamente alla fase di prima applicazione, i farmaci da dispensare per il primo ciclo di terapia apparterranno alle seguenti categorie:

- a) eparine a basso peso molecolare;
- b) albumina umana;
- c) inibitori della pompa protonica;
- d) antibiotici iniettabili per completamento del ciclo di cura avviato in ospedale.

- Le strutture individuate per la prescrizione dei farmaci oggetto della distribuzione diretta saranno le unità operative afferenti ai tre presidi ospedalieri e, specificatamente:

- per il P.O. "A. Perrino" di Brindisi:
chirurgia generale, ortopedia, ginecologia, urologia, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, neurochirurgia, medicina, geriatria, lungodegenza, otorinolaringoiatria e altre UU.OO. che sviluppano DRG chirurgici;

- per il P.O. di Ostuni:
chirurgia generale, ortopedia, ginecologia, medicina e altre UU.OO. che sviluppano DRG chirurgici;

- per il P.O. di Francavilla:
chirurgia generale, ortopedia, ginecologia, medicina e altre UU.OO. che sviluppano DRG chirurgici;

- sotto l'aspetto logistico, gli spazi dedicati alla distribuzione diretta sono individuati presso le sedi delle farmacie ospedaliere dei tre presidi, nel senso che il punto di distribuzione sarà allocato all'interno delle predette farmacie;

- i direttori di farmacia in indirizzo, fermo restando quanto stabilito nella bozza di regolamento aziendale, concorderanno con le rispettive Direzioni Sanitarie le specifiche procedure di distribuzione da adottare e, di concerto con le medesime, informeranno le unità

operative complesse interessate in ordine alle modalità adottate, anche attraverso appositi incontri. In tali occasioni, i farmacisti direttori avranno peraltro cura di illustrare ai medici prescrittori il modello in triplice copia appositamente predisposto, specificandone le modalità di compilazione;

- per quanto concerne gli ulteriori e specifici adempimenti richiesti al farmacista, le SS.LL. vorranno ottemperare, di norma ed in quanto ancora applicabili, a tutte le disposizioni organizzative previste nella citata bozza di regolamento.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
(Dr. Rodolfo Rollo)



La brigantessa Michelina De Cesare compagna di Francesco Guerra ex soldato borbonico. Di notevole spessore fu l'apporto delle donne al fenomeno del brigantaggio.

Contributi previdenziali e altro: guida aggiornata al settembre 2010

Quota A - pagamento contributi 2010

Il 30 settembre scade la terza rata del contributo di Quota A.

Qualora l'avviso sia pervenuto dopo la scadenza di una o più rate, il pagamento delle rate scadute dovrà essere eseguito entro 15 giorni dal ricevimento.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento dell'avviso di pagamento deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. tramite fax al n. 02.6416.6617 o all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e copia di un documento di identità in corso di validità.

Anche quest'anno gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV accedendo all'Area riservata del sito. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL:

- via telefono al n. 800.191.191
- via internet al sito www.taxtel.it.

Iscritti nati nel 1945 - Anche gli iscritti nati nel 1945 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2010 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in 4 rate. Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.

Neo-iscritti - Coloro che si sono iscritti nel corso dell'anno 2009 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riceveranno un avviso di pagamento da parte di Equitalia Esatri S.p.A. di Milano con l'indicazione dell'importo complessivamente dovuto alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale per il 2009 e per il 2010. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell'avviso medesimo.

Domiciliazione bancaria - RID

Il 31 maggio è scaduto il termine per poter usufruire dell'addebito permanente in conto corrente (modulo RID). Pertanto non è più possibile inoltrare il modulo RID per il pagamento del contributo 2010.

Coloro che già usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente dovranno segnalare le eventuali variazioni del codice Iban ad Equitalia Esatri S.p.A.

- Ufficio RID a mezzo fax al n. 02.6416.6619 oppure alla seguente casella rid@equitaliaesatri.it.

Quota B - redditi professionali 2009

Obbligo contributivo e termini di presentazione: i professionisti iscritti all'E.N.P.A.M. erano tenuti a comunicare il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2009 entro il 31 luglio 2010. Tale dichiarazione poteva essere effettuata utilizzando il modello D 2010 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2010.

Modello D personalizzato: i modelli D sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione Quota B.

Mancato ricevimento modello D personalizzato: coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il "modello D generico" disponibile sul sito internet www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

Invio modello D cartaceo: la dichiarazione deve essere spedita esclusivamente a mezzo raccomandata semplice a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 13100, 00185 Roma.

Invio modello D in ritardo: in caso di invio del modello D oltre il termine del 31 luglio 2010 è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a euro 120,00.

Contribuzione ridotta: la richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B deve essere presentata entro il 31 luglio 2010 dagli iscritti in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di trattamento pensionistico obbligatorio.

Perdita del diritto alla contribuzione ridotta: in caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta l'iscritto deve darne comunicazione all'E.N.P.A.M. tramite il modello D indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso.

Opzione contribuzione intera: gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%.

Tale opzione non è revocabile.

Ricevimento del bollettino MAV: coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio riceveranno il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV.

Pagamento del contributo: il pagamento dovrà essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato e dovrà essere effettuato in unica soluzione, non sono ammesse rateazioni. Il bollettino MAV è pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio postale.

Mancato ricevimento del bollettino MAV: la mancata ricezione del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento. In tal caso è necessario contattare il numero verde della Banca Popolare di Sondrio 800.24.84.64 e chiedere un duplicato.

Sanzioni per il ritardato pagamento: il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2011);

- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Terremoto Abruzzo – Ulteriore sospensione dei termini di versamento

Ai sensi del comma 3, dell'art. 39 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con Legge 30 luglio 2010 n. 122, la sospensione del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali è stata ulteriormente prorogata fino al 15 dicembre 2010 esclusivamente nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 dicembre 2009, n. 3837, titolari di redditi di impresa o di lavoro autonomo, con volume d'affari non superiore a 200.000 euro.



Il capo banda Giuseppe Caruso.



Michele Volonnino, alias il Quercio.

Classe medica 1945 trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1945 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2010, dal compimento del 65° anno di età.

Il modulo è stato recapitato a tutti gli iscritti interessati unitamente al modello di dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilato in ogni parte.

Mancato ricevimento del modulo - In caso di mancato ricevimento il modulo è reperibile presso gli uffici

della Fondazione o presso gli Ordini provinciali o sul sito www.enpam.it (Modulistica).

Area riservata e servizi disponibili agli utenti registrati

Per accedere all'Area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il S.A.T. al n. 06.4829.4829 ovvero scrivere a sat@enpam.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo



Maria Lucia Nella detta Dinella.



Il brigante Michele Di Gè.

utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati dei bollettini RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- certificazione fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto nel corso dell'anno 2009;
- certificazione fiscale del contributo Quota A versato nel corso dell'anno 2009 (per gli iscritti che usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente);
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e con la società CartaSi (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito

– richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Stampa dei duplicati MAV e RAV

Gli utenti registrati possono stampare dall'Area riservata del portale www.enpam.it (sezione dedicata a "Operazioni MAV-RAV") i duplicati dei bollettini già emessi a loro carico.

In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di credito oppure utilizzando le procedure on-line.

Versamento on-line

Tramite la Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. è possibile effettuare il versamento on-line dei contributi previdenziali e di tutti i bollettini inviati dall'Ente.

Attenzione! L'emissione della carta è soggetta ai tempi richiesti dalle procedure bancarie.



Teodoro Gioseffi detto caporal Teodoro.



Il brigante Michele Schirò.

Per informazioni è disponibile il Servizio Clienti della Banca Popolare di Sondrio al n. 800.190.661, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.15 alle ore 17.00 o l'indirizzo e-mail: carta.enpam@popso.it.

Variazione dell'indirizzo

1. Medici pensionati ancora iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al Servizio Prestazioni Fondo Generale esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza.

L'indirizzo di domicilio può invece essere comunicato direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

2. Medici pensionati non più iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Superstiti (vedove, orfani, genitori, fratelli e sorelle dell'iscritto deceduto)

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

4. Iscritti attivi

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può

invece essere comunicata anche alla Fondazione mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito www.enpam.it. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al numero 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità.

Per ulteriori informazioni può essere contattato il S.A.T. al numero tel. 06.4829.4829.

Comunicazione di decesso

1. Iscritti attivi

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza. Dopo aver informato l'Ordine di appartenenza, analoga comunicazione può essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Contributi e Attività Ispettiva, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.913.

2. Medico pensionato iscritto all'Ordine Provinciale

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine di appartenenza.

Per consentire al Servizio competente di interrompere l'erogazione della pensione, la comunicazione deve essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Medico pensionato cancellato dall'Ordine Provinciale

Se al momento del decesso il medico pensionato risulta già cancellato dall'Ordine, la comunicazione deve essere inviata a mezzo posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

4. Superstiti pensionati

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata per posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184

Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Variazione delle modalità di pagamento della pensione

Tutti i pensionati possono comunicare la variazione dei dati bancari per il pagamento della pensione, utilizzando il modulo reperibile sul sito www.enpam.it (cliccare su Modulistica e poi Altre). Tale variazione, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, può essere inviata:

- a mezzo posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma

oppure

- tramite fax al numero 06.48.294.648.

Mancato accredito della pensione

I pensionati che non hanno ricevuto una o più mensilità di pensione devono darne comunicazione scritta, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, alla Fondazione, al Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

Orfani pensionati

Le prestazioni pensionistiche agli orfani superstiti spettano sino al raggiungimento del 21° anno di età. Tale diritto è mantenuto anche oltre il ventunesimo anno di età e fino al raggiungimento del periodo massimo pensionabile del 26° anno di età, a condizione che gli orfani mantengano la qualifica di studenti.

Mantenimento del diritto

Al fine di conservare il diritto alla pensione, al compimento del 21° anno di età è necessario inviare un certificato di iscrizione attestante il proseguimento degli studi ovvero una dichiarazione di responsabilità corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Modalità di invio

A mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

Deducibilità

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IR-

PEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47.

Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

Come usufruire del beneficio:

- contributo Quota A: utilizzare la copia del bollettino/bollettini RAV di versamento

- domiciliazione bancaria Quota A: Equitalia Esatri S.p.A. invia in tempo utile un riepilogo annuale dei versamenti effettuati

- contributo Quota B: utilizzare la copia del bollettino MAV di versamento

- importi versati a titolo di riscatto: il Servizio Riscatti e Ricongiunzioni invia in tempo utile una dichiarazione attestante gli importi versati.



Cosimo Mazzeo alis Pizzichicchio, nativo di S. Marzano di S. Giuseppe (TA). Operò prevalentemente nel Tarantino, anche se insieme al Romano ed al Laveneziana partecipò alla presa di Carovigno, Erchie, Cellino. Fu fucilato in Basilicata nel 1864.

La nuova ECM. Accordo Stato-Regioni 5 nov. 2009 approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione il 13 gennaio 2010. Cosa cambia.

di PAOLA GUACCI*, ENZO PERRUCCI**, GIUSEPPE COLUCCI*

* Commissione formazione professionale e qualità; ** Segreteria dell'Ordine

Il nuovo accordo Stato-Regioni costituisce uno strumento condiviso da utilizzare sull'intero territorio nazionale al fine di armonizzare i comportamenti e promuovere un effettivo sviluppo multipolare del sistema ECM.

Esso ha il carattere di linea guida generale e definisce i requisiti minimi ed i relativi standard ritenuti necessari per l'accreditamento istituzionale di soggetti pubblici e privati (indicati come provider) che intendono organizzare programmi ed eventi educazionali per l'ECM dei professionisti della sanità in Italia.

Le principali novità di questo nuovo accordo riguardano **la figura del provider** ed inoltre la definizione del **ruolo delle aziende farmaceutiche nell'organizzazione di eventi ECM**.

L'accreditamento di un provider ECM è il riconoscimento da parte di un'istituzione pubblica (commissione nazionale per la formazione continua o regioni o province autonome) che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

Possono svolgere attività di provider le aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie pubblici o privati ed eventuali enti di formazione a partecipazione prevalentemente pubblica, le Università, gli IRCCS, gli IZZSS, gli Ordini, i Collegi nonché le rispettive Federazioni Nazionali, le associazioni professionali e gli enti di diritto pubblico, le società scientifiche, le agenzie formative, gli enti di formazione, le fondazioni, gli altri enti pubblici ed i soggetti privati quali soggetti non erogatori di prestazioni sanitarie che sottopongono la richiesta di accreditamento alla commissione nazionale.

Il provider deve:

garantire la effettiva partecipazione degli operatori alle attività ECM. Questo può avvenire con modalità varie (firma di frequenza, verifica elettronica di ingres-

so/uscita dalla sede di formazione, scheda di valutazione dell'apprendimento firmato dal partecipante, etc.).

Assicurare la valutazione della qualità percepita da parte dei partecipanti relativamente ad ogni evento o programma.

Valutare l'apprendimento dei singoli partecipanti nelle diverse forme possibili alla fine dei programmi ed eventualmente in itinere. In questo modo si realizza anche una valutazione della partecipazione al programma e dell'efficacia formativa. Dopo aver accertato la partecipazione, raccolto il giudizio soggettivo di gradimento ed effettuata la valutazione dell'apprendimento del singolo partecipante, il provider deve fornire l'attestazione che l'utente ha svolto attività formative ed ha acquisito i relativi crediti ECM.

Al termine di ogni programma, il provider deve comunicare all'ente accreditante ed al cogepas, i crediti attribuiti ai singoli utenti mediante l'uso di una traccia elettronica comune comprensiva di tutti i dati ritenuti idonei alla registrazione ed in particolare alla certificazione dei crediti quale funzione in capo agli Ordini e Collegi ed associazioni professionali.

La quantità di crediti ECM che ogni professionista della sanità deve acquisire per il periodo 2008-2010 è di 150 crediti ECM sulla base di 50 (minimo 25, massimo 75) ogni anno. Per questo triennio possono essere considerati, nel calcolo dei 150 crediti, anche 60 crediti già acquisiti negli anni precedenti.

Il provider è tenuto ad archiviare e conservare per cinque anni copia di tutte le documentazioni relative all'assegnazione dei crediti.

Il provider è soggetto a controlli da parte dell'ente accreditante tramite visite di verifica. L'ente accreditante che riscontri violazioni, può disporre sanzioni al provider a partire da un'ammonizione fino alla revoca temporanea o definitiva dell'accreditamento.

Il provider **deve inoltre garantire che nell'attività ECM non intervengano situazioni di conflitti di interesse**. Il conflitto di interesse è la condizione in cui

un soggetto svolge contemporaneamente due ruoli differenti con possibilità di interferenza dell'uno sull'altro.

Il provider deve garantire che la formazione ECM sia esente da influenze di chi ha interessi commerciali nel settore della sanità. Per questo motivo deve essere documentata la correttezza di tutte le attività che portano a programmi ECM con scopi esclusivamente formativi e di aggiornamento e la trasparenza delle attività di finanziamento e amministrative.

Nelle sedi dell'attività ECM (residenziale) e nei materiali durevoli (fad):

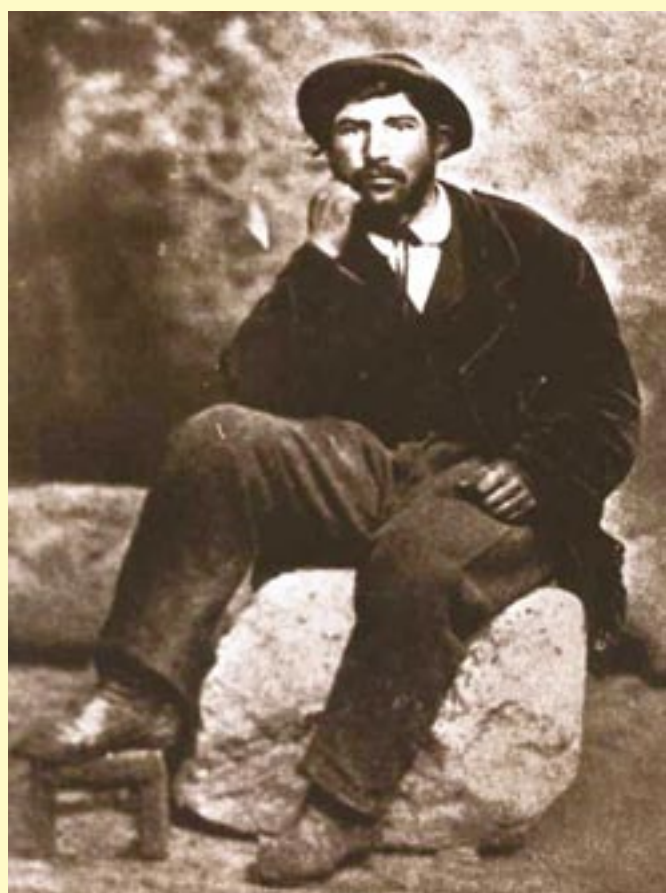
È vietata la pubblicità di qualsiasi tipo per specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici ecc.). Tale pubblicità è consentita in sedi adiacenti a quelle dedicate all'ECM ma non nel materiale durevole fad o nei depliant e programmi. Anche per il materiale informatico ed audio-visivo nessuna pubblicità può essere (sotto forma di finestre, videate, spot promozionali, etc.) durante lo svolgimento del programma educativo. In entrambi i casi attività di pubblicità possono essere inseriti solo all'inizio o alla fine.

L'industria farmaceutica e quella degli strumenti e presidi medici non può acquisire il ruolo di provider fad ma può essere sponsor commerciale di provider ECM a condizione che il supporto finanziario o di risorse sia dichiarato e non sia in alcun modo condizionante sulla organizzazione, sui contenuti e sulla gestione della attività ECM.

Lo sponsor può essere indicato, in modo discreto, nell'ultima pagina di depliant e programmi di attività ECM residenziali e fad ed anche all'inizio e/o alla fine del materiale durevole fad. Non può essere indicato nelle diapositive né all'interno del materiale durevole fad dedicato alla formazione.

L'utilizzo lecito della sponsorizzazione richiede regole di trasparenza di cui è responsabile il provider. Inoltre i componenti degli organi direttivi ed i responsabili dei provider non possono avere interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore della sanità.

Quindi, sintetizzando, l'industria di farmaci e di strumenti elettromedicali può essere solo sponsor di un provider o di un evento ECM secondo regole e contratti trasparenti ma non può più avere il ruolo diretto di provider.



Giuseppe Schiavone, uno dei "fedelissimi" di Crocco.



Filomena Pennacchio, Giuseppina Vitale, Maria Giovanna Tito, rispettivamente compagne di Schiavone, Sacchettiello e Crocco.

Ruolo dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Brindisi nell'attività formativa

di PAOLA GUACCI*, ENZO PERRUCCI**, GIUSEPPE COLUCCI*

* Commissione formazione professionale e qualità; ** Segreteria dell'Ordine

L'art.19 del nostro codice deontologico sancisce l'obbligo da parte del medico all'aggiornamento in materia tecnico-scientifica.

Il **consiglio direttivo dell'omceo di Brindisi**, grazie al lavoro svolto dalla commissione formazione, si è posto come **obbiettivo quello di sostenere i propri iscritti nel campo della formazione professionale** sia pubblicando sulla rivista dell'Ordine e sul sito tutte le novità in materia ECM, sia organizzando direttamente corsi formativi. Infatti, anche con la collaborazione della Commissione per la Comunicazione si è creato, sul Sito Web dell'Ordine, un apposito spazio consultabile dagli iscritti, in cui vengono pubblicati tutti gli eventi di aggiornamento e scientifici della Provincia di cui perviene notizia all'Ordine.

Il 23-24 aprile 2010 un membro della commissione formazione ed un componente della segreteria, hanno partecipato al **Seminario Nazionale FNOMCEO "RUOLO E COMPITI DEGLI ORDINI PROFESSIONALI NEL NUOVO SISTEMA ECM"** tenutosi a Roma.

Da questo seminario è emersa la proposta da parte della FNOMCEO di inserire gli Ordini Professionali nella governance del sistema ECM, conferendo loro un ruolo di attori principali del sistema.

Gli Ordini Professionali dovrebbero pertanto svolgere:

- 1) attività di provider
- 2) attività di controllo dell'offerta formativa e del dossier formativo del singolo professionista
- 3) attività di raccolta informatizzata dei dati ECM e relativa certificazione

Il consiglio direttivo dell'OMCEO di Brindisi dopo aver analizzato in tutte le sue sfaccettature tale proposta ha ritenuto opportuno, per il momento, non aderire alla proposta di assumere il ruolo di provider in quanto questo comporterebbe un notevole impegno sia in termini organizzativi che di risorse umane.

Gli Ordini possono svolgere attività di provider solo per materie di carattere giuridico, etico e legislativo. Pertanto, il Consiglio Direttivo dell'OMCEO di Brindisi ha ritenuto più opportuno stipulare un protocollo di intesa con la ASL per una collaborazione reciproca nell'organizzazione di eventi ECM; questo consentirà

quindi al nostro Ordine di organizzare incontri ECM a contenuto scientifico.

In attesa delle disposizioni che verranno emanate in materia ECM da parte del ministero della salute, **l'impegno dell'omceo Brindisi sarà quindi in direzione dell'attività di controllo dell'offerta formativa e della raccolta informatizzata dei dati con relativa certificazione.**

Gli eventi ECM organizzati presso la sede dell'ordine dalla commissione formazione presieduta dal dott. Giuseppe Colucci ed approvati dal Consiglio Direttivo, hanno ottenuto un notevole riscontro in termini di numero di partecipanti.

Il giorno 21/11/2009, si è tenuto il corso di formazione "Il Nuovo Codice Deontologico: Valori Antichi per i Moderni Problemi della Professione Medica".

Il giorno 19 giugno 2010, il Corso "SICURE", sul risk management, trasformato da fad a residenziale, ha assegnato ai partecipanti 20 crediti. Questo evento, visto il successo ottenuto dalla precedente edizione, verrà riproposto in data 2 Ottobre prossimo.

Anche la commissione odontoiatri presieduta dal dott. Antonio Valentini ha dato il suo contributo all'organizzazione di eventi ECM:

Il giorno 27/03/2010, si è tenuto il corso di formazione "Attualità della Professione Odontoiatrica: Obblighi Morali, Etici e Giuridici".

Il giorno 24/4/2010, si è tenuto il 1° Dental Day dal titolo: "Trattamento Odontoiatrico del Paziente Complesso".

La Sede dell'ordine ha inoltre ospitato durante l'anno diversi eventi organizzati da più società scientifiche in differenti date, mettendo a disposizione, come sempre, la Sala Convegni.

Sono in programma una serie di tre incontri, presso la sede dell'Ordine di un Corso Regionale su "Etica nella Professione Medica". La prima giornata è prevista per il giorno 11/12/2010, mentre sono in via di programmazione le altre due giornate, previste per il primo semestre del 2011.

Per l'autunno 2010, è programmato un corso a carattere scientifico "Vaccini e vaccinazioni nelle strategie di prevenzione primaria".



Gli errori riferiti all'uso dei farmaci "Look-Alike/Sound-Alike": Le iniziative del Ministero della Salute

di ELISABETTA QUARANTA

Segretario Provinciale Federazione Italiana Medici Pediatri

In molti Paesi i più importanti Organismi internazionali che si occupano di sicurezza dei pazienti considerano prioritaria la prevenzione degli eventi avversi occorsi a seguito di errori durante la terapia farmacologica (errori in terapia). Di recente nel nostro Paese, il Ministero della Salute *Dipartimento della qualità - Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema, Ufficio III* ha pubblicato un importante documento concernente **Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike"** con la finalità di arginare il particolare errore legato ai farmaci cosiddetti *look-alike/sound-alike (LASA)* che possono essere causa di errori terapeutici a volte molto gravi.

I farmaci in oggetto, detti in acronimo farmaci **LASA**, sono quei farmaci che pur essendo diversi presentano confezioni la cui veste grafica o il nome commerciale è simile e possono essere scambiati facilmente con altri; ciò può generare confusione ed incertezza durante tutte le fasi della gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio, nelle farmacie o presso il domicilio del paziente. Rappresentano un fenomeno apparentemente poco visibile, ma sicuramente da non sottovalutare.

La stesura della Raccomandazione segue uno studio articolato in più fasi che prevedeva un'indagine conoscitiva sull'argomento condotta dal primo novembre 2008 al 30 aprile 2009 che ha rilevato 1.014 segnalazioni da parte di Ospedali, Farmacie di comunità, Società scientifiche e Distretti Sanitari, delle quali solo 73 non utilizzabili ai fini del progetto. Il 67% delle segnalazioni sul rischio di scambio di farmaci proveniva dagli Ospedali e dai Distretti Sanitari, il 25,1% dalle Farmacie di comunità, il 6,2% dal domicilio dell'utente e l'1,6% dagli ambulatori dei Medici di famiglia. Due sono risultati essere i fattori di rischio condizionanti: la somiglianza grafica del nome e dell'aspetto della confezione (590 segnalazioni), e la somiglianza fonetica del nome (628 segnalazioni). Grazie alle informazioni raccolte è stato possibile redigere un elenco dei farmaci LASA trasmesso poi all'Aifa, affinché l'agenzia promuova presso le aziende farmaceutiche interventi di riduzione dei fattori che possono generare confusione durante la gestione dei farmaci.

Prevenire gli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA è possibile se vengono posti in essere una serie di interventi condivisi tra operatori, sanitari e non, coinvolti nella gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio.

La conoscenza di fattori di rischio permette di attuare adeguate misure preventive che consentono una presa in carico del paziente sicura ed efficace durante tutto il suo percorso assistenziale sia in ospedale che a domicilio.

La finalità del documento ministeriale è quella di fornire indicazioni perché non si verifichi lo scambio tra farmaci con grafica, fonetica o confezione simile, e di sensibilizzare gli operatori coinvolti nella gestione del farmaco. La raccomandazione è rivolta a quanti sono coinvolti a vario titolo (operatori sanitari, farmacisti di comunità, medici di medicina generale e pediatri di famiglia, Direzioni delle Aziende sanitarie, Aziende farmaceutiche) nel processo di gestione del farmaco a tutela di tutti i pazienti che necessitano di terapia farmacologica con farmaci LASA; fornisce informazioni sulle buone pratiche da seguire per evitare errori.

In particolare per i MMG e Pediatri di famiglia vengono riportati suggerimenti semplici ma efficaci: scrivere in modo chiaro e leggibile le prescrizioni di farmaci; rendere consapevole della terapia e della possibilità di errore il paziente o con chi se ne prende cura usando sempre un linguaggio facilmente comprensibile e compilare una nota sintetica dei farmaci prescritti con l'indicazione dell'ora e delle modalità di assunzione.

Particolare attenzione è inoltre raccomandata ai medici circa la conservazione dei farmaci nell'ambulatorio; la partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari, corsi di formazione e di aggiornamento sull'argomento; la collaborazione tra medico ospedaliero e del territorio per seguire il paziente nel suo percorso assistenziale soprattutto per ciò che riguarda la terapia al momento della dimissione; e con i farmacisti di comunità per supportare il paziente durante la terapia domiciliare. È previsto un aggiornamento ed una revisione periodica della Raccomandazione dettata dalle evidenze emerse ed dai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Falso ideologico in certificato medico

Soprattutto se lo si inquadra nell'aumento economico del trattamento pensionistico

Il reato di falso ideologico (artt. 480-481 cp) si configura quando il giudizio diagnostico espresso nel certificato medico si fonda su fatti esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio stesso che siano non corrispondenti al vero e che ciò sia conosciuto da colui che ne fa attestazione, secondo la sentenza n. 11482 del 24.5.1977 della Cassazione Penale sezione VI e n. 149762/1992 della Cass. Pen. sez. V. Il falso ideologico si differenzia a seconda che sia commesso in atto pubblico (art. 479 cp) o in certificazione amministrativa (art. 480 cp) da pubblico ufficiale o da incaricato di pubblico servizio, ipotesi più grave punita con maggiore severità, rispetto a quella commessa in scrittura privata (art. 481 cp) da un medico in regime libero professionale. Il medico di medicina generale che rilascia un certificato medico a un soggetto non iscritto tra i suoi assistiti svolge attività libero professionale consentita dall'art. 57 dell'ACN 23 marzo 2005 e pertanto assume la qualifica di esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 cp) e non più quella di incaricato di pubblico servizio (art. 358 cp) o di pubblico ufficiale (art. 357 cp). Di conseguenza la natura giuridica di tale certificazione è quella di semplice scrittura privata (art. 2702 cc) e non di atto pubblico (art. 2699 cc) o di certificazione amministrativa, secondo la sentenza n. 257 del 3 luglio 1989 della Cassazione Penale sezione V.

Non sussiste il reato di falso ideologico (art. 481 cp) quando il medico di medicina generale certifica in buona fede una "sindrome non obiettivabile" sulla base dell'anamnesi fornita con inganno dal paziente, al fine del rilascio del certificato di malattia, secondo la sentenza n. 5923 del 20 giugno 1994 della Cassazione sez. 2°, pubblicata in Riv. It. Med. Leg. 1995, 255. La stessa legge riconosce la validità di certificati esclusivamente anamnestici, cioè che si fondano solo sulle informazioni direttamente acquisite e valutate dal medico senza l'effettuazione della visita fisica del paziente, quali ad esempio il certificato anamnestico per l'idoneità al porto d'armi (DM 28.4.1998 in GU n. 143 del 22.6.1998) e il certificato anamnestico per l'idoneità alla guida di ciclomotori. Entrambi questi certificati – purchè veritieri – sono riconosciuti validi sebbene fondati sull'anamnesi, cioè senza il presupposto della visita fisica in quanto esclusivamente ricognitivi della storia del paziente.

In merito all'ipotesi eventuale di errore diagnostico del medico nel certificato, si rileva che la Corte di Cassazione sez. Penale V con sentenza del 18 marzo

1999 ha posto la seguente distinzione tra diagnosi falsa e diagnosi errata: è falsa la certificazione che si basa su premesse oggettive non corrispondenti al vero, mentre invece è errata (quindi senza dolo) se risulta inattendibile l'interpretazione data per motivare il giudizio clinico.

La legge penale richiede che sia dimostrata l'intenzionalità della condotta illecita per accertare il reato, non essendo prevista nel sistema legislativo vigente la figura del falso documentale colposo (sentenza della Cassazione Penale sezione V del 31 gennaio 1992 in merito alla sussistenza del dolo).

Riguardo all'ipotesi di rilascio del certificato sotto minaccia, ad esempio di paziente noto come delinquente abituale, si richiama la non punibilità prevista dall'art. 54 cp in merito allo stato di necessità in caso di intimidazioni. Il falso ideologico può essere riferito anche ai contenuti della scheda sanitaria individuale che è un obbligo per il medico convenzionato ai sensi dell'art. 47 dell'ACN 23 marzo 2005. Tale scheda ha valore giuridico di certificazione amministrativa, non di atto pubblico come la cartella clinica ospedaliera la cui falsificazione è punita più severamente.

La falsificazione e l'alterazione della cartella clinica effettuata dal medico pubblico ufficiale costituisce il reato di falso in atto pubblico, punito dall'art. 476 c.p. con la reclusione da uno a sei anni, secondo la sentenza n. 4679 del 17 aprile 2000 della Cassazione Penale sezione V. Infatti, la cartella clinica è considerata un atto pubblico che adempie alle funzioni di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti per cui gli eventi vanno annotati contestualmente al loro verificarsi; pertanto la cartella clinica acquista il carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla disponibilità (art. 830 cod. civ.) del suo autore nel momento in cui la singola annotazione viene registrata, con la conseguenza che le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le certezze accordate agli atti pubblici, come afferma la sentenza n. 646 del 1 aprile 1987 della Cassazione Penale sezione V.

La scheda sanitaria informatica ha lo stesso valore legale di quella cartacea e la sua falsificazione può essere accertata mediante perizia informatica.

La sventurata mente del signor Elliot

di **LUCIANO PECCARISI**

Medico di Medicina Generale in Ostuni - Specialista in Neurologia

Sembrerà strano, ma pensare, ragionare, prendere decisioni, su cose che riguardano noi stessi, possono appartenere ad un dominio del cervello differente da quello del ragionare e decidere su oggetti o eventi esterni a noi. Possono essere interessate regioni diverse del cervello, che non è fatto da un insieme di neuroni che lavorano tutti per lo stesso obiettivo, indipendentemente da dove si trovano. Ci sono ad esempio aree cerebrali piccole che, se non funzionano, provocano grandi cambiamenti della personalità.

La pensione d'invalidità

Ad Elliot, la cui sopravvivenza dipendeva dal fratello, era stata negata la pensione d'invalidità. Il cervello era in ordine, dicevano i dottori; solo problemi psicologici. Le malattie del cervello, tumori, ictus, Parkinson sono riconosciute proprio come malattie; e al paziente non si dà certo la colpa di esserne colpito. Quelle emotive invece, le malattie della mente, sono spesso viste come mancanza di volontà o debolezza caratteriale. Questa distinzione permea ancora la nostra società. Fonte di frustrazione nei poveri ammalati etichettati come colpevoli del loro disagio. Elliot era stato operato di meningioma: un tumore benigno a partenza dalle meningi, le membrane che avvolgono il cervello. Erano state asportate parti del cervello nella zona prefrontale e sopraorbitaria che sono di collegamento tra la corteccia razionale e il sistema emotivo interno. Per il resto, il cervello era rimasto in larga parte intatto. Infatti tutto in Elliot sembrava funzionare alla perfezione. I movimenti, il linguaggio, le sensazioni, l'apprendimento, la memoria, l'intelligenza, il ragionamento, il senso dell'umorismo. Tutti i test degli esaminatori erano risultati negativi. Non si poteva dare perciò l'assegno d'invalidità: appariva perfetto, sotto tutti punti di vista. Anzi una persona piacevole nella conversazione, interessante, controllata nelle emozioni. Persino con un leggero sorriso ironico indicante una saggezza, lungimiranza e comprensione per le pazzie del mondo d'oggi. In passato per alleviare le sofferenze di pazienti schizofrenici violenti ed esagitati fu provata una operazione chirurgica che interveniva proprio in quelle zone. Almeida Lima, un neurochirurgo che applicò la teoria di Egas Moniz, tagliò alcune connessioni in quel tratto e ottenne la calma dei pazienti; tuttavia era una calma talmente piatta che la tecnica fu presto abbandonata.

La china di Elliot

Elliot prima del tumore era un buon marito e un buon padre. Aveva uno stabile impiego in un rinomato

studio legale in cui era considerato per impegno, risultati e applicazione, un modello. Aveva per questo raggiunto un'invidiabile condizione personale, professionale e sociale. Ma dopo l'operazione Elliot non era più Elliot. Eppure le sue doti intellettuali, la sua capacità di muoversi, d'interagire e di usare il linguaggio erano intatte. Al mattino bisognava sollecitarlo per mettersi in piedi e andare al lavoro, dove però non si poteva fare affidamento, per esempio in fatto di scadenze. Quando esaminava una pratica poteva perdersi su un dettaglio e tenere in sospeso tutto il fascicolo per un bazzecola. Oppure abbandonare un'attività per rivolgere la sua attenzione su di un'altra, non portando a termine né l'una né l'altra. Poteva passare tutto un pomeriggio a sceverare un criterio d'ordinamento in base alla data, alla lunghezza, alla pertinenza di un documento. Intanto il flusso del lavoro s'interrompeva. Dopo ripetuti richiami perse il lavoro. Gli venne poi la mania del collezionismo di oggetti inutili, si associò in affari con individui che lo fecero fallire. Al primo divorzio ne seguì un altro, con una donna poco raccomandabile. Tutto ciò nonostante gli avvertimenti dei familiari e degli amici che non riuscivano a capire come mai potesse agire in quel modo, così sciocco. Privo infine di reddito si avviò alla povertà, all'assistenza del fratello e alla ricerca dell'assegno di sostentamento.

Un incontro importante

Dopo che i dottori dissero che era sano non rimase, a questo punto, che chiedere una consulenza. Un neurologo che seguiva casi del genere, il Dr. Damasio accettò e fu una fortuna perché alla fine il necessario assegno d'assistenza arrivò. "lo spieghi" dice Damasio "che causa dei suoi fallimenti era una condizione neurologica: certo, era ancora fisicamente abile e le sue facoltà mentali erano in massima parte integre; ma era menomata la sua capacità di giungere ad una decisione". La radice dei suoi mali era un danno ad un settore limitato del cervello, "è corretto affermare che era stato compromesso il suo libero arbitrio". Elliot era incapace

di scegliere. Il neuropsichiatra racconta del suo sbigottimento quando si trattò di fissare il giorno per l'incontro successivo. Mentre sfogliava la sua agenda Elliot si perdeva in interminabili elencazioni dei pro e contro per ogni possibile data, dimostrando di non riuscire a decidersi per un giorno qualunque. Damasio aveva notato, cosa ancora più importante, che Elliot raccontava la sua tragedia come se non fosse lui il soggetto del racconto, con freddezza e distacco. Calmo e rilassato, la sua esposizione fluiva senza sforzo, "mi accorsi che soffrivo di più io nell'ascoltarlo di quanto soffrisse lui". Perplesso lo sottopose ad un test consistente in visioni d'immagini forti, incidenti sanguinosi, alluvioni, case incendiate, feriti, annegamenti. Lui disse apertamente che non provava alcuna reazione, né positiva né negativa. Immaginatevi voi come vi sentireste nelle medesime condizioni, senza emozioni nell'ascoltare una musica, vedere un'immagine, un volto amico, non provare piacere alcuno. Comprendere ma non sentire alcuna passione, nessun sentimento (1).

Sentimenti e ragioni

L'obeso capisce che non dovrebbe mangiare, l'innamorato che non dovrebbe rendersi ridicolo. Comprendiamo che questa cosa non andava fatta, che quella parola non andava detta. Eppure affermiamo sovente: è più forte di me; così, comunque, mi sento meglio. Una piena comprensione di come funziona la nostra mente richiede una visione integrata. Non basta solo il ragionamento puro, astratto, slegato dal mondo, ma il corpo, la carne, un ambiente sociale. La mente non è distaccata dal corpo e nei pochi momenti che lo fa, il corpo si riprende subito i suoi diritti. Basta un niente e menti eccelse diventano infantili. La rimozione del tumore in Elliot aveva tagliato i collegamenti fra i lobi prefrontali logico-razionali e i nuclei profondi dell'emozione del Sistema Limbico. Con la resezione quindi, era andata perduta la possibilità d'influenza degli stati emotivi sulle scelte del soggetto. Scelte che alla valutazione logica risulterebbero facili, senza la base emotiva risultano complesse. La mente è davvero intrisa nel corpo che non abbandona mai, nemmeno quando raggiunge i livelli più raffinati d'attività, quelli che ne costituiscono lo spirito. Anima e spirito, con tutta la loro dignità e misura umana, sono complessi unitari con l'intero organismo. Anche nelle più alte vette raggiunte non bisogna mai dimenticare le loro umili origini. Spesso l'irrazionalità non deriva da una mancanza d'informazioni e di conoscenza. Hitler e Mussolini non erano ignoranti e, a modo loro, sapevano ragionare benissimo. Una ragione però al servizio

di un'emoività contorta. Anche gli elettori non votano spesso secondo ragione. Wirthlin, capo sondaggista di Regan, scrisse che il capo prendeva voti non per le sue posizioni ma perché *s'identificavano*, si *fidavano*, lo trovavano *genuino*. E su quello, non sui programmi, fondò la campagna elettorale. E le stesse campagne furono quelle di George W. Bush. "Ciò" dice Lakoff, "non significa che le posizioni dei candidati sui temi politici non contino nulla. Contano, ma esse tendenzialmente sono simboli di valori, identità, e carattere piuttosto che avere una primaria importanza di per sé" (2). La ragione dunque dipende dalle emozioni, non n'è affatto indipendente. Lo dimostrano le persone come Elliot, o coloro che sono colpiti da ictus o altri danni cerebrali che spesso diventano incapaci di provare emozioni o di capire quando gli altri le provano, e, pertanto non riescono più ad agire razionalmente. Ma anche quelli che attorno a noi sembrano 'sani' e sembrano ragionare bene, causa dei loro diversi sistemi emotivi inconsci, possono prendere decisioni, o avanzare ragioni per noi incomprensibili. E c'è ne meravigliamo.

1) Il caso Elliot è riportato in Damasio A. (1994) *Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain*, New York, NY, trad.it. 1995, *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano

2) Lakoff G. (2006) *Whose Freedom? The Battle Over America's Most Important Idea*, trad.it. 2008, *La libertà di chi?* Ed. Codice, Torino, p. 222



Filomena Pennacchio nata nel 1845, all'età di 18 anni dopo aver ammazzato il marito, si diede al brigantaggio unendosi, di volta in volta, con le bande di Caruso, Ninco-Nanco e Schiavone, dei quali fu anche l'amante.

PIANETA SALUTE

Arte e Scienza.

La grafica artistica nella comunicazione del farmaco da fine '800 agli anni '60.

400 pag., illustrato, di grande formato (33 x 23 cm), cartonato, rilegato con sovra copertina

Edito da Edizioni Pacifico.

Anno di pubblicazione: 2010.

Distribuito da:

Pacifico Service,

Via Ferdinando IV di Borbone, 20

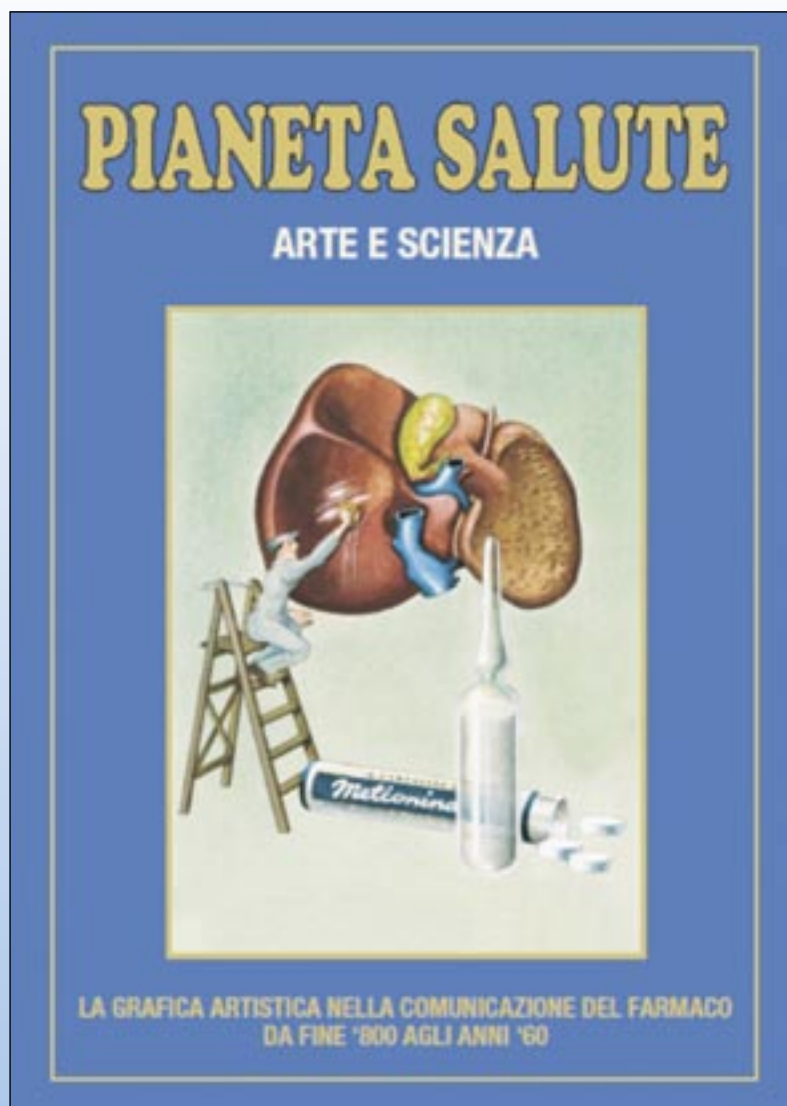
81100 Caserta - Tel. 0823362302

Fax 08231872718

E-mail: pacifico@fastwebnet.it

Prezzo di listino:

€ 90,00 (spedizione compresa)



PIANETA SALUTE, fondato sul connubio Arte e Scienza, è un progetto di valorizzazione dell'evoluzione grafica-artistica nella comunicazione ed informazione scientifica del farmaco, attraverso la riscoperta di documenti pubblicitari e promozionali di prodotti farmaceutici da fine '800 agli anni '60, cioè fino agli anni del cambiamento dell'informazione scientifica da parte del mondo della produzione industriale del farmaco e della sua conoscenza e diffusione.

Nello specifico il progetto consiste nella realizzazione di un volume di grande prestigio, a respiro internazionale, che si fonda sull'arte grafica riferita a contenuti comunicativo-semanticamente riproducibili di bozzetti autentici ad acquarello realizzati da grandi artisti, manifesti, locandine, cartoline pubblicitarie, pagine pubblicitarie di riviste d'epoca e altri materiali stampati tutti originali di grande valore culturale, sociologico e produttivo.

Il volume risultante, patrocinato, tra gli altri, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (è presente anche un testo del Presidente Dott. Amedeo BIANCO) e da una serie di Ordini Provinciali sia dei Medici sia dei Farmacisti, è di grande formato (33 x 23 cm), con carta patinata, rilegato con sovra copertina.

Il volume, inoltre, è arricchito da testi a carattere sociologico-storico, tradotti in inglese, e da testi a carattere istituzionale.

La situazione attuale è caratterizzata da aziende farmaceutiche a dimensione internazionale, che si configurano spesso all'interno di gruppi che nascono direttamente su scala globale. Questo disegna una nuova realtà, caratterizzata da nuove dinamiche e nuovi protagonisti della produzione e dei mercati, e quindi anche della comunicazione. In tale contesto si inserisce questo volume che procede alla rivisitazione del ruolo dell'industria farmaceutica, evidenziando l'esistenza di un rapporto tra cultura e prodotti, testimoniato dalle pubblicità farmaceutiche d'epoca, che sono state raccolte con passione dall'editore e che vengono presentate con grande risalto.

INTORNO A TE un mondo di vantaggi esclusivi

Sede di Brindisi
Via Appia, 15 - 72100 Brindisi
tel/fax 0831 560871

Apertura ufficio
martedì - giovedì
ore 16.00-19.00
brindisi@clubmedici.it

Informatore
Roberto Travaglini cell. 320 9757574

Club
NO STOP
10.00-19.00

SEDE NAZIONALE
Via G. Marchi 10 - 00161 Roma
Tel. 06.8607891 - Fax. 06.86201328
e-mail: info@clubmedici.it



finanziamenti

Soluzioni personalizzate

- PAPERLESS il prestito a carte ZERO
- PER TE, Cessione del V dello stipendio
- MUTUO DOCTOR
- CARTE EXTRA CLUB
- DOCTOR LEASING



Polizze assicurative

- POLIZZA RC PROFESSIONALE
- TUTELA LEGALE
- POLIZZA INFORTUNI
- CASSA ASSISTENZA SANITARIA
- FONDO PENSIONE APERTO
- POLIZZA ABITAZIONE
- POLIZZA RC CAPOFAMIGLIA
- POLIZZA AUTO/MOTO



Cure Mediche Rateali

- CONSULENZA E ASSISTENZA ONLINE
- ESITO PRATICA IN 48h
- INFO BONIFICI EFFETTUATI



Agenzia viaggi

- VIAGGI INDIVIDUALI E DI GRUPPO
- PRENOTAZIONI E PARTENZE GARANTITE AL 100%

le migliori condizioni
Esperienza e Professionalità



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 Pierni, interno 5546.

Per visionare la brochure dedicata collegarsi al sito Internet 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

Dal 1° giugno 2010 T.U.O. Complessa Chirurgia Generale ha un nuovo Responsabile, il **Dott. Luca Verardi**, chirurgo di provata esperienza, già dirigente dell'omologa U.O. dell'Ospedale Vito Fazzi di Lecce.

L'attività chirurgica tradizionale e con tecnica laparoscopica, è svolta in regime di accreditamento ed è rivolta principalmente alle patologie di interesse chirurgico benigne e maligne di tutto l'apparato digerente e ghiandole annesse, della mammella, della tiroide ed alle patologie "di parete" (ernia e laparocele).

Si eseguono interventi di piccola chirurgia ambulatoriale in regime di solvenza. Il **Dott. Luca Verardi** riceve presso questa 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

Ostetricia - Ginecologia

Diagnostica per immagine

Ecografia - Ecocardiogramma

Radiologia - TAC - RM

Chirurgia Vascolare

Fisiopatologia della Riproduzione Umana

Servizi Ambulatoriali

Medicina Generale

Endoscopia Digestiva

Laboratorio di Patologia Clinica

Medicina Fisica e Riabilitativa

Consegna di referti a domicilio su richiesta

INFORMAZIONI - PRENOTAZIONI

Numero Verde

800-10 21 21

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
- Carrozze 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

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.

Il trattamento dell'asma allergico: esperienza con terapia Anti-IgE

di ALFREDO SCODITTI, SALVATORE BELLANOVA, PIERLUIGI BRACCIALE, ANTONIO CASTAGNARO, GIUSEPPE VALERIO

UOC di Pneumologia - Ospedale "N. Melli", San Pietro Vernotico (BR)

PREMESSA

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree nella quale molti elementi cellulari giocano un ruolo primario (in particolare mastociti, eosinofili e T-linfociti). L'infiammazione cronica determina un aumento dell'iperresponsività bronchiale, che causa episodi ricorrenti più o meno gravi e frequenti di respiro sibilante, dispnea, costrizione toracica e tosse.

I soggetti atopici producono in modo esaltato e continuo IgE specifiche per gli allergeni nei confronti dei quali sono sensibilizzati. Per tale motivo, le IgE sono state fin da subito considerate il 1° bersaglio ottimale per un approccio con anticorpi monoclonali specifici, ed infatti l'anti-IgE è stato il primo ad essere sviluppato per il trattamento dell'asma. Dopo quasi 10 anni di ricerca l'anticorpo monoclonale umanizzato anti-IgE (denominato Omalizumab e con nome commerciale Xolair) è passato alla fase di sperimentazione e clinica. A partire dalla seconda metà del 1990 sono comparsi oltre 10 grandi trials di fase III condotti per la maggior parte nell'asma, per un totale di alcune migliaia di pazienti studiati, anche se sono stati effettuati studi più contenuti anche nella rinite allergica. Sulla base dei risultati di tali trials, Omalizumab è stato approvato dall'FDA e posto in commercio nel 2003 negli USA, ed alla fine del 2006 anche in Europa e in Italia. L'indicazione principale (vincolante in Europa) è quella dell'asma allergica grave e non controllata, condizione in cui Omalizumab ha realmente costituito una innovazione terapeutica importante.

L'anticorpo monoclonale Omalizumab è un prodotto chimerico, costituito al 95% da una immunoglobulina IgG1 umana, contenente il 5% di IgG murina che costituisce il sito legante l'antigene, cioè quello che ne determina la specificità. Omalizumab si lega selettivamente al domain C3 delle sole IgE circolanti libere, con un legame molto stabile, e impedisce quindi alle IgE stesse di fissarsi al loro recettore ad alta affinità FcR1

Nel caso di asma allergico, le IgE sono riconosciute da oltre mezzo secolo come uno dei principali protagonisti della patogenesi e quindi bersaglio ottimale per un blocco selettivo con anticorpi. Gli studi clinici e le meta-analisi oggi disponibili confermano l'efficacia di questo trattamento in termini di sintomi, utilizzo di rescue medications, qualità della vita e parametri funzionali.

presente su mastociti e basofili. In tal modo, i mastociti ed i basofili vengono pian piano privati delle loro IgE di membrana, che sono quelle che innescano la degranulazione. L'anticorpo non blocca le IgE già legate al recettore, né provoca di per sé la degranulazione dei mastociti. L'anticorpo monoclonale forma piccoli immunocomplessi che sono eterotrimeri in eccesso/difetto di anticorpo ed esameri se il rapporto molare è vicino a 1. Tali immunocomplessi non sono più grandi degli esameri IgM e

pertanto non attivano il complemento e sono facilmente rimossi dal circolo. L'emivita plasmatica è, come per tutte le proteine, di circa 15 giorni ed il volume di distribuzione apparente è piccolo, in quanto la proteina rimane essenzialmente confinata in circolo (Fig. 1).

Omalizumab può essere somministrato indifferente intramuscolo, endovena o sottocute, senza rilevanti variazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica. È possibile anche la somministrazione per aerosol. Per l'uso clinico, la via di somministrazione più pratica e confortevole è risultata quella sottocutanea. L'anti-IgE riduce il livello di IgE totali circolanti libere (a partire da circa 24 ore dalla somministrazione) fino al 5% o meno del valore basale. I livelli di IgE ricominciano ad aumentare dopo circa 20 giorni dall'ultima somministrazione e ritornano ai livelli basali entro un mese senza effetto rebound. È importante ricordare che in corso di trattamento con anti-IgE il dosaggio delle IgE totali (PRIST) può paradossalmente aumentare. Ciò è dovuto al fatto che le metodiche commerciali per il dosaggio delle IgE totali non distinguono le IgE libere da quelle complessate con anti-IgE. Pertanto, il dosaggio delle IgE totali è utile solo prima dell'inizio della terapia per stabilire la dose di farmaco, ma non è utile per il monitoraggio.

Il rapporto molare tra Omalizumab e IgE che consente di ridurre queste ultime al di sotto del 5% è di circa 7-10 a 1. Ciò significa che per bloccare efficacemente una molecola di IgE occorrono 7-10 molecole di Omalizumab. Tale caratteristica impone ovviamente dei li-



Il meccanismo di azione di omalizumab nell'asma IgE-mediata

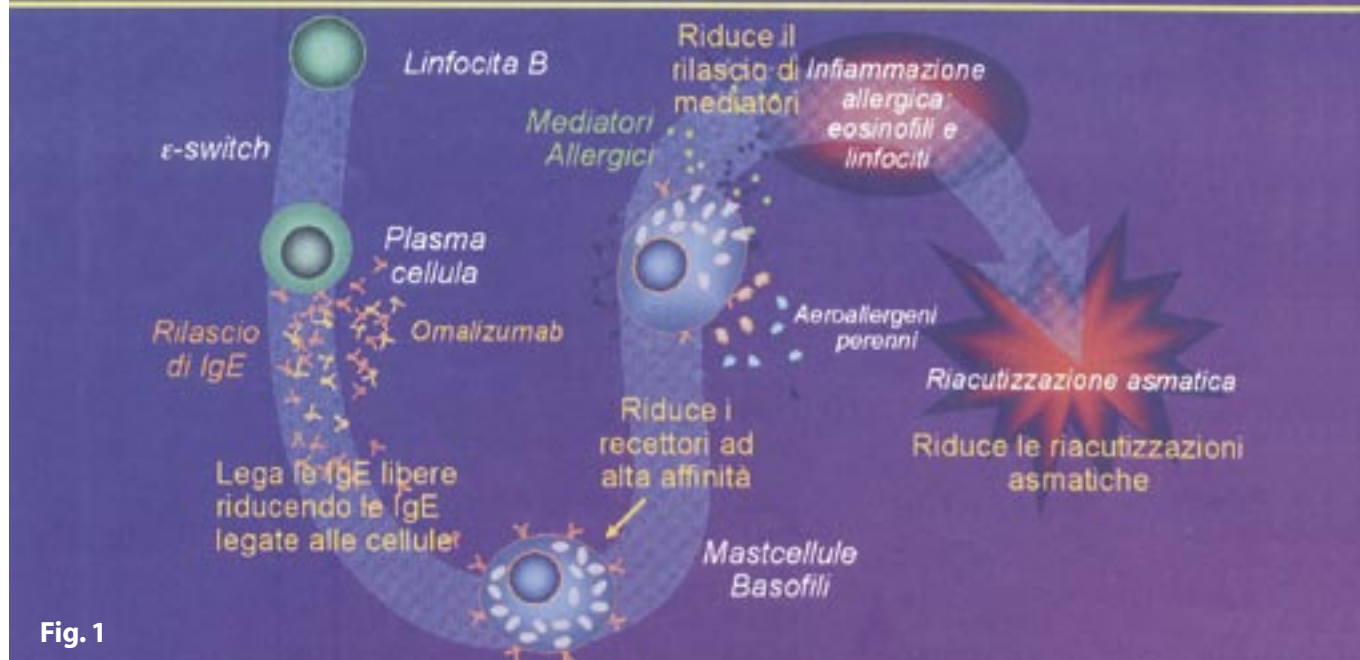


Fig. 1

miti alla quantità somministrabile; ed infatti il valore limite massimo di IgE totali ammesso per la somministrazione di Omalizumab è di 700 kU/L.

La dose di Omalizumab da somministrare viene calcolata con apposita tabella in base al valore delle IgE libere circolanti ed al peso corporeo. La dose da somministrare varia dai 150 ai 750 mg, in una o due somministrazioni mensili. La forma farmaceutica disponibile in Italia è di flaconcini da 150 mg di polvere liofilizzata da ricostituire al momento della somministrazione. La terapia con anticorpi monoclonali anti-Immunoglobuline E (IgE) è attualmente indicata per i pazienti affetti da asma grave allergico non controllato e sensibilizzati ad almeno un allergene inalatorio perenne.

Diversi studi hanno dimostrato che l'obiettivo di riuscire a garantire il controllo dell'asma troppo spesso non viene raggiunto. Infatti, valutando i pazienti per mezzo del questionario validato ACQ, nonostante la terapia con steroidi inalatori con o senza broncodilatatori a lunga durata d'azione associati, il 72% dei pazienti risultano non essere ben controllati. Inoltre, il 74% dei pazienti fa uso di broncodilatatore d'emergenza quotidianamente.

La mancanza di controllo si può anche riscontrare analizzando i dati che mostrano che i pazienti più gravi sono quelli che hanno una maggiore incidenza di ricoveri e di visite di emergenza per le riacutizzazioni d'asma. Il mancato controllo si traduce anche in diminuzione della qualità della vita.

MATERIALI E METODI

Nel nostro reparto di Pneumologia, dal 2007 è iniziato il trattamento con Omalizumab per i pazienti affetti da asma bronchiale allergico non controllati dalla terapia convenzionale, secondo le Linee Guida GINA.

Sono in trattamento 13 pazienti (3 M e 10 F) di età media 41 (range 28-64).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ai tests cutanei inalanti e sono risultati tutti positivi agli Acari della polvere di casa e 5 anche alle Graminacee. Ad ogni paziente è stato eseguito il prelievo per il dosaggio totale delle IgE con valori fra 180 e 770 UI/ml.

Sono state eseguite, inoltre, le prove di funzionalità polmonare ed è stato scelto il miglior valore di volume espiratorio massimo al primo secondo (FEV1) fra 3 manovre di espirazione forzata. I valori del FEV1 variavano tra 33% e 75% del teorico (Tab. 1). La dose (150-375 mg) di Omalizumab, determinata in base al peso del paziente ed al dosaggio delle IgE totali, è stata somministrata ogni 2 settimane. Dopo 16 settimane ogni paziente è stato sottoposto a visita di controllo e, in base ai risultati delle prove di funzionalità respiratoria, ai risultati dell'ACT (Auto Control Test) ed in base all'uso dei farmaci utilizzati, si prendeva in considerazione la sospensione o la prosecuzione del trattamento.

Tab. 1. Caratteristiche dei pazienti

NOME	SESSO	ETA'	PESO Kg	FEV1	%	PRICK TEST	IgE	STEP *	INIZIO TERAPIA XOLAIR
L.A.	F	52	70	1.60	70	Acari	650	Asma 3° Poliposi nas. Rinite	21-02-'07
A.M.	F	32	75	1.60	70	Acari	395	Asma 3°	24-03-'07
S.M.	M	28	70	2.00	75	Acari	180	Asma 3°	30-05-'07
A.R.	M	30	70	1.60	70	Acari Graminacee	300	Asma 3° Rinite	01-02-'08
L.M.	F	50	65	1.50	65	Acari Graminacee	350	Asma 3°	22-02-'08
V.C.	F	50	80	2.00	75	Acari Graminacee	192	Asma 3° Poliposi nas. Rinite	23-02-08
A.G.	M	38	90	1.50	65	Acari	300	Asma 3°	01-05-'08
P.M.	F	40	65	1.30	58	Acari Graminacee	210	Asma 4°	02-03-'09
A.C.	F	52	60	1.18	51	Acari	511	Asma 3°	11-03-'09
M.M.	F	64	75	0.75	33	Acari	576	Asma 4°	01-09-'09
D.L.	F	38	60	2.00	70	Acari	421	Asma 3°	20-01-2010
M.S.	F	28	70	2.48	70	Acari	196	Asma 3°	22-01-2010
C.F.	F	36	50	2.02	50	Acari	770	Asma 4°	19-02-2010

* LINEE GUIDA GINA 2009

RISULTATI

Il trattamento con OMALIZUMAB ha permesso a tutti i pazienti la riduzione del dosaggio o la totale abolizione di farmaci.

- 5 pazienti hanno ridotto l'uso regolare di OCS
- 5 pazienti hanno sospeso l'uso regolare di OCS
- 3 pazienti non hanno modificato ancora la terapia in quanto sono in trattamento da poco tempo

Tutti hanno mantenuto l'uso di ICS/LABA a dosaggio ridotto.

Tutti i pazienti al controllo spirometrico mostravano un incremento dei valori rispetto a quelli rilevati prima del trattamento. Dai dati ricavati dall'ACT si evidenziava un punteggio maggiore dopo la terapia passando da valori di 9 a 25.

Nessun paziente ha avuto bisogno di ricovero per crisi di broncospasmo.

CONCLUSIONI

Nel caso di asma allergico, le IgE sono riconosciute da oltre mezzo secolo come uno dei principali protagonisti della patogenesi e quindi bersaglio ottimale per un blocco selettivo con anticorpi. Gli studi clinici e le meta-analisi oggi disponibili confermano l'efficacia del trattamento (in termine di sintomi, utilizzo di rescue medications, qualità della vita, parametri funzionali) nell'asma. È però

altrettanto vero che l'elevato costo della molecola pone stretti limiti di utilizzo in termini di costo/efficacia. Per tale motivo, l'indicazione al momento ammessa dalle agenzie regolatorie europee è l'asma grave e non controllata dalla terapia farmacologica standard e con frequenti esacerbazioni. In tale situazione l'anti-IgE risulta nettamente vantaggioso in quanto l'asma grave è una condizione gravata da alti costi sanitari. Al momento Omalizumab è l'unica reale innovazione per il trattamento dell'asma grave, nella quale offre allo specialista una opzione terapeutica che fino ad ora non era disponibile.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Chang TW. *The pharmacological basis of anti-IgE therapy*. Nature Biotechnology 2000;18:157-163
- 2) Hamilton RG, Marcotte GV, Saini SS. *Immunological methods for quantifying free and total serum IgE levels in allergy patients Receiving omalizumab therapy*. J. Immunol Methods 2005; 303:81-91
- 3) Holgate S, Casale T, Wenzel S, et al. *The anti-inflammation effects of Omalizumab confirm the central role of IgE in allergic inflammation*. J. Allergy Clin. Immunol 2005; 115:459-465
- 4) Holgate ST, Chucalin AG, Herbert S, et al. *Efficacy and safety of a recombinant anti-immunoglobulin E antibody (omalizumab) in severe allergic asthma*. Clin Exp. Allergy 2004; 34:632-638
- 5) Humbert M, Beasley R, Ayes J, et al. *Benefits of omalizumab as add-on therapy in patients with severe persistent asthma who are inadequately controlled despite best available therapy (GINA 2002 step 4 treatment)*: INNOVATE Allergy 2005; 60:309-316
- 6) Bousquet J, Rabe K, Humbert M, et al. *Predicting and evaluating response to omalizumab in patient with severe allergic asthma* Resp. Med 2007; 1483-1492

Epidemiol Prev 2010; 34(3)

Effetti acuti dell'inquinamento a Brindisi: analisi case-crossover

di MARIA SERINELLI*, EMILIO ANTONIO LUCA GIANICOLO*, MARCO CERVINO**,
CRISTINA MANGIA***, MAURIZIO PORTALURI****, MARIA ANGELA VIGOTTI*****

* Istituto di fisiologia clinica, Consiglio nazionale delle ricerche, Lecce

** Istituto di scienze dell'atmosfera e del clima, Consiglio nazionale delle ricerche, Bologna

*** Istituto di scienze dell'atmosfera e del clima, Consiglio nazionale delle ricerche, Lecce

**** Unità operativa di radioterapia, ASL Brindisi

***** Dipartimento di biologia, Università di Pisa

***** Istituto di fisiologia clinica, Consiglio nazionale delle ricerche, Pisa

Corrispondenza: Maria Serinelli, Agenzia regionale per la protezione ambientale, Regione Puglia, Corso Trieste, 27 – 70126 Bari; tel. 080 5460353; fax 080 5460150; e-mail: m.serinelli@arpa.puglia.it

Cosa si sapeva già

Nell'ultimo decennio diversi studi epidemiologici descrittivi condotti a Brindisi hanno rilevato eccessi di mortalità potenzialmente attribuibili all'esposizione ambientale e occupazionale.

Cosa si aggiunge di nuovo

È il primo studio che si fonda sull'acquisizione e l'analisi congiunta di dati sanitari e ambientali e, attraverso un disegno analitico, valuta gli effetti acuti dell'inquinamento atmosferico nella città di Brindisi.

Riassunto

Obiettivo: valutare l'associazione tra concentrazioni medie giornaliere di alcuni inquinanti atmosferici e le serie giornaliere di mortalità e di ricovero ospedaliero dei cittadini residenti nella città di Brindisi, nel periodo 2003-2006.

Disegno: l'associazione tra le due serie temporali di dati giornalieri di mortalità (2003-2005) e di ricovero ospedaliero (2003-2006) e la serie delle concentrazioni giornaliere degli inquinanti è stata analizzata mediante il metodo case-crossover e il modello di regressione logistica condizionata. Il periodo di controllo è stato scelto seguendo un approccio tempostratificato. Come variabili di confondimento sono state considerate la temperatura media, l'umidità relativa, le epidemie influenzali, il decremento estivo della popolazione residente e le festività. L'analisi è stata condotta adattando modelli specifici per causa di decesso o di ricovero, genere, età e stagione.

Outcome principali: sono stati considerati i dati di mortalità per il totale delle cause di morte non accidentali, per cause cardiovascolari e per cause respiratorie e i dati dei ricoveri ospedalieri non programmati per cause cardiache, cerebrovascolari e respiratorie. Come variabili di esposizione sono stati considerati gli inquinanti PM10, NO₂ e CO. Sono state considerate le concentrazioni dell'inquinante nel giorno stesso e fino a cinque giorni precedenti il decesso o il ricovero (da lag 0 a lag 5), il lag cumulato 0-1 per la mortalità e 0-3 per i ricoveri ospedalieri.

Risultati: incrementi della concentrazione di PM10 risultano associati a incrementi percentuali del rischio di morte sia per tutte le cause naturali sia per le patologie cardiovascolari. Gli effetti sono immediati. Vengono, infatti, rilevati a lag 1 e 0-1. Per i ricoveri ospedalieri gli effetti sono statisticamente significativi per le malattie cerebrovascolari tra le donne e gli anziani, considerando la concentrazione media di inquinanti fino a tre giorni precedenti il ricovero (lag 0-3). Risultati significativi si sono osservati anche per NO₂ per la mortalità e per i ricoveri in categorie specifiche di popolazione.

Conclusione: lo studio fornisce, per la prima volta, un'indicazione degli effetti acuti dell'inquinamento nella città di Brindisi e descrive una situazione giornaliera di rischio dovuta all'inquinamento dell'aria per la quale sarebbe opportuno prendere misure cautelative.



Settembre 1863, un bersagliere mostra il cadavere del "brigante" Nicola Napolitano dopo la fucilazione e le sevizie.

Medico e Bambino pagine elettroniche 2010; 13(5) - www.medicoebambino.com

La somministrazione a scopo profilattico di paracetamolo nel corso del ciclo primario delle vaccinazioni diminuisce le reazioni febbrili e la risposta immunitaria.

di **GIOVANNI SIMEONE**

Pediatra di Famiglia, Mesagne (BR)

Titolo originale: Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials

Rivista: *Lancet* 2009;374:1339-50

Autori: Prymula R, Siegrist C, Chlibek R, et al

Tipo di studio: Studio clinico randomizzato in aperto - 2 trial consecutivi il primo durante il ciclo primario vaccinale e il secondo durante la dose di richiamo (booster)

QUESITO CLINICO

Nei bambini che effettuano il ciclo primario di vaccinazioni, la somministrazione a scopo profilattico di paracetamolo, riduce le reazioni febbrili e/o la risposta immunitaria dovute ai singoli vaccini?

Setting 10 Centri vaccinali della Repubblica Ceca. Lo studio si svolge da settembre 2006 ad aprile 2007 (ciclo primario) e da luglio 2007 ad aprile 2008 per la dose di richiamo.

COMMENTO

La consuetudine di somministrare a scopo profilattico paracetamolo dopo le dosi di vaccino esavalente + antipneumococco è molto diffusa in centri vaccinali per cercare di ridurre le reazioni febbrili, il dolore provocato dalle reazioni locali. Tale pratica era molto diffusa già al tempo della somministrazione di vaccino DTP a cellule intere che effettivamente aveva una incidenza di reazioni febbrili più elevata.

Lo studio di Prilula e collaboratori è interessante sotto molti punti di vista e pone diversi spunti di discussione. Non possono essere però ignorare le diverse debolezze metodologiche che lo studio presenta.

Si tratta di un trial clinico in aperto, dove quindi sia i medici che i pazienti erano a conoscenza del trattamento ricevuto. Manca completamente qualsiasi annotazione riguardante lo "allocation concealment" della lista di randomizzazione, ovvero i metodi utilizzati per tenere nascosta la sequenza di allocazione fino all'assegnazione del paziente.

Non vi è una vera e propria "Tabella 1" riassuntiva dei dati generali dei i pazienti arruolati nei 10 Centri vaccinali per verificare le caratteristiche generali dei pazienti arruolati, ma si limita a qualche nota sul peso, e l'età media.

Al gruppo di controllo, manca completamente la somministrazione di placebo, circostanza che avrebbe reso simile i due gruppi tra di loro. Inoltre, era permesso sia ai genitori che ai medici, di poter somministrare farmaci antifebbrili, nel corso dello studio, per situazioni che ne rendessero necessarie il loro utilizzo.

Gli autori, conducono due tipi di analisi dei dati, un'analisi "intention to Treat", secondo la quale tutti i pazienti vengono

analizzati nel rispettivo braccio di arruolamento, per quanto riguarda l'analisi dell'outcome principale ovvero le reazioni febbrili durante il ciclo primario di vaccinazione.

Effettuano invece un'analisi "per protocol" per quanto riguarda la valutazione dell'immunogenicità, e in questo caso su 459 arruolati ne vengono analizzati 435, con una perdita pari al 5%. Nel corso del secondo trial effettuato per la dose booster, a causa di una modifica del protocollo si vengono a formare tre gruppi come abbiamo già visto. Di 414 pazienti arruolati i dati riguardanti l'immunogenicità sono disponibili solo per 334 pazienti... con una percentuale di persi al follow-up pari al 28%!

Gli Autori effettuano anche un'analisi post-hoc, ovvero non compresa nel protocollo iniziale dello studio, per verificare se la riduzione della risposta anticorpale osservata nel gruppo paracetamolo fosse un effetto diretto del farmaco o fosse dovuta alla riduzione della febbre.

Questo viene fatto nei due gruppi verificando la risposta GMCs sia in corso di febbre superiore a 38 °C o in sua assenza dopo una dose di vaccino. Si osserva che la febbre ha uno scarso effetto in entrambi i gruppi esaminati, mentre il paracetamolo provoca la medesima diminuzione anticorpale sia nei bambini con febbre che senza.

La ragione biologica che possa spiegare la riduzione della risposta anticorpale dopo la somministrazione di paracetamolo, secondo gli Autori, potrebbe essere legata dovuta al fatto che il paracetamolo influisce nel meccanismo d'interazione tra cellule dendritiche, linfociti B e T, riducendo i segnali d'infiammazione al livello del sito cutaneo dove viene eseguita la vaccinazione.

Concludendo...

Se il NNT dello studio è piccolo, ovvero devo trattare poco più di 2 bambini con paracetamolo per 3 giorni affinché uno di essi non abbia temperatura uguale o superiore a 38 °C, i pazienti con temperature molto elevate (>39 °C) non sono differenti tra i due gruppi. Quindi si tratta di un intervento farmacologico prolungato per un evento che di solito è autolimitante. Sarebbe stato auspicabile un report sull'eventuale soddisfazione dei genitori per un tale trattamento ricevuto. A fronte di un NNT valido, per un problema sicuramente piccolo, bisogna tener conto che questo intervento può portare a una probabile riduzione della risposta anticorpale.

Pur ritenendo interessanti le conclusioni degli Autori, i risultati di questo studio dovrebbero essere confermati in studi più robusti metodologicamente e indipendenti (lo studio è sponsorizzato dalla GSK), come RCT in doppio cieco verso placebo.

Pertanto la somministrazione a scopo profilattico di paracetamolo nel corso del ciclo vaccinale primario dell'infanzia non dovrebbe essere incoraggiata come pratica di routine