

Pensate bene a ciò che avete letto finora sulla letteratura scientifica o presunta tale, perché forse siete vittima di una lunga ed elaborata strategia di marketing messa a punto da qualche azienda per vendere un prodotto.

Gli inglesi chiamano questo fenomeno "disease mongering", che potremmo tradurre con "commercializzazione delle malattie".

Il "disease mongering" è l'arte di convincere sempre più persone di avere bisogno di farmaci per curare una malattia che non esiste o che non è poi così grave come è sbandierato, ma che produce uno scopo utile all'azienda: vendere il proprio prodotto.

In pratica, è la vendita di malattie per aumentare e alimentare il mercato di chi commercializza e produce determinati trattamenti.

Gli argomenti trattati sono in genere i più funzionali agli interessi economici. Si genera una forma occulta di medicalizzazione di massa di fenomeni fisiologici (per esempio la menopausa o la perdita di capelli), di disturbi para-fisiologici (osteoporosi e invecchiamento), di fattori di rischio (obesità, dislipidemie, eccetera) o di sintomi lievi e benigni (disturbi neurovegetativi, colon irritabile, cefalea, nevrosi cardiaca e così via).

L'interessata ridefinizione di una patologia e della sua prevalenza e la focalizzazione sugli effetti psicologici che possono derivare dal mancato trattamento, si accompagna alla generazione di nuove entità cliniche, presentate in modo da estendere l'impiego dei trattamenti.

Nel settore di mia competenza, problemi personali o sociali sono inquadrati come problemi psichiatrici seri. In tal caso, la medicalizzazione delle varie forme di malessere e di comportamento umano pare non avere limiti: ad esempio, alla timidezza può corrispondere una diagnosi di fobia sociale, da cui deriva la necessità di trattamento. La stampa medica indipendente ha puntato il dito anche sulla sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione, sulla disfunzione sessuale

femminile, sul disturbo disforico premestruale, sulla sindrome delle gambe senza riposo, sul disturbo cognitivo lieve-moderato, su varie forme di disturbo bipolare che richiedono stabilizzazione dell'umore.

Non è infrequente poi riuscire a collegare l'esplosione mediatica di un particolare disturbo medico (o considerato tale) con le strategie di marketing del medico che lavora privatamente, delle industrie farmaceutiche o della salute (per esempio, cliniche private) che hanno in fase di lancio un'attività, un farmaco, o un esame.

«A lot of money can be made from healthy people who believe they are sick» [Si può ricavare molto denaro da gente sana che pensa di essere ammalata.] Questo è l'efficace incipit di un articolo apparso sul *British Medical Journal* nel 2002 dal titolo "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering".

Ciò sembra essere stato prefigurato già nel 1929 da Jules Romains, che ha reso celebre il cinico paradosso secondo il quale "i sani sono tali solo perché non sanno di essere malati".

Conoscere il fenomeno, comprenderne le conseguenze sul piano sociale ed etico e saperlo fronteggiare diventa per il medico quanto mai opportuno. La pratica del disease mongering comporta conseguenze sia sul piano della salute pubblica sia su quello delle finanze dei sistemi sanitari.

In sintesi, al *disease mongering* sono imputabili la trasformazione di gente sana in pazienti, l'aumento del rischio di danno iatrogeno e lo spreco di risorse economiche preziose.

Approfondiremo il tema in un articolo del prossimo Bollettino.

A VOI ED A TUTTI I VOSTRI CARI, AFFETTUOSISSIMI AUGURI PER LE PROSSIME FESTIVITÀ DA PARTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DEL NOSTRO ORDINE.

Sergio Tartaglione

## BIOETICA E MEDICINA

# La depressione: costi sociali e terapeutici

DI GIORGIO BERCHICCI

È comparso recentemente, su un importante quotidiano italiano, un articolo molto interessante di Peter Singer sul problema della depressione e dei suoi costi sociali e terapeutici.

Peter Singer è uno dei più brillanti bioeticisti al mondo, Professore all'Università di Princeton e Past President della Società Internazionale di Bioetica, è molto conosciuto anche in Italia per le sue pubblicazioni, che non hanno mancato di suscitare discussioni molto forti per le posizioni da lui assunte sulla globalizzazione e in relazione alla bioetica animale (è vegetariano, naturalmente, ed assolutamente contrario alla sperimentazione su animali).

La depressione, secondo uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è il quarto problema sanitario al mondo e sembra poter divenire il secondo verso il 2020, dopo le patologie cardiovascolari. I costi sociali sono enormi, arrivando a superare l'1% del PIL di alcuni Paesi. Singer cita uno studio condotto in 28 Paesi europei, e si è constatato che la depressione è costata 118 miliardi di euro nel 2004, vale a dire l'1% del PIL di questi Paesi, mentre nella sola Gran Bretagna arriva a costare l'1,5% del PIL.

Nel corso dell'articolo, Peter Singer ammette pure che le terapie in uso sono abbastanza efficaci, anche se in Gran Bretagna si auspica un maggior ricorso a psicoterapia piuttosto che alla terapia farmacologica.

Non ci sono, nell'articolo, riferimenti epidemiologici più avanzati, né si riportano altre forme di terapia, oltre a quelle già menzionate, ma si punta molto il dito sulla necessità di avere dai governi una mag-

giore attenzione verso questo problema e, soprattutto, verso la qualità della vita dei pazienti affetti da questa terribile patologia (non mancano precisi riferimenti al tempo perso sui mezzi di trasporto per andare e tornare dal luogo di lavoro e, per contro, al tempo dedicato alla famiglia ed al riposo).

Non nascondo la mia partecipazione emotiva nella lettura dell'articolo, né l'immediato desiderio di conoscere la realtà della nostra Provincia. Ho ricevuto, dalla ASL, dei dati relativi alla spesa farmaceutica dei prodotti in uso per questa indicazione terapeutica, per la zona di Isernia, Venafro e Frosolone, e mi sembrano estremamente interessanti.

Anche se, confesso, il sapere che su una popolazione residente di 30.000 abitanti (Distretto di Venafro) si dispensano ogni mese 20.000 pezzi di farmaci per il sistema nervoso, con una incidenza del 8,94% sulla spesa totale, fa un certo effetto.

Il totale dei farmaci venduti mensilmente nella ASL102 Isernia per il sistema nervoso è di 58.000 pezzi-mese. Gli antidepressivi, intesi come inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione e altri antidepressivi (Categorie ATC : N06AB e N06AX) sono in totale fra Isernia e Venafro 23.000 pezzi-mese, con una percentuale di 67,38% femminile e 32,62% maschile. Nella tabella dei consumi per fasce di età spiccano tre casi nella fascia da 7-14 anni, e i 6100 pezzi mese nella fascia 15-44. Tralascio altre valutazioni statistiche, ugualmente interessanti, ma che evidentemente non sono in grado di estrapolare dai dati in mio possesso. Mi sembrano numeri veramente importanti, per una Regione

che spesso viene dipinta come una sorta di isola felice! Sono comunque numeri che fanno riflettere, e sentire il desiderio di conoscere i dati completi del Molise. Forse i medici di base possono dire qualcosa per inquadrare meglio questo problema, dal momento che più di tutti conoscono la tipologia dei pazienti che assumono queste medicine, il loro stato sociale, le loro problematiche lavorative, familiari, individuali? Credono che ci possano essere, nel numero totale dei farmaci venduti, anche delle assunzioni per indicazioni diverse da quelle prescritte? Come tutti sanno, per la depressione si riconosce un'origine genetica e una di tipo ambientale: si può fare qualcosa per prevenire questa malattia e i suoi costi? Ho letto da qualche parte che lo jogging e alcune "asana" yoga sono molto indicati per il superamento degli stati depressivi, e che lo jogging evita più della terapia farmacologica le spesso inevitabili riacutizzazioni. Credete si possa aprire un dibattito su questi argomenti?



## *Ernia di Morgagni-Larrey: descrizione dei due casi*

**Gabriele Antinolfi  
Antonella De Lauro  
Simona Scarselli  
Eustachio Coia  
Gianni Di Pilla**

A.S.Re.M. - Zona territoriale di Isernia - P.O. "F. Veneziale"  
U.O.C. di Radiologia e Medicina Nucleare

**Dir. Dott. Giorgio Ianiro**

L'ernia di Morgagni-Larrey fu per la prima volta descritta da G.B. Morgagni nel 1761 come un'ernia diaframmatica anteriore che, per dirla con le sue stesse parole, «si localizza tra le fibre provenienti dalla cartilagine xifoidea e fibre viciniore».

Essa rappresenta il 3% delle ernie diaframmatiche trattate chirurgicamente; generalmente localizzata a destra, raramente a sinistra e ancor più raramente bilateralmente.

Dopo gli studi anatomici di Kelly e Bassett nel 1964, è stata meglio definita come un difetto congenito attraverso i trigoni sterno-costali (altrimenti noti come forami di Morgagni-Larrey) consequenzialmente ad una ipoagenesi dei fasci muscolari sterno-costali.

Attraverso questi trigoni più beanti erniano, in ordine di frequenza, omento, colon e stomaco. È sempre presente un sacco erniario peritoneale (ernia vera), tranne nei casi in cui l'ernia è costituita da tessuto adiposo pre-peritoneale.

La sintomatologia clinica è per lo più scarsa, vaga o del tutto assente nelle ernie omentali ed a contenuto adiposo; mentre nelle ernie a contenuto colico o gastrico è caratterizzata da sensazione di peso ed ingombro, talora dolore gravativo, tosse insistente e, saltuariamente, tachicardia.

Raramente possono insorgere crisi sub-occlusive qualora le dimensioni del tratto erniato siano cospicue.

Radiologicamente, l'ernia di Morgagni-Larrey presenta aspetti diversi a seconda del contenuto del sacco erniato.

Le ernie omentali e quelle a contenuto adiposo pre-peritoneale, provocano un addensamento omogeneo, di forma rotondeggiante o triangolare e di varia grandezza, di difficile diagnosi differenziale con una cisti pericardica.

L'unico segno differenziale di un certo rilievo può essere costituito dall'angolazione e dal sollevamento in sede sotto-diaframmatica della porzione prossimale del colon traverso.

Le ernie a contenuto colico o gastrico offrono a considerare, invece, un aspetto meno omogeneo per la presenza di anse intestinali nel sacco er-

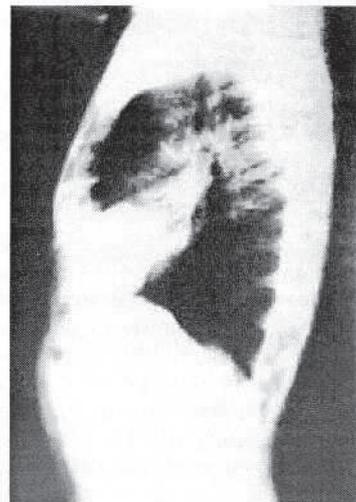
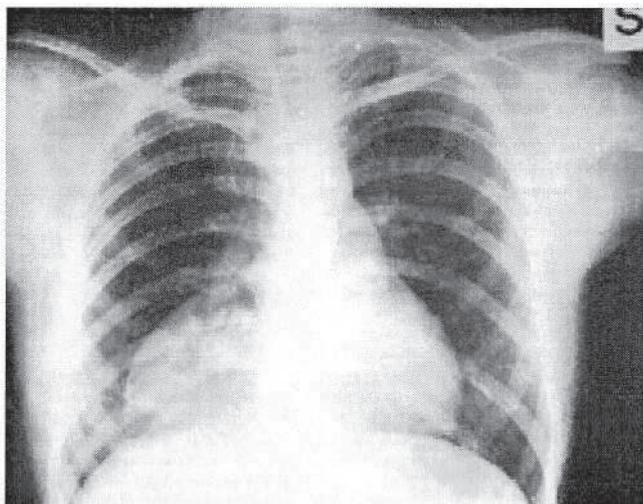


Fig. 1 a-b. Rx torace PA (a) e L (b), ortostatismo. Radiopacità rotondeggiante in regione retrosternale bassa a destra, d'aspetto disomogeneo. In proiezione laterale essa occupa piani nettamente anteriori, confondendosi quasi totalmente con la silhouette cardiaca.

niario; in questi ultimi casi la diagnosi radiologica è facilitata notevolmente dallo studio delle vie digestive mediante pasto baritato.

## Descrizione Il caso

Paziente C.E. di anni 12 e di sesso femminile. Genitori viventi. Padre affetto da pancreatite cronica. Madre operata 5 anni prima per cisti da echinococco polmonare a sinistra. Operata nel 1973 di displasia congenita bilaterale delle anche, si ricovera per dolori in sede mesogastrica ed in fossa iliaca destra. Non vomito, non febbre, alvo e diuresi regolari, addome trattabile.

In prima istanza, subito dopo il ricovero, vengono richiesti i seguenti esami: emocromo, leucometria, azotemia, glicemia, esame urine, ECG, radiografia del torace, CPK, CHE.

Le indagini di laboratorio presentano valore di normalità, mentre all'esame radiologico del torace (fig 1 a-b) si reperta un'opacità rotondeggiante della regione retrosternale bassa di destra, di aspetto disomogeneo. In proiezione laterale occupa piani nettamente anteriori, confondendosi quasi totalmente con la silhouette cardiaca.

L'aspetto risulta suggestivo di una opacità di massa polmonare, in considerazione anche della positività anamnestica familiare materna per echinococcosi polmonare.

L'elettrocardiogramma mette in evidenza, altresì, un'aritmia sinusale a frequenza normale (80B/min). In prosieguo di tempo si decide di procedere ad esame contrastografico delle vie digestive (fig. 2 a-b) che dimostra, nelle fasi tardive, un'ansa della porzione prossimale del colon traverso erniata in sede sottodiaframmatica.

In conclusione, il caso so-

pradescritto offre a considerare un particolare duplice interesse sia per il contenuto erniario, abbastanza infrequente, sia per il fatto che dimostra aspetti suggestivi di opacità polmonare disomogenea in un soggetto con positività familiare per echinococcosi polmonare.

## Descrizione Il caso

Paziente T.G. di anni 50 e di sesso maschile. Si presenta all'osservazione del medico del Pronto Soccorso con una sintomatologia caratterizzata da intenso dolore toracico.

Dopo l'esecuzione di esami di laboratorio e di un ECG, risultati nella norma, il paziente viene sottoposto ad un radiografia del torace (fig. 3 a-b) che documenta la presenza in sede paracardiaca destra, in regione retrosternale bassa, di una radiopacità omogenea del

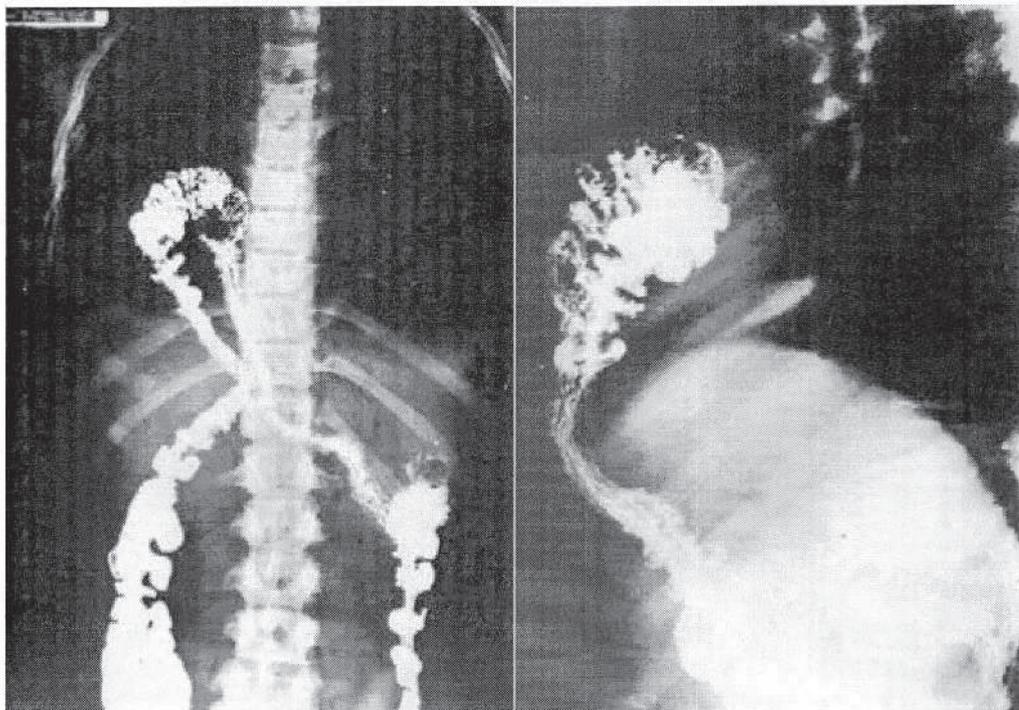


Fig. 2 a-b. Esame contrastografico delle vie digestive, proiezioni AP (a) e L (b). Nelle fasi tardive un'ansa della porzione prossimale del colon traverso risulta erniata in sede sottodiaframmatica destra.

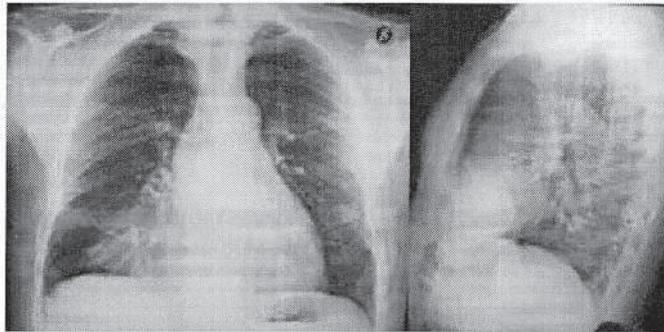


Fig. 3 a-b. Rx torace PA (a) e L (b), ortostatismo. Radiopacità rotondeggiante in regione paracardiaca retrosternale bassa a destra, d'aspetto omogeneo, del diametro di circa 8 cm, compatibile in prima ipotesi con cisti parenchimale di n.d.d.

diametro di circa 8 cm, compatibile in prima ipotesi con cisti parenchimale di n.d.d (cisti idatidea? cisti displasica?), meritevole di verifica diagnostica mediante esame TC del torace.

Tale indagine, eseguita con tecnica spirale multistrato e solamente in condizioni basali (senza mezzo di contrasto), documenta nella suddetta sede (fig. 4 a-b-c), la presenza di una voluminosa ernia di Morgagni-Larrey, a contenuto adiposo, che rende ragione del reperto segnalato all'esame radiografico del torace.

## Bibliografia

- 1) G.B. Morgagni: The seats and causes of diseases, 3: 205-6, 1761 (English Translation, 1769).
- 2) A. Schenidau, M. B. Hugh, J. Baron et al.: Morgagni revisited: a case of intermittent chest pain. *British J of Radiology* 55 (651): 238-40; 1982.
- 3) K. A. Kelly e D. L. Basset: An anatomic reappraisal of the hernia of Morgagni. *Surgery*, 55: 495-98, 1964.
- 4) L. Bednarsks: Diaphragmatic hernia of Morgagni hiatus simulating a pulmonary tumor. *Wiad-Lek*, 35 (2): 151-4, 1982.
- 5) Vietri F, Illuminati G., Guglielmi R., Lavalle G., Palombo P., Girolami M., Tombolini P. Morgagni-Larrey hernia: two clinical cases. *G. Chir* 12 (8-9): 449-452 1991.
- 6) Arzillo G., Aiello D., Priano G., Roggero F., Buluggiu G. Morgagni-Larrey diaphragmatic hernia. Personal case series. *Minerva Chir* (11): 1145-1151 1994.
- 7) Lanteri R., Santangelo M., Rapisarda C., Di Cataldo A., Licata A. Bilateral Morgagni-Larrey hernia: a rare case of intestinal occlusion. *Arch Surg* 139 (12): 1299-1300 2004.
- 8) Ninos A., Pierrakakis S., Stavrianos V., Papaioanou G., Ajiazi A., Iordanou Ch., Vagenas P., Vidali M., Douridas G., Setakis N. *Hernia* 10 (6): 525-527 2006.
- 9) Rodriguez Hermosa J.I., Tuca Rodriguez F., Ruiz Feliu B., Girones Vila J., Roig Garcia J., Codina Cazador A., Figa Francesch M., Acero Fernandez D. Diaphragmatic hernia of Morgagni-Larrey in adults: analysis of 10 cases. *Gastroenterol Hepatol* 26 (9): 535-540 2003.

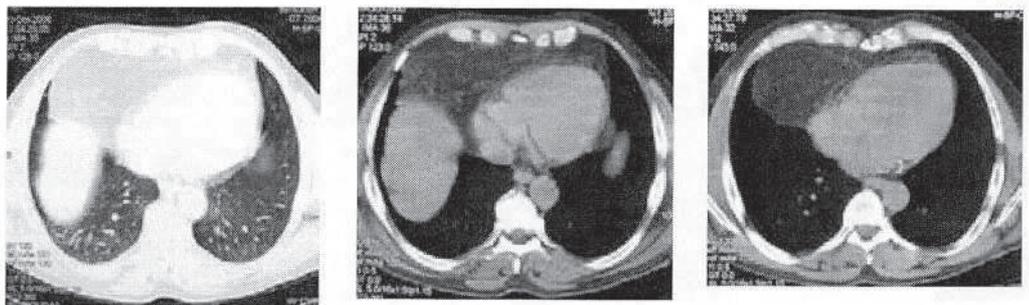


Fig. 4 a-b-c. TC torace, scansioni medio-basali, con finestra per polmone (a) e mediastino (b-c). Presenza di una voluminosa ernia di Morgagni-Larrey, a contenuto adiposo, in regione paracardiaca retrosternale bassa a destra che rende ragione del reperto segnalato all'esame radiografico del torace.

# VACCINAZIONE CONTRO IL *Papillomavirus*

A CURA DI CLAUDIO D'APOLLONIO

L'infezione dovuta al papillomavirus (HPV) è molto frequente e il contagio avviene da persona a persona per contatti stretti. I papillomavirus sono specie specifiche e diffuse nel mondo animale.

Il Papillomavirus umano è un virus a DNA appartenente alla famiglia dei Papovavirus; attualmente se ne conoscono più di 100 genotipi che a seconda del loro tropismo, sono stati suddivisi in HPV di tipo cutaneo (che causano delle verruche non genitali) e mucoso.

Tralasciando le infezioni extragenitali, come le verruche cutanee che presentano un elevato picco di incidenza nei bambini in età scolare, le infezioni genitali sono quelle di maggior interesse perché implicati nella trasformazione neoplastica della cervice dell'utero. Sono circa 40 i genotipi virali di HPV in grado di infettare le vie genitali, di questi gli HPV definiti a basso rischio quali il 6 e l'11, causano la quasi totalità dei condilomi anogenitali. Gli HPV 16 e 18 determinano il 70% circa dei carcinomi della cervice uterina e altre neoplasie anogenitali (carcinoma dell'ano, pene, vulva e vagina).

Lo screening con il Pap test risulta estremamente utile nel trattare le lesioni precancerose determinate dall'HPV che è in grado di attuare la trasformazione neoplastica dell'epitelio in un arco di tempo medio di circa 10 anni. Ovviamente il Pap test non è in grado di prevenire l'infezione primaria.

Si calcola che almeno il 70% delle donne sessualmente attive sia stata infettata o si infetterà con il virus HPV.

Genotipo virale e persistenza virale condizionano l'infezione da HPV, infatti, i tipi 16 e 18 sono implicati nel 70% delle

neoplasie cervicali mentre la persistenza, la possibilità cioè che un genotipo venga trovato più di una volta in un certo arco temporale, è una delle condizioni necessarie per la trasformazione neoplastica in quanto, la persistenza di infezioni dei genotipi 16 e 18 rappresenta un alto rischio per la trasformazione precancerosa dell'epitelio cervicale. L'incidenza dell'HPV è più alta nelle donne al di sotto dei 30 anni di vita, il 90% allontana il virus entro due anni e pertanto per il 75% si tratta di infezioni transitorie.

In Italia ogni anno ammalano di carcinoma della cervice circa 3500 donne attribuibili per il 70% ai genotipi 16 e 18. Molto raramente il virus HPV può essere trasmesso al neonato al momento del parto.

Sono disponibili due vaccini contro il virus HPV:

**Cervarix:** della GlaxoSmithKline vaccino bivalente per i genotipi 16 e 18 ottenuto con la tecnica del DNA-ricombinante. Il cui capsido virale dei due tipi è ottenuto da colture cellulari senza il DNA virale

**Gardasil:** della Merck and co. distribuito in Europa dalla SanofiPasteur, vaccino quadrivalente contro i sierotipi 6,11,16,18.

Il vaccino va somministrato per via i.m. in tre dosi di 0,5 ml al tempo 0 e dopo due e sei mesi dalla prima dose.

Entrambi i vaccini sono risultati ben tollerati, gli effetti generali sono stati sovrapponibili al placebo. Nella sede di inoculazione tumefazione, dolore e arrossamento, quando presenti sono stati in percentuale, lievemente superiori al placebo.

Gli Studi condotti dimostrano che più del 99% dei soggetti femminili vaccinati (tra 9 e 15

anni) sviluppano titoli anticorpali protettivi con picchi elevati nelle più giovani. Il picco degli anticorpi si verifica dopo un mese circa dopo la somministrazione della terza dose quindi diminuisce gradualmente sino al 18° mese per poi stabilizzarsi ma comunque il titolo permane più elevato di circa 10 volte rispetto ad un'infezione naturale.

Rimangono tuttavia aperte alcune problematiche alle quali solo studi seriati nel tempo potranno rispondere:

- L'utilizzo del vaccino nel sesso maschile che porterebbe ad una vaccinazione di tutti gli adolescenti, con eradicazione della circolazione dell'HPV.

- La durata della protezione.
- La protezione verso altre neoplasie associate all'HPV (per es. cancro anale).

- Come modificare nel tempo lo screening del cancro dell'utero.

Il vaccino dovrebbe essere somministrato prima dell'inizio dell'attività sessuale, e l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) ne ha raccomandato l'uso per le giovani donne tra 9 e 26 anni di età.

In Italia il vaccino verrà erogato a carico del S.S.N. a partire dal prossimo gennaio esclusivamente alla coorte di 12enni femmine (e cioè con offerta attiva a tutte le bambine nate nel 1996). Quattro regioni prevedono la gratuità per altre fasce di età e sette regioni ne prevedono la somministrazione per altre età in co-payment. Al momento Abruzzo, Molise e Provincia di Trento non hanno ancora deciso nulla nei confronti del vaccino HPV (Vaccinare 01-11-2007).



# ECM: ecco le nuove linee guida

ROSA SASSI

RESPONSABILE ASSIMEFAC MOLISE



In data 1 agosto 2007 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni ha siglato l'accordo concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina" che stabilisce le nuove linee guida del Sistema ECM che dovrebbero entrare in vigore dal primo gennaio 2008.

Ecco le novità più significative del documento.

## Provider

Accreditamento diretto dei Provider (strutture sanitarie, pubbliche e private, idonee ad offrire programmi formativi): è la principale novità. I provider in possesso dei requisiti minimi saranno infatti abilitati a realizzare attività didattiche per l'Ecm e ad assegnare direttamente i crediti ai partecipanti. L'accreditamento potrà avvenire a livello regionale, nel

caso in cui la formazione verrà erogata in una singola Regione, o nazionale se verrà svolta in due o più Regioni. A definire i criteri per l'accreditamento e per l'attribuzione dei crediti sarà naturalmente la Commissione nazionale per l'Ecm. Con l'accreditamento dei provider sarà sancita la fine dei *referee* che sono risultati una determinante negativa del sistema.

## La commissione Nazionale ECM

È l'organismo che ha il compito di 'governare' il sistema. Sarà trasferita all'interno dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali (Assr) e sarà composta da 36 esperti. Il Ministro della Salute assumerà la carica di presidente, mentre i due vice saranno il coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e il presidente della Fnomceo (Federazione nazionale ordine medici chirurghi e odontoiatri). La Commissione sarà supportata dal Cogeaps (Consorzio di gestione anagrafica professioni sanitarie) per la gestione dell'anagrafe nazionale dei crediti formativi maturati dagli operatori sanitari.

## Crediti ECM

Ci si rifà al modello europeo e statunitense che prevede l'acquisizione di 50 crediti l'anno: l'idea è che il medico debba dedicare una settimana lavorativa (= 40 ore) l'anno all'aggiornamento. Il numero dei crediti da acquisire nel triennio 2008-2010 è fissato in 150 (mi-

nimo 30 e massimo 70 crediti per anno). Dei 150 almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti maturati negli anni della sperimentazione 2004, 2005, 2006, 2007. Per i crediti acquisiti all'estero verrà riconosciuto il 50% di quelli assegnati dal provider straniero. Sono inoltre previste nuove modalità di acquisizione dei crediti (in percentuali non ancora stabilite in modo definitivo), quali stage con ruolo di discente, attività di ricerca, autoapprendimento con o senza tutor.

## Dossier formativo (DF)

Viene ribadito il diritto/dovere del professionista della sanità di acquisire crediti Ecm su tematiche coerenti con il proprio lavoro: l'aggiornamento, pertanto, dovrà essere legato sia a obiettivi specifici professionali che a obiettivi derivanti dai piani sanitari nazionali, regionali e aziendali definiti su base triennale.

È prevista la nascita di un Dossier formativo, individuale o di gruppo, una sorta di piano di studi che si avvale di tre attività documentabili:

1. l'individuazione del piano formativo, in cui sono indicati gli obiettivi formativi in funzione dei bisogni individuali;
2. la periodica attività di verifica e di acquisizione che verrà sostenuta dagli Ordini e dagli organismi preposti alla registrazione e certificazione dei crediti;
3. la valutazione periodica

(triennale) dell'andamento e dei risultati del percorso, che verrà sostenuta dagli Ordini e dagli organi tecnico professionali preposti alle verifiche delle attività.

I DF degli operatori dipendenti o convenzionati con strutture sanitarie sono, di norma, elaborati e aggiornati nell'ambito del dipartimento o della struttura di appartenenza. Per i liberi professionisti la funzione di programmazione e valutazione della formazione è svolta in modo esclusivo da apposite Commissioni degli Ordini e dei Collegi professionali.

## Registrazione crediti

Si prevedono anagrafi formative regionali e una nazionale tra loro interconnesse. Quella nazionale, gestita dal COGEAPS (consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie), che riunisce le federazioni nazionali degli Ordini e dei Collegi e le associazioni dei professionisti coinvolti nel progetto ECM, contiene la registrazione complessiva dei crediti individuali. La responsabilità della trasmissione dei crediti alle anagrafi è affidata al provider che gestisce l'evento formativo.

## Ordini professionali

A garantire l'appropriatezza della formazione continua, rispetto agli obiettivi indicati nel dossier, saranno gli Ordini professionali.

La certificazione dei crediti formativi rappresenta l'atto conclusivo del percorso procedurale relativo all'obbligo d'aggiornamento continuo.

La certificazione riguarda la verifica del DF con la distribuzione dei crediti formativi acquisiti, le tipologie formative utilizzate, l'eventuale presenza di deroghe dall'obbligo formativo, il numero complessivo

dei crediti formativi acquisiti nel triennio.

L'operatore sanitario che, in coerenza con la composizione del DF, ha adempiuto all'obbligo di aggiornamento continuo ed ha acquisito le quote di crediti attribuibili, nel rispetto delle quote previste per i diversi obiettivi formativi (nazionali, regionali ed aziendali) e le diverse tipologie formative (FAD, formazione sul campo, autoformazione) ed in ragione dello specifico rapporto "attività/tempo/crediti" del percorso formativo del proprio profilo professionale e posizione organizzativa, ha diritto alla certificazione dei crediti formativi.

Nel caso in cui l'operatore, per motivi di carattere eccezionale, non abbia adempiuto all'obbligo formativo, l'Ordine può consentire all'operatore interessato di soddisfare il debito formativo entro l'anno successivo alla scadenza del triennio. Gli ordini e collegi possono rivestire anche la funzione di produttori di formazione continua limitatamente agli aggiornamenti su etica, deontologia e legislazione.

## Finanziamento e conflitto di interessi

Per finanziare il programma di formazione si farà ricorso a risorse sia pubbliche che private. Le aziende sanitarie pubbliche potranno quindi continuare a utilizzare l'1% del monte stipendi dei dipendenti del Ssn, già destinato alla formazione continua. L'accreditamento diretto dei provider deve essere mantenuto con il versamento di un contributo economico in favore di Commissione nazionale per l'Ecm, Regione e Provincia autonoma, a seconda dell'ente accreditante, proporzionato al tempo, al contenuto e alle tipologie formative utilizzate. Più complessa la normativa che regola la gestione delle risorse private (sponsor). Nell'accordo Stato-Regioni viene infatti con-

divisa l'esigenza di assicurare la trasparenza delle fonti di finanziamento e delle relazioni tra impresa che sponsorizza e soggetto sponsorizzato.

## Incentivi e sanzioni

Questi aspetti del sistema sono al momento largamente indefiniti.

La Commissione promuove un confronto con i soggetti interessati al fine di definire proposte in ordine ad un sistema di incentivi e sanzioni per sviluppare l'impegno dei professionisti in ordine ai processi formativi ECM, in coerenza con l'ordinamento ed i CCNL ed AACN vigenti.

Non si può fare a meno di notare la proliferazione delle procedure burocratiche, che lascia qualche dubbio sulla difficoltà attuativa e sulla effettiva funzionalità del sistema. L'esperienza insegna che un eccessivo numero di soggetti coinvolti nella gestione di un qualunque sistema spesso crea meccanismi farraginosi che, al di là dell'operato dei singoli, lo rendono poco efficiente.

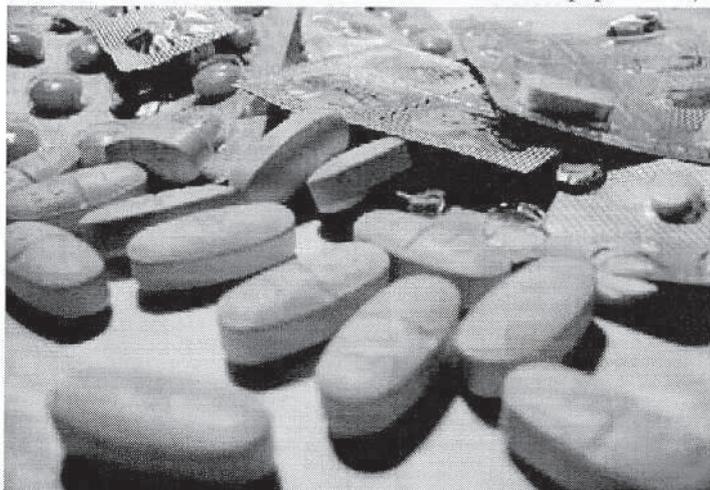
Da apprezzare comunque l'apertura alle nuove forme di aggiornamento con la prospettiva di una formazione "blended" che potrà rispondere meglio sia alle esigenze formative del singolo che alle diverse specificità degli operatori sanitari.

Il testo integrale dell'Accordo è disponibile in pdf sul sito [www.ministerosalute.it/ecm](http://www.ministerosalute.it/ecm).

## Progetto farmacovigilanza

A CURA DI MARIA CRISTINA CASTALDI  
(UFFICIO FARMACEUTICA DISTRETTO DI ISERNIA)

Nonostante le tappe pre-registrative (I, II, III) della sperimentazione clinica consentano una valutazione adeguata del profilo rischio-beneficio dei farmaci di nuova introduzione, effetti collaterali che si riscontrano con bassa frequenza sono spesso difficili da mettere in evidenza in tali fasi. La farmacovigilanza (o fase IV della sperimentazione clinica), mediante l'utilizzo di strumenti quali la segnalazione spontanea, tende a ovviare a tale limite strutturale, al fine di salvaguardare la salute dei cittadini sottoposti a terapie farmacologiche. Il costo sociale (oltre che per il singolo paziente affetto!) di tali reazioni avverse a farmaci (ADRs) è notevole; basti pensare che, negli Stati Uniti, il costo complessivo delle ADRs è paragonabile a quello della patologia diabetica (76 miliardi di dollari annui), oltre a rappresentare la 4<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> causa di morte nella popolazione, a



secondo degli studi considerati.

In Italia, il Ministero della Salute, già da alcuni anni, ha investito le Regioni della responsabilità di allestire, mantenere e migliorare le attività di farmacovigilanza, mediante la creazione di adeguate strutture operative. Purtroppo, il Molise risulta essere poco attivo in tale ambito, collocandosi agli ultimi posti per numero di segnalazioni (1-2/100.000 abitanti nel 2005 e nel 2006, rispetto ad una media nazionale di circa 20-40/100.000). Per aumentare le segnalazioni di ADRs e diffondere maggiormente la cultura della farmacovigilanza tra gli operatori sanitari ed i cittadini, la Regione Molise ha recentemente reso operativo un "Progetto di Farmacovigilanza", mediante il reclutamento a tempo determinato di cinque farmacisti, che andranno a collaborare con i quattro Responsabili di Farmacovigilanza delle diverse zone territoriali della nostra Regione

(Campobasso, Termoli, Isernia, ed Agnone), nonché con la Direzione Generale V - Area Farmaceutica dell'Assessorato alla Sanità regionale. Tale progetto prevede la collaborazione attiva dell'Università degli Studi del Molise, avendone il Prof. Maurizio Tagliatela, Docente di Farmacologia e Preside della Facoltà di Scienze del Benessere dell'Ateneo molisano, assunto la responsabilità scientifica.

Il progetto prevede il raggiungimento di una serie di obiettivi tra i quali:

- una maggiore sensibilizzazione degli operatori sanitari coinvolti nella gestione del farmaco e dei dispositivi medici, ad individuare e segnalare le sospette reazioni avverse da farmaco e gli incidenti da dispositivi;
- l'informazione periodica degli operatori sanitari, in ordine ai risultati delle analisi delle segnalazioni pervenute ed aggiornamenti periodici tratti dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale;
- l'informatizzazione del sistema di raccolta ed archiviazione dei dati, da attivarsi per il tramite della ASReM, mediante la creazione dell'archivio dei dati;
- la divulgazione della legislazione vigente relativa alle segnalazioni di ADRs.

Ci si auspica che, come si è già verificato in altre Regioni italiane, grazie all'aumentata disponibilità di risorse umane e strumentali messe in campo, tale Progetto determini un aumento delle segnalazioni di ADRs nella regione Molise. Potremmo così contribuire a stabilire con maggiore accuratezza il profilo rischio-beneficio di farmaci di nuova introduzione, oltre che a migliorare tale profilo anche per prodotti da più tempo commercialmente disponibili. Entro la fine dell'anno si prevede di realizzare i primi interventi formativi che verranno organizzati in ciascun distretto territoriale, al fine di diffondere con la massima capillarità i vantaggi per il paziente e per gli operatori sanitari di una corretta utilizzazione degli strumenti della farmacovigilanza.

## STORIA DELLA MEDICINA

# L'Omeopatia,

*la sua espansione ottocentesca nel sud dell'Italia e il ruolo assunto dal grande medico molisano Cosmo De Horatiis.*

La visione meccanicistica di Galileo, Cartesio e Newton ha influenzato, per lunghi secoli, ogni settore della scienza e della medicina, e tuttora se ne avverte il peso condizionante, avendo conquistato i più svariati centri del potere dogmatico con la cultura del "come". Non è più fondamentale ricercare il "perché". Si ha la netta prevalenza della cultura "descrittiva" del sapere in antagonismo alla cultura "interpretativa". Così nasce la medicina dell'artificio, ossia "medicina del percorso". La medicina allopatica (fondata sul principio *contraria contrariis curentur*: i contrari si curano con i contrari, in opposizione alla medicina omeopatica che ha alla base il principio coniato da Hahnemann *similia similibus curentur*: i simili si curano con i simili) è figlia dell'impostazione positivista del sapere.

Eppure, questa visione scientifica dominante per un lungo periodo viene, alla fine del '700, in qualche modo, sconvolta da una nuova affascinante modalità conoscitiva, presentata da Christian Friedrich Samuel Hahnemann, medico tedesco, che traducendo dall'inglese un testo di farmacologia di William Cullen, viene attratto dall'uso terapeutico della corteccia di China.

«China fu per Hahnemann ciò che fu la mela per Newton e la lampada oscillante per Galileo». Nel 1796 con la pubblicazione di un *Saggio su un nuovo principio* nasce l'Omeopatia. Ma è con la stampa di *Organon dell'Arte razio-*

*nale del guarire* che Hahnemann diviene il più importante medico dell'epoca.

L'avventura di questa nuova branca della medicina ha inizio.

Hahnemann impartisce lezioni all'Università di Lipsia e diviene il medico curante degli alti ranghi dell'esercito austriaco, tra cui anche Carlo Filippo, generale capo dell'armata austriaca, vincitore di Napoleone.

Il medico capo delle armate austriache, Gen. Marenzeller, è convinto omeopata, così moltissimi medici militari la studiano e la praticano correntemente.

In Italia è Napoli la prima città dove la nuova medicina attecchisce.

Il Gen. Koller, nel 1821, dona all'Accademia Reale delle Scienze di Napoli una copia della 2ª edizione dell'*Organon* e della *Materia Medica Pura* di Hahnemann.

L'anno successivo viene pubblicato, a Napoli, dalla Stamperia Reale, il testo di Albert De Schoenberg *Il Sistema medico del Dottor Samuel Hahnemann*, e cosa ancora più rilevante rappresenta l'apertura, da parte del medico militare Necker, di un Dispensario Omeopatico aperto anche alla popolazione civile napoletana.

L'Omeopatia si diffonde anche presso i medici napoletani, dopo la prima traduzione italiana dell'*Organon* da parte del Prof. Bernardo Quaranta, archeologo molto considerato presso la corte napoletana.

Il personaggio di spicco,



però, della medicina dell'epoca fu, senza dubbio, un molisano, Cosmo Maria De Horatiis, nato a Caccavone (oggi Poggiosannita, in provincia di Isernia), nel 1771 e morto a Napoli nel 1850, professore di chirurgia con A. Scarpa a Pavia, professore di Clinica Chirurgica all'Università di Napoli, chirurgo capo dell'Armata Napoletana, Ispettore Generale degli Ospedali Militari. Iniziato all'omeopatia, nel 1822, dal dr. Necker di Melnik, diviene medico personale di re Francesco I che ne promuove lo studio e la pratica autodefinendosi «Patrono dell'Omeopatia e degli Omeopatici...». Scrive, nel 1826, *Oratio*

abita in *Accademia medico-chirurgica*, dedicata a Francesco I, in cui si elogiano le opere di Hahnemann ed il suo innovativo metodo terapeutico. Effettua sperimentazioni omeopatiche su pazienti ricoverati presso l'Ospedale Militare SS. Trinità di Napoli insieme ai suoi collaboratori Baldi, La Raja e Pezzullo.

Nel 1826 pubblica *Saggio di Clinica Omiopatica* (così allora era indicata) per la prima volta tentata a Napoli nell'Ospedale Generale Militare della Trinità, in cui descrive 180 casi di pazienti affetti da patologie giudicate inguaribili.

Da marzo a dicembre 1828 degne di nota sono un certo numero di risoluzioni di casi di sifilide primaria e secondaria, di blenorragia acuta e cronica, semplice o complicata da orchite, fimosi e disturbi del genere, itterizia, pleurite, angina tonsillare, oftalmia acuta e cronica e in special modo alcuni casi di oscuramento quasi totale della cornea, curato in breve tempo con *Cannabis Sativa*, *Staphisagria* e *Phosphoricum acidum* alla diluizione 30 CH.

Al seguito del re si reca in Spagna e in Francia dove, presentando un rapporto sulle sperimentazioni effettuate nella clinica di Napoli, introduce i principi omeopatici in territorio spagnolo e rafforza i medesimi in Francia.

Tra le altre opere si ricordano: *Effemeridi di Medicina Omiopatica*, 1829-30, la prima storica rivista ad essere compilata esclusivamente da medici omeopati italiani; *Esposizione della Dottrina Medica Omiopatica, ovvero l'organo dell'Arte del guarire di Hahnemann accompagnato da frammenti di altre opere dell'autore e seguito da una farmacopea omiopatica*, del 1841; *Une Pharmacopee Homeopatique*, del 1845. Il De Horatiis viene ricordato anche per le eccellenti traduzioni in italiano di ottimi trattati scientifici quali:

*Sul governo delle piaghe di Undervond, Sull'arte di ricettare* di Tromsdorf, *Dalla*

*natura e sull'uso dei bagni* di Marcard, *Opere Chirurgiche* di Deralt, *L'arte ostetrica* del Baudeloque.

In *La contemplazione della natura*, del 1800, affermava come fosse opportuno astenersi dal cercare una interpretazione «... su quelle cose che né i sensi, né i ragionamenti sono sufficienti a spiegarle». Risulta chiaro in questa sua affermazione il pensiero espresso dai suoi maestri Cotugno e Cassese che riconoscevano la superiorità del metodo sperimentale nelle indagini e nelle discipline mediche.

Di rilievo è anche la figura di La Raja Niccolò Vincenzo, uno dei collaboratori del De Horatiis, nato a Gravina nel 1796 e morto nel 1854; esercitò a Napoli, a Campobasso e a Crotona. Tra i suoi libri da notare *Il vero e sicuro modo di curare il colera asiatico secondo i principi dell'Omiopatia*, a cura dell'Editore Nuzzi di Campobasso, del 1837.

Altri medici omeopati operanti nel Molise, e precisamente a Venafro, secondo la lista del Dr. De Quin del 1836, sono stati: i dottori Impimbo, Manzelli, Trajanelli e Sannicola Giovanni.

Nel 1845 si tiene a Napoli il VII Congresso Medico-Scientifico. L'Omeopatia è ben radicata, anche se non mancano velati ostruzionismi ed aperte critiche.

Nel 1852, con autorizzazione reale, apre la Farmacia Omeopatica del Dr. Vincenzo Dragone e successivamente quella del Dr. H. Hartenstein.

Si susseguono, intanto, in quegli anni epidemie di colera affrontate dai medici del tempo seguendo anche i principi dell'omeopatia, come riportato dal dott. Rocco Rubini che dirige l'Albergo dei Poveri e dal Prof. G. E. Mengozzi, professore della Sapienza di Roma che offriva gratuitamente le proprie prestazioni presso l'Ospedale degli Incurabili; egli era anche direttore del Dispensario Omeopatico Toscano e Romano, nonché autore della monumentale ope-

ra *Medicina Domestica Omeopatica considerata siccome ramo di educazione*.

Nel 1860 si ha l'apertura di un Reparto Omeopatico presso l'Albergo dei Poveri, la cui direzione è affidata al dr. Rubini.

Il Prof. Mengozzi, nel 1863, diviene responsabile della Fondazione del Reale Istituto Omeopatico, con brevetto di Vittorio Emanuele II.

Nel 1870 si pubblica la rivista *Dinamico*, diretta dal Prof. Tomaso Cigliano, autore di un Repertorio Clinico Omeopatico.

Viene inaugurata nel 1873 la storica Farmacia Omeopatica Centrale di via Chiaia dei dottori Cigliano, Rubini e Mucci.

Consultati:

- [www.cosmodehoratiis.it](http://www.cosmodehoratiis.it) del "Centro Studi e Ricerche Cosmo De Horatiis", con sede a Bagnoli del Trigno (IS);
- "Omeopatia e Omotossicologia - Reperti storici in Catalogo", Guna editore, 2005 Milano

Antonino Picciano  
medico esperto in omeopatia, omotossicologia e medicine integrate

## *Entriamo nella notizia*

Il Bollettino dell'Ordine non è lo strumento giusto su cui aprire un dibattito tra i colleghi, anche per la sua pubblicazione trimestrale, ma è necessario approfondire alcune notizie cercando di dare un taglio prevalentemente giornalistico senza note polemiche.

Cominciamo con il Piano di Rientro con cui, a tutti i livelli, ci stiamo scontrando da diversi mesi. È un atto che ha colpito varie regioni che, negli anni passati, hanno accumulato un grosso debito e non hanno attivato tutte le procedure per rientrare dal disavanzo. L'intervento dello Stato centrale è un atto dovuto ma risulterà inutile se non si adotterà una programmazione a medio-lungo tempo che incida profondamente nella Sanità molisana. Fino ad oggi abbiamo assistito ad azioni limitate che hanno messo una toppa ai continui buchi del nostro sistema; l'instabilità politica (4 assessori nella passata legislatura) non crea le condizioni per una efficace programmazione; le tante pressioni hanno fatto crescere a dismisura servizi e reparti con notevole aggravio della spesa fino a condurci ad aumenti spropositati delle tasse regionali; a non rinnovare i contratti ad infermieri e medici con contratto a tempo determinato bloccando, di fatto, reparti e servizi; non pagando varie voci stipendiali in un momento di grave disagio dei colleghi che aspettano da 2 anni il rinnovo del contratto. Speriamo di essere smentiti, ma, purtroppo, crediamo che tutti questi sacrifici saranno inutili: troppi ospedali e cliniche convenzionate, doppioni di reparti per una popolazione così esigua, pleora di personale amministrativo e surplus di alti dirigenti; di contro una scarsa attenzione al territorio che, se bene organizzato, porterebbe un notevole risparmio e risponderebbe alle giuste richieste della popolazione sempre più anziana che non vuole lasciare la propria abitazione.

Sono solo alcuni spunti per temi molto più complessi, ma come Ordine ascoltiamo le preoccupazioni e la rabbia di tanti colleghi: i neo-laureati che non hanno alcuna prospettiva di lavoro e vanno via con danno per tutta la Regione che perde "cervelli"; la Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) minacciata di riduzione dei posti per risparmiare pochi euro rispetto alla voragine del debito e togliendo l'unica valida attività assistenziale in tanti piccoli paesi; il S.E.T.-118 in attesa di passare alla Dirigenza per regolarizzare una posizione precaria già affrontata e risolta in altre regioni. Per tutti l'attesa del rinnovo del contratto e delle convenzioni scaduti da 2 anni e ancora lontani dall'essere definiti, con stipendi che vengono roscchiati dal caro-prezzi.



Fernando Crudele

Siamo pronti a confrontarci con la politica a cui sottoporre le nostre idee per migliorare il Servizio e tutelare tutti i colleghi, riorganizzando il Sistema riducendo la spesa sanitaria; ma, purtroppo, non veniamo ascoltati e a tutt'oggi non abbiamo ancora ricevuto una copia del nuovo P.S.R.

È evidente la scarsa considerazione che la politica ha di noi medici, ma, come sempre, siamo ottimisti e attendiamo fiduciosi.

Fernando Crudele

## *“Le case della salute”* la medicina generale viene rifondata

L'aumento delle malattie croniche, la necessità di una attività di prevenzione capillare sul territorio rivolta sia alla collettività che al singolo individuo, il contenimento della spesa sanitaria con la riduzione degli sprechi, fanno sì che sia ormai ineludibile la riconsiderazione del ruolo della Medicina Generale sul territorio. Il dibattito acceso sul problema ha subito una brusca accelerazione negli ultimi mesi, dopo che il ministro della salute Livia Turco ha fatto capire, senza ombra di dubbio, il suo entusiasmo sul progetto “Casa della Salute” e la sua altrettanto ferma determinazione a portarlo a compimento nel più breve tempo possibile (al momento il progetto ha incassato il sì dell'apposita commissione parlamentare ed attende di essere portato in aula per l'approvazione e la successiva conversione in legge). Il principio su cui si fonda la “Casa della Salute” è quello di creare un unico “tetto” sotto il quale il paziente possa trovare tutte le risposte alle sue necessità di assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Al suo interno opereranno i medici di Medicina Generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri, i collaboratori di studio, il personale amministrativo e, inoltre, vi saranno collocati i servizi socio-sanitari per le tossico-dipendenze, la salute mentale, l'assistenza domiciliare, la prevenzione, ecc. “La Casa della Salute”, quindi, diventerà la sede che convoglia e racchiude in sé servizi ed attività che altrimenti resterebbero frammentati e dispersi sul territorio consentendo nello stesso tempo, alla nuova forma organizzativa, di regge-

re il confronto con l'ospedale e diventare progressivamente un riferimento credibile. IL bacino di utenza dovrebbe aggirarsi sui 5.000-10.000 abitanti. I medici di Medicina Generale e i pediatri impegnati nella struttura non saranno obbligati a trasferire il proprio studio nella “sede unica”, anche se quest'ultima conserverà il suo ruolo di coordinamento per le attività comuni di tutti i medici, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della struttura. Nella “sede unica” si svolgeranno varie attività: prestazioni urgenti, ma che non necessitano di ricovero ospedaliero; attività di prelievo, anche a domicilio quando è necessario; le normali attività di Medicina Generale; la Continuità Assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, come già anticipato; le attività specialistiche; le tecnologie diagnostiche semplici, come ecografie, mammografie, Rx, spirometrie, prove da sforzo, ecc.; il recupero e la riabilitazione funzionale; l'assistenza domiciliare integrata; la prevenzione; l'attività di consultorio familiare; le attività amministrative; le tecnologie informatiche, come teleconsulto, telediagnosi clinica, ecc.; l'attività di Pass-cup (teleprenotazioni).

In definitiva, questa nuova organizzazione dovrebbe consentire il superamento del lavoro “a compartimenti stagni” delle varie figure professionali coinvolte al fine di valorizzarle professionalmente e metterle in grado di offrire al paziente un'assistenza continua e qualificata. A tal fine sarà creata anche una rete telematica che consenta ai medici di poter interagire tra loro in tempo rea-

le. Si tratta certamente di un progetto ambizioso e di non semplice realizzazione, soprattutto se si tiene conto di realtà territoriali particolari, come ad esempio lo è quella molisana, dove la struttura orografica, fatta di comunità anche molto piccole e disperse su una superficie prevalentemente montuosa, non sempre collegata al meglio, rendono particolarmente complessa la sua attuazione (non trascuriamo anche le difficoltà economiche della sanità molisana!). Nonostante queste difficoltà credo che dovremmo attrezzarci al meglio, sindacati, Regione, Distretti e quanti siano coinvolti nel progetto, per non farci cogliere impreparati alle novità che presto potremmo trovarci ad affrontare. Quella delle “Case della Salute” potrebbero essere una svolta importante per la Medicina del territorio. Non saper cogliere in tempo questa sfida condannerebbe la nostra sanità ad essere un'entità sempre più ospedalocentrica e con una medicina territoriale che non riesce ad andare oltre le dichiarazioni di principio, solitamente contenute nelle premesse di tutti gli accordi nazionali e regionali, ma che, per il momento restano isolate alle nostre esclusive buone intenzioni.

Angelo Trabassi

# Accordo Inail e rappresentanze sindacali di categoria (Fimmg, simet e smi-ex cumi)

## Disciplina dei rapporti normativi ed economici con i medici di famiglia che redigono la certificazione a favore degli assicurati inail

Premesso che:

- Il comma 1 dell'art 12 della legge 11 marzo 1988, n. 67, stabilisce che «l'INAIL, in deroga al disposto dell'art. 14, comma 3, lettera q), della legge 23 dicembre 1978, n.833, provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici» ;
- l'INAIL, in attuazione di tale disposto legislativo, ha definito la disciplina relativa alla certificazione di competenza, secondo criteri idonei a garantire l'espletamento dei suoi compiti istituzionali in conformità a quelli delineati nella legge del 9 marzo 1989, n. 88 e alle norme di attuazione della legge del 7 agosto 1990, n. 241 per quanto concerne in particolare la qualità e tempestività delle prestazioni e dei servizi a favore dei lavoratori infortunati e tecnopatici;
- in tale ambito l'INAIL ha predisposto una specifica modulistica per le certificazioni redatte dai medici esterni (cfr. all.ti A e B);
- le predette certificazioni configurano una forma di fattiva collaborazione con l'Istituto nella gestione del caso di infortunio, in quanto non sono una semplice attestazione dell'inabilità temporanea al lavoro, ma contengono informazioni utili, così come previsto dall'art. 53 del T.U., per l'istruttoria medico-legale che sarà svolta successivamente dai medici dell'Istituto. Si fa riferimento ai dati anamnestici lavorativi e patologici, nonché alle menomazioni lavorative ed extralavorative preesistenti e ad ogni altro elemento clinico diagnostico necessario alla trattazione del caso;
- sempre nell'ottica della qualità e tempestività delle prestazioni e servizi a favore degli assicurati, le parti firmatarie del presente Accordo riconoscono il valore aggiunto professionale dell'utilizzo delle procedure informatiche, e si impegnano a mettere in atto tutte le iniziative per la piena informatizzazione delle attività di certificazione. Dette iniziative daranno risalto, sotto il profilo professionale, alla raccolta dei dati anamnestici lavorativi e patologici (cfr.all. C);
- insieme all'informatizzazione, le parti intendono approfondire, congiuntamente, gli aspetti sanitari collegati ai rischi lavorativi, al fine di rendere un fattivo contributo all'emersione delle patologie lavoro-correlate e a tutte le rilevazioni statistico-epidemiologiche che una reale collaborazione possa consentire, con particolare riguardo all'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate di cui al comma 5 dell'art.10 del D.lgs. n. 38/2000;
- l'INAIL potrà in essere un'attività formativa atta a favorire la migliore efficacia del presente Accordo;
- le parti si impegnano a garantire che la gestione ed il trattamento dei dati sensibili sia effettuata nel pieno rispetto delle disposizioni di cui alla legge n. 196/2003 in materia di privacy.

L'INAIL, nella persona del suo Presidente e legale rappresentante, domiciliato per la carica in Roma, via IV Novembre n. 144

e

Le Rappresentanze sindacali di categoria FIMMG, SIMET, SMI (ex CUMI) concordano quanto segue:

### Art 1. Campo di applicazione

Il presente Accordo regola i rapporti tra l'INAIL e i medici di famiglia inerenti la compilazione e trasmissione dei certificati, che i medici stessi redigono a favore dei lavoratori infortunati e tecnopatici, nonché i compensi previsti per dette attività.

---

## Art. 2. Compiti del medico

---

Il medico si impegna a redigere la certificazione (modelli A e B) riportando le informazioni previste dall'art. 53 del T.U. 1124 del 30 giugno 1965, nonché tutti gli altri dati presenti nella nuova modulistica. Si impegna, altresì, a trasmetterla all'INAIL entro il primo giorno di attività ambulatoriale successivo alla visita, pena la non corresponsione degli emolumenti previsti dagli artt. 3 e 4. Ai fini di cui sopra, l'Istituto richiederà al medico l'articolazione dell'orario relativo all'espletamento della propria attività lavorativa ambulatoriale.

La certificazione, redatta sulla base del modello di cui agli allegati A e B, deve essere completa in ogni sua parte, pena la non corresponsione dei predetti emolumenti previsti dagli artt. 3 e 4.

Detti modelli potranno essere suscettibili di modifica in relazione a nuove disposizioni di legge o a intervenuti regolamenti in materia di privacy.

La trasmissione dovrà avvenire:

- per via informatica. In tal caso il medico dovrà attenersi alle specifiche tecniche e alle modalità procedurali definite dall'INAIL medesimo, nel rispetto delle disposizioni del D.lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 *Codice dell'Amministrazione digitale* e successive modifiche ed integrazioni. In particolare, dovrà richiedere all'INAIL l'autenticazione per l'accesso alla funzione di invio telematico delle certificazioni.

Il medico si impegna, inoltre, a consegnare copia cartacea per l'infortunato e per il datore di lavoro, ottenuta a mezzo stampa, nonché a conservare, per un massimo di tre anni dalla data di compilazione, un'ulteriore copia, debitamente sottoscritta da parte dell'interessato per essere esibita a richiesta dell'INAIL o di altro Ente o Organismo.

- con altra modalità (es: fax o buste preaffrancate). Nelle more dell'informatizzazione, la certificazione avverrà sulla versione cartacea dei predetti modelli A e B predisposti dall'INAIL. L'INAIL si impegna a fornire al medico i modelli cartacei e le buste preaffrancate sulla base di apposita richiesta.

In mancanza dei predetti modelli il medico potrà redigere eccezionalmente il certificato su copia a stampa, che potrà essere scaricata dal sito [www.inail.it](http://www.inail.it) (Assicurazione, Modulistica - download dei modelli, "Certificazione medica"), completandolo, comunque, in ogni sua parte e inoltrandolo all'INAIL.

Anche nel caso in cui il medico rediga il certificato su supporto cartaceo provvederà a consegnare copia per l'infortunato e per il datore di lavoro.

---

## Art. 3. Compensi

---

Il compenso stabilito per la redazione di ciascun certificato al medico di medicina generale titolare del caso, anche quando la certificazione sia redatta dal proprio sostituto e/o associato, è pari a euro 27,50 e viene corrisposto per un massimo di tre certificati. L'eventuale riammissione in temporanea per lo stesso caso non dà luogo ad ulteriori compensi. L'INAIL provvede alla liquidazione dei compensi trimestralmente, sulla base delle distinte presentate dal medico stesso e secondo le modalità dallo stesso indicate. E' fatto divieto al medico di percepire direttamente dall'assicurato compensi, a qualsiasi titolo, per le certificazioni di cui al presente Accordo, alla luce dell'art.57, ultimo comma, della legge n.833/1978.

---

## Art. 4. Compenso professionale per la trattazione informatica del caso

---

Costituisce maggior apporto professionale la compilazione e l'invio della certificazione mediante mezzo informatico. Tale utilizzo prevede l'inserimento dei dati negli specifici campi - stabiliti nel modello informatico conforme agli allegati A e B - attinenti, tra l'altro, l'anamnesi lavorativa e patologica del soggetto, nonché le menomazioni lavorative ed extra lavorative preesistenti ed ogni altro elemento clinico diagnostico necessario alla trattazione del caso.

Analogamente deve essere considerato apporto professionale quello connesso con la trattazione informatica del caso, comprensiva della eventuale trascrizione e invio telematico dei contenuti delle certificazioni redatte da altri medici (ancorchè non convenzionati) con conseguente integrazione e valutazione dei contenuti del modello cartaceo. Per la trattazione informatica del caso (cfr. Nota tecnica, All. C), secondo i criteri riportati nell'art. 2, è previsto un aumento del compenso pari a 5 euro per ogni certificazione trasmessa all'INAIL in via telematica, sempre nel limite massimo di tre certificati.

---

## Art. 5. Obblighi contributivi e ritenute

---

L'INAIL, sui compensi liquidati, provvede a versare all'ENPAM il contributo previdenziale, comprensivo della quota a carico del medico, calcolato nella misura prevista dall'Accordo Collettivo Naziona-

le per la medicina generale vigente al momento del pagamento.

I compensi, inoltre, sono soggetti alla ritenuta di acconto dell'imposta sul reddito (IRE), mentre sono esenti da IVA ai sensi della circolare n.4 del 28 gennaio 2005 dell'Agenzia delle Entrate e secondo quanto previsto nella Risoluzione n. 36/E del 13 marzo 2006 dell'Agenzia stessa.

---

#### **Art. 6. Avvio dell'infortunato all'INAIL**

---

Il medico, sempre nell'ottica di agevolare la tempestiva "presa in carico" dell'assicurato da parte dell'INAIL, avvierà quanto prima l'assicurato stesso alle Strutture INAIL per gli ulteriori accertamenti medico-legali e per la relativa certificazione. Eventuali certificazioni rilasciate da medici di famiglia successivamente alla convocazione dell'assicurato da parte dell'INAIL non daranno luogo alla corresponsione di alcun compenso.

---

#### **Art. 7. Formazione**

---

Le parti si impegnano a promuovere opportune iniziative scientifiche e di formazione dei medici in merito alla piena conoscenza della legislazione in materia, anche ai fini della corretta aderenza della certificazione alla normativa vigente.

---

#### **Art. 8. Denunce segnalazioni ai sensi dell'art. 139 del T.U. (DPR n. 1124/65)**

---

In attesa della semplificazione del flusso di trasmissione delle denunce/segnalazioni di cui al combinato disposto dell'art. 139 del T.U., DPR n. 11 24/65, e dell'art.10 del D.lgs. n. 38/2000, ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate, istituito presso l'Istituto ai sensi del comma 5 del citato art.10 i medici di famiglia si impegnano a trasmettere copia di dette denunce/segnalazioni alle competenti Sedi dell'INAIL.

L'INAIL si impegna, altresì, a realizzare idonei strumenti informatici al fine di agevolare sia la compilazione che la trasmissione all'INAIL delle copie di dette denunce/segnalazioni.

---

#### **Art. 9. Durata dell'accordo**

---

Il presente Accordo ha durata biennale con decorrenza dalla sottoscrizione e mantiene i suoi effetti fino al rinnovo, che dovrà intervenire entro sei mesi dalla sua scadenza.

---

#### **Art. 10. Mancato rinnovo**

---

Trascorsi sei mesi dalla scadenza, in caso di mancato rinnovo del presente Accordo tra le parti ed in presenza di formale denuncia dello stesso, i medici aderenti alle relative Rappresentanze sindacali di categoria possono erogare le prestazioni che costituiscono oggetto dell'Accordo stesso in regime di libera professione.

---

#### **Norma finale**

---

Le parti, nel ribadire che la trattazione telematica della certificazione è a grande valore aggiunto sotto il profilo professionale e istituzionale, confermano il reciproco impegno a favorire il rapido pieno sviluppo di tale attività informatica da parte dei medici. A tal fine l'Istituto e le parti sindacali si impegnano a realizzare il periodico monitoraggio della trasmissione telematica, al fine di individuare elementi di interesse comune che rappresentino necessari correttivi all'Accordo.

Trascorsi dodici mesi dalla stipula dell'Accordo le parti procedono alla prima verifica in tal senso.

Roma, 6 settembre 2007

## PAGINA SINDACALE



Nel mese di aprile u.s. è stato recapitato a tutte le sedi Continuità Assistenziale della ASREM un questionario dal titolo "LA SEDE GIUSTA PER UN MIGLIOR SERVIZIO" inerente le reali caratteristiche ed il livello di sicurezza delle varie postazioni ubicate sull'intero territorio della Regione Molise e predisposto per ottenere in merito una situazione più veritiera possibile; l'intento di tale indagine era e resta quello di migliorare l'esistente apportando eventuali modifiche e nello stesso tempo garantire il giusto livello di sicurezza nell'ambiente di lavoro così come previsto dal Contratto Nazionale Collettivo per la Medicina Generale.

Ringraziando sinceramente i colleghi che hanno risposto per l'impegno ed il tempo dedicato alla suddetta indagine purtroppo ho dovuto constatare che solo una parte di essi ha partecipato (circa il 33% del totale medici di C.A.) il che potrebbe voler dire o che le restanti sedi di Guardia Medica sono "belle e sicure" o che, ipotesi molto più probabile, l'argomento è più oggetto di speculazioni polemiche che poi di fattiva volontà di cambiamento. Il mio è un sincero risentimento in quanto ci si lamenta spesso che "non si fa nulla per la Guardia Medica, nessuno si muove.....siamo l'ultima ruota del carro....." e poi quando prende il via una singola iniziativa individuale questa

vede solo una parte di adesioni, senza voler in alcun modo pretendere la condivisione degli intenti o del modo di affrontare i problemi del lavoro. Non è il caso di polemizzare, ma la suddetta constatazione andava fatta per dar luogo a riflessioni personali e di categoria inerenti la nostra professione.

I dati raccolti vengono di seguito riportati in schemi riepilogativi che danno un'idea abbastanza chiara della realtà delle sedi di C.A. della Regione Molise.

Da una loro analisi generale si evince che, soprattutto in quelle sedi in posizione isolata o periferica, è pressante la richiesta di sicurezza durante le ore di servizio sia ad es. tramite collegamento con le sedi dei Carabinieri o almeno a mezzo di una telecamera o di un videocitofono esterni e comunque con sufficiente illuminazione esterna, ma anche attraverso limitati cambiamenti (ad es. sostituire una porta di vetro con una più consistente o montare una plafoniera o insegna esterna) o con semplici provvedimenti di manutenzione (ad es. accomodare il campanello guasto della porta). Altro dato di primaria importanza che emerge dalla suddetta inchiesta riguarda gli ambienti della sede di C.A., spesso molto ristretti (una stanza contemporaneamente funge da locale ristoro del medico e da ambulatorio) o addirittura in più di qualche caso condivisi con i

colleghi del 118; in molti casi manca una sala d'attesa per i pazienti, gli impianti elettrici ed idraulici non sono spesso a norma ed in alcuni casi manca l'acqua calda, il riscaldamento centralizzato quasi sempre è demandato alla "pietà" di terzi nei confronti dei medici nelle fredde notti invernali, mancano le luci d'emergenza, ecc. Non ultimo il dato riguardante gli arredi e le suppellettili in dotazione alle sedi talora addirittura assenti - in alcuni casi manca la scrivania o le sedie - o ivi esistenti solo perché acquistati autonomamente dai colleghi di guardia (letti ed armadi) in virtù di una lotta per la sopravvivenza, o ancora più frequentemente usurati e obsoleti (lettino, frigorifero, armadi arrugginiti, ecc). Infine va citata la frequenza della pulizia dei locali di guardia che il più delle volte ha cadenza settimanale, spesso resta saltuaria affidata alla buona volontà degli stessi medici e più raramente è, come dovrebbe essere, giornaliera.

In conclusione considerando le risposte ottenute come "un campione" del 33% sulla totalità delle sedi di C.A. della Regione Molise se estrapoliamo i dati non ne risulta un quadro molto soddisfacente, anzi spesso direi del tutto non rispondente a quanto previsto dal Contratto Nazionale Collettivo per la Medicina Generale. E' quindi ora di sollecitare gli organi competenti a prendere provvedimenti in merito e que-

sto sarà l'ulteriore obiettivo dello SMI e del sottoscritto che ne rappresenta gli iscritti di C.A. a livello regionale. In quest'ottica Vi sarei grato se voleste farmi pervenire suggerimenti o segnalazioni di indiscutibile importanza nel mio impegno sindacale.

Con l'occasione mi preme fare un cenno anche all'ultima delibera della Giunta Regionale del 16 luglio u.s. riguardante la razionalizzazione della distribuzione dei presidi di C.A. in nome di un Piano di Rientro con ritorni di tipo economico che in effetti sono inesistenti; in tale atto in cui si prospetta la chiusura di alcune postazioni con ricollocamento dei medici in cosiddetti "Punti di Primo Intervento" in realtà non c'è ombra di risparmio da parte della ASREM in quanto i me-

dici continuano il loro servizio solo sotto altra veste. Lo SMI, pur condividendo in parte la razionalizzazione di cui sopra, ribadisce il suo obiettivo primario nel raggiungimento dell'incarico a 38 ore e quindi nel riconoscimento della dignità professionale ed economica di ogni singolo medico di C.A. A tal proposito si precisa che lo SMI nella sottocommissione all'uopo prevista in merito alla contrattazione decentrata, e nella quale lo scrivente riveste ruolo rappresentativo, sosterrà la irrinunciabilità dell'obiettivo delle 38 ore e la necessità di una distribuzione capillare delle sedi di C.A. soprattutto lì dove le situazioni orogeografiche del territorio siano particolarmente avverse, magari ricorrendo a forme di lotta più generalizzate che coinvolgano i Sindaci e le

Popolazioni delle zone interessate. E' tempo si di risparmi, certamente, ma non a scapito del cittadino e dei servizi finora offerti a lui quotidianamente sempre più ridotti; razionalizzare sì, ma con criterio e lì dove si abbia un ritorno di tipo economico reale e non solo effimero in risposta a quelli che sono i canoni della Politica.

Chiudo ringraziando chi mi legge e rinnovando il mio impegno nell'obiettivo di conquistare e mantenere, come medico di C.A., quella dignità professionale e remunerativa di medico che finora spesso ci siamo visti negare in tanti, tanti che vorrei fossero quelli che la pensano come me. Cordiali saluti.

Nicola Barletta  
Delegato Regionale SMI  
per la C.A.

		AGNONE	BARABELLO	BOIANO	BONERRO	CASTELMAURO	CINTANOVA DEL S.	COLLA VOLTURNO	GUIGLIONESI	ISERNIA	MORROHE	PETACCIATO	S. ANGELO LIMOS.	SESSANO DEL M.	TRIENTO
POSIZIONE	centrale	X	X					X	X	X	X	X	X		
	periferica			X	X	X								X	X
	isolata			X	X		X								X
SEDE	palazzina							X					X		
	scuola		X				X							X	
	edificio singolo			X	X				X		X				
	amb. Comunale		X	X	X	X			X			X	X		X
	ospedale	X								X					
LOCAZIONE	fronte strada	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	piano rialzato			X			X								
	1° piano														
AMBIENTE INTERNO	stanza medico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	stanza visita	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	sala d'attesa	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X
BAGNO	bagno medico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	bagno pazienti		X	X	X	X			X		X				
	bagno disabili		X	X											
ILLUMINAZIONE ESTERNA	buona	X	X					X	X	X					
	sufficiente					X					X		X	X	
	scarsa			X	X							X			X
	insegna		X								X	X		X	
	plafoniera					X	X	X					X	X	
	portone	X									X				
ACCESSO DA ESTERNO	porta		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	campanelle			X		X					X	X	X	X	X
	otofono		X				X	X	X						
	telecamiera		X												

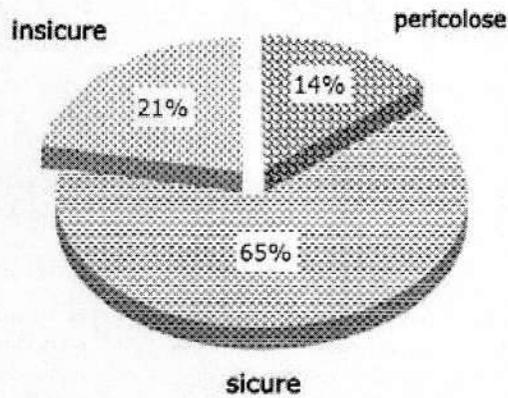
## Ubicazione e caratteristiche sede di Guardia Medica

		AGNONE	BARANELLO	BOJANO	BONERRO	CASTELMAURO	CIVITANOVA DEL S.	COLLI A VOLTURNO	GUGLIONESI	ISERNIA	MORRONE	PETACCATO	S. ANGELO LIMOS.	SESSANO DEL M.	TRIVENTO
<b>ILLUMINAZIONE INT. SEDE</b>	luce naturale	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	luce artificiale	X		X			X			X		X			
	luce d'emergenza		X				X				X		X		
<b>IMPIANTO ELETTRICO</b>	a norma	X	X	?		?	X		X	X	X	?	X	?	?
	non a norma				X			X							
<b>IMPIANTO IDRAULICO</b>	a norma	X	X	?		?	X		X	X	X		X	?	?
	non a norma				X			X				X			
	acqua calda	X	X	X							X		X		
<b>IMPIANTO RISCALDAMENTO</b>	autonomo		X		X		X	X	X		X		X	X	X
	centralizzato	X		X		X				X		X			
	termosifoni	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	stufa														
<b>ARREDAMENTO INTERNO</b>	termoconvectori														
	letto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	armadio	X	X		X	X	X	X						X	
	scrivania	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	poltrona	X			X					X	X				
	sedie	2	3	2	10		2		5	X		4	2	4	4
	scaffali	X								X			X	X	
<b>ACCESSORI E SUPPELLETILI</b>	lettino visita		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
	frigorifero		X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	
	armadio farmaci	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	portafoglio		X	X	X				X			X	X	X	X
	carrello		X	X		X			X		X	X	X		
	diagnostico		X			X									
	cestino rifiuti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
<b>FREQUENZA PULIZIA SEDE</b>	giornaliera	X	X	X						X					
	settimanale							X	X		X		X	X	
	saltuaria				X	?	X					X			X

## Impianti ed arredi interni, pulizia dei locali

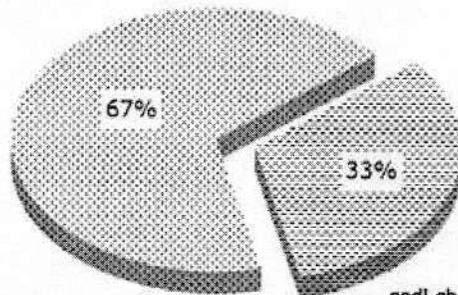
		AGNONE	BARANELLO	BOJANO	BONERRO	CASTELMAURO	CIVITANOVA DEL S.	COLLI A VOLTURNO	GUGLIONESI	ISERNIA	MORRONE	PETACCATO	S. ANGELO LIMOS.	SESSANO DEL M.	TRIVENTO
aggressioni o tentativi di aggressioni da parte di soggetto psichiatrico															
aggressioni o tentativi di aggressioni da parte di soggetto tossicodipendente															
aggressioni o tentativi di aggressioni da parte di soggetto alcolizzato															
minacce personali															
danneggiamenti ad effetti personali o cose della sede di guardia medica															
furto di effetti personali o cose della sede di guardia medica															

## Sicurezza durante le ore di servizio



**Sicurezza complessiva delle sedi (14 sedi su 43)**

sedi che non hanno risposto  
al questionario  
(29 sedi)



sedi che hanno risposto  
al questionario  
(14 sedi)

**Sedi di Continuità Assistenziale ASREM Regione Molise  
- percentuale delle sedi che ha risposto al questionario -**

## *Positivo per i Medici di Medicina generale il nuovo Accordo con Inail*

Il 6 settembre è stato formalizzato l'accordo tra l'Inail e i medici convenzionati che permette ai lavoratori di ottenere la certificazione di infortunio dal proprio medico senza spese e con la possibilità di spedizione telematica dall'ambulatorio del medico di medicina generale. Infatti, è stata siglata ufficialmente a Roma - dai sindacati Smi (ex Cumi), Fimmg, Simet, e dal presidente dell'Inail, Vincenzo Mungari - l'intesa sulle certificazioni di malattie professionali e di infortunio sul lavoro già raggiunta alla fine di maggio.

Per l'infortunio e per le denunce di malattia professionale verrà erogato un compenso di 27,50 euro per ciascun certificato (il precedente era di 16,50 euro), per un massimo di tre certificati per ogni caso trattato, più 5 euro per ogni invio telematico.

La pubblicazione della nuova convenzione con l'Inail ha suscitato numerosi interrogativi, sia di natura sindacale che tecnica.

Questa convenzione non può essere certamente definita entusiasmante, come hanno avuto più volte modo di affermare gli stessi responsabili nazionali dei sindacati firmatari dell'accordo, non ha contenuti economici molto gratificanti e certamente introduce elementi di aggravio burocratico (anche se modesto perché gran parte degli adempimenti burocratici dipendono da norme di legge e non dalla convenzione). Riteniamo inoltre che quando le softwarehouse adegueranno i rispettivi programmi la compilazione e le procedure per la nostra contabilità saranno semplificate anche rispetto all'attuale.

Perché dunque i nostri Sindacati hanno firmato:

1) la Convenzione con l'Inail era disdetta dal 1997, quindi da molti anni. In questo lungo periodo l'Ente non ha mai sentito l'esigenza di rinnovare la convenzione perché la situazione era per lui conveniente: il medico, tutti i medici, sono tenuti per legge a redigere la certificazione se esplicitamente richiesta dall'interessato; la maggior parte dei medici non praticava l'indiretta (non faceva pagare cioè il certificato) e la maggior parte degli infortunati che pagavano non richiedeva il rimborso all'Inail;

2) la ricaduta sull'Inail era in pratica quasi inesistente; l'Inail provvedeva a pagare i certificati che voleva (con grandi differenze di trattamento nelle varie Regioni) ad una tariffa di 15 euro circa al massimo;

3) nel corso delle trattative l'Inail si è dichiarata resistente a tutte le rivendicazioni dei sindacati, dichiarando più volte che o si accettava a scatola praticamente chiusa o l'Ente non aveva interesse a firmare;

4) l'unico motivo per cui l'Inail era in qualche modo interessata alla convenzione stava nell'introduzione della trasmissione telematica dei certificati;

5) nei dieci anni di vacanza dell'accordo la categoria (né la Fimmg, né altri sindacati) non ha impostato nessuna strategia sindacale mirata a modificare i rapporti di forza nei confronti della controparte;

Il nuovo accordo scadrà fra due anni, ma è da rinegoziare tra 18 mesi. La Fimmg, sta già provvedendo nel frattempo ad avviare una politica sindacale che porti ad essere interlocutore non già l'Inail direttamente, ma il Ministero del Lavoro. L'eventuale interruzione della trasmissione telematica dei certificati rappresenterà inoltre una forma di lotta capace di mettere in difficoltà l'Inail. Misureremo le nostre capacità contrattuali nel prossimo accordo. Non è poi da trascurare il fatto che è stato garantito ad un grandissimo numero di colleghi un compenso comunque sicuro e migliore del precedente ed anche un maggiore prelievo per l'Enpam.

Rispetto al lamentato aumento del carico burocratico, non è cambiato molto, tranne il fatto che siamo tenuti a presentare la nota dei certificati emessi ai fini della retribuzione e a conservare una copia del certificato. Questi però devono essere intesi come strumenti di garanzia per noi, dal momento che è sempre stata impressione riferita da molti che in alcune Regioni, l'Inail provvedesse a retribuire una minima parte dei certificati che ne avevano effettivamente diritto. Questo strumento metterà invece i nostri rappresentanti sindacali in grado di fare verifiche nel merito del

rispetto dell'accordo da parte dell'Inail.

Riguardo all'obbligatorietà dei singoli medici a rispettare questa convenzione è necessaria una breve spiegazione. I Sindacati che hanno firmato l'accordo sono classificati dalla legge come rappresentativi dell'intera categoria. La firma della Fimmg costituisce già di per sé la maggioranza dei medici in termini di rappresentatività, peraltro rafforzata dalla firma di Smi (ex Cumì) e Simef. Secondo l'ufficio legale dell'Inail e i nostri consulenti legali l'accordo è vincolante per tutta la categoria rappresentata. Secondo un altro sindacato (Snami) che non ha firmato l'Accordo, peraltro non presente nella nostra provincia, non lo è. In Italia l'incertezza del diritto è imperante in molti settori. Anche in questo caso non c'è modo di dirimere l'enigma con "relativa" certezza se non facendo eventualmente esprimere

la Magistratura attraverso un contenzioso che percorra i tre livelli di giudizio.

A mio avviso la categoria sa chi è e cosa vuole, e intende raggiungere i risultati prefissi con intelligenza con le giuste azioni, senza sprecare energie in sterili prove di forza o roboanti auto affermazioni di orgoglio che ormai si sono ampiamente dimostrate inefficaci.

Concludo ricordando a tutti che, nell'attesa che l'accordo sia recepito dalle Sezioni regionali dell'Inail, tutto continua come prima. Vi forniremo ogni ulteriore novità sulle modalità applicative nella nostra regione man mano che saranno definite.

Antonio Tartaglione

# Perché ho votato contro



A giugno siamo stati convocati (una volta l'anno) all'Enpam nel Comitato Consultivo della Medicina Generale.

Come ogni anno nella relazione del Presidente vi è stata la celebrazione delle azioni del vertice dell'ente: «...siamo cresciuti..., siamo i più bravi..., abbiamo fatto tanto...» Ma, girando l'Italia, la sensazione dei colleghi è ben diversa: i contributi previdenziali sono visti come tasse; non vi è un buon flusso di informazioni dal centro alla periferia; non vi sono risposte esaurienti alle molteplici domande dei colleghi.

Al Comitato ho riportato questo disagio ma mi sono scontrato

contro un muro di gomma: tutto va bene, provvederemo al più presto, l'ente ha tanti nemici e dobbiamo stare uniti. Queste le risposte, verbali, che ho ricevuto, ma, praticamente, non è cambiato nulla e alle parole non sono seguiti i fatti. Oltre alle lamentele dei colleghi in pensione sull'esiguità della somma che percepiscono, la richiesta più pressante riguarda i mutui e i prestiti che, da anni, l'ente non elargisce più direttamente ma tramite convenzioni con Istituti Bancari; ho fatto notare che i tassi proposti sono meno convenienti che in altri Istituti: il Presidente in persona mi ha assicurato che si sarebbe

impegnato a rivedere le convenzioni.

Siamo in paziente attesa di notizie che vi darò, da oggi in poi, sul nostro bollettino.

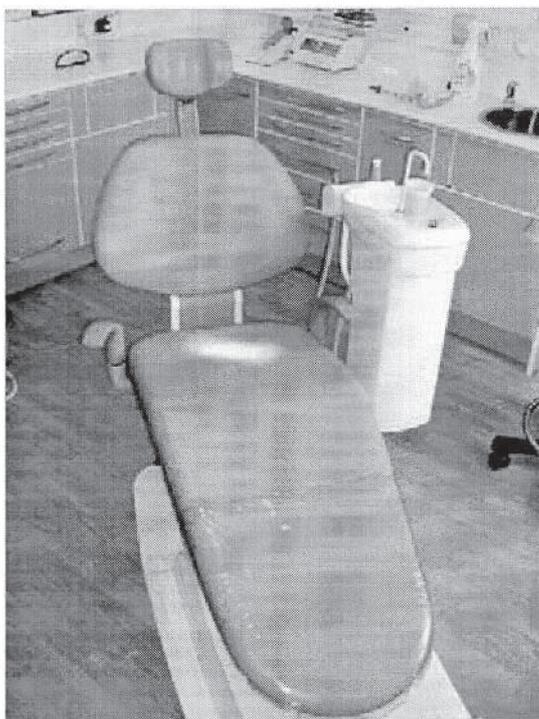
Fernando Crudele

## LA PAGINA ODONTOIATRICA

# Novità legislative e normative

### ECM

Il 1° agosto 2007 è stato siglato l'accordo Stato-Regioni concernente il "Riordino del sistema di formazione continua in medicina"; precisiamo che sono state introdotte numerose e importanti novità (ampiamente trattate in un articolo dedicato all'argomento in altra



pagina di questo numero di *Aesernia Medica* e al quale rimandiamo.

### Legislazione

Dispositivi medici su misura: il dentista non è obbligato a fornire la dichiarazione di conformità al paziente.

La Sentenza della Cassazione n. 11826 del 22/5/2007 annulla la sanzione di 30.000 euro comminata al medico per violazione del D. Lgs 24 febbraio 1997, 456 articolo 23.

### Normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento

Il 16 agosto sono state pubblicate sul supplemento ordinario n.1 al B.U.R.M. n.19 le delibere della Giunta Regionale relative ai requisiti ed al procedimento per la conferma degli accreditamenti provvisori. Nonostante i tempi contingenti dovuti alle scadenze imposte dal piano di rientro, va sottolineata innanzitutto la disponibilità dell'Assessore alla Sanità Dott. Ulisse di Giacomo, dei Dirigenti e dei Funzionari di parte pubblica alla stesura di un provvedimento che fosse quanto più possibile condiviso ed aderente alla realtà molisana senza perdere di vista l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza sanitaria in Regione compatibili con il perseguimento dell'equilibrio economico secondo l'accordo sottoscritto tra Ministero della Salute, il Ministro dell'Economia ed il Presidente della Regione Molise. L'esigenza di garantire adeguata trasparenza, partecipazione al procedimento, ha consentito di recepire i suggerimenti che sono pervenuti dagli interessati; solo a titolo esemplificativo si confrontino i requisiti per gli ambulatori di odontoiatria nella stesura definitiva (pag 195) con quelli pubblicati sul supplemento ordinario n. 2 al B.U.R.M. del 16 giugno 2007 n. 14 (pag 172) e i requisiti strutturali generali pubblicati su questo stesso bollettino (pag 17) con quelli della stesura definitiva (pag 114). La data di scadenza per le domande di conferma dell'accREDITAMENTO provvisorio è stata fissata al 16 settembre c.a. Entro il 30 settembre doveva

essere approvato dalla Giunta Regionale il provvedimento per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO dei presidi di nuova costituzione che fondamentalmente ripropone i requisiti generali e specifici fissati nella delibera 905, e che, dopo il passaggio in Commissione Sanitaria, verrà portato all'attenzione del Consiglio Regionale per la definitiva approvazione. Si consiglia pertanto a chi dovesse iniziare l'attività professionale di attenersi ai requisiti previsti dalla summenzionata delibera. I presidi esistenti (per presidio viene intesa la struttura fisica, ospedale, poliambulatorio, ambulatorio ecc. dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie) dovranno uniformarsi nei tempi individuati dal legislatore ai requisiti previsti. Per gli studi professionali e/o ambulatori privati, in possesso di nulla osta sanitario ovvero autorizzati e/o accreditati, è sufficiente per quanto riguarda i requisiti strutturali, il solo certificato di agibilità che dovrà essere autocertificato ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Mario Testa

# AVVISI E NOTIZIE

Presentate alla Camera dei Deputati ben tre Proposte di Legge relative ai medici specializzandi ammessi alle scuole di specializzazione dal 1982/83 al 1990/91: riguardano il riconoscimento dell'equipollenza del titolo di specializzazione e l'assegnazione retroattiva di borse di studio ai medici iscritti alle scuole di specializzazione negli anni accademici dal 1982/1983 al 1990/1991.



Al via i lavori della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori medici e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Si tratta dell'organismo, istituito dal Parlamento lo scorso luglio, che avrà il compito di indagare sulle cause e sulle responsabilità degli episodi di malasanità che funestano il nostro sistema sanitario e degli 'sforamenti' delle Regioni con i conti della sanità in rosso. Presidente della Commissione è Giuseppe Palumbo (Fi), che insieme ad altri 20 deputati si riunirà per analizzare subito i casi più eclatanti di errori medici, di cui si è parlato molto nei mesi scorsi sulla stampa, e cercare di individuare i motivi e le responsabilità. Stessa cosa anche per le situazioni di disavanzo economico sanitario in cui si trovano Regioni come il Lazio, la Campania, la Sicilia

ed il Molise. (G.U. n. 174 del 28 luglio 2007)



Le attività dei medici dipendenti e convenzionati svolte nei turni notturni e nei presidi di continuità assistenziale vengano inseriti tra i lavori usuranti. A chiederlo, in una lettera inviata ai ministri della Salute e del Lavoro, Livia Turco e Cesare Damiano, è il Sindacato dei medici Italiani (Smi). È da ricordare che il D.Lgs del 1993, in applicazione della normativa europea, riconosceva come lavoro usurante anche quello svolto dai medici che operano in turni di servizio notturno. Successivamente un decreto del ministero del Lavoro limitava il beneficio di legge esclusivamente a categorie di 'lavoro manuale'. Eppure, tanti studi dimostrano come queste categorie di colleghi siano soggette a maggiore 'burn out', e come tali lavori, anche in campo medico, siano oggetto di un notevole 'turn over', ovvero pochi medici vogliono svolgere tale funzioni ritenute giustamente più onerose. Occorre rivolgere una particolare attenzione ai medici della continuità assistenziale, una volta guardie mediche, che pur non avendo un rapporto di dipendenza, bensì di parasubordinazione,

svolgono il proprio lavoro con una retribuzione e un orario predeterminato, e con l'assoggettamento al potere disciplinare del datore di lavoro, con tanto di sanzioni graduali sino alla revoca del rapporto convenzionale: in sintesi, in una situazione assimilabile al lavoro dipendente.



Sul Supplemento Ordinario n. 216 il ministero dell'Università pubblica il decreto 27 aprile 2007 «Assegnazione alle Università dei contratti per l'ammissione di medici alle scuole di specializzazione, nell'anno accademico 2006-2007».



Sulla Gazzetta Ufficiale n. 244 del 19 ottobre 2007 il ministero del Lavoro pubblica un delle prestazioni economiche dell'Inail, in favore dei medici colpiti dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, con decorrenza 1° luglio 2007.



Pubblicata sulla G.U. n. 181 del 6 agosto 2007 la Legge 3 agosto 2007, n. 120 contenente le disposizioni in materia di attività libero-professionale

## AVVISO

IL DVD CONTIENE LA BOZZA DEL NUOVO ALBO PROFESSIONALE, DI PROSSIMA PUBBLICAZIONE.

PREGHIAMO I COLLEGHI DI PRENDERNE VISIONE E COMUNICARE ALL'ORDINE DEI MEDICI DI ISERNIA EVENTUALI CORREZIONI DA APPORTARE AI PROPRI DATI, ENTRO E NON OLTRE IL 10 GENNAIO 2008

# AVVISI E NOTIZIE

intramuraria e altre norme in materia sanitaria.



Com'è noto, in data 6 settembre u.s. è stata stipulata la nuova convenzione che disciplina i rapporti economici con i reduci di famiglia che redigono la certificazione a favore degli assicurati INAIL.

L'accordo – decorrente dal giorno successivo alla data della sua sottoscrizione (07.09.2007) – prevede alcuni cambiamenti sostanziali rispetto al regime precedente, ponendo a carico del “medico compilatore” una serie di obblighi, con riflessi sul pagamento degli emolumenti spettanti per la redazione della certificazione sanitaria in parola.

Inoltre, punto particolarmente qualificante dell'Accordo in questione è la previsione della trasmissione dei certificati medici prioritariamente per via telematica, anche al fine di favorire la tempestiva “presa in carico” dell'assicurato attraverso le proprie strutture sanitarie e rendere un miglior servizio all'utenza.



Il Tar Campania ha dichiarato illegittimi i limiti annuali di spesa e di ricette assegnati dalla ASL ai medici di base. Il meccanismo di contenimento della spesa, così come attuato negli atti impugnati, con la predeterminazione del numero massimo di ricette assegnabili a ciascun medico, non risultando attualmente contemplato dall'accordo collettivo nazionale vigente, né essendo la fissazione di un contingente delle prescrizioni terapeutiche previsto dalle altre norme richiamate negli atti impugnati, che stanziavano le

risorse finanziarie, che fissano gli obiettivi di risparmio della spesa sanitaria e di equilibrio economico-finanziario e che prescrivono l'adozione di coerenti interventi di programmazione e di organizzazione del settore, determina la illegittimità delle statuizioni in quanto idonee ad intaccare direttamente la fruizione, da parte del cittadino, di una prestazione sanitaria necessaria o utile per la sua salute (fino a prova contraria) secondo quanto il medico di fiducia ritiene di dover prescrivere, secondo scienza e coscienza, in base a determinazioni diagnostiche e scelte terapeutiche appropriate (fino a prova contraria).



Un piano nazionale per le malattie rare che sarà messo a punto, entro tre mesi, dal ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (Iss) e la Consulta delle associazioni dei malati, è presentato successivamente alle Regioni. In arrivo anche un numero verde per orientare i pazienti e le famiglie e una “giornata nazionale” dedicata a queste patologie per sensibilizzare l'opinione pubblica.



È stato installato nel nostro Ordine il “Totem” dell'Enpam. Il chiosco informativo permetterà a tutti gli iscritti di avere notizie di natura previdenziale in tempo reale. A giorni giungerà a casa la carta predisposta per l'utilizzo. Abbiamo avuto rassicurazione che entro dicembre sarà attiva una linea telefonica diretta con l'Enpam per ridurre i tempi di attesa e collegarci con i vari uffici dell'ente.

## COMITATO DI REDAZIONE

Direttore responsabile  
Natalino PAONE

Coordinatore editoriale  
Angelo TRABASSI

Comitato di redazione  
Giorgio BERCHICCI  
Fernando CRUDELE  
Alfredo VOLPACCHIO

Segreteria di redazione  
Mara IONATA

### Consiglio Direttivo

Presidente  
Dott. Sergio TARTAGLIONE

Vice Presidente  
Dott. Angelo TRABASSI

Segretario  
Dott. Mario TESTA

Tesoriere  
Dott. Anna MORCONE

### Consiglieri

Dott. Antonio BIONDI  
Dott. Corrado ALTIERI  
Dott. Alfredo De RENZIS  
Dott. Rita ROSATO  
Dott. Antonio SANITA'  
Dott. Vilma ZULLO  
Cons. Odontoiatra  
Dott. Giorgio BERCHICCI  
Cons. Odontoiatra  
Dott. Mario TESTA

### Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente  
Dott. Claudio D'APOLLONIO

Dott. Bruna BATTISTA  
Dott. Giuseppina SCIOLI  
Dott. Giuseppina ROCCHIO  
(membro supplente)

### Commissione odontoiatri

Presidente  
Dott. Giorgio BERCHICCI  
Dott. Giovanni ANGELONE  
Dott. Danilo CANÈ  
Dott. Trino DI CRISTINZI  
Dott. Mario TESTA



**1. Consiglio direttivo del 1° marzo 2007:**

- rinnovo convenzione tra l'Ordine dei Medici e l'Università Cattolica del "Sacro Cuore" per il tirocinio propedeutico agli esami di stato;
- respinta proposta estinzione anticipata del mutuo ENPAM, a suo tempo contratto per l'acquisto della sede dell'Ordine, a causa dell'eccessivo onere finanziario dell'operazione;
- quattro nuove iscrizioni all'Ordine, una iscrizione Albo degli Odontoiatri, una cancellazione.

**2. Consiglio direttivo del 23 marzo 2007:**

- due nuove iscrizioni.

**3. Consiglio direttivo del 12 aprile 2007:**

- cinque nuove iscrizioni.

**4. Consiglio direttivo del 7 giugno 2007:**

- approvazione comunicato stampa medici del "118" per la stabilizzazione del loro rapporto di lavoro;
- nomina rappresentante dell'Ordine, richiesto dalla FNOMCeO e ISDE Italia, per l'educazione alla salute e i rapporti con l'ambiente;
- valutazione esposto contro un iscritto all'Ordine;
- approvazione per i medici iscritti all'Ordine e che svolgono la loro attività all'interno di società, dell'obbligo di comunicazione di tale attività all'Ordine di appartenenza e loro iscrizione i apposito albo;
- valutazioni sulla bozza delle linee guida del Piano sanitario regionale per il triennio 2007-09;
- pubblicazione nuovo Albo e nuovo sito Internet dell'Ordine;
- autorizzazione patrocini vari;
- apertura procedimento disciplinare su sentenza inviata dal Tribunale di Isernia.

**5. Consiglio direttivo del 2 luglio 2007:**

- una nuova iscrizione;
- manuale requisiti accreditamento.

**6. Consiglio direttivo del 6 settembre 2007:**

- autorizzazione patrocini vari;
- cinque nuove iscrizioni, di cui una per trasferimento, e un trasferimento;
- valutazione esposti legali.

**7. Consiglio direttivo del 18 ottobre 2007:**

- parere su quesiti legali;
- risposta per accertamento richiesto dall'autorità giudiziaria;
- una nuova iscrizione ed un trasferimento.

# Gli affreschi del santuario dei Santi Cosma e Damiano in Isernia

DI NATALINO PAONE

Sul colle che domina il fiume Carpino il santuario dei SS Cosma e Damiano sfida i secoli con la sua composizione atipica e le sue pitture di scuola. Atipica la composizione perché costituita da una torre cilindrica inserita appena nella parete posteriore della cappella quadrangolare: due figure geometriche di segno opposto che all'esterno fanno dissonanza e all'interno armonia, come nella musica.

La torre ha il tetto a cupola molto elaborato nella cornice di coronamento e la lanterna cilindrica terminale che sfida il cielo; la cappella ha la copertura a capanna e, sui lati lunghi, da una parte la sagrestia e l'abitazione, dall'altra il muro sporgente della cappella di S. Michele.

Il santuario è dedicato ai santi Cosma e Damiano (sec. III-IV?), martiri, protettori dei medici e medici essi stessi, ma formati ai principi cristiani impegnati nell'"arte medica" con spirito missionario e in forma gratuita per ricchi e poveri, cosa che richiamava moltitudini di fedeli e questo allarmava le autorità.

La costruzione, voluta dal vescovo Cristoforo Numai, risale al 1523: la notizia dello storico isernino Ciarlanti che poneva il santuario sui resti di un antico tempio pagano dedicato a Osiride, non ha trovato finora riscontri certi. (Dora Catalano, *Isernia* p. 205).

Ma, lasciando ai posteri l'ardua risposta sul tempio preesistente, ciò che caratterizza il santuario riguarda i santi a cui è dedicato e i decori interni, le pitture in particolare.

I santi Cosma e Damiano, com'è noto, furono due medici che, almeno a Isernia, diedero rilevanza al santuario con il loro richiamo di protettori della vita umana,



in particolare della procreazione. Fino alla prima metà del secolo scorso erano presenti nella fiera dei tre giorni le "pupe di pezza", cioè bamboline ottenute dalle donne isernine con due stecche lignee incrociate e costumino locale acquistate dai fedeli come segni augurali di prolificità. Tuttora, ogni anno per alcuni giorni di fine settembre (26, 27, 28) si registra una forte affluenza di pellegrini con cerimonie religiose molto seguite. Al British Museum di Londra sono poi conservati falli di cera ritenuti collegati alle visite al santuario, usanza che rimanda al culto di Priapo.

Ma, a prescindere dalle consuetudini,

Isernia: il santuario dei Santi Cosma e Damiano



sicuramente la fama delle due figure di santi si deve alla loro professione di medici che associava spiritualità e specializzazione, garanzia di procreazione e di continuità della specie. Oggi questa combinazione di "spiritualità" e di "specializzazione" è presente non solo nell'immaginario collettivo!

Fede e doni fecero del santuario un monumento d'arte.

Di notevole interesse artistico è il capopaltare in legno scolpito e dipinto, opera del maestro falegname isernino Francesco Bonissimo nel 1639. Allo stesso artista fanno capo i due altari dedicati al Crocifisso e a S. Anna del 1645, decorati a foglia d'oro dal doratore napoletano Onofrio Selano.

Molto bello è, poi, il soffitto a cassettoni, impreziosito da arabeschi in oro e da rosette dorate al centro degli scomparti e all'incrocio della tessitura di cornici. L'opera fu ordinata dal vescovo Vincenzo Pandone il 6 aprile del 1659 ai maestri artigiani agnesi Giuseppe e Pietro Lomelli.

Ma di particolare fascino e suggestione

rimane la pittura murale che riveste l'interno dell'abside, dalle pareti alla cupola, e la parte alta dell'aula.

Si tratta di affreschi riconducibili alla «stagione figurativa della decorazione murale napoletana», come scrive Dora Catalano in *Isernia* (Iresimo, 2004), ed eseguiti dai pittori Giovan Paolo De Angelis e Agostino Pussè, due artisti che ebbero come riferimento Belisario Corinzio, esponente maggiore della stagione ricordata. Circa la loro provenienza, le ipotesi fanno di De Angelis un meridionale e di Pussè un francese o belga, ambedue comunque nel gruppo di pittori nordeuropei presenti a Napoli.

La pittura murale, che coniuga episodi di vita e di dottrina in luogo frequentato dai pellegrini, era un modo di comunicare, di informare e di formare, interagendo con la gente comune: una sorta di comunicazione di massa avanti lettera!

Infatti, il ciclo del santuario si articola in sezioni dedicate alla vita dei santi titolari nell'aula e ai loro miracoli dopo la morte nell'abside, mentre all'interno della cappelletta laterale viene rappresentata la "Passione di Cristo".

A loro volta le sezioni si dividono in nuclei tematici: parete sinistra, scene di vita dei santi; parete destra, i miracoli dopo la morte dei due santi; abside, scene di martirio.

I due pittori si divisero temi e spazi, ma finora non è stato sciolto il nodo di appartenenza a ciascuno dei due.

Si tratta comunque di linguaggio figurativo di matrice tardomanieristica, come sottolinea la Catalano, ricco di «invenzioni compositive e coloristiche, aperto a soluzioni fantasiose nell'ambientazione degli spazi o nella messa in scena dei personaggi, ma sempre moderato da istanze di ordine didascalico e dalla preminente finalità di comunicazione immediata e semplice del contenuto devozionale delle immagini» (op. cit.).

In questo gioco di forme e colori i due artisti coniugano sacro e profano ricor-

dando figure prestigiose come Gregorio Magno, Carlo Borromeo, Celestino V, ma mandando anche messaggi di incitamento alla virtù attraverso episodi di vita quotidiana della gente comune.

Qui ne ricordo solo tre.

Il primo viene dal cielo dell'abside con viso d'angelo nero tra altri bianchi, il cui messaggio ricorda l'idea d'uguaglianza delle persone sparsa nel mondo per la prima volta dalla rivoluzione cristiana.

Il secondo messaggio giunge dal litigio di Cosma con Damiano per avere quest'ultimo accettato tre uova dalla donna che aveva curato; litigio che solo l'apparizione dell'angelo consente di superare.

Il terzo messaggio giunge dalla donna tratta in inganno dal diavolo (una figura mascherata, con corna, orecchie caprine, artigli alle mani e piedi palmati), che le chiede di aprire e seguirla come manda a dire il marito partito per un lungo viaggio: la donna, che dal marito aveva avuto la raccomandazione di aprire solo a persone che si presentassero a nome suo, apre, segue il mostro e quando si ritrova nel deserto minacciata di morte si salva solo invocando l'aiuto dei due santi Cosma e Damiano.

Tre dipinti con tre forti messaggi sempre attuali: l'integrazione basata sull'uguaglianza delle persone; la sanità come servizio gratuito a tutti; la sicurezza dei cittadini anche come formazione preventiva.

Ricco di significato è poi il collegamento del rilievo funerario romano, nell'edicola ai piedi del colle, con il santuario cristiano in cima, preceduto dalla piazza e dalla scala di accesso al porticato antistante il portale, coronato quest'ultimo da affresco in lunetta e iscrizione in lingua latina che riassume le vicende costruttive: erezione dalle fondamenta (*a fundamentis*) nel 1523 per volontà del vescovo Cristoforo Numai con riferimento a precedente chiesa devastata (*veteri devastata*) e conclusasi con ornamenti interni nel 1639 grazie «alle pie elemosine e alle rendite dei canonici della cattedrale».



Tra gli oggetti scomparsi vanno sottolineati quelli che decoravano l'altare, poi sostituiti da dorsali minori. Il grande crocifisso, venuto dalla chiesa di S. Francesco, risale al XIV secolo e rientra nel tipo di iconografia presente nel territorio regionale.

Un discorso a sé merita la cappella di San Michele, sul lato lungo della chiesa. L'immagine giunta a noi con fastosi dipinti, marmi e stucchi si fa risalire al 1684, ma resti di pitture venute fuori durante i restauri (*Incoronazione di spine e Flagellazione di Cristo*) rimandano a uno spazio preesistente. Comunque, ciò che oggi appare evidente e imponente si fa risalire ad una fase di inizio Settecento con sculture e decorazioni «di grande finezza esecutiva e di grande eleganza, arricchite da accenni di policromia e soprattutto dall'uso della doratura a foglia di oro zecchino» (op. cit.). Molto suggestive sono le statue della *Carità* (donna che allatta due bambini) e della *Speranza* (donna che offre il seno

ad un angelo). «Gli stucchi si concentrano soprattutto intorno alla cimasa del dossale, ... che si spinge in avanti quasi a formare un baldacchino celebrativo, mentre in basso, le due imponenti figure femminili a tutto tondo inquadrano l'altare» (op. cit.). Al centro spicca la piccola figura di un santo, identificabile in S. Giuseppe.

Com'è noto, il santuario richiama tuttora pellegrini, e non solo pellegrini, con affollamento straordinario nei tre giorni di festa dovuti alla fiera, che si svolge nei pressi del santuario e in città; città che assume aspetti di grande suggestione durante gli spostamenti in processione dei due busti dei santi dal santuario alla cattedrale e viceversa. I due busti, prodotti dell'arte orafa napoletana del XVII secolo, sono d'argento, di finissima fattura e di forte capacità espressiva, come sottolinea

la Catalano, ed hanno tra le mani Cosma gli strumenti medici, Damiano la palma del martirio e un libro.

Un santuario, quindi, che, oltre a rappresentare una forte tradizione religiosa, è anche monumento d'arte e di storia.

Natalino Paone

