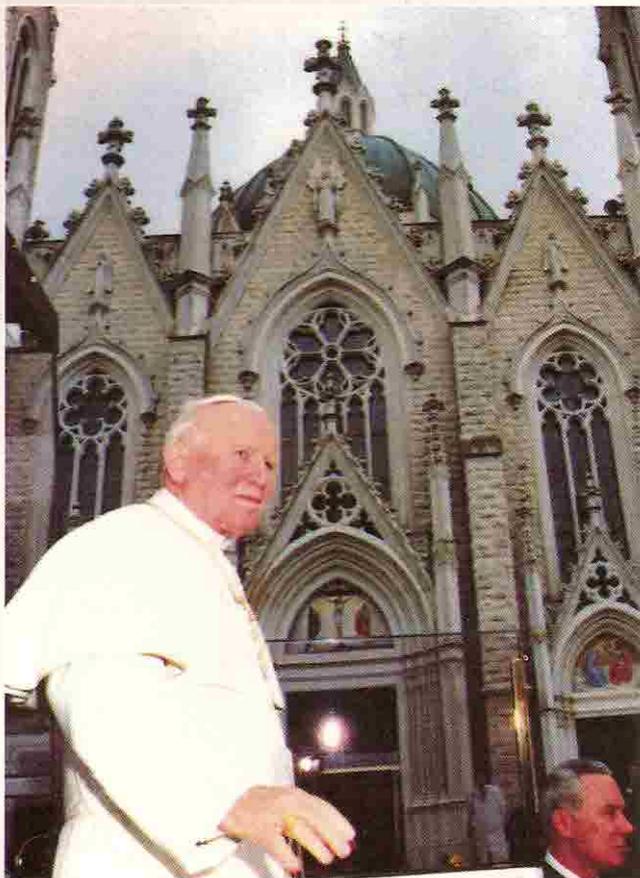


# AESERNIA MEDICA

BOLLETTINO PROVINCIALE DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DI ISERNIA



Papa Wojtyła a Castelpetroso

ANNO IV, n. 1, gennaio/marzo 1997 – Trimestrale

## Castelpetroso. Il Santuario sul tratturo

Il Santuario è dedicato all'Addolorata ed è posto su una sorta di terrazzo ricavato nel fianco della montagna. Lo lambisce la statale 17, antica strada interregionale equidistante tra Adriatico e Tirreno, che ha sostituito la millenaria pista erbosa del tratturo Pescasseroli-Candela (Km 211), battuta da greggi e armenti prima ancora che nel grande disegno stradale di Roma prendesse il nome di *Via Minucia* (o *Numicia*).

La pista conserva la sua larghezza di metri 55,55 e qui, come una corda alzata tra Isernia e Boiano, scavalca i versanti tirrenico e adriatico, attraversando la sella stretta tra i primi contrafforti del Matese e le alture che salgono verso l'Alto Molise.

Le guglie del santuario dominano il passo come antenne elevate al cielo per essere viste dai due versanti. Il disegno è di quelli semplici ed eloquenti ad un tempo: una cupola centrale sorretta da sette pilastri e attorno sette cappelle realizzate in blocchi di pietra lavorati a mano da scarpellini locali. Lo stile è il neogotico francese del secolo scorso. L'architetto bolognese Franco Gualanti, che progettò il santuario, probabilmente lo mutuò dal racconto delle due pastorelle che avevano visto la Madonna nel cielo poco più su dell'attuale sito del santuario.

Il giorno dell'apparizione porta la data del 27 marzo 1888, l'inizio dei lavori è del 28 settembre 1890: appena due anni di distanza e già il richiamo della fede portò alla cerimonia oltre 40 mila fedeli, provenienti anche da Piemonte, Emilia, Toscana, Lazio. Un anno dopo anche un gruppo di pellegrini da Cracovia, con la guida di Monsignor Vincenzo Scuoczyski, Cameriere Segreto del Papa, venne a pregare in una delle sette cappelle costruita con le offerte polacche. Nessuno avrebbe potuto immaginare all'epoca che 105 anni dopo sarebbe tornato a pregare nel santuario un altro figlio illustre di Cracovia: Papa Wojtila. È accaduto il 19 marzo 1995. Nella grande cupola centrale Papa Giovanni Paolo II si è raccolto in preghiera, pellegrino tra i pellegrini, poi è tornato sul sagrato, dove ha celebrato la Messa all'aperto e ha rivolto la sua parola di speranza alla folla. Il Santuario è oggi uno dei più affermati e frequentati santuari Mariani, che la visita papale ha voluto porre nei grandi percorsi del Terzo Millennio.

Sul tratturo della tradizione, della storia, della speranza: dell'uomo.

## REDAZIONE

**Direttore responsabile**  
Natalino PAONE

**Coordinatore Editoriale**  
Angelo TRABASSI

**Comitato scientifico**  
Luciano D'AGOSTINO  
Carlo OLIVIERI  
Costantino KNIAHYNICKI

**Comitato di Redazione**  
Fernando CRUDELE  
David DI LELLO  
Michele NOTARIO  
Francesca SCARABEO  
Alfredo VOLPACCHIO

**Segreteria di redazione**  
Amelia SANTOLINI

## CONSIGLIO DIRETTIVO

Sergio TARTAGLIONE, Presidente  
Iva DI CRISTINZI, Vicepresidente  
Baldassarre MARCELLO, Segretario  
Luigi BUCCI, Tesoriere  
Giorgio BERCHICCI, Cons. odont.  
Roberto CHIAVERINI, Consigliere  
Svana DI CERBO, Consigliere  
Vanda MAZZA, Consigliere  
Florindo PIRONE, Consigliere  
Angela RICCI, Consigliere  
Mario TESTA, Consigliere odont.

## COLLEGIO REVISORI

Linda ALFIERI, Presidente  
Biagino BROCCOLI  
Bruno CASTALDI  
Carmine TOLVE, rev. suppl.

## COMMISSIONE ODONTOIATRI

Giorgio BERCHICCI, Presidente  
Mario TESTA, segretario  
Danilo CANE'   
Trino DI CRISTINZI  
Davide TAGLIAFERRI

ANNO IV, n. 1

gennaio/marzo 1997 - Trimestrale

Autorizzazione Tribunale di Isernia n. 39  
Fotocomposizione Sigmastudio

# AESERNIA MEDICA

Bollettino Provinciale dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri di Isernia

## SOMMARIO

EDITORIALE .....	2
VITA DELL'ORDINE .....	4
LEGGI, DECRETI, SENTENZE .....	11
BOLLETTINO SCIENTIFICO .....	13
RIFLESSIONI IN LIBERTÀ.....	21
PAGINA SINDACALE .....	23
PAGINA DEGLI ODONTOIATRI.....	26
I MEDICI E L'ARTE .....	29
RASSEGNA STAMPA .....	31
AVVISI E NOTIZIE.....	33

## EDITORIALE

Con questo numero inizia il secondo triennio di *Aesernia Medica*. Nel ringraziare il nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Isernia che ha voluto rinnovarmi la fiducia come coordinatore editoriale del Bollettino, vorrei tracciare un breve bilancio dei primi tre anni di attività per poi, con la stessa sinteticità, indicare in linea di massima, le strategie future del nostro periodico.

E' stato merito del precedente Consiglio Direttivo se *Aesernia Medica* nel 1994 ha ripreso le sue pubblicazioni. Lo scopo, oltre ad informare i colleghi sui temi più importanti ed attuali che hanno riguardato la realtà medica del nostro territorio, è stato quello di aprire un confronto culturale fra tutti gli iscritti all'Ordine.

Le carenze o i "difetti" che sono emersi durante il predetto triennio sono da attribuirsi, prima di tutto, ad una professionalità giornalistica che non appartiene alla stragrande maggioranza dei componenti la redazione (escludendo, ovviamente, il Prof. Natalino Paone, nostro Direttore Responsabile, unico ad avere tutti i crismi legali e culturali del giornalista, come del resto ampiamente dimostrano le copertine che ha curato e continuerà a curare per il futuro).

L'altro motivo può essere attribuito alla collaborazione da parte dei nostri iscritti che noi della redazione avremmo voluto maggiore. Anche in questo caso ce ne addossiamo le responsabilità nel momento stesso in cui non siamo stati sufficientemente chiari e convincenti nel richiederla. Per il futuro, alla luce dell'esperienza maturata, contiamo di correggere il più possibile la "rotta" nel tentativo di migliorare la qualità di questa iniziativa. A tal fine si impone già dai prossimi numeri, l'applicazione di alcune regole:

- 1) gli articoli scientifici dovranno essere, il più strettamente possibile, riferiti all'esperienza maturata localmente. Questo al fine di evitare la trattazione di argomenti che, comunque, trovano già ampio spazio sulla stampa specializzata;

- 2) gli articoli, in generale, non dovranno superare le 150 righe di 70 battute l'una. Questo ci consentirà di avere più spazio da dedicare alle rubriche di immediato interesse pratico per i nostri iscritti: la vita dell'Ordine, le novità più importanti che coinvolgono la realtà medica (leggi, decreti, sentenze, avvisi e notizie, ecc.);
- 3) la pagina sindacale dovrà avvalersi della collaborazione di tutte le sigle, indistintamente. Su questo aspetto lavoreremo molto per vincere le resistenze di quanti, erroneamente, continuano a considerare la pagina sindacale come appannaggio esclusivo della CUMI-AMFuP. Nel precedente triennio, i nostri appelli, del resto ampiamente riscontrabili sulle pagine di *Aesernia Medica*, tesi a coinvolgere tutti i settori medici della nostra realtà, sono andati ampiamente delusi. È nostra intenzione, infine, introdurre nuove rubriche, come "I medici e l'arte", per dare il giusto spazio a quei colleghi che, oltre alla "nobile arte medica", si distinguono in modo particolare in altre espressioni dell'arte; "storia della medicina", con la quale avremo l'occasione di ricordare colleghi che non sono più tra noi ma che si sono distinti in modo particolare nell'esercizio della professione; "Rassegna stampa", per divulgare notizie utili e importanti che riguardano la sanità e che siano state riportate dalle testate nazionali e locali; "Osservatorio sul Consiglio dei Sanitari" che ci permetterà di conoscere e discutere sulle deliberazioni di questo importante organismo.

In conclusione vogliamo ricordare che, oltre a *Aesernia Medica*, il nuovo Consiglio Direttivo ha deliberato affinché il nostro Ordine sia anche su INTERNET e abbia una pagina su TELEVIDEO di Telemolise. Tutto questo ci consente di avere una rete "informativa" che ripaga l'impegno economico che tutti noi sopportiamo per dare maggiore prestigio al nostro Ordine.

In chiusura, nel rinnovare tutto il nostro impegno per il successo di questa iniziativa, vogliamo ribadire ancora una volta il concetto che i risultati migliori potremo ottenerli solo con il vostro attivo coinvolgimento, non solo come lettori.

A. Trabassi

## VITA DELL'ORDINE

---

# Trasparenza ordinistica: delibere consiglio direttivo

---

### RIUNIONE DEL 23.12.1996

Delibera n.73/96  
Compenso componenti seggio elettorale

Delibera n.74/96  
Modalità firma e rilascio certificati

Delibera n.75/96  
Convocazione Assemblea ordinaria degli iscritti anno 1997

---

### RIUNIONE DEL 30.12.1996

Delibera n.76/96  
Iscrizione Albo Medici Chirurghi dr.ssa Mascio Roberta,

---

### RIUNIONE DEL 09/01/1997

Delibera n.1/97  
Autorizzazione targa pubblicitaria.

Delibera n.2/97  
Cancellazione Albo Professionale Medici Chirurghi (su richiesta)

Delibera n.3/97  
Esame Conto Consuntivo 1996 e Bilancio Preventivo 1997

Delibera n.4/97  
Conferma cariche in seno al Bollettino dell'Ordine

Delibera n.5/97  
Acquisto pagina informativa su Televideo di Telemolise

Delibera n.5-bis/97  
Modifica data di convocazione Assemblea

ordinaria degli iscritti anno 1997

---

### RIUNIONE DEL 27/01/1997

Delibera n.6/97  
Iscrizione Albo Medici Chirurghi dr.Mazzocco Raffaele

Delibera n.7/97  
Iscrizione Albo Medici Chirurghi dr.Sebastiano Donato

Delibera n.8/97  
Iscrizione Albo Odontoiatri dr.ssa Cancelliere Isabella Domenica

---

### RIUNIONE DEL 05/02/1997

Delibera n.9/97  
Concessione patrocinio Convegno di Cardiologia

Delibera n.10/97  
Modalità di iscrizione all'Ordine

Delibera n.11/97  
Abbonamento a INTERNET per utilizzo da parte degli iscritti all'Ordine.

Delibera n.12/97  
Nomina Commissione per studio Regolamento dell'Ordine

Delibera n.13/97  
Rinnovo Commissioni interne dell'Ordine

Delibera n.14/97  
Nomine per Federazione Reg.le Ordini dei Medici C. e O. del Molise

Delibera n.15/97  
Autonomia di CAssa al Tesoriere.

Il 27 febbraio c.a., presso l'Ordine Provinciale dei Medici di Isernia si è tenuta l'assemblea annuale degli iscritti per l'approvazione del bilancio (che riportiamo integralmente a parte). Nel corso dell'incontro, presieduto dal dr. Sergio Tartaglione e dal dr. Giorgio Berchicci in qualità di Presidente della Commissione Odontoiatri, si è parlato dei prossimi impegni del Consiglio Direttivo, ponendo l'accento sulla istituzione delle varie commissioni, di cui ricordiamo le principali:

Rapporti tra categorie mediche – Intersindacale – Aggiornamento e formazione – Cultura Hobbies e Tempo libero – Club Medici pensionati – Pubblicità sanitaria – Codice Deontologico, Parcelle e tariffe – Previdenza e assistenza – Rapporti



tra enti, industrie farmaceutiche e altri OO.MM. – Psicoterapia e professioni parasanitarie – Problematiche giovani medici – Condizione



donna medico – Associazione medici volontari – Ecologia e ambiente – Osservatorio sulla stampa.

Alla fine dei lavori dell'assemblea, sono stati consegnati ai neoisritti all'Ordine nell'anno 1996 le pergamene con il «II Giuramento di Ippocrate» (letto per l'occasione dalla giovane collega Roberta Mascio (foto 1) e le targhe per i colleghi con quaranta e cinquanta anni di laurea (40 anni, dottori: Renato Lom-

bardi e Giuseppa Volpe; 50 anni, dottori: Panfilo Cerimele, Salvatore Chiantese, Dante Di Lello, Giuseppe Di Pietro, Mario Lancellotta, Eliodoro Pirone e Orazio Trivellini (foto 2).

Prima della premiazione, l'attrice-regista Emilia Vitullo ha letto un brano tratto dal libro Grano e Gramigna scritto dal dr. Eliodoro Pirone (foto 3).



#### ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

##### PROVINCIA DI ISERNIA

Iscritti al 1 MARZO 1997

ALBO MEDICI CHIRURGHI	548
ALBO ODONTOIATRI	50
DOPPIE ISCRIZIONI	38
TRASFERITI AD ISERNIA	-
TRASFERITI DA ISERNIA	-
CANCELLATI (a richiesta)	1
DECEDUTI	-

## Conto consuntivo 1996

### ENTRATE

Descrizione	Competenze	Residui	Totale
Residuo attivo all'01/01/1996 (banca e cassa)		4.640.497	4.640.497
<b>Entrate effettive</b>			
interessi bancari	469.542	478.949	948.491
<b>Contributi associativi</b>			
tasse ruolo principale	87.016.936		87.016.936
tassa 1ª iscrizione	2.230.000		2.230.000
tasse non iscritti a ruolo	6.765.000	165.000	6.930.000
tasse trasferimenti	240.000		240.000
ruolo suppletivo	----		----
<b>Entrate compensative</b>			
diritti di segreteria	3.727.655		3.727.655
contributi	13.432.647		13.432.647
marche ENPAM	121.120		121.120
<b>1º TOTALE</b>	<b>114.002.900</b>	<b>5.284.446</b>	<b>119.287.346</b>
<b>Partite di giro</b>			
Quote FNOOMMeO iscritti a ruolo	13.700.000		13.700.000
Ritenute Irpef dipendenti	5.724.000		5.724.000
Ritenute d'acconto compensi vari	147.000		147.000
Gestione marche			
Rimborsi			
Quote FNOOMMeO 1ª iscrizione	250.000		250.000
<b>2º TOTALE</b>	<b>21.352.350</b>		<b>21.352.350</b>
<b>TOTALE</b>	<b>135.355.250</b>	<b>5.284.446</b>	<b>140.639.696</b>

### SITUAZIONE PATRIMONIALE AL 31.12.1996

#### Patrimonio Immobiliare

(valore storico al momento dell'acquisto)

Appartamento ad uso ufficio in via pio La Torre, 28/30  
piano terra

£. 146.640.000

#### Patrimonio mobiliare

Beni strumentali inventariati al 31.12.1996

(valore non quantificabile: inventario in corso)

Certificati di deposito (acc. indennità fine rapp.)

£. 15.000.000

<b>USCITE</b>			
<i>Descrizione</i>	<i>Competenze</i>	<i>Residui</i>	<i>Totale</i>
<b>Spese correnti</b>			
contributo F. R.			
<b>Spese aggiornamento professionale</b>			
Corsi aggiornamento prof. le e convegni onoreficenze a iscritti	3.927.050		3.927.050
abbonamento riviste	756.500	86.000	842.500
<b>Spese personale</b>			
stipendi	30.058.911	4.222.800	34.281.711
fondo liquidazione			
contributi previdenziali	13.638.985	2.664.000	16.302.985
Consulenze	1.251.128		1.251.128
<b>Spese per la sede</b>			
metano	739.700	266.000	1.005.700
condominio - esattoria	764.700		764.700
enel-acqua	395.518	123.000	518.518
pulizie locali	1.063.800	200.000	1.263.800
spese manut. e riparaz.	653.127	476.000	1.129.127
spese impreviste e varie	1.778.000		1.778.000
spese postali e telefoniche	8.606.550		8.606.550
spese stampa e cancelleria	10.078.893		10.078.893
imposte e tasse	1.163.000		1.163.000
<b>Oneri bancari e interessi passivi</b>			
interessi passivi mutui ENPAM	14.483.177	1.723.989	16.233.177
commissioni e spese bancarie	329.500		329.500
rimborsi e sgravi	47.500		47.500
fondo riserva stanziamenti insufficienti			
fondo riserva spese straordinarie			
<b>Spese in conto capitale</b>			
acquisto macchine ufficio	1.417.600		1.417.600
quote annuo am. nto mutuo ENPAM	9.296.629		9.296.629
<b>1° TOTALE</b>	<b>100.401.779</b>	<b>9.922.289</b>	<b>110.324.068</b>
<b>Partite di giro</b>			
quote FNOM iscritti a ruolo	13.700.000		13.700.000
ritenute IRPEF dipendenti	5.724.000		5.724.000
ritenute d'acconto compensi vari	147.000		147.000
gestione marche			
rimborsi vari			
quote FNOM 1° iscrizione	250.000		250.000
elezioni ENPAM	1.531.350		1.531.350
<b>2° TOTALE</b>	<b>21.352.350</b>		<b>21.352.350</b>
<b>TOTALE</b>	<b>121.754.129</b>	<b>9.922.289</b>	<b>131.676.418</b>

# Preventivo 1997

## ENTRATE

<i>Descrizione</i>	<i>Competenze</i>	<i>Residui</i>	<i>Totale</i>
Residuo attivo al 01/01/1997 (banca e cassa)		8.963.278	8.963.278
<b><u>Entrate effettive</u></b>			
interessi bancari	400.000		400.000
<b><u>Contributi associativi</u></b>			
tasse annuali ruolo principale	88.431.800		88.431.800
tasse 1 <sup>a</sup> iscrizione	2.475.000		2.475.000
tasse non iscritti a ruolo	6.930.000	330.000	7.260.000
tasse di trasferimento	360.000		360.000
ruolo suppletivo	—		—
<b><u>Entrate compensative</u></b>			
diritti di segreteria	3.500.000		3.500.000
contributi	8.000.000		8.000.000
entrate diverse (bolli, tess. albi, fotoc., tel.)	1.156.132		1.156.132
proventi vari (parcelle, rimborsi)	600.000		600.000
vendite marche ENPAM	200.000		200.000
<b>1<sup>o</sup> TOTALE</b>	<b>112.059.932</b>	<b>9.293.278</b>	<b>121.346.210</b>
<b><u>Entrate per partite di giro</u></b>			
quote FNOM ruolo	13.900.000		13.900.000
quote FNOM non a ruolo	450.000		450.000
Ritenute IRPEF dipendenti	5.724.000		5.724.000
ritenute prev.li dipendenti	1.485.000		1.485.000
ritenute d'acconto compensi vari	150.000		150.000
gestione marche ENPAM	300.000		300.000
rimborsi vari	500.000		500.000
<b>2<sup>o</sup> TOTALE</b>	<b>22.509.000</b>		<b>22.509.000</b>
<b>TOTALE</b>	<b>134.568.932</b>	<b>9.293.278</b>	<b>143.855.210</b>

<b>USCITE</b>			
<i>Descrizione</i>	<i>Competenze</i>	<i>Residui</i>	<i>Totale</i>
<b>SPESE CORRENTI</b>			
<b>Spese per organi istituzionali</b>			
Spese per elezione organi istituzionali	2.000.000		2.000.000
indennità di trasferta	200.000		200.000
spese di rappresentanza	100.000		100.000
<b>Spese per aggiornamento prof.le</b>			
aggiornamento professionale	4.000.000		4.000.000
contributi fed. reg.le	-----		-----
onoreficenze a iscritti	800.000		800.000
abbonamenti riviste	900.000		900.000
<b>Spese per il personale</b>			
stipendi personale	33.000.000	2.000.000	35.000.000
fondo incentivazione	2.000.000		2.000.000
fondo liquidazione pers.le	2.000.000		2.000.000
fondo agg. prof. pers.le	300.000		300.000
contributi previdenziali personale	16.900.000		16.900.000
<b>Spese legali e tributarie</b>			
	1.500.000		1.500.000
<b>Spese per la sede</b>			
metano	800.000	300.000	1.100.000
Condominio-esattoria	800.000		800.000
energia elettrica-acqua	600.000		600.000
pulizie	1.300.000	200.000	1.500.000
spese manutenzione	1.126.581		1.126.581
spese impreviste	500.000		500.000
spese postali e telefoniche	6.500.000		6.500.000
stampa e cancelleria	10.000.000		10.000.000
imposte e tasse	1.400.000		1.400.000
<b>Oneri bancari e interessi passivi</b>			
int. pass. mutuo ENPAM	16.900.000		16.900.000
int. pass. diversi	100.000		100.000
commissioni e spese bancarie	250.000		250.000
rimborsi e sgravi quote ass.ve	300.000		300.000
fondo riserva stanziam. insuff.	1.500.000		1.500.000
fondo riserva spese straord.	1.200.000		1.200.000
<b>Spese in conto capitale</b>			
acquisto macchine per ufficio	1.500.000		1.500.000
quota ammortamento mutuo ENPAM	9.296.629		9.296.629
<b>1° TOTALE</b>	<b>117.746.210</b>	<b>3.600.000</b>	<b>121.346.210</b>
<b>Uscite per partite di giro</b>			
quote FNOM ruoli	13.900.000		13.900.000
quote FNOM non a ruolo	450.000		450.000
ritenute IRPEF dipendenti	5.724.000		5.724.000
ritenute prev. dipendenti	1.485.000		1.485.000
riten. d'acconto compensi vari	150.000		150.000
gestione marche ENPAM	300.000		300.000
rimborsi vari	500.000		500.000
<b>2° TOTALE</b>	<b>22.509.000</b>	<b>3.600.000</b>	<b>22.509.000</b>
<b>TOTALE</b>	<b>140.255.210</b>		<b>143.855.210</b>

## LEGGI, DECRETI, SENTENZE di A. Volpacchio

---

### G.U. n. 285 del 05.12.1996

Suppl. ord. n. 213: DPR 21/10/96 n. 613: ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta.

---

### G.U. n. 289 del 10.12.1996

Ministero della sanità - Decreto 04/12/96: Modifica delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative preparazioni.

---

### Decreto 04.12.1996:

elenchi delle specialità medicinali registrate soggette al DPR 09.1090 n. 309 recante il testo delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei rispettivi stati di tossicodipendenza.

Comunicato: modalità di prescrizione dei medicinali a base di sostanze anoressizzanti ad azione centrale.

---

### G.U. n. 292 del 13.12.1996

C.U.F.: Provvedimento 28/11/96: modificazioni ed integrazioni al provv. 09/07/96 di riclassificazione dei medicinali.

---

### G.U. n. 294 del 16.12.1996

DL 13.12.1996 n. 630: finanziamento dei disavanzi delle AUSL al 31.12.1994 e copertura spesa farmaceutica 1996.

---

### G.U. n. 300 del 23.12.1996

Conversione in legge del D.L. 21/10/96 n. 536 recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e rideterminazione del tetto di spesa per il 1996.

---

### G.U. n. 304 del 30.12.1996

Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'apposita area di contrattazione per la dirigenza medica e veterinaria, per gli aspetti normativi relativi al 1994/1997 e per i bienni economici 94-95 e 96-97.

---

### G.U. n. 4 del 07.01.1997

Ministero della sanità - Decreto 27/11/96: elenco specialità medicinali dispensate dal SSN nelle fasce di cui alla lettera a) e b) dell'art.8, comma 10, della legge 24.12.93 n. 537.

CUF - Provvedimento 10.12.1996: modificazioni ed integrazioni al provvedimento 09.07.1996 di riclassificazione dei medicinali.

Cuf - Provvedimento 13.12.1996: riclassificazione di medicinali ai sensi dell'art.8, comma 10, legge 24.12.93 n. 537.

---

### G.U. n. 5 del 08.01.1997

Ministero sanità - Circolare 23.12.1996 n.18: linee guida per l'adozione di principi di terapia antiretrovirale dell'infezione da HIV.

---

### G.U. n. 14 del 18.01.1997

Legge 17.01.1997 n. 4: conversione in legge, con modificazioni, del DL 18.11.1996 n.583 recante disposizioni urgenti in materia sanitaria.

---

### G.U. n. 19 del 24.01.1997

Provvedimento 14.01.1997: modificazioni ed integrazioni al provvedimento 09.07.1996 di riclassificazione dei medicinali.

---

### G.U. n.30 del 30.01.1997

Provvedimenti 07.01.1997 e 17.01.1997 riguardanti modifiche ed integrazioni alla classificazione dei medicinali.

---

**G.U. n. 26 dell'01.02.1997**

Suppl. ord. n.22: Ministero della sanità - elenco dei prodotti medicinali autorizzati all'immissione in commercio alla data del 05.11.1996.

---

**G.U. n. 27 del 03.02.1997**

Decreto 16.01.1997: definizione dei casi di riduzione della frequenza della visita degli ambienti di lavoro da parte del medico competente.

---

**G.U. n. 35 del 12.02.1997**

Provvedimento 14.01.1997: riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art.8, comma 10, legge 24.12.1993 n.537.

---

**G.U. n. 37 del 14.02.1997**

Legge 11.02.1997 n. 21: conversione in legge,

con modificazioni, del DL 13.12.1996 n. 630 recante finanziamento dei disavanzi delle AUSL al 31.12.1996 e copertura della spesa farmaceutica per il 1996.

Ministero sanità - Ordinanza 07.02.1997: proroga della disciplina in materia di prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Italia.

---

**G:U: n. 39 del 17.02.1997**

Decreto 14.01.1997: autorizzazione ad alcuni uffici sanitari a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla ed a rilasciare i relativi certificati per uso internazionale.

---

**G.U. n. 40 del 18.02.1997**

Ripubblicazione del testo del DL 18.11.1996 n. 583 coordinato con la legge di conversione 17.01.1997 n. 4 recante "disposizioni urgenti in materia sanitaria".

---

**BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE MOLISE**

---

**B.U.R. n.24 del 16/12/96**

Parziale modifica dell'avviso pubblico inserito sul BUR n.21 del 31.10.1996 riguardante l'acquisizione della disponibilità dei medici da utilizzare per il 118. (pag. 1905)

---

**B.U.R. n.25 del 31/12/96**

Delibera n.4938 del 13.12.1996: indirizzi applicativi del DPR 22.07.1996 n.484 "ACN per la medicina generale" (pag.2104)

Delibera n.5239: variazione graduatoria vincitori concorso di ammissione al corso biennale di formazione in medicina generale 1996-97 (pag. 2107).

---

**B.U.R. n.1 del 16.01.1997**

Assessorato alla sanità: elenco zone carenti per la continuità assistenziale (pag. 44).

---

**B.U.R.n.2 del 01.02.1997**

AUSL n.3 - Campobasso: concorso pubblico per la copertura di n.1 posto di dirigente medico di primo livello a tempo pieno (fascia A) Disciplina: medicina nucleare.

---

**B.U.R. n.4 del 15.02.1997**

Assessorato sanità: graduatoria medici specialisti ambulatoriali valida per l'anno 1997 per la provincia di Isernia (pag. 231)

# *La cardiopatia ischemica della donna*

**Vanda Mazza**

aiuto cardiologo Ospedale civile di Isernia

Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa più frequente di morbilità e mortalità nell'uomo, ma altrettanto avviene nella donna, anche se con un ritardo di 10-20 anni rispetto all'uomo; anzi una donna su due muore per eventi cardiovascolari, stroke o infarto miocardico, con una incidenza più alta rispetto anche ad altre patologie, anche degli stessi tumori. La novità è che negli Stati Uniti, la cardiopatia ischemica risulta essere la prima causa di morte per la donna in post-menopausa, raggiungendo costi sanitari superiori a quelli degli uomini. Da ciò è nata la considerazione che le donne siano state studiate meno e perciò "trascurate" rispetto agli uomini.

È pertanto necessario sfatare un vecchio "mito": che il sesso femminile sia "immune"- "protetto" dalla patologia cardiovascolare-aterosclerotica.

Il tema è stato affrontato con entusiasmo negli ultimi congressi internazionali e ha avuto larga risonanza nell'ultimo congresso della Società Italiana di Cardiologia tenutosi a Roma in dicembre, in cui illustri relatori, come il Professor A. Brusca Presidente della Società, hanno relazionato e si sono confrontati sul tema, concordando sulle grandi linee.

Gli studi riportati hanno evidenziato come l'incidenza di coronaropatie è, sì, inferiore a quella degli uomini, ma solo fino a 50 anni; successivamente i due sessi risultano colpiti in maniera sovrapponibile, per assistere ad una inversione di tendenza nelle età più

avanzate. La nuova analisi della questione coincide anche con le nuove vedute fisiopatologiche: cioè la stenosi coronarica non è più la sola causa di riduzione della riserva coronarica, quindi la sola causa di ischemia. Alla base dell'ischemia vi è, invece, un multiforme quadro etiopatogenetico che coinvolge aspetti dinamici della stenosi, alterazioni della modulazione biochimica, modifiche della funzione endoteliale, alterazioni della reattività del microcircolo. A questo multiforme quadro etiopatogenetico corrisponde un polimorfismo clinico con un ampio spettro di presentazioni: dai casi con infarto a coronarie integre, a casi con stenosi coronariche significative in assenza di manifestazioni ischemiche.

Da queste premesse nasce il presente lavoro, con il fine di riportare, oltre che aspetti generali del problema, anche la nostra esperienza personale che sembra essere in linea con il trend generale.

Nel reparto di UTIC e cardiologia dell'ospedale "F. Veneziale" di Isernia, nel 1996, su un totale di 68 donne ricoverate per cardiopatia ischemica certa o presunta, abbiamo avuto 21 casi di infarto, pari al 31%; 33 casi di angina, pari al 46%, mentre il rimanente, pari al 34%, presentava un precordialgia di n.d.d.

L'IMA come manifestazione clinica di esordio è stata senza dubbio meno frequente rispetto agli IMA nei maschi ricoverati nello stesso anno, ma il decorso è stato più grave e anche fatale.

Tra le complicanze più gravi due rotture di setto interventricolare, di cui una risolta con intervento cardiocirurgico, l'altra evoluta in decesso per scompenso congestizio.

I casi di infarti sono stati prevalenti nella fascia di età compresa tra i 66-76 anni, come pure i casi di angina. Le precordialgie invece hanno presentato una incidenza maggiore nella fascia di età compresa tra i 56 e i 66 anni.

I fattori di rischio rilevati non sono stati diversi da quelli degli uomini: diabete mellito, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, vita sedentaria. Il diabete è risultato il fattore più importante.

Le donne affette da angina e precordialgie di natura dubbia presso il nostro centro sono state sottoposte a percorsi diagnostici mirati, ma anche complessi. Le difficoltà rilevate, presenti anche nello studio dell'angina del soggetto maschile, sono state essenzialmente tre:

- 1) la prima difficoltà è che il sintomo dolore precordiale tipico o atipico, non è sinonimo di cardiopatia ischemica; come l'assenza di sintomatologia non è sinonimo di ischemia;

- 2) nelle donne il test da sforzo tradizionale, che rappresenta la

prima tappa diagnostica, è gravato da una non trascurabile percentuale di falsi positivi dovuti ad alterazioni del tratto ST all'elettrocardiogramma per un effetto simil-digitalico degli estrogeni, per un'aumentata liberazione di catecolamine, per un ridotto contenuto di K<sup>+</sup> intracellulare.

3) terza ed ultima difficoltà la limitata accuratezza diagnostica delle metodiche di imaging come la scintigrafia miocardica, che può dare falsi positivi per alcuni artefatti, come l'attenuazione da parte del tessuto mammario del segnale, o la presenza del blocco di branca sinistro.

A questi problemi si è cercato di ovviare con una integrazione clinico strumentale di ogni caso tenendo d'occhio anche due obiettivi fondamentali: il facile impiego e il basso costo dei mezzi di indagine ed un ricorso limitato a casi in cui l'approccio non invasivo deponesse per un rischio medio-alto di cardiopatia ischemica, ad indagini cruente come la coronarografia.

Per concludere: la donna si ammala come l'uomo, la sola differenza consiste nell'età di manifestazione della cardiopatia ischemica e come tale merita la stessa attenzione.

### **Bibliografia**

Findlay in: *Coronary by-pass surgery in Women*. Curr opin Cardiom 1994;

Conte Maria Rosa etc: *Progetto studio Condizione Italiana Cardiologi (SCIC)*; *Cardiologia (DIC)* 1996);

Salvatore Novo: *Riduzione degli eventi Cardiovascolari nella donna in menopausa in trattamento sostitutivo*. *Cardiologia* 1996;

Janet W.: *The primary prevention of coronary heart diseased in woman* N England J Med 1995.

*Indirizzo per la corrispondenza:*

Dott. Vanda Mazza  
Corso Garibaldi, 5  
Isernia

# Sali di litio Cefalea a grappolo

*Dr. Costantino KNIAHYNICKI*

Il meccanismo d'azione dei sali di litio non è ben noto anche perchè lo ione causa numerose variazioni neurochimiche che variano con la dose, la modalità e la durata della somministrazione e la specie studiata. Sembra comunque riscontrare maggior credito l'ipotesi che il meccanismo d'azione sia di natura centrale, sulla base del fatto che: a) il litio agisce in malattie periodiche di sicura origine centrale; b) si accumula in forti concentrazioni nell'ipotalamo, ma soprattutto c) influenza l'architettura del sonno ed interferisce con i sistemi circadiani.

## **FARMACOCINETICA CLINICA MONITORAGGIO TERAPEUTICO**

---

L'utilizzo del litio in terapia prevede la sua somministrazione esclusivamente per via orale dato che la somministrazione parenterale può dare gravi reazioni avverse determinando elevate concentrazioni di picco e che la somministrazione per via rettale non è praticabile a causa di una diarrea dolorosa causata dall'irritazione locale.

Dato per via orale, la dissoluzione e la disintegrazione delle compresse influenza sia l'andamento che la completezza dell'assorbimento: frequentemente le compresse convenzionali producono un

andamento delle concentrazioni plasmatiche erratico e non prevedibile. In ultima analisi questo determina che durante le prime 6-10 ore dopo la dose, le fluttuazioni nella dissoluzione del preparato e nell'assorbimento, si riflettono quindi come variabilità nelle concentrazioni seriche.

Il declino del farmaco dopo la fase di assorbimento è bifasico.

La prima fase di distribuzione non è completa per circa 6-10 ore.

Durante questa fase il litio si distribuisce usualmente nel compartimento centrale che è circa il 20-40% del peso corporeo e quindi si distribuisce al compartimento periferico per raggiungere una distribuzione finale del 50-100% del peso corporeo.

Questo dato è importante in quanto ci indica che il litio deve essere legato nell'organismo a qualche tessuto, non essendo legato alle proteine plasmatiche.

Una concentrazione di circa il 50% rispetto a quella plasmatica è riscontrata negli eritrociti, nel liquor e nel fegato mentre nella tiroide, nelle ossa e nel cervello le concentrazioni sono il 50% più elevate rispetto alle concentrazioni seriche. Nel cuore, nei polmoni e nei reni, la concentrazione è quasi uguale a quella serica.

Circa il 97% del farmaco, che non è metabolizzato, è eliminato per via renale. L'emivita durante la fase di eliminazione è di circa 18 ore. La clearance renale del litio varia tra i soggetti fra circa 8ml/min a 40ml/min. Questo perché la clearance renale del litio può essere influenzata da molte variabili: restrizione di sodio, apporto di sodio, carico di acqua, furosemide, acido etacrinico, suppl. di potassio, spironolactone, sodio bicarbonato, aminofillina, caffeina, tiazidici (tratt. cronico).

Variazioni nell'equilibrio idroelettrolitico possono esercitare una marcata influenza sull'eliminazione renale del litio.

La frazione di litio riassorbita è proporzionale alla frazione di sodio riassorbita e sia il sodio che il litio sono trattati similmente dal rene.

Quando l'eliminazione del sodio scende al di sotto di 2 mmol al giorno la frazione escreta di litio può ridursi a circa il 50%.

Inoltre, tra i fattori di variabilità occorre anche ricordare che l'eliminazione del litio e la sua emivita sono soggetti a variazioni durante la notte che possono essere 2-3 volte i valori raggiunti durante il giorno.

Per il litio è di cruciale importanza un attento controllo della terapia. Le dosi terapeutiche variano da 5-10 mmol/die a 80-100 mmol/die.

Tabella 2: Frequenza e descrizione degli effetti collaterali durante la terapia con litio in 32 pazienti con cluster cronica. (Modificato da Ekblom, 1977).

Severità degli effetti collaterali	N (%)	Descrizione	N
Grave richiesta interruzione	4 (12,5%)	Mal di testa da litio	3
		Dolore addominale e vomito	1
Moderata possibilità di continuazione	8 (25%)	Tremore	5
		Confusione mentale	4
		Letargia	3
		Diarrea	3
		Insonnia	2
		Sensazione di testa vuota	2

I pazienti tollerano gli effetti tossici del litio in modo differente ed anche la velocità di eliminazione del litio varia considerevolmente tra i pazienti.

L'implicazione pratica è che la dose giornaliera necessaria in un paziente può provocare grave intossicazione in un altro.

Nella Tab.2 sono riportati alcuni degli effetti collaterali del litio riscontrati da Kudrow *et al.* In un altro studio Ekblom *et al.* riscontrava in alcuni pazienti effetti collaterali intollerabili e soprattutto tremore, diarrea e suggeriva un attento controllo della funzionalità renale e tiroidea. Il rischio di intossicazione deve essere circoscritto aggiustando la dose sulle concentrazioni plasmatiche. Tale indicazione è ritenuta vincolante all'uso del litio non solo in psichiatria ma anche nel trattamento delle cefalee. La possibilità di determinare il litio negli eritrociti ha attirato molto interesse, dato che alcuni autori hanno ipotizzato che la variazione nella risposta terapeutica potesse riflettersi sulla concentrazione intracellulare di litio piuttosto che sui livelli serici, ma in tal senso i risultati sono ancora troppo contraddittori per indicare una loro utilità clinica. Le stesse determinazioni nella saliva hanno determinato una riproducibilità intraindividuale troppo scarsa. Inizialmente, in base ai lavori di Ekblom, furono considerati come efficaci le concentrazioni seriche comprese fra 0.7 e 1.2 mmol/l anche se esistono alcune indicazioni che dimostrano che livelli più bassi tra 0.3 e 0.8

mmol/l sono egualmente efficaci.

I livelli di litio considerati terapeutici variano, negli eritrociti, tra 0.12 e 0.34 mmol/l ed alcuni autori sostengono che quando la tossicità del litio si verifica a concentrazioni seriche normali, potrebbe esistere una tossicità intracellulare del litio. In tutti i casi di tossicità, il trattamento consiste nella interruzione della terapia.

Non vi è alcuna particolare indicazione da seguire, se non aspettare la naturale eliminazione renale, o iniziare l'emodialisi se si teme per le condizioni del paziente.

D'altronde, l'esperienza sull'impiego del litio in campo psichiatrico ci permette di utilizzare le informazioni ottenibili, in particolare sulla relazione tra concentrazione di litio e sovradosaggio.

Pazienti con concentrazioni plasmatiche di litio alla 12<sup>a</sup> ora standard comprese fra 1.5 e 2.5 mmol/l non è detto che mostrino un'intossicazione da litio e siano in pericolo di vita, nonostante possano andare incontro a sintomi di leggera intossicazione quali apatia, sonnolenza, difficoltà nella parola, tremore, debolezza muscolare etc. Se il paziente presenta una ridotta funzionalità renale o quanto meno "resistenza" renale, egli può reagire in tali condizioni con una diminuzione della sua funzionalità renale e quindi l'eliminazione della sua funzionalità renale e quindi l'eliminazione del litio si riduce ed il quadro patologico può peggiorare, a meno che la dose di litio sia ridotta ed il trattamento interrotto. Quindi un valore di concentrazione plasmatica di litio alla 12<sup>a</sup> ora standard di 1.5 mmol/l dovrebbe essere guardato con preoccupazione sino a che ripetuti controlli non abbiano evidenziato che non sia correlato ad effetti tossici.

L'emodialisi è richiesta in tutti i casi in cui si abbiano concentrazioni plasmatiche superiori a 2.5 mmol/l anche se i sintomi di un'intossicazione non sono presenti, dato che questi ultimi possono comparire anche 2-3 giorni dopo, se non oltre. Anche quando la concentrazione del litio alla 12<sup>a</sup> ora standard è inferiore a 2.5 mmol/l, se la concentrazione plasmatica diminuisce meno del 10% in 3 ore, il paziente deve essere trattato con dialisi dato che è possibile che vada incontro ad anemia. È da tener presente comunque che, poiché la fase di equilibrio tra compartimento intracellulare ed extracellulare è molto lenta dopo la dialisi per effetto *re-bound*, si potrebbe avere un aumento dei livelli serici. La necessità di dosare i livelli plasmatici si accompagna anche al concetto di standardizzazione, almeno in relazione all'ultima assunzione del farmaco

(alla sera ) ed al prelievo di sangue (12 ore dopo).

Per una corretta standardizzazione:

a) il prelievo dovrebbe essere effettuato alla 12 ora dopo la dose serale e quindi al mattino;

b) il dosaggio giornaliero dovrebbe essere suddiviso in 2 o più dosi;

c) il regime di dosaggio ed il numero di dosi dovrebbero essere controllati almeno il giorno prima di prendere il farmaco;

d) condizioni di equilibrio dovrebbero essere assicurate;

e) dovrebbero essere impiegati preparati di litio di cui sia controllata la biodisponibilità.

In ultima analisi il litio è uno dei tre farmaci (oltre a cortisone ed ergotamina) che il terapeuta ha a disposizione per il trattamento e la profilassi delle cefalee a grappolo.

## RIFLESSIONI IN LIBERTÀ

# NON ACCENDETE AGLI SCONOSCIUTI

Ognuno di noi avrà avuto almeno una volta nella vita la seguente raccomandazione: «Se suona qualcuno alla porta non aprite. Capito!?». Oggi con i tempi che corrono si è maggiormente esposti ai pericoli, anche la televisione che sembrava nostra amica può al contrario rappresentare un grave pericolo, soprattutto per i più piccoli che dovrebbero farne uso solo in presenza dei genitori. La televisione dovrebbe essere relegata in posti irraggiungibili, un po' come per i medicinali. I genitori uscendo di casa dovrebbero raccomandarsi così: «Bambini, non accendete agli sconosciuti». Perché dico questo? perché è noto ormai a tutti che la televisione danneggia lo sviluppo psichico dei bambini creando nei più deboli una grave forma di depersonalizzazione che in medicina è conosciuta come la "Sindrome di Faith".

Eccovi il racconto di ciò che accadde a un noto giornalista che ricorda i suoi primi approcci con la televisione. Andava in onda il telegiornale, sul video l'immagine di Emilio Fede, al piccolo venne una gran voglia di toccarlo. Esaminò con cura l'apparecchio, verificò la provenienza delle immagini e con l'intento di entrare nel video, via cavo, afferrò con una mano la spina e infilò l'indice e il medio dell'altra nella presa: fu davvero una folgorazione!!!

Si udì un urlo per tutta la casa, subito i genitori accorsero e trovarono il bambino che in uno stato crepuscolare diceva: «TV, TV, TV, TV, TV».

Con urgenza fu portato da un videopatologo, il quale, attraverso un elettroencefalopolliceografia, riscontrò gravi alterazioni di frequenza. Era un televisore a sedici pollici, qualche pollice in più ed il bambino sarebbe morto. Alla terapia prescritta dal videopatologo i genitori si attennero scrupolosamente, il bambino non poteva vedere nessuna trasmissione televisiva, nemmeno Carosello. Fu per lui un vero e proprio trauma. Decise allora di impegnarsi a fondo negli studi con il preciso intento di diventare giornalista.

E così, dopo lunghi anni di scuola serale, dal momento che al mattino lavorava (!), venne il faticoso giorno degli esami. La com-

missione esaminatrice, composta dai migliori giornalisti della nazione, gli rivolse la seguente domanda: «Conosce la parola lup-polo?» Trionfante il giovane rispose: «Certo! è il nome di uno dei sette nani, precisamente di quello a cui piace la birra». La risposta disorientò a tal punto la commissione che, contrariamente a qualsiasi previsione, l'esito fu positivo. **PROMOSSO**.

Fu tanta la gioia del neogiornalista che dimenticò persino di ritirare il tesserino, ma ebbe il tempo di esclamare: «Eh! conosco tutto delle favole!?» Di lì a poco ad un congresso nazionale di giornalisti il tesserino fu ritrovato, era lì sul pavimento della sala. Lo raccolse da terra nientemeno che Enzo Biagi, e alla domanda: «Di chi è questo?» i giornalisti presenti risposero: «È di GAETANO!!!»

Luciano D'Agostino

---

**PAGINA SINDACALE a cura di Fernando Crudele**

---

*È nostra intenzione, da questo numero, dedicare la pagina sindacale ad un serrato confronto fra tutte le sigle sindacali per discutere sui temi più scottanti che riguardano la realtà medica nella nostra regione.*

*Il primo argomento di cui ci occupiamo è la trattativa decentrata regionale relativa al nuovo contratto unico di Medicina Generale. Si tratta di un momento importante per la medicina generale che, supportata anche dalle linee guida del nuovo Piano Sanitario Regionale, viene ad assumere un ruolo centrale nella medicina del territorio spostando il baricentro della spesa, con notevole risparmio e maggiore funzionalità, dall'ospedale al territorio stesso.*

*È una sfida difficile perchè comporta un aumento enorme del carico di lavoro per il medico di medicina generale. Ed è proprio per questa ragione che si avverte la necessità di impegnare al massimo tutte le figure presenti nella Convenzione/Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza, Medicina dei Servizi, Specialistica Ambulatoriale esterna, al fine di dare una risposta efficace e qualificata a quanto il nuovo assetto della medicina del territorio richiederà. Solo con questa "filosofia di gruppo", mettendo da parte definitivamente le tentazioni egoistiche, i medici di medicina generale saranno in grado di rispondere con successo alla sfida cui sono chiamati.*

*Il primo "contributo" che pubblichiamo sull'argomento è quello del dr. Vincenzo Scarabeo, segretario regionale della FIMMG.*

*Per dovere di cronaca ricordiam che lo stesso contributo è stato richiesto anche al sindacato SIMET; ma, al momento di andare in stampa, non lo abbiamo ancora ricevuto.*

---

## **TRATTATIVA REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE: PROPOSTE FIMMG**

La nuova convenzione per la medicina generale (DPR 484/96) da tempo pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale ha sancito, come è noto al Capo VI, con gli articoli 69/74, la parte più importante dell'intera convenzione. Detti articoli compongono nel loro insieme le esigenze sociali, economiche,

sanitarie, che nel tempo sono emerse nel campo della sanità nazionale in relazione a specifiche aspettative del Cittadino, del Medico di Medicina Generale e dello Stato, erogatore del servizio stesso.

In questa fase di trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale, anche la medicina

generale è chiamata a mutare i suoi comportamenti professionali per adeguare alle nuove esigenze le incongruenze emerse dalle radicali evoluzioni degli ultimi tempi.

Gli adempimenti fin qui compiuti perseguono lo scopo di attivare una diversa sanità, pur se nei limiti di finanziamenti contenuti, con il fine di conseguire il miglioramento della Qualità di Assistenza con un processo di razionalizzazione dell'impiego delle risorse economiche.

Il recente Accordo Nazionale con gli articoli del Capo VI intende conseguire la valorizzazione ed il potenziamento delle Cure Primarie mirando a ridurre il ricorso alle strutture di secondo livello (Ospedale), creando ed attivando sul territorio le opportunità per soddisfare la maggior parte dei bisogni reali del Cittadino, in analogia a quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale, approvato il 31.12.96.

I Medici di Medicina Generale, un tempo relegati ai margini dell'apparato sanitario, hanno subito per lungotempo una condizione di "subalterità" ad altre figure professionali sanitarie attraverso una visione "ospedalocentrica" che ancora ostentatamente soprav-

vive nonostante i D.L. 502/92 e 517/93. Ma nell'ultimo decennio i Medici di Medicina Generale hanno rivendicato ed acquisito un "ruolo centrale" nella sanità confermandolo e valorizzandolo con una consacrata "analisi dell'esistente, dimostrando un ruolo propositivo nelle dinamiche di cambiamento, testimoniato dalle capacità elaborative di cui la convenzione firmata è espressione".

Presso l'assessorato alla sanità della nostra regione con la gradita presenza dell'Assessore Astore e dei suoi collaboratori Prozzo e D'Addona si sono svolti numerosi incontri con i Sindacati dei Medici di Medicina Generale accreditati per definire e concludere la trattativa convenzionale sul Capo VI.

I punti sui quali si è trovata una ragionevole e sufficiente intesa sono stati:

— Aumentare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza ai malati cronici, ai portatori di gravi handicaps, agli anziani ed ai malati terminali consentendo, in tal modo, di porre sotto controllo una delle maggiori fonti della spesa per il Servizio Sanitario Regionale, attivando su tutto il territorio molisano l'assistenza domiciliare Programmata, Integrata, Cure

Palliative, Cure ai Pazienti Terminali.

— Migliorare l'accessibilità alla medicina generale, favorire lo snellimento delle procedure burocratiche con attivazione della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari, aumentare le qualità delle prestazioni, incrementare le tipologie di intervento.

— Concretizzare la razionalizzazione dell'assistenza creando un flusso continuo di DATI indispensabili a favorire un forte risparmio economico e l'uso razionale dei farmaci.

Eliminare le cause di ricorso "inappropriato" alla diagnostica e di laboratorio.

— Razionalizzare nei Distretti, per i Cittadini bisognosi, la acquisizione dei presidi sanitari: siringhe, presidi per incontinenza, prodotti dietetici, lettini, sedie a rotelle, materassi antidecubito.

— Consentire, previa razionalizzazione, l'accesso alle strutture di riabilitazione pubbliche e private. Incentivare lo spostamento dell'attività di primo intervento presso gli studi dei M. di M. G. ed i Distretti.

— Definire le caratteristiche dei pazienti da inserire nei programmi di assistenza domiciliare Programmata e Integrata.

— Favorire la Ospedalizzazione

a Domicilio.

— Individuare gli opportuni indicatori di Processo e di Verifica della Qualità delle prestazioni; valutare tutti i servizi disponibili, poter disporre dei DATI STORICI, conoscere con esattezza le RISORSE DISPONIBILI e calcolare le RICADUTE sugli operatori.

La parte pubblica e sindacale, consapevole della necessità di definire i tetti di spesa programmati anche per le altre prestazioni, hanno convenuto, infine, di concretizzare in tempi brevi:

- L' associazionismo medico; l'attivazione dei corsi per la qualifica degli "Animatori di Formazione"; la ridefinizione del ruolo del "Tutor" di medicina generale.

- Il collegamento telematico ai centri di prenotazione unificati delle A. USL e sistema informativo sanitario regionale.

- L'assistenza sanitaria nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (R S A) e nelle Strutture Sanitarie Protette.

Dr. Vincenzo SCARABEO  
Segretario Regionale  
F.I.M.M.G.

## **L'ADEGUAMENTO DELL'IMPIANTO ELETTRICO NELLO STUDIO ODONTOIATRICO**

La normativa attuale ci impone, a tutela dei nostri pazienti, di eventuali dipendenti e dell'operatore odontoiatrico, nonché delle apparecchiature utilizzate, una serie di interventi sull'impianto elettrico all'interno dello studio professionale. Scopo del presente articolo è chiarire, per quanto possibile, quali siano i passi necessari da seguire per il rispetto delle norme vigenti relative alla sicurezza degli impianti ed in particolare degli impianti elettrici. La legge 46/90 e le successive modificazioni ed integrazioni fissano dei criteri ben definiti sugli adempimenti da espletare in merito agli impianti elettrici all'interno degli edifici civili. Faccio presente ai colleghi che non ottemperare a quanto stabilito dalle normative suddette comporta sanzioni di tipo finanziario e, nel caso di incidenti a persone, responsabilità oggettiva di tipo penale; a ciò si può aggiungere un pericolo di restrizione alla propria attività professionale, in quanto i locali adibiti a studio professionale potrebbero essere dichiarati inagibili. Per le motivazioni addotte ritengo che le problematiche relative siano di particolare interesse per la nostra categoria. Ho ritenuto quindi utile chiedere chiarimenti al riguardo ad un tecnico professionista.

L'ingegnere Roberto Melfi, progettista di impianti elettrici, iscritto all'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Isernia, ha cortesemente risposto ad alcuni quesiti. A proposito dell'inquadramento generale della problematica l'ingegnere Melfi chiarisce:

«La legge 46/90 e le successive integrazioni, in realtà, non introducono novità dal punto di vista tecnico, ma individuano in modo definitivo le figure professionali ed amministrative in materia di progettazione, realizzazione e controllo degli impianti elettrici negli edifici civili. La stessa legge impone il rispetto di alcune nor-

me del comitato elettrico italiano (C.E.I.) che già esistevano alla data della pubblicazione della legge, e ad esse fa riferimento per quanto riguarda i criteri di scelta ed installazione degli impianti o degli eventuali adeguamenti. Per quanto riguarda gli studi odontoiatrici, gli ambienti sono da classificarsi soggetti a normative particolari, ed in particolare le modalità di realizzazione degli impianti elettrici in essi sono regolate, oltre che dalle norme di carattere generale, dalle norme C.E.I 64-4 "Impianti elettrici negli ambienti adibiti ad uso medico", che classificano tali ambienti come "Ambulatori medici di tipo A, con apparecchiature elettromedicali con parti applicate, senza anestesia generale". Quindi, così come dettato dalla 46/90 e relativo regolamento d'attuazione, l'impianto elettrico o il suo adeguamento all'interno di uno studio odontoiatrico deve essere progettato da un tecnico professionista, con competenza specifica, regolarmente iscritto ad albo professionale. In riferimento alla realizzazione degli interventi, essi dovranno essere realizzati da ditta qualificata, iscritta all'Albo delle imprese artigiane tenuto dalla Commissione Provinciale per l'artigianato, abilitata ai sensi dell'art.4 della 46/90; la ditta dovrà seguire in ogni sua parte il progetto elaborato, ed anche le eventuali varianti in corso d'opera dovranno essere autorizzate e documentate dal progettista stesso. Al termine dei lavori l'installatore dovrà consegnare regolare "Dichiarazione di conformità dell'impianto alla regola d'arte" ai sensi dell'art.9 della 46/90, compilata in ogni sua parte su apposito modello in cinque esemplari e corredata con gli allegati richiesti».

Ad una mia richiesta di schematizzare quello che un utente deve fare per il rispetto della legge in termini di impianti elettrici l'ing. Melfi chiarisce: «In termini operativi, l'operatore odontoiatrico, sia nel caso di nuovo impianto che sia nel caso più frequente di adeguamento di impianto esistente, deve seguire la seguente procedura:

1. Incaricare un tecnico professionista della progettazione e direzione lavori degli interventi da realizzare;
2. Acquisito il progetto in triplice copia, incaricare un installatore di fiducia, abilitato ai sensi di legge, della realizzazione degli impianti;
3. Concordare con il progettista e l'installatore una giusta tempistica dei lavori, in modo da non avere disagi all'attività professionale dello studio medico;

4. Farsi rilasciare dalla ditta la Dichiarazione di conformità;
5. In caso di richiesta di agibilità dei locali interessati, depositare al Comune copia della dichiarazione di conformità;
6. Conservare la documentazione cartacea con cura per essere pronti ad esibirla in caso di controllo da parte degli organi preposti.

A questo punto le imposizioni di legge sull'impianto elettrico derivanti dalla 46/90 sono state assolte. Comunque si ricorda che lo studio odontoiatrico è inoltre soggetto a tutte le norme generali relative alla sicurezza sul lavoro, ed in riferimento ad esse, ed in particolare a quelle riguardanti gli impianti elettrici, si segnala come *sia obbligatorio, dopo la realizzazione degli interventi, inoltrare denuncia dell'impianto di terra e del sistema contro le scariche atmosferiche presso gli uffici ISPESL locali*. La compilazione degli appositi modelli e la preparazione dei documenti allegati a tale denuncia può presentare difficoltà tecniche non irrisorie, per cui a tal proposito si consiglia di chiedere l'assistenza al tecnico professionista che ha curato la progettazione e la realizzazione degli interventi.»

Successivamente, ho chiesto chiarimenti in relazione al più vasto problema delle norme che regolano il rispetto della sicurezza del lavoro; l'ing. Melfi, senza entrare nel dettaglio tecnico del problema, ha risposto: «Per quanto riguarda la sicurezza sul lavoro, l'attuazione della stessa comporta interventi su molti aspetti tecnologici ed operativi, di cui l'adeguamento dell'impianto elettrico è solo una parte. Tutta la materia è disciplinata dalla legge 626/94 e dalla successiva modificazione con legge 242/96: queste impongono il rispetto di alcuni parametri operativi che limitano la probabilità di incidenti sul lavoro. In questo breve colloquio non ritengo opportuno entrare nei dettagli, anzi la materia specifica può essere oggetto di altri incontri. Voglio solo ricordare che gli adempimenti da espletare per il rispetto delle norme vigenti in termini di sicurezza sul lavoro sono, visto il numero di norme coinvolte e la loro dinamicità, di complessa applicazione; quindi concludo affermando che il rispetto delle stesse può essere garantito solo avvalendosi della collaborazione di operatori specializzati, sia in termini di progettazione che in termini di realizzazione degli interventi.»

# I medici e l'arte



I giorni 15, 28 e 29 dicembre 1996, presso il teatro "Il Millimetro" di Isernia e il 10 e 13 gennaio c.a., per i ragazzi delle scuole, sono andati in scena due atti unici: «Ricordando», adattamento di Giampaolo D'Uva e Gianni Lubrano, e «La Journata», di Franco Ciampitti, mirabilmente interpretata dallo stesso Giampaolo D'Uva.

Si è trattato del gradito ritorno sulle scene di un collega che, senza ombra di dubbio, ci sentiamo di indicare come l'unico vero interprete del teatro dialettale isernino.

Il Comitato di redazione di *Aesernia Medica* nel rinnovargli i complimenti per la brillante performance e nell'invitarlo, da queste pagine, a dare, nei limiti di tempo che la professione gli consente, continuità al suo impegno, ne traccia un brevissimo profilo artistico.

L'esordio come attore di Giampaolo D'Uva risale agli anni sessanta, durante i quali si cimentò in alcune piccole parti con i giova-

ni dell'ACRI (Associazione Cattolica Ricreativa): ricordiamo, in quegli anni, una parte da comparsa in una riedizione teatrale del «Quo Vadis ?» e, protagonista di diversi schetch. Nel '73 lo ritroviamo nei panni di Giuda, nella «Passione di Cristo».

Ma il vero esordio nell'arte dialettale, nella parte di un personaggio napoletano, risale al 1975 nella commedia «Mastro Serafino Schioppetta», scritta da Ubaldo D'Agostino con riadattamento dello stesso D'Uva e portata in scena dalla compagnia ACRI (della stessa commedia era già stato protagonista in una versione del 1969).

L'anno successivo lo vediamo di nuovo protagonista indiscusso in «Mo' zè sposa Celestrine» di Sabino D'Acunto. Nel 1977 in «E' menute Celestrine» di Vincenzo Viti, raggiunge la piena maturità artistica.

Dopo quest'ultimo impegno, un lungo silenzio durato diciotto anni e poi «La Jurnata».

Tenuto conto della *verve* dimostrata in questa ultima fatica, non intaccata minimamente dalla lunga pausa, è auspicabile che lo stesso dia, in futuro, più continuità al suo impegno per non disperdere un patrimonio artistico di indiscutibile e genuina qualità .

## RASSEGNA STAMPA

Sarà la "Ceinge", società consortile presso l'Università Federico II di Napoli, a gestire il Centro del CNR che sorgerà a Pesche. Si tratta di un edificio di 11.000 mq, sviluppato su 4 piani di cui uno interrato. Ospiterà locali e laboratori di Fisiologia umana, Medicina dello Sport, Genetica e Biotecnologia e Riabilitazione (*Il Tempo-Molise* - 8 gennaio 1997).

La *Food and Drug Administration* ha proposto di ritirare dal mercato USA il "Seldane" (Teldane in Italia) uno dei più noti medicinali antistaminici. Secondo l'ente federale americano di vigilanza sui farmaci, il principio attivo di questo antiallergico è sospettato di aver provocato, in associazione con alcuni antibiotici, la morte di alcuni pazienti. (*Il Sole 24 ore* p.11 - *Il Giornale* p. 12 - 15 gennaio 1997).

La CUF ha sospeso cautelativamente due farmaci a base di estratti timici, il "TP" e la "leucotrofina" ed ha avviato le procedure per il ritiro dell'autorizzazione al commercio. Secondo quanto dichiarato da Adriana Ceci e Silvio Garattini, il provvedimento è stato preso nell'ambito delle precauzioni decise dall'Unione Europea in campo farmaceutico per la prevenzione dei rischi di trasmissione legati alla "encefalopatia spongiforme bovina" (*Il Giornale* p.11 - *La Repubblica* p. 22 - *Il Sole 24 ore* p. 16 - 21 gennaio 1997).

Come misura cautelativa il ministero della Sanità ha disposto il sequestro in tutta Italia del vaccino antimeningite HibTiter. "Il sequestro - afferma il ministero - è stato disposto attraverso il dipartimento di Farmacovigilanza, nell'ambito di una strategia finalizzata a rimuovere progressivamente dal mercato tutti i medicinali per la cui produzione trovino impiego tessuti di origine bovina, appartenenti alla prima classe di infettività (cervello, fegato, midollo). Il provvedimento - aggiunge una nota del ministero - disposto il 17 gennaio scorso, non è collegato ad alcuna modifica di effetti avversi sulla salute, ma si basa sul parere dell'Istituto Superiore di Sanità e della CUF. (*Tutti i giornali* - 27 gennaio 1997).

Verso la definitiva attuazione il progetto Pass, servizio di prenotazione ed assistenza sanitaria specialistica. I direttori generali delle aziende sanitarie molisane hanno delegato il D.G. della ASL di Campobasso, ad approvare il progetto esecutivo del Pass. Il sistema permetterà ai cittadini-utenti di prenotare, tramite terminale, le prestazioni sanitarie specialistiche da qualsiasi angolo della regione. (*Il Tempo - Molise - 31 gennaio 1997*).

Il rapporto di lavoro che lega il medico convenzionato e l'USL esula dall'area del pubblico impiego, visto che difetta la subordinazione e rientra a pieno titolo nell'ambito della prestazione d'opera professionale, sia pure con i connotati di collaborazione continuativa e coordinata. Il principio è stato affermato dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione con la sentenza 23 maggio-23 novembre 1996 n. 10378 (*Il Sole 24 ore p.23 - 4 febbraio 1997*).

*La Repubblica* (p. 19 - 6 febbraio 1997), dà notizia di un disegno di legge sull'immigrazione in cui vengono fissate nuove norme in materia di attività professionale sanitaria. Per i medici extracomunitari sarà sufficiente sostenere l'esame di abilitazione professionale per poter svolgere l'attività a parità di trattamento con i cittadini italiani.

Tra le principali proposte per la riforma dello stato sociale c'è quella di rivedere complessivamente il Servizio Sanitario Nazionale, dove lo stato dovrà svolgere soprattutto un ruolo di controllore e garante del sistema, piuttosto di erogatore-gestore, di rivedere il sistema delle esenzioni e della compartecipazione alla spesa per la salute, pensando a nuovi ticket sui ricoveri e ad un contributo per l'assistenza di base; di procedere ad una revisione della politica del farmaco, e di creare una rete di ospedali specializzati. Fra le ipotesi avanzate dalla Commissione c'è anche quella di modificare il sistema di retribuzione dei medici di famiglia passando dal sistema a quota capitaria ad un sistema legato "all'effettivo carico di lavoro". (*tutti i giornali - 12 febbraio 1997*).

Su tutti i giornali (12 febbraio 1997) viene dato ampio risalto alle dichiarazioni di Luc Montagnier secondo il quale entro tre anni potrà essere disponibile un vaccino contro l'AIDS. Lo scienziato ha anche affermato che già oggi esistono tre pillole che, prese entro 24 ore dal contagio, hanno il potere di bloccare il virus. Secondo Ferdinando Aiuti questo Kit anticontagio, a quasi tre mesi dal via da

parte della Commissione Nazionale AIDS, viene adottato solo dal Policlinico di Roma.

Su *Il Messaggero* (p. 5 - 19 febbraio 1997), un articolo dal titolo "il dottore sceglierà i suoi pazienti" Secondo indiscrezioni trapelate dalla Commissione istituita a Palazzo Chigi per studiare la riforma dello stato sociale, i medici di famiglia in un prossimo futuro potrebbero essere retribuiti per "quota capitaria pesata". Sarebbero i medici a decidere quali malati curare: alcuni darebbero la propria disponibilità per seguire anziani, handicappati e persone con patologie gravi, altri si rivolgerebbero a bambini e ad una fascia media di popolazione con malattie non particolarmente importanti. Sul piano economico il medico con pazienti più impegnativi riceverebbe una retribuzione maggiore.

Mani libere alle Casse Autonome di Previdenza in materia di regime sanzionatorio e di condono per le inadempienze contributive dei professionisti iscritti. Il Ministero del lavoro ha definito il provvedimento che integra il provvedimento legislativo n. 509/94 (*Italia Oggi*, p.33 - 27 febbraio 1997)

---

---

## AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE

---

---

### RINNOVO COMMISSIONI CONSULTIVE PERMANENTI

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Isernia deve provvedere a rinnovare le COMMISSIONI CONSULTIVE PERMANENTI (CCP), che sono:

- Rapporti tra categorie mediche;
- Intersindacale medica;
- Aggiornamento e formazione professionale;
- Cultura, hobbies e tempo libero;
- Pubblicità sanitaria;

Deontologia - Parcelle e tariffe;

Previdenza e assistenza;

Rapporti con Enti Istituzionali Pubblici e Privati Industrie Farmaceutiche altri Ordini Professionali;

Psicoterapia e altre Professioni para-sanitarie;

Problematiche giovani medici e occupazione;

Condizione donne medico (AIMD);

Club medici pensionati;

Associazione medici volontari;

Ecologia ed ambiente;

Osservatorio sulla stampa.

Tutti i medici interessati possono dare la propria adesione presso la segreteria dell'Ordine (ad eccezione delle Commissioni n.5-6-7, di competenza del Consiglio Direttivo).

**SI RENDE NOTO AGLI ISCRITTI CHE E' IN FUNZIONE PRESSO QUEST'ORDINE PROFESSIONALE IL COLLEGAMENTO CON INTERNET. LA SEGRETERIA E' A DISPOSIZIONE PER QUALSIASI INFORMAZIONE CIRCA IL SUO UTILIZZO DA PARTE DEI MEDICI INTERESSATI**

SI INVITANO I COLLEGHI INTERESSATI A CONSEGNARE PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ORDINE PROV.LE DEI MEDICI DI ISERNIA LA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AD EVENTUALI SPECIALIZZAZIONI PER INSERIRE I DATI NELL'ALBO.

---

### **NASCITE**

AUGURI AL DOTTOR LUCIANO CUTONE E SIGNORA, AL DOTTOR ALBERTO CHIARA E SIGNORA E AL DOTTOR GIUSEPPE ANGELONE E SIGNORA PER LE NASCITE CHE HANNO ALLIETATO LE LORO FAMIGLIE.

---

### **LAUREE**

AUGURI AL DR. FILIPPO SAMUELE PER LA LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA CONSEGUITA DALLA FIGLIA ALBERTA.

## RINNOVATO IL DIRETTIVO PROVINCIALE DELL'AMCI

Il giorno 27.2.1997, alle ore diciassette, presso la sede dell'ordine dei Medici Chirurghi ed odontoiatri della Provincia di Isernia si è riunita l'assemblea dell'AMCI (associazione medici cattolici italiani), sezione di Isernia, per il rinnovo delle cariche sociali.

Sono risultati eletti:

*Presidente*

Dott.ssa Rita Di Pilla

*Vice Presidente*

Dott. Morgantini Pier Maurizio

*Segretario*

Dott.ssa Tartaglione Maria

*Tesoriere*

Dott.ssa Evangelista Antonia

Continua la sua opera di assistente ecclesiastico il Sac. don Mario Lago

Durante il dibattito in assemblea si è ribadito che medico cattolico significa rispetto profondo del malato in una dimensione etica.

Il rispetto dei diritti del malato dovrà condurre il medico cattolico ad una esemplare testimonianza, non limitata all'obbedienza delle norme ma a porre in essere azioni responsabili frutto di una acclarata professionalità. Il medico cattolico è l'espressione di un impegno profondamente umano, svolto come attività non solo tecnica ma di dedizione verso la persona umana nella sua totalità.

***Il direttivo dell'AMCI invita tutti i medici ad iscriversi alla sezione Provinciale di Isernia***