



# PROGETTO SALUTE

## • Speciale 2010

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

## • Mozione

- 5 FNOMCeO sulla Manovra correttiva della Finanza Pubblica

## • Il Confronto

- 6 Documento sulla professione e sul servizio sanitario regionale. La pericolosità dei piccoli Ospedali  
*di Sergio Pede*
- 8 La pillola abortiva:  
- Parere reso al Comitato centrale sull'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico  
- Il parere della Associazione Medici Cattolici Italiani  
*di Caterina Natoli*

## • Il Codice deontologico

- 11 Leggiamo insieme il Codice Deontologico ... un articolo per volta. Art. 39 - Assistenza al malato a prognosi infausta  
*di Antonio Nicola Quarta*

## • La Vita dell'Ordine

- 13 Assemblea Ordinaria Annuale degli iscritti anno 2010
- 18 Posta Elettronica Certificata (PEC) è obbligatoria per tutti i professionisti
- 19 Questione quote ai Medici di Medicina Generale dei pazienti deceduti
- 20 Variazioni all'Albo dei Medici
- 20 Variazioni all'Albo degli Odontoiatri
- 21 Sicure: sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico

## • Le informazioni

- 22 Nuove norme in materia di nomina dei Direttori Generali  
*di Silvio Tafuri*
- 22 Riassetto strutturale e organizzativo delle Aziende Sanitarie  
*di Silvio Tafuri*
- 23 Inaugurato il Portale del giovane medico  
*di Silvio Tafuri*
- 23 Pubblicato il Manuale del Giovane Medico, II edizione

- 24 Malattie infettive dei migranti (controllo sanitario e profilassi)
- 26 Il Sistema di Sorveglianza PASSI. L'abitudine al fumo e all'alcol in Puglia

## • La previdenza

- 30 Proposta di programma ENPAM per il quinquennio 2010-2015  
*di Alberto Oliveti*
- 31 Il dott. Donato Monopoli eletto quale rappresentante regionale nel Fondo MMG

## • Il lavoro e la professione

- 32 Uso del titolo di "Professore". L'Ordine ha invitato il Direttore della ASL ad effettuare controlli
- 32 Niente IRAP per l'attività in convenzione del Medico di Medicina Generale
- 33 Certificato di malattia. Decreto legislativo 150/2009
- 34 Per i tirocinanti vanno migliorando le prospettive economiche
- 35 Dopo il 9 febbraio 2011 Onaosi irraggiungibile per i medici di famiglia che non si iscrivono
- 36 Il riscatto degli anni di laurea rimane un ottimo investimento
- 37 Considerazioni sul rischio clinico in pediatria  
*di Elisabetta Quaranta*

## • Oltre il lavoro e la professione

- 39 Poesie  
*di Giovanni Valente*
- 40 A proposito di tempo libero: Iniziano i corsi di equitazione del Circolo Ippico Mitrano di Brindisi

## LA SEZIONE SCIENTIFICA

### • Eventi formativi

- 44 Seminario: "Le Biotecnologie Alimentari nelle strategie di Iodoprofilassi: ruolo della Biofortificazione Agronomica"  
*di Daniela Agrimi*
- 46 Le strategie di controllo della Iodoprofilassi  
*di Antonella Olivieri*
- 47 I fortified foods: la sicurezza alimentare nell'intake di micronutrienti  
*di Antonio Caretto*
- 47 Dalla dieta mediterranea alla nutrigenomica  
*di Egeria Scoditti*
- 48 Le innovazioni tecnologiche in agrobiologia  
*di Antonio Logrieco*

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

SECONDA PARTE

di FRANCO PRETTICO

*Nel precedente numero della rivista (n.1/2010), per salutare degnamente l'anno del centenario della fondazione degli Ordini dei Medici in Italia (1910), abbiamo iniziato a pubblicare la storia della istituzione ordinistica nel nostro Paese e nella nostra provincia.*

*Come già sapete, ci siamo affidati al lavoro del nostro collaboratore dott. Franco Prettico che sull'argomento ha elaborato la sua tesi di laurea presso l'Università degli Studi di Lecce.*

*Dopo la "grande" storia nazionale degli Ordini, pubblicata nella I<sup>a</sup> parte, questa volta tocca alla nostra provincia, già inclusa in quella di Lecce, che dal 1927 inizia un proprio percorso istituzionale, sociale e culturale, come entità politica a se stante. La storia della nostra provincia è divisa in due parti.*

*Siamo grati a Franco Prettico, dipendente dell'Ente fin dal lontano 1976, per la puntuale raccolta ed organizzazione dei dati relativi al nostro neonato Ordine che, sconosciuti ai più, rappresentano il seme che i primi 123 iscritti del 1929, cui rivolgiamo idealmente un deferente saluto, hanno seminato, affinché i successivi ed attuali circa 2000 iscritti potessero far riferimento nello svolgimento della loro professione. Professione che, anche se enormemente cambiata dal punto di vista tecnologico, clinico e sociale, ha subito una regressione enorme dal punto di vista umano: questo aspetto, altamente significativo, è mirabilmente riassunto in una affermazione di Seneca il quale sosteneva la eterna riconoscenza nei confronti del medico, anche dopo averlo pagato, per la benevolenza e la affettuosa disposizione nei riguardi del paziente: "ma se il medico non fa altro che tastarmi il polso e considerarmi uno dei tanti malati, prescrivendomi freddamente ciò che debbo fare o evitare, io non gli sono debitore di nulla, poiché in me non vede un amico ma solo un cliente".*

Antonio Nicola Quarta

## La provincia di Brindisi: cenni storici ed istituzionali

Anche la provincia di Brindisi ha vissuto il succedersi degli eventi legislativi nazionali.

Il Regio Decreto (R.D.) Legge n. 1 del 2 gennaio 1927, istituì la provincia di Brindisi che precedentemente era inclusa in quella di Lecce.

Il R.D. n.1313/1928 ed il conseguente R.D. n. 547 del 21/03/1929, pubblicato sulla G.U. del 26 aprile 1929 "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", al capo V – disposizioni generali e transitorie – art. 40, ha previsto:

*"Agli effetti della formazione dei nuovi albi nelle provincie istituite col regio decreto-legge 2 gennaio 1927, n.1, i presidenti delle speciali commissioni, previste dall'art. 14 del testo unico, inviteranno, con apposito manifesto, tutti i sanitari aventi diritto e residenti nella provincia a presentare nel termine di giorni 15 domanda documentata per la iscrizione nell'albo provinciale della rispettiva professione.*

*Nel caso che, procedendosi alla formazione dei singoli albi, si riscontrasse che vi sono meno di 15 iscritti, il presidente della speciale commissione ne riferirà di urgenza, a mezzo del prefetto, al ministero dell'interno per i provvedimenti di cui all'art. 1 del testo unico.*

*In base alle domande raccolte ed agli accertamenti d'ufficio che le speciali commissioni crederanno di fare sarà quindi provveduto alla formazione degli albi, che dovranno essere pubblicati non oltre un mese dopo la scadenza del termine per la presentazione delle domande".*

L'art 14 del T.U. n.1313/1928, ha previsto:

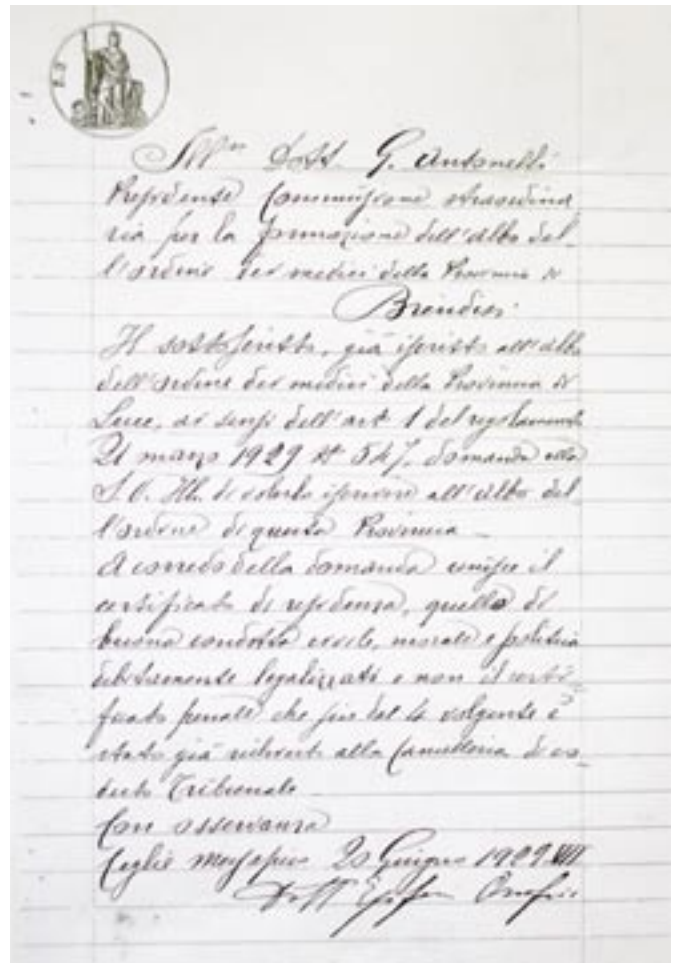
*"Nelle provincie istituite col R.D. legge 2 gennaio 1927, n. 1, saranno nominate dai Prefetti speciali commissioni, composte da tre membri, per ciascuna delle professioni di medico-chirurgo, di veterinario e di farmacista, che provvederanno, in base alle disposizioni del presente decreto, alla formazione degli albi per gli ordini sanitari di nuova istituzione nelle provincie stesse.*

*Il decreto di nomina del Prefetto che nomina la commissione ne designa il presidente.*

*A tali commissioni speciali sono applicabili le disposizioni dei precedenti articoli 12 e 13".*



Frontespizio del primo albo della Provincia di Brindisi



Domanda di iscrizione al neo Ordine di Brindisi

Presidente della speciale commissione per la formazione dell'albo dei medici chirurghi della provincia di Brindisi, viene nominato il **dott. Giuseppe Antonelli** (13 giugno 1879 - 27 ottobre 1959) che in data 11 maggio 1929, provvede a pubblicare un manifesto pubblico col quale invitava tutti i sanitari ormai residenti nella nuova provincia a trasferirsi o ad iscriversi al nuovo Ordine. Di questi passaggi istituzionali non sono stati trovati incartamenti e provvedimenti specifici ma dalle intestazioni delle domande di iscrizione, dalle dichiarazioni contenute nelle istanze di iscrizione, si è potuto ricostruire ampiamente tali passaggi.

Numerosi sanitari, già iscritti a Lecce o in altre province, trasferirono la loro iscrizione a Brindisi consentendo la nascita dell'albo dei medici chirurghi e di conseguenza, dell'Ordine dei medici chirurghi di Brindisi.

Nel giugno 1929 la commissione straordinaria pubblicò il primo albo della provincia di Brindisi che raggruppava tutti gli iscritti al neo Ordine, per complessivi 123 medici.

Nel 1935, a seguito del R.D. n. 184 del 5 marzo 1935, le

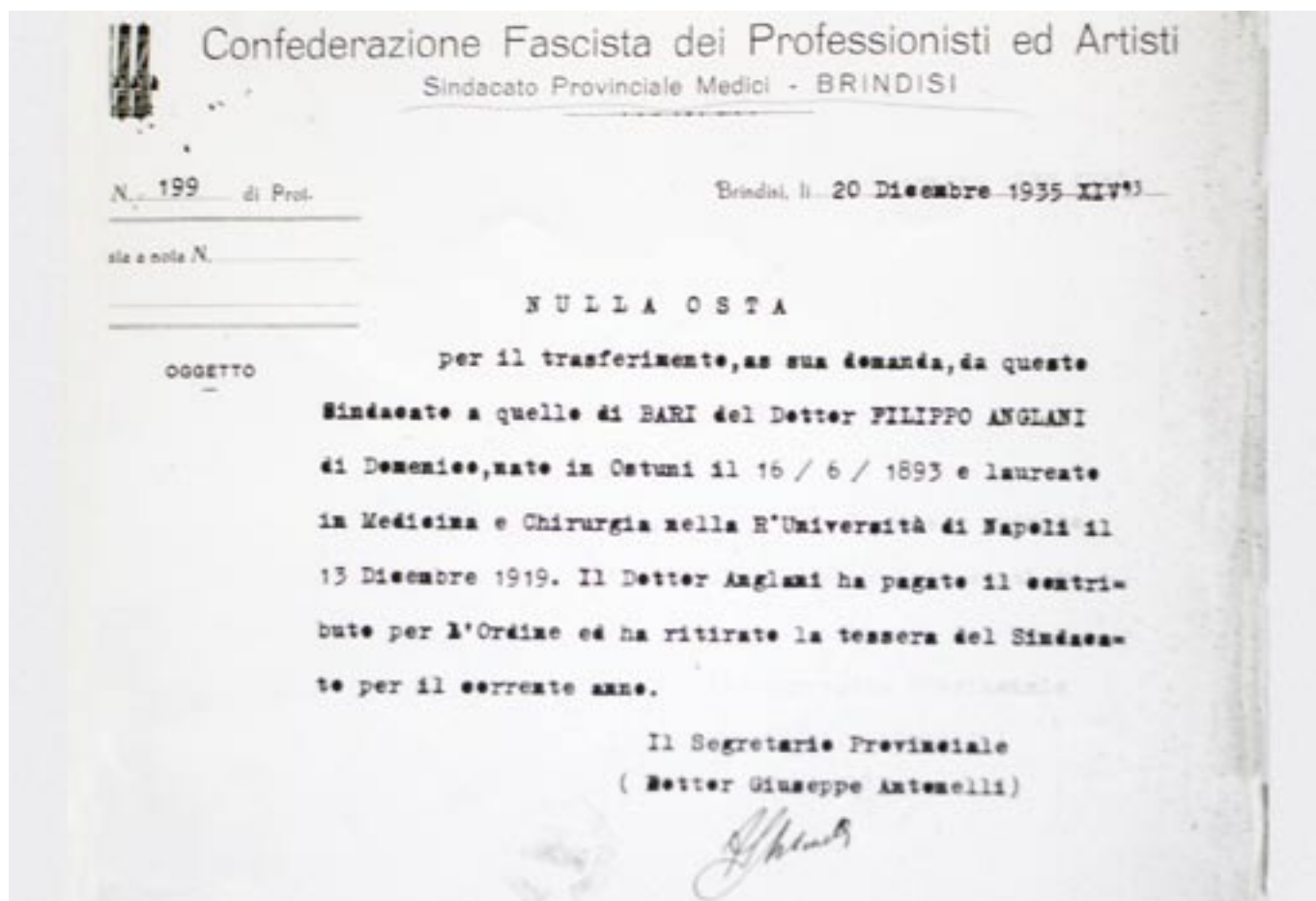
competenze dell'Ordine passarono alle confederazioni fasciste dei professionisti ed artisti – sindacato provinciale medici di Brindisi, che vide il dott. Giuseppe Antonelli, confermato nel ruolo di responsabile, in qualità di segretario provinciale.

Nel 1944, la legge 344/1944 sopprime le confederazioni fasciste dei professionisti e una disposizione del Ministero dell'Interno – direzione generale della sanità pubblica – ripristina le norme in vigore prima del periodo fascista (R.D. n. 455/1910 e n. 1022/1911), rimettendo, di fatto, in vigore gli Ordini.

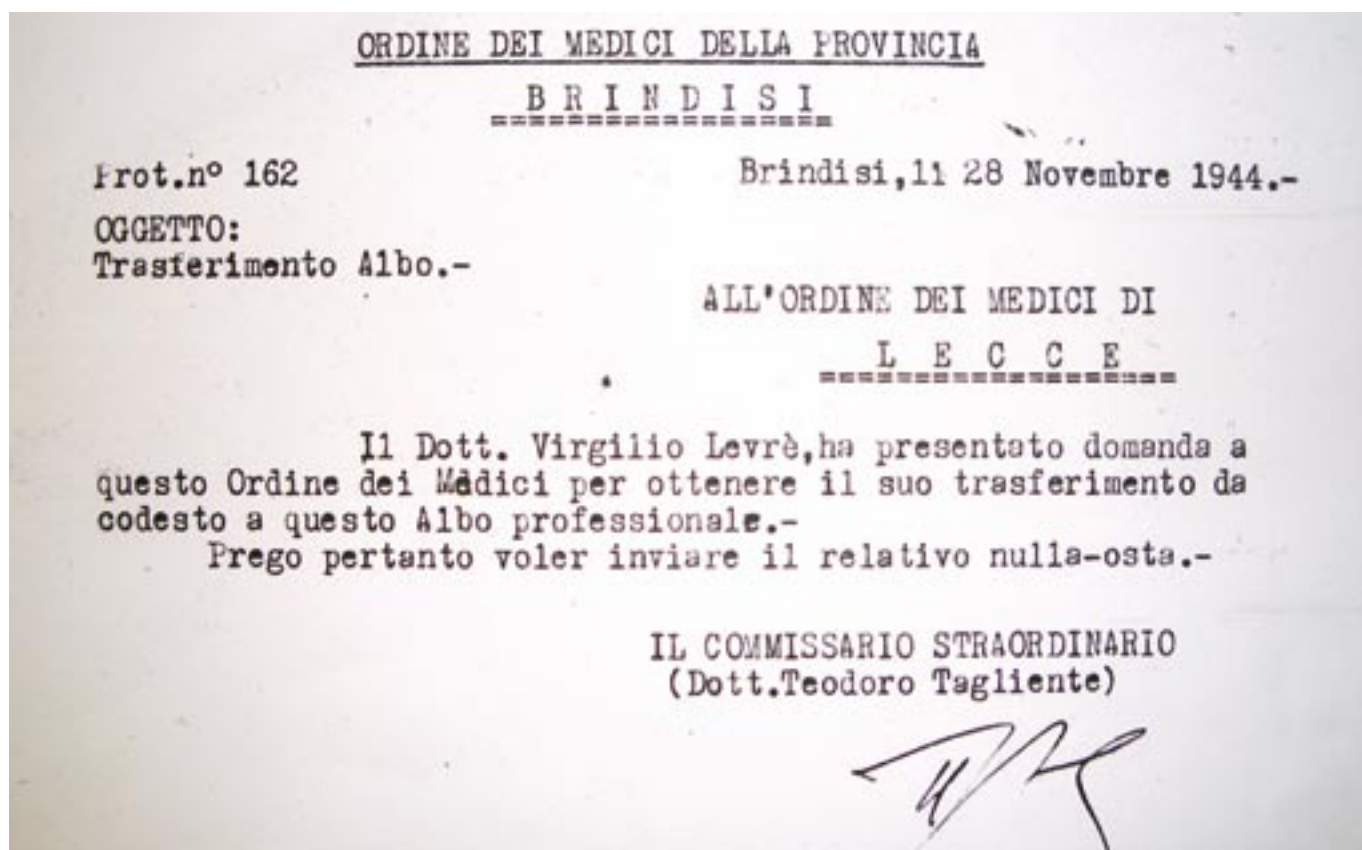
A Brindisi, a seguito, evidentemente, di nomina prefettizia fu designato quale commissario straordinario e poi presidente il **dott. Teodoro Tagliente** (5 marzo 1903 – 30 settembre 1970).

Dalla ricerca non si è rilevato alcun incartamento che certifichi nomina, inizio, trasformazione e termine dello status del dott. Tagliente se non una serie di lettere firmate dallo stesso sanitario con l'indicazione della carica ricoperta all'interno dell'Ordine.

Continua...



Una lettera del periodo della soppressione degli Ordini a favore delle Confederazioni fasciste



Nel 1944 vengono ripristinati gli Ordini

# FNOMCeO sulla Manovra correttiva della Finanza Pubblica

## MOZIONE

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito in Roma il 12 e 13 giugno 2010;

**CONSIDERATI** i contenuti della manovra correttiva della Finanza Pubblica di cui al D.L. n. 78/2010, in particolare quelle parti che coinvolgono il quotidiano lavoro dei medici e la funzionalità della sanità pubblica,

### **RITIENE DOVEROSO ESPRIMERE ALCUNE PREOCCUPAZIONI.**

La manovra, ancorché necessaria e rispetto alla quale anche i medici devono fare la propria parte, è tuttavia segnata da un'iniqua ripartizione dei sacrifici e, soprattutto, manifesta un orientamento punitivo e discriminante verso la sanità pubblica ed i professionisti che in essa operano.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, quale ente esponenziale di tutta la professione medica ed odontoiatrica, sottolinea con preoccupazione come queste misure: riduzione dei trasferimenti finanziari alle Regioni e ai Comuni per complessivi 15 miliardi di euro nel prossimo biennio, blocco del turn-over del personale, tagli sulle retribuzioni con il blocco dei contratti e delle convenzioni e degli sviluppi economici di carriera, si tradurranno in una riduzione di servizi sanitari e socio sanitari, con un allungamento dei tempi di attesa e, più in generale, con una ulteriore riduzione dell'accessibilità ai servizi sanitari e socio sanitari.

Per i medici è soprattutto doloroso ed inaccettabile prendere atto che verranno oggettivamente a crearsi le condizioni per le quali dovranno provvedere con proprie risorse indistintamente tutti coloro che manifesteranno bisogni non più suffi-

cientemente tutelati dal servizio pubblico, considerato che non tutte le tasche sono uguali.

La FNOMCeO non condivide questa visione della Sanità pubblica e dei professionisti che in essa operano come costi da tagliare in via prioritaria nelle crisi di contabilità dello Stato e che sottostima la sua straordinaria funzione civile di garantire equità e coesione sociale anche, e forse soprattutto, nelle crisi economiche che colpiscono i ceti più deboli o precipitano nella fragilità fasce di ceti intermedi.

Questa visione amplifica la solitudine e la sofferenza professionale, civile e sociale a cui i medici sono costretti nel reggere da una parte la crescita fisiologica della domanda di salute dei cittadini e dall'altra la riduzione delle risorse umane e finanziarie a disposizione.

Il Consiglio Nazionale ritiene sia proprio compito esigere più rispetto per il lavoro dei medici perché convinto che senza di essi o contro di essi si smarrisce non solo il cuore tecnico professionale del sistema sanitario ma anche i grandi valori civili in esso tutelati e che sono espressione di diritti costituzionalmente sanciti.

### **CHIEDE,**

dunque, che nella fase di conversione del decreto il Governo ed il Parlamento, nell'ottica di una maggiore equità sociale e a parità di saldo finanziario, rivedano quelle norme che minacciano ulteriormente l'accessibilità e l'efficacia del sistema sanitario pubblico e colpiscono così pesantemente il lavoro dei medici e di tutti i professionisti della salute.

***Approvata all'unanimità***

## Documento sulla professione e sul Servizio Sanitario Regionale

### La pericolosità dei piccoli Ospedali

di **SERGIO PEDE**

UOC Medicina Interna-UOS Cardiologia Riabilitativa Ospedale N. Melli – San Pietro Vernotico

Nel numero 1 di *Progetto Salute* di quest'anno, nella Rubrica *Il Confronto*, abbiamo pubblicato il testo del *Documento sulla Professione e sul Servizio Sanitario Regionale* prodotto dagli Stati generali della Medicina nel corso della riunione del 15 gennaio u.s..

Nell'Editoriale con cui si apriva lo stesso numero auspicavamo l'intervento degli iscritti per avviare il dibattito sui temi sviluppati nel Documento.

Purtroppo, come ho sottolineato nel mio intervento all'Assemblea del 18 giugno u.s., non è pervenuto a questa redazione nessun contributo a testimonianza di una partecipazione che, almeno nelle pagine della Rivista ufficiale dell'Ordine, non c'è.

Però gli argomenti affrontati nel Documento sono di tale rilevanza che, non come Coordinatore Editoriale della Rivista, ma come operatore del Servizio Sanitario Regionale, ritengo di dovere intervenire.

Non su tutto il Documento, ma su un tema specifico: l'assistenza ospedaliera.

*"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 garantire prestazioni appropriate per la sicurezza né degli utenti né degli operatori".*

Sono affermazioni tratte integralmente e fedelmente dal testo del Documento.

Esistono dati a supporto di questa tesi?

Su *Sanità News* di pochi giorni fa è comparso un articolo dal titolo *"I PARTI NOTTURNI SONO PIÙ A RISCHIO PER LA STANCHEZZA DEL PERSONALE"* nel quale testualmente si legge:

*"Secondo quanto rivela una ricerca olandese le ore notturne sono quelle in cui sono più frequenti le complicazioni legate al parto. Per la precisione, spiega lo studio pubblicato sulla rivista di ostetricia e ginecologia BJOG, i bebè nati in piccoli ospedali tra le 18 e la mezzanotte, o tra la mezzanotte e le 8 di mattina, scontano un in-*



Corredo funerario Messapico ritrovato a Mesagne in Via Bologna 21/32

cremento delle probabilità di morte prematura che salgono dal 32% al 47% rispetto a chi vede la luce durante la giornata. Lo studio, condotto dal dottor Eric Steegers dell'Erasmus University Medical Center di Rotterdam ha esaminato 655.961 nascite avvenute in Olanda tra il 2000 e il 2006. Anche se la mortalità neonatale nei paesi occidentali è comunque bassa e rara, pari a circa lo 0,05-0,09 ogni cento nuovi nati, ci sono comunque delle differenze dovute in molti casi, secondo i ricercatori, all'assenza di personale sufficiente e qualificato nelle ore notturne".

L'articolo non riguarda la realtà italiana ma mette "il dito nella piaga": dimensione degli ospedali, dotazione di personale e, aggiungo, dotazione di strumenti.

Il problema non è la competenza degli Operatori; la competenza può essere acquisita anche in Ospedali piccoli ma con casistiche ampie ed articolate.

Il problema è il numero degli Operatori e la dotazione strumentale dei piccoli Ospedali.

Il numero limitato di Operatori, soprattutto Medici, fa sì che l'organizzazione dell'assistenza si basi su turni di presenza in Ospedale incompleti: non 24 ore su 24, ma massimo 12 su 24; per le rimanenti ore l'assistenza medica viene garantita, come è noto, da un servizio assistenziale, la Pronta Disponibilità, che, per definizione, è un *surrogato organizzativo* e quindi non può fornire le garanzie che invece derivano dalla presenza attiva del Medico nelle Strutture Ospedaliere.

La limitatezza degli strumenti ha inevitabili conseguenze sulla capacità diagnostica di una équipe medica; un esempio per tutti: la possibilità di eseguire tempestivamente una Tomografia Assiale Computerizzata

in presenza di specifici sospetti diagnostici clinici.

L'assenza di apparecchiature che garantiscano una adeguata attività diagnostica non può che influire negativamente, ancora una volta, sulla "resa" di una Struttura Ospedaliera.

Il problema della dotazione di Personale e di strumentazione riguarda sostanzialmente gli ospedali di piccole dimensioni.

Tutto ciò crea sostanziali differenze nella gestione di percorsi diagnostico-terapeutici identici ma implementati in Ospedali di dimensioni diverse e pone, come fa il Documento degli Stati Generali della Medicina, il problema della sicurezza dei piccoli Ospedali.

Un problema ineludibile.

Le soluzioni?

In Puglia siamo in piena fase di elaborazione di proposte di riconfigurazione della Rete Ospedaliera, una fase dettata dalla contingenza economica ma che, come è noto, affonda le proprie radici in un sovradimensionamento della Rete, che ha motivazioni storiche a tutti note.

Tra le soluzioni quella di costruire in determinate aree Ospedali nuovi, derivanti dalla fusione di due-tre di quelli ora esistenti o quella di chiuderne alcuni (quali?).

Ma, se si è d'accordo che il problema sostanziale è la dotazione di Personale e di strumentazione, *lo spostamento di tutti gli Operatori, per esempio, di due Ospedali in uno solo* non sarebbe una soluzione tempestiva ed efficace, dato che garantirebbe, da subito, turni completi e libererebbe, quasi da subito, risorse per il potenziamento della dotazione strumentale?



Olle messapiche, Mesagne, contrada Amendoleto

## La pillola abortiva

### Consulta Deontologica Nazionale Parere reso al Comitato centrale sull'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico

L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) con metodo farmacologico (RU 486) è soggetta all'unica disciplina legislativa, di carattere generale vigente in Italia e cioè alla legge 22 maggio 1978, n. 194. La riferibilità alla sola legge 194/78 di ogni possibile tecnica IVG, è confermata dalla premonizione contenuta nel primo comma dell'articolo 14, che, tra l'altro, fa obbligo alle Regioni di promuovere l'aggiornamento del personale sanitario "sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per la IVG". La legge 194/78 è stata più volte legittimata in ogni sua parte dalla Corte Costituzionale, la quale ha escluso ogni intervento normativo sulle modalità esecutive della IVG, in armonia con il principio, anch'esso costantemente proclamato dalla Consulta, che non riconosce la competenza del legislatore (nazionale o regionale) sulle opzioni o sulle procedure tecniche da porre in essere. Queste ultime, come ogni altra attività medica, sono strettamente pertinenti al medico-chirurgo previa informazione esaustiva della richiedente.

Deve pertanto affermarsi l'assoluta equipollenza sotto il profilo medico-legale tra IVG strumentale e IVG farmacologia, nonché l'incongruenza e l'illegittimità di ogni statuizione normativa specifica per l'impiego della RU 486, che si porrebbe in palese contrasto con la previsione degli artt. 8 e segg. della legge n. 194/78. Tali disposizioni assegnano al medico del servizio ostetrico-ginecologico ospedaliero la verifica, in primo luogo, della insussistenza di controindicazioni alla IVG e ne stabiliscono l'attuazione *presso un ospedale generale*, ovvero presso strutture di ricovero e cura pubbliche o private specializzate e autorizzate, ovvero infine, *presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione (art. 8)*, sempre nel quadro delle *prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni stesse*. In altri termini, l'IVG

strumentale non è subordinata dalla legge al ricovero ospedaliero inteso nella tipica condizione della degenza, ma può espletarsi, in assenza di controindicazioni, anche *in regime ambulatoriale o di day hospital*, purché resti ovviamente garantito il raccordo funzionale con la struttura ostetrico-ginecologica ospedaliera. Va sottolineato che tale collegamento deve essere assicurato costantemente in un percorso articolato come quello richiesto dalla IVG farmacologica, la quale necessita di specifico monitoraggio.

Come prescrive l'art. 14 della 194/78, sul medico che si accinga all'IVG ricade comunque l'obbligo "di fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna" e che devono riguardare ugualmente tutte le opportunità metodologiche, tenendo in conto le eventuali opzioni della donna stessa, relative anche all'eventuale degenza e alla sua durata, sempre se non contrastanti con le indicazioni e le precauzioni proprie di ogni singolo caso emergenti dalla valutazione clinica.

Ne deriva che eventuali indicazioni sull'impiego della RU 486 nella IVG e sulla relativa gestione clinica anche per quanto attiene il ricovero, affidate alle cosiddette linee-guida di matrice istituzionale (del resto non previste dalla legge 194/78), non possono che essere riguardate ed intese come raccomandazioni, peraltro non cogenti in una materia di esclusiva pertinenza del medico, sul quale tuttavia ricade l'obbligo di motivazione in cartella clinica delle ragioni delle sue scelte oltre che dell'avvenuta informazione e del consenso della donna.

È di tutta evidenza, in un percorso così doloroso per la donna, qualunque opzione la stessa eserciti, che il medico dovrà ispirare il suo comportamento professionale al rispetto delle previsioni di sollievo e cura del Codice di Deontologia Medica.



## Il parere della Associazione Medici Cattolici Italiani

di CATERINA NATOLI

Segretaria Sezione Brindisi-Ostuni

La pillola abortiva RU 486 (da Roussel Uclaf - nome dei laboratori dove fu scoperta - e 486 - sintesi del numero di serie 38486 del prodotto), provoca l'aborto farmacologico, cioè l'interruzione chimica, anziché chirurgica, della gravidanza.

Il principio attivo è il Mifepristone un farmaco che contrasta l'azione dell'ormone della gravidanza (progesterone) impedendogli di svolgere la sua funzione che è quella di sostenere la sopravvivenza del prodotto del concepimento. L'effetto è il distacco e l'eliminazione della mucosa uterina insieme al concepito, con un processo simile a ciò che accade durante le mestruazioni. Cioè la pillola RU486 toglie il nutrimento all'embrione agendo dopo che questo si è impiantato nell'utero.

Prima che venga somministrato il farmaco è necessario accertare con una ecografia che la gravidanza sia all'interno dell'utero e di epoca inferiore a 49 giorni (7 settimane di gestazione).

La RU486 si assume per via orale, per 3 giorni consecutivi, sotto controllo medico. L'azione del mifepristone necessita a volte di essere completata in un secondo tempo, solitamente due giorni dopo la prima somministrazione, con il Misoprostolo, (meglio conosciuto come Cytotec), il cui scopo è quello di intensificare le contrazioni uterine così da favorire l'espulsione del concepito. RU486 da sola è efficace nel 60-65% dei casi. RU486 + Cytotec sono efficaci in una percentuale che va dall'84 al 95%. Nel 2-5% dei casi il farmaco non raggiunge lo scopo e bisogna ricorrere alla chirurgia tradizionale (tecnicamente "Svuotamento e Revisione Cavitaria", volgarmente detto "Raschiamento").

Il Mifepristone non va confuso con la "pillola del giorno dopo", da cui si differenzia sia per i meccanismi d'azione che per i tempi di assunzione.

Per quanto riguarda i rischi della RU486, sono stati descritti i seguenti possibili effetti collaterali: gravi infezioni genitali e, raramente, setticemia e morte; intensi dolori addominali; emorragia uterina di severo grado, che spesso si protrae anche per 10 giorni dopo l'assunzione del farmaco, tanto da richiedere talora trasfusioni di sangue; disturbi del sonno etc.

Di seguito alcune considerazioni che sorgono da queste notizie tecniche. La donna assiste allo spegnersi lento della vita del figlio per 2 o 3 giorni. E se intanto avesse un ripensamento, volesse ritornare indietro?

L'idea che si assume soltanto una pillola può far pensare che si stia utilizzando una medicina o un contraccettivo. E questo non corrisponde alla realtà. Il medico è vincolato dal suo giuramento di Ippocrate a "curare" le malattie. La vita umana di un essere vivente può essere considerata una malattia?

È opinione diffusa che l'aborto farmacologico abbia molti vantaggi rispetto a quello chirurgico, che sia una tecnica più semplice, più accessibile, meno dolorosa. Il Consiglio Superiore della Sanità (CSS), nel rispetto della legge per l'Interruzione Volontaria della Gravidanza (194/78), si è espresso 3 volte sulla RU486, con governi e ministri diversi, ma sempre nella stessa direzione: l'aborto chimico comporta rischi maggiori di quello chirurgico e richiede il ricovero ospedaliero per l'intero percorso abortivo. Molti si attivano invece, in nome della libertà della donna, per promuovere il suo utilizzo solo in regime di day hospital, consentendo, in realtà, l'aborto a domicilio. Un tale percorso non solo stravolge nei fatti la legge stessa, ma mira a incidere culturalmente sull'opinione pubblica: legittimare, dopo la depenalizzazione legale, anche quella morale.

Le polemiche italiane sono legate al fatto che la RU486 è compatibile con la Legge 194/78 solo se l'aborto avviene in regime di ricovero ospedaliero ordinario che non è una misura coercitiva, ma una tutela per evitare che le donne si trovino in situazioni di rischio, senza la dovuta assistenza. Dire che si può abortire a casa, invece, significa suggerire che la RU486 ha pochi rischi. Non bisogna poi sottovalutare l'impatto psicologico, dovuto sia alla lunga durata della procedura che alla necessità di autogestire i sintomi e monitorare le perdite di sangue, osservando il "materiale biologico" espulso nel quale più della metà delle donne dichiara di riconoscere l'embrione abortito.

Riguardo al medico che somministra la RU486 l'approccio farmacologico può anestetizzare la sua coscienza: l'azione abortiva così espletata rischia di fargli perdere di vista la brutalità e il vero significato dell'atto che, pur con modalità diverse, risulta un tradimento della sua missione: essere sempre al servizio della vita.

In questa direzione può trovare spiegazione l'accanimento anche mediatico come ha dimostrato il clamore per la notizia della prima somministrazione italiana della RU486 al Policlinico di Bari, nonostante la Regio-

ne non abbia deciso ancora le modalità dell'impiego del farmaco. L'intento è quello di considerare l'aborto un atto individuale privato; una scelta personale che riguarda solo chi la compie; una delle tante prestazioni sanitarie che normalmente la donna può chiedere. Tutto ciò rientrerebbe nel progetto di modificare il modello di società intesa non come «comunità solidale», ma come «società sempre più globalizzata» che ci rende sì vicini, ma non fratelli.

Privatizzare sempre più l'orrore che desta la soppressione di una vita umana indifesa; soffocare sotto la cappa di chiacchiere ideologiche le grida di sofferen-

za delle donne che hanno abortito; isolare la donna e tenerla lontana dai luoghi pubblici mentre priva della vita suo figlio non potrà cancellare quello che realmente è e resta l'aborto: un «gravissimo male morale» (la soppressione di un innocente indifeso). La sua legalizzazione, pertanto, al di là del mutarsi delle modalità, è «una legge intrinsecamente e gravemente immorale» in quanto viola la legge morale suprema, rivelata chiaramente dal comandamento "non uccidere" e confermata dall'antropologia cristiana. In quanto amato da Dio il concepito ha diritto di essere amato dagli altri uomini e questi hanno il dovere di amarlo.



Corredo funerario Messapico ritrovato a Mesagne in via San Pancrazio, 5

# Leggiamo insieme il Codice Deontologico ... un articolo per volta

## Art. 39 - Assistenza al malato a prognosi infausta

di **ANTONIO NICOLA QUARTA**  
Componente Comitato Editoriale

*In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.*

*In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.*

\* \* \*

Si tratta di un argomento che spesso richiama l'art. 38 sull'autonomia del cittadino e le direttive anticipate e anche l'art. 16 sull'accanimento diagnostico-terapeutico, termine che, nella accezione comune, indica l'eventuale ostinazione del medico a sottoporre il paziente a trattamenti intensivi che non hanno altro risultato se non quello di prolungare inutilmente una agonia pesante e dolorosa per tutti.

Diciamo subito però che nell'assistenza al malato a prognosi infausta, soprattutto quando la patologia non è ancora pervenuta alla sua fase terminale, i principi etici ai quali deve fare riferimento il medico nella relazione terapeutica con il malato non sono differenti da quelli osservati in qualunque rapporto medico-paziente, principi ripetutamente richiamati dal Codice deontologico. Certo, è innegabile che la situazione che stiamo considerando mette spesso il medico di fronte a scelte e dilemmi etici molto impegnativi e delicati in riferimento soprattutto alla possibilità di contribuire a realizzare una qualità di vita accettabile.

È veramente difficile, in tante situazioni, valutare quanto le cure possano rallentare l'evoluzione di una malattia grave e quanto la qualità di vita possa essere nel frattempo influenzata.

E non intendiamo qui nemmeno sfiorare il problema economico-gestionale che in sanità ha provocato

non poche storture nel momento in cui si è inserito in una competizione diretta con l'autorità decisionale del medico a cui viene chiesto di valutare anche il parametro costo/beneficio.

Non sfugge a nessuno, infatti, la situazione di difficoltà in cui è possibile trovarsi, stretti tra l'autonomia e l'indipendenza della professione che costituiscono diritti inalienabili del medico (art. 4) e il rispetto dei diritti fondamentali della persona (art. 20); è necessario tuttavia tenere presente che, anche se talvolta le cure possono permettere di prolungare l'evoluzione di una malattia a prognosi infausta senza compromettere molto la qualità della vita, è tuttavia doveroso, da parte del medico, interrompere trattamenti che possono apparire inutili se non addirittura dannosi in riferimento alle sofferenze del paziente (e degli stessi familiari).

Credo che ormai gran parte dei professionisti medici abbia sufficientemente recepito il rifiuto dell'accanimento terapeutico, dopo tanti anni di resistenze e incertezze dovute soprattutto alla loro forma mentis diretta sempre all'intervento attivo ed all'aiuto. È tuttavia doveroso sottolineare come sia frequentissima l'incertezza nelle decisioni definitive trattando la vita dell'uomo, per cui è molto difficile ancora oggi la accettazione anticipata di una sconfitta, sia pure in un certo senso prevista. E tutto ciò, senza contare le implicazioni giudiziarie di fronte alla persistenza di una legislazione contraddittoria che non aiuta il medico,

soprattutto nella circostanza specifica dell'assistenza al malato grave, in caso di astensione da terapie ritenute inutili e inefficaci sia in presenza che in assenza di direttiva anticipate. È molto difficile, infatti, stabilire il limite "scientifico" tra l'omissione delle cure e l'impiego di trattamenti medici intensivi lecitamente appropriati o inappropriati, nella pratica quotidiana.

C'è da dire che, su questi argomenti, negli ultimi decenni sono stati numerosi i pronunciamenti naziona-

**...il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.**

li ed internazionali, a cominciare dall'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa che stabilì quali dovessero essere i diritti dei malati e dei morenti partendo dal rispetto della volontà del paziente, l'informazione, la dignità, le cure appropriate, il diritto di non soffrire inutilmente.

Quest'ultimo aspetto è stato via via sottolineato sempre di più, tanto che l'intero Capo IV del vigente Codice Deontologico è dedicato all'informazione e al consenso del cittadino o del legale rappresentante fino a stabilire che "il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato" (art. 38).

Nel gennaio 2007 il Presidente della FNOMCeO, nel corso di una audizione al Senato, elencò quelli che erano e sono i convincimenti della professione medica in relazione ai disegni di legge relativi all'argomento ed in particolare ha sostenuto la necessità:

a) di regolare con un dispositivo di legge, dopo idonea campagna di informazione del pubblico e di formazione del personale, il problema delle direttive anticipate quando le stesse sono espresse in forma scritta ed in seguito ad una adeguata informazione medica di cui rimanga traccia e precisando che non possono essere richiesti atti che richiamino chiaramente l'eutanasia;

b) di auspicare il carattere non vincolante delle dichiarazioni anticipate;

c) di definire la figura del delegato-fiduciario e del suo ruolo;

d) di prevedere per il medico ed il personale il diritto all'obiezione di coscienza, pur rimanendo l'obbligo morale di continuare l'assistenza fino all'intervento di altro collega;

e) di introdurre una norma che sollevi il sanitario da ogni responsabilità civile e penale nell'osservanza di volontà giuridicamente valide;

f) di prevedere un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita diffondendo sul territorio gli strumenti affidabili di rilevazione dei fenomeni e la cultura delle cure di fine vita.

Aldilà delle posizioni della Federazione Nazionale, è evidente la difficoltà che l'atto legi-

**Il rischio è che i dettati della legge relativi a disposizioni vincolanti si dimostrino inapplicabili e restino praticamente disattesi se accolti con freddo distacco da parte del medico...**

slativo possa definire e stabilire con precisione un limite rigido tra cure ordinarie e straordinarie o chiarire definizione e confini dell'accanimento terapeutico nel singolo contesto di rapporto terapeutico. È possibile invece ipotizzare che soltanto una ritrovata reciproca fiducia tra medico e paziente/delegato/familiari e l'esclusione di ogni sospetto potrà aiutare a stabilire, caso per caso, se un trattamento sia da considerare inutile o addirittura dannoso. In attesa di tutto

ciò, il medico non può non tener conto della volontà di autodeterminazione liberamente espressa in maniera certa e documentata nei confronti del rifiuto delle cure visto che, come ha detto qualcuno, né l'autonomia del paziente né quella del medico dovrebbero avere la priorità assoluta in un conflitto morale.

Il rischio è che i dettati della legge relativi a disposizioni vincolanti si dimostrino inapplicabili e restino praticamente disattesi se accolti con freddo distacco da parte del medico nell'ambito di una medicina difensiva ormai diffusa e non più sopportabile in un clima di spiacevoli contenziosi giudiziari. Nel frattempo sosteniamo ormai da decenni l'utilità di una medicina palliativa che finalmente comincia a trovare qualche applicazione pratica e che le recenti disposizioni sulla prescrizione di sostanze stupefacenti possono agevolare.



*Il Salento messapico (elaborazione grafica di L. Giardino)*

## **Assemblea Ordinaria Annuale degli iscritti anno 2010**

*Approvati all'unanimità la relazione morale e programmatica del Presidente  
e il bilancio consuntivo 2009*

Si è svolta nella splendida location della Masseria Santa Lucia, Ostuni, l'Assemblea ordinaria annuale con la partecipazione di un folto gruppo di iscritti, nel corso della quale il Presidente ha esposto nella propria relazione tutte le attività e le problematiche che l'Ordine ha dovuto affrontare durante il trascorso anno e quelli degli anni a venire.

Prima di dare inizio ai lavori, il Presidente ha invitato tutti i presenti ad osservare un minuto di raccoglimento in memoria dei colleghi che ci hanno lasciato nel corso dell'ultimo anno: Arigliano Luigi di Brindisi, Calò Domenico di Mesagne, De Cillis Domenico di Carovigno, Longo Crocifisso di Latiano, Matarrese Vitantonio di Ostuni, Melpignano Giovanni di Ostuni, Palmisano Teodoro di Brindisi, Perrucci Cosimo di Erchie, Prete Teresa Marina di San Vito dei N., Zecca Antonio di Brindisi.

È quindi passato alle cifre più importanti che si riferiscono all'Ordine dei Medici di Brindisi dall'insediamento del nuovo Consiglio, a quello delle varie Commissioni, i procedimenti disciplinari, i rapporti con

gli organismi di riferimento (Enpam e Fnonceo, ASL, Regione Puglia, Onaosi, ecc.), le variazioni agli Albi. Attualmente il numero degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi è di n. 1827 e all'Albo degli Odontoiatri è di n. 324.

Hanno partecipato alla discussione i dottori Valentini Antonio, Presidente della Commissione Odontoiatri, Monopoli Donato, Pede Sergio, Colucci Giuseppe.

Il Presidente Vinci ha quindi dato la parola al Tesoriere Dott. Capone Vito per illustrare il bilancio consuntivo 2009 e al Presidente dei Revisori dei Conti Dott. Rubino Tommaso, per la relazione del Collegio.

La relazione morale e programmatica del Presidente e il Bilancio consuntivo 2009 sono stati approvati dall'Assemblea all'unanimità.

Subito dopo, ha avuto inizio la Cerimonia per ricordare il centenario della fondazione degli Ordini dei Medici.

Dopo il Preludio musicale a cura del maestro Francesco Silvestro (chitarra classica), il Presidente ha salutato i numerosissimi medici che hanno voluto partecipare



*Uno scorcio della sala*



*Il Presidente Vinci saluta l'Assemblea*



*Il Vicepresidente Martello saluta il Prof. Quarta, neo Presidente Onorario*

(oltre 200) e le autorità presenti, invitandole a porgere il loro saluto. Infatti il dott. Guido Aprea in rappresentanza del Prefetto di Brindisi e il dott. Rodolfo Rollo, Direttore Generale della ASL di Brindisi, hanno salutato la platea e rinnovato lo spirito di collaborazione che intercorre con l'Ordine. Erano presenti anche il Col. Ugo Sica, Comandante provinciale dei Carabinieri e il dott. Gabriele Rampino, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti.

Il Presidente Vinci ha voluto esaltare la funzione propria dell'Ordine che si pone in stretta collaborazione con gli organismi dello Stato e quelli deputati alla organizzazione della sanità sul territorio.

Si è quindi passati ai riconoscimenti da parte dell'Ordine.

Il primo è stato quello della indicazione del Presidente Onorario dell'Ordine. Il Presidente ha letto la seguente delibera del Consiglio Direttivo: "di insignire del titolo di Presidente Onorario il Prof. Dott. Antonio Nicola Quarta, n. 6-6-1930, con la seguente motivazione "ha svolto la funzione di Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri con imparzialità ed equilibrio, dedicando tempo, capacità e competenze alla stessa istituzione per oltre trent'anni (1973-2008), ottenendo diversi riconoscimenti nazionali, regionali e provinciali che hanno portato l'Ordine di Brindisi ad essere prota-

gonista della vita professionale della categoria medica ed odontoiatrica".

Il Prof. Quarta, visibilmente commosso, ha ringraziato il Presidente e l'intero Consiglio Direttivo per l'alto riconoscimento conferitogli.

Subito dopo sono stati consegnate le medaglie d'oro ricordo agli iscritti con 50 anni di laurea al Dott. Francesco CONVERTINI e al dott. Roberto Cosimo FISCHETTO e le medaglie d'argento ricordo agli iscritti con 40 anni di laurea ai Dottori Francesco ANDRIANI, Angelo ARGENTIERI, Franco FANTINI, Giuseppe FRANCAVILLA, Antonio GALLU', Cosimo GRASSI, Antonio GUADALUPI, Donato LABBATE, Maria Anna LEO, Domenico MARMO, Cosimo MARUCCIA, Donato NOBILE, Cosimo PALANO, Palma PASTORE, Pasquale PRIORE OLIVA, Vito SANTORO, Antonio ZURLO.

Ha quindi invitato i colleghi Dott.ssa Maria Concetta D'ARPA medico-chirurgo e Dott. Giorgio ROTOLA Odontoiatra, a leggere per tutti il giuramento di Ippocrate e ogni neo iscritto, ricevendo la copia del giuramento e del Codice Deontologico, ha provveduto a giurare.

La cerimonia si è conclusa con l'apprezzato intervento della soprano Teresa Panunzio accompagnata al piano da Paola Negro, e con un buffet in collaborazione con l'associazione Club Medici.



Il Presidente Vinci premia per i 50 anni di laurea il dott. Francesco Convertini



*Le autorità presenti*



*Il chitarrista Francesco Silvestro*





*I neo dottori D'Arpa Maria Concetta e Rotola Giorgio leggono il Giuramento d'Ippocrate*



*Il soprano Teresa Panunzio e la pianista Paola Negro*

## **Posta Elettronica Certificata (PEC) è obbligatoria per tutti i professionisti**

Con l'intento di promuovere fra gli iscritti la più ampia diffusione della PEC e per incentivarne quanto più possibile l'utilizzo, Ti ricordo che la PEC rappresenta la nuova tecnologia di comunicazione professionale. Va utilizzata per ricevere e spedire in formato elettronico, da un qualunque PC collegato ad internet, una grande varietà di documenti (domande, certificati e ogni tipo di informazione) in modo veloce e sicuro. La PEC consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno. Il sistema garantisce la sicurezza del contenuto di ogni comunicazione, impedendo modifiche ai messaggi e ai relativi allegati. Attesta inoltre data e ora esatta della spedizione e dell'avvenuto ricevimento attraverso un'apposita ricevuta elettronica, che costituisce a tutti gli effetti prova legale dell'invio/ricevimento. In caso di smarrimento della ricevuta, la traccia informatica delle operazioni svolte viene conservata dal gestore del servizio per 30 mesi e consente la riproduzione della ricevuta con lo stesso valore giuridico dell'originale.

Al fine di agevolare i propri iscritti, l'Ordine di Brindisi ha stipulato una convenzione con uno dei gestori riconosciuti e accreditati presso il CNIPA (Centro Nazionale per informatica nella Pubblica Amministrazione) ovvero la Società Aruba Pec Spa (E. 5,50 + Iva a triennio). Per accedere a detta convenzione occorre entrare nell'Area Riservata del sito dell'Ordine ([www.omceobrindisi.it](http://www.omceobrindisi.it)) e seguire le istruzioni cliccando sulla sezione PEC.

Ti rammento inoltre che il Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e per l'innovazione Tecnologica, in riscontro ad apposito quesito posto dall'Ordine di Roma, ha confermato che per l'esercizio della propria attività i professionisti iscritti in Albi o elenchi, non possono utilizzare le caselle di PEC gratuite emesse dall'INPS e/o dall'ACI in quanto riservate ai cittadini. Tali caselle sono destinate, infatti, esclusivamente ai rapporti intercorrenti tra privato cittadino e Pubblica Amministrazione. Pertanto, gli indirizzi di PEC rilasciati dai suddetti Enti, non consentono ai professionisti di ottemperare all'obbligo normativo della legge n.2 del 28.01.2009. Inoltre i professionisti, anche se dipendenti della Pubblica Amministrazione, debbono dotarsi di una casella di PEC diversa da quella eventualmente fornita dal datore di lavoro. L'Ordine, pertanto, non potrà accettare come valide le comuni-

cazioni di dette caselle pervenute dai propri iscritti.

Ciò premesso, al fine di rispettare le previsioni di legge, i professionisti dovranno dotarsi in via autonoma di una casella di PEC e darne comunicazione in formato elettronico certificato utilizzando l'indirizzo PEC dell'Ordine: [segreteria.br@pec.omceo.it](mailto:segreteria.br@pec.omceo.it).

L'Ordine sta provvedendo alla registrazione delle caselle PEC inviate dagli iscritti ed ha l'obbligo di tenerne aggiornato l'elenco. Questo elenco, su richiesta, deve essere inoltrato ad Enti ed Istituzioni.

Resta insoluto il problema sollevato dagli iscritti, di norma over 65 anni, che non utilizzano strumenti informatici e già rappresentato al CNIPA dalla FNOMCeO e che, pertanto, al momento sono tenuti a richiedere e ad attivare una P.E.C. Per tali ragioni, l'utilizzo della PEC - quale strumento di comunicazione con gli iscritti - è subordinata ad una più chiara definizione del quadro normativo di riferimento da parte delle competenti autorità.

Il Presidente  
Dott. Emanuele Vinci



*Egnazia, scavi archeologici*

## Questione quote ai Medici di Medicina Generale dei pazienti deceduti

### COMUNICATI STAMPA

A seguito delle notizie stampa comparse mercoledì 5 Maggio 2010, relative ad un presunta truffa perpetrata dai medici di medicina generale, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brindisi per il tramite del suo Presidente, **dott. Emanuele Vinci**, comunica che pur confidando nell'operato degli inquirenti, in merito ai presunti reati contestati ai medici della provincia, è da ritenersi che nella stragrande maggioranza dei casi, le cause che hanno determinato tali indagini, sono da ricondursi ad una mancata comunicazione tra gli uffici preposti alla cancellazione degli assistiti.

I comuni hanno l'obbligo di effettuare le comunicazioni previste per decessi e trasferimenti dei cittadini, nel loro ambito di competenza, successivamente gli uffici amministrativi dei singoli distretti, sono gli unici autorizzati a procedere alla cancellazione degli assistiti dall'anagrafe sanitaria regionale.

Spiace rilevare che la stampa abbia riportato notizie

anche del coinvolgimento di un nostro iscritto all'Ordine dei Medici di Brindisi, deceduto.

Tutti i medici coinvolti, potranno dimostrare nella stragrande maggioranza dei casi, come avvenuto in altre parti d'Italia e recentemente anche nella provincia di Lecce, la propria totale estraneità ai fatti contestati. Sarà compito dell'Ordine fornire ai medici e alle autorità ogni supporto necessario alla chiusura di questa spiacevole vicenda; la stessa sarà affrontata nel consiglio dell'Ordine convocato per il prossimo 12 Maggio 2010 in cui saranno assunte tutte le iniziative tese alla tutela e decoro ed immagine dei medici di medicina generale coinvolti, che risulteranno estranei al termine delle indagini.

Brindisi **05/05/2010**

**Il Presidente**  
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Brindisi

**Dott. Emanuele Vinci**

\*

\* \*

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brindisi nella seduta del consiglio del 12 Maggio ha affrontato e dibattuto sull'annosa questione sollevata dall'inchiesta della procura di Brindisi in merito alle quote percepite dai Medici di Famiglia sui pazienti deceduti ed ancora presenti nei loro elenchi.

Il consiglio all'unanimità, ha votato un mozione di solidarietà nei confronti dei colleghi che sono al centro dell'inchiesta e sono additati per colpe non riconducibili al loro operato.

"Tale spiacevole situazione, ha commentato il Presidente Dr Emanuele Vinci, è dovuta al mancato allineamento dei dati dell'anagrafe sanitaria della ASL con quella dei Comuni. I medici non possono materialmente operare su dette procedure di trasmissione e modifica dei dati.

Già da tempo tale situazione era stata segnalata dalle organizzazioni sindacali, per cui spiace rilevare che sia-

no sempre i medici a doverne patire le conseguenze"

Proprio per quest'ultimo motivo, il Consiglio Direttivo dell'Ordine ha affidato al Presidente il compito di acquisire un parere legale al fine di valutare l'opportunità di tutela del decoro dell'Ordine, a cui sono iscritti i medici indagati.

"Ci auguriamo - ha aggiunto Vinci - che la Magistratura faccia rapidamente chiarezza e che la ASL e i Comuni mettano in atto tutte le procedure affinché non si ripeta mai più tale situazione. Ci auguriamo, infine, che la stessa rilevanza mediatica sia data quando si saranno spenti i riflettori sulla vicenda e sarà stato tutto chiarito"

Brindisi **21/05/2010**

**Il Presidente**  
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Brindisi

**Dott. Emanuele Vinci**

## Variazioni all'Albo dei Medici

### Nuove Iscrizioni

Baccaro Manuela	Via Giovanni XXIII 55	Ostuni
Caforio Alessandra	Via A. Rubino 33	Latiano
Caliolo Claudia	Via G. di Vitorio 59	Carovigno
Centonze Elisa	Via V. Emanuele II 22	Sandonaci
D'Arpa Maria Concetta	Via Oberdan 29	Sandonaci
Farina Piero	Piazza Genova 55	Ostuni
Galante Chiara	Via Arno 1	Torre S. Susanna
Pirozzi Federico	Via Basilicata 12	Erchie
Serinelli Serenella	Via Principe di Napoli 5	Torchiarolo
Spinelli Marica	Via Simeana 112	Francavilla Fontana

### Iscrizioni per trasferimento

Cirasino Lorenzo	Via A. Solari 20	Ostuni
Loffreda Valentina	Via G. Galilei 10	Sandonaci
Palumbieri Angela Marina	Via A. Solari 20	Ostuni

### Cancellazione per decesso

De Cillis Domenico                      Deceduto il 14.04.2010

**Iscritti all'Albo dei Medici al 10.06.2010 n. 1806**

## Variazioni all'Albo degli Odontoiatri

### Iscrizione per trasferimento

Tricarico Tonia	Via Trento 74	Brindisi
Palumbieri Angela Marina	Via A. Solari 20	Ostuni

**Iscritti all'Albo degli Odontoiatri al 10.06.2010 n. 315**

## Certificazioni Mediche

Giungono all'Ordine diverse segnalazioni da parte di ditte e società di assenze dal lavoro a seguito di rilascio di certificazioni di malattia, in coincidenza con festività e fine settimana.

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

## Orari estivi

A partire dal 19 Luglio e fino al 31 Agosto la Segreteria dell'Ordine seguirà i seguenti orari di apertura al pubblico: Lun. - Ven. 8,00 - 13,00 Sabato 8,00 - 12,00. Periodo di chiusura dal 12 al 19 Agosto.



## Sicure: sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico



**Residenziale**

**20 crediti formativi ECM**

Brindisi

*Sala Convegni Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*

**02 ottobre 2010**

*Via P. Togliatti 42*

La Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha proposto, in collaborazione con il Ministero della Salute e IPASVI, il **corso FAD SICURE**.

La Commissione Nazionale ECM, ha prorogato per tutto il corrente anno la vigenza del Corso Sicure su "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico", come evento realizzato in modalità RESIDENZIALE, promosso e organizzato dagli Ordini Provinciali.

Il nostro Ordine ha deliberato di procedere all'organizzazione di una ulteriore sessione del Corso residenziale per la data del 02 ottobre 2010.

Nella fase residenziale del corso si procederà alla verifica dell'apprendimento del volume relativo al corso nonché alla compilazione del questionario ed alla successiva erogazione di 20 crediti ECM valevoli per l'anno 2010.

I partecipanti saranno ammessi al corso esclusivamente a mezzo prescrizione che avverrà tramite il sito Web dell'Ordine, (accedendo all'area riservata) in tale contesto – per via telematica – riceveranno il manuale del "Corso Secure" in formato elettronico, che consentirà loro l'accesso al corso in autoformazione.

**Non sarà consentito accedere ai crediti ECM a coloro i quali avessero già partecipato in passato al presente corso in modalità FAD o in altro modo.**

Il numero massimo di partecipanti è previsto in 100 unità.

La partecipazione al Corso è gratuita. Le istanze di iscrizione dovranno pervenire online alla Segreteria dell'Ordine inviando la scheda di iscrizione, reperibile nell'area riservata del sito, via mail all'indirizzo di posta [omceobr@libero.it](mailto:omceobr@libero.it) entro il 25-09-2010.

Relatori:

Dott. Valter Denitto (Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Dirigente Medico ASL BR – Responsabile Unità Operativa Rischio Clinico).

Dott.ssa Simona Rizzo (Dottore in Economia e Commercio Collaboratore Amministrativo ASL BR – Unità Operativa Rischio Clinico).

Programma:

- 8:30 - 9:00 *Arrivo e registrazione dei partecipanti*
- 9:00 - 9:20 *Saluto delle Autorità*
- 9:20 - 9:40 *Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico: Quadro Generale di Riferimento*
- 9:40 - 10:00 *Modalità di prevenzione e controllo del rischio: Metodi e strumenti*
- 10:00 - 10:20 *La Componente Etica nella Gestione del Rischio Clinico*
- 10:20 - 10:40 *La documentazione sanitaria; la Cartella Clinica ed il Consenso Informato*
- 10:40 - 11:00 *Coffee Break*
- 11:00 - 12:00 *Tavola rotonda: la Comunicazione ed il coinvolgimento degli stakeholder*  
*Presentazione di Casi Clinici*
- 12:00 - 12:20 *La Responsabilità professionale e aspetti medico legali*
- 12:20 - 12:40 *Il rischio tecnologico nell'utilizzo dei dispositivi medici*
- 12:40 - 13:00 *Discussione fra i partecipanti*
- 13:00 - 13:20 *Scheda di valutazione dell'evento formativo*
- 13:20 *Compilazione questionario ECM*
- Ore 14:00 *Conclusioni*

## Nuove norme in materia di nomina dei Direttori Generali

di **SILVIO TAFURI**

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

Gli articoli 27 e 28 della L.r. n. 4 del 25 gennaio 2010 hanno modificato le procedure per la costituzione degli albi degli idonei e per la nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

In particolare, la nuova legge prevede che la Giunta Regionale provveda annualmente alla nomina di una Commissione che effettua la valutazione degli aspiranti all'incarico di Direttore Generale. Questa Commissione è composta da tre membri: un rappresentante dell'Agenda Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, un

docente di diritto amministrativo o di economia aziendale designato dalla Conferenza dei Rettori delle Università italiane ed un esperto di management sanitario designato dall'Assessorato alle Politiche della Salute. La valutazione comprende sia l'analisi dei titoli professionali sia un colloquio orale.

È stato altresì previsto che tutti gli aspiranti alla nomina a Direttore Generale partecipino ad un corso di formazione organizzato dall'Organismo Regionale per la Formazione, adempiendo finalmente alle prescrizioni del d.lgs. 502/92.

## Riassetto strutturale e organizzativo delle Aziende Sanitarie

di **SILVIO TAFURI**

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

La L.r. 4/2010, più nota come legge *omnibus*, ha introdotto importanti modifiche che impattano sull'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

In particolare, viene prevista l'istituzione in ogni azienda di una struttura di staff per la valutazione delle tecnologie in sanità (*health technology assessment*), l'istituzione di una Unità Operativa complessa di Dire-

zione Medica per ogni Presidio o Azienda Ospedaliera e la costituzione in ogni distretto dell'Unità Operativa Complessa per le Cure Primarie. Viene data pertanto finalmente piena attuazione alla L.r. 25/2006, che disegnava un nuovo modello organizzativo per i distretti socio sanitari, nell'ottica di un loro complessivo potenziamento.



Carovigno, particolare delle mura messapiche in via N. Brandi (foto Pietro Cicerone)

## Inaugurato il Portale del giovane medico

di **SILVIO TAFURI**

*Segretario Generale Nazionale - Segretariato Italiano Giovani Medici*

Il Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.) ha ideato e realizzato il primo Portale Italiano del Giovane Medico, prezioso strumento web a supporto dei Giovani Medici Italiani, attraverso il quale saranno reperibili tutte le informazioni di riferimento per quanti si affacciano alla professione medica. Il Portale è accessibile dal giorno 10 maggio 2010 attraverso il dominio [www.giovanemedico.it](http://www.giovanemedico.it). La registrazione al Portale sarà gratuita ed includerà un servizio di Newsletter attraverso il quale verranno veicolati agli utenti i contenuti curati dal S.I.G.M., che rappresentano una sintesi tra una comunicazione convenzionale ed i consigli pratici, frutto delle esperienze maturate sul campo dai responsabili dell'associazione dei Giovani Medici.

Attraverso il Portale del Giovane Medico il S.I.G.M. offrirà servizi, in termini di formazione, occasioni di lavoro e perfezionamento in Italia ed all'Estero, di accesso alla ricerca scientifica, senza mancare di curare una corretta informazione e formazione sugli aspetti tecnico legislativi e di intervenire attivamente e criticamente sulle Politiche sanitarie, professionali e previdenziali.

Il S.I.G.M. ha presentato il Portale alla stampa ed alla comunità medica Italiana in data 10 maggio 2010, alle ore 10.30, presso la Sala Conferenze del Ministero della Salute. La presentazione è avvenuta alla presenza del dr. Giovanni Leopardi, Direttore Generale delle Risorse Umane e Professioni Sanitarie del Ministero della Salute, dei vertici della Fondazione ENPAM e della FNOMCeO.

## Publicato il Manuale del Giovane Medico, II edizione

Il Manuale del Giovane Medico (II Edizione) si propone di rappresentare un valido strumento a supporto dei Giovani Medici Italiani, accompagnandoli dal momento del conseguimento del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia sino all'ingresso nel mondo del lavoro ed oltre, ripercorrendo i principali momenti formativi e professionalizzanti: Abilitazione alla professione medica, Corso di Medicina Generale, Diploma di specializzazione (accesso alle scuole di specializzazione e Riforma dello status dei medici in formazione), Formazione all'Estero, Accesso alla Ricerca Scientifica, riferimenti normativi.

Si tratta di una guida pratica al servizio dei Giovani Medici ai quali vengono presentate le informazioni rivedute e corrette alla luce delle esperienze acquisite sul campo dai pari.

Tale strumento, pubblicato on line sul Portale dei Giovani Medici ([www.giovanemedico.it](http://www.giovanemedico.it)), sul sito [www.sims.ms](http://www.sims.ms) e sui siti web [www.giovanimedici.com](http://www.giovanimedici.com) e [www.futurimedici.com](http://www.futurimedici.com), verrà di volta in volta aggiornato ed implementato in corrispondenza delle nuove acquisizioni e del proseguimento dell'iter applicativo relativo alle normative di riferimento. Invitiamo pertanto il lettore a verificare periodicamente la data di aggiornamento riportata in copertina.

Il Manuale, in particolare, si propone quale importante punto di riferimento per la categoria dei medici in formazione (medici specializzandi), con l'intento di rendere fruibile la complessa materia normativa e procedurale che li riguarda alla luce dell'applicazione del D.Lgs 368 del 17 agosto del 1999, modificato dalla legge 266/2005 e del conseguente avvio del processo di contrattualizzazione.

Ciò nella convinzione che il ruolo delle associazioni di categoria debba essere quello di fare una puntuale e corretta informazione, di semplificare le problematiche in cui si imbattono i giovani medici nel percorso formativo e di indirizzare le energie verso iniziative utili e costruttive.

A corredo di tale Manuale troverete inoltre due Appendici, l'una relativa alle opportunità di formazione e lavoro all'estero, l'altra relativa al coinvolgimento dei giovani medici nella Ricerca scientifica biomedica, oltre che gli Allegati utili all'approfondimento normativo e regolamentare inerente agli argomenti trattati.

Chiunque volesse contribuire all'aggiornamento di tale produzione attraverso contributi o suggerimenti è invitato a scrivere a [presidente@giovanimedici.com](mailto:presidente@giovanimedici.com).

## Malattie infettive dei migranti (controllo sanitario e profilassi)

I flussi migratori interessano il nostro Paese negli ultimi decenni, e hanno riflessi sanitari notevoli sia dal punto di vista della conoscenza che della programmazione per una buona profilassi e l'accesso alle cure. Se ne è parlato a Torino al **4° congresso di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni**, organizzato dalla Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale Amedeo di Savoia. Tra gli interventi, coordinati dagli infettivologi Pietro **Caramello** e Guido **Calleri**, quello di Marco **Albonico**, consulente **Oms**, che ha fatto il punto sulle popolazioni interessate che provengono da situazioni critiche come la povertà e la precarietà sanitaria. «Sono diversi i fattori che sostengono le condizioni di malattia» ha spiegato «come quelli costituzionali ereditari e determinanti sociali quali gli stili di vita, le reti sociali comunitarie, e

tutto quanto incide sulla salute: dal lavoro, alla alimentazione, dal reddito all'abitazione; inoltre, l'educazione ha un impatto rilevante sulla salute, e la scarsa alfabetizzazione delle donne, in particolare, incide molto sulla mortalità materna, infantile e neonatale».

Attualmente **gli immigrati nel nostro Paese sono 4.400.000** (di cui **700 mila "irregolari"**), prevalentemente giovani. Le malattie infettive non sembrano essere un problema rilevante, fatta eccezione per la **tubercolosi (Tbc)** e le **malattie sessualmente trasmesse** che interessano il **50%** degli immigrati. I casi di **Tbc (15%)** si riscontrano nel primo anno di arrivo in Italia, la parte restante si ammala in seguito alle condizioni di vita disagiate, e l'**Aids interessa il 20% dei casi**, con notevoli difficoltà di cura a causa delle disegualianze,



Egnazia, veduta aerea



peraltro presenti anche nel nostro Paese.

Uno degli aspetti che "condizionano" i diritti e il rispetto della dignità di queste popolazioni è dato dal fenomeno della tratta degli esseri umani, con pesanti conseguenze dal punto di vista sociale e medico-infettivologico, tanto da comportare un aumento dell'**800%** dei casi di sifilide. I grandi scenari sono l'emarginazione umana in generale, l'emigrazione in occasione di guerre e per regioni ludiche. Ma particolarmente preoccupante è l'emigrazione che avviene per la tratta degli esseri umani, che va considerata come una moderna forma di schiavitù e, anche se l'emigrazione a fini sessuali rappresenta solo una modesta percentuale, non è meno importante in quanto legata a situazioni come le infezioni sessualmente trasmesse e le infezioni da Hiv.

**Secondo l'Ente dell'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni sono circa 1 milione gli esseri umani oggetto di commercio ogni anno, la metà dei quali nella sola Europa. In Italia, sono 15-30 mila le persone che sono rese oggetto di una tratta di esseri umani, e le tipologie coinvolte riguardano quelle destinate alla prostituzione oltre ai minori (circa 1.500) che vengono sfruttati per accattonaggio o per fini sessuali.**

Sono persone che provengono soprattutto dall'Est europeo, ma anche dalla Nigeria; tutte fanno parte di quella disegualianza che ne rende sempre più difficile il controllo e l'accessibilità alle cure in particolare per quanto riguarda le malattie infettive, ed altre patologie a causa di condizioni di vita inumane: scarsa alimentazione, maltrattamenti e precarie situazioni di lavoro cui sono sottoposte.

La prevenzione sanitaria in queste persone è virtualmente inesistente. Le donne che sono riuscite a raggiungere i servizi sanitari, ad esempio, sono di basso livello culturale, e vivono in condizioni di particolare precarietà sociale nel Paese di origine; spesso sono già madri e l'**80%** delle quali ignora il proprio destino. Il **40%** di loro non riesce a superare il trauma della violenza psicologica, sino ad avere danni permanenti come attacchi di panico, ridotta autostima e suicidio.

L'accesso ai servizi sanitari è per loro deficitario, e il nostro Paese è tra i primi posti in fatto di protezione sociale, tant'è che nel **2006** ha **speso più di 4 milioni di euro per i programmi di integrazione sociale:** dall'attività di alfabetizzazione alla formazione lavorativa; ma anche al rimpatrio assistito, etc. **Tra il 2000 e il 2006** sono state **assistite in campo sociale oltre 11 mila persone.**

La malaria, rispetto alla Tbc, sembra essere meno presente in Italia, ma desta ancora una certa attenzione; **si evidenzia l'importanza delle misure di protezione personale, come pure la profilassi farmacologica e consigli rivolti in particolare ai migranti che tornano, sia pur per brevi periodi, nei Paesi di origine.**

Per quanto riguarda la nostra realtà i due terzi dei casi di malaria vengono diagnosticati in soggetti immigrati, considerando che i migranti vengono in Italia almeno per il **50%** da continenti in cui esiste già la malaria, e il **25%** dal continente per eccellenza malarico. Negli ultimi **10-15 anni** è cambiata la morfologia dell'immigrato: oggi il **40% degli immigrati vive in Italia da oltre un decennio.** Il primo fattore di rischio per contrarre la malaria è la inadeguatezza o la mancata esecuzione di una corretta profilassi, e questa soprattutto perché il viaggiatore non percepisce o ignora il rischio, e a volte gli viene prescritto un farmaco non appropriato, etc. Tra i gruppi più a rischio di contrarre all'estero la malaria sono gli immigrati, solitamente di etnie diverse che fanno ritorno temporaneamente al Paese d'origine in visita a parenti. I rischi sanitari sono legati al viaggio, alla logistica dello stesso o a malattie pregresse, per evitare i quali sarebbero utili politiche sanitarie per contenere i costi ed equilibrare la priorità delle strategie preventive, valutare la possibilità di collocare gli ambulatori di medicina dei viaggi in strutture maggiormente frequentate dagli immigrati, e più attenzione alle barriere linguistiche e culturali, etc.

Autore: Centro Studi FNOMCeO  
Tratto da [www.Fnomceo.it](http://www.Fnomceo.it)



Valesio

## Il Sistema di Sorveglianza PASSI L'abitudine al fumo e all'alcol in Puglia

### Il fumo di sigaretta in Puglia PASSI 2009

#### L'abitudine al fumo

Nella Regione Puglia, i fumatori rappresentano il 29% degli intervistati, gli ex fumatori il 17% e i non fumatori il 54%.

L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini e nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 34 anni. In particolare, nel sesso maschile il tabagismo è più frequente tra coloro che hanno basso livello di istruzione (41% vs 32%) e maggiori difficoltà economiche (38% vs 31%). Diversamente, nel sesso femminile il tabagismo è più frequente tra coloro che hanno un alto livello di istruzione (24% vs 20%) e minori difficoltà economiche (23% vs 22%).

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è 14.

L'11% dei fumatori è considerato un "forte fumatore", poiché dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno.



Percentuale di fumatori per Regione  
Pool di ASL, PASSI 2009 (%)

#### Attenzione al problema del fumo da parte di medici e operatori sanitari, e tentativo di smettere

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere nell'ultimo anno	62%
---	-----

#### Il tentativo di smettere negli ultimi 12 mesi e l'esito

Fumatori che hanno tentato di smettere	43%
--	-----

Fumatori che hanno smesso (non fumano da più di 6 mesi)	2,4%
---	------

Fumatori che stanno smettendo (non fumano da meno di 6 mesi)	3,8%
--	------

Abitudine al fumo di sigaretta		
Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori
29%	17%	54%
Condizione di fumatore		
nei due sessi	Uomini	36%
	Donne	22%
nelle classi di età	18-24 anni	28%
	25-34 anni	37%
	35-49 anni	30%
	50-69 anni	23%
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	33%
	Qualche difficoltà	28%
	Nessuna difficoltà	27%
Quanto si fuma		
Sigarette fumate in media		14
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al giorno		11%

#### Il consiglio di smettere da parte degli operatori sanitari

In Puglia, il 37% degli intervistati riferisce di aver ricevuto domande da parte di un operatore sanitario in merito alla propria abitudine al fumo.

Il 62% dei fumatori dichiara che, negli ultimi 12 mesi, un operatore sanitario gli ha suggerito di smettere di fumare.

Quasi la totalità degli ex-fumatori (97%) ha riferito di aver smesso di fumare da solo.

Negli ultimi 12 mesi, il 43% dei fumatori ha tentato di smettere. Tra questi il 2,4% ci è riuscito, non fumando da più di sei mesi; il 4% non si può ancora definire ex fumatore, avendo smesso da meno di sei mesi.

**Fumatore:** soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno.

**Fumatore in astensione:** soggetto che dichiara di aver smesso di fumare da meno di sei mesi.

**Ex-fumatore:** soggetto che attualmente non fuma da più di sei mesi.

**Non fumatore:** soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella propria vita.

## Il rispetto del divieto nei luoghi pubblici e sui luoghi di lavoro

In Puglia l'80% degli intervistati ritiene rispettato il divieto di fumare nei locali pubblici e l'85% nei luoghi di lavoro.

La percezione del rispetto del divieto di fumare si distribuisce sul territorio nazionale in maniera non omogenea.

I dati preliminari 2009, infatti, confermano il gradiente territoriale rilevato negli anni precedenti: il rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro è maggiore nelle Regioni settentrionali e minore in quelle meridionali.

### Fumo in casa

Nel 2009, il 19% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione si può fumare; tale abitudine in circa il 14% dei casi è consentita solo in determinate stanze, orari o situazioni, nel rimanente 5% dei casi nell'ambiente domestico si può fumare senza alcuna limitazione.

La percentuale di abitazioni con un minore di 14 anni in cui si fuma, con o senza limitazioni, è del 14%.

### Discussione

In Puglia circa una persona su tre è un fumatore. Rispetto allo Studio PASSI condotto nel 2005, si denota un incremento della abitudine al tabagismo, raggiungendo livelli sovrapponibili a quelli del pool nazionale di ASL.

Prevalenze di fumatori più alte e preoccupanti si riscontrano nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 34 anni, tra gli uomini con basso livello di istruzione e difficoltà economiche e tra le femmine con alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche. Quest'ultimo dato mostra tendenze diverse a seconda del sesso considerato, individuando target differenti e più specifici per campagne di lotta al tabagismo mirate.

Applicando la prevalenza di fumatori ottenuta attraverso lo Studio Passi al software SAMMEC, sviluppato dal CDC americano, si è stimato che in Puglia nel 2007 si siano verificati 3.752 morti attribuibili al fumo, pari a circa l'11% dei decessi totali per quest'anno. Dei decessi attribuibili al fumo, circa il 90% ha riguardato soggetti di sesso maschile, il 10% soggetti di sesso femminile. Inoltre, rispetto alla normale aspettativa di vita i pugliesi



Rispetto del divieto di fumo sempre o quasi sempre nei locali pubblici  
Pool di ASL, PASSI 2009 (%)

si hanno perso a causa del fumo oltre 53mila anni di vita nel solo 2007.

Circa due fumatori su tre hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, che tuttavia può essere migliorato.

Quasi tutti gli ex fumatori hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci e servizi extra-ASL. Nessuno riferisce di aver interrotto l'abitudine al fumo con l'ausilio di un operatore sanitario o di servizi della ASL.

Questa situazione sottolinea la necessità che a livello delle ASL regionali si introducano interventi per assistere i fumatori nel tentativo di smettere di fumare; le Aziende, infatti, potrebbero svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari nell'indurre un cambiamento dell'abitudine al tabagismo.

La Legge per il divieto di fumo costituisce un vero e proprio strumento per "fare salute": i programmi di controllo e vigilanza delle ASL contribuiscono a garantire il rispetto formale e sostanziale della legge.

Il suggerimento del personale sanitario assieme a campagne promozionali mirate possono contribuire a rinforzare il messaggio di ridurre la quota di case in cui è possibile fumare e quindi esporre gli altri, in particolare i bambini, agli effetti nocivi del fumo passivo.

## Il consumo di alcol in Puglia: i dati 2009 del sistema di sorveglianza Passi

### Consumo di alcol

In Puglia il 55% degli intervistati dichiara di aver consumato nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica<sup>^</sup>.

Tra le ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale, i bevitori rappresentano il 57% degli intervistati, tuttavia, tale abitudine è più spiccata nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud (*range*: 38% Basilicata – 76% Provincia Autonoma di Bolzano).

In Regione il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini, tra le fasce di età più giovani, tra le persone con alto livello di istruzione e tra quelle con nessuna difficoltà economica.

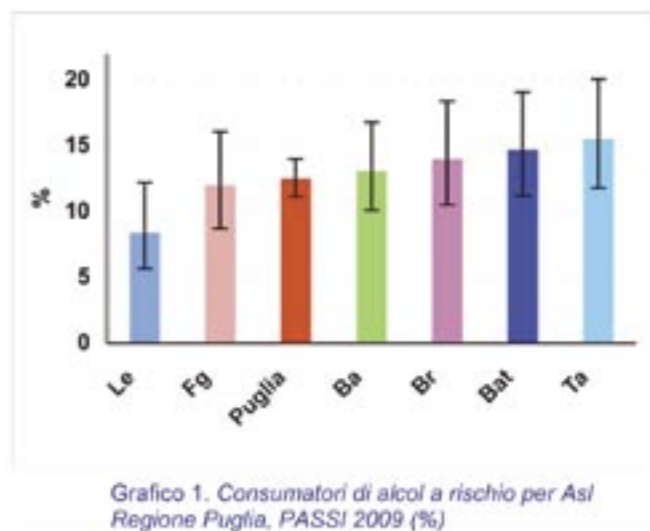
Circa il 13% degli intervistati può essere classificabile come consumatore di alcol a rischio (Grafico 1). La prevalenza di bevitori a rischio nel pool nazionale di ASL partecipanti allo studio è pari al 18% degli intervistati.

In particolare, il consumo di alcol in maniera smodata definito *binge drinking*, ovvero l'assunzione di 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione, riguarda il 4,0% degli intervistati pugliesi e si associa in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile.

### L'atteggiamento degli operatori sanitari

Solo una piccola parte degli intervistati (12%) riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Ancora più bassa è la percentuale di bevitori a rischio che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario (4%).



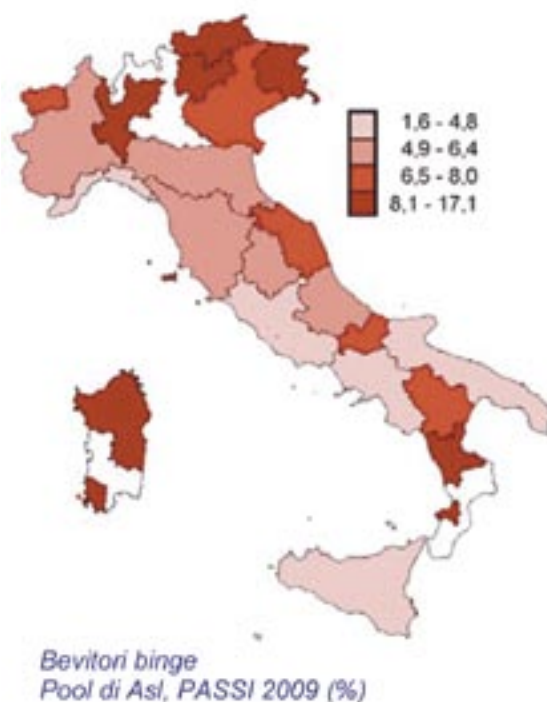
Categoria	Percentuale (%)
Consumatori a rischio*	12,5%
- Forti bevitori**	5,7%
- Bevitori fuori pasto	5,0%
- Bevitori binge***	4,0%

\*forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge.

\*\* Per gli uomini, chi beve più di 2 unità alcoliche; per le donne più di 1.

\*\*\*chi beve 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione.

<sup>^</sup>Una unità di bevanda alcolica corrisponde a un circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione (12°), o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione (4-5°) o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico (40°)



### Alcol e guida

Secondo i dati 2009 del sistema di sorveglianza PASSI relativi alla Regione Puglia, l'8,2% degli adulti di 18-69 anni intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (11,2%) che dalle donne (1,5%), senza marcate differenze per età, livello di istruzione o reddito.

Semberebbe che nelle ASL Bat e Taranto si riscontrino prevalenze maggiori di soggetti che hanno dichiarato di guidare sotto l'effetto dell'alcol (Grafico 2).

Inoltre, il 6,3% degli intervistati riferisce, di aver viaggiato insieme a una persona che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

### Attenzione degli operatori sanitari (ultimi 12 mesi), Regione Puglia

Persone cui un medico o un operatore sanitario ha chiesto se bevono*	12,3%
Bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	2,2%
Bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	4,0%

\*tra coloro che dichiarano di essere stati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

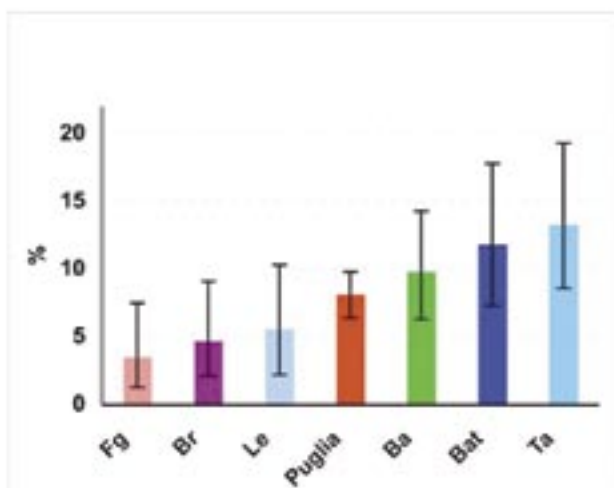


Grafico 2. Guida sotto l'effetto dell'alcol tra chi riferisce di consumare bevande alcoliche e di guidare auto o moto per Asl Regione Puglia, PASSI 2009

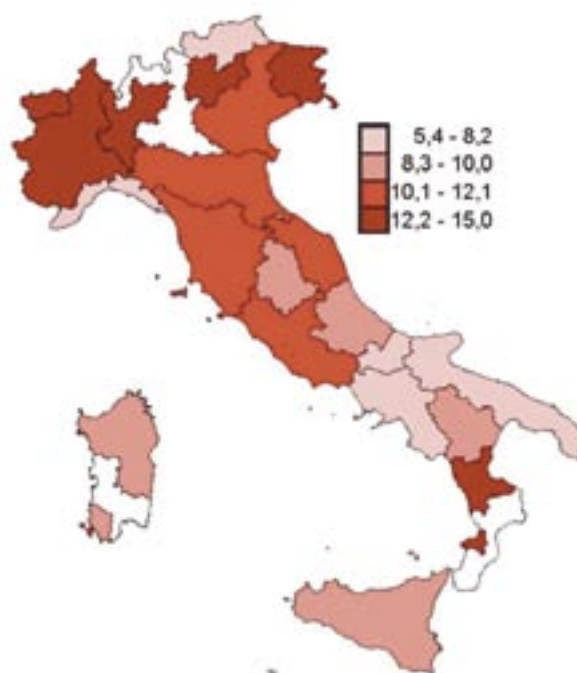
### Conclusioni

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri, quali guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza. Il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

È rilevante che in Puglia i bevitori a rischio siano soprattutto soggetti giovani di età compresa tra 18 e 35 anni. In particolare, il *bringe drinking* interessa circa uno su dieci intervistati nella fascia di età 18-24 anni e in maggior misura gli uomini rispetto alle donne.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale (in particolare nei giovani) **sia negli operatori sanitari che solo oc-**



Guida sotto l'effetto dell'alcol tra chi riferisce di consumare bevande alcoliche e di guidare auto o moto Pool di Asl, PASSI 2009 (%)

**casionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e solo raramente consigliano di moderare i consumi nei bevitori a rischio.**

Nel nostro Paese, importante produttore di vini, in cui l'alcol fa parte della cultura popolare, gli operatori sanitari possono promuovere azioni di sensibilizzazione delle Comunità locali sul consumo consapevole di alcol, in collaborazione con Comuni, Istituzioni scolastiche, Associazioni ed Enti territoriali.

### Che cos'è il sistema di sorveglianza PASSI?

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (*Passi, Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*). L'obiettivo è di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie.

Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato.

I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. A dicembre 2009, sono state caricate complessivamente oltre 90 mila interviste. Per maggiori informazioni, visita i siti [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi) o [www.oerpuglia.org](http://www.oerpuglia.org)

## Proposta di programma ENPAM per il quinquennio 2010-2015

di ALBERTO OLIVETI

Le caratteristiche anagrafiche dei contribuenti della Fondazione ENPAM ed il mutato orizzonte di sostenibilità richiesta impongono al prossimo vertice dirigenziale di affrontare quanto prima possibile la sfida **dell'equilibrio dei Fondi di previdenza**, dato che prima si interviene con i correttivi, più saranno ripartite le conseguenze delle riforme.

Già il **programma di legislatura 2005-2010** si proponeva di mettere la previdenza al centro di tutte le attività operative della Fondazione. Quanto poi accaduto nel quinquennio con la **crisi finanziaria mondiale** e lo spostamento dell'equilibrio **a trenta anni con la Finanziaria 2007**, rende ora questa esigenza assolutamente prioritaria per la tenuta del **patto di solidarietà generazionale** che sta alla base delle prestazioni della Fondazione.

Per ricondurre l'equilibrio dei Fondi al nuovo arco temporale di legge andranno esaminati in stretto collegamento con l'attuario gli **interventi possibili** in termini di efficacia ed accettabilità sociale, non trascurando l'opzione della proposta di **modifiche legislative** sui trent'anni, sulla contabilizzazione tecnica del patrimonio o sulla doppia tassazione, se tali interventi configurassero iniquità e tensioni generazionali.

Per migliorare la redditività del patrimonio nell'attuale incerto scenario, l'investimento finanziario va ricondotto, con il supporto di uno staff tecnico diversificato e valutato nel tempo sulla base dei risultati, ad una **logica previdenziale** che prima calcoli le scadenze per ogni Fondo del debito previdenziale acquisito con la valorizzazione assegnata ai contributi al momento dell'incasso, e poi colleghi ad esse la durata dell'investimento e la aspettativa di rendimento in rapporto alla sua rischiosità.

Va enfatizzata l'interpretazione della solidarietà generazionale come **interesse** del singolo collegato alla collettività attuale e futura, estendendo il concetto al futuro assetto della professione medica che se dovesse andare in sofferenza, trascinerà inevitabilmente con sé anche la previdenza.

Il progetto **busta arancione** (un rapporto annuale che dovrà arrivare a tutti gli iscritti per rendicontare i contributi e fornire la proiezione standard della pensione) oltre ad essere funzionale all'**integrazione** previdenziale tempestiva, potrà certificare la trasparenza e la qualità della Fondazione nella logica del **dare conto per far rendere conto**.

A monte del progetto appare indispensabile la completa **digitalizzazione di tutti i processi della Fondazione**, per l'eccellenza operativa e manageriale a supporto strategico delle scelte sui Fondi.

La piena autonomia di governo e di gestione della Fondazione va perseguita mediante il completamento legislativo del processo di **privatizzazione** e tramite la richiesta dell'**attrazione** alla Cassa di tutti i prelievi previdenziali obbligatori per redditi derivati dalla professione medica ed odontoiatrica comunque esercitata (vedi specializzandi o pensionati).

Stante l'importanza della questione previdenziale per la serenità futura dei colleghi, la scelta dei componenti degli organismi statutarî della Fondazione va impostata su idonei e riconosciuti **profili di competenza e rappresentatività**, e le loro attività orientate esclusivamente al mandato istituzionale proprio di una cassa di previdenza, erogare prestazioni adeguate e sostenibili al minor costo contributivo possibile mettendo efficacemente a reddito il patrimonio.

Sarà determinante per la Fondazione operare in sintonia con una rete di riferimento costituita dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ed Odontoiatri, dalle associazioni professionali, dai sindacati di categoria e dall'ONAOI, in un rapporto collegiale di **corresponsabilizzazione** delle scelte condivise, nel rispetto delle singole specificità ed autonomie, finalizzato ad un corretto confronto con la politica e con il Governo, anche nel merito legislativo e rappresentativo, come anche il recente Decreto ha evidenziato.

Va impostata la prassi **del lavoro collegiale** che dovrà coinvolgere non solo i membri del Consiglio di Amministrazione, ma anche le Consulte dei Fondi ed il Consiglio Nazionale il cui ruolo non dovrà limitarsi all'approvazione dei bilanci di gestione.

Tale coinvolgimento va esteso ai funzionari ed ai dipendenti che negli Ordini periferici sono quotidianamente a contatto con i medici e gli odontoiatri.

Va incentivata una migliore e più stretta collaborazione tra le varie istituzioni del mondo medico che possa esprimere con voce univoca le sue esigenze e, nello stesso tempo, le sue possibilità di aiutare il paese Italia, fino al punto di ipotizzare una vera e propria **cabina di regia** della categoria nella quale gli organismi rappresentativi possano contare sulla collaborazione degli enti economici.

A tal fine appare strategico ridefinire il rapporto con gli altri Enti Previdenziali Privatizzati, nella giusta considerazione delle rispettive consistenze associative, economiche finanziarie e strutturali, in funzione della efficace rappresentazione delle istanze delle categorie ai Ministeri vigilanti e di riferimento.

In tema di rappresentatività e per una migliore operatività di sistema si procederà fin dalla prima fase della Legislatura ad un progetto di **revisione statutaria** che garantisca il giusto equilibrio tra la rappresentatività degli Ordini e quella degli iscritti eventualmente valutando anche una semplificazione della composizione dei Fondi ed un ampliamento della platea contributiva alle professioni sanitarie.

In sintesi:

**1) Riequilibrio dei Fondi con interventi parametrici sulle entrate ed uscite, perseguendo le opportune modifiche legislative per una maggior gradualità applicativa, per l'abolizione della tassazione sul patrimonio e per una sua più favorevole contabilizzazione nei bilanci tecnici;**

**2) completamento della privatizzazione della Fondazione per una maggiore autonomia e conseguente attrazione alla Cassa di tutti i versamenti da redditi professionali;**

**3) investimenti finanziari in logica previdenziale che**

**prevedano prioritariamente per ogni Fondo la definizione del debito previdenziale su cui modulare il rapporto redditività attesa/rischio dell'investimento;**

**4) massima attenzione sulle dinamiche professionali come fonte di contribuzione individuale per un patto di solidarietà generazionale in cui la convenienza dovrà essere il legame tra interesse del singolo e della collettività;**

**5) dare conto per rendersi conto: il progetto busta arancione prevede una comunicazione periodica a tutti gli iscritti che dai contributi contabilizzati proietta la pensione corrispondente, per consapevolizzare su eventuali integrazioni tempestive;**

**6) digitalizzazione completa della Fondazione per sostenere al meglio la operatività e le scelte strategiche;**

**7) indispensabili profili di competenza per i componenti degli organi statutari;**

**8) azione costante di corresponsabilizzazione dei legittimi portatori di interesse istituzionale sui problemi previdenziali e professionali emergenti;**

**9) collegialità del lavoro impostato su deleghe informate e sull'ampliamento della rete di rapporti;**

**10) revisione dello Statuto della Fondazione per maggiore equilibrio di rappresentatività e migliore funzionalità.**



Corredo funerario messapico

Elezioni dei comitati consultivi ENPAM 2010-2015

## Il dott. Donato MONOPOLI eletto quale rappresentante regionale nel Fondo MMG

Si sono svolte il 30 maggio 2010 le elezioni dei rappresentanti nazionali e regionali di categoria in seno ai Comitati Consultivi dei Fondi speciali dell'Enpam.

Il Dott. Donato MONOPOLI, consigliere dell'Ordine, è stato eletto quale rappresentante regionale nel Fondo Medici di Medicina Generale, risultando il maggior suffragato d'Italia. Congratulazioni dal Presidente e dal Consiglio Direttivo e da Brindisi Medica.

## **Uso del titolo di "Professore" L'Ordine ha invitato il Direttore della ASL ad effettuare controlli**

Al fine di un corretto utilizzo dei titoli accademici e professionali, così come sancito dagli artt. 55 e 56 del Codice di Deontologia Medica, con particolare riferimento all'uso del titolo di "professore" da parte di sanitari operanti nel territorio provinciale, si ribadisce che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha inviato il parere espresso a questo proposito, da parte del Consiglio Universitario Nazionale del MURST che, nell'adunanza del 27-02-2000, riguardo alla possibilità per i medici docenti dei vari corsi delle scuole per infermieri professionali, fisioterapisti ed altre figure del Servizio Sanitario Nazionale, di fregiarsi del suddetto titolo di "Professore", si è espresso come segue:

*"È opinione di questo Consiglio che il titolo di professore spetti ai professori universitari di ruolo e che possa essere esteso ad altro personale universitario limitatamente al periodo di effettivo svolgimento dei corsi ottenuti per affidamento dagli organi collegiali delle strutture didattiche. Tale estensione dovrebbe essere, comunque, limitata al momento didattico e non essere utilizzata in ambiti extra-accademici. Pertanto, in risposta allo specifico quesito posto dall'Ordine, non si ritiene di poter estendere l'uso del titolo di professore a medici docenti dei vari corsi indicati".*

La stessa Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, inoltre, con nota n. 35 del 19-03-2004, nel con-

fermare quanto più volte aveva espresso in proposito, precisa che, in conformità a quanto stabilito dalla Casazione a Sezione Unite, possono far uso del titolo di "professore":

- *I professori universitari di ruolo ordinari, straordinari e associati;*
- *I professori a contratto ex art. 25 DPR 382/80, ex art. 100 DPR 382/80 ed ex art. 4 DPR n. 162/82;*
- *I liberi docenti con docenza confermata, ex art. 10 legge 30-12-1958 n. 1175;*

*Va comunque precisato che la dizione "professore" usata dai professori a contratto in ambiente accademico e nel periodo di effettivo svolgimento dei corsi, deve essere accompagnata dalla indicazione, senza abbreviazioni, "a contratto in ... presso la facoltà di... o la Scuola di... per l'anno accademico...;*

*Anche per i liberi professionisti la dizione "professore" deve essere accompagnata da "libero docente in ..." specificando la materia nella quale è stata conseguita la libera docenza.*

Si invitano tutti gli iscritti alla perfetta osservanza di quanto sopra chiarito onde evitare lamentele da parte di colleghi ed, eventuali, doverosi interventi dell'Ordine.

## **Niente IRAP per l'attività in convenzione del Medico di Medicina Generale**

Con la circolare 28/E del 28 maggio 2010 (depositata all'Ordine) l'Agenzia delle Entrate riconosce ufficialmente che l'attività svolta in convenzione dal medico di medicina generale non è soggetta all'IRAP in quanto:... la prova dell'autonoma organizzazione non può essere offerta dall'utilizzo di quelle apparecchiature previste obbligatoriamente dalla convenzione stessa...

In altre parole lo studio e le attrezzature previste in

convenzione possono essere considerate il minimo indispensabile per l'attività da parte del medico di medicina generale.

Diversamente l'eventuale attività in libera professione; in questo caso è necessario provare che viene superato lo standard come previsto dalla convenzione e, quindi, caso per caso, va valutata l'esistenza dell'autonoma organizzazione.





## Certificato di malattia. Decreto legislativo 150/2009

**Lettera dell'Assessore alla Regione Puglia Prof. Tommaso Fiore indirizzata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali; ai Presidenti Ordine dei Medici Prov. BA-BR-FG-LE-TA; alle organizzazioni sindacali di FIMMH, CUMI, SNAMI, SMI, FIMP, CIPE, ANAAO/ASOMED, CIMO/ASMD, AAROI, FASSID, CISL/MEDICI, FESMED, ANPO-ASCOTI-FIALS-MEDICI, CGIL-MEDICI, FVM.**

L'articolo 69 del Decreto Legislativo 150/09 ha previsto una nuova disciplina della certificazione di malattia per assenza dal lavoro dei dipendenti pubblici.

Il DPCM del 26 febbraio 2010 ha definito le modalità di trasmissione delle certificazioni di malattia.

In considerazione delle perplessità rappresentate dalla Fnomceo, sono stati avviati Tavoli Tecnici tra la stessa Federazione e i Ministeri della Salute e della Funzione Pubblica, al fine di valutare l'opportunità di apportare le modifiche ritenute necessarie.

Nelle more dei risultati a cura dei suddetti Tavoli, gli Ordini dei Medici Provinciali hanno presentato un documento con il quale chiariscono la loro posizione in merito alle procedure richieste dalla norma.

Al fine di consentire una corretta e omogenea applicazione delle norme in materia di certificazione di malattia, sulla base del documento degli Ordini dei Medici, si precisa quanto di seguito.

Tutti i medici convenzionati e dipendenti del SSN

sono tenuti al rispetto delle norme in materia di certificazione di malattia per assenza dal lavoro dei dipendenti pubblici.

Il medico certificatore, convenzionato o dipendente, redige il certificato previa diretta constatazione dello stato patologico e formula la diagnosi.

In relazione all'attestazione della oggettiva documentazione prevista dalla norma uno o più dei seguenti criteri soddisfa la condizione richiesta:

- coerenza dei segni o sintomi clinici, anche anamnestici;
- eventuali dati di laboratorio disponibili;
- eventuali dati strumentali disponibili.

Il medico certificatore, constatato direttamente lo stato patologico, deve attestare, al momento della trascrizione del certificato di malattia, i dati clinici rilevati e formulare la diagnosi.

L'ASSESSORE

Prof. Tommaso Fiore

### **Testo concordato nella riunione con gli Ordini dei Medici di Puglia tenutasi il giorno 08/04/2010**

Gli Ordini Provinciali dei Medici della Regione Puglia concordano sulla seguente modalità di applicazione della norma inerente la certificazione medica attestante l'assenza per malattia dei dipendenti pubblici.

I medici certificatori redigono il certificato, previa diretta constatazione dello stato patologico.

In relazione alla seconda condizione prevista dalla norma, si ritiene che uno o più dei seguenti criteri possano soddisfare la oggettiva documentazione:

1. Coerenza dei segni e sintomi clinici;
2. Eventuali dati di laboratorio disponibili;
3. Eventuali dati strumentali disponibili.

### **Precisazioni in merito alle certificazioni di malattia**

Si comunica ai colleghi che sul certificato di malattia non può essere riportata la dizione "PER LA PATOLOGIA DI CUI E' AFFETTO IL PAZIENTE, PUO' USCIRE;" o similari.

Tale dizione non è conforme ad alcuna norma, pertanto il paziente è tenuto, comunque, ad essere reperibile presso il proprio domicilio, così come previsto dalla legislazione in vigore, dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 17 alle ore 19, compresi i festivi.

Invitiamo i colleghi ad astenersi nel rilascio di certificazioni di malattia, ad effettuare precisazioni non conformi alla legge.

Tale comportamento potrebbe essere suscettibile di sanzione disciplinare.

Il Presidente  
dott. Emanuele Vinci

## Per i tirocinanti vanno migliorando le prospettive economiche

*Dalla dottoressa Celeste Russo, coordinatore nazionale della Fimmg Formazione (neo-diplomata in medicina generale) riceviamo e volentieri pubblichiamo in replica alla lettera apparsa su Corriere Medico del 15 maggio 2010 a pagina 6 (a firma del tirocinante Luca Punziano):*

Caro Luca, ti ringrazio per aver trasformato la tua indignazione come medico in Formazione Specifica in Medicina Generale in una chiara esposizione di alcune delle problematiche che creano maggiore contrarietà tra i corsisti del Triennio. Vorrei rassicurarti, ricordandoti le numerose azioni che Fimmg Formazione sta intraprendendo a vari livelli anche su questi temi; iniziative di cui sei sicuramente a conoscenza, ricevendo per questo costanti aggiornamenti sul nostro lavoro, sia perché te ne ho parlato più di una volta.

Riprendendo il tuo pensiero:

**La borsa di studio** è tassata Irpef perché l'Irap in molte regioni (come il nostro Lazio) non è calcolata nel conteggio finale. Come saprai, c'è un decreto del ministero della Salute del 7 Marzo 2006 (*Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale*) che prevede esplicitamente la tassazione per le nostre borse di studio. È necessaria una riforma di legge e abbiamo già fatto pervenire alla Camera un quesito a risposta scritta a luglio 2009 proprio per avere delucidazioni.

**L'assicurazione.** Sempre il decreto 7 Marzo 2006 prevede che il tirocinante paghi di tasca propria l'assicurazione legata al Triennio, lasciando libertà alle Regioni di deciderne i massimali; in molte Regioni stiamo intervenendo per poterli adeguare tra di loro, al massimale più basso.

**La previdenza.** Gli specializzandi sono assoggettati alla gestione separata Inps e versano un'aliquota variabile dal 17 al 23 per cento. Gli iscritti al Triennio versano all'Enpam poiché la borsa di studio è equiparata ai fini fiscali a reddito di lavoro dipendente e rientra perciò tra quei redditi che vanno versati come quota "B" nel Fondo generale Enpam con un'aliquota pari al 12,5 per cento. Abbiamo chiesto al consiglio d'amministrazione Enpam una modifica all'articolo 4 del Fondo generale, perché tale reddito sia assoggettato all'opzione di

versamento di aliquota nella misura ridotta del 2 per cento; proposta che è stata accettata ed ora è al vaglio del comitato consultivo del Fondo libera professione. Sono circa 110 euro per anno di corso a fronte di avere un calcolo per l'anzianità contributiva che inizia dal Triennio.

**I Figli.** La somma per le colleghe in maternità è un po' più alta di quella da te citata: l'Enpam paga nei 5 mesi di astensione obbligatoria l'80 per cento di quanto dichiarato nei 2 anni precedenti alla maternità stessa.

**Incompatibilità.** Siamo normati al pari degli specializzandi, ma abbiamo dalla nostra l'Accordo nazionale e un parere dell'Agenzia Sisac che prevede un vantaggio dei tirocinanti sugli specializzandi per le graduatorie di disponibilità regionali; stiamo collaborando nei Comitati regionali per farlo applicare.

**Il disamore.** È vero che le prospettive lavorative per chi appena finito in alcune Regioni, come la nostra con grande pletera di medici, sono difficili. Ma se ti rimbocchi le maniche e sei disposto a spostarti dalla città, riesci a lavorare nella medicina generale, guadagnando dignitosamente e facendo punteggio valido per la graduatoria regionale dell'Osservatorio nazionale per la formazione in medicina generale, che si occupa anche del Triennio. Pur non facendone parte, stiamo collaborando attivamente per evidenziare le criticità che occorre affrontare e modificare. Perciò non preoccuparti: non sei solo nella battaglia della valorizzazione della formazione specifica in medicina generale.

Celeste Russo  
Coordinatore Nazionale Fimmg Formazione



Scavi a Pezza Petrosa

Contribuire sarà possibile solo agli iscritti all'albo da meno di 5 anni

## **Dopo il 9 febbraio 2011 Onaosi irraggiungibile per i medici di famiglia che non si iscrivono**

Perugia - Qualcuno mugugna perché il termine è troppo anticipato, qualcun altro non lo sa nemmeno o non si preoccupa perché il 9 febbraio 2011 non sembra dietro la porta. Eppure quella data va segnata a caratteri cubitali da tutti i medici convenzionati e liberi professionisti iscritti all'Ordine da oltre 5 anni. Dopo il 9 febbraio, infatti, non potranno mai più iscriversi all'Onaosi, l'Opera nazionale orfani dei sanitari italiani, la Fondazione che provvede agli studi dei figli di medici se mai dovessero mancare il padre o la madre. In realtà, collegi e campus di Torino, Bologna, Padova, Messina, Pavia e soprattutto Perugia (sede dell'ente guidato da Aristide Paci) si rivolgono anche a figli di medici invalidi al 100 per cento. «Con il nuovo statuto appena approvato si è allargata la tutela all'area del disagio e dell'invalidità assistibili, in pratica la copertura è più estesa, pur riservata in via prioritaria alle categorie tradizionali», spiega il responsabile comunicazione della Fondazione, Umberto Rossa. Che oltre ad essere ordinista (è presidente a Belluno) è anche medico di famiglia e contribuente volontario. «Alla Fondazione sono iscritti come contribuenti obbligatori, con trattenuta dallo stipendio, i dipendenti del Ssn medici, odontoiatri, farmacisti e veterinari; non lo sono i medici "a partita Iva" o i dipendenti di enti privati, che devono iscriversi volontariamente; e qui i numeri sono più bassi, scendiamo dalle centinaia di migliaia di iscritti alle poche migliaia: eppure i vantaggi sono consistenti: nessuna assicurazione vita, a fronte dei premi versati (considervolmente più alti del contributo Onaosi, che va da un minimo di 25 a un massimo di 155 euro annui) offre benefici così consistenti sia con contributi periodici in denaro sia con l'erogazione dei servizi, fornendo oltretutto alta qualità nell'istruzione a forte sostegno del futuro dell'orfano del medico. Senza contare la disponibilità per gli iscritti di posti nelle case vacanze a prezzi più che concorrenziali». «Certo, la premorienza del medico mentre i figli sono in età scolare – dice Rossa – non ha alte probabilità, ma è più frequente di quello che si pensi: attualmente ci sono oltre 4.000 orfani in assistenza. Il problema esiste e purtroppo sia nel passato sia nel presente, abbiamo dovuto rifiutare l'assistenza, in quanto numerosi sanitari non avevano provveduto all'iscrizione volontaria. È un chance da tener presente». Rossa spiega anche il nuovo statuto offre a

tutti la possibilità di votare per il rinnovo del cda, anche ai pensionati, purché contribuenti. «E come tali si intende anche chi, al pensionamento, verserà i 65 euro una tantum, validi per restare iscritti a vita».

### **Contribuzione Volontaria Ecco le Quote per 2010**

*Contribuenti volontari (nota Min.Lavoro 17.03.08) anzianità ordinistica globale fino a 5 anni*

Reddito complessivo individuale	Versamento annuo
> ↔60.000,00	= ↔155,00
tra ↔40.000,00 e ↔60.000,00	= ↔140,00
tra ↔20.000,00 e ↔40.000,00	= ↔75,00
< ↔20.000,00	= ↔25,00

*Contribuenti volontari (nota Min.Lavoro 17.03.08) anzianità ordinistica globale oltre 5 anni*

Reddito complessivo individuale	Versamento annuo
> ↔60.000,00	= ↔155,00
tra ↔40.000,00 e ↔60.000,00	= ↔140,00
tra ↔20.000,00 e ↔40.000,00	= ↔125,00
< ↔20.000,00	= ↔40,00

*Contributo una tantum (vitalizio) a partire dal 1.1.2009, per età anagrafica superiore ai 67 anni compiuti al 31 dicembre dell'anno precedente ed in possesso di una anzianità contributiva complessiva (obbligatoria e/o volontaria) di almeno quindici anni = 65,00*



*Cratere attico a figure rosse*

## Il riscatto degli anni di laurea rimane un ottimo investimento

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

Il riscatto degli anni di laurea e degli altri periodi è un ottimo investimento previdenziale, soprattutto nell'ottica di un aumento delle prestazioni economiche della futura pensione.

I periodi antecedenti il 1° gennaio 1996, data di entrata in vigore della riforma delle pensioni (legge 335) possono far scattare la titolarità della pensione mista: in tal caso, il calcolo retributivo si aggiunge al contributivo utilizzato per chi è entrato nel mondo del lavoro dal '96.

Tra i medici in attività, c'è chi si chiede, una volta avanzata domanda di riscatto e iniziato a pagare i contributi richiesti, quale soluzione potrebbe avere l'iter di riscatto in caso di suo decesso durante l'arco lavorativo.

Ebbene, il riscatto richiesto e in corso di perfezionamento segue l'iter della pensione indiretta degli aventi diritto (coniugi, figli a carico o studenti e, in via alternativa, fratelli, sorelle, genitori a carico). In merito, occorre tuttavia fare una distinzione tra la normativa Enpam e quella Inpdap dei dirigenti medici.

**Enpam** – In caso di decesso dell'iscritto in attività lavorativa, nell'ente previdenziale di tutti i medici (e in particolare dei convenzionati e dei liberi professionisti) le rate di riscatto già pagate comportano il calcolo di una maggiore pensione, sia per via dell'aumento dell'anzianità sia per l'aumento del montante. L'Enpam riconosce le prestazioni previdenziali come se il riscatto sia stato effettuato e completato all'atto del verificarsi dell'evento morte o invalidità totale permanente.

Quanto risulta effettivamente ancora dovuto, al netto di ogni interesse, viene trattenuto sull'importo della pensione in misura non superiore al 20 per cento dello stesso.

Nel caso l'iscritto sia deceduto prima dell'inizio dei versamenti, i superstiti possono rinunciare al riscatto al

momento di presentare la domanda di pensione. Se, invece, l'iscritto è riconosciuto invalido egli stesso potrà rinunciare al riscatto entro 60 giorni dalla data di comunicazione dell'accoglimento della domanda di invalidità.

In caso di decesso prima del compimento del sessantacinquesimo anno di età, nel calcolo della pensione indiretta è riconosciuta agli eredi un'anzianità pari alla differenza tra età anagrafica del deceduto o invalido e i 65 anni con bonus massimo di 10 anni.

In altre parole, a chi ha 58 anni sarebbero riconosciuti 7 anni di anzianità, a chi ne avesse 52 si riconoscerebbero 10 anni come tetto massimo di maggiore anzianità.

**Inpdap** – Per il riscatto riferito ai medici dipendenti, in caso di premorienza in attività di servizio, ai superstiti le rate ancora non corrisposte vengono ridotte in ragione dell'aliquota di reversibilità della pensione, fermo restando il numero delle trattenute previste: se il *de cuius* pagava una rata mensile di 100 per un debito residuo di 1000, la vedova al 60 per cento pagherà una rata di 60 per un debito residuo di 600.

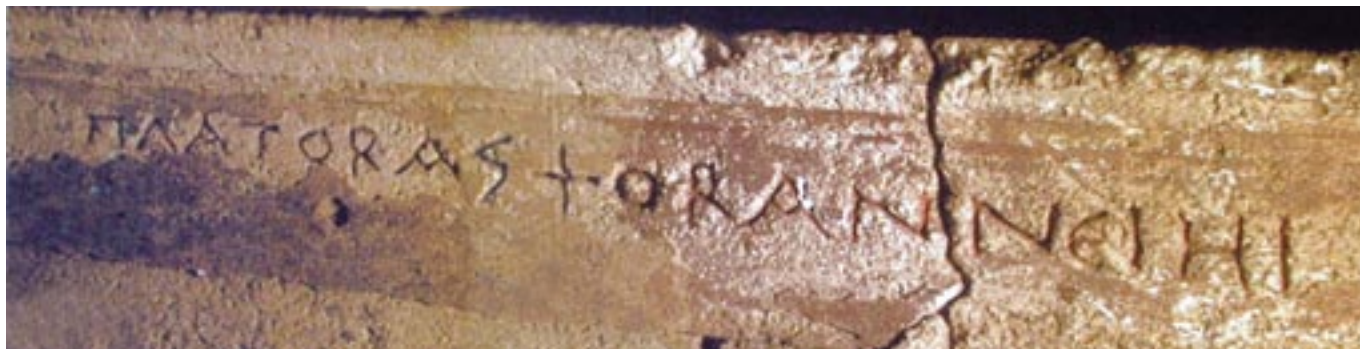
Verosimilmente, non c'è abbattimento nelle pensioni indirette danneggiate nel calcolo in caso di cumulo con redditi del coniuge superstite e senza figli a carico.

Una volta, alle rate residue veniva dato un abbuono pari alla metà del valore capitale dei contributi che sarebbero scaduti successivamente al decesso.

In caso di domanda presentata dall'iscritto prima del decesso e successivamente accettata dall'Inpdap, se gli eredi avanzano la riacquiescenza della stessa, questa viene annullata.

Entro 90 giorni, gli eredi possono anche avanzare essi stessi la domanda di riscatto.

Articolo di Marco Perelli Ercolini  
Tratto da *Corriere Medico* del 25.3.2010



Iscrizione funeraria messapica.



## Considerazioni sul rischio clinico in pediatria

di ELISABETTA QUARANTA

Segretario Provinciale Federazione Italiana Medici Pediatri

Il rischio clinico è l'eventualità che si possa produrre un danno al paziente a seguito del verificarsi di un errore, di un evento non voluto nel corso della nostra attività assistenziale. L'interesse riguardo questa tematica risulta sempre più attuale poiché negli ultimi anni la crescente complessità dei percorsi assistenziali, l'alta specializzazione delle tecniche utilizzate rappresenta sempre più una criticità dei Sistemi Sanitari. In un sistema così complesso l'errore non è da attribuire necessariamente solo al fattore umano, ma alla rischiosità intrinseca del sistema stesso. Diminuire il rischio clinico determina una maggiore sicurezza del sistema ed attiene ad un miglioramento nella Qualità delle Cure.

L'errore in sé, e quindi la possibilità che questo si verifichi, praticamente, non è eliminabile, si possono attuare una serie di interventi affinché lo rendano controllabile pertanto diventa indispensabile una politica di gestione del rischio. Si tratta di un processo complesso, cruciale nell'ambito dell'erogazione dei servizi sanitari al cittadino e rappresenta l'insieme delle azioni poste in essere per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti.

Si rende quindi necessario gestire il rischio elaborando percorsi volti alla identificazione dei fattori determinanti ed alla analisi delle situazioni, finalizzati alla riduzione e contenimento degli errori evitabili, pianificando attività formative e di aggiornamento continuo del personale sanitario.

Il cambiamento del sistema delle Cure Territoriali cui si sta assistendo prevede la costituzione di strutture territoriali complesse e organizzate pertanto l'analisi e la gestione del rischio dovranno essere rivolte ad attività che riguardano anche la prevenzione, l'educazione sanitaria, il follow-up della malattia cronica e non più solo la diagnosi e la gestione della malattia acuta.

Per quanto riguarda la Pediatria, premesso che secondo uno studio di Kaushal pubblicato su JAMA nel 2001, i pazienti in età pediatrica sono esposti 3 volte più degli adulti ad errori terapeutici potenzialmente pericolosi, si comprende come divenga cruciale identificare e correggere tutte quelle situazioni che possono comportare un potenziale rischio per il piccolo paziente. Diversi fattori condizionano il rischio clinico in età pediatrica rispetto all'adulto:

- la gestione degli interventi terapeutici ed educativi sono mediati dalla famiglia e legati alla compliance del paziente. Nel rapporto medico-paziente si inserisce sia la famiglia come parte attiva ed insosti-

tuibile che i "care givers" che accudiscono il paziente; le informazioni e le prescrizioni del pediatra vengono ad essere filtrate dalle capacità di comprensione e di esecuzione di chi accudisce il bambino

- il condizionamento operato da fattori esterni (media, scuola, conoscenti, internet)

- le diverse caratteristiche biologiche del bambino: durante il suo sviluppo modifica il proprio peso, metabolismo ed i propri bisogni richiedendo un conseguente adeguamento dei dosaggi dei vari farmaci

- la scarsa sperimentazione dei farmaci in età evolutiva da cui deriva la esigua disponibilità di farmaci testati sui bambini: per un gran numero di principi attivi utilizzati in pediatria mancano prove di efficacia, studi adeguati per la standardizzazione dei dosaggi efficaci (spesso desunti da quelli usati per gli adulti), quindi, la necessità di eseguire trattamenti *off label* in numerose situazioni cliniche, e ciò aumenta la probabilità che si possano commettere degli errori nel corso dell'intero percorso assistenziale.

Sono sicuramente gli errori di terapia la categoria di incidenti maggiormente rilevanti in pediatria; secondo uno studio pubblicato su QSHC nel 2007 (Marlene R. Miller et al.) occorre in una percentuale rilevante (5 - 27%), si tratta di errori di prescrizione (p. es. errore di tipo/formulazione o di posologia) nel 3 - 37% dei casi, di errori di distribuzione (p. es. errore nella consegna del farmaco da parte del farmacista) nel 5 - 58%, di errori di somministrazione (dosaggio o via di somministrazione sbagliati) nel 72 - 75% dei casi.

Non vanno sottovalutati inoltre errori, sia pur meno frequenti, tipici della pediatria di famiglia, quali errori nell'utilizzo di apparecchiature (podoscopia, otoscopia pneumatica, spirometria, ecc.), per malfunzionamento o inadeguata manutenzione, ecc.; errori nelle procedure diagnostiche (self-help), ad es. esami eseguiti in modo inadeguato o inappropriato; errori nella tempistica che determinano un ritardo della diagnosi e/o del trattamento farmacologico.

I fattori di rischio che intervengono possono essere legati all'operatore (difficoltà nel seguire istruzioni; violazioni di regole; autoreferenzialità; burn out; scarse gratificazioni; assenza o eccesso di supervisione; carico di lavoro eccessivo; scarso lavoro di gruppo) oppure al sistema ("fare bene, tutto e subito"; numero di operatori insufficienti; scarso addestramento al lavoro; assenza, non validazione, non applicazione, non monitoraggio di linee guida; mancata o inadeguata comunicazione

tra operatori o tra operatori e utenza; mancata o inadeguata informazione all'utenza).

Risulta pertanto necessario che si identifichino le tipologie di rischio, si attui una mappatura delle criticità e si adottino adeguate misure preventive. Ogni fase di questo percorso comporta delle difficoltà intrinseche e presuppone che l'operatore sanitario, in questo caso il pediatra di famiglia, sia adeguatamente formato per un più adeguato approccio del problema.

Per l'identificazione delle tipologie di rischio, si possono scegliere due modalità diverse, sia pur complementari tra loro, una di **tipo reattivo** e l'altra di **tipo proattivo**. La modalità di tipo reattivo prevede un processo che parte dall'evento avverso e rivaluta la sequenza degli avvenimenti, onde individuarne le cause responsabili dell'evento e preveda un "**incident reporting**", importante per raccogliere informazioni sulle quali basare analisi e raccomandazioni. Le segnalazioni raccolte in modo strutturato garantiscono la costruzione di una banca dati utili a predisporre adeguate e specifiche strategie, individuare specifiche azioni correttive utili a prevenire il ripetersi dell'errore. La modalità di tipo proattivo, basato sulla revisione di processi e procedure utilizzate, ci consente di individuare i punti di criticità di sistema e ridurre la probabilità di rischio.

È necessario, quindi, promuovere un atteggiamento attivo nella ricerca delle possibili fonti di errore medico per migliorare ulteriormente la sicurezza dei pazienti in età pediatrica.

Ciò premesso si comprende come soprattutto nella gestione del rischio in Pediatria occorra considerare come rilevanti alcuni aspetti:

- una corretta **comunicazione** tanto fra gli operatori sanitari che intervengono nella cura del bambino che con la famiglia ed i care givers; è necessario assicurarsi che le prescrizioni terapeutiche e i messaggi educazionali siano perfettamente compresi e condivisi dai genitori, da tutti coloro che assistono i piccoli pazienti e, quando l'età lo consente, accettati anche dai pazienti stessi;

- la **segnalazione di eventi**: è necessario ricercare attivamente le criticità e che queste, assieme agli eventi individuati (ad es. la segnalazione di eventi avversi dovuti a farmaci), possano essere registrate e segnalate ad un organismo terzo in grado di fornire elaborazioni statistiche e indicazioni per individuare soluzioni corrette ed efficaci;

- l'**organizzazione del lavoro**: è necessario possedere un archivio informatizzato, avendo cura della documentazione clinica; avere un metodo di lavoro che consenta interventi tempestivi ed efficaci, effettuare periodiche revisioni delle procedure adottate in studio, curare la formazione professionale propria e dello staff infermieristico e di segreteria;

- le **strutture e risorse**: è necessario avere disponibili e saper correttamente utilizzare sia la strumentazione tecnica necessaria per erogare le prestazioni sanitarie sia i presidi e le dotazioni previste per rendere sicuri gli ambienti di lavoro per l'utenza e per il personale.

Per una migliore sicurezza del paziente, soprattutto di quello in età pediatrica, è altresì necessario progettare e gestire sistemi organizzativi in grado di prevenire la probabilità che si verifichi l'errore nonché proteggere il paziente, attraverso un rapido sistema di individuazione e di contenimento, dagli effetti dovuti all'errore stesso. Va pertanto individuato un modello organizzativo territoriale flessibile, dotato di supporti tecnologici e strumentali innovativi che preveda l'elaborazione di direttive e linee guida uniformi per la rilevazione degli errori e dei rischi di errore ed altresì la promozione di percorsi formativi di aggiornamento professionale che favoriscano un approccio metodologico corretto e la cultura del reporting.

Lo sviluppo di organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti che comprendano una gestione integrata del rischio da parte di tutti gli operatori coinvolti induce cambiamenti nella pratica clinica offre un miglioramento del livello qualitativo e di sicurezza delle prestazioni rese e favorisce la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori.

Un percorso formativo adeguato sarà utile ad arginare la diffusione della medicina difensiva che ha assunto aspetti allarmanti proprio in virtù della percezione che l'operatore ha di potersi sottrarre, attraverso tale strategia, al maggior rischio di cadere in accuse di malasanità e di conseguenti implicazioni medico-legali.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rainu **Kaushal**, David W. Bates, Christopher Landrigan, Kathryn J. McKenna, Margaret D. Clapp, Frank Federico, and Donald A. Goldmann  
**Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients**  
*JAMA*. 2001; 285(16):2114-2120
2. Marlene R **Miller**, Karen A Robinson, Lisa H Lubomski, Michael L Rinke, Peter J Pronovost  
**Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations**  
*Qual Saf Health Care* 2007;16:116-126 doi:10.1136/qshc.2006.019950
3. **Ministero della Salute- Dipartimento della Qualità Sicurezza dei Pazienti e Gestione del rischio clinico-** Manuale per la formazione dei  
Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia – Marzo 2010
4. Adima **Lamborghini**  
**La prevenzione dell'errore in pediatria- Il sistema integrato di gestione del rischio**  
*Il Medico Pediatra* 2010; 1:23-24
5. Adriana **Ceci**  
**Farmacovigilanza: Un servizio per il Pediatra**  
<http://www.farmacovigilanza.org/pediatria/pediatria.asp>

## Poesie

di **GIOVANNI VALENTE**

*Dirigente medico Lungodegenza P.O. Francavilla Fontana*

Che fine  
Hanno fatto  
I tuoi occhi verdi  
Che mi fecero innamorare?  
Ora sembrano  
Orbite vuote  
Che mi guardano  
Dal piano inclinato della storia.  
La vita  
Se ne uscì  
Come dalla spirale  
Di una chiocciola.  
Non ho  
Piu'nulla da darti  
Se non un augurio  
Per il tuo prossimo  
Viaggio.

Gli ultimi  
Fiocchi di neve,  
i petali del mandorlo  
fiorito  
che turbinano nell'aria  
senza posa;  
pensavamo  
che il grande freddo  
fosse alle spalle  
ed invece il peggio  
doveva ancora  
arrivare;  
gli arbusti  
si nascondono nella caligine  
della sera:  
speriamo che da una gemma  
florisca  
ancora la primavera.

Gli uccelli  
Della notte  
Non cantano,  
volano tra i rami  
con un fruscio  
di foglie secche.  
Il battito d'ali  
Dei gabbiani  
Sorge dalla luna  
E la solitudine  
Ha già lasciato  
Il porto,  
il tempo  
che resta  
consuma le parole  
in un abbraccio  
con l'infinito.

Tu sei  
Come la notte  
Che scende dagli occhi  
Del tramonto  
E piange  
Il giorno perduto,  
tu sei  
come il palpito della foresta  
che anima  
le viscere della terra  
e scorre nelle vene  
del fiume  
tu sei  
come il sogno  
del primo mattino  
che lascia l'amaro  
in bocca.

## **A proposito di tempo libero: Iniziano i corsi di equitazione del Circolo Ippico Mitrano di Brindisi**

Dopo il lusinghiero successo avuto in passato dove parecchi Medici hanno aderito alla iniziativa promozionale anche nei prossimi mesi il CIRCOLO IPPICO MITRANO, storica Scuola di Equitazione brindisina che da ben 30 anni è affiliata alla Federazione Italiana Sport Equestri ed è riconosciuta dal CONI quale struttura certificata "STELLA BLU", lancia una iniziativa riservata ai Medici, Odontoiatri e loro Familiari della Provincia di Brindisi che ha lo scopo di diffondere la passione del cavallo e la pratica degli sport equestri.

Infatti durante i prossimi mesi, inizieranno sia i corsi di avviamento all'equitazione che permetteranno sia agli adulti che ai ragazzi di montare un cavallo ed instaurare un rapporto con questo nobile animale, che i corsi di perfezionamento dell'equitazione riservati a coloro i quali hanno già avuto una esperienza equestre (anche solo vacanziera) e vogliono migliorare le conoscenze e le loro capacità tecniche a cavallo.

Ai partecipanti sprovvisti sarà rilasciata la regolare patente FISE e, a fine corso, un Attestato di partecipazione.

Le lezioni tenute da un Istruttore Federale saranno strutturate in 10 incontri. Il loro costo, che ha solo lo scopo promozionale riservato esclusivamente ai Medici e Familiari, sarà di euro 150,00 comprensivo di Patente FISE e Assicurazione.

Il Circolo Ippico Mitrano metterà a disposizione dei signori Medici e loro Familiari docili cavalli da scuola addestrati per lavori in piano e nel salto ostacoli e idonei a rilassanti passeggiate.

Per informazioni ci si può rivolgere alla Segreteria del Circolo in contrada Mitrano a Brindisi (ss 379 per Bari - uscita aeroporto) dalle ore 16 alle 19 di ogni giorno o consultare il sito [www.circoloippicomitrano.eu](http://www.circoloippicomitrano.eu) o al Presidente Francesco Ragione tel. 3479921347 email [presidente@circoloippicomitrano.eu](mailto:presidente@circoloippicomitrano.eu)



*Oria, ceramica messapica.*





# casa di cura **SALUS**

## Struttura Polispecialistica

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

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



### ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

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

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

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

### CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA ED ALLA GENITORIALITÀ

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

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

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

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

### INSTALLAZIONE NUOVA TAC

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

### CHIRURGIA GENERALE

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

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

Si eseguono interventi di piccola chirurgia ambulatoriale in regime di solvenza. Il **Dott. Luca Verardi** riceve presso questa Casa di Cura il martedì ed il giovedì dalle 15.00 alle 17.00.

Per informazioni e prenotazioni telefonare al Numero Verde 800.10.21.21

### CARTE DEI SERVIZI

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

# 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

Nel primo numero di Brindisi Medica – Progetto Salute del 2010 è stato sottolineato lo spirito che ha animato il Comitato Editoriale della Rivista nel corso del precedente anno di attività: attenzione alle istanze, aggiornamento critico, informazione scrupolosa e dinamismo culturale. In linea con questa impostazione il Comitato Editoriale ha deciso di introdurre una importante novità nella Sezione Scientifica: pubblicare gli atti, in forma di abstract, di Eventi Formativi svoltisi nel Territorio della Provincia e ritenuti meritevoli di essere sottoposti all'attenzione degli Iscritti sulla base dei criteri di:

- originalità
- effettivo aggiornamento delle conoscenze
- concreto contributo alla pratica clinica.

## 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.

## SEMINARIO

# “Le BIOTECNOLOGIE ALIMENTARI nelle STRATEGIE di IODOPROFILASSI: ruolo della BIOFORTIFICAZIONE AGRONOMICA”

di DANIELA AGRIMI

Ambulatorio di Endocrinologia DSS di Mesagne - ASL BR

### Le premesse:

La crescente importanza dei legami fra nutrizione, stato di salute umana ed agrosistema, richiama la necessità di monitorare opportunamente le conoscenze sulle interazioni suolo-pianta-ambiente e sul fabbisogno quali-quantitativo dei nutrienti nell'uomo.

Gli apporti culturali provengono dal confronto tra varie discipline scientifiche (geomedicina, biologia, agronomia, ecologia, ecc.) ed i sistemi agroproduttivi innovativi (le biotecnologie).

La categoria annovera tecniche e processi finalizzati a migliorare le biotecnologie alimentari tradizionali, nonché le applicazioni delle nuove biotecnologie alla qualità degli alimenti (microbiologia degli alimenti, biologia molecolare, bio-processi innovativi).

### La nutriceutica e la biofortificazione agronomica

La biofortificazione, attraverso un miglioramento genetico, consente di produrre vegetali con aumentate capacità di acquisire e concentrare microelementi essenziali. Le caratteristiche qualitative del prodotto agricolo, che ne deriva, sono superiori per la significativa biodisponibilità dei micronutrienti (es. nutrizione farina di frumento, biofortificazione riso, patate, carote).

Le strategie di nutriceutica con alimenti fortificati rivolte alla popolazione pediatrica di aree geografiche svantaggiate, hanno documentata evidenza di prevenire la malnutrizione e di favorire una adeguata crescita.

### La iodoprofilassi

Lo iodio è un microelemento essenziale per la sintesi degli ormoni tiroidei. È noto come i disordini da carenza di iodio (IDD) possano determinare gozzo, ma anche ritardo di sviluppo fisico e mentale. Livelli normali di ormoni tiroidei sono, infatti, necessari per la mi-

grazione neuronale ed i processi di mielinizzazione del cervello fetale.

I disordini da carenza di iodio sono, pertanto, particolarmente critici nella donna in stato di gravidanza e nei bambini in età prescolare. Un grave deficit iodico durante la gravidanza, infatti, aumenta il rischio di nati morti, di aborti spontanei e di anomalie congenite. Un deficit iodico di grado moderato-grave nei bambini correla con una compromissione della funzione intellettuale e delle capacità motorie. Inoltre, in popolazioni con carenza iodica cronica, è dimostrata una riduzione del quoziente di intelligenza (QI) di 12,5-13,5 punti.

È, pertanto, fondamentale, promuovere una supplementazione iodica finalizzata a stabilizzarne i depositi intratiroidi e corporei.

Il sale iodato è stato riconosciuto dalla OMS come il modo più efficace per controllare e prevenire IDD. La iodurazione universale del sale (USI) è stato un notevole successo in molti paesi. Più di 30 paesi hanno raggiunto l'obiettivo di USI (> 90% delle famiglie con sale iodato), e molti altri sono sulla buona strada.

### Sicurezza alimentare

La legislazione EU relativa alla supplementazione di vitamine e di sali minerali nei cibi e negli integratori è fortemente orientata ad una armonizzazione delle regole unitarie adottate dall'industria alimentare, nonché dei relativi controlli sui previsti contenuti di vitamine e sali minerali nelle varie categorie (dietetic foods, food supplements, foodstuffs, novel food, genetically modified food, ecc).

Studi di sorveglianza relativi all'assunzione di micronutrienti (calcio, rame, iodio, ferro, magnesio, fosforo, selenio, zinco, acido folico, niacina e vitamina A totale / retinolo, B, D ed E) con la dieta (alimenti tradizionali, integratori alimentari ed alimenti fortificati) sono stati attivati in vari paesi dell'unione europea.

Le variabili che incidono sull'intake totale di iodio alimentare nell'uomo comprendono oltre al sale iodato ed i cibi fortificati, la supplementazione iodica dei mangimi animali.

Le attuali direttive europee autorizzano apporti alimentari di iodio secondo il fabbisogno fisiologico delle diverse specie, pertanto, negli animali l'evidenza clinica di carenza iodica è scarsa.

Un'azione di monitoraggio continuo è però necessaria, poiché un eccessivo intake iodico ne determina un'aumentata escrezione attraverso le urine, ma anche attraverso il latte e le uova, ed in misura notevolmente inferiore, ad eccezione dei frutti di mare, una deposizione nel corpo.

#### Finalità del seminario

a) Promuovere una valutazione interdisciplinare dell'innovazione tecnologica nella filiera agro-alimentare.

b) Valorizzare i temi della sicurezza alimentare e della sostenibilità ambientale nelle produzioni agrarie.

c) Valutare l'impatto delle biotecnologie alimentari sui fabbisogni nutrizionali nella popolazione.

d) Implementare la iodoprofilassi con programmi di formazione (operatori sanitari) e di educazione alla salute (scolarità; donne, soprattutto in età fertile) a livello locale.

e) Sperimentare dinamiche di sussidiarietà con enti di riferimento nel controllo di efficacia ed efficienza della iodoprofilassi (OSNAMI).

#### Bibliografia di base

1. *La Filiera delle biotecnologie in Puglia*, Quaderni ARTI n. 5, ottobre 2008.
2. *La domanda di innovazione della filiera agroalimentare in Puglia*, Quaderni ARTI n. 15, ottobre 2008.
3. Health and Consumer Protection Directorate-General, European Commission (2006): *Discussion paper on the setting of maximum and minimum amounts for vita-*

**PROGRAMMA**

**I Sessione:**  
**Le strategie della iodoprofilassi**

Ors 9.00  
Salute ai partecipanti ed introduzione  
D. Apriti, A. Di Stefano

Ors 9.30  
Le iodoprofilassi tra presente e futuro  
Grazia Maglietta, A. Finobba

**II Sessione:**  
**Innovazione tecnologica e sicurezza alimentare**

**Prima parte:**  
**Aspetti generali.**  
Condizione e moderazione  
F. Sisto e P. D'Alonso

Ors 10.30  
Le biotecnologie agro-alimentari: quadro legislativo  
P. De Castro

Ors 10.50  
Le innovazioni tecnologiche in agrobiologia  
S. Ingrao

Ors 11.10  
Dalla dieta mediterranea alla nutrizione  
E. Sindona

Ors 11.30 Pausa

**Seconda parte:**  
**Nutriceutica ed iodoprofilassi**  
Condizione e moderazione  
M. Caspania, G. Mariani

Ors 12.00  
I fortified foods: la sicurezza alimentare nell'intake di micronutrienti  
A. Caporin

Ors 12.20  
Le biotecnologie alimentari nel governo dei disordini da carenza iodica  
M. Tosacchi

Ors 12.40  
Efficienza ed efficacia della iodoprofilassi: le strategie di controllo  
A. Civetti

Ors 13.30  
Conclusione dei lavori  
D. Apriti, A. Di Stefano

**Cellino San Marco (Br)**  
**Sala Conferenze "Cantine Due Palme"**  
**29 maggio 2010 ore 9.00**

**LE BIOTECNOLOGIE ALIMENTARI NELLE STRATEGIE DI IODOPROFILASSI**

**Destinatari**  
Il convegno è rivolto a settori, biologi, farmacisti, infermieri, dietisti, agronomi. È aperta alla partecipazione delle orde di università e ricercatori, agli operatori del settore agroalimentare, alle imprese del comparto biotecnologico e agli enti pubblici. Evento accreditato.

La partecipazione alla manifestazione è gratuita.

Organizzatori: [www.ingegneriitaliani.it](http://www.ingegneriitaliani.it)  
[www.ingegneriitaliani.it](http://www.ingegneriitaliani.it)

**Modalità di iscrizione**  
La domanda di iscrizione al Seminario, scaricabile dal sito [www.ingegneriitaliani.it](http://www.ingegneriitaliani.it) (sezione corsi di formazione), debitamente compilata dovrà essere firmata e inviata via fax al n. 0821.470281, entro il giorno 22.05.10.

**Organismo Organizzatore**  
G.A.T.  
Via. via S. Vincenzo  
Via. via S. Antonio  
Via. via S. Antonio  
Via. via S. Antonio

**Organismo Disordini**  
Via. via S. Antonio  
Via. via S. Antonio  
Via. via S. Antonio  
Via. via S. Antonio

Ors 12.40 Pausa



In collaborazione con:



mins and minerals in foodstuffs.

4. How to reach a common estimate of high dietary and micronutrient intakes for safe addition of vitamins and minerals to foods? N. L. Ander, Inge Tetens, Food & Nutrition Research, 2009.

5. Iodine deficiency disorders after a decade of universal salt iodization in a severe iodine deficiency region in China, Indian J Med Res 130, October 2009, pp 413-417.

6. Intake of selected nutrients from foods, from fortification and from supplements in various European countries Albert Flynn, Food Nutr Res. 2009; 53: 10.3402/fnr.v53i0.2038.

7. La iodoprofilassi in Italia, Atti del Convegno, ISS, 2 luglio 2009-Roma.

## Le strategie di controllo della Iodoprofilassi

di **ANTONELLA OLIVIERI**

*Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia,  
Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il programma nazionale di iodoprofilassi è stato attivato a seguito dell'emanazione della Legge n. 55 del 21 marzo 2005 "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica", che prevede una serie di misure volte a promuovere il consumo di sale arricchito di iodio su tutto il territorio nazionale. Tra queste: la presenza obbligatoria di sale arricchito nei punti vendita, l'offerta di sale comune soltanto su specifica richiesta dei consumatori, l'uso di sale arricchito di iodio nella ristorazione collettiva, la possibilità di utilizzazione nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari.

A supporto dello strumento legislativo l'Intesa Stato-Regioni del 26 febbraio 2009 ha istituito, presso l'Istituto Superiore di Sanità, l'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI). L'OSNAMI rappresenta la struttura epidemiologica mediante la quale viene effettuata la sorveglianza su scala nazionale del programma di iodoprofilassi. Ha il compito di coordinare attività finalizzate a verificare l'efficienza e l'efficacia della iodoprofilassi, di sostenere la campagna di informazione sull'uso di sale iodato presso la popolazione, e di raccogliere informazioni necessarie per effettuare eventuali azioni correttive del programma di prevenzione, qualora queste si dovessero rendere necessarie.

I dati recentemente prodotti dall'OSNAMI ([www.iss.it/osnami/](http://www.iss.it/osnami/)) dimostrano che, a 4 anni dalla sua introduzione, il programma di iodoprofilassi non ha ancora raggiunto standard di efficienza e di efficacia adeguati. Infatti, grazie alla collaborazione dei Centri di Screening di 3 Regioni pilota rappresentative del Nord, Centro e Sud Italia (Lombardia, Marche e Calabria), è stato possibile analizzare per gli anni 2004 e 2008 i dati relativi al TSH neonatale, quale marcatore biologico sensibile per il monitoraggio dello stato di iodocarenza della popolazione neonatale rappresentativa di una determinata area geografica. Le elaborazioni effettuate, mirate ad identificare la frequenza della popolazione neonatale con valori di TSH alla nascita  $> 5$  mUI/L, hanno evidenziato che complessivamente in Italia la frequenza di tali valori, pur risultando significativamente ridotta nel 2008 rispetto al 2004 (5.49% vs 6.25%,  $P < 0.01$ ), dimostra un'invariata situazione di lieve

carenza iodica. Questa scarsa "efficacia" del programma nazionale di iodoprofilassi è fondamentalmente dovuta al mancato raggiungimento di un'ottimale "efficienza" del programma di prevenzione su scala nazionale. Infatti, è stato possibile rilevare che, sebbene sia stato riscontrato un trend in aumento delle vendite di sale iodato rispetto al sale non iodato (31% nel 2006; 35% nel 2007; 37% nel 2008), si è ancora ben lontani da quel 90% di vendita di sale iodato, percentuale indicata dal WHO come target da raggiungere perché il programma di iodoprofilassi abbia successo. A fronte di un ridotto incremento nelle vendite di sale iodato tuttavia, la valutazione del contenuto di iodio nel sale commercializzato ha messo in evidenza come circa il 95% dei campioni esaminati ( $n = 90$  di cui 54 sale fino) siano risultati conformi alle specifiche prescritte dalla legge (iodio compreso tra 24 e 42 mg/kg di sale) e solo il 10% circa dei campioni abbia mostrato un tenore di iodio inferiore al valore teorico di 30 mg/kg.

È necessario anche tener conto che, nell'ambito di un'offerta alimentare sempre più diversificata, sono stati introdotti sul mercato nuovi alimenti favorevoli un arricchimento naturale in iodio (vegetali quali patate e carote). Una recente indagine, condotta nell'ambito delle attività di monitoraggio dell'OSNAMI, ha rilevato come in tali prodotti arricchiti siano presenti livelli di iodio notevolmente inferiori rispetto ai livelli caratterizzanti il sale iodato (30 mg/kg con tolleranza tra 24 e 42 mg/kg). Tuttavia i consumi di patate e carote sono notevolmente superiori a quelli di sale e pertanto risulta necessario verificare il loro contributo all'intake complessivo di iodio. Attraverso l'analisi dei livelli di iodio stimati e i dati di consumo di tali alimenti, è stato verificato che l'apporto di iodio derivante dal consumo anche abituale di questi alimenti non copre il fabbisogno giornaliero di iodio, confermando l'assoluta necessità preventiva di ricorrere all'utilizzo di sale iodato.

In conclusione, i primi dati disponibili relativi all'attività di monitoraggio dell'OSNAMI indicano che il programma nazionale di iodoprofilassi necessita di un'ampia azione di informazione/sensibilizzazione della popolazione sui benefici derivanti dall'utilizzo del sale iodato, affinché tale intervento di prevenzione, seppure nell'ambito di una più ampia strategia pre-



ventiva finalizzata alla riduzione complessiva dell'introito giornaliero di sale, abbia un tangibile effetto sia in termini di efficienza che di efficacia. Pertanto, affinché la popolazione sia consapevolmente partecipe al programma di prevenzione, è necessario che, oltre alle attività di tipo istituzionale previste dall'OSNAMI, sia vivo l'interesse dei medici del territorio a questa problematica, e che venga mantenuto costante l'impegno

delle associazioni di volontariato interessate alla salute dei cittadini.

Solo con il contributo di tutti gli interlocutori coinvolti in questa importante problematica di salute pubblica sarà possibile raggiungere anche nel nostro Paese l'importante traguardo rappresentato da un efficiente ed efficace programma di prevenzione per i disordini da carenza iodica.

## I fortified foods: la sicurezza alimentare nell'intake di micronutrienti

di **ANTONIO CARETTO**

*Dirigente Medico dell'U.O.C. di Endocrinologia P.O. "A. Perrino", Brindisi*

La malnutrizione da micronutrienti impedisce a 1/3 della popolazione mondiale di raggiungere il proprio potenziale fisico e mentale. Vi occorrono alcune strategie risolutive come l'implementazione di programmi di educazione (diversificazione della dieta), supplementi nutrizionali per gruppi vulnerabili (tavolette, capsule, sciroppi), programmi di distribuzione mirati (supplementazione), il tutto insieme per la fortificazione dei cibi, comunemente consumati, con micronutrienti mancanti.

Nell'ambito della Sanità Pubblica, la fortificazione è uno dei metodi efficaci per la prevenzione delle carenze nutrizionali.

Contribuisce significativamente all'eliminazione "virtuale" del gozzo, del rachitismo, del beri-beri e della pellagra nei paesi occidentali. Purtroppo le tecnologie

appropriate rimangono spesso inutilizzate nei paesi in via di sviluppo.

Il sale iodato è un esempio concreto di come sia possibile sostenere programmi di fortificazione in questi paesi.

Procedure e confezionamento hanno implementato la stabilità dei fortificanti (iodio, ferro).

Vi sono in corso studi per rallentare la perdita di Vitamina A, utilizzando stabilizzanti e antiossidanti.

Tuttavia l'obiettivo unico è di migliorare stabilità e assorbimento, e ridurre i costi.

Nei Paesi in via di sviluppo è necessaria pianificazione, programmazione, comunicazione.

Il tutto si può attuare focalizzando gli sforzi collettivi nella realizzazione di fattori chiave: sviluppo dell'industria locale, supporto dei governi locali (legislazioni e controlli), corretta cultura del consumatore.

## Dalla dieta mediterranea alla nutrigenomica

di **EGERIA SCODITTI**

*Istituto di Fisiologia clinica del CNR, Lecce*

Già nel 1850 il filosofo Feuerback sosteneva che l'uomo è ciò che mangia e che "per pensare meglio dobbiamo alimentarci meglio". Analogamente Ippocrate, il padre della medicina, quando affermava "Che il cibo sia la tua medicina, che la medicina sia il tuo cibo", basava il suo pensiero sulla convinzione che gli alimenti fossero in grado di influenzare la genesi delle malattie. Negli ultimi anni questo concetto si è fatto sempre più pressante, sotto la spinta di nuove osservazioni epidemiologiche, cliniche e sperimentali, che hanno non solo posto l'accento sul ruolo della dieta (nutrizione)

come principale fattore di rischio ambientale per malattie cardiovascolari, cancro e diabete, ma hanno moltiplicato le raccomandazioni dietetiche per orientare la popolazione verso stili di vita più salutistici. Grazie ai recentissimi progressi compiuti dalla genetica con la decodifica del codice genetico umano, la ricerca nutrizionale non è più solo concentrata sulle deficienze nutrizionali e sui danni alla salute, ma si è integrata con la biologia cellulare e molecolare, la biochimica e la genetica, per poter studiare come i nutrienti influenzano l'espressione dei geni (nutrigenomica) e quindi il me-

tabolismo e l'omeostasi dell'organismo, e altresì come il make-up genetico individuale coordina la risposta alla dieta (nutrigenetica), con l'obiettivo ultimo di realizzare una nutrizione personalizzata.

Attualmente le raccomandazioni dietetiche collettivamente raccolte nel concetto di "dieta mediterranea" sono quelle supportate dalla migliore evidenza scientifica e animano un vivace dibattito nella comunità medica e cardiologia internazionale. La dieta mediterranea è uno dei più brillanti esempi di interazione geni-dieta con impressionanti ricadute cliniche. La storia della scoperta della dieta mediterranea affonda le sue radici negli anni '50, quando alcuni ricercatori americani si chiesero come mai i popoli del bacino del Mediterraneo, pur alimentandosi di cibi ricchi di grassi, soffrivano molto meno degli americani di disturbi cardiocircolatori e di tumori.

La risposta emerse chiaramente studiando la dieta mediterranea e scoprendo che alcuni cibi tipici contengono sostanze bioattive con effetti nutrigenomici in grado di spiegare l'associazione tra il loro consumo

e un minor rischio di malattia. Ad esempio, è emerso che l'olio extravergine d'oliva – pilastro della dieta mediterranea – è ricco naturalmente di antiossidanti e di acidi grassi monoinsaturi, ed esercita un effetto ipocolesterolemizzante ed anti-infiammatorio in grado di prevenire malattie come l'aterosclerosi e l'infarto, ma anche alcune forme di tumore. Analogamente gli acidi grassi poliinsaturi della serie omega-3, abbondantemente rappresentati nel pesce e oli di pesce, svolgono importanti ruoli preventivi e terapeutici contro malattie cronico-degenerative, come la malattia cardiovascolare e tumorale.

Dalla conoscenza sempre più approfondita delle influenze nutrigenomiche di componenti dietetiche selezionate sarà possibile dettagliare per la prima volta i loro bersagli molecolari di azione con lo scopo ultimo di pervenire a una nutrizione personalizzata, basata su un regime alimentare facilmente praticabile, a basso costo e complementare rispetto alle misure farmacologiche, per il mantenimento della salute e la prevenzione delle malattie.

## Le innovazioni tecnologiche in agrobiologia

di **ANTONIO LOGRIECO**

*Istituto di Scienze delle Produzioni Alimentari, CNR, Bari*

Le sostanze nutraceutiche, estratte in maggior misura da matrici vegetali, svolgono la loro funzione benefica per la salute umana grazie alle azioni antiossidanti, anti-infiammatorie, anti-ipertensive ecc. In particolare frutta e vegetali sono generalmente considerati un'ottima fonte di composti bioattivi, anche detti fitocomposti, con attività antiossidante come le vitamine, i polifenoli ed i carotenoidi. Molte piante producono una vasta gamma di composti antiossidanti, soprattutto di natura fenolica, che in qualità di metaboliti secondari possono svolgere, nella pianta, un'azione antibiotica nei confronti di agenti infestanti e patogeni. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato anche le loro attività benefiche per la salute umana. È stato dimostrato infatti che diverse specie mediterranee contengono molecole con particolari proprietà funzionali. Ad esempio è noto che polifenoli, terpenoidi, carotenoidi e tocoferoli sono abbondanti in vite, pomodoro, peperone, carota, origano, salvia e altre specie. Il carciofo, utilizzato sin dall'antichità come pianta medicinale, è particolarmente ricco di composti fenolici con proprietà epatoprotettive antiossidante, antibatterica, anti-HIV, colagoga, diuretica, coleretica.

Anche sottoprodotti della filiera vitivinicola sono un'importante fonte di nutraceutici. Lo scarto solido ottenuto dopo la spremitura dell'uva trova impiego

nell'industria dei distillati, nella produzione di materiale combustibile o, in quantità alquanto ridotta, come alimento per bestiame. Inoltre tale residuo solido risulta particolarmente ricco in composti fenolici. Gli effetti fisiologici positivi di queste molecole sono legati essenzialmente all'attività antiradicalica ed antiossidante, che previene i danni ossidativi dei tessuti, riducendo le incidenze di malattie cardiovascolari e, nel caso dell'acido gallico, proteggendo dall'apoptosi cellulare.

Vista la loro intensa colorazione, i composti polifenolici estratti dall'uva, sono impiegati anche come additivi alimentari e sono presenti come colorante rosso (antociani E163) usato in marmellate e altri alimenti normalmente a pH acido, come lo yogurt.

Sempre fra i sottoprodotti dell'industria enologica, notevole importanza hanno i vinaccioli. In particolare agli estratti di vinaccioli sono attribuite numerose azioni benefiche per la salute umana. Fra i principali ricordiamo i trattamenti per disordini vascolari, effetti antinfiammatori, antiipertensivi, antivirali, antimutageni. La produzione pertanto di nutraceutici da matrici vegetali disidratate e farine da esse derivate potrebbe essere impiegata per la realizzazione d'ingredienti funzionali da includere nei prodotti a base di cereali (pasta, prodotti da forno, farine, prodotti senza glutine).