



# PROGETTO SALUTE

## • Editoriale

- 2 È iniziato il secondo anno!  
*di Sergio Pede e Madia Magri*

## • Speciale 2010

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

## • Il Confronto

- 7 Documento sulla professione e sul servizio sanitario regionale

## • Il Codice deontologico

- 12 Leggiamo insieme il Codice Deontologico ... un articolo per volta. *Ancora su informazione e consenso (art. 33)*  
*di Antonio Nicola Quarta*

## • La Vita dell'Ordine

- 14 Variazioni all'Albo dei Medici  
15 Variazioni all'Albo degli Odontoiatri  
16 Proposta di evento formativo. L'etica nella professione medica: i principi e i valori, le regole e i doveri  
17 Iniziativa di partecipazione

## • La memoria dell'Ordine

- 18 Memorie in camice bianco  
*di Francesco Bovenzi*  
19 Profeta in patria - In memoria del prof. Domenico Calò  
*di Antonio Nicola Quarta*

## • Le informazioni

- 20 In cinque anni il numero dei medici italiani si è dimezzato  
20 Nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012  
*di Silvio Tafuri*  
21 Dalla campagna di vaccinazione pandemica al nuovo piano di Formazione/Informazione della FNOMCeO sulle vaccinazioni  
*di Silvio Tafuri*  
22 Lo stato di salute dei Paesi Ocse: il rapporto Health at a Glance 2009  
*di Elisabetta Quaranta*

## • La giurisprudenza

- 26 Prima il camice o prima la toga?  
27 Danni sofferti dai parenti del paziente  
28 No al test Hiv senza consenso  
28 Illegale esame del minore senza consenso

## • La prevenzione

- 29 ENPAM Fondo Generale - I contributi 2010 quota "A"  
29 ENPAM - Comunicato stampa  
30 Evasione o autodenuncia: contribuzione ridotta  
32 Sentirsi anziano e non vecchio

## • L'Odontoiatria

- 33 Corso di aggiornamento professionale in Odontoiatria  
*Brindisi, 14 maggio 2010*

## • Il lavoro e la professione

- 35 Scuole di specializzazione: avanti con la razionalizzazione  
*di Silvio Tafuri*  
37 Nuovo concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione  
*di Silvio Tafuri*  
38 Aggiornamento professionale e formazione permanente  
*di Luigia Serio*  
39 Elementi di Risk Management  
*di Vito Capone*  
45 Schema di formazione del medico competente  
46 Linee guida per la formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali  
51 Approvata legge per proroga annuale intramoenia  
52 Proposte operative nella Commissione FNOMCeO per la formazione universitaria pre laurea e specialistica  
55 L. R. 27/11/2009, n. 28: "Disposizioni per la semplificazione delle procedure relative alle autorizzazioni, certificazioni e idoneità sanitarie"

## • Oltre il lavoro e la professione

- 58 Riflessioni sulla mente  
*di Luciano Peccarisi*

## LA SEZIONE SCIENTIFICA

### • Articoli Originali

- 66 Il Nodulo Tiroideo  
*di Quirico Capellini e Mario Criscuolo*  
70 Modello organizzativo assistenziale territoriale per la diagnosi e cura delle patologie tiroidee: la gestione integrata  
*di Daniela Agrimi*  
74 Elaborazione delle linee guida per la certificazione di invalidità civile in soggetti con patologie involutive  
*di Antonio Frascaro*

### • Dalle Riviste

- 77 Report of varicella outbreak in a low vaccination coverage group of otherwise healthy children in Italy: the role of breakthrough and the need of a second dose of vaccine  
*di S. Tafuri, D. Martinelli, M. De Palma, C. Germinario, R. Prato*  
77 Determinants of Appetite and Taste: from in-utero to infancy  
*di Margherita Caroli, Rodolfo Rollo and Susi Epifani*

## È iniziato il secondo anno

di **SERGIO PEDE\*** e **MADIA MAGRI\*\***

\* *Coordinatore Comitato Editoriale*

\*\* *Segretaria ODM*

“*Continuità, innovazione, partecipazione*” è una parte del titolo dell’articolo con cui si apriva il primo numero di questa Rivista, pubblicato all’inizio del 2009.

È un titolo al quale il Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brindisi, nell’anno che è trascorso, si è sforzato di dare un riscontro di concretezza e di operatività. È lo stesso spirito che ha animato, in organico raccordo, il Comitato Editoriale della Rivista: attenzione alle istanze, aggiornamento critico, informazione scrupolosa e, sia consentito, dinamismo culturale (almeno nelle intenzioni!). In coerenza con questa impostazione la Rivista, con l’avvio del 2010, si presenta con alcune modifiche.

(1) Viene introdotta la Rubrica *Speciale 2010 - La Storia dell’Ordine*; questa novità deriva dal fatto che il 2010 è un anno importante in quanto ricorre il Centenario

della fondazione del nostro Ordine; infatti il 10 luglio del 1910 con la legge 455 il governo Giolitti istituiva l’ORDINE DEI MEDICI; il Consiglio Direttivo ha ritenuto di dare risalto all’evento prevedendo la pubblicazione, su “Progetto Salute”, della storia dell’Ordine della Provincia di Brindisi per ripercorrere insieme, seguendo il filo della storia, tutte le tappe che nel corso degli anni ci hanno portato a essere un ente autonomo ed un importante interlocutore delle istituzioni etiche e politiche. L’incarico è stato affidato al *Dr. Franco Prettico*, riferimento, lui stesso storico, della Segreteria e Autore di una Storia dell’Ordine che è stato oggetto della tesi di Laurea in Archivistica dallo stesso conseguita nell’Anno Accademico 2004-2005 presso la Facoltà di Beni Culturali - Indirizzo Beni Archivistici e Librari dell’Università degli Studi di Lecce. Sotto la guida di Franco Prettico, la Storia si articolerà sui quattro numeri del 2010 e costituirà, come è nelle



Riproduzione da originale Ed. Rts. Cosimo Carparelli - Cartolibreria in Fasano (BR) dal 1912

intenzioni del Consiglio Direttivo, il riferimento per le analisi storiografiche, nelle sue diverse espressioni ed articolazioni, del patrimonio su cui oggi l'Ordine può contare.

(2) Viene introdotta anche un'altra Rubrica: *La Memoria dell'Ordine*. Non si tratta di una riedizione della Rubrica *Lutti nella famiglia medica*, presente su Brindisi Medica fino al 2008 e non confermata sulla nuova versione della Rivista. È uno spazio nuovo che si apre a ridosso della Rubrica *La Vita dell'Ordine*, in continuità temporale e concettuale, che sarà presente ogni volta che da parte degli Iscritti venga espressa l'esigenza non di una mera, anche se ovviamente rispettosa, enumerazione di lutti ma del ricordo di Colleghi che, con le proprie espressioni professionali e umane, hanno dato un contributo significativo alla costruzione della Medicina nel nostro Territorio e, in quanto tali, rappresentano la Memoria Storica dell'Ordine.

(3) Lo spazio della Rubrica *Il Confronto* viene riservato, nel primo numero del 2010, al **Documento sulla professione e sul servizio sanitario regionale**. Il testo è stato prodotto nella riunione di Bari del 15

gennaio 2010 dall'assemblea generale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bari riunitasi come Stati Generali della Medicina e svolta alla presenza dei Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Regione Puglia.

Sui contenuti del Documento **si auspica l'intervento degli Iscritti** attraverso contributi scritti che arricchiscano questa importante parte della Rivista e che rappresentino l'espressione di quella partecipazione da molti rivendicata e pochi, purtroppo e oggettivamente, praticata.

(4) La *Sezione Scientifica* non ospita in questo numero la Rubrica *Dai Congressi*; motivo? non arrivano i relativi contributi dagli Iscritti! Questo è oggettivamente un limite che va superato e può essere superato soltanto, anche qui, con la partecipazione; in assenza, la rubrica sarà eliminata e la Sezione Scientifica ospiterà esclusivamente *Articoli Originali*, che, anche per il primo numero del 2010, sono stati regolarmente inviati e rappresentano un significativo elemento di continuità e di testimonianza dell'impegno degli Iscritti nel campo della Ricerca Clinica.



## Auguri



*A nome dei componenti*

*il Consiglio dell'Ordine e mio personale,  
formulo per tutti i colleghi della Provincia  
e per i loro familiari gli auguri più fervidi  
ed affettuosi di Buona Pasqua.*

**EMANUELE VINCI**

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

PRIMA PARTE

di FRANCO PRETTICO

## Introduzione

L'istituzione Ordine dei Medici affonda le sue radici nelle organizzazioni volontarie di sanitari della fine del XIX sec. quando, con la nascita del nuovo Stato italiano, le varie categorie prendevano coscienza del loro ruolo e della loro utilità all'interno della neo-società unitaria e tendevano ad unire i vari protagonisti della vita socio-culturale del Paese, rivendicando spazi, diritti, prerogative, specificità che una legislazione incompleta e frammentaria ancora non riconosceva pienamente. In particolare l'Associazione medica italiana (AMI) che nacque ufficialmente a Milano nel settembre 1862 sotto la presidenza di Giuseppe Luigi Gianelli e l'Associazione nazionale dei medici comunali o condotti (ANMC), nata nel 1874 per iniziativa di Luigi Casati, Giuseppe Berruti e Ottavio Leoni.

A partire dalle iniziative legislative del governo Crispi nel 1888, fu un susseguirsi di conquiste che culminarono nella Legge del 1910 e nel Regolamento del 1911 che sancirono l'inizio ufficiale ed istituzionale dell'organismo riservato ai laureati in medicina e chirurgia.

Avendo le disposizioni legislative, fin dall'inizio, individuato nella suddivisione provinciale l'organizzazione territoriale della nuova istituzione, il protagonismo fu immediatamente riconosciuto a questo livello, nonostante la previsione di un raccordo nazionale riconosciuto alla Federazione Nazionale degli OO.MM. che svolge, appunto, un ruolo di raccordo e di indirizzo, ferma restando la piena autonomia decisionale ed organizzativa che resta in capo alle singole province.

Infatti in questo lavoro, dopo un breve excursus storico nazionale, abbiamo approfondito il cammino storico-istituzionale dell'Ente in provincia di Brindisi che, nata da una costola di quella di Lecce, a partire dal 1927 si affacciò nel panorama nazionale, costruendo passo dopo passo, il tessuto degli organismi,

degli enti e delle istituzioni, future protagoniste della vita politico-sociale di questo territorio.

La parentesi legata al regime fascista, conclusasi quasi contemporaneamente con la fine delle operazioni belliche della II guerra mondiale, produsse una legislazione che incise fortemente nella vita degli Ordini, fino ad arrivare alla loro soppressione.

Le norme che seguirono, nel 1946, e che disposero la "ricostituzione" della loro presenza nell'ordinamen-

Costo correto con le Poste		Anno 87° - Numero 241	
<b>GAZZETTA UFFICIALE</b>			
DELLA			
<b>REPUBBLICA ITALIANA</b>			
<b>PARTE PRIMA</b>		Roma - Mercoledì, 23 ottobre 1946	
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI - TEL. 50-129 51-526 51-554		DIREZIONE TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI	
AMMINISTRAZIONE PRESSO LA LIBRERIA DELLA STAMPA - PALAZZO GIUSEPPE VERDI 10, ROMA - TEL. 50-623 545-577 616-144			
<b>PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO</b>			
<b>ALLA PARTE PRIMA E SUPPLEMENTI ORDINARI</b>		<b>ALLA PARTE SECONDA</b>	
IN ITALIA: Abbonamento annuo L. 3.500 - Semestrale L. 2.000 - Trimestrale L. 1.000 - Un fascicolo L. 100	IN ITALIA: Abbonamento annuo L. 3.000 - Semestrale L. 1.500 - Trimestrale L. 800 - Un fascicolo L. 100	L'importo degli abbonamenti deve essere versato in contanti o in contante all'istituto fiduciario dello Stato Libreria della Stam - Roma.	
Per gli annunci da inserire nella "Gazzetta Ufficiale", vedgersi le norme riportate nella tabella della parte seconda			
La "Gazzetta Ufficiale" e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico presso i negozi della Libreria dello Stato in Roma, Via XX Settembre (palazzo del Ministero delle Finanze); Corso Umberto III (palazzo Via Marco Minghetti 23-142); Via Firenze 27 (palazzo Ministero della Giustizia); in Milano, Galleria Vittorio Emanuele II; in Napoli, Via Chiaia 51 e presso la Libreria di viale di Roma e di tutti i Capoluoghi di Provincia.			
Le inserzioni nella Parte II della "Gazzetta Ufficiale" si ricevono in ROMA e presso la Libreria dello Stato (ufficio inserzioni) - Via XX Settembre - Palazzo del Ministero delle Finanze; La Parte della Libreria dello Stato in Milano, Galleria Vittorio Emanuele II, è autorizzata ad accettare solamente gli avvisi pubblicitari a mezzo del corrispondente del relativo luogo.			
<b>SOMMARIO</b>			
<b>LEGGI E DECRETI</b>			
<b>DECRETO LEGISLATIVO DEL CAPO PROVVISORIO DELLO STATO 13 settembre 1946, n. 235.</b> Riconoscimento degli Ordini dei professionisti sanitari e per la disciplina del territorio delle professioni sanitarie. . . . . Pag. 204		<b>DECRETO LEGISLATIVO DEL CAPO PROVVISORIO DELLO STATO 14 ottobre 1946, n. 234.</b> Provvedimento del termine stabilito dall'art. 1 del decreto legislativo 18 maggio 1945, n. 787, per la erogazione dell'assistenza sanitaria di assistenza . . . . . Pag. 207	
<b>DECRETO LEGISLATIVO DEL CAPO PROVVISORIO DELLO STATO 14 ottobre 1946, n. 235.</b> Provvedimento del termine per il funzionamento dei Comitati nazionali di assistenza del Consiglio nazionale delle discipline sanitarie in virtù dell'art. 26 del decreto legislativo 18 maggio 1945, n. 787. . . . . Pag. 207		<b>DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 5 ottobre 1946.</b> Riconferma della Consulta regionale per la Sardegna. . . . . Pag. 208	
<b>DECRETO MINISTERIALE 5 ottobre 1946.</b> Nomina di un membro del Comitato di sorveglianza della Cassa di Risparmio di Brindisi (Vigilanza). . . . . Pag. 209		<b>DECRETO MINISTERIALE 7 ottobre 1946.</b> Giudizio paritetico della Cassa comunale di credito agrario di Anzio del Lazio (Azzurro). . . . . Pag. 210	
<b>DECRETO MINISTERIALE 7 ottobre 1946.</b> Nomina del presidente e del vice presidente della Cassa di risparmio di Genova. . . . . Pag. 210		<b>DECRETO MINISTERIALE 14 ottobre 1946.</b> Sottoscrizione del comitato del Consorzio agrario provinciali di Sassari. . . . . Pag. 210	
<b>DECRETO LUOGOTENENZIALE 16 novembre 1946.</b> Nomina dei componenti il Consiglio provinciale di sanità di Frosino per il triennio 1947-49. . . . . Pag. 209			
<b>DISPOSIZIONI E COMUNICATI</b>			
<b>Ministero dell'Interno:</b> Autorizzazione all'Amministrazione comunale di Belluno ad assumere un mutuo per l'integrazione del bilancio 1946. . . . . Pag. 209 Autorizzazione all'Amministrazione comunale di Cava di Tivoli ad assumere un mutuo per l'integrazione del bilancio 1946. . . . . Pag. 209 Autorizzazione all'Amministrazione comunale di Olevano in Val di Tivo ad assumere un mutuo per l'integrazione del bilancio 1946. . . . . Pag. 209 Autorizzazione all'Amministrazione comunale di Pignatone ad assumere un mutuo per l'integrazione del bilancio 1946. . . . . Pag. 209			
<b>Ministero del lavoro:</b> Avvisi di concorso. . . . . Pag. 209 Modifica del titolo e del titolo. . . . . Pag. 209 Modifica per esaurimento di quote di quote di concorso al Provveditorato ordinario. . . . . Pag. 209 Modifica per esaurimento di quote di concorso. . . . . Pag. 209 Modifica per esaurimento di quote del debito pubblico. . . . . Pag. 209			
<b>CONCORSI</b>			
<b>Ministero dell'Industria e del commercio:</b> Concorso per titoli e prove di licenziamento tecnico ed economico in prova nel ruolo dell'Amministrazione tecnica e del servizio dei metalli pesanti. . . . . Pag. 209 Concorso per titoli e prove di licenziamento tecnico ed economico in prova nel ruolo dell'Amministrazione tecnica e del servizio dei metalli pesanti. . . . . Pag. 209			

La Gazzetta Ufficiale del 23 ottobre 1946 contenente il DLCP che ricostituisce gli Ordini e la Federazione dopo la soppressione dell'epoca fascista.

to civico italiano, sono ancora oggi pietra angolare di riferimento della organizzazione degli Ordini italiani. Infatti nonostante alcuni interventi legislativi di rilievo come la legge che ha separato le competenze con i sindacati di categoria e l'istituzione dell'Albo degli odontoiatri, oltre a tutta la legislazione sulle incombenze burocratiche (si pensi alla legge sulla semplificazione amministrativa che consente ai singoli iscritti di autodichiarare i propri dati anagrafici dispensandoli dalla presentazione di documenti), o sui procedimenti disciplinari, il riferimento legislativo è rimasto ancorato alle leggi che "ricostituirono" gli Ordini in Italia.

Da molti anni nel Parlamento italiano sono state promosse numerose proposte di modifica e riforma della istituzione ordinistica, tutte puntualmente naufragate nel corso delle varie legislature e rinviate alle successive.

Abbiamo cercato anche di aprire una finestra sull'archivio dei fascicoli personali dei sanitari sedimentato presso l'Ordine.

Un vero tesoro di conoscenze e di scoperte che meriterebbe una migliore valorizzazione quale testimonianza muta di vari periodi della vita politico-sociale italiana ed in particolare della nostra provincia. Da ciò anche il tentativo di illustrare una infinitesimale parte della ricca documentazione nella Appendice documentaria (*vedi le prossime pubblicazioni*).

## Un po' di storia

Il Regio Decreto (R.D.) 3 Febbraio 1901 n. 45, in esecuzione della delega di cui alla legge n. 5849 del 22 dicembre 1888, anche se in forma frammentaria e sintetica, aveva disciplinato l'esercizio delle professioni sanitarie in Italia.

Successivamente, grazie alla spinta di autonomi statuti elaborati e deliberati da movimenti ed associazioni volontarie di sanitari già formati in alcune province fin dagli anni ottanta dell'ottocento (Milano - 1887, Napoli - 1888, Venezia - 1889) ed in considerazione che gli avvocati ed i ragionieri avevano già una propria disciplina organizzativa, **fu approvata la legge n. 455 del 10 luglio 1910 che con 11 articoli sanciva la nascita dell'istituzione Ordine dei Medici**, distinti per province, con l'obbligo di iscrizione da parte dei laureati in medicina e chirurgia. Ne erano dispensati su base volontaria, i dipendenti dello stato e degli enti locali (art. 3 L. 455/1910).

Il Regio Decreto n. 1022 del 12 Agosto 1911, emanò il regolamento per esecuzione della suddetta legge, di-



Frontespizio del progetto di legge Crispi presentato al Senato il 22 novembre 1887 ed approvato nel 1888.

disciplinando ed organizzando da ogni punto di vista, la vita degli Ordini.

Nel periodo dei governi fascisti numerose disposizioni legislative riguardarono la funzione degli Ordini.

La legge n. 563 del 3 Aprile 1926, concesse la personalità giuridica al sindacato dei medici che svuotò in gran parte le competenze ordinistiche.

Nel 1928, fu emanato un importante provvedimento di coordinamento tra le varie leggi esistenti, con parziale abrogazione della legge n. 455/1910: il testo unico Regio Decreto 26 Aprile 1928 n. 1313, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (G.U.) del 2 Luglio 1928 "Testo unico delle norme di coordinamento della legge sugli ordini sanitari con la legge 3 aprile 1926, n. 563".

A questi seguì il R.D. 21 Marzo 1929 n. 547, pubblicato sulla G.U. del 26 aprile 1929, che tanta importanza avrà nella storia della provincia di Brindisi: "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del testo unico 26 aprile 1928, n. 1313, recante le norme di coordinamento della legge sugli Ordini dei sanitari con la legge 3 aprile 1926, n. 563".

Nel 1935, col R.D. 05/03/1935 n. 184, fu sancita la sop-

pressione degli Ordini col conseguente passaggio delle funzioni appunto, al sindacato fascista provinciale di categoria.

Nel 1944, col D.Lgs. n. 369 del 23 novembre 1944 vennero sciolte le confederazioni fasciste dei professionisti.

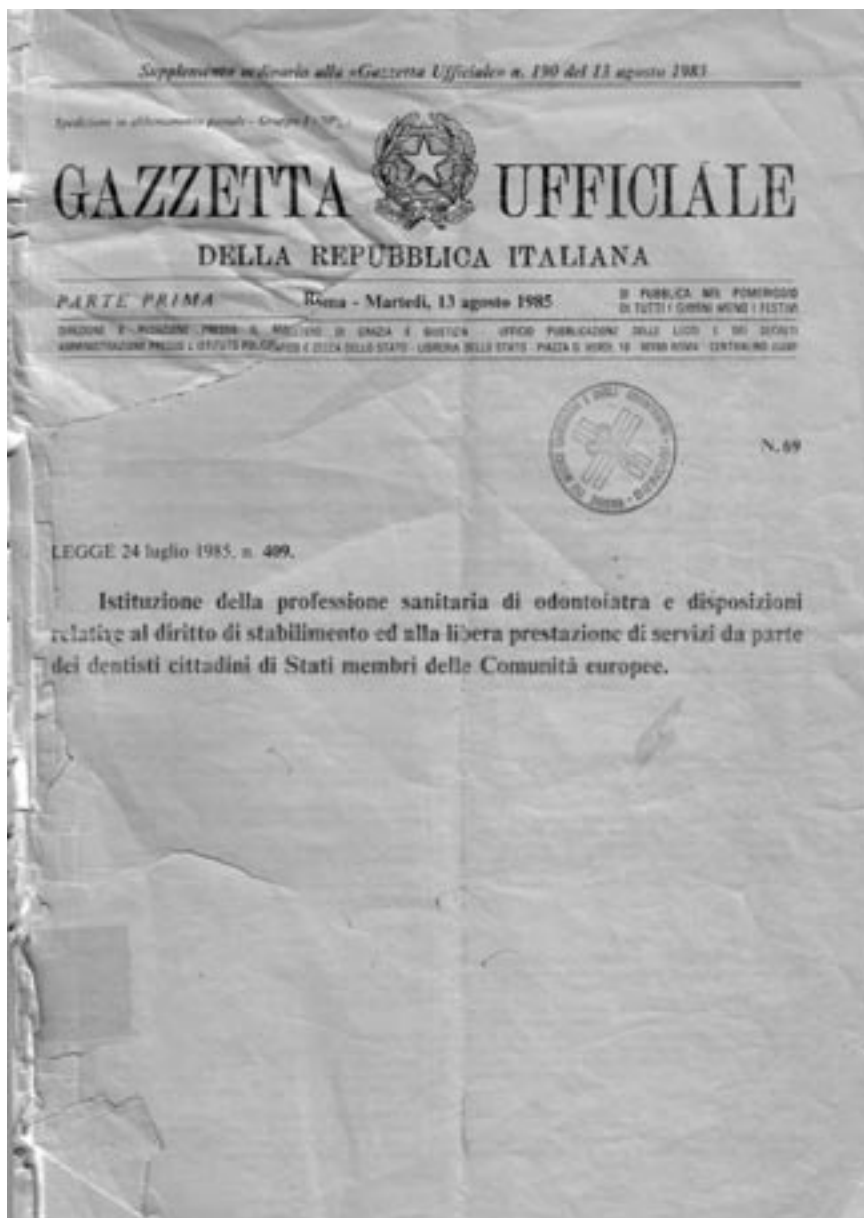
Contestualmente, il decreto legislativo 369 dettò norme per la ricostituzione degli ordini e collegi di numerose professioni ma nulla stabilì per le professioni sanitarie. Al vuoto legislativo supplì però la volontà dei sanitari di ricostituire gli ordini provinciali sulla base della legge n. 455/1910. A prescindere dal supporto giuridico, assolutamente carente, (risulta una disposizione del Ministero dell'interno – direzione generale della sanità pubblica) in quasi tutte le province si costituirono Ordini dei sanitari per iniziative di autorità locali o degli stessi iscritti all'albo.

Il legislatore colmò questa lacuna nel 1946 con il DLCP (Decreto legge del Capo provvisorio dello Stato) 13 settembre 1946 n. 233, pubblicato sulla G.U. del 23 ottobre 1946 "Ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse" emanò le norme per ricostituire gli ordini delle professioni sanitarie.

E con il successivo DPR 5 aprile 1950 n. 221, pubblicato sulla G.U. del 16 maggio 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", ne regolamentò le varie funzioni e attività degli Ordini.

Ancora oggi nonostante alcune novità legislative, anche rilevanti, come la legge 349/1977 che ha diviso le competenze con i sindacati di categoria; la legge 409/1985 che ha istituito la professione di odontoiatra, l'impianto legislativo di riferimento, resta quello delle disposizioni del 1946 e del 1950.

Nel 1985, la legge n. 409 del 24 luglio 1985, pubblicata sulla G.U. del 13/08/1985 "Istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di stati membri delle



La Gazzetta Ufficiale del 13 Agosto 1985, contenente la Legge che istituisce l'Albo degli Odontoiatri.

comunità europee", ha istituito l'albo degli odontoiatri, creando all'interno dell'Ordine dei Medici Chirurghi che ha cambiato denominazione in "Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri", due albi, quello dei medici chirurghi e quello, appunto, degli odontoiatri.

Il Consiglio di Stato ha avuto modo in diverse occasioni di precisare che gli Ordini sanitari sono enti di diritto pubblico, cioè associazioni obbligatorie, la cui organizzazione, le cui funzioni e poteri sono stabiliti con specifici provvedimenti legislativi. Essi sono, quindi, da considerare organi indiretti della pubblica amministrazione, sotto il controllo dell'autorità dello Stato.

# Documento sulla professione e sul servizio sanitario regionale Stati Generali della Medicina

**Bari 15 Gennaio 2010**

*L'assemblea generale dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Bari, riunitasi a Bari presso Villa Romanazzi Carducci il giorno 15 Gennaio 2010 come Stati Generali della Medicina, alla presenza dei Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici e degli Odontoiatri della Regione Puglia, dopo aver ampiamente dibattuto sulle problematiche relative alla professione, così come rappresentate nel documento preparatorio approvato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine della provincia di Bari, approva il seguente documento.*

## **Introduzione**

Il sistema sanitario pugliese vive oggi un momento critico. Molte inchieste della Magistratura passano al setaccio atti e decisioni, verificando la correttezza dei comportamenti dei politici, degli amministratori, dei medici e dei cittadini.

Fortunatamente è ancora elevato il livello di indignazione dei cittadini e degli operatori nei confronti di coloro che approfittano del denaro pubblico per mettere in atto comportamenti illeciti. Ciò permette di poter credere che un mondo migliore sia possibile e che il Servizio Sanitario possa essere migliorato lasciando ai margini coloro che ne minano le funzioni.

Preoccupazione suscitano i comportamenti di quei medici che nell'esercizio della professione antepongono i propri interessi a quelli del malato e della collettività.

Tali episodi sono pochi e limitati solo ad alcuni medici; tuttavia essi sono stati ampiamente amplificati dai mezzi di comunicazione di massa, alimentando tra i pugliesi il dubbio che il rapporto di fiducia che lega il paziente al medico possa essere influenzato da interessi a causa dei quali il medico antepone la ricerca del proprio esclusivo tornaconto a quello della tutela della salute del cittadino che a lui si è rivolto.

La stragrande maggioranza dei medici ogni giorno assicura con la propria attività un livello adeguato e qualitativamente rilevante in tema di tutela della salute ai cittadini pugliesi, prodigandosi in una situazione oggettivamente difficile, supplendo a carenze strutturali e organizzative, facendo fronte a croniche carenze di personale, attendendo riforme che sono state sempre promesse da oltre 15 anni e che avrebbero consentito di mettere gli operatori sanitari nelle migliori condizioni per offrire ai cittadini un servizio sanitario efficiente e moderno.

## **Il rapporto con la politica**

In premessa si citano alcuni articoli del Codice Deontologico.

*"L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico" (art. 4 Codice Deontologico).*

*"Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale" (Codice Deontologico art. 70).*

*"Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria..." (Codice Deontologico art. 14).*

Nonostante in questi ultimi quindici anni il Consiglio Regionale abbia provato due piani sanitari regionali, una legge di riforma del servizio sanitario regionale e determinato l'accorpamento delle ASL, una vera e propria riforma del sistema non è stata ancora avviata e le tematiche di fondo del sistema sanitario regionale che avrebbero necessità di essere riformate non sono state affrontate. In particolare resta irrisolto il tema della rete dell'assistenza ospedaliera, obsoleta e disorganizzata; l'assistenza territoriale è impoverita dalla mancanza di strutture e personale e non è collegata alle funzioni dell'ospedale; l'accreditamento e la partecipazione del

privato sono in balia dell'improvvisazione in assenza di una qualsiasi programmazione; le condizioni strutturali delle sedi in cui si svolge "la medicina" sono in larga parte arcaiche e disumane; l'organizzazione dell'attività prevede indicatori solo quantitativi ed economici e non ha strumenti per la valutazione della qualità.

Aver demandato da parte del Governo Regionale molti dei compiti precipui della pubblica amministrazione – come quello dei controlli sugli atti amministrativi – alla Guardia di Finanza significa dichiarare la propria incapacità a svolgere una corretta amministrazione. Così, inadempienze amministrative diventano ipotesi di reato ed il personale sanitario si trova nelle condizioni di dover svolgere la propria attività professionale con la continua preoccupazione che qualsiasi errore potrebbe essere oggetto di indagine da parte della Guardia di Finanza o di denuncia da parte del cittadino. La medicina difensiva diventa così una naturale reazione con il relativo aumento di richieste e prestazioni a tutela dell'attività professionale.

L'incapacità della politica nel mettere in atto riforme capaci di incidere efficacemente sull'organizzazione sanitaria ha costituito un alibi per indurre o favorire da un lato comportamenti di singoli soggetti, appartenenti a tutti i livelli gestionali, basati su affari, favoritismi e clientelismi, dall'altro un diffuso abbassamento dell'etica nel sistema.

Il decadimento etico cui tutti noi siamo testimoni non può essere più tollerato, né ignorato. Per questo i medici intendono ripartire dai valori presenti nel proprio Codice Deontologico proponendo una vera rivolta morale che coinvolga anche i cittadini e impegni l'intera classe medica al rispetto di quei principi che hanno caratterizzato l'esercizio della professione medica per millenni.

In queste condizioni i medici pugliesi nel loro complesso, non inficiato da rare deprecabili eccezioni, hanno comunque garantito ai cittadini della Regione Puglia un'adeguata assistenza sanitaria e posto in atto iniziative tese a promuovere interventi per migliorare la tutela della salute pubblica. Secondo un'indagine pubblicata questa estate dal Censis, la Puglia si colloca all'ottavo posto nella graduatoria delle regioni italiane per condizione di salute, prima fra le regioni meridionali e, comunque, davanti a regioni come la Toscana, il Piemonte, considerate punto di riferimento per organizzazione sanitaria in Italia.

Alla politica i medici ora chiedono di essere messi nelle condizioni di poter incidere sulle scelte relative alla tutela della salute dei cittadini. È necessario pertanto che si avvii in Puglia un percorso basato sulla concerta-

zione con il mondo delle professioni e dell'utenza.

È singolare che la scelta di un dirigente medico non sia esaminata dal parere dei medici, ma risponda solo alla logica di criteri manageriali o peggio ancora a quelli legati all'interesse politico.

La scelta tra i diversi modelli di servizio sanitario compete alla "politica", ai cui attori bisogna riconoscere il ruolo che i cittadini conferiscono attraverso le elezioni.

Ai tecnici il compito di esprimere il loro parere sulla efficacia dei provvedimenti e sulla appropriatezza delle soluzioni adottate.

L'istituzione di un **Consiglio Sanitario Regionale**, composto da rappresentanti di Ordini e Collegi Professionali della Regione, potrebbe ben interpretare questa esigenza di partecipazione e di collaborazione.

**Il Consiglio Sanitario Regionale, organismo di consulenza tecnico-professionale in materia sanitaria, avrebbe la funzione di esprimere pareri e formulare proposte in ordine agli atti programmatici regionali e su tutti gli argomenti correlati alle tematiche relative alla tutela salute.**

### **Il rapporto con la professione**

Il Codice Deontologico ed i principi a cui si ispira hanno costituito sempre un orientamento per i medici, guidando i loro comportamenti, orientando il rapporto con il paziente, indirizzando il modo con il quale interagire con i colleghi.

In questo momento storico appare opportuno richiamare tutti i medici ad un maggiore rigore nel rispetto delle norme deontologiche e soprattutto su alcuni argomenti che più di altri vengono richiamati dagli episodi di cronaca giudiziaria.

#### *Il conflitto di interessi*

Va richiamato quanto previsto dal Codice Deontologico circa la trasparenza del comportamento del medico che deve essere teso a garantire unicamente la salute del cittadino: *"Il medico deve evitare ogni condizione nella quale il giudizio professionale riguardante l'interesse primario, qual è la salute dei cittadini, possa essere indebitamente influenzato da un interesse secondario.*

*Il conflitto di interesse riguarda aspetti economici e non, e si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici e nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e*



istituzioni, nonché con la Pubblica Amministrazione" (art. 30 Codice Deontologico).

Vanno individuate modalità, che devono essere attuate ogni volta, per rendere noti i rapporti che potrebbero dare luogo a conflitto di interesse e quindi influenzare in qualche maniera il comportamento del medico nella sua attività professionale.

L'autocertificazione del medico e il coinvolgimento degli Ordini Professionali e delle Direzioni Sanitarie può essere un mezzo efficace per favorire un'assunzione di responsabilità da parte del medico, garantendo nel contempo anche un'adeguata informazione all'utente.

### *Il consenso informato*

Nel rapporto tra il medico e il paziente particolare riguardo devono avere la modalità di comunicazione e le informazioni che vengono fornite all'utente.

Il Codice Deontologico rappresenta una vera e propria linea guida del comportamento del medico e sulle modalità di raccolta del consenso informato.

Le Direzioni Sanitarie e i Fiduciari dell'Ordine possono svolgere un ruolo importante per garantire all'utente la migliore informazione. L'istituzione di un osservatorio sul consenso informato gestito dai fiduciari del-

l'Ordine in ogni Direzione Sanitaria delle ASL potrebbe essere, attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini (questionari sulla qualità e sulla completezza delle informazioni), lo strumento per salvaguardare il rapporto di fiducia tra medico e cittadini.

### *La libera professione intramuraria*

L'esercizio della Libera Professione Intramuraria costituisce un altro banco di prova del già delicato rapporto medico-paziente-organizzazione sanitaria.

Il cittadino, infatti, non si spiega come mai bisogna aspettare un determinato numero di giorni (lista di attesa) per ottenere una prestazione assicurata dal SSR, mentre vi sono ridottissimi tempi di attesa se la stessa prestazione è garantita dallo stesso medico in regime libero professionale. C'è tuttavia da ricordare che l'attività intramoenia è svolta al di fuori dell'orario di servizio. Gli organici (ed i loro orari di servizio) non sono però dalla politica, e dalle amministrazioni che da essa discendono, computati sulla base delle attività svolte o richieste. Basti pensare che le attività ambulatoriali svolte nelle strutture ospedaliere non sono considerate tra i parametri di assegnazione di organico e non sono supportate da sistemi moderni di segreteria e



*Selva di Fasano - Stazione climatica - Panorama*

Reproduzione da originale: Ed. Res. Cosimo Carparelli - Cartolibreria in Fasano (BR) del 1912

di comunicazione con l'utenza; quando queste attività sono calcolate, i tempi di esecuzione previsti sono contrari alla qualità ed all'umanizzazione del rapporto medico-paziente.

È necessario, quindi, che siano definiti i volumi di attività istituzionale che devono essere assicurati in relazione alle risorse assegnate, concordando successivamente con i singoli dirigenti e con équipe i volumi di attività intramoenia che, comunque, non possono superare quelli assicurati per l'attività istituzionale.

L'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria si deve porre come offerta integrativa e non sostitutiva dei servizi all'utenza, al fine di garantire la libera scelta delle prestazioni sanitarie.

Le incongruenze determinatesi sono spesso il frutto di una incapacità e talora di una mancanza di volontà di gestione della libera professione intramuraria da parte di chi gestisce il sistema. A completamento ed a riprova, mancano le strutture ove i medici possono esercitare la libera professione e le modalità organizzative messe in atto spesso penalizzando gli stessi medici e di conseguenza gli utenti, rendendo macchinoso e poco trasparente l'intero settore.

#### *Il potere disciplinare dell'Ordine*

*"L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili dalle Commissioni disciplinari con le sanzioni previste dalla legge"* (art. 2 CD).

Gli atti di malpractice non raggiungono mai gli Ordini dei Medici in prima istanza. Essi divengono preliminarmente oggetti di intervento delle Amministrazioni, o della stampa o di altri mezzi di comunicazione, o della Magistratura. Quando è ipotizzato un illecito penale, anche a danno del SSR, le attività mediche sono oggetto di indagini della Magistratura e le conclusioni degli atti processuali durano molti anni. Le attuali norme impongono di aspettare l'accertamento dei fatti da parte del giudice penale. Accade così che alcuni casi, spesso seguiti con clamore dai mezzi di informazione e dall'opinione pubblica, non siano celermente sanzionati dall'Ordine. Ciò determina da parte dei cittadini una percezione negativa sulla tempestività dell'attività disciplinare dell'Ordine dei Medici e sulle capacità di autogoverno tecnico e deontologico della Professione.

Prioritario esame dei fatti da parte degli Ordini; procedure più celeri; miglioramento dei rapporti con i cit-

tadini che si rivolgono all'Ordine informandoli sull'esito della denuncia; convocazione da parte dell'Ordine di tutti i medici sottoposti a procedimento, anche se soggetti a procedimento penale; istituzione presso gli Ordini di una "Camera di conciliazione"; possono essere alcuni strumenti migliorativi della materia, finalizzati alla qualificazione di un'etica forte in medicina ed in sanità.

#### *La formazione professionale e la formazione continua*

I livelli formativi raggiungibili con l'attuale organizzazione degli studi medici non sono adeguati. Circa il 30% degli iscritti alla Facoltà di Medicina non raggiunge la laurea negli anni di corso prescritti. Il numero programmato degli studenti ammessi è insufficiente rispetto ai bisogni. I corsi di studio non sono finalizzati a "imparare facendo".

La parcellizzazione dell'insegnamento medico abitua ad una visione "disciplinare" dei problemi, generando artefatti limiti di competenze e disumanizzazione del rapporto paziente-medicina.

La Deontologia Medica ha un peso residuale nell'insegnamento. Il contatto diretto tra il discente ed il paziente non rientra tra gli obiettivi di valutazione degli studi.

La stessa organizzazione amministrativa delle sedi di formazione (Aziende Ospedaliero-Universitarie; Ospedali di insegnamento) non ottempera gli obblighi di legge e non si muove per favorire il miglioramento della formazione medica. Gli Esami di Stato non selezionano le effettive capacità di lavoro clinico. Non tutte le Scuole di Specializzazione raggiungono gli standard formativi previsti.

I Corsi di Medicina Generale sono discriminanti economicamente, istituzionalmente e culturalmente rispetto alle Scuole di Specializzazione, indebolendo strategicamente il ruolo centrale della Medicina Generale.

La Formazione Continua non è stata obiettivo delle istituzioni preposte ma si è svolta con grande prevalenza su spinta di logiche di mercato di farmaci o strumentazioni.

La ricerca scientifica biomedica non costituisce un obiettivo strategico della sanità regionale.

Occorre un'urgente azione nazionale per una riforma organica della formazione in Medicina.

Occorre una riorganizzazione regionale delle risorse strutturali e professionali da finalizzare alla formazione.



### Quale servizio sanitario regionale

I medici devono potersi esprimere sull'organizzazione del servizio sanitario e sui provvedimenti idonei per garantire nella maniera migliore il diritto alla tutela della salute.

L'istituzione del **Consiglio Sanitario Regionale**, composto da rappresentanti di Ordini e Collegi della Regione, può rappresentare un utile strumento per raggiungere tale scopo.

Bisogna riconoscere che il servizio sanitario deve garantire a tutti il diritto alla salute (universalità), mettendo i cittadini nelle condizioni migliori per accedervi senza disuguaglianze di alcun genere (equità), assicurando le stesse prestazioni a tutti i cittadini senza alcuna distinzione tra contribuente e non (solidarietà).

Per rendere credibile questo sistema bisogna garantire la sostenibilità economica senza pregiudicare efficacia ed efficienza.

In questo senso alcune considerazioni vanno sicuramente espresse.

- L'assistenza ospedaliera deve essere erogata in strutture idonee a garantire prestazioni appropriate in sicurezza e a costi sostenibili. I piccoli ospedali vanno chiusi in quanto strutturalmente non sono in grado di garanti-

re prestazioni appropriate la sicurezza né degli utenti e né degli operatori.

- La spesa sanitaria è correlata agli indicatori economici e sociali e non solo all'età dell'utenza: più il reddito è basso, maggiore è il disagio sociale, maggiori e meno curate sono le malattie.

- Ridurre l'inquinamento, in particolar modo nelle aree a forte insediamento industriale, significa abbattere la mortalità.

- È necessario potenziare l'assistenza primaria attraverso forme organizzative sempre più complesse in grado di garantire l'insieme dei servizi di assistenza.

- Sussidiarietà e responsabilità sono principi la cui applicazione garantisce idonei modelli per la tutela della salute.

- Va garantita l'assistenza specialistica odontoiatrica: tra mutualità, fondi sanitari integrativi e terzo pagante.

- Il ruolo della sanità privata convenzionata in base a trasparenti indicatori di accreditamento ha una funzione fondamentale nel sistema al fine di garantire il diritto alla libera scelta del cittadino e rappresenta un utile strumento per sviluppare concorrenza ed integrazione.

- La qualità della formazione medica ed il potenziamento della ricerca scientifica medica debbono essere obiettivi strategici primari dell'organizzazione sanitaria.



Selve di Fasano - Panorama

Riproduzione da originale Ed. Rit. Cosimo Carparelli Cartoleria in Fasano (BR) dal 1912

## Leggiamo insieme il Codice Deontologico ... un articolo per volta Ancora su informazione e consenso (art. 33)

di **ANTONIO NICOLA QUARTA**  
Componente Comitato Editoriale

Notevole successo ha riscosso il convegno organizzato presso l'Auditorium dell'Ordine il 21 novembre u.s. su "Il nuovo Codice Deontologico: valori antichi per i moderni problemi della professione medica", nel corso del quale, sia pure nel tempo limitato a disposizione, si sono approfonditi alcuni spunti relativi alla privacy, al conflitto di interessi, alla pubblicità sanitaria, al consenso informato, all'età pediatrica e al trattamento di fine vita. Le relazioni, cui oltre a diversi colleghi hanno partecipato anche un magistrato ed il Vicario diocesano, hanno avuto un aspetto pratico e concreto affrontando problemi reali che la discussione ha ulteriormente chiarito.

Non potevano naturalmente mancare i riferimenti al risk-management che soprattutto la gestione del consenso informato ha ripetutamente proposto insieme al contenzioso civile e penale.

È risultata tra l'altro evidente la difficoltà di mantenere entro limiti accettabili e sufficienti le caratteristiche della comunicazione che nei confronti dell'errore ha un rapporto spesso non corretto.

Come abbiamo già accennato nell'intervento sul n. 3/2009 della nostra rivista, è necessario ricordare che dal sistema costituzionale discende una rilevante conseguenza: il paziente non è solo l'oggetto della prestazione medica e neppure il passivo beneficiario di una funzione protettiva e solidaristica affidata al medico, bensì il titolare di diritti da esprimere nel quadro del dovere civile alla tutela della salute, da cui il diritto di consentire o di rifiutare l'opera del medico, in riferimento al consenso che solo legittima un trattamento sanitario.

Ma il consenso, per essere validamente prestato, deve essere preceduto, da parte del medico, da una attività informativa che oltre ad essere un dovere giuridico è anche un obbligo deontologico. L'art. 33 del C.D. stabilisce infatti che "il medico deve fornire al paziente

...il paziente non è solo l'oggetto della prestazione medica e neppure il passivo beneficiario di una funzione protettiva e solidaristica affidata al medico, bensì il titolare di diritti da esprimere...

*la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate".*

Il principio individuato dalla locuzione "consenso informato" si è gradualmente affermato dopo il 1967 in seguito alla sentenza n. 1945 della Cassazione che in sostanza stabilì e confermò che era

necessario acquisire il consenso che, per essere considerato valido, doveva essere preceduto dalla informazione necessaria. Concordemente, la giurisprudenza ha poi ritenuto l'informazione del paziente "condizione indispensabile per la validità del consenso che deve essere consapevole".

E con una sentenza della Cassazione civile del 1994, i giudici hanno chiarito che la mancanza del consenso "informato" del malato, o la sua non validità per altre motivazioni, determina l'arbitrarietà del trattamento medico-chirurgico e la sua rilevanza penale. Inoltre, la sentenza 364/97 definisce con molta chiarezza la categoria del consenso informato "stabilendone la effettiva valenza nella legittimazione dell'atto medico e predeterminando le tappe del processo formativo". Per cui l'informazione deve avere alcuni caratteri fondamentali e cioè deve essere specifica e personalmente assicurata dallo stesso medico cui è richiesta la prestazione professionale. Inoltre, la sentenza offre un indirizzo su come opportunamente informare e suggerisce di eseguire tale compito in maniera chiara e comprensibile, toccando ogni elemento: la diagnosi, la prognosi, il programma diagnostico-terapeutico con la comunicazione di benefici e inconvenienti, oltre che dei rischi per la salute cui il paziente si esporrebbe con un eventuale rifiuto e quali trattamenti alternativi sono eventualmente disponibili.

È evidente allora che nasce il problema della comunicazione che diventa ancora più difficile quando le conoscenze comuni tra emittente e ricevente non sono

consistenti, cosa che si verifica molto frequentemente in medicina, appunto per questa asimmetria di conoscenze, tanto da rischiare un dialogo tra sordi. In questo caso, il comma 2 dell'art. 33 del C.D. stabilisce che *il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche*. È altrettanto evidente, a questo punto, che il medico deve avere il tempo sufficiente per affrontare le questioni poste dal paziente, per ascoltarlo e farsi comprendere: la riconquista del tempo, in definitiva, è la prima vera battaglia culturale senza la quale ogni sforzo di politica professionale fallisce di fronte alla carente risposta ai bisogni della gente.

Ma chi ci assicura che noi medici siamo all'altezza del compito? Chi ha mai impartito durante il corso di laurea nozioni di comunicazione? Anche perché qualcuno ha detto che *il grande nemico della comunicazione è l'illusione di saper comunicare*. Troppo spesso quello che si vuol dire è diverso da ciò che si dice, che è diverso da ciò che l'altro sente, che è diverso da ciò che l'altro ascolta, da ciò che comprende e trattiene e da ciò che vorrebbe sentire. E la consapevolezza di ciò aiuta a farci comprendere la complessità della comunicazione e l'impegno spesso immane necessario per far fronte a questo dettato deontologico. È risaputo infatti quali e quante siano le possibilità di incappare o addirittura di provocare un errore a qualsiasi livello delle diverse tappe della comunicazione: dal trasmettitore del messaggio (*chi*), al contenuto del messaggio (*che cosa*), al canale (*mezzo*), a chi (*ricevitore*), per non parlare degli elementi aggiuntivi inseriti successivamente come: in quali circostanze? a quale scopo?

Anche in occasione del workshop nazionale di studio (Bari, 18 settembre 2009) su "Formazione pre laurea e specialistica" organizzato dalla FNOMCeO, tra l'altro è stato sostenuto chiaramente che i laureati in medicina devono essere capaci di migliorare progressivamente la propria competenza in discipline accessorie come le tecniche di comunicazione e di gestione ed avere una obiettiva capacità di contatti umani, di analisi e discernimento

...il medico deve avere il tempo sufficiente per affrontare le questioni poste dal paziente, per ascoltarlo e farsi comprendere...

...i laureati in medicina devono essere capaci di migliorare progressivamente la propria competenza in discipline accessorie come le tecniche di comunicazione e di gestione ed avere una obiettiva capacità di contatti umani, di analisi e discernimento dei problemi.

dei problemi. Non per niente, in una recente revisione di una casistica su 3548 eventi sentinella è risultato che in oltre il 60% dei casi la comunicazione rivestiva un ruolo principale o comunque importante nella genesi dell'evento in questione.

A questo proposito, è necessario sottolineare come ci siano buone ragioni per essere anche trasparenti negli eventuali eventi avversi sia perché

questo corrisponde alle attese del paziente, sia perché è moralmente ed eticamente corretto, riduce i costi e facilita il recupero della fiducia dei cittadini. In questi casi, infatti, è molto importante la comunicazione tanto che l'Harvard Hospitals e la Clinical Risk Management Foundation, hanno elaborato un documento condiviso con tutti gli ospedali per lo sviluppo di politiche e pratiche anche di comunicazione: *"Quando le cose vanno male, come rispondere agli eventi avversi"*. Ed anche il nostro Ministero della Salute, qualche anno fa, ha elaborato alcune *"Raccomandazioni per la comunicazione degli eventi avversi ai pazienti"* ed un protocollo per la *"Gestione degli eventi sentinella"*.

La medicina moderna si svolge spesso nel segno dell'incertezza decisionale e della difficoltà esecutiva, in un confronto dialettico, anche se asimmetrico, con il paziente. Il medico vorrebbe poter agire al meglio, così come dovrebbe e deve, ma questo talvolta non è possibile se vive sotto lo scacco dei mass media, della magistratura, dell'amministrazione e dello stesso paziente. È necessario, a questo punto, modificare il concetto di colpa medica e far capire, mediante un consenso realmente informato, i limiti di una medicina che quanto più agisce e guarisce tanto più è complessa e anche pericolosa: *la serenità da recuperare per il medico è una condizione per un rinnovato patto con la società*.

Il fatto è che spesso il Codice Deontologico viene assimilato dall'opinione pubblica agli altri codici (amministrativo, civile, penale, del lavoro, ecc.) e poiché i cittadini sono giustamente insoddisfatti della lungaggini dei processi, finiscono col ritenere che l'Ordine possa o debba procedere a far giustizia immediata. È evidente che la professione si opporrebbe comunque ai giudizi sommari ma non può neanche difendere chi si rende responsabile di scorrettezze.

## Variazioni all'Albo dei Medici

### Nuove Iscrizioni

Braccio Serena	Via Fratelli Bandiera 32	Oria (Br)
Carrone Angela	Via Piave 118	Fasano (Br)
Colizzi Marco	Contrada Santo Magno 11	Ostuni (Br)
Di Gregorio Antonio	Via Alessandro Manzoni 11	San Pancrazio Salentino (Br)
Formica Roberto Luciano	Via Francesco Rodio 83	Ostuni (Br)
Giannuzzo Emanuela	Via M. Biagi 61	Brindisi
Guidetti Alessandra	Via Provinciale S.Vito 195	Brindisi
Malvindi Maria Lucia	Via Montegrappa 19	Mesagne (Br)
Pezzuto Marco	Via S. Marco 34	Cellino San Marco (Br)
Resta Raffaella	Viale V. Lilla 38	Francavilla Fontana (Br)
Resta Serena	Via Pietro di Castrì 12	Francavilla Fontana (Br)
Ricchiuti Maria Fontana	Via Adige 13	Francavilla Fontana (Br)
Santoro Carmen Rita	Via Mario Pagano 28	Ostuni (Br)

### Iscrizione per trasferimento

Oliva Arturo Antonio	c/o Ospedale "Perrino"	Brindisi
Pascali Mario Nicola	Via Marco Valerio 6	Brindisi
Strano Giuseppe	Viale Aldo Moro 19	Francavilla Fontana (Br)

### Cancellazione per trasferimento

De Cicco Giuseppe	da Brindisi a Brescia
Fioro Augusto	da Brindisi a Parma
Milone Gabriella	da Brindisi a Bari
Scarafle Rita	da Brindisi a Bari
Vicentelli Giuseppe	da Brindisi a Pisa
Vitale Daniela	da Brindisi a Parma

### Cancellazione per decesso

Calò Domenico	deceduto il 29/01/2010
Melpignano Giovanni	deceduto il 02/12/2009
Prete Teresa Marina	deceduta il 29/12/2009
Zecca Antonio	deceduto il 05/01/2010

### Cancellazione per cessata attività

Barletta Claudio	dal 16/12/2009
------------------	----------------

## Variazioni all'Albo degli Odontoiatri

### Nuove Iscrizioni

Campana Roberta  
Sisto Giuseppe  
Spagnolo Luigi

Via Diego Ferdinando 75  
Via Guido Rossa 14  
Via Mesagne 91

Mesagne (Br)  
San Pancrazio Salentino (Br)  
San Pancrazio Salentino (Br)

### Cancellazione per trasferimento

Rodia Camillo  
Scianaro Serena  
Trisolino Francesco

da Brindisi a Roma  
da Brindisi a Bari  
da Brindisi a Pescara

**Iscritti all'Albo degli Odontoiatri al 28.2.10 n. 313**



## Proposta di evento formativo “L’etica nella professione medica i principi e i valori, le regole e i doveri”

**Proponente:** Vinci Emanuele (via P. Togliatti 42, 72100 Brindisi, Tel. 0831.512064, fax 0831.512063) a nome del “Coordinamento Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Puglia”.

**Ente promotore:** Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Regione Puglia.

**Coordinatori scientifici:** Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Regione Puglia.

**Segreteria organizzativa:** Segreteria OMCeO delle Province Pugliesi.

**Descrizione del progetto:** il Corso di formazione si pone l’obiettivo di approfondire i principi e le regole che i medici e odontoiatri devono osservare nell’esercizio della professione, che viene svolta in un contesto sempre più complesso e articolato di pluralità di riferimenti socio-culturali, di continue innovazioni tecnologiche biomediche e di una organizzazione sanitaria sempre più condizionata dalle limitate risorse economiche.

Il Corso è articolato in tre giornate, ciascuna con quattro sessioni, coordinate da Presidenti OMCeO di Puglia.

**Obiettivi in linea con il Piano Regionale della Salute 2008-2010:** gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Puglia confermano il proprio impegno istituzionale necessario al formarsi di una rinnovata coscienza collettiva di etica medica, che rappresenta un requisito essenziale per una tutela del diritto alla salute come diritto costituzionale di libertà e di democrazia, così come sancito dal Piano Regionale della Salute 2008-2010.

**Obiettivi specifici:** il Corso, dopo la illustrazione dei principi deontologici che guidano la professione medica, è organizzato in tre giornate ognuna dedicata ad aspetti e situazioni, che richiedono particolare impegno e riflessioni da parte del medico al fine di contri-

buire all’affermazione del diritto alla salute.

In particolare:

1ª giornata: la discussione verte sui principi e le regole deontologiche nella comunicazione, nella formazione e nella gestione dei farmaci, delle risorse tecnologiche ed economiche.

2ª giornata: il confronto avviene sul nuovo ruolo del medico nel territorio, in rapporto alle tematiche della prevenzione, delle fragilità, della tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro.

3ª giornata: la riflessione avviene su valori e doveri deontologici su alcune questioni di “frontiera” (inizio vita, fine vita) e su questioni “del quotidiano” (lavoro di gruppo e audit multi disciplinare e multi professionale, accoglienza ed umanizzazione).

**Destinatari del progetto:** Medici e Odontoiatri con crediti ECM.

Numero 100 per ciascuna delle sei edizioni.

Totale destinatari 600.

**Cronogramma:** durata del progetto: 1 anno.

Data inizio: marzo 2010.

Conclusione: dicembre 2010.

N. ore di formazione per evento: 20 ore per edizione.

N. di edizioni: sei, una per ogni Provincia.

**Tipologia formativa:** residenziale.

**Metodologia formativa:** il Corso è articolato in tre giornate, ciascuna con quattro sessioni.

Ogni sessione, coordinata da un Presidente OMCeO di Puglia, prevede due argomenti di confronto e discussione tra relatori esperti e partecipanti, sulla base delle questioni poste dal coordinatore all’inizio della sessione stessa (questionario d’ingresso).

**Sede di svolgimento:** le sedi provinciali degli Ordini Professionali.

**Docenti:** Presidenti Ordini Professionali e Relatori esperti su gli argomenti in discussione.



**Risultati attesi:** trattando di "etica" e, in particolare, di principi e valori, di regole e doveri della professione medica, la formazione non può "fornire la risposta giusta" alle varie questioni, ma dovrà porsi l'obiettivo di affermare una rinnovata coscienza collettiva di etica medica, rilanciando l'alleanza terapeutica tra paziente e medico.

**Valutazione:** mediante appositi questionari sarà valutata la conoscenza del Codice di Deontologia Medica dei partecipanti.

**Ricaduta del progetto:** rinnovata coscienza collettiva di etica medica, rilanciando l'alleanza terapeutica tra paziente e medico.

## Iniziativa di partecipazione

*Carissima,*

*con piacere vengo a contattarti per proporti di rivolgere la tua attenzione, in quanto moglie di medico, alla nostra associazione la cui sigla è AMMI (Associazione Mogli di Medici Italiani) e per invitarti ad aderire e a partecipare con noi nella realizzazione degli obiettivi che la stessa si pone, in sintesi essi sono contenuti nel motto adottato "Unite per unire".*

*Aderire è un gesto semplice ma importante se si intende dare al proprio quotidiano una dimensione gratificante o valorizzare la propria identità in un contesto ricco di stimoli sociali e culturali.*

*Le nuove idee che ognuna di noi può proporre per il buon funzionamento dell'Associazione, e soprattutto le tue, nuova "amminda", saranno positivamente accolte perché noi tutte abbiamo l'esigenza di aggiornarci, di guardare oltre la nostra piccola realtà.*

*Ti aspettiamo*

*Con amicizia*  
*ROSARIA RINALDI*

**Per informazioni: Sig.ra Scialpi – Tel. 339 2151566 / Sig.ra Antonucci – Tel. 333 4148975**



Riproduzione da originale Ed. Rit. Costantino Carparelli - Cartolibreria in Fasano (BR) dal 1912

## Memorie in camice bianco

di **FRANCESCO BOVENZI**

Direttore Unità Operativa di Cardiologia. Presidio Ospedaliero "Campo di Marte" Lucca

**Tonino Matarrese** è storia cittadina, quella da prendere ad esempio, quella da tramandare ai giovani medici. Era un professionista molto conosciuto, colto e ammirato per la Sua bontà. Aveva frequentato scuole molto selettive, come tanti in Ostuni della Sua età. Scuole dove le regole erano improntate sulla severità e disciplina, anche perché studiare era un enorme sacrificio per sé e per le famiglie. Molto della bravura era frutto dell'educazione ricevuta e della grande esperienza maturata. È stato partecipe entusiasta del progresso e dell'evoluzione del pensiero medico, è stato un saggio testimone e protagonista di queste evoluzioni. Egli ha contribuito al benessere sociale di Ostuni, a quello fisico della Sua affezionata gente. Un privilegio che merita ricordo e rispetto. In lunghi anni di attività ha curato con professionalità, grande umanità e disponibilità tanta gente. Tra i malati incarnava il ruolo del medico di un tempo. Per questo privilegio educativo e formativo aveva innate tutte le qualità dei Padri della medicina, grandi virtù dimenticate che ritrovo forti nel ricordo di mio Padre Michele Bovenzi, Suo amico e collega. Per loro niente era più bello che dedicarsi al malato, per alleviare sofferenze e curare le più disparate malattie con tanto amore. Sarebbe riduttivo parlare di paternalismo per quel modo di essere medici e insieme uomini tra uomini: un misto di professionalità, ricchezza morale, *pietas* e condivisione della sofferenza, che non ha eguali. Tonino usava ripetere con orgoglio, anche pochi giorni prima di morire, che aveva preferito la professione medica alla politica nazionale della quale aveva un grande rispetto e anche un impegno responsabile. Amava tantissimo il Suo lavoro: quella scienza dell'incertezza, della fantasia clinica, in verità della semplice arte esperienziale come è la medicina. Tanti anni fa, forse sospinto dal desiderio di rivivere l'entusiasmo formativo mi espresse il desiderio di rileggere le lezioni del Prof. Virgilio Chini, illustre clinico medico dell'Università di Bari e suo Maestro. Fu felice di riavere una copia del libro nella biblioteca di casa. Tonino era un medico particolare, animato da sincera umanità, tanta simpatia, grande ironia, metodologia pragmatica dei problemi clinici, doti indispensabili per chi lavorava non aiutato dalla moderna tecnologia. Non dimentichiamo che la Medicina del suo tempo, quella dei Medici della Mutua, della Condotta, delle tessere di povertà, pur sempre prestigiosa, fondeva su deboli basi di conoscenza scientifica, sostenuta

però da una solida cultura sociale di tipo solidaristico, necessaria alla precaria condizione umana, penso al dopoguerra. Erano i tempi della totale disponibilità al malato, che fosse giorno o notte poco importava, sempre a piedi per il dedalo di stradine bianche, con una borsa, l'immane fonendoscopio, lo sfigmomanometro, un termometro e qualcuno in casa ad aspettare il ritorno. Tonino appartiene all'ultima generazione dei medici di grande esperienza e fantasia, di immane disponibilità e straordinario intuito clinico. Medici che vivevano della fiducia della gente e del loro amore. Per i malati aveva sempre da dispensare un sorriso e una parola rassicurante. Lui cercava nel cuore, lui trovava il "cuore" della gente. La Sua era una generazione non avida di denaro. La "mercanzia" con il malato era rara, impossibile per loro credere ad una ricompensa economica. Tonino osservava, tentava, consolava, consigliava, spesso era solo, ma come usava ripetere anche di recente nei nostri incontri, quando sentiva il passo pesante della malattia che lo consumava, non si sentiva mai tale, poiché sapeva di appartenere alla Sua Ostuni. Oggi caro Tonino, tanti ti rimpiangono, gente umile, gente che hai visto diventare grande, mamme, padri, nonni. Cosa potrei raccontarti ancora? Cosa non ti ho detto del quotidiano lavoro del medico di oggi, ben diverso da quello di mio Padre e Tuo. Forse qualcosa ti ho nascosto per non deludere quel perenne Vostro entusiasmo, ma perdona è stato solo per non deludere il tuo vivo ricordo. Stiamo sommestamente assistendo al disfacimento della medicina che hai vissuto, quella che ha come oggetto l'uomo biologico con la sua componente umana. Oggi diamo tanto spazio al freddo e distaccato tecnicismo, poco al malato. Questo dilagante progresso, per certi versi virtuale, ha illuso molti contribuendo a generare l'opinione che la medicina sia il regno delle certezze assolute, delle verità rotonde, di ciò che è vero, lineare ed esatto, indipendentemente dal contesto clinico di ognuno. Forse un domani non lontano, avvicinandosi alla chimica, alla fisica, alla matematica e con i segreti rivelati dalla genetica, i nostri figli saranno in grado di rilevarci il segreto delle nostre nascoste incertezze. In tanti cercheremo di ripercorrere il Tuo esempio, sforzandoci di recuperare la visione positiva e umana di un mestiere bello e antico quanto l'uomo. Sono certo che l'eredità che ci lasci continuerà a vivere, come volontà che rivive nel cuore della gente che hai amato.

## Profeta in patria In memoria del prof. Domenico Calò

di ANTONIO NICOLA QUARTA

Componente Comitato Editoriale

Suol dirsi che un buon chirurgo nasce con il bisturi in mano e mi pare che una definizione di questo tipo si attagli alla perfezione alla figura del prof. Domenico Calò che a 76 anni ci ha lasciato ma il bisturi lo ha adoperato fino alla sua imprevista fine.

Si laureò in medicina e chirurgia a 24 anni e lo conobbi, già specialista in chirurgia generale e in urologia, giovane assistente del prof. Montemartini, al mio arrivo a Mesagne quando, nel 1965, mi trasferii presso il locale ospedale che aveva in programma la realizzazione di un nuovo reparto operatorio e l'organizzazione di un completo servizio di anestesia e rianimazione. Ebbi subito l'impressione, poi sempre confermata, che si trattasse di un professionista impegnato, motivato, instancabile, con una enorme voglia di fare, con una curiosità ed una fame di conoscenza che nemmeno l'intensa attività operatoria diurna ed anche notturna sembravano poter soddisfare, in un periodo in cui la multidisciplinarietà non era ancora diffusa e tutto era affidato al talento, alla capacità ed anche al coraggio dell'operatore. Aveva come cattedra ideale il tavolo operatorio avendo conseguito giovanissimo la libera docenza con la frequentazione assidua degli istituti di clinica chirurgica di Bari e di Napoli.

Primario chirurgo per circa 30 anni nell'ospedale di Mesagne e poi in quello di Brindisi, nella sua attività professionale si sforzò sempre di rispettare le regole del gioco nei rapporti con i pazienti, con tutti i pazienti e con i collaboratori, dimostrando sempre lo stesso scrupolo ed attaccamento al servizio cui era preposto: amico di tutti, con tutti fu sempre semplicemente disponibile e le sfuriate, anche quelle improbabili, erano dirette alla ricerca del meglio e non lasciavano mai tracce incancellabili.

Ricordo con emozione ed orgoglio la pluridecennale, stretta e feconda collaborazione basata sull'unicità di progetti e strategie per lo sviluppo dell'ospedale provinciale di Mesagne, che ha assicurato risultati tali da soddisfare appieno le esigenze della popolazione. Arrivò poi il momento delicato del collocamento a riposo,



non per sua scelta ma perché così era stato stabilito dalla inesorabilità del tempo e dalla normativa, ma Mino non abbandonò mai il bisturi.

Mi piace anche ricordare la intensa attività come organizzatore e relatore sempre puntuale e brillante in numerosi congressi scientifici, in cui spesso impegnava anche i suoi collaboratori tutti degni del Maestro.

Ma non era pensabile che tra tanto impegno professionale il prof. Calò non trovasse il tempo per interessarsi di problemi sociali: nell'ambito dei Lions diventò Governatore distrettuale e per quanto riguarda l'ANT è stato l'artefice

principale per il suo radicamento nel nostro territorio con risultati conosciuti soprattutto da chi ha usufruito ed usufruisce dei suoi servizi.

E negli ultimi anni ha trovato anche il modo di gettare un occhio nella politica arrivando a ricoprire la carica di Presidente del consiglio comunale di Mesagne.

Abbiamo partecipato alla cerimonia funebre in una cattedrale gremita fino all'inverosimile, una domenica pomeriggio illuminata dal sole e profumata d'incenso, nel corso della quale, attraverso il vangelo di Luca (4-24) previsto dalla giornata come segno del destino, ci è stata ricordata la massima "nemo profeta in patria", dimostrando a tutti i presenti che, almeno nell'ambito della professione medica, i profeti in patria non mancano.

In conclusione, i colleghi mi consentiranno uno spunto finale. C'è un altro detto, anche se meno conosciuto, che sostiene "Sacerdos in aeternum" riferito ad una condizione come quella sacerdotale in cui è evidente una profonda analogia con la nostra professione che non dovremmo vergognarci di continuare a chiamare missione, oggi più che mai, anche per il senso di dedizione, di sacrificio e di etica in essa contenuto.

Ebbene sono tanti, e tra questi certamente il prof. Calò, che non hanno mai deciso di attaccare il camice bianco al chiodo, ricevendo in cambio il riconoscimento affettuoso di pazienti vicini e lontani nello spazio e nel tempo, meritando davvero la definizione di "Medicus in aeternum".

## In 5 anni il numero dei medici italiani si è dimezzato

In 5 anni, dal 2002 al 2007, il numero dei medici in Italia si è quasi dimezzato: da 616 si è passati a 363 per centomila abitanti. Si tratta di una riduzione volta a contenere la spesa sanitaria nazionale, che riporta il numero complessivo dei dottori italiani in linea con quello degli altri Paesi europei. È quanto emerge da un'analisi condotta dal Centro elaborazione dati (Ced) della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FNOMCeO), che ha preso in esame i dati di diverse fonti: Istat, Indagine sulle forze di lavoro, Eurostat, Public health.

Secondo l'analisi elaborata dalla Fnomceo, i camici bianchi, generici e specializzati, che nel 2007 operano all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private, sono 363,5 ogni centomila abitanti. Tra i Paesi comunitari il primo posto spetta al Belgio, che ha 401,6 medici ogni centomila abitanti, seguito dall'Austria e dalla Lituania (con valori rispettivamente pari a 374,2 e 371,1). I valori più bassi si registrano in Polonia (219,1) e Romania (222,0).

Le regioni del Nord, a eccezione dell'Emilia-Romagna e della Liguria, avevano già nel 2002 una dotazione inferiore a quella media nazionale e nel 2007 presentano valori anche minori di 300. Il Centro, al contrario, parte da dotazioni molto elevate e a tutt'oggi presenta l'offerta maggiore, dovuta soprattutto al contributo del Lazio, con 511,1 medici per centomila abitanti. Numeri significativi si osservano anche in Umbria e Toscana. Infine il Mezzogiorno presenta un'offerta di camici bianchi che si aggira intorno alla media nazionale, ma con valori piuttosto diversi nelle singole regioni. La Basilicata mostra un andamento che si allinea con quello delle regioni settentrionali, con valori contenuti nel 2002 che si riducono sensibilmente nel 2007 attestandosi su 207,3 medici per centomila abitanti. La Sicilia, al contrario, dimostra una certa inerzia rispetto agli orientamenti che prevalgono a livello nazionale e nel 2007 dispone ancora di 425 medici ogni centomila abitanti.

Tratto da: "Sanitas News"  
19 gennaio 2010

## Nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012

di SILVIO TAFURI

Medico Chirurgo Specialista in Igiene e Medicina Preventiva  
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Entro il mese di febbraio è prevista l'approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni dell'Intesa concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012. Il nuovo Piano vede la luce con tre anni di ritardo rispetto alla data di scadenza del precedente, formalmente esaurito nel 2007 e successivamente prorogato negli anni 2008 e 2009.

Il Piano ribadisce la rilevanza strategica di alcune aree di attività ormai divenute tradizionali per la prevenzione, come le vaccinazioni, gli *screening* oncologici, la tutela della salute negli ambienti di lavoro, la prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso la carta del cardiorischio, il *disease management* del diabete, la prevenzione degli incidenti stradali e domestici.

Accanto a queste aree, il cui consolidamento è obiet-

tivo prioritario del PNP, vengono inseriti nuovi obiettivi di salute, come la prevenzione della depressione, dei disturbi della vista, percorsi di risk management delle attività di diagnosi precoce del tumore della prostata, prevenzione delle patologie orali.

Scompare la tassonomia, molto cara al mondo igienistico, di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, sostituita dalla scansione di una "prevenzione universale", una "prevenzione nella popolazione a rischio" e una "prevenzione delle complicanze delle malattie e della disabilità".

Sulla base delle linee di indirizzo individuate nel PNP, ogni regione dovrà costruire un proprio Piano Regionale della Prevenzione, che dovrà essere completato entro il 30 settembre 2010.

## Dalla campagna di vaccinazione pandemica al nuovo piano di Formazione/Informazione della FNOMCeO sulle vaccinazioni

di SILVIO TAFURI

La recente campagna vaccinale contro l'influenza pandemica ha fatto registrare dei risultati, in termini di adesione alla vaccinazione e di coperture raggiunte nella popolazione target, assolutamente insufficienti rispetto agli obiettivi fissati dal Ministero della Salute in fase di avvio della campagna.

Sulle cause di tale insuccesso si sta svolgendo un ampio dibattito tra società scientifiche, comunità medica, decisori politici e società civile che rischia però di rivelaarsi particolarmente sterile.

La sterilità del dibattito è legata all'assenza di elementi di evidenza sui determinanti della mancata adesione della popolazione alla strategia di immunizzazione. La comunità scientifica dovrebbe essere impegnata nello sviluppo di indagini con metodo scientificamente rigoroso che possano individuare errori, non già di singoli ma di sistema, con il fine del miglioramento complessivo delle attività di sanità pubblica e di prevenzione primaria, come le vaccinazioni, il cui valore non può e non deve essere messo in dubbio.

Proprio per favorire l'innescio di un processo virtuoso, la FNOMCeO ha promosso un piano di Formazione/Informazione sulle vaccinazioni da svolgersi, con metodo *trainers for trainers*, da parte di tutti gli ordini provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri.

Tale proposta nasce dalla constatazione che la formazione e l'aggiornamento nel campo delle vaccinazioni debba riguardare tutti i professionisti della salute. Gli ultimi quindici anni sono stati caratterizzati d'altronde da un progressivo arricchimento dell'offerta di vaccini per l'età pediatrica, il cui numero è passato dalle 4 vaccinazioni obbligatorie routinariamente somministrate nel 1992 alle 12 vaccinazioni previste nel Calendario Vaccinale della Regione Puglia. Esiste ampia evidenza che la formazione di base e l'aggiornamento dei medici non siano congruenti rispetto alle nuove frontiere della vaccinologia<sup>1</sup> ed è per questo che, negli scorsi anni, la Sezione di Igiene dell'Università di Bari ha promosso

un Master in Vaccinologia rivolto ai professionisti del percorso vaccinazioni.

Nella stessa direzione oggi si pone la FNOMCeO con questa nuova iniziativa.

Riportiamo di seguito la premessa al progetto di formazione curata dal Comitato Centrale della Federazione.

*Riteniamo che l'individuazione delle molteplici motivazioni alla base del sostanziale insuccesso della campagna vaccinale verso il virus pandemico A/N1H1 debba costituire un serio e rigoroso impegno di tutte le istituzioni sanitarie che, a vario titolo, ne hanno programmato e gestito i presupposti epidemiologici e gli sviluppi tecnico scientifici, gestionali ed organizzativi.*

*A questo impegno intendiamo corrispondere anche noi, nell'ambito delle nostre responsabilità e dei nostri ruoli.*

*Respingiamo quindi con fermezza ogni tentativo di attribuire ai medici la responsabilità di tale insuccesso rilevando che questo costituisca invece un indicatore preoccupante di scarsa affidabilità ed autorevolezza verso i cittadini non dei medici ma delle istituzioni sanitarie pubbliche centrali e periferiche.*

*Siamo convinti che questo fenomeno di erosione della fiducia vada contrastato con forza, al di là dello stesso problema vaccinazioni versus il virus influenzale pandemico, perché può minacciare il cuore tecnico professionale e sociale di tutte le politiche di prevenzione primaria a tutela della salute collettiva.*

*Queste notoriamente non sempre realizzano la percezione di un bene immediato per l'individuo ma lo perseguono nel contesto più generale della comunità ed il successo di tali iniziative è dunque strettamente connesso alla comprensione di questo bene non vicino alla persona (informazione/comunicazione/formazione) e soprattutto al livello di fiducia e di autorevolezza riconosciuta alle raccomandazioni delle autorità sanitarie.*

*Si è dunque concretizzata per i nostri Ordini l'opportu-*

<sup>1</sup> Si veda al proposito Vorsters A., Tack S., Hendrickx G., Vladimirova N., Bonanni P., Pistol A., Metliar T., Pasquin M.J., Mayer MA., Aronsson B., Heijbel H., Van Damme P. A summer school on vaccinology: Responding to identified gaps in pre-service immunisation training of future health care workers. *Vaccine*. 2009 Dec 25.

nità di assolvere ad un compito assolutamente proprio delle loro responsabilità e dei loro ruoli verso i professionisti ed i cittadini e cioè avviare, laddove necessario, un progetto di informazione/formazione sulle dinamiche tecnico scientifiche, organizzative, etiche e sociali proprie di tutte le azioni di tutela della salute collettiva, con particolare riguardo alle campagne vaccinali.

Questo anche al fine di evitare che il fenomeno oggi registrato possa contaminare tutta la cultura e la prassi vaccinale fino ad ora largamente condivisa e praticata dai cittadini in ragione del grande impegno e partecipazione dei medici.

Quanto è accaduto in Italia, come nel resto del Continente Europeo, ha infatti testimoniato l'insufficienza strategica di una campagna di prevenzione primaria, in

modo particolare di programmi vaccinali, che non coinvolga in modo diretto e trasparente i medici, anche attraverso una rete di attività di informazione/formazione capillare e trasparente, organizzata e gestita con modalità cooperative e partecipative tra Istituzioni sanitarie pubbliche e rappresentanze professionali (Ordini professionali, OO.SS e Società Medico Scientifiche).

Si è aperta dunque una prospettiva straordinaria di operare e dimostrare che questa rete, capace di produrre raccomandazioni affidabili ed autorevoli verso i professionisti e verso i cittadini, è realizzabile se poggia sugli Ordini professionali e sulla loro capacità di reclutare competenze, esperienze e responsabilità ai progetti di tutela della salute collettiva.

*Il Comitato Centrale della FNOMCeO*

## **Lo stato di salute dei Paesi Ocse: il rapporto Health at a Glance 2009**

di **ELISABETTA QUARANTA**

*Segretario Provinciale Federazione Italiana Medici Pediatri*

All'inizio della seconda metà del 2008 i Paesi Ocse sono entrati in un periodo di grave crisi economica. Nel giugno del 2009 le proiezioni indicavano un declino del prodotto interno lordo del 4% entro la fine dell'anno e un tasso di disoccupazione del 10% entro la fine del 2010. In questo contesto, la riduzione della spesa pubblica per la sanità dipenderà dalle priorità economiche definite dai singoli Paesi e da quanto i benefici provenienti dagli investimenti statali nel settore sanitario si saranno dimostrati convenienti. Nei periodi di crisi economica, infatti, quello che ci si aspetta è che i ministeri della Salute e le strutture sanitarie pubbliche siano sottoposti a crescenti pressioni per dimostrare l'efficienza dell'allocazione delle risorse. A questo proposito la pubblicazione "Health at a Glance 2009: OECD Indicators" è uno strumento efficace per la valutazione dell'efficienza dei sistemi sanitari.

### **La salute della popolazione**

L'aspettativa di vita alla nascita nei Paesi Ocse è in continua crescita grazie soprattutto al miglioramento dello stile di vita e dell'educazione e all'incremento dell'accessibilità ai servizi sanitari.

La principale causa di morte nei Paesi Ocse sono

le malattie cardiovascolari (36% di tutti i decessi nel 2006) e, in particolare, gli attacchi di cuore e gli ictus. Seconda causa di morte sono i tumori, che nel 2006 hanno provocato il 27% dei decessi. I tassi di mortalità per questo tipo di malattia, sempre nel corso del 2006, si sono rivelati particolarmente alti in Ungheria, Repubblica Ceca, Slovacchia, Polonia e Danimarca, e particolarmente bassi in Messico, Finlandia, Svizzera e Giappone.

Gli incidenti stradali sono la terza causa di morte: ogni anno in tutto il mondo causano il decesso di circa 1,2 milioni di persone e il ferimento di altri 50 milioni. Nel 2006 gli incidenti sono risultati più frequenti negli Stati Uniti (46 mila), in Messico (17 mila) e in Giappone (9 mila). In Italia, Polonia e Germania hanno ucciso, sempre nel corso del 2006, tra le 5 e le 6 mila persone.

Il suicidio è un fenomeno probabilmente molto più diffuso di quello che risulta dal rapporto, un po' per i pregiudizi a esso legati e un po' per i criteri di raccolta dei dati. Il suicidio è fortemente associato non solo allo stato di salute mentale di una persona, ma anche al contesto sociale in cui gli individui vivono e, per questo, è considerato un indicatore dello stato di salute mentale di una popolazione.

Segnalata all'interno del rapporto è anche la que-

stione della salute dentale: nei Paesi in via di sviluppo il 60-90% dei bambini in età scolare soffre di problemi legati ai denti. Le malattie dentali sono strettamente legate allo stile di vita e richiedono interventi sanitari molto costosi.

### Stili di vita

#### *Nei giovani*

Il fumo e l'eccessivo consumo di alcol durante l'adolescenza hanno conseguenze sanitarie a breve e lungo termine. I bambini che iniziano a fumare nella prima adolescenza aumentano il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, respiratorie e tumorali e hanno maggiori probabilità di sviluppare altre forme di dipendenza come quelle da alcol e droghe. L'abuso di alcol è legato a una serie di problemi sociali, fisici e mentali, tra cui disordini come l'ansia e la depressione, l'obesità e gli incidenti stradali.

Anche le abitudini alimentari sono un fattore determinante per la salute. Ad esempio mangiare frutta du-

rante l'adolescenza può proteggere da problemi come l'obesità, il diabete e i problemi di cuore.

L'attività fisica negli anni dell'adolescenza è fondamentale non solo perché aiuta a prevenire alcune malattie che prendono piede nell'età giovanile come l'asma, i disturbi mentali, le malattie legate alle ossa e l'obesità, ma anche perché abbassa la probabilità di sviluppare altre malattie nell'età adulta (cancro al seno, malattie delle ossa, sovrappeso e disturbi correlati). Inoltre, i soggetti che da bambini soffrono di sovrappeso e obesità hanno maggiori probabilità di sviluppare nell'adolescenza e nell'età adulta malattie cardiovascolari, diabete, disturbi sociali e mentali.

#### *Negli adulti*

Il tabacco è responsabile della morte di un adulto su dieci ed è la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Si tratta di uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di almeno due delle principali cause di morte premature: le malattie cardiovascolari e il cancro.

Gravi conseguenza provoca anche l'abuso di alcol,



Fasano: Arco del Bali

che oltre ad aumentare la probabilità di sviluppare le malattie legate al sistema circolatorio, la cirrosi e alcuni tipi di cancro, aumenta il rischio degli incidenti e delle morti violente.

Sempre più preoccupante anche il problema del sovrappeso e dell'obesità, responsabili di ipertensione, colesterolo alto, diabete, malattie cardiovascolari, problemi respiratori, artrite e alcune forme di cancro.

### **Forza lavoro**

La capacità dei sistemi sanitari di soddisfare le esigenze di cura della popolazione dipende dalla grandezza, dalla composizione, dalla distribuzione e dalla produttività della forza lavoro del settore.

Il numero di persone che lavora in ambito sanitario è in crescita e tra questi lavoratori sono compresi anche alcuni operatori del settore sociale. In alcuni Paesi Ocse preoccupa la scarsità dei medici, da compensare o con maggiori investimenti nell'educazione universitaria o nel reclutamento di medici che hanno studiato all'estero. Nel 2007 la percentuale di medici formati all'estero oscillava dal valore più basso della Francia (3,1%) al valore più alto dell'Irlanda (33,6%). Anche in Nuova Zelanda e nel Regno Unito circa un terzo dei medici è stato formato in altri Paesi.

Il rapporto dedica particolare attenzione agli psichiatri: secondo i dati dell'Eurobarometro del 2006, il 13% della popolazione dell'Unione europea si è rivolta a professionisti per risolvere problemi di carattere psicologico nell'ultimo anno e tra questi il 15% ha chiesto l'aiuto di psichiatri.

La figura professionale più richiesta nel settore sanitario è quella degli infermieri. Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel fornire cure sanitarie sia negli ospedali, sia nell'assistenza domiciliare, ma in molti Paesi Ocse la loro disponibilità è molto scarsa e lo sarà ancora di più man mano che la popolazione invecchia.

### **Attività sanitarie**

Per quanto riguarda le visite mediche (che possono avere luogo negli studi degli specialisti, in ospedale o, in alcuni casi, a domicilio), in molti Paesi europei, tra cui l'Italia, per alcune visite specialistiche è richiesta l'impegnativa del medico di base, mentre in altri il paziente può consultare direttamente il medico specialista.

Tra i parametri utilizzati per valutare le risorse disponibili per la cura dei cittadini nei vari Paesi ci sono: la disponibilità e l'intensità di uso delle moderne tecnologie mediche (in particolare della tomografia computerizzata e della risonanza magnetica per immagini) e

il numero di letti disponibili negli ospedali. Per valutare il numero di persone che annualmente ha bisogno di essere ricoverato, sono stati utilizzati come indicatori i tassi di dimissione ospedaliera. Causa principale di ricovero nei Paesi Ocse sono le malattie cardiache, la cui cura è stata rivoluzionata dall'angioplastica e dai bypass coronarici.

All'interno del rapporto un intero paragrafo è dedicato al trattamento dell'insufficienza renale. Tra i fattori di rischio che possono portare a un'insufficienza renale terminale (Esr) ci sono il diabete e l'ipertensione, due condizioni sempre più diffuse nei Paesi Ocse. Negli Usa, ad esempio, questi due fattori di rischio sono responsabili di oltre il 60% delle diagnosi di Esr. Dialisi e trapianto sono le uniche soluzioni, ma la prima è molto costosa e non assicura una buona qualità di vita al paziente.

In crescita nei Paesi Ocse sono le operazioni chirurgiche per la cataratta, i tagli cesarei, che presentano sempre minori rischi, e il consumo di farmaci, determinato soprattutto dall'invecchiamento della popolazione.

### **Qualità delle cure**

Non tutti gli interventi sanitari richiesti dai pazienti sono necessari. Tra i ricoveri evitabili il rapporto Ocse segnala, in particolare, quelli per asma: la prevalenza di questa malattia tra i bambini negli Usa è raddoppiata rispetto agli anni '80 e persiste in circa il 25% dei casi anche nell'età adulta. Nell'Ue sono circa 30 milioni le persone che soffrono di asma.

Un'altra causa di ricovero evitabile sono le complicazioni del diabete: nel mondo più di 150 milioni di persone soffrono di questa malattia e questo numero probabilmente raddoppierà nei prossimi 25 anni. Negli Usa e in Messico più del 10% della popolazione ha il diabete, che è la prima causa di cecità e di insufficienza renale nei Paesi industrializzati.

Le malattie coronariche rimangono la prima causa di morte nella maggior parte dei Paesi industrializzati, ma il tasso di mortalità ad esse legato è in forte crescita da quando sono stati disponibili nuovi trattamenti durante la fase acuta. Si tratta di un importante successo, a volte vanificato dal fatto che non tutti i pazienti ricevono le cure necessarie.

Un grande impatto sulla spesa sanitaria pubblica hanno anche gli ictus, che spesso portano alla disabilità permanente, e le malattie mentali, in particolare la schizofrenia e i disordini bipolari. Per quanto riguarda la prevenzione, importantissimi progressi sono stati fatti nell'ambito degli screening oncologici. In questo senso due esempi significativi sono i tumori del collo dell'utero, del seno e del colon retto, per i quali anche



nella cura si stanno raggiungendo risultati importanti.

Parlando di prevenzione non si possono non menzionare i programmi di vaccinazione nell'età infantile, che sono uno degli strumenti più efficaci e meno costosi per le politiche di prevenzione sanitaria. Anche negli anziani le vaccinazioni hanno un ruolo fondamentale: il vaccino contro l'influenza è un'importante arma per prevenire le conseguenze di questa malattia e ridurre ingenti spese sanitarie.

### Accesso alle cure

Uno dei nuovi temi introdotti nel rapporto è quello dell'accesso alle cure. La maggior parte dei Paesi Ocse, infatti, mira a garantire un'assistenza sanitaria equa a tutti i cittadini.

Le assicurazioni sanitarie pubbliche o private riducono il numero di persone che paga direttamente per le cure sanitarie, ma in alcuni Paesi l'impatto delle spese non comprese nei pacchetti assicurativi può ancora creare delle barriere nell'accesso alle cure. Il 18% circa delle spese sanitarie all'interno dei Paesi Ocse è pagato direttamente dai pazienti e non sono rari i casi di cure rimandate per la mancanza di risorse economiche da parte del cittadino.

La mancanza di un numero adeguato di medici in una particolare regione è una delle cause principali di discriminazione perché può costringere i pazienti a lunghi e costosi viaggi o a liste di attesa. Anche la mancanza di educazione è un fattore discriminante perché

porta il cittadino a consultare meno frequentemente i medici e a effettuare raramente gli opportuni screening. Per quanto riguarda la sanità del cavo orale, nel periodo compreso tra il 2001 e il 2004, il 50% delle persone con basso reddito non ha curato le proprie carie.

### Spesa sanitaria e finanziamenti

Nel 2007 i Paesi Ocse hanno destinato l'8,9% del loro prodotto interno lordo alle spese sanitarie. Fatta eccezione per alcuni Paesi, in cui la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente negli ultimi dieci anni (Ungheria e Repubblica Ceca), gli investimenti sanitari sono incrementati in proporzione sia ai trend di crescita del prodotto interno lordo, sia alla spesa sanitaria, con il risultato di una crescita della percentuale di prodotto interno lordo allocato per la salute pubblica.

Nei Paesi Ocse la spesa farmaceutica rappresenta una significativa porzione della spesa pubblica, soprattutto a causa della diffusione di nuovi farmaci e dell'invecchiamento della popolazione.

Tutti i Paesi Ocse usano un sistema integrato pubblico-privato per finanziare le cure sanitarie, ma con gradi diversi. In Spagna e Norvegia, ad esempio, i governi centrali o locali sono responsabili direttamente del finanziamento dei servizi sanitari, mentre in Francia e in Germania il sistema è basato su un'assicurazione pubblica.

Tratto da "Epicentro", 3 marzo 2010

[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)



Fasano: Piazza Ciaia e Palazzo Municipale

## Prima il camice o prima la toga?

Nella considerazione generale il medico legale è ritenuto poco medico e molto avvocato. Credo non vi sia opinione più sbagliata. Il medico legale che non è medico in primis non è di fatto un buon medico legale.

La figura oggi pretesa nella professione è quella di esercente la sua attività nei confronti di un soggetto quale *persona*. Ma cosa si intende come *persona*? Si intende un individuo che ha tutte le caratteristiche del soggetto biologico alle quali si assommano i diritti e i doveri che gli provengono dall'essere membro in una società che ha disciplinato le regole di vita comune alle quali ogni membro deve ottemperare.

Negli ultimi tempi illuminati sociologi, magistrati, costituzionalisti e medici legali hanno delineato la figura centrale dell'uomo quale fonte di diritto e ne hanno individuato gli effetti al di sopra delle norme e delle leggi che disciplinano la convivenza. Ecco allora concetti nuovi quali danno biologico, danno morale, danno psichico, idoneità lavorativa, privacy, tutela normativa della salute, invalidità civile e diritto personale al godimento delle offerte del benessere.

Questa cultura ha portato a differenziare nella specialità capacità diverse nelle quali il medico legale deve approfondire la propria preparazione per dedicarsi con maggior profitto ai risultati richiesti. Quindi si sentono descrivere ambiti diversi nel vasto campo della medicina legale. Medicina assicurativa, medicina e patologia forense, medicina sociale, attività necroscopica e settoria, analisi chimico-biologiche forensi, problemi etici ed altro.

Oggi il medico legale non deve considerarsi un tutologo, ma come in altre discipline biologiche deve esercitare nell'ambito della sua attività in questi settori dove ha conseguito la sua specifica preparazione e data la grandissima importanza delle ricerche nelle quali in alcuni casi è chiamato, deve avere anche l'umiltà di richiedere il parere e l'ausilio di colleghi e strutture ove la preparazione e i risultati dimostrano l'eccellenza.

Detto questo, per tornare al camice e alla toga, per rivelare come il medico legale si senta soprattutto medico per aver indossato il giorno della laurea per primo il camice racconto come il Sismla (Sindacato Italiano specialisti medicina legale e delle assicurazioni) abbia avuto l'ottima idea di un incontro con i presidenti di Ordine per conoscersi o per conoscersi meglio senza aver predisposto alcun argomento preventivo ma soltanto per trovare collaborazione e punti in comune per percorsi professionali in momento non certo facili per tutta la medicina italiana.

Quindi alla decisione di incontri a piccoli gruppi fra la diligenza sindacale e i presidenti hanno aderito per un primo incontro i dottori Mario Falconi di Roma, Bruno Di Lascio di Ferrara, Eliano Mariotti di Livorno, Nunzio Romeo di Messina, Salvatore Sciacchitano di Catania, Barbagallo di La Spezia e Grossi di Rimini.

A maggio i richiamati presidenti si sono incontrati a Riccione con i vertici sindacali, i dottori Vergari, Rochira, Zinno, Olivieri e Chiarito e con il sottoscritto in funzione di presentatore e moderatore.

Dire che l'incontro è stato un successo mi sembra restrittivo. La discussione senza temi precostituiti è stata oltremodo produttiva per scambi di idee e di proposte per il raggiungimento di posizioni comuni e condivise e si è apprezzata la posizione dei presidenti di Ordine che hanno evidenziato grande serietà e competenza per il loro mandato, ma anche una sorprendente iperattività che li porta a dedicare molto tempo ai problemi ordinistici a scapito non solo del tempo libero, ma pure del tempo dell'attività professionale. Questo aspetto dovrebbe essere riconosciuto con gratitudine dai loro iscritti.

Per la rappresentanza medico-legale, oltre al riconoscimento dell'importanza dell'incontro, è valso quanto detto in precedenza circa la professione specialistica con il suggerimento che tale professione venga tutelata dalle invenzioni di campo da parte di non specialisti ma soprattutto di non esperti.

Per i presidenti la posizione più chiara e collaborativa è stata quella di Grossi e Barbagallo i quali, come medici legali, hanno dimostrato di saper bene riportare le loro conoscenze di leggi e deontologia nelle problematiche della direzione dei loro Ordini.

Eliano Mariotti ha posto in evidenza come presidente di effettuare incontri per stabilire anche la scelta della lista dei CTU per i tribunali. Ha anche preso dura posizione contro l'uso del patto di quota lite in sostituzione degli onorari. Ha ottenuto come risposta che se è vero che la legge lo consente, per il sindacato non solo non vi è approvazione ma anche deve considerarsi una violazione deontologica che può essere passiva di procedimento disciplinare.

Bruno Di Lascio ha affermato che è molto importante la connessione tra la medicina legale e l'attività ordinistica e spera in un rapporto più diretto che si realizzi mediante convegni e la distribuzione di vademecum gratuiti, sia cartacei che informatici, per far conoscere ai medici i percorsi legislativi sia della professione che dei diritti e doveri dei cittadini che diventano malati.

Romeo ha ampiamente condiviso quanto espresso dai colleghi che lo hanno proceduto e si è proposto di istituire presso il suo Ordine una consulta di specialisti in medicina legale per supportare le decisioni dell'Ordine in questo settore e per costruire una lista di CTU medico legale per consentire scelte competenti ed appropriate al Tribunale.

Salvatore Sciacchitano ha criticato conclusioni peritali difformi dalla scientificità clinica e metodologica che hanno portato a risultati pesantemente negativi per alcuni medici sottoposti a giudizio. Ha chiesto se l'Ordine a fronte di queste conclusioni errate sul piano scientifico non possa aprire un procedimento disciplinare nei confronti dell'estensore dell'elaborato peritale. La risposta è stata che il giudizio è per legge riservato al giudice che quale *peritus peritorum* trae le sue convinzioni da quanto espresso non solo dall'ufficio ma anche dalle parti.

L'intervento di Mario Falconi è stato quello che in ter-

mini di giurisprudenza si definisce inversione dell'onere della prova: l'Ordine dei medici non deve essere al servizio dei medici ma dei cittadini.

Questa affermazione è spiegata a dimostrazione che prima vengono i cittadini bisognosi di cure e che la tutela che si esercita nei confronti dei medici è come il corollario di questo assunto in quanto tale servizio non può prescindere dalla garanzia di autonomia e professionalità degli operatori per avere l'accettazione e il gradimento di chi si fa curare.

Questo concetto è stato così da tutti condiviso e la riunione si è conclusa con auspicate prospettive di confronti e di collaborazione nell'interesse di medici e di cittadini. Ma soprattutto con la convinzione di tutti che sul vestito dei medici legali c'è e ci sarà sempre il camice.

*Articolo di Aurelio Grasso. Tratto da "Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri", anno XV, n. 1-2010*

## Danni sofferti dai parenti del paziente

Giurisprudenza e dottrina hanno per lungo tempo delimitato il novero dei soggetti legittimati a richiedere il danno morale. La stessa Corte di Cassazione, fino ad un decennio fa, riteneva che soltanto il paziente/vittima potesse chiedere il risarcimento del danno morale. Solo da allora la Suprema Corte ha mutato orientamento, riconoscendo il diritto al risarcimento dei danni morali anche ai prossimi congiunti della vittima.

Se, peraltro, ormai indiscutibile appare la legittimazione dei parenti del paziente deceduto ad agire per il ristoro dei danni morali sofferti *jure proprio*, non altrettanto può dirsi quanto ai prossimi congiunti di una persona che abbia sofferto lesioni invalidanti. In origine, la Corte di cassazione, aveva negato il risarcimento dei danni morali ai congiunti di persona che avesse subito lesioni personali, ancorché gravissime (*"I prossimi congiunti di una persona lesa nella salute in conseguenza dell'altrui atto illecito non hanno diritto al risarcimento del danno morale"*: Cass. 23.2.2000, n. 2037). La giurisprudenza di legittimità ha, successivamente, statuito che *"ai prossimi congiunti di persona che abbia subito, a causa di fatto illecito costituente reato, lesioni personali, spetta anche il risarcimento del danno morale, concretamente accertato in relazione ad una particolare situazione affettiva con la vittima, non essendo ostativo il disposto dell'art. 1223 CC, in quanto anche tale danno trova causa immediata e diretta nel fatto dannoso"* (Cass. 1.7.2002, n. 9556).

L'elaborazione ulteriore, confermativa di tale nuovo indirizzo, ha preso le mosse dalla norma di cui all'articolo 29 della Costituzione, che riconosce i *"diritti della famiglia"* da interpretarsi non tanto restrittivamente, ma nel più ampio senso di modalità di realizzazione della vita stessa dell'individuo, alla stregua dei valori e dei sentimenti, dei bisogni e dei doveri, delle gratificazioni e dei supporti che ne derivano. Così, estendendo gli anzidetti principi alla categoria del danno non patrimoniale, anche la frattura in seno al nucleo familiare dovrebbe trovare ristoro nell'ambito della tutela risarcitoria, allorché il fatto lesivo ne abbia in modo profondo alterato il complessivo assetto, provocando una rilevante dilatazione dei bisogni e dei doveri familiari ed una certa riduzione, se non l'annullamento, delle conseguenze positive derivanti dal rapporto parentale.

Va detto, però, che la rivoluzione interpretativa introdotta dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 26972 del 2008 ha escluso che tale pregiudizio possa essere ricondotto alla categoria del danno esistenziale, in quanto manifestazione del danno morale, nel quale dunque deve trovare idonea collocazione e adeguato riconoscimento.

Infine, persistenti divergenze interpretative investono la problematica del risarcimento ai parenti del paziente defunto del danno patrimoniale *jure ereditario*. Appare sufficiente, qui, rammentare come la Corte di

Cassazione abbia subordinato il concreto riconoscimento di un simile diritto risarcitorio "nel caso in cui intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse" essendo in tale ipotesi "configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla effettiva menomazione della integrità psicofisica patita dal soggetto leso per il periodo di tempo indicato" ed atteso che "il diritto poi del dan-

neggiato a conseguire il risarcimento è trasmissibile agli eredi, che possono agire in giudizio nei confronti del danneggiante jure hereditatis" e che "conclusioni identiche deve pervenirsi per il danno morale, il cui diritto è trasferito dalla vittima agli eredi" (per tutte: Cass. 24.2.2003).

Articolo di Pasquale Dui. Tratto da "Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri", anno XV, n. 1-2010

## No al test Hiv senza consenso

La Legge 5 giugno 1990, n. 135, art. 5, comma 3, secondo cui nessuno può essere sottoposto al test anti HIV senza il suo consenso, se non per motivi di necessità clinica, nel suo interesse - deve essere interpretato alla luce dell'art. 32 Cost., comma 2, nel senso che, anche nei casi di necessità clinica, il paziente deve essere informato del trattamento a cui lo si vuole sottoporre, ed ha il diritto di dare o di negare il suo consenso, in tutti i casi in cui sia in grado di decidere liberamente e consapevolmente. Dal consenso si potrebbe prescindere solo nei casi di obiettiva e indifferibile urgenza del trattamento sanitario, o per specifiche esigenze

di interesse pubblico (rischi di contagio per i terzi, od altro). Il principio è stato affermato dalla Suprema Corte in un giudizio intrapreso da un paziente per ottenere il risarcimento dei danni nella misura di un miliardo delle vecchie lire, in quanto, a seguito di un ricovero per forte attacco febbrile con diagnosi di leucopenia, era stato sottoposto a test per l'Hiv senza che gli fosse stato richiesto il consenso. Oggetto del giudizio è stata anche la gestione della cartella clinica e dei dati sensibili. (Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

Tratto da "Doctor News", 19 febbraio 2010  
Anno 8, Numero 29 - Cassazione Civile

## Illegale esame del minore senza consenso

Una psicologa impugnava giudizialmente la delibera del Consiglio dell'Ordine degli psicologi con la quale le veniva inflitta la sanzione dell'avvertimento per violazione dell'art. 31 del codice deontologico avendo sottoposto ad osservazione psicologica una minore di circa cinque anni, figlia naturale riconosciuta dai genitori, su incarico del padre di cui era Consulente Tecnico di Parte [CTP] nella controversia dinanzi al Tribunale dei Minori con la madre e senza il consenso di costei, affidataria della medesima. La Corte di Cassazione ha rigettato il ricorso, confermando il precedente giudizio e dando rilievo al principio - di cui al suddetto art 31 del codice deontologico - per cui le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono generalmente subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. (Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

Tratto da "Doctor News", 26 febbraio 2010  
Anno 8, Numero 34 - Cassazione Civile



Fasano: Centro storico, via S. Teresa

## ENPAM Fondo Generale I contributi 2010 quota "A"

(\*) Hanno diritto all'indennità erogata dall'Enpam le professioniste madri (o se aventi titolo anche i padri) nei casi maternità, adozione e aborto che non percepiscono da altro ente alcuna indennità o retribuzione nel periodo assistibile.

L'importo è pari l'80 per cento dei cinque dodicesimi del reddito da lavoro autonomo da libera professione dichiarato ai fini Irpef nel secondo anno precedente la data del parto con un minimale pari al salario minimo giornaliero per la qualifica di impiegato e un tetto pari a cinque volte il minimale.

Per il 2010 il minimo è di euro 13.662,48 e il massimo di euro 68.312,40 (sulla base del dato provvisorio INPS).

Il reddito virtuale già assoggettato al contributo minimo obbligatorio:

- medici infraquarantenni e ultraquarantenni assoggettati a contribuzione ridotta..... euro 5.431,92
- medici ultraquarantenni..... euro 10.031,68

Il pagamento può essere effettuato in una unica rata oppure in 4 rate (aprile, giugno, settembre e novembre di ciascun anno), attualmente previo invio dell'avviso bonario da parte dell'esattore.

Se l'avviso bonario arriva dopo la scadenza di una o più rate, il versamento va effettuato entro 15 giorni dalla data di ricevimento.

CONTRIBUTI QUOTA A per il 2010 (indicizzazione allo 0,4%) riscossi mediante cartella esattoriale		
fasce di età	contributo rivalutato	contributo maternità (*)
sino al compimento del 30° anno di età	229,15	42,75
dal 30° sino al compimento del 35° anno	404,57	
dal 35° sino al compimento del 40° anno	721,74	
dal 40° sino al compimento del 65° anno	1.296,71	
iscritti ammessi al contributo ridotto	721,74	

Tratto da "In breve", n.9/2010



### COMUNICATO STAMPA

*Su iniziativa del Presidente dell'Enpam, il giorno 14 gennaio u.s., in un clima di cordiale e fattiva collaborazione, si è tenuta una riunione tecnica presso l'INPS al fine di chiarire la posizione dei medici pensionati di recente destinatari di un accertamento contributivo da parte dell'Istituto.*

*In tale sede i rappresentanti dell'INPS, preso atto delle argomentazioni rappresentate dalla Fondazione, hanno convenuto di poter annullare l'iscrizione alla Gestione Separata dei medici che hanno già assoggettato i propri redditi professionali a contribuzione presso l'Enpam, ovvero di quelli a suo tempo esonerati dall'iscrizione alla Gestione, ai sensi della normativa di riferimento.*

*L'INPS ha, altresì, aderito alla richiesta dell'Enpam, di sospendere la procedura di accertamento nei confronti dei medici pensionati che hanno esercitato, ai sensi della delibera Enpam n. 46/2009, l'opzione per la conservazione dell'iscrizione all'Ente, in attesa di acquisire il favorevole avviso del Ministero del Lavoro per procedere al definitivo annullamento degli accertamenti posti in essere.*

*In tale senso l'Istituto si è impegnato ad emanare un apposito messaggio alle proprie sedi periferiche.*

Roma, 19.01.2010

## Evasione o autodenuncia: contribuzione ridotta

Al fine di garantire l'effettività della tutela previdenziale assicurata dal Fondo di Previdenza Generale e l'equa distribuzione dei relativi oneri, gli Uffici dell'Enpam hanno avviato la verifica del corretto adempimento dell'obbligo dichiarativo da parte degli iscritti, mediante controllo incrociato con i dati in possesso dell'Amministrazione finanziaria e, in particolare, dell'Anagrafe tributaria.

Nello svolgimento di tali controlli, come è noto, è emerso che alcuni iscritti dipendenti del SSN non avevano provveduto a dichiarare i proventi derivanti da attività intramoenia (od equiparata), nonostante tale tipologia di reddito sia da tempo esplicitamente citata nelle istruzioni allegate al Modello D fra quelle imponibili presso la "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale.

A seguito della ricezione dei provvedimenti di accertamento emanati dall'Ente, molti professionisti hanno provveduto tempestivamente a denunciare le somme percepite nelle annualità successive richiedendo, almeno per le ulteriori annualità, l'applicazione dell'aliquota ridotta nella misura del 2%.

Con delibera n. 56/2007 – in via eccezionale e per un arco temporale limitato – il Consiglio di Amministrazione dell'Ente ha accolto tale richiesta. In particolare con tale provvedimento, ferme restando le maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio, è stato consentito l'accesso alla contribuzione nella misura del 2%, per i redditi prodotti successivamente all'anno 2001, ai soggetti in possesso di specifici requisiti.

La Fondazione ha fornito, nel merito, una idonea informazione mediante i diversi canali informativi a sua disposizione: il "Giornale della Previdenza", il portale Internet [www.enpam.it](http://www.enpam.it), le circolari agli Ordini, etc. Grazie all'attività di divulgazione compiuta da tutti i soggetti istituzionali coinvolti (Enpam, Ordini, sindacati, etc.) oltre 2.500 iscritti, *autodenunciando le pregresse inadempienze*, si sono tempestivamente attivati, potendo così beneficiare della riapertura dei termini di accesso alla contribuzione ridotta.

Tuttavia, in molti casi la mancata effettiva conoscenza della delibera in parola, delle successive proroghe disposte con delibere n. 26/2008 e 50/2008 e delle diverse specifiche fattispecie di attività intramoenia (od equiparate) imponibili presso la "Quota B", non ha

consentito a tutti gli interessati tenuti al versamento di procedere alla relativa autodenuncia, volta ad ottenere il beneficio della contribuzione del 2%.

Tenuto conto delle richieste in tal senso pervenute dalla categoria, anche per il tramite di alcuni Ordini provinciali, la Fondazione ha adottato una soluzione definitiva alla problematica in esame che *disciplina a regime l'accesso alla contribuzione ridotta in caso di accertamento* di evasione contributiva notificato dagli Uffici.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente, infatti, nella seduta del 25 settembre 2009, **ha riaperto nei termini per l'accesso alla contribuzione ridotta, a decorrere dall'anno successivo a quello oggetto di accertamento**, gli iscritti:

- che, in costanza dei requisiti per l'accesso alla contribuzione ridotta, non hanno già effettuato il versamento del contributo nella misura ordinaria del 12,50%, con riferimento agli anni successivi a quello oggetto di accertamento;

- che provvedano ad autodenunciare i redditi prodotti negli anni successivi e presentano la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta *entro 90 giorni* dalla notifica dell'accertamento.

*Resta ferma, in ogni caso, l'applicazione delle maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio e, per l'annualità oggetto di accertamento d'ufficio, la determinazione del contributo dovuto sulla base dell'aliquota ordinaria del 12,50%.*

È opportuno precisare, inoltre, che gli iscritti che provvedono *spontaneamente* ad autodenunciare le proprie inadempienze possono essere, *a fortiori*, riammessi nei termini per la presentazione dell'istanza di accesso alla contribuzione ridotta. Considerato che nelle fattispecie in esame – diversamente dai casi di accertamento d'ufficio – non vi è alcun formale provvedimento della Fondazione con il quale sia stata determinata l'aliquota contributiva da applicare e l'importo dovuto, *l'accesso alla contribuzione ridotta può decorrere, ricorrendone gli ulteriori presupposti, dalla prima annualità oggetto di autodenuncia.*

I soggetti interessati devono provvedere a presentare la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta ed a denunciare i redditi eventualmente prodotti e non dichiarati mediante l'apposito modello **DICH. QB.CR** (pubblicato di seguito). Si auspica, infine, che i

provvedimenti adottati dall'Ente possano incentivare gli iscritti a procedere alla regolarizzazione spontanea di eventuali inadempienze pregresse e, al contempo, contribuiscano a soddisfare l'interesse della Fondazio-

ne al consolidamento definitivo delle posizioni contributive in esame.

*Articolo di Vittorio Pulci. Tratto da "Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri", anno XV, n. 1-2010*

Raccomandata A/R

DICH. QB.CR.

Spett.le E. N. P. A. M.  
**SERVIZIO CONTRIBUTI E  
 ATTIVITA' ISPETTIVA**  
 Ufficio Posizioni Contributive  
 e Gestione Dichiarazioni  
 Via Torino 38 - 00184 Roma

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**  
 (ai sensi dell'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Con riferimento alla delibera del Consiglio di Amministrazione n. 54/09, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ Codice E.N.P.A.M. \_\_\_\_\_, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

**dichiara**

- che dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a tutt'oggi è soggetto ad altra forma di previdenza obbligatoria, ovvero è titolare di un trattamento pensionistico;
- che ha prodotto i seguenti redditi professionali derivanti dall'esercizio dell'attività medica ed odontoiatrica, al netto delle spese necessarie per produrli:

*(N.B: non devono essere dichiarati i redditi già soggetti a contribuzione E.N.P.A.M. derivanti dall'attività svolta in qualità di pediatra di libera scelta, specialista ambulatoriale, specialista esterno, medico addetto all'assistenza primaria, alla continuità assistenziale, all'emergenza sanitaria territoriale e alla medicina dei servizi)*

Anno di produzione del reddito	Reddito professionale netto in cifre	Reddito professionale netto in lettere
2004		
2005		
2006		
2007		
2008		

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N. B. La presente dichiarazione deve essere corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità e può essere trasmessa tramite fax al n. **06.48.294.922**. Per ulteriori informazioni può essere contattato il numero telefonico **06.48.294.829**.

## Sentirsi anziano e non vecchio

*La vecchiaia era considerata la fase della saggezza da parte di chi aveva dato molto al Paese ed alla società. Il rischio di pensare all'anziano come un "vecchio" inutile che vive sulle spalle delle giovani leve*

Si leggono le insistenti proposte di innalzamento dell'età pensionabile come necessità di fronte alle future criticità sulla sostenibilità delle Casse previdenziali.

Ovviamente ci sono le solite eccezioni (ma perché queste diversità?) per magistrati, docenti universitari e dirigenti ospedalieri di II livello cioè gli ex primari.

La manovra provoca ulteriori danni ai conti previdenziali: ricordiamo che i contributi versati oltre i 40 anni di anzianità contributiva sono inefficaci per una maggior pensione e pertanto sono di tutto guadagno per l'Ente previdenziale, inoltre sulle nuove pensioni verrà corrisposta la perequazione automatica commisurata alle cifre erogate che potrebbe, è vero, trovare solo parziale compenso per eventuali miglioramenti contrattuali nel frattempo intercorsi, infine meno gente in attività non del tutto rimpiazzata con nuove assunzioni che comunque comportano minori introiti contributivi (che però attivano futuri debiti di pensioni) per retribuzioni più basse, al contrario dei "rottamati" che avrebbero versato contributi a perdere. Ma perché? È l'eterno scontro tra microeconomia e macroeconomia e la visione parcellizzata nel proprio piatto.

Pensare che una volta il dipendente anziano era considerato un patrimonio per l'azienda, ora è un peso, un costo, uno da mandare via... si perché molti considerano i vecchi un inutile gravame, i giovani vedono nei vecchi un muro alle loro aspirazioni di lavoro e per troppo tempo si è detto che i vecchi vivono la loro previdenza sulle spalle dei giovani.

Via dunque i vecchi, spazio ai giovani e nelle sgomitare ecco che si rilanciano i lazzi: i padri succhiano alle spalle dei figli portando via risorse e lavoro, i pensionati sono improduttivi, sono degli inattivi, sono dei trapassati.

Una volta la vecchiaia era la fase della saggezza e dell'equilibrio morale e l'anziano era guardato con rispetto, era considerato un patrimonio di cultura e tradizioni, era un maestro di vita da imitare, era colui che insegnava l'arte di un mestiere, ora viene considerato un costo, una spesa da abolire, anche se spesso necessario nel ménage familiare per accudire i nipoti quando i genitori lavorano. Sfatiamo allora il concetto che l'anziano venga concepito come un soggetto bisognoso in senso lato e che assorba risorse dalla Società o viva sulle spalle dei giovani.

Mi ribello: in più di 40 anni di vita lavorativa, e con me tantissimi altri, abbiamo dato molto al nostro Paese ed

alla Società con fior di sacrifici lavorativi e abbiamo trasfuso nelle giovani leve le nostre esperienze. È dunque con orgoglio che ci sentiamo anziani, ma non vecchi.

Del resto abbiamo un Presidente della Repubblica ultraottantenne e quanti sono i politici oltre i 65 anni? Quanti imprenditori conducono in modo mirabile, forti del patrimonio della vita vissuta, la propria azienda? E il Papa?

Ora cosa ci dà lo Stato di fronte ai sacrifici di tanti anni di lavoro, di versamenti di imposte e di contributi previdenziali?

Pensioni sempre più immiserite, tassate o meglio tassate sino all'ultimo centesimo, ben poche strutture per anziani bisognosi e costretti loro malgrado a chiedere aiuto ai figli. Basta dunque col dire che l'anziano è un soggetto bisognoso e che assorbe risorse dalla Società o che vive alle spalle dei giovani. Basta con l'emarginazione.

L'essere anziano è tutt'altro che uno stato passivo e di fatto il sentirsi anziano non deve coincidere con il superamento di una soglia anagrafica. Inoltre ai suoi tempi ha fatto il suo dovere verso la Società, così come ora lo fanno i giovani e tutti hanno dei diritti specifici, i cui buchi dovrebbero essere invece imputabili ai vuoti degli Amministratori. Una Società evoluta non deve permettere che l'anziano sia considerato un vecchio inutile o dopo tutto quello che ha dato venga considerato un parassita.

*Articolo di Marco Perelli Ercolini. Tratto da "Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri", anno XV, n. 1-2010*



*Fasano: Chiesa rupestre di S. Vigilia*





**ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI**  
SINDACATO NAZIONALE DI CATEGORIA

# **Corso di aggiornamento professionale in Odontoiatria Conservativa Estetica Adesiva su: Restauri estetici adesivi diretti**

**Brindisi 14 Maggio 2010**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI  
Via Palmiro Togliatti, 42

**Relatore: Dott. Andrea Guida**

Laureato in Odontoiatria e P. D. presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Professore a contratto in odontoiatria restaurativa presso il clid dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Già cultore della materia e docente a contratto in odontoiatria conservatrice presso l'Università di Perugia e di Roma. Master in Scienze e Tecnologia dei Materiali presso l'Università di Limerick, Irlanda, PHD (Post High Degree) in Scienze e Tecnologia dei Materiali presso l'Università di Limerick, Irlanda. Socio Attivo della Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice (Sidoc), Socio Attivo dell'International Association of Dental Research (IADR), Socio dell'American Academy of Cosmetic Dentistry (AACD), Socio Ordinario della SIE (Società Italiana di Endodonzia).

Autore di oltre 90 pubblicazioni. Relatore a congressi nazionali ed internazionali in campo restaurativo. Già docente ai Master di endodonzia dell'Università: Reggio Emilia Modena; Pisa e Roma.

## **PROGRAMMA DEL CORSO**

**Ore 8:30 Registrazione partecipanti**

**Introduzione dott. Mario Poli** (Presidente AIO Brindisi)

## **PARTE TEORICA**

**Ore 9:00 inizio corso**

- Sistemi adesivi smalto-dentinali di ultima generazione; sistemi a 2 passaggi e a 1 passaggio
- Compositi e scelta del colore
- Lampade fotopolimerizzatrici di ultima generazione
- Perni pre-fabbricati in fibra "estetici"

**Ore 11:30 Colfe Break**

- Come evitare i fenomeni di ipersensibilità post-operatoria
- Preparazione per restauro diretto ed indiretto
- Tecnica di applicazione e di modellazione del composito nei settori anteriori
- La cementazione del restauro indiretto
- Rifinitura e lucidatura dei manufatti per un'estetica ottimale

**Ore 13:30 Lunch**

## PARTE PRATICA

**Ore 15:30**

- Applicazione della diga nei settori anteriori
- Modellazione con stratificazione delle masse composite di restauri diretti di III, IV e V Classe su modelli prefornati.

**Ore 17:30 Restauro di elemento anteriore fratturato mediante mascherina in silicone**

- Cementazione di manufatti preconfezionati
- Modellazione con tecnica della stratificazione di un elemento anteriore
- Modellazione con tecnica della stratificazione di un elemento posteriore
- Verifica dell'apprendimento da parte dei partecipanti (con questionario ed esame pratico), compilazione della scheda di valutazione dell'evento
- Consegna dei certificati e crediti formativi
- Tavola rotonda & Chiusura dei lavori

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**RESTAURI ESTETICI ADESIVI DIRETTI**

BRINDISI, 14 MAGGIO 2010

Nome/Cognome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo dei  Medici  Odontoiatri

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Si autorizza l'utilizzo dei dati riportati ai sensi della Legge 196/06

FIRMA \_\_\_\_\_

Quote di partecipazione:

**SOCI AIO 2010 / STUDENTI**

Gratuito

**NON SOCI**

€ 100,00 (IVA inclusa)

TESORERIA

**Dott. Ruggiero Carla** - Bonifico: Banco Posta - AIO Brindisi

IBAN: IT 27 K07601 15900 000053494746

La scheda di adesione va inviata alla Segreteria Organizzativa AIO:

**AIO Brindisi** - Corso Garibaldi, 27 - 72100 Brindisi

E-mail: aiobrindisi@aio.it

**Sig. Giuseppe Vacca - Cell. 392 0619013**Segreteria Culturale: **Dott. Alessandro Scarano alexscarano@virgilio.it**



## Scuole di specializzazione mediche: avanti con la razionalizzazione

di **SILVIO TAFURI**

Segretario Generale Nazionale  
Segretariato Italiano Giovani Medici

A partire dallo scorso anno, per volontà del ministro Gelmini, è stato avviato un processo di razionalizzazione della rete delle scuole di specializzazione mediche. L'obiettivo del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca è ridurre il numero di scuole attivate sul territorio nazionale, aggregando le scuole che negli scorsi anni avevano registrato meno di tre iscritti per anno. Questo obiettivo è suffragato dalla legittima constatazione che scuole sottodimensionate possano non garantire sufficienti livelli di qualità della formazione.

Al fine di guidare il processo di razionalizzazione, il Ministro ha nominato una commissione di esperti, composta come di seguito: prof. Aldo Pinchera (Ordinario di Endocrinologia dell'Università di Pisa), prof. Luigi Frati ( Rettore della "Sapienza" Università di Roma), Prof. Andrea Lenzi (Presidente del Consiglio Universitario Nazionale), Dott. Antonello Masia (Capo Dipartimento del MIUR), Prof. Giovanni Persico (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Federico II di Napoli), Dr. Riccardo Casadei (in rappresentanza dei medici in formazione).

La Commissione ha elaborato delle specifiche raccomandazioni per il processo di razionalizzazione delle scuole di specializzazione, che vengono di seguito riportate.

### **1. Individuazione delle Scuole di specializzazione di carattere generale e di maggiore impatto per il Servizio Sanitario Nazionale**

Appartengono a questo gruppo di scuole le seguenti tipologie: Anestesia e rianimazione, Chirurgia generale, Ginecologia ed ostetricia, Igiene e medicina preventiva, Malattie dell'apparato cardiovascolare, Medicina interna, Ortopedia e traumatologia, Pediatria, Psichiatria e Radiodiagnostica. La scelta di queste tipologie, per le quali è prevista l'attivazione in via prioritaria presso tutti gli Atenei con Facoltà di Medicina, tiene conto della disponibilità di contratti nazionali in numero adeguato e delle esigenze del SSN.

L'attivazione di queste scuole presso tutti gli Atenei con Facoltà di Medicina è prevista come *possibile*, ma non è *automatica*, essendo subordinata comunque al possesso dei requisiti di accreditamento previsti dalla normativa in vigore.

### **2. Attivazione delle scuole per l'a.a. 2009/2010**

Stante l'impossibilità di attivare tutte le tipologie di scuola presso ogni Facoltà di Medicina, la selezione delle scuole non comprese nell'elenco di cui al punto 1 comporta la *valutazione comparativa dei requisiti*. A questo proposito va sottolineato che a questo fine i requisiti vanno valutati nel loro complesso piuttosto che isolatamente.

a. La dotazione di docenti (l e II fascia) specifici della tipologia della scuola è un requisito essenziale, che va integrato con la valutazione della produzione scientifica e della competenza professionale. Per le scuole prive di una corrispondenza diretta tra tipologia e settore scientifico disciplinare, questo requisito va interpretato come dotazione di docenti dei SSD compresi nell'Ambito della Tipologia della scuola secondo quanto previsto negli ordinamenti (DM 1 agosto 2005). Per quanto riguarda il direttore della scuola, vale la norma transitoria del possibile affidamento per un triennio a un docente di ruolo o fuori ruolo di un settore scientifico disciplinare affine a quello della tipologia della scuola.

b. I volumi di attività della rete formativa, valutata sulla base delle soglie di attività e del *case mix*, costituiscono un momento fondamentale del procedimento di verifica.

c. L'adeguatezza delle dimensioni della Facoltà di Medicina e Chirurgia va riferito specificamente alla tipologia della scuola, in particolare in termini di corpo docente necessario alla gestione del Tronco comune (DM 1 agosto 2005) e degli Insegnamenti fondamentali compresi nei requisiti di docenza (DM 28 marzo 2006). La valutazione dell'adeguatezza deve tenere conto del complesso delle scuole attivabili nella Facoltà. Non si tratta pertanto di una valutazione generica delle dimensioni della Facoltà in termini di *risorse strutturali e di docenti*.

d. L'attività pregressa delle scuole, documentata dall'assegnazione media di almeno tre borse/contratti nel quinquennio 2003-2008, è un requisito non vincolante, pur avendo un valore indicativo dell'esperienza acquisita. L'attivazione delle scuole è in ogni caso condizionata dal numero complessivo dei contratti nazionali e regionali (purché stabilizzati con una programmazione almeno triennale). A questo fine, nonché ai fini di

una programmazione generale della formazione specialistica, è essenziale l'interazione programmatoria tra Conferenza Stato-Regioni, MIUR e Ministero della Salute per la definizione dei contingenti dei contratti assegnati alle singole tipologie che tenga anche conto dei criteri geografici e del potenziale formativo.

### **3. Reti formative delle scuole di specializzazione istituite ma non attivate**

Stante l'incongruenza della soluzione federativa adottata in via sperimentale nello scorso anno accademico in fase di avvio con il piano generale di razionalizzazione, e per far fronte all'esigenza di mantenere viva la cultura formativa delle strutture afferenti alle scuole non attivate, si raccomanda che le reti formative di queste scuole servano ad integrare in *via prioritaria* la rete delle scuole attivate. Ciò consentirà la partecipazione al ciclo di rotazione annuale-biennale degli specializzandi. *Ai fini della integrazione delle reti formative potranno essere prese in particolare considerazione criteri di affinità culturale, localizzazione geografica e complementarietà.*

### **4. Scuole di specializzazione di area sanitaria con accesso a laureati non medici**

Le scuole di specializzazione di area sanitaria con

*accesso misto a laureati medici e non medici* (Psicologia Clinica, Biochimica Clinica, Microbiologia e Virologia, Patologia Clinica, Genetica Medica, Scienza dell'alimentazione, Farmacologia Medica, Statistica sanitaria e Biometria) o *accesso limitato a laureati non medici* (Farmacia ospedaliera, Fisica Medica) costituiscono un problema tuttora non risolto, stante la mancata assegnazione di contratti per laureati non medici. Si tratta di un problema più volte segnalato che, peraltro, ha anche implicazioni specifiche per le procedure di attivazione delle singole scuole.

A questo proposito la Commissione ha richiamato l'attenzione degli organismi competenti sull'esigenza di affrontare il problema con norme adeguate e urgenti.

### **5. Concorsi di ammissione nazionale**

L'adozione di concorsi nazionali, piuttosto che locali, è auspicabile ma non attuabile nell'immediato futuro. Occorre individuare la soluzione più idonea tra le molteplici soluzioni possibili, anche sulla base delle esperienze acquisite in altri paesi. La Commissione di Esperti raccomanda che venga costituito un Gruppo di Lavoro "ad hoc", che affronti con urgenza questo problema.



Fasano: Masseria di S. Pietro de octava



## **Nuovo concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione mediche: aggregazione delle scuole e possibilità di accesso per i medici delle strutture accreditate**

di **SILVIO TAFURI**

Con Decreto del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca del 5 febbraio 2010 sono state formalmente avviate le procedure concorsuali per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2009/2010.

Sulla scorta delle indicazioni contenute nel decreto, le Università provvedono alla emanazione dei bandi di concorso, in ottemperanza al Regolamento per l'ammissione alle scuole di specializzazione, entro il 12 febbraio 2010. Le singole università indicano la data entro la quale deve essere presentata la domanda di ammissione.

La prima prova, consistente in un quiz a risposta multipla, si svolgerà secondo il seguente calendario:

- 13 Aprile 2010: Area Medica;
- 14 Aprile 2010: Area Chirurgica;
- 15 Aprile 2010: Area Servizi.

Possono partecipare al concorso i medici in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione. La conclusione delle procedure concorsuali deve essere calendarizzata in maniera tale da garantire che i neospecializzandi possano prendere servizio il 17 Maggio 2010.

Viene consolidato in questo anno accademico il processo di razionalizzazione avviato nello scorso anno, che purtroppo impoverisce l'offerta formativa degli Atenei Pugliesi.

Questo processo colpisce particolarmente l'Università degli Studi di Foggia, che per effetto dell'aggregazione disposta dal Ministero, perde la titolarità di ben 18 scuole di specializzazione (Allergologia e Immunologia Clinica; Anatomia Patologica; Chirurgia Apparato Digerente; Chirurgia Plastica; Chirurgia Toracica; Ortopedia, Oftalmologia, Neurologia; Medicina Legale; Endocrinologia; Urologia; Gastroenterologia; Geriatria; Malattie dell'Apparato Respiratorio; Malattie Infettive; Medicina del Lavoro; Otorinolaringoiatria; Reumatologia). Tuttavia le scuole non attivate nell'Ateneo foggiano sono presenti nella rete formativa dell'Università di Bari.

L'Ateneo barese non è esente tuttavia da limitazioni

dell'offerta formativa; infatti per effetto della razionalizzazione vengono aggregate 10 scuole (Audiologia, Biochimica Clinica; Cardiochirurgia; Chirurgia Pediatrica; Farmacologia; Genetica Medica; Medicina dello Sport; Microbiologia; Neurochirurgia; Patologia Clinica). A differenza però di quanto accaduto per Foggia, la sede amministrativa delle scuole aggregate è rappresentata da Atenei di altre regioni (Napoli, Ancona, Roma), con conseguenti gravi difficoltà di coordinamento tra la sede centrale e le sedi periferiche.

Infine, il D.M. 5 febbraio 2010, recependo le indicazioni della Sentenza del Consiglio di Stato n.1189 del 19 marzo 2008, consente la partecipazione al concorso di ammissione, nel contingente riservato ai dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, anche ai medici in servizio presso strutture private accreditate.



Fasano: Torrione del XV sec.

## Aggiornamento professionale e formazione permanente

di **LUIGIA SERIO**

Presidente AIDM - Sezione Brindisi

La professionalità dei Medici e degli operatori Sanitari può venire definita da tre caratteristiche fondamentali:

- Il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- Il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare);
- Il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Il rapido e continuo sviluppo della medicina e delle conoscenze biomediche e l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere queste tre caratteristiche al massimo livello: in altre parole mantenersi "aggiornato e competente".

È per questo scopo che, in tutti i Paesi del mondo, sono nati i programmi di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.); l'E.C.M. comprende l'insieme **organizzato e controllato** di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da **chiunque lo desideri** (si tratti di una Società Scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera, o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità.

Naturalmente, ogni operatore della Sanità provvederà, in piena autonomia, al proprio aggiornamento; dovrà privilegiare, comunque, gli obiettivi formativi d'interesse nazionale, regionale e aziendale.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come integrato dal **decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229** ha voluto istituzionalizzare anche nel nostro Paese l'Educazione Continua in Medicina.

Allo scopo di applicare l'ACN è stata formata la Commissione mista Paritetica di Azienda prevista dall'art. 20 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e PLS di cui alla G.U. suppl. ord. n. 134 del 12/06/2006.

*In ogni ASL la Commissione Mista Paritetica, nominata dal Comitato Aziendale (art. 11, comma 2, lettera g dell'ACN), è composta da 4 e massimo 8 membri di cui la metà siano Animatori di Formazione (iscritti all'albo re-*

*gionale) e che operino nell'ambito aziendale. Compiti di tale commissione sono:*

*a) definire gli obiettivi generali del progetto formativo aziendale, sulla base dai criteri indicati dal comma 3 art. 8 DPR 270/00;*

*b) approvare il programma scientifico e organizzativo dei corsi su proposta degli animatori di formazione;*

*c) definire le risorse economiche necessarie alla copertura di tutti i costi relativi all'attività formativa.*

*d) valutare l'assolvimento dell'obbligo da parte del MMG.*

*I corsi di aggiornamento e di formazione devono essere svolti preferibilmente di sabato, con l'attivazione del Servizio di continuità Assistenziale per consentire ai Medici di Assistenza Primaria di frequentare i corsi per un tetto massimo di 40 ore annue.*

Ogni Azienda ASL deve assicurare una attività formativa pari ad almeno il 50% del monte ore previsto, (comma 3) 20 ore. Tale attività formativa deve essere configurata secondo la tipologia del "Progetto Formativo Aziendale", prevista dalla Commissione Nazionale ECM e deve, quindi, essere accreditata (comma 4).

*Per garantire il carattere formativo dei corsi, finalizzato al miglioramento della pratica professionale dei MMG e alla integrazione tra Medicina Generale e Medicina Specialistica i corsi devono (comma 5):*

*- essere organizzati dalle ASL e dagli Animatori di formazione secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi e della didattica interattiva e prevedere, di norma, un numero di partecipanti non superiore a 40;*

*- Prevedere la partecipazione di almeno un animatore di formazione per ogni corso;*

*- utilizzare, nel ruolo di docente di contenuto, di norma operatori sanitari che svolgono la loro attività nell'ambito dell'ASL, preferibilmente nello stesso distretto in cui il corso viene attivato.*

Attualmente la formazione della MG è erogata da:

- Ufficio Formazione Aziendale;
- Società Scientifiche SIMG; METHIS; SNAMID; AIMEF;
- Associazione di categorie di Genere AIDM;
- Provider privati sponsorizzati da aziende private.



Tutti questi soggetti possono accreditare eventi scientifici attraverso i propri Provider che valutano la qualità e le caratteristiche dell'evento attraverso i propri Comitati Scientifici sulla base dell'analisi degli obiettivi proposti, del razionale scientifico, del controllo dei curricula dei relatori, numero di partecipanti, sede dello svolgimento dell'evento formativo.

Nella I Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina del settembre 2009 a Cernobbio sono state introdotte nuove regole per la Formazione.

L'accreditamento dei provider, sarà affidato alla Commissione Nazionale o alle Regioni e Province Au-

tonome, a seconda dell'ambito di attività del provider medesimo. Lo stesso ente accreditante verificherà, nel tempo, la persistenza dei requisiti di accreditamento, con particolare riferimento anche alla qualità della formazione erogata. Il provider dovrà presentare un piano annuale, contenente l'offerta formativa che intende erogare.

In considerazione di tutto ciò che stato detto e fatto fino ad ora si deve pensare che l'ECM in Medicina è molto importante e lo sarà sempre di più ed è altresì importante che tutto venga svolto secondo regole in conformità dell'ACN vigente.

## Elementi di Risk Management

di VITO CAPONE

*Commissione Risk Management e Rischio Clinico*

Alla base delle procedure di Risk Management a livello internazionale vi è stato il movimento del mondo anglosassone, e in particolare di quello inglese, che ha prodotto la riorganizzazione del sistema sanitario inglese di assistenza (NHS), con una dichiarazione d'intenti da parte dello stesso governo che ha assunto il nome di "Clinical Governance". L'evoluzione dei modelli iniziali ha portato a una visione d'insieme delle problematiche con una finalizzazione dei problemi che si basa sull'approccio integrato alla gestione del rischio. Vengono quindi affrontati i diversi modelli realizzati nelle diverse nazioni con la descrizione del modello di riferimento di Risk Management, le varie versioni applicative con la sottolineatura degli aspetti professionali che portano a una modifica della gestione di tutte le problematiche sia in ambito sanitario sia nei sottoinsiemi correlati. L'aspetto medico-legale viene affrontato nella sua complessità in continua crescita.

### **Risk Management in Italia**

Anche in Italia l'aspetto medico-legale come fattore di rischio è ulteriormente enfatizzato dal nuovo codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) che estende a tutto il personale non medico (sia sanitario sia amministrativo) il segreto professionale, prima limitato per i dati sanitari ai soli medici. Anche l'aspetto etico trova nuove motivazioni dal recepimento dei codici professionali come allegati del decreto legislativo 196/2003. Il rischio giuridico amministrativo, specialmente nel suo aspetto di gestione del contenzioso e della tutela delle persone coinvolte, si apre come problema emergente. Per meglio affrontare queste tematiche basti pensare

ai diversi stili di comunicazione in Sanità, con la particolare enfasi riservata al counselling, o a un argomento anch'esso in fase di crescita esplosiva come la comunicazione in differita, con la sottolineatura delle nuove modalità legate all'aspetto telematico e informatico nelle diverse applicazioni.

### **Contenzioso legale in Sanità nella Regione Lombardia**

In Italia, pur non essendoci delle statistiche precise su tutto il territorio nazionale, ogni anno vengono avviati numerosi procedimenti di risarcimento nelle strutture sanitarie. In Lombardia è stato realizzato uno studio in cui si è tentato di tratteggiare il problema con una mappatura dei sinistri nel quinquennio 1999-2004, comprendente le 29 Aziende Ospedaliere e le 15 ASL, che ha rivelato alcune dimensioni del problema. In tale periodo vi sono stati circa 21.000 sinistri, suddivisi tra richieste di risarcimento (11.000) e denunce cautelative (10.000). Che cosa ci dice di significativo questa mappatura sullo stato dei sinistri? Che il 61% sono ancora aperti, il 14% sono senza seguito, che il 25% è stato definito con un esborso di 46 milioni di euro liquidati. Altrettanto significativo che il 71% dei contenziosi sia rappresentato da 4 settori (Ortopedia e Traumatologia 24%, Pronto Soccorso 19%, Chirurgia Generale 15%, Ostetricia e Ginecologia 13%).

### **Clinical Governance e Risk Management**

Questo fenomeno è ben noto ed è stato molto studiato nei Paesi di lingua anglosassone, nel Nord America e in alcuni Paesi europei. Ha preso il nome di Clinical

Governance e ha identificato come metodo risolutore ed essenziale il Risk Management (RM), cioè l'analisi del rischio, che in particolare viene trattato come "rischio clinico", anche se alcuni aspetti sono meglio considerati come rischio legale o come sicurezza.

### **Epidemiologia del rischio in Sanità**

Possiamo costruire un'epidemiologia del rischio in Sanità, basata su una sorta di metanalisi internazionale delle pubblicazioni, che prende in considerazione nelle diverse nazioni tale fenomeno. Ciò ha indotto a ritenere che esistano situazioni, condizioni ambientali, elementi che strutturalmente concorrono a rendere l'errore più possibile e frequente. La massa di segnalazioni raccolte insieme all'esame della casistica ha consentito di evidenziare una serie di elementi comuni, primo fra tutti la ripetitività dei sospetti errori segnalati, sia per tipologia sia per area specialistica. D'altro canto questi stessi elementi evidenziano la possibilità di intervenire e prevenire il ripetersi di situazioni dannose con attività incentrate sulla gestione del rischio. Perché, per dirla come Ferraro, padre della VRQ italiana, progettare e implementare un sistema assistenziale è una responsabilità manageriale che si può fare solo con la conoscenza clinica e il coinvolgimento dei medici, proprio perché l'esperienza è quella cosa meravigliosa che ti fa riconoscere un errore quando lo commetti di nuovo. Parlare dell'errore in Sanità diventa quindi un imperativo, un modo tra l'altro di intervenire a livello europeo e internazionale sul problema.

### **Nuovo modo di interpretare l'errore in Sanità**

Cardini di questa filosofia sanitaria, che data poco più di tre lustri, sono linee chiare di responsabilità per la qualità complessiva, un programma completo di sistemi di miglioramento della qualità, piani di formazione e addestramento, programmi chiari di gestione dei rischi, procedure integrate interprofessionali per identificare e porre rimedio alla cattiva pratica sanitaria. Da tale recente metodologia si è prodotto un nuovo modo di interpretare l'errore in Sanità, che ha condotto a sensibili miglioramenti dove è stato istituzionalizzato, come nel caso della Vanderbilt University (Nashville, Tennessee, USA) o del Sistema Sanitario Inglese (NHS).

In particolare va sottolineato che gli errori in medicina sono commessi per la ripetitività delle procedure e per il volume delle prestazioni e non, come pensato dai più, per pazienti in gravi condizioni o per interventi complessi (*To err is human. Building a safer health system* – 1999 National Academic Press Washington D.C.). In una statistica del NHS (2000) che motivava l'adozione del programma

di Clinical Governance, emergevano (in similitudine ai dati lombardi e internazionali) dati scioccanti: 400 morti/anno per malfunzionamento di apparecchiature mediche, 1.150 suicidi tra pazienti psichiatrici presso strutture pubbliche, 10.000 persone che riferivano danni da farmaci, 28.000 persone che denunciavano il NHS per danni da errata assistenza sanitaria, 400 milioni di sterline (645 milioni di )/anno per risarcimento di errori sanitari e 2,4 miliardi di sterline (3,9 miliardi di ) per le cause pendenti. Per tornare all'Italia, dall'inizio del nuovo millennio si è assistito a un'attività legata all'istituzione sperimentale di alcuni servizi ospedalieri di RM in un gruppo di Ospedali (2001) e all'istituzione di una commissione tecnica (DM 5 marzo 2003) che ha prodotto l'anno successivo il manuale "Risk management in Sanità: il problema degli errori" sia in formato tradizionale sia in formato elettronico scaricabile dal sito ministeriale.

### **Analisi dell'errore**

Il Dipartimento della Qualità, ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III, ha chiesto la compilazione di un questionario per le Strutture Sanitarie (con l'identificazione del referente per tali problematiche), seguito dall'"Indagine nazionale presso le Società Scientifiche sull'attività per la sicurezza e in particolare il coinvolgimento del paziente, dei familiari, dei volontari e degli operatori" in coerenza con quanto portato avanti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso il programma Alliance for Patient Safety. Tale indagine ci ha visti coinvolti sia come Società sia come Gruppo di Studio: si parla espressamente di Stakeholders, cioè di tutti coloro che a vario titolo sono coinvolti nell'attività, siano essi dipendenti, fruitori, fornitori o che facciano parte a qualsiasi titolo della collettività; chiunque sia portatore di un interesse trova quindi l'investitura a occuparsi della problematica. Concetto propedeutico anche a quanto prodotto dalla Commissione Tecnica sul rischio clinico che sottolinea anche la necessità di imparare dall'errore. Non bisogna dimenticare che è proprio del metodo RM iniziare dall'analisi dell'errore e realizzare una scaletta delle priorità d'intervento, raggiungendo rapidamente miglioramenti tangibili e una visione d'insieme, fondamentale in una gestione attualizzata in campo sanitario e in medicina di laboratorio. Ciò è tanto più importante quanto più sono limitate le risorse e quindi la necessità di produrre buoni risultati. Da qui l'attualità del RM che in Italia è comunque ancora poco "sentito", diffuso e utilizzato come procedura routinaria di soluzione dei problemi.





## **Approccio integrato alla gestione del rischio**

Ma veniamo a un approccio integrato alla gestione del rischio, che prenda in considerazione diverse aree. La prima è quella del rischio clinico propriamente detto, che considera la sicurezza delle pratiche assistenziali, diagnostiche e terapeutiche. La seconda area è sicuramente quella legata alla sicurezza di ambienti, impianti e lavoratori, dove ovviamente viene enfatizzato nuovamente l'aspetto legato alla prima legge-quadro europea sulla sicurezza (in Italia, l. 626/94 e successivi aggiornamenti). La terza area è forse l'aspetto meno conosciuto dagli operatori italiani e riguarda i rischi giuridico-amministrativi, con particolare riguardo alla gestione del contenzioso, alla tutela degli operatori e dei pazienti (D.Lgs. 196/2003).

## **Applicazione del modello di un Risk Management efficace**

Partendo da Lucian L. Leape, per primo propugnatore del dato che gli errori sono più disfunzioni del sistema che responsabilità dei singoli e che gli errori li facciamo e dobbiamo proteggerci, sapendo che nonostante tutte le protezioni messe in campo l'errore si verificherà comunque e che sarà riconducibile a un errore di sistema nell'85% dei casi, si arriva ad applicare il modello di un RM efficace nelle diverse fasi che lo distinguono. La conoscenza e l'analisi dell'errore si ottengono attraverso sistemi di report, revisione di cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria, utilizzo di indicatori. L'individuazione e la correzione delle cause di errore possono essere formalizzate con analisi di processo, come una Root Causes Analysis (RCA), o con una Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). Deve essere attivato un monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, così come devono essere realizzati l'implementazione e il sostegno attivo delle soluzioni proposte.

## **Identificazione degli errori latenti e degli errori attivi**

Rifacendosi al modello di Reason o delle "fette di gruviera", vengono cercati gli errori latenti e analizzati gli errori attivi. La Root Causes Analysis, o analisi dei cinque perché, passa per una richiesta medica agli infermieri sottostimata (la constatazione dei sintomi è spesso evidente), per una scarsa conoscenza della procedura di prelievo (legata alla dimensione del testo delle istruzioni, alla conservazione delle procedure da parte della caposala, normalmente assente due turni su tre, alla mancanza della figura medica), per la non utilizzazione del prospetto riassuntivo esposto (ci vie-

ne richiesto il prelievo al letto del paziente e per fare in fretta ci fidiamo della memoria), per mancata consultazione in caso di dubbi perché il telefono è occupato, perché è difficile avere sempre un aiuto, in definitiva perché manca il tempo.

## **Comunicazione del rischio**

Come evidenziato nelle procedure di RM, per fortuna non sempre a fronte di errori si sviluppano incidenti: siamo di fronte a una piramide di incidenti sfiorati (300) che producono 29 incidenti minori e un incidente maggiore. Risulta evidente anche qui il fulcro su cui si gioca tutta la problematica: la mancanza di comunicazione.

Per comunicare il rischio, è necessario identificarne l'evoluzione e bisogna stimare il rischio, valutarlo, definirne le opzioni, prendere le decisioni, intraprendere le azioni, monitorare gli outcomes, in un vero e proprio ciclo continuo. Ma perché scegliere questa strada? "Perché i medici fanno continuamente grandi sbagli e i medici hanno motivi particolari per nascondere. Si avanza la pretesa che non lo possano dire perché altrimenti i pazienti perderebbero la fiducia, e la fiducia dei pazienti è un elemento essenziale nel processo di guarigione. Lo ritengo falso. I pazienti sanno benissimo che i medici sbagliano, e avranno maggior fiducia se i medici lo ammetteranno apertamente" (K. R. Popper). E allora entriamo nel mondo dell'errore. Possiamo trovare l'errore nell'uso dei farmaci, nella prescrizione, trascrizione, distribuzione, preparazione, somministrazione e monitoraggio.

## **Errore in campo chirurgico**

Uno dei campi principe dell'errore è il campo chirurgico, come evidenzia anche la statistica regionale lombarda, con corpi estranei nel focolaio chirurgico, interventi sulla parte o sul lato del corpo sbagliato, la chirurgia non necessaria, quella impropria, o semplicemente una non corretta gestione del paziente chirurgico.

## **Errore in medicina di laboratorio**

Per quanto riguarda l'errore nell'uso delle apparecchiature troviamo il malfunzionamento dovuto a problemi tecnici di fabbricazione, non causati dall'operatore, ma anche malfunzionamenti legati all'utilizzatore quali impostazioni, manutenzioni, errori d'uso, come pure l'uso in condizioni non appropriate. In questo ambito sono da annoverare inoltre istruzioni e manutenzione inadeguate, pulizia non corretta, utilizzo oltre i limiti di durata previsti. Sempre di somma attenzione per i laboratoristi è il capitolo dell'errore legato a esa-

mi o a procedure diagnostiche, non appropriate o non eseguite, programmate ma non eseguite, eseguite in modo inadeguato e/o scorretto, per finire con quelle eseguite in modo corretto ma per il paziente sbagliato.

### **Errore nella tempistica**

Un ultimo capitolo riguarda la tempistica: ritardo nel trattamento farmacologico, ritardo nell'esecuzione (in particolare dell'intervento chirurgico), ritardo nella diagnosi e poi tutti gli altri ritardi organizzativi, gestionali e logistici.

### **Classificazione degli errori**

All'errore si può rispondere con una reazione automatica allo stimolo (il modo più superficiale) o con una scelta di norma/regola adeguata o con la pianificazione di una strategia d'azione. L'ideale è sfruttare tutte queste modalità di reazione, ottenendo le migliori risposte e non limitandosi a una forma soltanto, inevitabilmente inadeguata. Classificare gli errori è un buon passo: abbiamo infatti due categorie generali. La prima è quella degli errori di commissione, in cui rientrano tutti gli errori dovuti all'esecuzione di atti medici o assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto. Nella seconda, errori di omissione, sono raggruppati tutti quelli dovuti alla mancata esecuzione di atti medici o sanitari ritenuti, in base alle conoscenze e all'esperienza professionale, necessari per la cura del paziente. Per quanto riguarda l'errore umano, attivo o latente, possiamo ricondurre il tutto a tre categorie: slips, lapses e mistakes. Le violazioni sono deviazioni da procedure operative sicure, da standard o da regole.

### **Errori organizzativi**

Negli errori organizzativi rientrano tutti quelli dovuti all'organizzazione del lavoro, alla pianificazione della gestione delle emergenze, alla disponibilità e accessibilità delle attrezzature sanitarie e/o di supporto. Abbiamo già detto che non tutti gli errori producono danno: per tale motivo nella tipologia di errore parliamo di errori latenti (latent failure), cioè di tutti gli sbagli che rimangono "silenti" nel sistema finché un evento scatenante (trigger event) non li renderà manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. Sempre nella tipologia troviamo gli errori attivi (active failure) che provocano immediate conseguenze. Ciò è motivato dalle condizioni latenti di insicurezza in cui si collocano le azioni umane. L'incidente si realizza quando le azioni del singolo trovano pertugio nella sicurezza del sistema. Gli errori sono quindi con-

sequenza dell'agire organizzato e non causa del fallimento del sistema.

### **Tipologie di errore**

Veniamo alla definizione delle azioni che violano la sicurezza, partendo da quelle non secondo le intenzioni, gli slips e i lapses. I primi sono **errori di attenzione**, classicamente intrusioni, omissioni, inversioni, ordinamenti e tempi sbagliati. I secondi sono **errori della memoria**, omissioni di elementi pianificati, confusioni spaziali, oblio delle intenzioni. Ma violano la sicurezza anche azioni secondo le intenzioni, e cioè mistakes e violations. Dei primi fanno parte l'applicazione erronea di buone regole e l'applicazione di regole sbagliate. Delle seconde fanno parte le violazioni di routine, quelle eccezionali e gli atti di sabotaggio.

Parlando dell'errore umano, forse è utile sottolineare che **si verifica a livello d'abilità** e in questa categoria vengono classificate tutte quelle azioni che vengono eseguite in modo diverso da come pianificato, cioè il soggetto sa come dovrebbe eseguire un compito, ma non lo fa, oppure inavvertitamente lo esegue in maniera non corretta (ad esempio, il paziente riferisce di un'allergia all'infermiere che si dimentica di riferirlo al medico). Sono gli errori di esecuzione, gli slips. Per gli **errori d'esecuzione provocati da un fallimento della memoria**, l'azione ha un risultato diverso da quello atteso a causa di un fallimento della memoria. A differenza degli slips, i lapses non sono direttamente osservabili.

I mistakes sono errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione, si tratta di errori pregressi che si sviluppano durante i processi di pianificazione di strategie. L'obiettivo non viene raggiunto perché le tattiche e i mezzi attuati per raggiungerlo non lo permettono. Possono essere di due tipi. Si è scelto di applicare una regola o una procedura che non permette di conseguire quel determinato obiettivo (Ruled Based). Sono errori che riguardano la conoscenza, a volte troppo scarsa, che porta a ideare percorsi d'azione che non permettono di raggiungere l'obiettivo prefissato. In questo caso è il piano stesso ad essere sbagliato, nonostante le azioni compiute siano eseguite in modo corretto, come sottolineato da Reason già nel 1990.

### **Fasi di un Risk Management efficace**

Le fasi di un Risk Management efficace sono riconducibili a quattro categorie: la prima è la conoscenza dell'errore (che passa per sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori), la seconda è l'individuazione e la correzione delle cause di errore (Root Cause

Analisis, analisi di processo, Failure Mode and Effect Analysis), la terza è il monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, la quarta è l'implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

### Strategie per ridurre gli errori

Le strategie per ridurre gli errori nell'assistenza sanitaria passano per un **sistema non punitivo**, che favorisce la segnalazione spontanea degli errori, per una **cultura della sicurezza** basata sulla prevenzione e previsione dei possibili errori, per un sistema di **individuazione e correzione sistematica** delle situazioni a rischio di errore e di danno su scala nazionale (*To err is human. Building a safer health system* – National Academic Press, Washington D.C. 1999). Esempi sono l'Analisi Reattiva attraverso sistemi di report o con indicatori o quella proattiva (progettare operazioni sicure) che secondo Leape può ridurre gli errori fino al 90%.

### Consenso Informato

Questo in qualche modo ci riporta a interpretare le problematiche dell'errore medico e della medicina difensiva, spezzando una lancia in favore della depenalizzazione dell'atto medico: mantenerne l'aspetto risarcitorio civilistico senza dover ricorrere al giudizio penale come è oggi. Ma va tenuto presente che "la maggior parte delle denunce da parte di pazienti o loro familiari non dipende tanto dalla volontà di ottenere un risarcimento materiale, quanto piuttosto da una serie di fattori che possono essere sintetizzati in tre parole: mancanza di comunicazione ("Manuale di RM" del Vanderbilt Hospital). Tutto ciò ci porta inevitabilmente al "consenso informato" che trae nuova linfa dal D.Lgs. 196/2003, meglio noto come codice della privacy. Proviamo allora a leggere sotto forma di gestione dei rischi questa legge-quadro, recepimento della normativa europea.

### Codice sulla Privacy

Possiamo identificare grossolanamente cinque gruppi di articoli che concorrono a tratteggiare il quadro d'insieme. Gli articoli 1, 2, 3, 4 esplicitano **gli obiettivi della legge e il vocabolario** da utilizzare (nell'Art. 4 vengono esplicitati i significati delle varie parole trattate in tutta la legge). Un secondo gruppo di articoli, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 23, inquadra quanto riguarda **i diritti del cittadino**, l'esistenza dei dati, l'informativa e il consenso. **La gestione dei dati** trova le basi negli Artt. 22, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 90, 91, 92, 93, 94, 180 per quanto attiene archivi cartacei e informatici, cifratura, Documento Programmatico della Sicurezza. **Gli obblighi per i**

**Definizioni**

- Rischio:** la possibilità che una minaccia sfrutti una vulnerabilità di una risorsa e conseguentemente causi un danno all'organizzazione. E' misurato come combinazione delle probabilità di un evento e le sue conseguenze.
- Analisi del rischio:** uso sistematico di informazioni per identificare le cause di rischio e stimarlo (combinando probabilità di eventi, vulnerabilità e impatti).
- Valutazione del rischio:** processo di comparazione tra il rischio stimato e i criteri stabiliti per determinarne la significatività.
- Risk Assessment:** processo complessivo di analisi e valutazione del rischio.

**sanitari** sono basati sugli articoli dal 76 all'86, sia per gli esercenti le professioni sanitarie, sia per le strutture sanitarie pubbliche, comprensivi dei casi di semplificazione. **La tutela amministrativa, giurisdizionale e le sanzioni** sono trattate negli artt. dal 141 al 152 e dal 161 al 172 per quanto riguarda reclami, segnalazioni e ricorsi, comprensive delle sanzioni amministrative e penali. Centrando comunque l'obiettivo su un articolo specifico, l'82 – Emergenza e tutela della salute e dell'incolumità –, ricordiamo che l'informativa e il consenso devono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione nel caso di emergenza sanitaria, come appunto le prestazioni di 118 e/o pronto soccorso. Nello stesso articolo si segnala la necessità dell'informativa e la prestazione del consenso al compimento del 18° anno di età. Possiamo dire che tutto ciò che permea la legge è riassumibile in tre parole: Informativa, Consenso e Tracciabilità, problematiche parallele alla qualità o alle ISO-27001. Un altro punto importante della legge è l'Art. 80 – Informativa da parte di altri soggetti pubblici –, che prevede un'informativa unica per una pluralità di trattamenti, con l'obbligo di integrazione con appositi cartelli e avvisi, agevolmente visibili al pubblico (affissi, con apposite pubblicazioni, in rete web). L'Art. 84 riserva al medico la comunicazione dei dati sanitari all'interessato. Tutto questo tiene conto del nuovo meccanismo di comunicazione medico-paziente, comprensivo dello sviluppo tumultuoso dell'informazione distribuita. Anche alcuni problemi come la gestione degli archivi e banche dati, la firma elettronica, la conoscenza delle leggi trovano soluzioni nel nuovo codice della privacy. Per tale motivo l'applicazione delle procedure di RM e rischio legale risultano prioritarie e integrabili in tutti i contesti sanitari, proprio perché la quantità di informazioni necessarie, in prima istanza proprio per il personale sanitario, sono aumentate in modo esponenziale: scegliere un'in-

troduzione ponderata come quella proposta dal RM è renderne più facile la conoscenza e l'applicazione.

### **Risk Assessment**

Il metodo più caldeggiato per un percorso di Risk Management è comunque l'utilizzo di procedure di Risk Assessment, che hanno come presupposto delle metodologie che si fondono sovente con le procedure ISO e che identificano delle definizioni ormai divenute punto di riferimento. Non entrando nelle applicazioni proprie del Risk Assessment, basti accennare, una volta identificato un possibile errore/incidente, con quanta probabilità l'evento può verificarsi e quali danni può provocare all'Azienda nel momento in cui effettivamente si verifica. Occorre a questo punto stabilire se il rischio è accettabile o richiede un trattamento onde ridurre il rischio a un livello accettabile. I Pass del Risk Assessment possono essere così riassunti:

1. valutare la frequenza degli errori/incidenti
2. valutare la rilevanza degli errori
3. ipotizzare conseguenze dell'errore/incidente

Possiamo concludere questa breve e incompleta trattazione, citando ancora un pensiero di K. R. Popper: **“Evitare errori è un ideale meschino: se non osiamo affrontare problemi che siano così difficili da rendere l'errore quasi inevitabile, non vi sarà allora**

**sviluppo della conoscenza... Nessuno può evitare di fare errori, la cosa più grande è imparare da essi”**

### **Bibliografia**

1. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317:61-5.
2. <http://www.ministerosalute.it/programmazione/qualita/sezQualita.jsp?id=84&label=risk> (data di consultazione: 16.8.2006).
3. Casiraghi G, Pradella M. Banche dati, registri e schedari in ambito sanitario: aspetti legali. *Riv Med Lab - JLM* 2004; 5(Suppl. al n.3):108-12.
4. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272:1851-7.
5. Camporese A. Il microbiologo clinico nel panorama di modernizzazione della medicina di laboratorio. *Riv Med Lab - JLM* 2004; 5(Suppl. al n.3):121-32.
6. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000 320:768-70.
7. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA*; 1998; 280:1444-7.
8. Casiraghi G. Il nuovo Testo Unico della Privacy: l'impatto del Consenso Informato. *Riv Med Lab - JLM* 2004; 5(Suppl. al n.3):142-6.
9. Casiraghi G. Commento agli Artt. 75, 76, 79, 82, 94. In: Italia V, et al. Codice della privacy. Commento al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 aggiornato con le più recenti modifiche legislative. Due tomi. Milano: Giuffrè Editore; 2004, I. p. 1115-26; 1153-5; 1175-8; 1311-6.
10. Burlina A. La logica diagnostica del laboratorio. Padova: Piccin editore; 1988.



Fasano: Necropoli di Egnazia

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**CONSIGLIO UNIVERSITARIO NAZIONALE**

Prot. n. 1112  
Spedito il 27/11/2009

**Al Sig. Ministro  
S E D E**

**OGGETTO: Art. 38, comma 2 d. Lgs. N. 81/2008 – Schema di formazione del medico competente.**

**Adunanza del 19 novembre 2009  
IL CONSIGLIO UNIVERSITARIO NAZIONALE**

Vista la nota del Capo Dipartimento Direttore Dott. Antonello Masia prot. n. 2685 del 23/06/09;  
Visto il parere del Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, N. DGPREV-I. 8. f.n. 1 del 17/06/2009;  
Sentiti i rappresentanti della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) e della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA);

Ribadito il proprio parere del 7/10/08 in relazione ai contenuti culturali ed alla numerosità dei CFU di attività di apprendimento necessari ai fini di ottenere la qualifica di medico competente;

**RITIENE**

che il proprio parere del 7/10/08 ed il successivo schema di decreto interministeriale possano essere integrati come segue:

- I medici in possesso del requisito di cui al comma 1, lettera d) dell'art 38 D.Lgs 81/2008 alla data di entrata in vigore del presente decreto possono continuare a svolgere la funzione di medico competente fino alla conclusione dei corsi di cui al presente parere;

- Per gli specialisti "vecchio ordinamento" in Igiene e Medicina preventiva ed in Medicina Legale e delle Assicurazioni, gli Atenei in cui insiste una Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro e Igiene industriale, su parere motivato relativo al curriculum vitae del candidato espresso da una commissione presieduta dal direttore della Scuola di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, o suo delegato, e con la presenza di rappresentanti delle Scuole di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica e di Medicina Legale e delle Assicurazioni;

- potranno riconoscere un credito formativo, fino ad un massimo di 30 CFU, riducendo di una pari entità i CFU necessari per l'espletamento del Corso integrativo; tale riduzione comporterà la elaborazione di un piano di studi individuale con l'assegnazione di CFU alle singole attività formative teoriche e professionalizzanti. I CFU sono comunque da intendersi pari a 25 ore di apprendimento studente come da norma vigente.

- Per gli specialisti del "nuovo ordinamento" delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva e Medicina Legale e delle Assicurazioni inserite nella Classe Sanità Pubblica (ai sensi del D.M. 1/8/2005 e del D.M. 29/3/2006) i percorsi formativi di cui all'art. 38 D.Lgs 81/2008 si intenderanno assolti, con un percorso elettivo di 45 CFU ad hoc nell'ambito dei 300 CFU della Scuola, con l'obbligo di una valutazione collegiale da parte di rappresentanti delle Scuole di Specializzazione della Classe Sanità pubblica dell'Ateneo coordinati dal direttore della Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale. Tale riconoscimento è possibile solo negli Atenei in cui sono presenti contestualmente le Scuole di Specializzazione di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica e di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

**IL SEGRETARIO  
(dott. Antonio VALEO)**

**IL PRESIDENTE  
(Prof. Andrea LENZI)**

# Linee guida per la formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali riservate ai medici chirurghi e odontoiatri della Commissione Salute Conferenza Stato-Regioni

## Medicine e pratiche non convenzionali oggetto del presente documento

### **Agopuntura**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che si avvale dell'infissione di aghi metallici in ben determinate zone cutanee (punti e meridiani cutanei), per ristabilire l'equilibrio di uno stato di salute alterato. L'Agopuntura comprende anche la Moxibustione (tecnica di stimolo dei punti di Agopuntura attraverso il calore generato dalla combustione di coni di Artemisia secca) e il martelletto "fior di prugna" (somministrazione di piccoli traumi ripetitivi sui punti di Agopuntura).

### **Fitoterapia**

Metodo terapeutico basato sull'uso delle piante medicinali o di loro derivati ed estratti opportunamente trattati, uso che può avvenire anche all'interno di un sistema diagnostico-terapeutico sovrapponibile a quello utilizzato dalla medicina convenzionale.

### **Omeopatia**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico, formulato alla fine del XVIII secolo dal medico tedesco Samuel Hahnemann, basato sulla "Legge dei Simili", che afferma la possibilità di curare un malato somministrandogli una o più sostanze che, in una persona sana, riprodurrebbero i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico, e sulla prescrizione, strettamente individualizzata sul paziente, di medicinali sperimentati secondo la metodologia omeopatica e prodotti per successive diluizioni e succussioni, "unitari" (monocomponente) o "complessi", composti da più ceppi unitari in preparazione magistrale.

### **Omotossicologia**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico, derivato dalla Medicina Omeopatica, formulato nella seconda metà del XX secolo dal medico tedesco Hans Heinrich Reckweg, che si avvale di una sua caratteristica base teorica e metodologica e di una sua peculiare strategia terapeutica. La parola Omotossicologia deriva

dal concetto di "Omotossina" cioè qualsiasi molecola endogena o esogena capace di provocare un danno biologico all'organismo. L'Omotossicologia interpreta la malattia come espressione della lotta fisiologica dell'organismo che tende ad eliminare le "omotossine" e/o come espressione del tentativo dell'organismo di compensare i danni omotossici subiti. La Omotossicologia si avvale di una farmacologia costituita da medicinali omeopatici a bassa (*low dose*) ed alta diluizione, sia unitari, sia complessi in formulazione standard.

### **Medicina Antroposofica**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico definito come "ampliamento dell'Arte Medica", formulato all'inizio del XX secolo dal filosofo austriaco Rudolf Steiner e dal medico olandese Ita Wegman, che si avvale di un metodo conoscitivo, fondato su una propria epistemologia, che guida la ricerca delle leggi che stanno a fondamento delle manifestazioni della vita. La Medicina Antroposofica, sistema terapeutico complesso articolato in varie discipline, comprende anche una farmacologia costituita da medicinali tratti dalla Natura e prodotti con metodi peculiari e da medicinali omeopatici sia unitari, sia complessi in formulazione standard.

### **Ayurvedica**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che comprende i principi generali della Tradizione medica dell'India, lo studio delle costituzioni dell'uomo (Vata, Pitta e Kapha) e la peculiare farmacoterapia.

### **Medicina tradizionale cinese**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che comprende i principi generali della Medicina Tradizionale Cinese e la peculiare farmacoterapia.

La definizione medicine e pratiche non convenzionali utilizzata nel documento comprende tutte le medicine e pratiche definite pure come medicine complementari o medicine integrate.

Le medicine e pratiche non convenzionali oggetto delle presenti linee guida sono individuate come sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina scientifica avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute.

In coerenza con la delibera n. 3 del 18 maggio 2002 del Consiglio Nazionale FNOMCeO concernente "Linee guida sulle medicine e pratiche non convenzionali", le medicine e pratiche non convenzionali, nella stessa delibera sancite come atto medico e oggetto di attività riservata, comprendono i seguenti sistemi e discipline di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra:

- agopuntura;
- fitoterapia;
- omeopatia;
- omotossicologia;
- medicina antroposofica;
- ayurvedica;
- medicina tradizionale cinese.

L'osteopatia e la chiropratica, stante la difforme normativa, non rientrano nella presente normazione.

Tali pratiche vanno esercitate nell'ambito e nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia e dalle previsioni del codice di deontologia medica.

Le medicine e pratiche non convenzionali in elenco

sono le più utilizzate in Italia e nei Paesi occidentali; sono caratterizzate da peculiari teorie, farmacopoee e metodi clinici specifici, oggi sottoposte a varie forme di verifica sperimentale e investigate nelle Università e nei maggiori centri di ricerca biomedica; i relativi risultati sono inseriti nelle banche-dati accreditate internazionalmente e la bibliografia, già costituita da migliaia di pubblicazioni, è in continua crescita: sono inserite in alcuni percorsi formativi universitari (Corsi elettivi, Corsi di Perfezionamento post-laurea, Master); il loro insegnamento avviene anche in istituti di formazione privati che si sono impegnati in percorsi di qualità; sono infine spesso erogate da soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione.

Per maggiore garanzia dei cittadini si concorda sulla necessità che vengano istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri gli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali.

### **Accreditamento dei soggetti pubblici e privati ovvero delle associazioni, delle società scientifiche, degli enti privati di formazione delle MNC**

Si ritiene che:

A) possano essere accreditati le associazioni, le socie-



Fasano: trulli a selva

tà scientifiche e gli enti privati di formazione costituiti da professionisti qualificati con competenze curriculari specifiche nelle discipline sopra elencate che, alla data della richiesta, abbiano svolto in modo continuativo la loro attività da almeno 7 anni in Italia;

B) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono l'accreditamento debbano annualmente dichiarare e comprovare assenza di conflitti di interessi;

C) le associazioni, le società scientifiche e gli enti di formazione che richiedono l'accreditamento debbano essere legalmente registrati quali enti senza scopo di lucro;

D) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono l'accreditamento debbano essere realtà istituzionali di chiara fama.

### **Criteri di qualità della formazione in medicine e pratiche non convenzionali**

#### **Criteri per l'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali**

Ai fini della definizione dei criteri sufficienti per l'iscrizione agli elenchi istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri il percorso deve essere effettuato presso soggetti pubblici o privati accreditati alla formazione ad orientamento clinico che corrispondano ai seguenti requisiti:

- i corsi di formazione in agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica, medicina tradizionale cinese, dovranno prevedere un monte ore di almeno 600 ore delle quali non meno di 400 ore di formazione teorica, non meno di 100 ore di pratica clinica, a cui vanno sommate n. 100 ore di formazione guidata e lo studio individuale dell'allievo;

- riguardo alle tecniche complementari che richiedono specifica manualità dovrà essere adeguatamente valutato ed elevato il monte ore riservato alla pratica;

- gli insegnamenti di tipo complementare non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica;

- agli allievi sarà fatto obbligo di frequenza dell'80% delle lezioni sia a livello teorico che pratico;

- i corsi di formazione dovranno prevedere insegnamenti sulle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia;

- la durata dei corsi di formazione non potrà essere inferiore ai 3 anni;

- l'iscrizione agli elenchi istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri è subordinata al possesso dell'attestato di frequenza e di superamento di una verifica al termine di ciascuno degli anni di corso previsti, nonché alla discussione finale di una tesi. L'attestato è rilasciato da soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione in conformità ai requisiti richiesti.

#### **Obiettivi formativi generali**

- conoscenza dei principi fondamentali delle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica, medicina tradizionale cinese);

- formazione relativa agli aspetti del rapporto tra professionista e sistemi sanitari;

- comprensione della relazione tra il metodo clinico delle medicine e pratiche non convenzionali e quello convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento non convenzionale;

- capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo;

- apprendimento della semiologia e semiotica propria di ciascuna delle medicine e pratiche non convenzionali che implichi procedure e criteri di valutazioni peculiari delle stesse;

- conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle medicine e pratiche non convenzionali ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti;

- conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia;

- individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-benefico e di rischio-benefico relativi alle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto;

- conoscenza, corretto esercizio e utilizzo delle tecniche manuali costitutive le medicine e pratiche non convenzionali.

#### **Obiettivi formativi specifici**

Gli obiettivi formativi specifici delle singole medicine e pratiche non convenzionali, i relativi programmi, i criteri della formazione, la durata dei corsi da fissarsi in un minimo di tre anni e i costi di riferimento verranno definiti dai ministeri competenti, dalle regioni e dagli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri in accordo con i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione e le società scientifiche del settore.

#### **Metodologie formative**

Le metodologie formative utilizzate nella didattica



relativa alle medicine e pratiche non convenzionali sono quelle abitualmente adottate per trasferire competenze e saperi in sanità (sapere, saper fare, saper essere e saper far fare), metodologie che devono mirare a favorire la maggiore partecipazione e interattività possibile tra allievi e docenti.

In tal senso la formazione dovrà essere articolata in:

- lezioni frontali;
- seminari/ attività di gruppo/ audit/ pair review/ fad;
- formazione sul campo;
- tutoraggio;
- studio individuale.

La formazione sul campo rappresenta certamente un elemento di primaria importanza nella definizione di un percorso formativo efficace. Le regioni, nell'ambito delle proprie funzioni di accreditamento dell'attività formativa favoriscono la possibilità di espletare la pratica, anche attraverso il preventivo accreditamento e quindi l'attivazione di convenzioni con strutture pubbliche o private che hanno esperienza qualificata nel settore.

I soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione devono inoltre garantire all'allievo attività di tuto-

raggio nella formazione sul campo una volta terminata la formazione di base.

## **Programma didattico**

Il programma didattico di ciascuna medicina e pratica non convenzionale dovrà essere diversificato riguardo ai contenuti in coerenza con lo specifico profilo professionale del fruitore, medico chirurgo od odontoiatra.

Il programma didattico di ciascuna medicina e pratica non convenzionale dovrà, dunque, prevedere un tronco comune di attività formative di base riguardanti aspetti dell'esercizio della professione ritenuti essenziali alla formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali del medico chirurgo e dell'odontoiatra nonché attività dedicate alle specifiche formative dei professionisti interessati.

## **Norme contro il conflitto di interesse**

Nella definizione dei rapporti tra soggetti privati interessati a promuovere la formazione in medicine e pratiche non convenzionali e/o a "sponsorizzare" specifici eventi formativi, allo scopo di evitare un eventuale conflitto di interesse, si fa riferimento alla normazione



Fasano: Masseria Signorello

in materia prevista dalla legislazione ECM.

Ai fini dell'accREDITAMENTO alla formazione i soggetti pubblici e privati accREDITATI alla formazione adeguano i criteri e gli statuti associativi secondo quanto stabilito dalla presente intesa.

**Criteri cui debbono attenersi i soggetti pubblici e privati accREDITATI alla formazione ai fini del rilascio dei titoli idonei all'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali**

Ai fini della definizione dei criteri sufficienti per il rilascio dei titoli idonei all'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali, i soggetti pubblici e privati accREDITATI alla formazione, devono attenersi ai seguenti criteri:

1. il responsabile didattico del soggetto pubblico e privato accREDITATO alla formazione deve essere un professionista di cui al titolo, regolarmente iscritto all'albo professionale, con almeno 5 anni di esperienza clinica documentata e almeno 7 anni di docenza specifica delle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto;

2. i docenti titolari della formazione devono essere prevalentemente professionisti di cui al titolo, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo nei casi di insegnamenti specifici di tipo complementare;

3. i docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti del soggetto pubblico e privato accREDITATO alla formazione, devono essere in possesso di un adeguato curriculum formativo e professionale nella materia di insegnamento;

4. in particolare ogni docente titolare deve avere frequentato una scuola triennale o poter documentare titoli di formazione equivalenti e aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella medicina e pratica non convenzionale specifica;

5. ogni soggetto pubblico o privato accREDITATO alla formazione deve avere un minimo di 3 docenti titolari tutti regolarmente iscritti agli albi delle professioni cui è diretta la formazione;

6. i docenti che non rispondono ai requisiti di cui sopra sono definiti "docenti collaboratori" e/o "tutor";

7. i soggetti pubblici e privati accREDITATI alla formazione devono assicurare la presenza alla verifica finale di un componente esterno, con la funzione di Presidente di commissione esperto nelle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto, designato dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

**Disposizioni transitorie**

Le disposizioni transitorie di cui al presente capitolo hanno vigenza fino ai 6 mesi successivi all'approvazione della presente intesa.

Le disposizioni transitorie di cui al presente capitolo stabiliscono che i soggetti pubblici e privati accREDITATI alla formazione dovranno adeguare i programmi didattici, le metodologie formative e l'organigramma didattico alle previsioni contenute nelle presenti linee guida.

**Criteri sufficienti – almeno 1 – in fase transitoria, per l'ammissione agli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali:**

a) attestato rilasciato al termine di un corso nella medicina e pratica non convenzionale specifica, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata triennale e verifica finale;

b) attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza pari a quella ottenibile con corsi di cui al punto a);

c) certificazione di formazione, documentata per almeno cinque anni, acquisita sotto la supervisione di un medico chirurgo o di un odontoiatra esperto riconosciuto nella materia;

d) documentazione di almeno cinque anni di docenza nella medicina e pratica non convenzionale specifica presso un soggetto pubblico e privato accREDITATO alla formazione che, a giudizio della commissione, possiede requisiti didattici idonei;

e) certificazione di pratica clinica nella medicina e pratica non convenzionale specifica, in struttura pubblica da almeno due anni rilasciata dal responsabile della struttura.

Si stabilisce che a partire dalla scadenza della fase transitoria, così come sopra normata ovvero dei 6 mesi successivi all'approvazione della presente intesa, l'iscrizione dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali nei relativi elenchi è subordinata unicamente al possesso dell'attestato rilasciato dai soggetti pubblici e privati accREDITATI alla formazione che nel frattempo avranno provveduto ad aumentare le ore di insegnamento teorico-pratico a 400 per i corsi conclusi nel 2010, a 500 per i corsi conclusi nel 2011 fino a giungere alla regolamentazione a regime nel 2012; tutto ciò mantenendo il rapporto proporzionale tra attività teorica e pratica già previsto nel capitolo "criteri per l'iscrizione negli

elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali”.

## **Commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali**

Il Gruppo Tecnico Interregionale Medicine Complementari auspica che, presso il Ministero della Salute, venga istituita la Commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali costituita da:

- n. 2 rappresentanti del Ministero della Salute;
- n. 1 rappresentante del Ministero dell'Istruzione e dell'Università;
- n. 2 rappresentanti delle Regioni;
- n. 5 rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

La commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali avrà durata triennale.

I compiti della Commissione sono:

- definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti di formazione;
- indirizzo, coordinamento, verifica e monitoraggio delle attività formative in medicine e pratiche non convenzionali;
- definizione dei bisogni formativi e dei contenuti dei programmi didattici specifici delle singole medicine e pratiche non convenzionali;
- valutazione nei casi dubbi e contestati delle modalità applicative delle norme transitorie che saranno previste nell'ambito delle medicine e pratiche non convenzionali;
- validazione di progetti di ricerca in ambito specifico e nelle aree di integrazione delle medicine e pratiche non convenzionali;
- predisposizione e tenuta dell'elenco dei soggetti pubblici e privati accreditati per la formazione;

- attività di verifica del mantenimento nel tempo dei requisiti necessari per l'accreditamento e relative misure sanzionatorie in caso di inadempimento;

- previsione di un contributo a carico dei soggetti accreditati per il mantenimento del sistema di valutazione.

## **Comitato tecnico scientifico nazionale**

Il gruppo tecnico interregionale medicine complementari auspica che presso il ministero della salute venga istituito un comitato tecnico scientifico nazionale costituito da rappresentanze ponderate delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali.

I compiti del Comitato tecnico scientifico nazionale sono:

- supporto alla definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti di formazione;
- individuazione analitica dei bisogni formativi e dei curricula formativi per singole medicine e pratiche non convenzionali e per tipologia di professionisti-destinatari;
- formulazione e attivazione di progetti di ricerca in ambito specifico nelle singole medicine e pratiche non convenzionali e nelle aree di integrazione;
- formulazione e attivazione di criteri, procedure e misure rivolte alla prevenzione e gestione del rischio professionale.

Il gruppo tecnico interregionale medicine complementari auspica che, a livello regionale, con modalità definite dalle singole Regioni, vengano istituiti commissioni regionali e comitati tecnico-scientifici presso la direzione generale degli assessorati alla salute con ruoli e compiti di articolazione locale analoghi agli organismi nazionali previsti dalla presente intesa.

## **Approvata legge per proroga annuale intramoenia**

**Il Senato con 134 a favore, 99 contrari e 4 astenuti ha convertito in via definitiva in legge il decreto mille proroghe.**

La legge prevede la proroga di un anno della libera professione intramoenia allargata, quella cioè che consente ai medici di svolgere questa attività negli

studi privati in caso di carenza di spazi idonei nelle strutture pubbliche. Non più 31 gennaio 2010 quindi, scadenza fissata dalla precedente proroga, ma 31 gennaio 2011.

*Tratto da "Doctor News", 26 febbraio 2010*

*Anno 8, Numero 34*

# Proposte operative della Commissione FNOMCeO per la formazione universitaria pre laurea e specialistica

Consiglio Nazionale FNOMCeO 12 dicembre 2009

Gli ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e la FNOMCeO, chiamati a rispondere della qualità dei professionisti nella pratica professionale quotidiana, chiedono un doveroso ascolto da parte di tutti i responsabili istituzionali della Formazione Medica in merito alle numerose attuali problematiche del sistema formativo nazionale.

- Numerose cause hanno determinato un indebolimento del complessivo sistema universitario italiano: a) bassa percentuale di PIL investito in ricerca e alta formazione (< 1%); b) bassa percentuale italiana della popolazione studentesca universitaria rispetto alla popolazione generale nell'ambito dei Paesi industrialmente avanzati; c) autonomia degli Atenei esposta a disomogeneità di contesti sociali ed economici; d) riduzione del FFO degli Atenei e ricarico sugli Atenei dei costi di progressione delle carriere; e) restrizioni nel reclutamento docente per blocchi ricorrenti nei concorsi; f) riassorbimento delle risorse da turnover per coprire le spese di funzionamento; g) destinazione delle risorse disponibili in favore delle progressioni di carriera rispetto al reclutamento; h) "brain drain" passivo di circa 3.000 laureati/anno, con punte fino al 7% dei laureati/anno dei laureati.

- In questo ambito, la fragilità del prodotto formativo delle Facoltà di Medicina sia a livello di Corsi di Laurea che di Scuole di Specializzazione e di Dottorati di Ricerca, potrà essere corretta non da nuovi finanziamenti ma solo da azioni tese ad un sostanziale miglioramento dell'organizzazione complessiva dei percorsi di Studio, utilizzando le risorse finanziarie, culturali, tecnologiche, strutturali disponibili.

Considerato tale obiettivo, le capacità formative del Sistema Sanitario non vengono sufficientemente valorizzate. Inadempienze, carenze ed errori caratterizzano gli assetti delle sedi di formazione per i Corsi di Laurea (Aziende Ospedaliere-Universitarie), la mancata attivazione delle reti formative delle Scuole di Specializzazione, la genericità dei contenuti formativi offerti in tema di Medicina di Territorio (non riconosciuta come disciplina), l'eterogeneità interregionale nell'organizzazione dei Corsi triennali di Medicina Generale.

Un'adeguata formazione Universitaria costituisce il prerequisito indispensabile per un competente, tempestivo ed efficace esercizio della professione medi-

ca, non solo nei suoi contenuti tecnici e direttamente operativi in ambito sia ospedaliero che territoriale, ma anche nei suoi valori universali di solidarietà, socialità, comunicazione, progresso civile, innovazione, qualità e crescita delle conoscenze.

Il diretto monitoraggio dei processi formativi e dei risultati costituisce un essenziale obiettivo nazionale di governo, ai fini della corretta allocazione di notevoli risorse, di attivazione di sinergie tra Istituzioni eterogenee, di efficaci politiche sociali.

- Riteniamo pertanto indispensabile istituire una **Consulta Nazionale per la Formazione in Medicina**, con funzione di Osservatorio e raccordo permanente dei processi, nella quale siano presenti i Ministeri interessati (Istruzione; Salute), la CRUI, la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, la Conferenza Stato-Regioni, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri.

I punti programmatici sui quali la Commissione FNOMCeO ritiene indispensabile intervenire in maniera prioritaria tramite la suindicata Consulta, sono riassunti nei paragrafi successivi:

## **(1) Programmazione dei fabbisogni**

La programmazione degli accessi ai canali formativi delle Lauree Specialistiche in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria deve essere rivista. Entro i prossimi dieci anni vi sarà un profondo cambiamento degli assetti (nuovi bisogni di salute; nuovi modelli assistenziali), anche in termini numerici (quiescenze), della professione medica e odontoiatrica.

I valori odierni del numero programmato per l'accesso a Medicina, serviti in passato a contenere la pleora medica con norma europea, sono basati su un generico calcolo delle capacità del sistema formativo universitario e della capienza del sistema sanitario nazionale, rispettivamente paramtrate con il solo numero dei posti letto a responsabilità universitaria. Un reale calcolo dei fabbisogni deve essere messo in opera per rispondere alle esigenze emergenti del sistema formativo nella sua attuale configurazione. Provvisoriamente, occorre consolidare un aumento del numero programmato del 10% per anno, per almeno 5 anni. Vanno inoltre studiati ed adottati nuovi criteri di programmazione, paramtrando le effettive necessità assistenziali

future, anche in funzione della capienza occupazionale del sistema sanitario e della effettiva pratica specialistica, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di patologie; etc.), a modelli di riorganizzazione sanitaria, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica, a sviluppo della ricerca scientifica indipendente.

## **(2) Valutazione del merito ai fini dell'accesso**

Occorre rivalutare la solidità e l'assimilazione della preparazione storico-umanistica dei Candidati, indispensabile nell'approccio medico ai problemi di salute della persona umana. Nell'ultimo anno di scuola superiore debbono essere istituiti corsi su discipline attinenti che aiutano gli studenti a valutare le proprie attitudini alla professione medica. Un'eventuale prova attitudinale di tipo psicologico, da individuare, potrebbe essere utile per indirizzare lo studente. Gli Ordini dei Medici devono essere coinvolti nella preparazione di questi corsi. La valutazione di tale percorso e la valu-

tazione complessiva del Diploma di maturità debbono avere un peso equilibrato nella valutazione di accesso. Le discipline dei test di accesso debbono essere coerenti con il percorso formativo concluso e con contenuti del corso da intraprendere.

## **(3) Corsi di Laurea**

È necessaria una revisione del Curriculum con tassativa riduzione del numero degli esami e valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere (es. progress test e valutazione sul campo). È necessario ampliare la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo), individuando sedi aggiuntive di insegnamento accreditabili (Ospedali di Insegnamento). È necessario estendere il programma formativo alla Medicina di Territorio, attraverso nuove forme di convenzione con l'Università e la creazione di specifici Dipartimenti di Medicina di famiglia con compiti didattici e di ricerca clinica. È necessario ampliare i contenuti deontologici del curriculum, collegandosi ad ogni gruppo di discipline nei rispettivi semestri di corso. È necessario aggiornare i



Fasano: Chiesa della Masseria Signorello

contenuti umanistici del curriculum, finalizzandoli all'acquisizione di "non technical skills" per mezzo di specifici moduli interdisciplinari.

**(4) Esami di stato**

Occorre rivedere le modalità di espletamento dell'Esame di Stato attraverso l'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio). In coerenza con quanto già acquisito in altri ambiti professionali, la Commissione di esame deve prevedere una rappresentanza adeguata della Professione ed il sistema valutativo dei Candidati nonché la Presidenza della Commissione debbono essere liberi da conflitti di interesse.

**(5) Corsi di Specializzazione**

La programmazione deve essere basata sui bisogni di salute della popolazione, con estensione degli analoghi criteri per l'ammissione ai corsi di laurea; le attività perseguite nel corso delle specializzazioni debbono derivare da un reale incardinamento della Scuola nel

tessuto sanitario accreditato ed incluso nel sistema formativo, raggiungendo così gli standards formativi previsti. Occorre potenziare le Scuole mediante Consorzi regionali ed interregionali, finalizzati all'ampliamento dell'offerta di eccellenza, allo scambio di esperienze ed all'omogenea distribuzione territoriale delle risposte sanitarie. Occorre individuare nuovi strumenti di flessibilità nella conversione tra le specialità, in funzione di nuove competenze e nuovi campi applicativi professionali.

**(6) Ricerca di base**

Si raccomanda un'adeguata attenzione ai finanziamenti della ricerca di base al fine di garantire autonomia, indipendenza e sviluppo delle scienze mediche.

La Commissione Programmazione Fabbisogni e Formazione Universitaria Pre Laurea e Specialistica della FNOMCeO ritiene che affrontare sul piano professionale ed istituzionale le problematiche contenute nel presente documento sia essenziale ai fini del miglioramento del sistema formativo e del suo adeguamento alle attuali realtà sanitarie nazionali ed internazionali.



Fasano: Chiesa dell'Assunta



# **Legge Regionale 27 novembre 2009, n. 28**

## **“Disposizioni per la semplificazione delle procedure relative alle autorizzazioni, certificazioni e idoneità sanitarie”**

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

**IL PRESIDENTE  
DELLA GIUNTA REGIONALE**

**PROMULGA**

### **La seguente legge:**

Art. 1

*Finalità*

1. La presente legge, ai fini della semplificazione amministrativa e della efficacia delle prestazioni, sopprime le certificazioni sanitarie e le autorizzazioni in materia di igiene e sanità pubblica, riconosciute, alla luce della evidenza scientifica e della efficacia delle prestazioni, prive di documentata efficacia per la tutela della salute pubblica.

Art. 2

*Certificazioni soppresse*

1. Sono soppressi:

a) il certificato di sana e robusta costituzione per: 1) impiegati civili e militari dello Stato, ai sensi dell'articolo 1 del regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2960 (Disposizioni sullo stato giuridico degli impiegati civili dell'amministrazione dello Stato);

2) l'iscrizione al corso superiore dell'istituto magistrale (articolo 2 del regolamento sugli alunni, gli esami e le tasse negli istituti medi di istruzione emanato con regio decreto 4 maggio 1925, n. 653);

3) l'ammissione alle scuole convitto professionali per infermiere (articolo 17 del regolamento per l'esecuzione del regio decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene e assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici, emanato con regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330);

4) personale della Corte dei conti (articolo 3, lettera f), del regolamento per la carriera e la disciplina del personale della Corte dei conti, emanato con regio decreto 12 ottobre 1933, n. 1364);

5) impiegati di comuni, province e consorzi (articolo 221 del testo unico della legge comunale e provinciale emanato con regio decreto 3 marzo 1934, n. 383);

6) ufficiali esattoriali;

b) il certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego di cui:

1) al testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato emanato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3;

2) al decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686 (Norme di esecuzione del t.u. emanato con d.p.r. 3/1957);

3) al regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi emanato con decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487.

Tale soppressione non attiene alle amministrazioni statali e agli enti pubblici nazionali di cui all'articolo 117, comma 2, lettera g) della Costituzione;

c) il certificato di idoneità fisica per assunzione insegnanti e altro personale di servizio nelle scuole di cui al decreto 2 aprile 1999 della Direzione generale dell'istruzione elementare del Ministero della pubblica istruzione;

d) il certificato di idoneità fisica al servizio civile volontario di cui all'articolo 3, comma 1, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77 (Disciplina del Servizio civile nazionale a norma dell'articolo 2 della legge 6 marzo 2001, n. 64);

e) il certificato di idoneità psico-fisica all'attività di giudice onorario o di pace di cui all'articolo 2 della legge 22 luglio 1997, n. 276 (Disposizioni per la definizione

ne del contenzioso civile pendente: nomina di giudici onorari aggregati e istituzione delle sezioni stralcio nei tribunali ordinari), come integrato dall'articolo 1 del decreto legge 21 settembre 1998, n. 328, convertito dalla legge 19 novembre 1998, n. 399;

f) il certificato di idoneità fisica per l'assunzione di minori e/o apprendisti non a rischio di cui all'articolo 4 della legge 19 gennaio 1955, n. 25 (Disciplina dell'apprendistato), all'articolo 9 del regolamento per l'esecuzione della disciplina legislativa dell'apprendistato, emanato con decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1956, n. 1668, e all'articolo 8 della legge 17 ottobre 1967, n. 977 (Tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti), come sostituito dall'articolo 9, comma 1, del decreto legislativo 4 agosto 1999, n. 345 e modificato dall'articolo 2 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 262, per i minori e gli apprendisti, minorenni o maggiorenni.

Per i minori e gli apprendisti soggetti a sorveglianza sanitaria, in quanto addetti a lavorazione a rischio ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro), si applica la normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

g) il certificato di idoneità all'esercizio dell'attività di autoriparazione di cui all'articolo 7, comma 1, lettera c), della legge 5 febbraio 1992, n. 122 (Disposizioni in materia di sicurezza della circolazione stradale e disciplina di autoriparazione);

h) il certificato di idoneità a svolgere la mansione di fochino di cui all'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 302 (Norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro integrative di quelle generali emanate con decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547);

i) il certificato di idoneità alla conduzione di impianti di risalita di cui all'articolo 8, numero 5), del decreto del Ministro dei trasporti 5 giugno 1985, n. 476600, e all'articolo 32, comma 3, del regolamento generale recante norme per le funicolari aeree e terrestri in servizio pubblico destinate al trasporto di persone, adottato con decreto ministeriale 4 agosto 1998, n. 400);

j) il certificato per vendita dei generi di monopolio di cui all'articolo 6, numero 5), della legge 22 dicembre 1957, n. 1293 (Organizzazione dei servizi di distribuzione e vendita dei generi di monopolio);

k) il certificato per abilitazione alla conduzione di generatori di vapore di cui al decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con il Ministro per l'industria, il commercio e l'artigianato 1 marzo 1974 (Norme per l'abilitazione alla conduzione di generatori di vapore);

l) il certificato sanitario per l'impiego dei gas tossici di cui al regolamento speciale per l'impiego dei gas tossici, emanato con regio decreto 9 gennaio 1927, n. 147 ;

m) il certificato per maestro di sci e ulteriori disposizioni in materia di ordinamento della professione di guida alpina di cui all'articolo 4, lettera c), della legge 8 marzo 1991, n. 81 (Legge quadro per la professione di maestro di sci e ulteriori disposizioni in materia di ordinamento della professione di guida alpina);

n) il certificato di idoneità per i lavoratori extracomunitari dello spettacolo di cui:

1) all'articolo 14, comma 2, della legge 30 dicembre 1986, n. 943 (Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine);

2) alla circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 4 agosto 1988, n. 81;

3) alla circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 1 dicembre 1999, n. 80;

o) il certificato per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione di cui all'articolo 3, lettera f), della legge 19 ottobre 1956, n. 1224;

p) il certificato medico comprovante la sana costituzione per i farmacisti di cui:

1) agli articoli 4, comma primo, lettera e), 31, comma quinto e 32, comma primo, del regolamento per il servizio farmaceutico, emanato con regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, e successive modificazioni;

2) all'articolo 5, comma secondo, del regolamento per l'esecuzione della legge 2 aprile 1968, n. 475, recante norme concernenti il servizio farmaceutico, emanato con decreto del Presidente della Repubblica 21 agosto 1971, n. 1275;

q) le certificazioni (o libretto di idoneità sanitaria) per l'attività di parrucchieri, di barbieri e mestieri affini e di lavanderia;

r) il certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica di cui all'articolo 303 del testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione,



relative alle scuole di ogni ordine e grado, emanato con decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297;

s) la scheda sanitaria per colonie e centri estivi di cui alle circolari del Ministro della sanità 24 giugno 1992, n. 25 e 20 aprile 2000, n.6;

t) il certificato di vaccinazione per l'ammissione alle scuole pubbliche di cui al articolo 117 del t.u. emanato con d.lgs. 297/1994.

## Art. 3

### *Isolamento di animali per il controllo dell'infezione rabbica*

1. La necessità di isolamento degli animali e della relativa osservazione per il controllo dell'infezione rabbica, nei casi previsti dall'articolo 86 del regolamento di polizia veterinaria, emanato con decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, è valutata caso per caso, dal servizio veterinario dell'azienda sanitaria locale (ASL) competente, in relazione agli elementi di conoscenza del caso concreto e ai dati relativi alla situazione epidemiologica e sanitaria di cui dispone.

## Art.4

### *Rilascio delle certificazioni soppresse*

1. I certificati di cui alla presente legge sono rilasciati ai soggetti tenuti alla loro presentazione nelle regioni che li richiedano.

## Art.5

### *Abrogazioni*

1. Sono abrogate tutte le disposizioni legislative e regolamentari incompatibili con quelle della presente legge.

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 1 della L.R. 12/05/2004, n°7 "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Data a Bari, addì 27 novembre 2009

VENDOLA



Fasano: Atrio ex palazzo del Bali

## Riflessioni sulla Mente

di **LUCIANO PECCARISI**

Medico di Medicina Generale in Ostuni

Specialista in Neurologia

### **La mente e le sue immagini Cosa le allucinazioni rivelano sul funzionamento della nostra mente secondo Oliver Sacks - novembre 2009**

#### **Le immagini mentali**

*L'essere umano è un animale visivo. Molte aree della superficie corticale del cervello partecipano a vario titolo al trattamento delle immagini e svolgono un ruolo fondamentale nell'elaborazione del pensiero. Un'immagine è una costruzione del mondo che si fabbrica nella testa e rappresenta per noi il 'reale'. Per farlo dobbiamo dirigere l'attenzione in modo mirato, ciò avviene tramite un sistema cerebrale 'posteriore' che esplora e localizza l'obiettivo, come un faro che cerca un oggetto nella notte. E un altro 'anteriore' che lo identifica. L'immagine nella mente si forma pure al di fuori della percezione diretta. È stato dimostrato che le aree che rievocano certe immagini della memoria sono le stesse stimulate nella **percezione** reale di quell'oggetto. L'immaginazione utilizza dunque le strutture anatomiche della percezione reale, ma è più debole perché non è attaccata allo spazio extracorporeo del soggetto. Tuttavia non provengono tutte dallo spazio extracorporeo e non fanno tutte obbligatoriamente riferimento a immagini viste in precedenza. L'essere umano può con l'immaginazione creare immagini nuove, addirittura impossibili nel reale. Il fenomeno si produce spesso nel corso del **sogno**, in cui il soggetto è nello stesso tempo spettatore e attore e in certe malattie come la schizofrenia, nelle lesioni nella zona del lobo temporale, nelle epilessie o nelle gravi menomazioni della vista. In questo caso le chiamiamo allucinazioni e per Oliver Sacks possiamo rivelarci molti segreti sul funzionamento della nostra mente.*

#### **Oliver Sacks:**

##### **What hallucination reveals about our**

(Video liberamente sintetizzato e tradotto dal sottoscritto per un pubblico non specialista - N.d.r. a fine pagina il video originale).

Noi vediamo con gli occhi ma vediamo anche con il cervello, tramite l'immaginazione. Con i paesaggi della nostra immaginazione abbiamo vissuto tutta la

vita. Le allucinazioni invece non sembrano essere di nostra creazione e nemmeno sotto il nostro controllo. Sembrano provenire da fuori, e simulare la percezione. Pochi mesi fa ho ricevuto una telefonata da una casa di cura, una vecchia signora di novanta anni, Rosalie, si era ammalata, forse, dicevano, aveva avuto un ictus o il morbo di Alzheimer. La trovai però lucida e di buona intelligenza ma anche confusa e allarmata. Aveva visto delle immagini; ma lei era cieca da cinque anni. Vedeva gente in abiti orientali, camminare su e giù per le scale. Un uomo che sorrideva con denti enormi. Animali, edifici, neve. Un cavallo con un'imbragatura che trascina via la neve. Cani e gatti, bambini, con colori brillanti, rosa e blu, come il vestito orientale. Le ho suggerito che forse era un sogno, a lei sembrava invece un film a colori, in movimento, ma in silenzio, un film muto. Piuttosto noioso, diceva, sempre queste persone con abiti orientali che camminano su e giù, molto ripetitivo. Ha riso, perché possiede senso dell'umorismo, tuttavia era spaventata, si chiedeva se era pazza, perciò non aveva detto nulla agli infermieri. Ho esaminato bene il caso e le ho detto infine che particolari forme di allucinazioni visive possono apparire col peggioramento della vista o con la cecità. Nel diciottesimo secolo Charles Bonnet le descrisse. Lei aveva la sindrome di Charles Bonnet ma nulla di sbagliato nella mente: "Dillo a tutti gli infermieri!" mi ha gridato contenta, "ho la sindrome Charles Bonnet, non sono pazza".

#### **Charles Bonnet**

Il nonno di Charles Bonnet aveva la cataratta e nel 1759 descrisse le sue allucinazioni al nipote. Vedeva fazzoletti volteggiare a mezz'aria, uno blu, un'altro con cerchi arancioni. Sapeva che erano allucinazioni perché non esistono fazzoletti a mezz'aria. Ai suoi nipoti in visita disse, "Chi sono questi uomini giovani e belli con voi?" E loro: "Ahimè, nonno, non ci sono bei giovani". Poi gli uomini scomparvero. Questo è tipico di queste allu-

cinazioni che possono entrare in un lampo e sparire di colpo. Charles Lullin, questo era il nome del nonno, ha visto centinaia di figure, diversi paesaggi di ogni genere. Una volta ha visto in bagno un uomo in accappatoio fumare la pipa, dopo si rese conto che era se stesso. Un'altra volta, mentre camminava per le strade di Parigi, ha visto un ponte. Ma quando è tornato a casa, notò una miniatura del ponte sulla sua scrivania. Questa ripetizione della percezione è talvolta chiamata palinopsia. Un altro mio paziente avrebbe visto un ragazzo seduto sul cofano della sua macchina, poi, quando fermò l'auto, il ragazzo con un decollo verticale sparì in alto. A una donna un piccolo tumore nella corteccia occipitale che gli faceva vedere i cartoni animati.

## **Che cosa sta accadendo con queste persone?**

Quando si perde la visione alcune aree visive del cervello, non ricevendo alcun input, diventano iperattive ed eccitabili. Come medico chiarendo ciò che sta succedendo devo rassicurare i miei pazienti sul fatto che non sono impazziti. Qualcosa come il 10 per cento di persone non vedenti ha allucinazioni, ma non più dell'uno

per cento sono riconosciute. Non lo dicono perché hanno paura di essere considerati matti. Del resto i medici possono sbagliare e confonderle con altre allucinazioni. Quelle degli psicotici (schizofrenici) sono molto diverse, si rivolgono contro, accusano, seducono, umiliano, beffano, s'interagisce con loro. Non vi è niente di tutto questo nelle allucinazioni di Charles Bonnet. Vi è un film che si sta vedendo e che non ha nulla a che fare con voi. Vi è anche una cosa rara chiamata epilessia del lobo temporale ma in questo caso ci si può sentire trasportati indietro nel tempo e nello spazio. Si sentono odori, come l'odore delle castagne arrosto o si sente il traffico. Tutti i sensi sono coinvolti, le allucinazioni del lobo temporale sono tutte allucinazioni multisensoriali, piene di sentimento, piene di familiarità. In quelle di Charles Bonnet avete tutti i tipi di allucinazioni, semplici, geometriche, chiazze rosa e blu, fino a quelle molto elaborate con figure e volti. Facce deformate sono molto comuni, come una specie di cartoni animati.

## **Le cellule delle immagini**

Si è scoperto negli ultimi anni che le aree del cer-



Fasano: Chiesa di San Francesco da Paola

vello visivo attivate durante le allucinazioni sono le stesse che si attivano durante la reale percezione. Una lesione di una zona del lobo temporale chiamata giro fusiforme provoca l'incapacità di riconoscere i volti. Se c'è un'anomalia nel giro fusiforme possono aversi allucinazioni di volti. E questo è esattamente quello che si trova in alcune di queste persone. C'è una zona nella parte anteriore di questo giro, dove sono rappresentati i denti e gli occhi. E se è attivata, si possono avere allucinazioni di volti deformi. Vi è un'altra zona del cervello che si attiva quando si vedono i cartoni animati nella realtà, ed è la stessa che si attiva quando si hanno le allucinazioni di cartoni animati. È molto interessante la loro specificità. Ci sono altre parti del cervello che sono specificamente interessate ad esempio al riconoscimento di edifici e paesaggi. Vi sono piccole aree cerebrali, anzi addirittura cellule, che contengono contenuti specifici, forse singole facce. Così si possono avere "cellule auto"... si può avere una cellula "Aston Martin" (ride). È solo a livelli più elevati che partecipano anche gli altri sensi e ci sono collegamenti con la memoria e l'emozione. Nella sindrome di Charles Bonnet non si arriva a quei livelli più alti. Rimane nei livelli inferiori della corteccia visiva in cui si hanno decine di migliaia o milioni d'immagini, o invenzioni, o finzioni frammentate in piccoli gruppi di cellule, in neuroni codificati.

### **Il flusso delle immagini**

Normalmente queste sono tutte parti di un flusso integrato di percezione o d'immaginazione. E non si è coscienti di loro. È solo se si è non vedenti o ciechi che ci si accorge, perché si ha una anarchica stimolazione delle cellule visive. Così, all'improvviso si vede un volto o appare una macchina; la mente fa del suo meglio per organizzare e per dare una certa coerenza a questo. Tuttavia con scarso successo. Quando questi fenomeni sono stati descritti si pensava potessero essere interpretati come sogni, ma non si va da nessuna parte pensando a loro come dei sogni. Beh, ho più o meno detto quello che volevo. Voglio solo dire questo, è comune vedere immagini nelle persone non vedenti ma sono troppo spaventate perché parlino. Quindi questo genere di cose ha bisogno di essere detto ai pazienti, ai medici, al pubblico.

Infine, penso che siano informazioni infinitamente interessanti e preziose per dare una certa comprensione di come funziona il cervello.

Charles Bonnet si chiedeva 250 anni fa, riflettendo su queste immagini, che, come diceva lui, il teatro della mente, potrebbero essere prodotto dalla macchina del cervello. Ora 250 anni dopo, credo che stiamo cominciando a intravedere come questo avviene.



Fasano: Chiesa delle Anime del Purgatorio, interno



Fasano: Masseria Borgo S. Marco

 [www.clubmedici.it](http://www.clubmedici.it)  
**ClubMedici®**

intorno a te  
**un mondo  
di vantaggi  
esclusivi**

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

**Apertura ufficio**  
martedì - mercoledì - giovedì  
ore 16.00/19.00  
[brindisi@clubmedici.it](mailto:brindisi@clubmedici.it)

**Informatore**  
Simone Lommi cell. 328 7635008

In convenzione con  
Ordine dei Medici di Brindisi e Prov.

Finanziamenti 

Cure Mediche Rateali 

Polizze Assicuratrici 

Viaggi e Turismo 

## Struttura Polispecialistica

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

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



### ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

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

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

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

### CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA ED ALLA GENITORIALITÀ

Sono attivi i **Corsi di preparazione al parto** che vedono il coinvolgimento di ben sei figure specialistiche, coordinate dallo psicologo della Casa di Cura, per trattare l'evento nascita nella sua globalità. È previsto anche un incontro della coppia-neonato con il pediatra e lo psicologo entro il primo mese dalla nascita.

Il Corso è aperto a tutte le donne gravide, preferibilmente al quinto/sesto mese, indipendentemente dalle modalità di svolgimento del parto e dalla struttura prescelta per la nascita.

Per informazioni ed adesioni telefonare dal lunedì al sabato, dalle ore 9.00 alle ore 12.00, al numero 0831.581505 e chiedere della Sig.ra Roberta Zumbo, interno 5505 o della Dott.ssa Katia Pierri, interno 5546. Per visionare la brochure dedicata collegarsi al sito Internet [www.casadicurasalus.it](http://www.casadicurasalus.it)

### INSTALLAZIONE NUOVA TAC

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

### 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, Medicina Interna, Medicina Fisica e Riabilitativa, Ginecologia-Ostetricia e Radiologia.

Presso la struttura e nel sito internet sono, infine, disponibili le brochures 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**



# LE TERME<sup>®</sup>

## DI TORRE CANNE

Le Terme di Torre Canne completano, prima della stagione 2010, il ciclo di ristrutturazione iniziato nel 2005. Dal 2010 le Terme di Torre Canne sono integralmente rinnovate ed equipaggiate con le attrezzature più moderne.

Le nostre terme offrono, in convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale, fangobalneoterapia, fangoterapia, balneoterapia, cure inalatorie (aerosol, inalazioni, nebulizzazioni), balneoterapia per vasculopatie periferiche, insufflazioni tubotimpaniche (cura della sordità rinogena).



A completamento delle cure termali le Terme di Torre Canne dispongono di un centro estetico e di un avanzato centro di fisioterapia, kinesiterapia, idrokinesiterapia e riabilitazione motoria.

Per usufruire delle cure termali in convenzione è necessario essere in possesso della ricetta medica, redatta sul Ricettario Regionale da Medico Convenzionato col Sistema Sanitario Nazionale, riportante l'indicazione della Diagnosi e del Ciclo di Cura termale.

Le cure termali si possono prenotare telefonando allo 080.48251, o compilando una scheda di prenotazione sul sito [www.termeditorrecanne.it](http://www.termeditorrecanne.it).

Direttore Sanitario: Prof. Dott. Vittorio VALERIO

Le Terme di Torre Canne, via Appia 2, 72016 Torre Canne di Fasano (BR), Tel. 080.48251, Fax 080.4826200, [info@termeditorrecanne.it](mailto:info@termeditorrecanne.it).

## RICERCA MEDICI

Le Terme di Torre Canne, come di consueto, cercano medici generici e specialisti per la prossima stagione termale: otorinolaringoiatra, medico insufflatore, angiologo, pneumologo, ortopedico, audiologo, gastroenterologo, fisiatra.

I curricula potranno essere inviati a:

Terme di Torre Canne, Rif PRS, via Appia 2, 72016 Torre Canne di Fasano (BR)  
Fax 080.4826200 - [info@termeditorrecanne.it](mailto:info@termeditorrecanne.it)

# Nuove Tecnologie Ortopediche

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

## Protesi ortopediche personalizzate

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

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

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

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

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

### PRODUZIONE E COMMERCIALIZZAZIONE DI:

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



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

<http://www.ntocolella.it>

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



# La 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 Nodulo Tiroideo

di **QUIRICO CAPELLINI\*** e **MARIO CRISCUOLO\*\***

\*Dirigente 1° liv. U.O.C. di Endocrinologia, Ospedale "A.Perrino" - Brindisi

\*\*Direttore U.O.C. di Anatomia Patologica, Ospedale "A.Perrino" - Brindisi

I noduli tiroidei rappresentano un reperto clinico molto comune. In studi su ampia scala eseguiti nel passato sulla popolazione generale (Framingham, Massachusetts, 1968) noduli clinicamente rilevabili sono stati riscontrati nel 6,4% delle femmine e nell'1,5% dei maschi.

Di recente, l'utilizzo sempre maggiore dell'ECografia, per lo studio di patologie sia tiroidee che di altre strutture del collo, ha portato ad un notevole incremento della diagnosi di "noduli tiroidei" clinicamente non evidenti e che, per tale motivo, sono stati definiti "incidentali", con stime che variano, a seconda delle statistiche, dal 20 al 76% della popolazione generale. Si può affermare che ci troviamo di fronte ad una incidenza di patologia nodulare tiroidea in soggetti senza anamnesi nota di tireopatia del 50%.

Il rilievo di un nodulo tiroideo impone la necessità di porre una diagnosi di certezza sulla benignità o malignità della lesione. Il carcinoma differenziato della tiroide (papillare e follicolare) ha un'incidenza dello 0,5-10 per 100.000 per anno a seconda delle popolazioni esaminate. È sicuramente la neoplasia endocrina più frequente ed è in costante incremento negli ultimi 20 anni. Di contro la mortalità per tale patologia è in netto decremento tant'è che si può affermare che la sopravvivenza a 30 anni dalla diagnosi è di assoluta maggioranza. Tale successo è sicuramente legato alla diagnosi precoce ed ai programmi terapeutici multidisciplinari che sono stati approntati in questi anni.

Di fronte ad un nodulo tiroideo lo sforzo deve essere teso, quindi, ad escludere che si tratti di patologia maligna, che necessita di terapia chirurgica, o benigna che richieda solo un adeguato follow-up.

### Anamnesi ed esame clinico

Un'accurata anamnesi è sicuramente un momento fondamentale ed imprescindibile per individuare elementi che aumentino il rischio di malignità della lesione in esame.

È necessario individuare:

- Precedente irradiazione della regione della testa-collo

L'utilizzo sempre maggiore dell'ECografia, per lo studio di patologie sia tiroidee che di altre strutture del collo, ha portato ad un notevole incremento della diagnosi di "noduli tiroidei" clinicamente non evidenti. Il rilievo di un nodulo tiroideo impone la necessità di porre una diagnosi di certezza sulla benignità o malignità della lesione.

- Storia familiare di carcinoma midollare o MEN2.
- Età < a 20 anni o > a 70.
- Sesso maschile.
- Accrescimento progressivo del nodulo.

All'esame clinico, indispensabile ed insostituibile:

- Consistenza (aumentata o dura) della lesione.
- Margini mal definibili alla palpazione.
- Mobilità o meno alla deglutizione.
- Presenza di adenopatia laterocervicale.
- Disfonia, disfagia e tosse.

### Esami di Laboratorio

Il pannello di esami a disposizione del clinico che valuta un problema tiroideo è ampio ed efficiente; il suo utilizzo deve essere quindi mirato ad ottenere indicazioni utili allo scopo e dovrebbe includere:

- TSH: il riscontro di un TSH soppresso è indicativo di un possibile iperfunzionamento del nodulo e quindi indica l'esecuzione di una scintigrafia per la conferma del carattere autonomo della formazione.
- Tireoglobulina: questa è estremamente utile nel follow-up dei carcinomi della tiroide già sottoposti a tiroidectomia totale ed ablazione del residuo per individuare la persistenza o la neoformazione di tessuto tiroideo. Non ha alcuna utilità invece nella diagnosi dei noduli in quanto dotata di bassa specificità e sensibilità.
- Calcitonina: questo test è molto utile per la diagnosi precoce del carcinoma midollare anche se, nei casi border-line, è necessario il test di stimolo con pentagastrina.

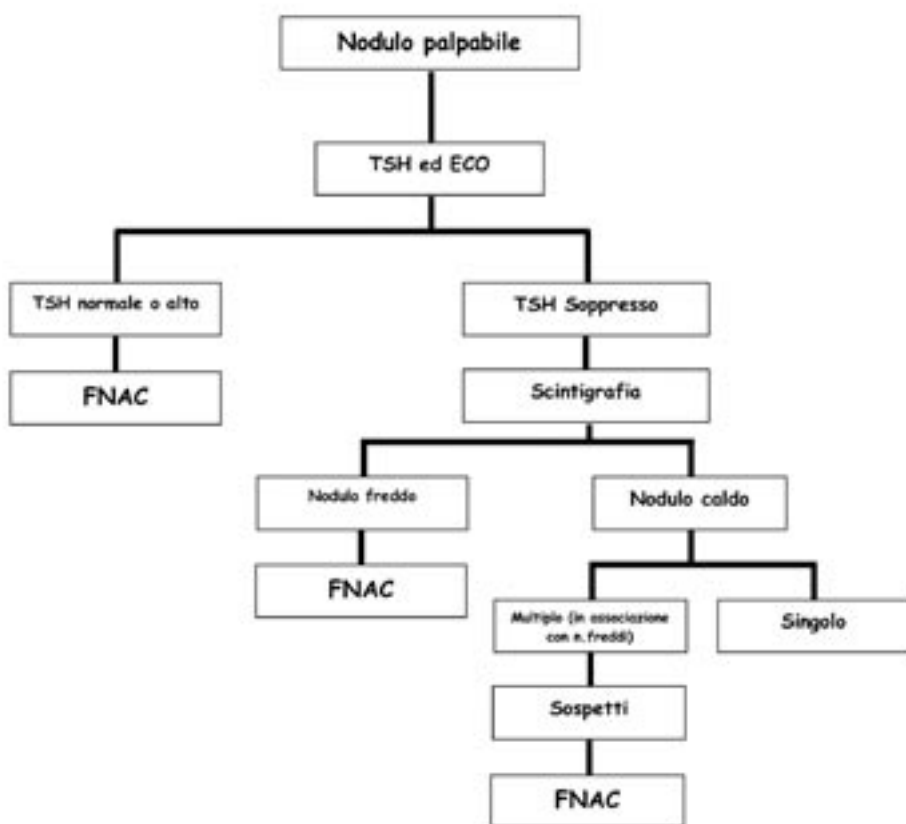
### Ecografia

L'ECografia ad alta risoluzione è lo strumento più sensibile ed accurato per evidenziare le lesioni tiroidee, valutare la loro struttura e quella di tutta la ghiandola e di misurarne le dimensioni.

Il carcinoma tiroideo ha la stessa incidenza nei noduli maggiori od inferiori ad 1 cm come descritto da Papini ed altri nel 2003; questi autori hanno dimostrato



N° 1 Algoritmo diagnostico del nodulo tiroideo clinicamente evidente



anche la possibilità di un comportamento aggressivo da parte di microcarcinomi (< ad 1 cm)(Papini 2002 Baudin 1998, Hay 1992). D'altra parte è impensabile sottoporre ad agoaspirato tutte le lesioni tiroidee considerando anche il decorso indolente delle neoplasie tiroidee quando non abbiano metastasi linfonodali (Ito et al. 2003). Per tale motivo è utile considerare dei cut-off operativi per l'esecuzione dell'agoaspirato sia sulla base delle dimensioni, dell'anamnesi che delle caratteristiche ultrasonografiche.

La ricerca di microcalcificazioni (spot iperecogeni puntiformi con o senza cono d'ombra posteriore) all'interno del micro-nodulo è associata ad una specificità per malignità che raggiunge 85-95%. La presenza di margini irregolari e la forma si associa ad una specificità dell' 84% circa, mentre una vascolarizzazione intranodale caotica all'81 % (Papini 2002, Mandel 2004), ma la loro bassa sensibilità fa sì che ognuno di questi parametri non sia di per se patognomonico. Si può affermare però che l'aspetto ipoecogeno del nodulo associato ad uno o più dei fattori sopra riportati possa

far considerare la lesione ad alto rischio di malignità.

Per quanto riguarda il linfonodo iperecogeno dovrebbe indurre una diagnosi di benignità (sensibilità del 100%); invece il carattere cistico e la presenza di microcalcificazioni sono indicativi di metastatizzazione (specificità del 100%).

In conclusione l'agoaspirato non dovrebbe essere eseguito per quelle formazioni < ad 1 cm che non abbiano caratteri di sospetto o un'anamnesi ad alto rischio.

L'esame dovrebbe essere, al contrario, sempre eseguito su noduli di qualunque dimensione in pazienti con anamnesi ad alto rischio o con familiarità per carcinoma midollare o MEN2.

Con il termine FNAC (Fine-Needle-Aspiration-Citology) s'intende un prelievo citologico mediante ago sottile (22 G o più sottile), preferibilmente eseguito sotto guida ecografia, con lo scopo di selezionare i pazienti candidati ad una terapia chirurgica o medica.

Sono stati formati gruppi di studio sia internazionali che nazionali tesi ad identificare categorie diagnostiche citologiche che raggruppino lesioni omogenee per rischio di malignità e che indichino, quindi, l'opzione terapeutica.

### Categorie Diagnostiche

**THY 1: Non diagnostico:** (non debbono rappresentare più del 20% e comunque è opportuno che siano al di sotto del 15%).

L'ago-aspirato può essere inadeguato perché strisciato male, mal fissato o mal colorato oppure non rappresentativo perché contenente un numero inadeguato di cellule appartenenti alla lesione che permetta di effettuare una diagnosi.

**Azione successiva:** L'esame va ripetuto, a giudizio del clinico, dopo almeno un mese.

**THY 2: Negativo per cellule maligne:** (rappresenta circa il 65-75% degli esami citologici) sono compresi

in questa categoria il gozzo colloidocistico, la tiroidite autoimmune e la tiroidite granulomatosa (di De Quervain).

**Azione successiva:** eventuale ripetizione dell'esame, a giudizio del clinico, per evitare falsi negativi; follow-up della lesione.

**THY 3: Inconclusivo/indeterminato** (Proliferazione follicolare): include un ampio spettro di alterazioni citologiche che non possono essere considerate sicuramente benigne (THY 2), ma che sono troppo lievi per poterli includere nella successiva categoria THY 4. Sono rappresentate da formazioni che possono andare dalla iperplasia adenomatoide al carcinoma papillare variante follicolare. Anche l'utilizzo di marcatori immunocitochimici quali la galettina 3, l'HBME-1 ed il CK-19 possono aumentare l'accuratezza diagnostica ma non hanno ancora raggiunto un validato valore predittivo.

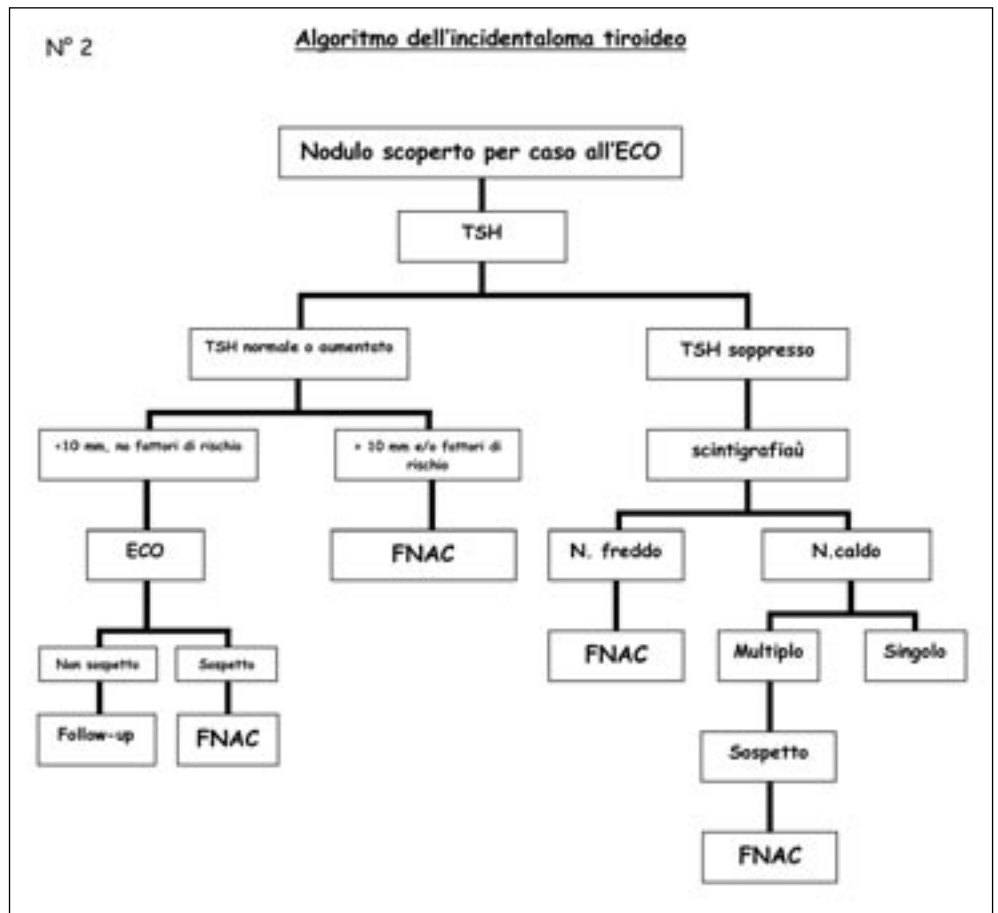
**Azione successiva:** sulla base della descrizione citologica e del giudizio clinico-strumentale asportazione della lesione per esame istologico definitivo. In questo caso non è indicato l'esame istologico intra-operatorio.

**THY 4: Sospetto di malignità:** si tratta di lesioni che all'esame citologico presentano alterazioni fortemente sospette, ma insufficienti per porre una diagnosi di certezza di malignità. Sono prevalentemente noduli in cui si sospetta un carcinoma papillare.

**Azione successiva:** eventuale ripetizione dell'esame a giudizio del clinico, intervento chirurgico con esame istologico intraoperatorio.

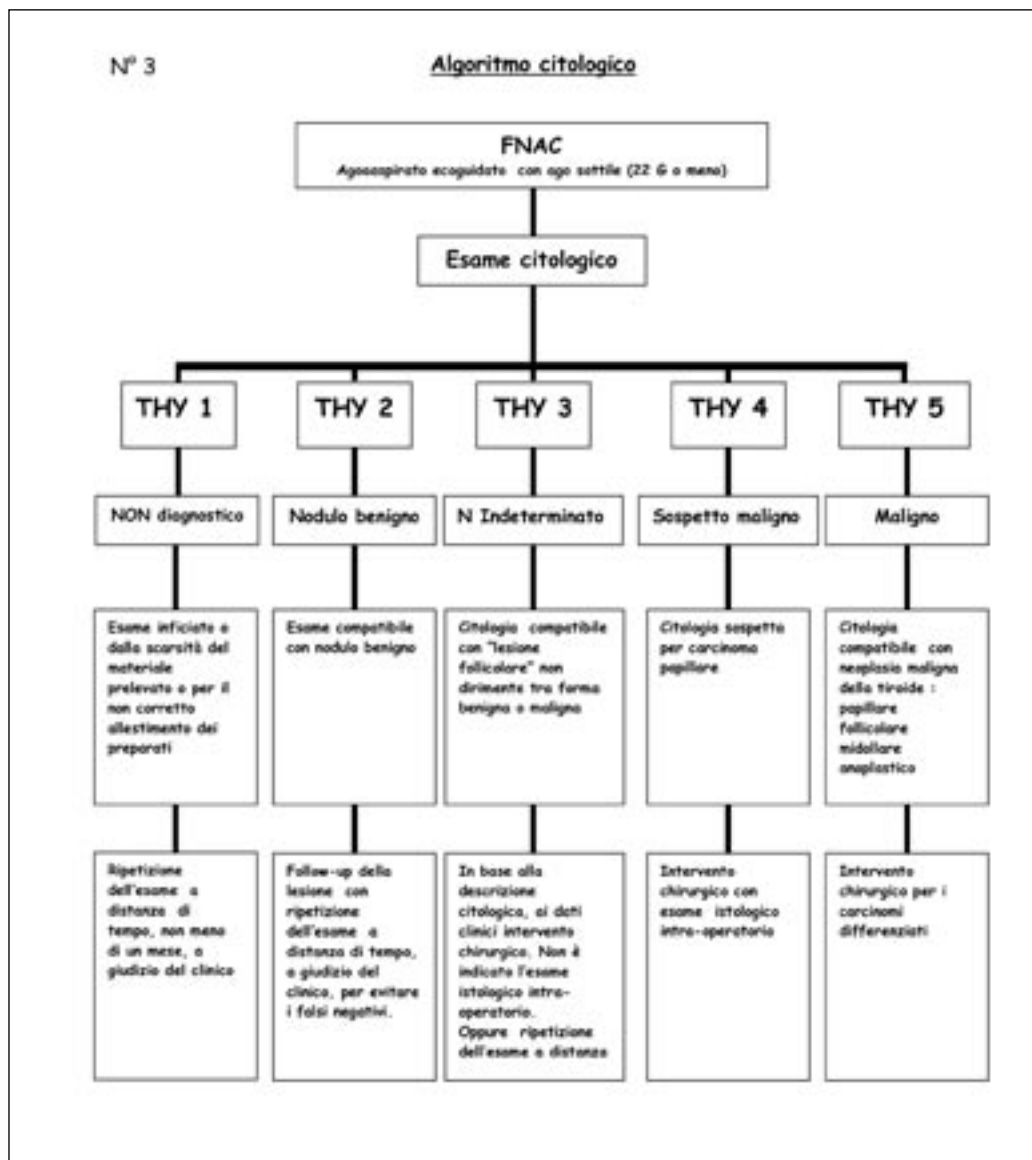
**THY 5: Positività per cellule maligne:** Lesioni con citologia sicuramente indicativa di carcinoma della tiroide.

**Azione successiva:** intervento chirurgico per i carcinomi differenziati.



## Bibliografia

- Baudin E, Travagli JP, Ropers J, et al. Microcarcinoma of the thyroid gland: the Gustave-Roussy Institute experience. *Cancer*. 1998;83:553-559.
- Belfiore A, Giuffrida D, La Rosa GL, et al. High frequency of cancer in cold thyroid nodules occurring at young age. *Acta Endocrinol (Copenh)*. 1989; 121:197-202.
- Castro MR, Gharib H. Thyroid fine-needle aspiration biopsy: progress, practice, and pitfalls. *Endocr Pract*. 2003; 9:128-136.
- Consensus Italiano sulla Gestione Clinica del paziente con patologia nodulare tiroidea. Gruppo di lavoro SIAPEC-IAP Firenze 12.09.2007.
- Costante G, Meringolo D, Durante C, Bianchi D, Nocera M, Tumino S, Crocetti U, Attard M, Maranghi M, Torlontano M, Filetti S. Predictive value of serum calcitonin levels for preoperative diagnosis of medullary thyroid carcinoma in a cohort of 5817 consecutive patients with thyroid nodules. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:450-5.
- Elisei R, Bottici V, Luchetti F, Di Coscio G, Romei C, Grasso L, Miccoli P, Iacconi P, Basolo F, Pinchera A, Pacini F. Impact of routine measurement of serum calcitonin on the diagnosis and outcome of medullary thyroid cancer: experience in 10,864 patients with nodular thyroid disorders. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:163-8.
- Ezzat S, Sarti DA, Cain DR, Braunstein GD. Thyroid incidentalomas: prevalence by palpation and ultrasonography. *Arch Intern Med*. 1994; 154:1838-1840.



nol. 2002; 178:687-691.

Ito Y, Urano T, Nakano K, Takamura Y, Miya A, Kobayashi K, Yokozawa T, Matsuzuka F, Kuma S, Kuma K, Miyauchi A. An observation trial without surgical treatment in patients with papillary microcarcinoma of the thyroid. *Thyroid* 2003; 13:381-7.

Leboulleux S, Girard E, Rose M, Travagli JP, Sabbah N, Caillou B, Hartl DM, Lassau N, Baudin E, Schlumberger M. Ultrasound criteria of malignancy for cervical lymph nodes in patients followed up for differentiated thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 2007 Sep; 92(9):3590-4.

Loh KC. Familial nonmedullary thyroid carcinoma: a meta-review of case series. *Thyroid*. 1997; 7:107-113.

Mandel SJ. Diagnostic use of ultrasonography in patients with nodular thyroid disease. *Endocr Pract*. 2004; 10:246252.

McHenry CR, Slusarczyk SJ, Askari AT, et al. Refined use of scintigraphy in the evaluation of nodular thyroid disease. *Surgery*. 1998; 124:656-661.

Meier DA, Kaplan MM. Radioiodine uptake and thyroid scintiscanning. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2001; 30:291-313.

Pacini F, Fontanelli M, Fugazzola L, Elisei R, Romei C, Di Coscio G, Miccoli P, Pinchera A. Routine measurement of serum calcitonin in nodular thyroid diseases allows the preoperative 27 diagnosis of unsuspected sporadic medullary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 1994; 78:826-9.

Papini E, Guglielmi R, Bianchini A, et al. Risk of malignancy in nonpalpable thyroid nodules: predictive value of ultrasound and color-Doppler features. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002; 87:1941-46.

Papini E. The dilemma of non-palpable thyroid nodules. *J Endocrinol Invest*. 2003; 26:3-4.

Ross DS. Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules. I. In: Rose BD, ed. *UpToDate*. Wellesley, MA: UpToDate, 2005.

Tan GH, Gharib H. Thyroid incidentalomas: management approaches to nonpalpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. *Ann Intern Med*. 1997; 126:226-231.

Vander JB, Gaston EA, Dawber TR. The significance of non-toxic thyroid nodules: final report of a 15-year study of the incidence of thyroid malignancy. *Ann Intern Med*. 1968; 69:537-540.

Gharib H, Goellner JR. Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: an appraisal. *Ann Intern Med* 1993; 118:282-289.

Gharib H, Goellner JR. Fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules. *Endocr Pract*. 1995; 1:410-417.

Gharib H. Fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules: advantages, limitations, and effect. *Mayo Clin Proc*. 1994; 69:44-49.

Guideline for the management of thyroid cancer. British Thyroid Association, Royal College of Physicians 2007.

Hay ID, Grant CS, van Heerden JA, Goellner JR, Ebersold JR, Bergstralh EJ. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year period. *Surgery*. 1992; 112:1139-1146.

Hegedus L. Clinical practice: the thyroid nodule. *N Engl J Med*. 2004; 351:1764-1771.

Jeffrey PB, Miller TR. Fine-needle aspiration cytology of the thyroid. *Pathology (Phila)*. 1996; 4:319-335.

Kim EK, Park CS, Chung WY, et al. New sonographic criteria for recommending fine-needle aspiration biopsy of nonpalpable solid nodules of the thyroid. *AJR Am J Roentgenol*

# Modello organizzativo assistenziale territoriale per la diagnosi e cura delle patologie tiroidee: la gestione integrata

di **DANIELA AGRIMI**

Specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio  
Distretto Socio-Sanitario di Mesagne

## Introduzione

Gli attuali modelli di gestione della sanità pubblica sono ispirati alla ricerca di sistemi di ottimizzazione nella cura delle patologie croniche, in coerenza con gli obiettivi primari del sistema sanitario pubblico, rappresentati dall'efficacia e dall'appropriatezza delle cure, dalla soddisfazione e dal miglioramento della qualità di vita del malato utente, nonché dal governo dei costi.

Il sistema di gestione integrata delle patologie croniche o disease management system rappresenta un modello di assistenza dalla cui applicazione è derivato un significativo controllo dei costi.

Tale modello è basato sull'integrazione tra diverse figure specialistiche e professionali che operano in aderenza ad un protocollo condiviso di *good practice*.

La valutazione clinica e la cura della Patologie Tiroidea, acuta e cronica, può prestarsi ad un modello di gestione integrata tra Medico di Medicina Generale ed operatori sanitari specializzati in una logica d'interazione tra macro e microsistemi, che preveda una RETE di Ambulatori Territoriali che si interfaccia con le Unità Operative Endocrinologiche Aziendali.

## Metodo

Protocollo finalizzato alla organizzazione di un "percorso" dedicato alla diagnosi ed alla cura delle malattie tiroidee.

## Scopo

Il protocollo è finalizzato alla organizzazione di un "percorso" dedicato alla diagnosi ed alla cura delle malattie tiroidee, che migliori l'efficienza dell'apparato di

La valutazione clinica e la cura della Patologie Tiroidea, acuta e cronica, può prestarsi ad un modello di gestione integrata tra Medico di Medicina Generale ed operatori sanitari specializzati in una logica d'interazione tra macro e microsistemi, che preveda una RETE di Ambulatori Territoriali che si interfaccia con le Unità Operative Endocrinologiche Aziendali.

Su questo concetto si basa la programmazione dell'attività presso l'Ambulatorio di Endocrinologia del Distretto Socio-Sanitario di Mesagne nella sede di San Pietro Vernotico avviata nel gennaio 2009.

offerta riducendo i tempi d'attesa e prosegua il processo d'integrazione tra le figure operanti nel territorio realizzando una reale alternativa alla ospedalizzazione.

Il principale beneficio che si attende dalla applicazione di queste indicazioni è la semplificazione dei percorsi assistenziali per i pazienti affetti da patologia tiroidea. Inoltre, l'aumento del grado di appropriatezza delle richieste dovrebbe ridurre i tempi di attesa delle visite specialistiche endocrinologiche.

## Attori

Direzione Sanitaria dell'ASL,  
Dirigenti di Distretto Socio-Sanitario,

Specialisti ambulatoriali, Medici di Medicina Generale.

**Documento d'intesa** sull'Appropriatezza Prescrittiva nell'ambito della Patologia Tiroidea, che definisca le caratteristiche delle visite endocrinologiche classificabili come "non differibili" ed parametri del compenso endocrino a medio/lungo termine.

## Criticità di sistema

Nell'attuale sistema organizzativo sono state evidenziate alcune criticità che meritano un riesame:

1. la programmazione delle prime visite endocrinologiche;
2. la programmazione degli accessi successivi alla prima visita necessari all'inquadramento clinico del paziente e alla continuità delle cure;
3. il follow-up clinico e terapeutico a distanza.

## Soluzioni praticabili

Al fine di semplificare il percorso assistenziale del pa-



ziente affetto da malattia tiroidea e di ridurre i tempi di attesa sono formulate le seguenti "Ipotesi di soluzione" alle criticità:

1. Gestione diretta di parte delle prime visite endocrinologiche con ecografia tiroidea.
2. Gestione diretta degli accessi successivi alla prima visita (da esplicitarsi entro i tre mesi).
3. Counselling ambulatoriale (telefonico/fax).

#### **Prime visite endocrinologiche non differibili: gestione diretta**

Per gestione diretta delle prime visite si intende che, in accordo con i MMG e condividendo con essi una procedura di selezione e segnalazione del paziente si possa accedere all'ambulatorio endocrinologico entro 15-20 giorni, utilizzando n. numero di disponibilità riservate per la prenotazione diretta.

In ragione dell'intesa sul protocollo di appropriatezza prescrittiva rientrano tra le prime visite endocrinologiche non differibili quelle in cui si abbia:

- 1) un sospetto diagnostico per ipotiroidismo subclinico in gravida, scompenso cardiaco e dislipidemia (TSH < 10  $\mu$ U/ml, FT4, FT3 nel range di normalità).
- 2) un sospetto diagnostico di ipotiroidismo clinico (TSH > 10  $\mu$ U/ml e/o FT4, FT3 inferiori al range di normalità).
- 3) un sospetto di ipertiroidismo subclinico in presenza di aritmia cardiaca (TSH  $\leq$  0.1  $\mu$ U/ml FT4, FT3 nel range di normalità).
- 4) un sospetto di ipertiroidismo franco (TSH < 0.1  $\mu$ U/ml FT4, FT3 superiori al range di normalità).

Sarà cura dell'Ambulatorio di Endocrinologia contattare il paziente e comunicarli la data di visita, esaudendo la richiesta del MMG entro un tempo massimo di 15-20 giorni.

#### **Accessi successivi alla prima visita: gestione diretta**

L'accesso successivo alla prima visita, finalizzato al completamento del quadro diagnostico, nonché alla definizione ed alla motivazione al programma di cura e dei relativi controlli, si presta ad una gestione diretta dell'agenda ambulatoriale.

Per la gestione diretta degli accessi successivi alla prima visita si intende la possibilità di disporre di appuntamenti necessari a concludere l'inquadramento clinico del paziente (entro i tre mesi dalla prima visita), a rivalutare condizioni di compenso endocrinologico instabile o eventi clinici intercorrenti (es. gravidanza) utilizzando n. numero di disponibilità riservate per la prenotazione diretta.

Resta inteso che concluso l'iter diagnostico e di cura il paziente rientra in un programma di controllo a breve/medio/lungo termine a seconda della patologia tiroidea riscontrata.

Di ciò verrà dettagliatamente informato il MMG con un referto conclusivo in cui sono proposte le tappe di follow-up a diretta valutazione da parte dello stesso MMG e quelle di rivalutazione da parte dell'Ambulatorio di Endocrinologia calendarizzate dal Centro Unico di Prenotazione.

#### **Counselling ambulatoriale (telefonico/fax/email)**

I pazienti con patologia tiroidea disfunzionale in carico all'Ambulatorio di Endocrinologia, che presentino un controllo endocrino instabile, possono accedere direttamente al counselling ambulatoriale specialistico.

Il counselling (telefonico/fax/email) consente di soddisfare le necessità di riferimento e di supporto del malato cronico, soprattutto quando, nelle condizioni stabilizzate, si prospetta un intervallo di rivalutazione clinico-ecografica che superi 12-18 mesi.

Il counselling consta di 3 fasi:

- quella di ricezione del "bisogno" mediata da figura infermieristica dedicata all'ambulatorio endocrinologico (step 1).
- quella di valutazione del "bisogno" nel contesto della patologia tiroidea già accertata e registrata nel data base ambulatoriale (step 2).
- quella di risposta al "bisogno" con valutazione endocrinologica di merito ed invio di un referto conclusivo (step 3).

Il counselling è uno strumento importante finalizzato a consolidare e coltivare la relazione terapeutica dell'equipe endocrinologica (medico specialista -infermiere dedicato) con il paziente in carico.

#### **Risultati**

La programmazione dell'attività ambulatoriale presso l'Ambulatorio di Endocrinologia del Distretto Socio-Sanitario di Mesagne nella sede di San Pietro Vernotico, dal gennaio 2009 è stata distinta in attività con prenotabilità CUP (67 %) ed attività in gestione integrata (33 %).

La tabella riporta una sintesi dell'attività svolta in GESTIONE INTEGRATA.

La percentuale di visite endocrinologiche non differibili segnalate in gestione integrata dai MMG è pari al 4.16 %. La percentuale di visite endocrinologiche di controllo, che comprende rivalutazioni successive alla prima visita necessarie a concludere l'inquadramento clinico del paziente, rivalutazioni per controllo endo-

Quota di attività in gestione integrata			
4.16 %	Prime visite endocrinologiche non differibili		
12.3 %	Visite endocrinologiche di controllo		
6.2 %	Ecografie tiroidee		22,66 %
17.3 %	counselling IN		
10.6 %	counselling OUT		27,9 %
		<i>totale</i>	<b>50,56 %</b>
<b>3216</b>	<b>n. prestazioni ambulatoriali</b>	<b>(gennaio/agosto 2009)</b>	

crino instabile o gravidanza, ed è pari al 12.3%. Nel complesso l'attività in gestione integrata, comprensiva dell'ecografie tiroidee, è pari al 22.66%.

Abbiamo provveduto a codificare e contabilizzare il counselling ambulatoriale tel/fax/email (counselling IN), nonché la relativa attività di risposta (counselling OUT). Pertanto rispetto ad una percentuale d'invio di dati (esami ormonali, variazioni di terapie concomitanti, eventi clinici interferenti, sopraggiunta gravidanza) pari al 17.3%, è stato predisposto un referto cartaceo con indicazioni pertinenti e relativo invio postale nel 10.6 % dei casi, mentre nella restante percentuale, pari a 6.7%, è stata proposta una rivalutazione endocrinologica ambulatoriale.

Nel complesso su un numero di 3216 prestazioni, svolte dal gennaio all'agosto del 2009, dall'ambulatorio endocrinologico territoriale il 50.56% è stato con ATTIVITÀ IN GESTIONE INTEGRATA, di cui il 27.9% in counselling ed il 22.66% con valutazione ambulatoriale.

Pertanto, escludendo dalla programmazione CUP solo 1/3 del totale delle prestazioni relative alla programmazione ambulatoriale, è stato sviluppato, applicando il modello di gestione integrata con prenotabilità diretta e counselling, un volume operativo di circa il 50%, che assicura un bilancio complessivo positivo.

L'attività di counselling, sul monitoraggio a medio/lungo termine dei pazienti già valutati ed in carico presso l'ambulatorio, permette di vagliare le condizioni che effettivamente necessitano di una rivalutazione diretta (solo il 6.7%, viene rivalutato con accesso ambulatoriale), la restante parte è stabilizzata con counselling indiretto (indicazioni di adegua-

mento della terapia e verifica del quadro ormonale contenute in referto medico inviato per fax/posta).

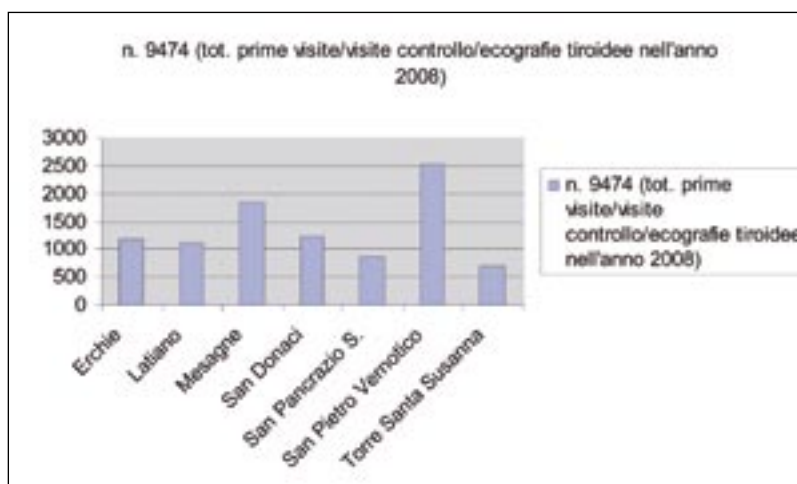
La percentuale di segnalazione delle prime visite endocrinologiche non differibili è bassa (circa 4%) rispetto alla frequenza della patologia, tale dato richiama la necessità di una maggiore condivisione ed implementazione del programma di gestione integrata.

### Discussione

Nel Distretto Socio-Sanitario di Mesagne, che comprende 6 Comuni e circa 116748,0 abitanti, nel corso dell'anno 2008 sono state eseguite 9474 prestazioni ambulatoriali, comprendenti prime visite endocrinologiche, visite endocrinologiche di controllo ed ecografie tiroidee.

Poiché attualmente, in Puglia non sono disponibili fonti di dati routinari dedicati alla patologia tiroidea, abbiamo cercato di stimarne la frequenza attraverso indicatori indiretti come il numero di esenti ticket.

La tabella propone il numero di esenzioni dal ticket







per patologie tiroidee rilasciate nel corso dell'anno 2008 nella Regione Puglia, nella provincia di Brindisi e nel Distretto Socio-Sanitario di Mesagne.

La percentuale totale di esenzioni per patologie tiroidee nella provincia di Brindisi e nel Distretto Socio-Sanitario di Mesagne è pari a 2.05% e 1.95% rispettivamente, in linea con quella regionale (pari a 1.62%), con una lieve prevalenza delle esenzioni per tiroidite cronica autoimmune.

Le patologie tiroidee incidono significativamente sull'attività specialistica ambulatoriale (ospedaliera e distrettuale) e, pertanto, sulle relative liste d'attesa.

In Puglia, alla fine del 2005, è stato costituito un Gruppo di Lavoro sui Tempi di Attesa, che ha identificato alcuni aspetti suscettibili di intervento (controllo della domanda, razionalizzazione della offerta, organizzazione del lavoro, implementazione di risorse umane e strumentale, eventuale ricorso a forme di incentivazione), evidenziando la necessità di favorire una cultura dell'appropriatezza che contribuisca a definire "percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra prescrittori ed erogatori, anche al fine di definire protocolli per l'accesso differenziato alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base della priorità clinica".

La gestione integrata sviluppata intorno ad un protocollo di appropriatezza prescrittiva, sostenuta da un sistema di prenotazioni misto (CUP e diretto) e da un counselling ambulatoriale strutturato, rappresenta un'ipotesi di modello organizzativo specifico per la diagnosi ed alla cura delle malattie tiroidee, che, nelle nostre attese, garantisce:

- aderenza a linee guida condivise ed adattate al contesto territoriale;
- qualificazione e quantificazione della domanda

(prime visite endocrinologiche non differibili);

- contestualizzazione temporale della risposta sanitaria alla domanda (prenotabilità diretta);

- supporto del paziente in carico ambulatoriale con attività di tel-counselling o e-counselling;

Destinando circa 1/3 del totale delle prestazioni della programmazione ambulatoriale alla gestione integrata con prenotabilità diretta e counselling è possibile ottemperare a questo programma operativo.

#### Questioni aperte

- Programmi di condivisione ed implementazione: modello di formazione frontale e sul campo tra gli operatori sanitari del distretto;

- quali indicatori di processo e di esito (?);

- sono opportuni nuovi parametri qualitativo-prestazionali dell'attività ambulatoriale convenzionata (?);

- sono auspicabili incentivi economici per il team specialistico (?);

- come valutare la percezione della qualità assistenziale (?).

#### Conclusioni

Sperimentare e costruire Percorsi Assistenziali è la leva per la generazione di conoscenze che siano un valido supporto per le decisioni cliniche, organizzative e gestionali con cui definire l'odierna assistenza socio-sanitaria.

Nella nostra realtà lavorativa territoriale stiamo sperimentando e cercando di ottimizzare un modello organizzativo dedicato alla diagnosi ed alla cura delle malattie tiroidee, che migliori l'efficienza dell'apparato di offerta riducendo i tempi d'attesa e prosegua il processo d'integrazione tra le figure operanti nel territorio realizzando una reale alternativa alla ospedalizzazione.

Regione Puglia	STRUMA	IPOTIROIDISMO	TIROIDITE	
	TOSSICO	CONGENITO o ACQUISITO GRAVE	di HASHIMOTO	
4078990,0 (Ab)	^0,28%	^0,81%	^0,53%	1,62%
<b>Provincia di Brindisi</b>				
402934,0 (Ab)	*0,33%	*0,87%	*0,85%	2,05%
<b>D.S.S. Mesagne</b>				
116748,0 (Ab)	*0,32%	*0,75%	*0,88%	1,95%

\* G. Padolecchia, C. Leo, Programmazione-Controllo Gestione-ASL BR.

^ F. Fortunato, D. Martinelli, R. Prato, Sezione di Igiene - DIMED, Università degli Studi di Foggia - O.E.R.P.

# Elaborazione delle linee guida per la certificazione di invalidità civile in soggetti con patologie involutive

di ANTONIO FRASCARO

Direttore Responsabile U.O. Dipartimentale di Psicogeriatría

Con l'aumentare della vita media del genere umano si assiste ad un concomitante aumento delle patologie in età geriatrica e di conseguenza ad un incremento della inabilità e della invalidità.

L'attuale eterogeneità dei criteri di valutazione per la certificazione di invalidità civile in soggetti con patologie involutive rende necessaria l'elaborazione di linee guida, anche se in letteratura a tutt'oggi, non ci sono studi che le hanno mai validate.

La difficoltà consiste infatti nel porre linee guida sicure, soddisfacenti ma nello stesso tempo semplici, pratiche, adatte ad un'utenza particolare come quella geriatrica.

L'Institute of Medicine statunitense definisce le linee guida come "documenti sviluppati in modo sistematico per assistere in modo appropriato le decisioni dei medici e dei pazienti su specifici aspetti di cura medica".

Dal punto di vista medico-legale si ritiene di attribuire alle linee guida un valore di riferimento entro cui inquadrare i limiti della condotta diligente, perita ed esperta del medico.

Ma le linee guida hanno inoltre un'altra finalità pratica, per certi aspetti forzata: quella di tendere a rendere omogenei i comportamenti clinici, evitando di affidare le decisioni diagnostiche e terapeutiche a criteri molto soggettivi di scelta.

Ciò riduce l'autonomia decisionale, restringendo il pensiero medico logico-deduttivo e inducendo di conseguenza quella "medicina difensiva" destinata più a proteggersi per motivi medico-legali che a fare il beneficio del paziente.

Premesso ciò, per la certificazione di invalidità civile in soggetti con patologie involutive (sospetto di deficit cognitivo e/o di demenza) si propone il seguente percorso diagnostico strutturato che prevede:

**Scheda anagrafica** che definisca anche la condizione economico-sociale e culturale di provenienza del

L'attuale eterogeneità dei criteri di valutazione per la certificazione di invalidità civile in soggetti con patologie involutive rende necessaria l'elaborazione di linee guida, anche se in letteratura a tutt'oggi, non ci sono studi che le hanno mai validate.

Per rispondere a questa esigenza viene proposto un percorso diagnostico strutturato.

paziente (stato civile, convivenza familiare, condizione abitativa ect.; fattori questi che hanno grande influenza sull'espressione della malattia nell'anziano)

**Anamnesi familiare** che metta in evidenza la presenza di patologie neuropsichiatriche nel gentilizio;

**Anamnesi fisiologica** che riporti fattori quali le condizioni prenatali, perinatali, natali e dell'allattamento, lo sviluppo so-

matopsichico, il livello di istruzione, il servizio militare, il matrimonio, la gravidanza, l'età della menopausa, il consumo di alcool o altre sostanze e l'esposizione a tossici ambientali che giocano un ruolo molto importante nell'espressione della demenza;

**Anamnesi farmacologica** che indichi dettagliatamente il tipo e la quantità di farmaci in uso o di recente utilizzazione che possano aver influito sulle funzioni cognitive (soprattutto aloperidolo-barbiturici-Litio-anticolinergici ecc.);

**Anamnesi patologica remota e prossima** che metta in evidenza eventuali comorbidi, quali insufficienza cardio-respiratoria, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione arteriosa, traumi, interventi chirurgici che sicuramente possono peggiorare un quadro di demenza;

**Anamnesi psicopatologica remota e recente**

I precedenti psichiatrici vanno analizzati a fondo (età dell'esordio, fenomenologia del disturbo, eventuali ricoveri, prescrizioni di psicofarmaci, posologia e modalità di assunzione, accettazione o meno delle stesse);

**Esame obiettivo generale** per evidenziare patologie organiche che possano complicare il quadro dementigeno ed il livello di autosufficienza del paziente (menomazione fisiche, e sensoriali che possono giustificare una risposta anormale ai tests e alle indagini effettuate);

**Esame obiettivo neurologico** (quando possibile) che prenda in considerazione segni e sintomi che possano indirizzare verso una demenza di tipo vascolare anziché degenerativa (prendere in considerazione anche i traumi cranici e le neoformazioni cerebrali);



**Valutazione psicometrica e comportamentale** con un'attenta valutazione dello stato mentale, comprensiva dello stato cognitivo ed affettivo del paziente rapportata alle caratteristiche di personalità e cognitive premorbose, tramite un'intervista altamente individualizzata, che focalizza anche sullo stato di vigilanza, attenzione, orientamento, memoria recente e remota, linguaggio, prassia, abilità visuospatiali, calcolo, funzioni esecutive- astrazione e valuta l'adattamento emotivo alla disfunzione cerebrale e l'atteggiamento comportamentale durante l'esecuzione delle prestazioni richieste.

Altre funzioni da prendere in considerazione, la cui ricaduta è importante per la vita del paziente e per il futuro dei familiari, sono l'abilità nel porre scelte future, la capacità di guida e la capacità testamentaria.

Il test standard da usare è il M.M.S.E. (Mini Mental State Examination) di Folstein, corretto per età e scolarità. Rappresenta un rapido (10 min.) e sensibile strumento per la quantificazione del declino cognitivo e per il suo modificarsi nel tempo. Numerosi studi hanno dimostrato l'attendibilità e la riproducibilità del M.M.S.E. (con una *fedeltà* test - retest = 0,89, correlazione fra esaminatori = 0,83, *sensibilità* = 87% e specificità = 82% nell'identificare soggetti dementi (in confronto con la diagnosi clinica) con un punteggio soglia  $\leq 23/30$ ).

Può essere somministrato dal medico di base, dallo psichiatra, dallo psicologo, dall'infermiere o da altro operatore addestrato adeguatamente.

Nei soggetti con declino cognitivo iniziale o demenza lieve o comunque con sospetto decadimento cognitivo il test da usare è il M.O.D.A. (Milan Overall Dementia Assessment), breve batteria (durata 20-30 minuti) che prevede la raccolta sia di dati di inchiesta (ricavati da un parente) sia di dati psicometrici che si riferiscono a molteplici domini cognitivi (attenzione, intelligenza, memoria, linguaggio, cognizione spaziale e percezione visiva).

La prova comprende una preliminare valutazione dell'uso premorbo del linguaggio e del livello socio-culturale, nonché del mancino e della depressione.

Gli studi di screening dimostrano che il M.O.D.A. è più sensibile *ma meno specifico* del M.M.S.E. (nell'identificare soggetti dementi in confronto alla diagnosi clinica).

Può essere somministrato solo dallo psicologo. Punteggio: Deterioramento cognitivo lieve per valori  $>60/100$ , medio tra 40 e 60/100, grave per valori  $<40/100$ .

Il M.O.D.A. è il test da somministrare in caso di MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (M.C.I.) cioè lo stato transizionale tra normale invecchiamento e demenza lieve.

Altre scale da usare eventualmente sono: A.D.A.S. (Alzheimer's Disease Assessment Scale) nei pazienti af-

fetti da demenza di Alzheimer, B.D.M. (Mental Deterioration Battery) per la diagnosi differenziale fra demenza di Alzheimer ed altre demenze (in fasi iniziali).

**Valutazione funzionale**, le scale da usare sono:

- A.D.L. (ACTIVITIES DAILY LIVING o INDICE DI BARTHEL), scala di valutazione delle attività di base della vita quotidiana. Rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti e più utilizzati. Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di: alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare gli sfinteri.

Può essere somministrato dal medico, psicologo, infermiere, fisioterapista, assistente sociale.

La valutazione avviene in base a informazioni fornite da un familiare o da persona che conosce bene il paziente.

Durata 5 minuti. Punteggio massimo assegnato = 6.

Validità e riproducibilità ottime ( $> 90\%$ ).

- I.A.D.L. (INSTRUMENTAL ACTIVITIES DAILY LIVING), scala di valutazione dell'autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana. Valuta nei soggetti anziani le capacità funzionali considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza. Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di: usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, riordinare la casa, lavare, usare i mezzi di trasporto, assumere le medicine, gestire il denaro.

Può essere somministrato dal medico, psicologo, infermiere, fisioterapista, assistente sociale.

La valutazione avviene in base ad informazioni fornite da un familiare o da persona che conosce bene il paziente.

Durata 5 minuti. Punteggio massimo 8 (per le donne) e 5 (per gli uomini).

Per ogni attività il punteggio può essere di 0 (dipendente) o 1 (indipendente).

È importante barrare la casella corrispondente a "NON APPLICABILE" (NA) quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione (cioè quando l'attività non è mai stata svolta anche quando la persona era completamente autosufficiente); nel dubbio, specialmente per quanto riguarda gli uomini e quelle attività identificate come "prevalentemente svolte dalle donne", preferire la scelta "NA".

Validità e riproducibilità ottime ( $>90\%$ ).

• **Test di laboratorio** da richiedere sono:

Glicemia - Azotemia - Cratinemia - Na - K - Ca - F - Mg - emocromo

Ves - Bilirubina - Got - Gpt - Gt - Elettroforesi Proteine Sieriche.

**PROPOSTA DI LINEE GUIDA PER LA CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ CIVILE  
IN SOGGETTI CON PATOLOGIE INVOLUTIVE**

**SCHEDA ANAGRAFICA****ANAMNESI** (Familiare-Fisiologica-Farmacologica -Patologica Remota e Prossima- Psicopatologica Remota e Prossima).**ES. OBIETTIVO GENERALE****ES. OBIETTIVO NEUROLOGICO** (quando possibile)**VALUTAZIONE PSICOMETRICA**

M.M.S.E. (TEST STANDARD)(corretto per età e scolarità)	"	M.M.S.E. fra 0 e 9 " 10 e 20	deficit cognitivo grave deficit cognitivo medio
MODA (nei casi dubbi)	"	" 21 e 24	deficit cognitivo lieve
	"	" 25 e 30	normale

**VALUTAZIONE FUNZIONALE**

A.D.L. (da 0 a 6 funzioni perse)	A.D.L. $\leq 3/6$ (donnee uomini)	NON AUTOSUFFICIENZA
I.A.D.L. (da 0 a 8 funzioni perse per le donne)	I.A.D.L. $\leq 4/8$ (per le donne)	
" (da 0 a 5 funzioni perse per gli uomini)		

**TEST DI LABORATORIO**

(In particolare: dosaggio Vit.B12-Folati-FT3-FT4-TSH-OMOCISTEINA)

**ES. STRUMENTALI**

(In particolare : ecg + visita cardiologica-ecodoppler dei vasi del collo)

UOP DIPARTIMENTALE PSICOGERIATRIA

**ES. NEUROIMAGINE** R.M.N. (es. standard) - T.A.C. , S.P.E.C.T. e/o P.E.T. (nei casi dubbi). (Dir.Responsabile Dr. A. FRASCARO)

Colesterolo - Tricliceridi-HDL-FT3-FT4-TSH.VIT.B12-folati Omocisteina Test per la sifilide ed Hiv-es.urine.

Da tenere soprattutto in considerazione che un deficit di folati, vit. B12 e degli ormoni liberi tiroidei, o un aumento dell'omocisteina possono essere causa di deficit cognitivo, talora reversibile.

Sono inoltre necessarie le sierodiagnosi per la sifilide e l'HIV per escludere una demenza luetica e da AIDS e l'esame urine per dimostrare eventuali metaboliti di sostanze d'abuso o di metalli pesanti.

• **Esami strumentali**

1. Ecg + Visita Cardiologica per evidenziare malattie cardiologiche croniche che influenzano il circolo cerebrale;
2. Ecodoppler dei vasi del collo per studiare il flusso cerebrale;
3. EEG quando si sospettano encefaliti, epilessia e nella malattia di Creutzfeldt-Jakob;
4. Rx torace per evidenziare eventuali sindromi iposicliche croniche;
5. Esame del Liquor se necessario, quando si sospet-

tano infezioni del S.N.C. o metastasi.

• **Esami di neuroimaging cerebrale** indispensabili per mettere in evidenza condizioni trattabili quali tumori, ematomi subdurali, idrocefalo, stroke, ma anche per il riscontro dei segni di demenza (atrofia, lesioni gliotiche ect.).

Tra questi si richiedono:

1. **RMN** cerebrale (esame di prima istanza) quando si sospetta che il deficit cognitivo sia dovuto a processi degenerativi primari (salvo casi con controindicazioni all'esecuzione, inclusa la mancanza di collaborazione);
2. **TAC** cerebrale quando si sospetta che il deficit cognitivo sia secondario a lesioni vascolari e a lesioni trattabili chirurgicamente;
3. **SPECT** e/o **PET** cerebrale, solo se permangono incertezze sulla diagnosi, in quanto permettono di misurare in vivo specifici processi biochimici cellulari che non si riflettono necessariamente a livello macroscopico (soprattutto nella fase preclinica della malattia di Alzheimer senza alterazioni alla RMN o TAC).



Vaccine. 2009 Dec 2.

## Report of varicella outbreak in a low vaccination coverage group of otherwise healthy children in Italy: the role of breakthrough and the need of a second dose of vaccine

di S. TAFURI, D. MARTINELLI, M. DE PALMA, C. GERMINARIO, R. PRATO

We describe an outbreak of varicella at a preschool center in Southern Italy, in the period January-May 2009, among children with a vaccination coverage of 53.9% for one dose. The outbreak occurred in a small community in Puglia and enrolled 41 children. The attack rates for unvaccinated and vaccinated children were 72.3% and 12.7%, respectively.

The vaccine effectiveness against disease was 82.4%. Our findings add a further piece of evidence in supporting the routine use of a second dose of vaccine for all children without a history of disease, as recently recommended by the ACIP of the CDC.

International Journal of Paediatric Obesity Suppl 1 2010

## Determinants of Appetite and Taste: From in-utero to infancy

di MARGHERITA CAROLI MD PhD, RODOLFO ROLLO MD and SUSI EPIFANI MD

Azienda Sanitaria Locale Brindisi, Via Napoli 8 Brindisi Italy

### **Conflict of interest:** None

Appetite and taste correct development is essential for human being surviving since birth.

Appetite and its opposite, satiety, are regulated through distinct, but interacting mechanisms which involve nutrients intake, hormones produced in several area of gastrointestinal system and in the adipose tissue, and neurons mostly located in the hypothalamus's nuclei which send and receive signals to and from the cortex and the brainstem (1).

The essential need to maintain body weight in a normal range has resulted in a complex circuit of signals and receptors that often work in parallel through different ways to the same aim (2). Different and interacting systems control short and long term maintenance of food intake and body weight, with gastrointestinal hormones more involved in short-term control, and hormones produced in adipose tissue more involved in long-term control (1).

Short-term feeding control include nutrients' levels and several hormones, the majority working promoting satiety. Among short term hormones the most interesting for their roles are cholecystokinin (CCK), and ghrelin. CCK, secreted by proximal small intestine under dietary fat and small peptides stimulus and by hypothalamic neurons during feeding (3), acts inhibiting food intake by inducing satiety. Ghrelin is produced by the stomach (4) and in the hypothalamus (5). Its serum level increases during fasting (6), and is reduced in obese subjects (7).

Long term regulation of food intake and energy balance is mostly based on insulin and leptin interaction as well as their influence on short term signals.

Insulin secretion and serum level are proportional to body

fat, and to recent protein and carbohydrate intake (8).

At high serum concentration insulin is transported into the brain where, interacting with several hypothalamic neuropeptides, reduces food intake (9), increases sympathetic neural activity and energy expenditure (10), and enhances satiety's induction by CCK (11).

Leptin is produced by adipocytes and its metabolism and actions are much less clear than those ones of insulin. Leptin decreases food intake (12) and enhances energy expenditure activating the sympathetic nervous system (13).

Rare mutation causing leptin deficiency result in severe hyperphagia which leads to obesity (14), but, in obese subjects, high level of leptin are much more commonly found (15). The mechanism of leptin resistance is still unknown, leaving room for researches. Research is also needed to explain the role in food intake and body weight control of other hormones produced by adipocytes such as adiponectin (16) and some interleukins (17).

Appetite is not the only determinant of food intake, as the sensory characteristics of food, generally called "taste", deeply influence food preference and choice. As food choice determines nutrient intake, taste is important in establishing a positive nutritional status.

Humans can detect only five distinct basic taste: bitter, sour, sweet, unami, and salty (18); these five qualities' mix allows humans to appreciate millions of different complex taste in different foods and they act as notes to compose different symphonies. Lately, to the five classic taste modalities it has been added the "fatty taste" as a distinct taste perception ability (19).

Taste perception occurs when taste receptors cells, located

in the taste buds of tongue, palate, and pharynx, get in contact with food's specific chemical molecules (20).

A food can be tasted differently by different subjects according to the personal genetic structure since polymorphisms of taste receptors coding genes have been observed in subjects with different taste perceptions of the same food or primary taste solution's concentration (18).

During the last few decades several taste receptors genes have been identified.

*TAS2R* gene family on chromosomes 5, 7, and 12 codes bitter receptors (21), *TAS1R*, on chromosome 1, codes sweet and umami tastes (22) while *PKD2L1* and *PKD1L3* code sour taste (23).

The fat receptor seems to be coded by the gene CD 36, located on chromosome 7 (24). Only salt taste perception has not been linked to any specific gene, but is considered to be more influenced by environmental factors (25).

Beside all these genetic and metabolic factors that influence food intake in terms of quantity and quality, feeding pattern, family relationship, and emotional factors have to be taken into account in developing taste and appetite. From the dyad mother-infant relation positive or negative eating habits attitudes and behaviors derive which last for a lifetime for each of the components. "Feeding" means much more than just nutrition: mother transmits her love and recognizes her child's needs, while child socializes and organizes a communication behavior. For both members a positive communication will promote positive self-efficacy and independence, while a negative communication will promote confusion and stress in eating habits, as well as in all the other life fields (26).

Breastfeeding mothers feed their children only on the basis of the child's hunger signals that they are able to recognize. This allows an efficient relationship in which the child's needs are well communicated to the mother who then correctly responds, while often mothers' of bottle fed infants are more sensitive to the external signals of hunger and satiety, such as time schedules and empty bottles, rather than their child's internal signals.

This inefficient communication causes that the infant forced and/or restrained to eat becomes confused and anxious about his/her needs which are rarely satisfied correctly and at the right time, developing wrong eating attitudes and habits. Understanding how these social experiences can match with a genetic and biochemical background to develop positive or negative eating habits needs more research if we want really and effectively combat obesity since its early development.

## References

- Havel PJ, Peripheral signals conveying metabolic information to the brain: short-term and long-term regulation of food intake and energy homeostasis. *Exp Biol Med* 2001; 226(11): 963-977.
- Simposn KA, Martin NM, Bloom SR Hypotalamic regulation of food intake and clinical therapeutic applications. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2009; 53(2): 120-128.
- Schick RR, Reilly WM, Roddy DR, Yaksh TL, Go VL. Neuronal Cholecystokinin-like immunoreactivity is postprandially released from primate hypothalamus. *Brain Res* 1987 **418**:20-26.
- Bowers CY. Unnatural growth hormone-releasing peptide begets natural ghrelin. *J Clin Endocrinol Metab* 2001, **86**:1464-1469.
- Nakazato M, Murakami N, Date Y, Kojima M, Matsuo H, Kangawa K, Matsukura S. A role for ghrelin in the central regulation of feeding. *Nature* 2001, **409**:194-198.
- Tschop M, Smiley DL, Heiman ML. Ghrelin induces adiposity in rodents. *Nature* 2000, **407**:908-913.
- Tschop M, Weyer C, Tataranni PA, Devanarayan V, Ravussin E, Heiman ML. Circulating ghrelin levels are decreased in human obesity. *Diabetes* 2001 **50**:707-709.
- Havel PJ, Townsend R, Chaump L, Teff K. High-fat meals reduce 24-h circulating leptin concentrations in women. *Diabetes* 1999, **48**:334-341.
- Schwartz MW, Woods SC, Porte D Jr., Seeley RJ, Baskin DG. Central nervous system control of food intake. *Nature* 2000, **404**:661-671.
- Vollenweider P, Randin D, Tappy L, Jequier E, Nicod P, Scherrer U. Impaired insulin-induced sympathetic neural activation and vasodilation in skeletal muscle in obese humans. *J Clin Invest* 1994, **93**:2365-2371.
- Figlewicz DP, Sipols AJ, Seeley RJ, Chavez M, Woods SC, Porte D Jr. Intraventricular insulin enhances the meal-suppressive efficacy of intraventricular cholecystokinin octapeptide in the baboon. *Behav Neurosci* 1995, **109**:567-569.
- Tang-Christensen M, Havel PJ, Jacobs RR, Larsen PJ, Cameron JL. Central administration of leptin inhibits food intake and activates the sympathetic nervous system in rhesus macaques. *J Clin Endocrinol Metab* 1999, **84**:711-717.
- Haynes WG, Morgan DA, Walsh SA, Mark AL, Sivitz WI. Receptor mediated regional sympathetic nerve activation by leptin. *J Clin Invest* 1997, **100**:270-278.
- Montague CT, Farooqi IS, Whitehead JP, Soos MA, Rau H, Wareham NJ, Sewter CP, Digby JE, Mohammed SN, Hurst JA, Cheetham CH, Earley AR, Barnett AH, Prins JB, O'Rahilly S. Congenital leptin deficiency is associated with severe early-onset obesity in humans. *Nature* 1997, **387**:903-908.
- Caro JF, Sinha MK, Kolaczynski JW, Zhang PL, Considine RV. Leptin: the tale of an obesity gene. *Diabetes* 1996, **45**:1455-1462.
- Maeda K, Okubo K, Shimomura I, Funahashi T, Matsuzawa Y, Matsubara K. cDNA cloning and expression of a novel adipose specific collagen-like factor, apM1 (AdiPose Most abundant Gene transcript 1). *Biochem Biophys Res Commun* 1996, **221**:286-289.
- Chida D, Osaka T, Hashimoto O, and Iwakura Y Combined interleukin-6 and interleukin-1 deficiency causes obesity in young mice. 2006, *Diabetes* 55; 971-977.
- Bachmanov, A.A., and Beauchamp, G.K. Taste receptor genes. *Annu Rev Nutr* 2007, 27, 389-414.
- Laugerette F, Passilly-Degrace P, Patris B, Niot, Febbraio



- M, Montmayeur JP, and Besnard P. CD36 involvement in orosensory detection of dietary lipids, spontaneous fat preference, and digestive secretions. *J. Clin. Invest.* 2005, 115:3177–3184.
20. Lindemann, B. Receptors and transduction in taste. *Nature* 2001, 413, 219–225.
21. Chandrashekar, J., Mueller, K.L., Hoon, M.A., Adler, E., Feng, L., Guo, W., et al. T2Rs function as bitter taste receptors. *Cell* 2000, 100, 703–711.
22. Bachmanov, A.A., Reed, D.R., Li, X., and Beauchamp, G.K. Genetics of sweet taste preferences. *Pure Appl Chem* 2002, 74, 1135–1140.
23. Huang, A.L., Chen, X., Hoon, M.A., Chandrashekar, J., Guo, W., Trankner, D., et al. The cells and logic for mammalian sour taste detection. *Nature* 2006, 442, 934–938.
24. Fernandez-Ruiz, E., Armesilla, A.L., Sanchez-Madrid, F., and Vega, M.A. Gene encoding the collagen type I and thrombospondin receptor CD36 is located on chromosome 7q11.2. *Genomics* 1993, 17, 759–761.
25. Wise, P.M., Hansen, J.L., Reed, D.R., and Breslin, P.A. Twin study of the heritability of recognition thresholds for sour and salty taste. *Chem Senses* 2007, 32, 749–754.
26. Satter EM. The feeding relationship. *J Am Diet Ass.* 1986, 86: 352-256.



Fasano: Chiesa Matrice di San Giovanni Battista



*Fasano: Dolmen di Montalbano*



*Fasano: Cripte rupestri a Lama d'Antico*