# AESERNIA MEDICA

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

Capracotta (Isernia)

ANNO II, n. 3, luglio / sett. 1995 – Trimestrale

**REDAZIONE**

**Direttore responsabile**
Natalino Paone

**Comitato scientifico**
Giuseppe Biondi
Filoteo Di Sandro
Francesco Paolantonio
Florindo Pirone

**Coordinatori Editoriali**
Luciano D'Agostino
Maria Teresa La Forza
Angelo Trabassi

**Comitato di Redazione**
Italo Marinelli
Michele Notario
Ersilia de Marco
Carlo Olivieri
Andrea Scalia

**Consiglio Direttivo**
Tartaglione Sergio, Presidente
Minicucci Nicoletta, v. Presidente
De Mutiis Maria, Tesoriere
Zaccarella Antonio, Segretario
Bucci Luigi, Consigliere
Crudele Fernando, Consigliere
Forte Salvatore, Consigliere
Petescia Eugenio, Consigliere
Samuele Filippo, Consigliere
Berchicci Giorgio, Cons. Odont.
Testa Mario, Cons. Odontoiatri

**Collegio Revisori**
Alfieri Linda, Presidente
Primerano Savina, Revisore
Volpacchio Alfredo, Revisore
Tartaglione Maria, Rev. Supp.te

**Commissione Odontoiatri**
Berchicci Giorgio, Presidente
Testa Mario, Segretario
Canè Danilo
Carlomagno Francesco P. M.
Di Cristinzi Trino

**ANNO II, n. 3**
**luglio/sett. 1995 -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 ..... 5

SPAZIO APERTO ..... 7

BOLLETTINO SCIENTIFICO ..... 9

PAGINA DELLA CULTURA ..... 22

PAGINA DEGLI ODONTOIATRI ..... 25

CRONACHE SINDACALI ..... 26

AVVISI E NOTIZIE ..... 27

## EDITORIALE

Il Consiglio Nazionale della Federazione degli Ordini ha approvato a giugno il nuovo Codice di Deontologia Medica il cui campo di applicazione è estremamente ampio ed innovativo.

Il consiglio direttivo del nostro Ordine, nell'invitare tutti i colleghi a prenderne visione, intende con fermezza richiamare l'attenzione di tutti gli iscritti su alcuni aspetti.

**1) Compiti ed i doveri generali del medico.**

L'indipendenza e dignità nell'esercizio della nostra professione non può farci soggiacere a interessi personali o a suggestioni di mercato che troppo spesso stravolgono conoscenze scientifiche e valori etici.

Nessuno può utilizzare la propria condizione di medico a fini personali o ricevere vantaggi professionali dal suo impegno in cariche pubbliche.

Prestazioni di urgenza in qualunque luogo e circostanza, segreto professionale riservatezza di ogni documentazione clinica, autonomia nella scelta degli accertamenti diagnostici e terapeutici, aggiornamento e formazione professionale permanente sono obblighi ben precisi non slogan.

**2) Rapporti con il paziente.**

Il paziente non è oggetto-malattia ma persona con diritti cui garantire sempre impegno e competenza, continuità delle cure, consenso informato, tutela ed assistenza specie se minore o anziano o portatore di handicap o malato terminale.

Il medico mai può effettuare trattamenti diretti a menomare l'integrità fisica e psichica del paziente, è tenuto a fornire ai singoli ed alla coppia ogni corretta informazione in materia di sessualità-riproduzione-contraccezione, ha limiti ben precisi nelle sperimentazione clinica e ricerca biomedica.

**3) Pubblicità sanitaria.**

Sono assolutamente vietati volantini o calendari con l'indirizzo del medico, pubblicità su giornali non medici, targhe non autorizzate, titoli professionali fasulli, articoli di stampa o interventi radio-televisivi direttamente o indirettamente laudatori, prescrizioni su carta intestata a società di lucro e senza il proprio timbro, prestanomismo, patrocini ed avalli ad istituzioni e prodotti sanitari e parasanitari di esclusivo interesse commerciale: oltre alla denuncia all'autorità competente si incorre nella sanzione disciplinare di sospensione dall'Ordine.

**4) Rapporti con i colleghi.**

Bisogna ispirarsi sempre ai principi della solidarietà, assistere i colleghi senza fini di lucro salvo il diritto al recupero delle spese.

Le consulenze tra curanti e specialisti esigono un chiaro dialogo o relazioni scritte nel reciproco rispetto personale e professionale al fine di raggiungere un programma terapeutico concordato.

**5) Rapporti con i terzi.**

Qualsiasi attività in forma associativa (accordi, contratti, convenzioni) va sottoposta preventivamente all'approvazione dell'Ordine.

Il medico non può accettare condizioni in termini di tempo o di onorari in contrasto con le vigenti norme legislative ed ordinistiche e lesive della dignità ed autonomia professionale, non può collaborare con o favorire chiunque eserciti abusivamente anche nel settore delle pratiche alternative.

**6) Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e con Enti pubblici e privati.**

Qualora si verifichi contrasto tra norme deontologiche e quelle dell'Ente pubblico o privato per cui il medico presta la propria attività professionale, si deve chiedere l'intervento dell'Ordine per salvaguardare i propri diritti e quelli degli assistiti.

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura per cui opera che le sue prestazioni si svolgano nella disponibilità di tempo e nelle condizioni idonee all'espletamento dei suoi compiti, deve sottrarsi al cumulo degli incarichi e all'eccesso di prestazioni e denunciare tempestivamente all'Ordine le condizioni che possono pregiudicare l'efficacia e la sicurezza della sua opera professionale.

L'Ordine è infatti istituzione giuridicamente e culturalmente legittimata a tutelare la professionalità medica e quindi a proporre soluzioni e suggerimenti alle competenti autorità sanitarie.

**7) Attività nel campo della medicina pubblica.**

Il medico è tenuto a partecipare ad ogni programma finalizzato alla tutela della salute nell'interesse della società (malattie infettive, mentali e lavoro, tossicodipendenze).

Per concludere.

Tutti gli iscritti devono considerare l'Ordine ed il Bollettino come il punto di riferimento più consono per approfondire e risolvere tutte le problematiche, personali ed istituzionali, che riguardano la tutela della professione medica, la difesa della vita e della salute psico-fisica dell'uomo, il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e dignità della persona e senza alcuna discriminazione.

*Sergio Tartaglione*

VITA DELL'ORDINE di A. Volpacchio

# Trasparenza ordinistica: delibere consiglio direttivo.

**RIUNIONE DEL 01.06.1995**

Delibera n. 63/95
Iscrizione Albo Medici Chirurghi dott. Falvo Salvatore

Delibera n. 64/95
Autorizzazione targa pubblicitaria

Delibera n. 65/95
Autorizzazione targa pubblicitaria

Delibera n. 66/95
Vidimazione parcella professionale

Delibera n. 67/95
Esame esposto

Delibera n.68/95 Documento su uso diversificato somme per edilizia sanitaria USL di Isernia.

**RIUNIONE DEL 29/06/1995**

Delibera n.69/95
Iscrizione Albo Medici Chirurghi Dr.Ciarlante Maria

Delibera n.70/95
Iscrizione Albo Medici Chirurghi Dr. Carlomagno Marco

Delibera n.71/95
Iscrizione Albo Medici Chirurghi Dr. Garofalo Silvi.

Delibera n.72/95
Vidimazione parcella professionale

Delibera n.73/95
Autorizzazione targa pubblicitaria

Delibera n.74/95
Diffide per pubblicità sanitaria non conforme

Delibera n.75/95
Nomina gruppo di lavoro per studio nuovo regolamento dell'Ordine

Delibera n.76/95 Atto formale per integrazione rappresentanti G.M. e Med. dei Servizi nel Consiglio dei Sanitari

Delibera n.77/95

Richiesta documentazione organi competenti pratica pubblicità sanitaria Dr. F.F.

Delibera n.78/95
Sospensione decisione su pratica Dr. D.Z.F. per ricorso Commissione

Delibera n.79/95
Nota all Assessorato Reg.le Sanità su società in Odontoiatria

Delibera n.80/95
Orario di lavoro dipendente A.S.

Delibera n.81/95 sostituzione dipendente A.S. per ferie

Delibera n.82/95
Carichi di lavoro personale dipendente

**RIUNIONE DEL 12/07/1995**

Delibera n.83/95
Iscrizione Albo Medici Chirurghi Dr. Bertone Antonella

**ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PROVINCIA DI ISERNIA ISCRITTI AL 15/09/1995**

| | |
|---|---|
| ALBO MEDICI CHIRURGHI | 549 |
| ALBO ODONTOIATRI | 47 |
| DOPPIE ISCRIZIONI | 36 |
| TRASFERITI AD ISERNIA | 2 |
| TRASFERITI DA ISERNIA | 2 |
| CANCELLATI (a richiesta) | — |

## LEGGI, DECRETI, SENTENZE di A. Volpacchio

**G.U. n. 112 del 16.05.1995**

Comunicato Ministero Sanità: sospensione dell'efficacia del D.M. 18/02/94 recante: "integrazione allo schema-tipo di convenzione tra USL ed Enti, società cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope".

**G.U. n.117 del 22.05.1995**

D.L. 19/05/95 n.184: Provvedimenti urgenti in materia di specialità medicinali.

D.L. 17/03/95 n.185: Attuazione della direttiva 92/73/CEE in materia di medicinali omeopatici.

**G.U. n.125 del 31.05.1995** (supplemento ordinario n.65)

D.P.C. 19/05/95: Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari".

**G.U. n.127 del 02.06.1995**

Decreto 31/01/95: Criteri di classificazione degli ospedali specializzati.

**G.U. n 128 del 03.06.1995**

D.L. 02.06.1995 n.219: norme in materia di istituti e personale appartenenti al S.S.N.

Provvedimento 29/05/95 C.U.F.: Aggiornamento delle note riportate nel provvedimento 30/12/93 di riclassificazione dei medicinali, e successive modificazioni.

**G.U. n.131 del 07.06.1995**

Provvedimento 10/04/95 C.U.F.: Aggiornamento delle note riportate nel provvedimento 30/12/93 di riclassificazione dei medicinali e successive modificazioni.

**G U n. 136 del 13.06.1995**

C.U.F.- Provvedimento 10.04.95: modifiche ed integrazioni al provvedimento 30/12/93 di riclassificazione dei medicinali e successive modificazioni.

**G.U. n.150 del 29.06.1995**

Ministero Sanità: applicazione del D.M. 14/12/94 relativo alle "tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi ed i servizi extra-ospedalieri.

**G.U. n.151 del 30.06.1995**

D.L. 30/06/95 n.261: disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità.

**G.U. n.155 del 05.07.1995**

Decreto 01/06/95: esonero di alcune specialità medicinali dall'obbligo di vendita su prescrizione medica.

**G.U. n,167 del 19.07.1995** (supplemento ordinario n.88)

D.M. 11/05/95: modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico.

**G.U . n.170 del 22.07.1995**

D.L. 21/07/95 n.294: provvedimenti urgenti in materia di prezzi di specialità medicinali, nonché in materia sanitaria.

**G U n.180 del 03/08/1995**

D.L. 03/08/95 n.320: norme in materia di istituti e personale appartenenti al S.S.N.

**G.U. n. 185 del 09/08/1995**

Avviso di rettifica: comunicato relativo al D.L. 03/08/95 n.320: "norme in materia di istituti e personale appartenenti al S.S.N."

**G.U. n. 202 del 30/08/1995**

D.L. 28/08/95 n.362: disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità.

# XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Alcologia

**Milano, Ottobre 1995**

## VALUTAZIONE CON CAGE-MODIFICATO DEL CONSUMO DI ALCOOL NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA DELL'ALTO MOLISE

**Di Biase P. Di Nucci A. KNIAHYNICKI C., Resp. Ser.T Agnone (Is)**

Per valutare il consumo di alcool in una popolazione giovanile studentesca nel territorio dell'Alto Molise, area tipicamente rurale, che consta di 15.000 abitanti, ASL più piccola dell'Italia, abbiamo utilizzato, come mezzo di screening il cage modificato con quattro domande chiave celato fra altre venti non pertinenti. Il test veniva considerato positivo.
La parte sperimentale della ricerca è stata preceduta da una serie di riunioni preliminari tra gli operatori del Ser.T di Agnone ed il personale docente delle scuole prescelte per l'indagine, al fine di illustrare modalità e scopi della stessa.
Abbiamo testato 493 studenti di età compresa fra 13 e 20 anni, di cui 129 della III media inferiore e 364 delle scuole media superiori. 43 test sono risultati incompleti, 450 test sono risultati validi, di cui 196 (43%) positivi; la prevalenza è del 40% . Rispettivamente il 59% ed il 26% dei 237 maschi e delle 213 femmine esaminate risultano positive. I maschi e le femmine della III media sono positivi rispettivamente per il 49% ed il 17%. I maschi della scuola professionale (ITIS) e del Liceo Scientifico sono positivi rispettivamente per il 73% ed il 39%, mentre la controparte femminile (IPSIA-Liceo) lo era rispettivamente del 41% ed il 23%.
I nostri dati dimostrano la necessità di istituire dei programmi di prevenzione a vari livelli al fine di ridurre il consumo di alcool tra i giovani. Ulteriori studi sono necessari per individuare possibili fattori a rischio.

SPAZIO APERTO

MICHELE NOTARIO
Medico di Medicina Generale
a Capracotta U.S.L. n. 1 Alto Molise

# *VRQ:*

## *un obiettivo per il Medico di Medicina Generale*

Si è soliti dire che la Medicina Generale svolge un ruolo centrale all'interno del S.S.N., così come si insiste sull'importanza delle prestazioni erogate dal Medico di famiglia come primo contatto del cittadino con il mondo della Sanità.
Va quindi diffondendosi l'esigenza di valutare l'assistenza sanitaria anche da parte dei cittadini utenti, sia in termini di risultato, sia in termini di "accettabilità" delle cure (facilità di approccio al S.S.N., attenzione loro prestata, tempi di attesa).
Uno dei principali problemi nella promozione della qualità è quello di motivare i medici a partecipare alle attività di VRQ insieme a quello di creare nel proprio modo di operare uno spontaneo riferimento a queste procedure.
In generale, da alcune esperienze di colloqui con colleghi, noi medici di medicina generale percepiamo le *attività valutative* come una "minaccia" o quantomeno come un'ingerenza nella nostra attività professionale: non avendone esperienza, la mancanza di consuetudine crea distacco, se non ostilità.
In linee molto essenziali, si può definire la VRQ come "un'attività pianificata e ciclica costituita da un processo a tappe sequenziali ben definite":
- analisi dei problemi di qualità e selezione di quelli ritenuti prioritari
- scelta dei criteri di buona qualità delle cure.
- individuazione delle carenze ed analisi delle procedure per cambiare,
- rivalutazione a distanza per l'analisi dell'avvenuto cambiamento.

Uno dei metodi più sperimentati, soprattutto all'estero ma anche in Italia, è quello dell'utilizzo del "gruppo di pari" di solito un gruppo di medici di Medicina Generale i quali abbiano consuetudine di incontri di aggiornamento e di discussione dei problemi che si presentano nella pratica quotidiana.
Questo metodo, detto "di revisione tra pari", permette la libera discussione tra colleghi che operano a pari dignità professionale e nello stesso contesto professionale ed è l'approccio più semplice alla VRQ per mettere in atto cambiamenti profondi del modo di agire dei medici coinvolti. Indubbiamente è fondamentale che, per lo meno nelle fasi di avvio di questa che

dovrebbe divenire una consuetudine di incontri, vi sia una direzione e consulenza da parte di colleghi che abbiano già nel proprio bagaglio professionale cicli formativi sull'argomento.
In fig.1 si fornisce la sintesi grafica nel modello proposto. Il metodo della VRQ in Medicina Generale è patrimonio ancora di pochi. Se da un lato lo Stato ha riconosciuto alla VRQ la dignità di strumento capace di concorrere a promuovere la qualità dell'assistenza, introducendo tale metodo nel D.P.R. 28.08.90 n. 314 (art. 40), d'altro canto la VRQ è uno strumento completamente nuovo per i medici italiani ed essa va promossa dal S.S.N. e dal mondo professionale con convinzione e pervicacia.
Per i medici di Medicina Generale già operanti, si possono formulare due piani di intervento: il primo caratterizzato dall'inserimento del tema della VRQ in piani organici di formazione; il secondo può prevedere la VRQ come pratica professionale codificata e regolamentata come compito professionale aggiuntivo all'interno della futura, speriamo prossima, Convenzione per la Medicina Generale.
Si spera che la VRQ possa agire da stimolo in quelle situazioni professionali che stancamente ricalcano una routine quotidiana, spesso motivo di disaffezione e di isolamento professionale. Ma senza dubbio, nel grande orizzonte della VRQ, possiamo dire che fare della Verifica e Revisione della Qualità nella Medicina Generale diventerà necessario per ridefinire un ruolo di centralità operativa, manageriale e professionale, del Medico di Medicina Generale.

**Bibliografia:**

Gottardi, *Verifica di Qualità in medicina generale*, 1994

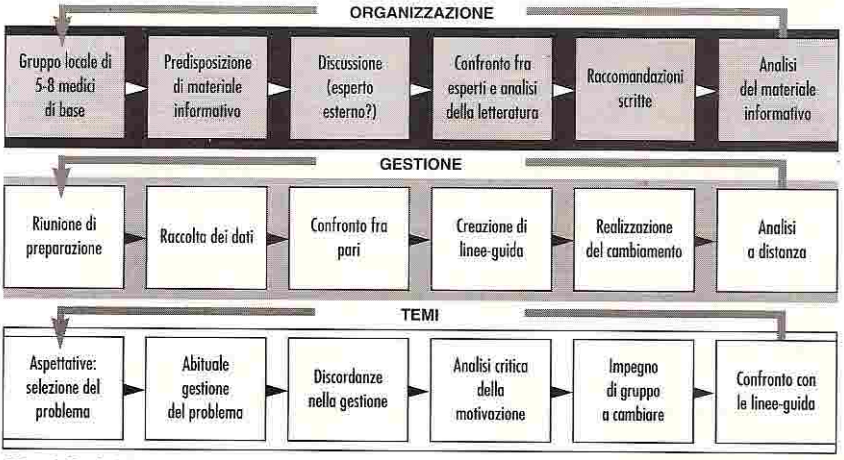


**Fig. 1. Fasi della revisione tra pari** (Elaborazione G. B. Gottardi, 1994.)

BOLLETTINO SCIENTIFICO

# I trapianti d'organo in Italia

In Italia nel 1994 il numero di prelievi di organi e dei trapianti eseguiti è aumentato rispettivamente del 23 e del 20 per cento.

I fattori che hanno determinato questi risultati sono stati primo tra tutti la legge sull'accertamento della morte. Un ruolo importante è stato inoltre giocato dalla positiva campagna d'informazione circa il consenso al prelievo multiorgano espresso dai genitori di Nicholas Green, il bambino americano ucciso drammaticamente in Calabria. Inoltre sono da considerare tutte le iniziative d'informazione e di coinvolgimento degli operatori sanitari avviate da Regioni, ospedali e associazioni culturali.

Tuttavia la situazione rimane difficile e c'è ancora , molto da lavorare per portare il nostro Paese a livelli vicini allo standard medio europeo.

Nel 1990 l'Italia era al penultimo posto nell'attività di prelievo d'organo in Europa con 7 prelievi per milione di abitanti e nel 1992 passava all'ultimo posto con solo 5,2 prelievi per milioni di abitanti.

Nel 1992 in Italia sono stati attuati 591 trapianti di rene, poco più di 10 per milione di abitanti, un terzo rispetto alla media europea.

Nonostante l'incremento dei trapianti d'organo dopo il '92 l'Italia rimane nettamente al di sotto della media europea e nord-americana e gli organi disponibili sono pertanto enormemente inferiori alle necessità: a fronte di 9000 malati in attesa di trapianto, si riescono ad effettuare solo 500/600 trapianti annuali. Certamente lo sviluppo dei trapianti è subordinato ad una legislazione più favorevole. Nel nostro come in altri paesi vige la regola del "presunto non consenso" per cui una persona è ritenuta contraria alla donazione dei propri organi a meno che egli in vita o i propri familiari al decesso non ne diano espressamente il permesso. Certamente il passaggio ad una normativa di "consenso presunto" aumenterebbe la percentuale dei donatori e non a caso nei paesi europei in cui tale legge è operante c'è il massimo rapporto tra numero di donatori e popolazione. A fronte di queste difficoltà si rende necessaria una campagna di informazione indirizzata a tutti i cittadini, quanto più corretta possibile e da condursi nel modo più capillare.

L'AIDO, in considerazione dell'ampio numero di iscritti, un milione circa, e

dell'organizzazione che le permette una presenza significativa in tutto il territorio nazionale, riveste un ruolo importantissimo.

Gli operatori sanitari possono, d'altra parte, dare un contributo determinante attraverso la divulgazione della cultura della donazione degli organi e la corretta informazione sulle gravi insufficienze d'organo. Il medico generale ha presso i propri pazienti un ascendente del tutto particolare e potrebbe rappresentare un "tramite promozionale" di primaria importanza. È solo promuovendo quella cultura della donazione che il settore dei trapianti potrà sviluppare un'attività quantitativamente corrispondente ai bisogni della popolazione.

A tale proposito si ricorda ai colleghi medici che il giorno 28/06/1995 sono state costituite le sezioni comunali e provinciali dell'AIDO. La sede è attualmente ubicata presso l'Ufficio Amico dell'Ospedale "F. Veneziale" di Isernia dove è possibile riempire i moduli per l'iscrizione.

Per eventuali chiarimenti si possono prendere contatti con la dott.ssa Viscovo Rita (n. 442366) o con i medici dell'emodialisi (n. 442207).

**L'AIDO di Isernia**

# COMPETENZA DELLA VALUTAZIONE DELLA INCAPACITÀ TEMPORANEA AL LAVORO SPECIFICO DEL LAVORATORE

**di Nicola Scarabeo**

Tale argomento, in apparenza semplice, in realtà tale non é. Sull'argomento ogni medico ha le sue idee e non sempre sono quelle giuste. Pertanto ho ritenuto opportuno approfondire l'argomento. A complicare l'argomento che mi accingo a trattare è entrata anche la sentenza n. 5I23/94 della Corte di Cassazione che si é chiesta: "per quale motivo debba attribuirsi più credito alla diagnosi del medico fiscale, rispetto a quella del medico di famiglia che era l'unico ad essere in possesso dell'esperienza specifica intesa come conoscenza del soggetto visitato". Questa sentenza della Cassazione riguarda un paziente affetto da "astenia psicofisica" e riguarda solo quel paziente particolare e non può certo essere estesa per analogia a tutte le malattie poiché allora verrebbe a cadere tutto l'Istituto del Servizio di Medicina Legale istituito per legge in ogni singola Unità Sanitaria Locale di tutta la Nazione. Non ha senso sostenere

che il medico fiscale o addirittura i componenti delle commissioni per le visite collegiali costituite da qualificati Medici (solitamente primari ospedalieri) non possono modificare la prognosi del medico generico convenzionato curante, solo perché questi conosce meglio il paziente. La prognosi del medico curante riguarda la malattia e non certo l'incapacità lavorativa.

Questo compito spetta solo ed esclusivamente al medico fiscale o alle commissioni delle visite collegiali appositamente costituite in virtù delle "competenze" dei singoli componenti. Queste competenze riguardano proprio la "patologia" del periziando. Mi spiego meglio con un esempio. Se l'ammalato che deve essere sottoposto a visita collegiale é un "fratturato", il responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica della Unita Sanitaria locale, a cui spetta nominare i componenti della Commissione per la visita collegiale, non nominerà certo "l'oculista" o "il ginecologo", bensì un ortopedico - traumatologo. Insomma a seconda della patologia che ha colpito il lavoratore, il Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica della Unità Sanitaria Locale nominerà specialisti della materia oggetto della discussione, quindi dei competenti, scegliendoli tra tutto il personale medico dipendente degli Ospedali facenti parte di quella Unità Sanitaria Locale. Sono della Commissioni costituite all'uopo da medici specializzati o quanto meno facente parte di materia affine "alla patologia" oggetto della visita di controllo, sempre nell'interesse e a garanzia del malato e della Pubblica Amministrazione. Tornando al nostro fratturato, chi più dell'ortopedico-traumatologo avrebbe potuto valutare l'incapacità lavorativa di un impiegato che si é rotto, diciamo, il femore destro? E adesso parliamo della prognosi delle malattie. Un paziente può essere affetto da ulcera peptica che per lo più é una malattia a decorso cronico caratterizzato da riesacerbazioni stagionali ( autunno - primavera). Situazioni di stress o l'assunzione di farmaci antireumatici, possono scatenare dolore crampiforme, urente, gravativo con senso di fame doloroso localizzato in epigastrio, avvertito anche in regione periombelicale o dorsale a livello della VI vertebra dorsale, che impedisce di svolgere qualsiasi lavoro. Il medico generico convenzionato, nel formulare la diagnosi di ulcera peptica in fase di riacutizzazione potrebbe dare una prognosi di trenta giorni, ritenendo questo un termine giusto per ottenere la cicatrizzazione dell'ulcera e quindi la guarigione, osservando naturalmente dieta appropriata e praticando la giusta terapia farmacologica. Questo lungo periodo di prognosi formulata dal medico curante, verrà ridimensionata dal Medico fiscale o dalla Commissione della visita collegiale tra i cui componenti dovrebbe esserci almeno un esperto in quella patologia o se manca, in una materia affine, quindi un gastroenterologo o un primario di una divisione di

medicina o uno specialista in medicina interna, che ridurranno la prognosi da trenta giorni a sette giorni, considerando che oggi sono in commercio sostanze capaci di far guarire. Con queste medicine e con appropriata dieta in sette giorni il dolore scompare, e il paziente può tornare a svolgere la propria attività lavorativa senza andare incontro a nessun danno, continuando naturalmente a praticare la cura prescrittagli dal proprio medico curante al fine di ottenere la completa guarigione. La loro é una valutazione medico-legale.

Quella del medico curante una valutazione clinica.

Forse é più chiaro quest'altro esempio.

Un lavoratore cade e si rompe il dito mignolo della mano sinistra. Il Medico generico curante convenzionato, nel certificato medico dirà: frattura del dito mignolo della mano sinistra, e darà "quaranta giorni di riposo".

Il medico fiscale e a maggior ragione, la commissione della visita medica collegiale della quale, ovviamente, farà parte un ortopedico traumatologo, nel raccogliere la storia clinica del paziente oggetto della visita medico-collegiale, apprenderà che come attività lavorativa fa il pianista. Viste le radiografie, esaminata la fattura del gesso, confermerà la prognosi di quaranta giorni formulata dal medico curante e magari vi aggiungerà una ventina di giorni per la rieducazione della mano (fisiochinesiterapia).

Se invece nella raccolta della storia clinica viene a sapere che svolge l'attività di professore di storia e filosofia in un liceo, ridurrà la incapacità lavorativa temporanea ad appena cinque giorni (un giorno per fare le radiografie e confezionare il gesso, il giorno successivo per controllare come sopporta il gesso e tre giorni per la dolenzia della mano). Anche in questo caso si é trattato di una valutazione medico legale in considerazione che la frattura del dito mignolo della mano sinistra, mentre effettivamente al pianista impedisce di svolgere la propria attività lavorativa che é quella di suonare il pianoforte con entrambe la mani, al professore di storia e filosofia non impedirà di fare lezione, di interrogare gli alunni, di mettere il voto sul registro non essendo mancino, di partecipare al consiglio di classe al collegio dei docenti, al ricevimento dei genitori degli alunni, ed eventualmente frequentare i corsi di aggiornamento. Questo é stato sempre il criterio di valutazione da me adottato prima che andassi in pensione, in 33 anni che sono stato nella Pubblica Amministrazione, prima come Ufficiale Sanitario del Comune di Venafro, poi come Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'Unità Sanitaria Locale di Venafro. Questo comportamento lo adottavo sia quando facevo da solo le visite fiscali, sia quando designavo i singoli componenti delle commissioni delle visite mediche collegiali, che poi presiedevo.

In sintesi distinguevo la figura del medico curante che per formazione mentale e culturale non può mettere in dubbio quello che gli riferisce il paziente, dalla figura del medico legale che avrà sempre, come dire, una "mens critica" e una metodologia diversa dal medico curante nel senso che lui valuterà la durata della malattia non in rapporto alla sua evoluzione anatomo-fisio-patologica, bensì in rapporto alla incapacità temporanea al lavoro specifico del malato.

A questo punto non rimane che citare la documentazione legislativa. Per quanto riguarda il problema della "diagnosi" alle Amministrazioni Pubbliche é da osservare che l'art. 5 della legge 20 maggio 1970 n. 300 (recante implicitamente il divieto di comunicare la diagnosi al datore di lavoro) non é applicabile al rapporto di lavoro dei pubblici dipendenti, né é stato esteso, a differenza di altre norme della statuto dei lavoratori (legge 300/1970) dall'art. 23 della legge n. 93/1983.

Nel pubblico impiego, per contro, come si desume dagli articoli 68 del T.U. n. 3 1957 e 30 del D.P.R. n. 686/1957, vige l'opposto principio dell'obbligo di far conoscere la natura dell'infermità, cui corrisponde, peraltro l'obbligo del segreto da parte degli impiegati che per ragione d'ufficio ne vengano a conoscenza (art. 15 T.U. n. 3/1957). In pratica il certificato rilasciato dal medico di fiducia convenzionato deve limitarsi a dichiarare che il paziente é malato, che soffre dell'affezione diagnosticata e che presumibilmente guarirà in dato periodo di tempo. Spetterà, quindi, alle strutture di controllo previste dalla legge munirsi di un "servizio idoneo" (servizio di medicina legale della Unità Sanitaria locale imposto dall'art. n. 9-10-11 D. L. 12 settembre 1983 n. 463; dall'art. 8 della legge regionale del Molise 16 maggio 1980 n. 15 e dall'art. 9 della legge regionale del Molise 12 gennaio 1981, che provveda alla verifica tecnica del giudizio clinico-diagnostico, anche in rapporto ai dati anamnestico lavorativi inerenti all'ambiente di lavoro ed alle specifiche occupazioni del soggetto, con l'eventuale concorso della qualificata consulenza dei Servizi medico- legali dei presidi multizonali. Meglio di me questo concetto lo esprime Franco Mainetti, autore del pregevole libro intitolato *Le prestazioni medico-legali erogate dalla Unità Sanitaria locale*, Editrice Medica Salernitana, che a tale proposito, testualmente dice: "È noto che la certificazione medica costituisce una attestazione scritta destinata a provare la verità, inerente a fatti e condizioni di indole tecnica, proprio della persona alla quale si riferisce, aventi rilevanza giuridica e amministrativa. Pertanto tale certificazione costituisce una vera e propria prestazione medico-legale, infatti, essa implica un giudizio tecnico circa l'inidoneità temporanea al lavoro specifico dell'assistito, é inoltre espressamente definita dall'art. 14 lettera q , della legge 833/1978 e dall'art. 19 della stes-

sa legge sopra citata. Di qui l'opportunità di operare una netta distinzione fra le prestazioni di natura clinica (diagnosi, cura e prognosi della malattia) di spettanza del medico curante, e quelle più propriamente medico-legali, riservate ai Sanitari del servizio medico-legale della struttura pubblica e finalizzate all'accertamento dell'incapacità temporanea al lavoro specifico del lavoratore in rapporto sia alla natura della infermità e sia al tipo della attività svolta dal soggetto, nonché alla valutazione della durata della predetta incapacità lavorativa. In tal senso si é orientato il Legislatore dettando le "Norme urgenti" in materia previdenziale e sanitaria (legge 638/1983), il quale ha stabilito che le U.S.L. predispongono un "servizio idoneo" ad assicurare entro lo stesso giorni della richiesta, anche se domenicale e festivo, in fasce orarie di reperibilità, il controllo dello stato di malattia dei lavoratori, con accertamenti preliminari, tra l'altro effettuati anche da personale non medico, nonché un servizio di visite collegiali. L'accertamento medico-legale dell'incapacità temporanea al lavoro dei pubblici dipendenti é demandato alle U.S.L. (Servizio medico-legale) secondo un criterio territoriale di residenza, al momento della malattia, del dipendente da sottoporre a visita di controllo. Questa prestazione, molto spesso domiciliare, é eseguita in genere da medici convenzionati interni (specialisti ambulatoriali della branca medicina-legale nell'ambito dei compiti loro affidati dalle U.S.L.); ma in caso di accertamenti specialistici e/o tecnico strumentali, la visita di controllo può svolgersi in collegiale col sanitario di fiducia del dipendente. Va precisato che il ricorso al collegio medico implica l'applicazione di particolari procedure a secondo della singola fattispecie, come da regolamenti e discipline vigenti nel settore del pubblico impiego. Per questi motivi, il predetto contenzioso tecnico amministrativo trova la più adeguata soluzione della complessa problematica medico legale di interesso pubblico e privato, con l'indispensabile concorso di pluridisciplinari consulenze ed approfondite indagini mirate, nell'ambito ospedaliero (servizi di medicina-legale e delle assicurazioni) realizzandosi così anche il criterio della funzione "multizonale" di queste preziose istituzioni. Un complesso articolato di norme e di disposizioni regola la materia dell'assenza del dipendente pubblico; nell'ordinamento degli impiegati civili dello Stato (D.P.R. n. 3/1957) e nelle "Norme di esecuzione del T.U. delle disposizioni sullo statuto degli impiegati dello Stato" (D.P.R. n. 686/1957), cui rinviano specificatamente le norme dello stato giuridico dei dipendenti di altri enti pubblici, l'assenza dal servizio è trattata nella disciplina del "concedo straordinario" "per gravi motivi" (art. 37 D.P.R. 3/1957) e della "aspettativa per infermità" (art.66 D.P.R. 3/1957).

# I cambiamenti fisiologici nella adolescente

**di Giorgio Carlomagno**

Il termine adolescente definisce un individuo che cresce in senso fisico (lat. *adulescens*, dal verbo *adulesco* che significa crescere, il cui participio passato è appunto adultus). Sembra però più appropriata la definizione che vede l'adolescenza come un ponte teso tra l'età infantile e quella adulta: in questa definizione appaiono infatti sottesi i significati di passaggio e mutamento in senso più ampio che non quello limitato alla sola crescita corporea, inclusivi cioè di modificazioni biologiche, psicologiche, sessuali e sociali.

Tutto ciò si verifica in un arco di tempo dai limiti sfumati, che si suole comprendere, limitatamente al sesso femminile, tra la prima mestruazione (menarca) ed i 16 anni, età cui dovrebbe corrispondere il raggiungimento della piena maturità riproduttiva ed eventualmente l'inizio dell'attività sessuale (20).

Il condizionale si addice alla definizione cronologica del menarca ovvero dell'inizio dell'adolescenza che è condizionato dalla mutevolezza di fattori di valenza socioeconomica, l'alimentazione in primo luogo.

Nella Grecia classica, nell'antica Roma, ed ancora nel tardo Medioevo, il menarca si manifestava a 13-14 anni (1, 2). Nel XVII e XVIII secolo, l'età media del menarca sale a 16 anni e, anche a parità di periodo storico, il dato non è esente da discriminanti socioeconomiche. Un cronista di Innsbruck riferisce che nel XVII secolo «Le contadine generalmente hanno la prima mestruazione molto più tardi delle figlie dei cittadini o dell'aristocrazia, e raramente prima dei diciassette, diciotto o addirittura venti anni» e ne identifica il motivo nel fatto che «Gli abitanti della città consumano una maggiore quantità di grassi e di bevande, dimodochè il loro corpo diventa morbido, debole e grasso, e arriva prima alle mestruazioni» (23). In Francia (Tab. 1), solo dal 1750 si osserva un graduale ritorno dell'età media del menarca dai 16 ai 14 anni (24) e solo in epoca più recente l'età media del menarca si ricolloca a 12-13 anni come nei tempi antichi (29).

Non ci deve stupire lo stretto rapporto esistente tra fenomeni biologici e fenomeni sociali. In Europa, solo da alcuni decenni – bisogna arrivare alla terza, quarta e quinta decade di questo secolo, per la attenuazione della discriminazione sociale a danno del sesso femminile – la mortalità in età adolescenziale in tale sesso è scesa ai livelli del sesso maschile (3, 6, 28).

**Tab. 1. Età media menarca in Francia, 1750-1950**

| Periodo | Età media menarca |
|---|---|
| 1750-1799 | 15,9 |
| 1800-1849 | 15,5 |
| 1850-1899 | 15,1 |
| 1900-1950 | 13,9 |

Ma quali meccanismi operano nel determinare le modificazioni morfologiche e funzionali proprie dell'adolescenza? Virchow sosteneva che "propter solum ovarium mulier est quod est"; una definizione certamente riduttiva, ma che può venire utile come punto di partenza per una breve esposizione della fisiologia dell'adolescenza femminile.

La distinzione in due generi, maschile e femminile, è una conquista dei livelli più evoluti delle specie viventi, in quanto la riproduzione sessuata consente quella mescolanza continua di caratteri geneticamente regolati che porta ad una selezione degli individui della specie ad ogni generazione.

Nella specie umana la differenziazione sessuale è innanzitutto genetica per il diverso corredo cromosomico delle cellule dei maschi e delle femmine. L'assenza nel nucleo delle cellule della femmina del cromosoma Y, sostituito da un secondo cromosoma X, comporta che la gonade primitiva evolva, in senso morfologico e funzionale, in ovaio. Questo organo, che è anche una ghiandola endocrina, ovvero sede di sintesi ormonale, resta quiescente dalla nascita fino al 7º-8º anno di vita. Successivamente aumenta la secrezione, da parte dell'ipofisi, di sostanze ormonali capaci di attivare l'ovaio medesimo (gonadotropine ipofisarie FSH ed LH) e si riduce la produzione ipotalamica di particolari neurormoni (GNRh ipotalamici) capaci di inibire l'attività endocrina dell'ovaio stesso. Tutto questo porta ad un graduale aumento di sintesi ed immissione in circolo degli ormoni ovarici, e specificamente degli estrogeni, che alle basse dosi iniziali promuovono l'accelerazione della crescita staturale al ritmo medio di 5-12 centimetri all'anno. La crescita staturale si rapporta a quella ponderale, in quanto è massima quando il peso raggiunge i 38-40 chili.

Quello di cui parliamo è il periodo puberale che si appalesa, per effetto dell'iniziale attività ormonale dell'ovaio, con la seguente sequenza di eventi: iniziale sviluppo della ghiandola mammaria (telarca), comparsa dei peli pubici (pubarca), comparsa dei peli ascellari (adrenarca), infine comparsa della prima mestruazione (menarca) che si verifica in genere quando il peso corporeo

raggiunge i 40-45 chili (12). Non è un caso che lo sfaldamento ciclico della mucosa uterina che si manifesta con la perdita ematica mestruale, e che indica la raggiunta capacità riproduttiva, dipenda in qualche misura dal peso corporeo. Infatti a questo aumento di peso concorre un accumulo di grasso e sappiamo che il tessuto grasso aromatizza il delta-4-Androstenedione prodotto dalle ghiandole surrenali ed immagazzinato negli adipociti, trasformandolo in estrogeni che si assommano a quelli ovarici (25) - non a caso le ragazze obese hanno il menarca prima delle altre. Tra l'altro, raggiunto questo peso sarà variato anche il rapporto massa magra/massa grassa del corpo da 5:1 in periodo prepubere a 3:1 (13). Dopo il menarca il 30% del peso corporeo (circa 16 kg) sarà costituito da massa grassa e questa quota percentuale è doppia rispetto ai maschi; questa massa grassa corrisponde in termini di riserva calorica al fabbisogno di una gravidanza e tre mesi di allattamento (14).

I primi 2-3 anni dopo il menarca ovvero i primi anni dell'adolescenza sono spesso caratterizzati da irregolarità ed anovulatorietà dei cicli mestruali; dopo l'iniziale comparsa di una secrezione pulsatile di LH durante il sonno, poi anche nelle ore diurne, ed infine prevalentemente di giorno, si perviene alla regolare periodicità ovulatoria (22) e viene cosi raggiunta la maturità riproduttiva. (Tab.2).

**Tab.2. Criteri di maturità per le giovani donne**
(F.I.G.O. Maturity Criteria Girls).

| | | |
|---|---|---|
| Età ginecologica | >3 anni | dopo menarca |
| Ciclo | 28+-6 gg | non oligoamenorrea |
| Ovulazione | presente | |
| Stadio Tanner | >3 punti | mammella e pube |
| Età ossea | >14 anni | 98% crescita corporea |

Queste tappe, che portano all'adolescenza e da questa alla maturità riproduttiva della donna adulta, mal si accordano, per il loro ordinato svolgersi, con la sensazione di caos e di crisi che l'adolescenza comporta per chi la vive. Ma bisogna rivedere queste tappe con l'attenzione rivolta agli stretti legami fra ciò che in esse vi è di biologico e di psicocomportamentale.

Per definizione l'adolescenza comporta l'acquisizione dell'identità di genere (quello che Freud descrive come passaggio dalla latenza alla genitalità) e quindi anche l'esperienza della percezione sessuata di se stessi dal punto di vista biologico, cui deve corrispondere in armonia l'esperienza del ruolo di

genere (18) - espressione esteriore dell'identità - che non è esente da condizionamenti culturali e sociali, potenziali fonti di squilibrio.

Pensiamo alla regolazione neurormonale che si attiva nel periodo puberale. Neurotrasmettitori (catecolamina) e neuromodulatori (oppioidi) sono connessi funzionalmente con centri che presiedono al controllo sia dei meccanismi riproduttivi sia del comportamento: sono in grado di interferire sulla secrezione dell'asse ipotalamo-gonadotropo e subiscono a loro volta le influenze degli steroidi gonadici per cui una loro modificazione induce particolari atteggiamenti comportamentali, e viceversa essi subiscono l'influenza dell'ambiente esterno e di particolari stati psicopatologici (11). Ecco perché il notevole incremento della attività endocrina ovarica, che si osserva nel periodo puberale, è accompagnato da modificazioni comportamentali della giovane donna, quali variazioni del tono dell'umore, labilità emotiva, atteggiamenti complessi di conflittualità (26) che si riproporranno poi in rapporto al ciclo mestruale, sia pure controllati dal contesto socioculturale (9), ma pur sempre interreagenti, e non necessariamente in armonia, con esso.

Estendendo e chiarendo meglio l'aforisma di Virchow, non si può negare allo specifico femminile che «the corporeity of woman pervades and determines her existence even in the littlest details and make it different from the autonomous position implicit in idea of male reality» (4).

Si è detto delle modificazioni di peso corporeo. Pensiamo al possibile divario tra peso reale e peso desiderato (o reso desiderabile dal contesto socioculturale) che si acuisce tra i 13 e i 17 anni e si traduce in una ricerca a volte ossessiva del peso desiderabile con comportamenti variegati fino all'aberranza dell'anoressia (8). E la riprovazione, non sempre bonaria, della famiglia forse serve solo ad acuire l'esperienza di solitudine che è elemento centrale dell'adolescenza, in instabile equilibrio peraltro con la necessità e potenzialità di relazione (27).

Pensiamo al telarca, prima tappa del periodo puberale. Nella donna, unica fra i mammiferi il seno si sviluppa alla pubertà, e non in occasione del primo allattamento, in relazione all'acquisizione anche di valori di ruolo di genere ed erotici (15). Ecco allora che il telarca, punto di arrivo di una maturazione endocrina ipotalamo-ovarica, a anche punto di avvio di una nuova realtà bioaffettiva.

Pensiamo alla mestruazione che incide sull'immaginario a seconda dell'importanza che le viene data. E' spesso sentita solo come condizionante, scomoda laddove influisce sull'avere o non avere rapporti sessuali, sullo svolgere o meno certe attività particolari; talvolta è vista come un "male" e l'adolescente

vede nel proprio corpo un pericolo, qualcosa che diventa estraneo, e quel che è peggio, qualcosa che sembra venir colto dagli altri come oggetto. Da ciò possono derivare svariate alterazioni comportamentali, che riguardano soprattutto l'alimentazione ed i rapporti interpersonali (5). Nell'ambito di tali rapporti è ovviamente inclusa anche la famiglia, eppure un recente studio ha rilevato che il 22% delle giovani ha avuto il menarca senza alcuna informazione preliminare dalla famiglia e che nel 45% dei casi ha scelto di rivolgersi per chiarimenti ad una coetanea (17).

Pensiamo alla sessualità ed alla riproduzione: praticate - già nel 1982 negli USA circa il 40% delle adolescenti (non coniugate) era sessualmente attivo con età media del primo rapporto per le bianche a 16-17 anni (30) - ma socialmente non accettate al di fuori di un legame coniugale. peraltro impensabile nel contesto culturale ed economico attuale.

Porsi dalla parte della protagonista è l'unico modo di comprendere la drammaticità dell'adolescenza femminile, ma non è cosa facile e spesso ingenera disaccordo anche tra gli addetti ai lavori. Di recente un Sociologo ha scritto: «Non vedo un quadro di alta pericolosità, una situazione di elevata drammaticità. Direi anzi che - ad eccezione di alcune aree del Mezzogiorno e delle più grandi metropoli - il passaggio dall'adolescenza all'età adulta avvenga senza traumi» (16), mentre uno Psicologo ha ribattuto: «Dal punto di vista del disagio emotivo (...) i giovani vivono un malessere che non si attenua a seconda della collocazione geografica. L'unico elemento discriminante è la differenza di genere: le ragazze soffrono di più perché percepiscono assai meglio il disagio, che si esprime soprattutto in forme di depressione e poi in ansietà con i sintomi più disparati» (7).

Vero è che accostarsi al mondo adolescenziale costituisce spesso "impresa ardua non scevra del rischio di minimizzare patologie reali o di etichettare come disturbato un adolescente normale (19). Ed è anche impresa che impegnerà per tempi lunghi. Gli stessi fattori socioeconomici che hanno fatto anticipare i biologismi dell'inizio dell'adolescenza, ne fanno ritardare la conclusione, per cui la cronologia dell'adolescenza si dilata vistosamente nei Paesi industrializzati. In particolare si assiste allo scollamento tra la cronologia della raggiunta identità di genere e quella del raggiungimento dell'identità di ruolo; ciò causa ai giovani squilibri e conflitti che sfociano in un senso di solitudine e frustrazione, cui certo non giova la concomitante crisi economica e morale che interessa le società sviluppate. Tuttavia è impresa necessaria investire risorse nell'area dell'adolescenza in quanto «Parcheggiare questi giovani nella terra di nessuno non è un'operazione sociale intelligente» (21). Ed è

anche impresa urgente, soprattutto dove più incalza la crisi del sistema produttivo e quella dei valori civici e morali; l'adolescenza ha come elemento caratterizzante il senso di fedeltà che è capacità di fiducia in se stessi, esigenza di essere degni di fiducia, capacità di impegnare la propria lealtà. Il venir meno di tale elemento porta all'insicurezza, magari mascherata da spavalderia, o peggio alla regressione a modi infantili, per ritrovare la speranza che è elemento caratteristico dell'infanzia (10): una regressione che ben sanno sfruttare i venditori di morte.

## Bibliografia


1) Amundsen D., Diers C. J.: The age of menarche in classical Greece and Rome; Human Biololy, 41, 125, 1969.

2) Amundsen D.: The age of menarche in medieval Europe; Human Biology, 45, 363, 1973.

3) Bourgeois-Pichat J.: Evolution général de la population francaise depuis le XVIII' siècle; Population, 6, 659, 1951.

4) Buytendijk F.J.J.: La donna. Martinelli, Firenze, 1967

5) Cerutti R.: La sindrome premestruale: malessere della donna, del medico, della cultura o della società? In Montemagno U. Zichella L. (a cura di): Psicosomatica Ginecologica e Ostetrica, p.155. Monduzzi Editore, Bologna, 1984.)

6) Chester Beatty Inst.: Serial abridged life tables, England and Wales, 1841-1965 2' ed., p. 39. Royal Cancer Hospital, London, 1970.

7) Crepet P. citato da Sica L.: La Repubblica, 14 Agosto 1993, p. 23.

8) Crisp A. H, Kalucy R.S., Palmer R. L.: Body experience and adolescence in female. In Dannerstein L., De Senari Clens M. (eds.): The Young Woman, p. 79. Excerpta Medica, Amsterdam, 1983.

9) Davidson J.M.: Gonadal hormones and human behavior. In Diamond M.D., Korenbrot C.G.: Hormonal Contraceptives, Estrogens and Human Welfare, p.127. Academic Press, New York, 1978.

10) Erikson E. H.: The Life Cycle Completed. AReview. W.W. Norton & Co., New York - London. 1982.

11) Fioretti P.. Melis G.B.: I dosaggi ormonali applicati allo studio della fisiopatologia della riproduzione. Mongrafia Sorin di Immunologia. Sorin, Saluggia, 1978.

12) Frisch R.E., Revelle R: Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weight and adolescent events; Science, 169, 397, 1970.

13) Frisch R.E.: Body fat, puberty and fertility; Bio. Rev., 59, 161, 1984.

14) Hammond J.M., Barano J.L., Skaleris D. et al: Production of IGFs by ovarian granulosa cells; Endocrinology 117, 2553, 1985.

15) Marshall W.A., Tanner J.M.: Variations in pattern of puberal changes in girls; Archs. Dis. Chilh., 44, 291, 1969.

16) Martinelli A. citato da Sica L.: La Repubblica, 14 Agosto 1993, p.23.

17) Meldolesi I., Ferrarotti M., Forleo P., Ossicini C., Forleo R.: Interrogativi sulla sessualità adolescenziale. In Zichella L., D'Amelio R., Perrone G., Valente M.: Adolescenza. Un Problema Sociale p. 87. Pozzi, Roma, 1990.

18) Money J., Ehrhardt A.A.: Uomo, donna, ragazzo, ragazza, ed. ital. Feltrinelli, Milano, 1976.

19. Pazzagli A., Bitossi S., Fonnesu R. Rivelli S. A.: La solitudine e l'adolescenza. In Zichella L., D'Amelio R., Perrone G., Valente M.: Adolescenza. Un Problema Sociale, p. 75. Pozzi, Roma, 1990.

20) Pescetto G. De Cecco L., Pecorari D. Ragni N.: Manuale di Ginecologia e Ostetricia 2ª ed, v. 1 p. 696. SEU, Roma 1989.

21) Pietropolli Charmet G.: Adolescenti parcheggiati nella terra di nessuno; Corriere Salute, 5 (29), 1, 26 Luglio 1993.

22) Porcu E., Venturoli S., Magrini 0. et al: Circadian variations of luteinizing hormone can have two different profiles in adolescent anovulation: J. Clin. Endocrinol. Metab., 65, 785, 1987.

23) Quarinionius. Citato in Zacharia L., Wurthman R.J.: Age and menarche: genetic and environmental influences; NEJM, 17 aprile, 873, 1989.

24) Shorter E.: L'age des première règles en France, 1850-1950; Annales: Economies, Societés, Civilizations, 36, 497, 1981.

25) Siiteri P.K., MacDonald P.C.: Role of extraglandular estrogen metabolism in human endocrionomogy. In Greep R.O., astwood E.B. (eds.). Handbook of Physiology v.2, p. 619. Am. Phys.Soc. Ed., Washington.

26) Styne D.M., Grumbach M.M.: Puberty in the male and in the female: its physiology and disorders. In Yen and Jaffe (eds.): Reproductive Endocrinology, p.189. Saunders Co, Philadelphia, 1978.

27) Sullivan H.S.: The interpersonal theory of psychiatry. Norton, New York, 1953.

28) SVIMEZ: Un secolo di statistiche italiane nord e sud, 1861-1961, p.118. SVIMEZ, Roma, 1961.

29) Tanner J.M., Eveleth P.B.: Variability between populations in growth and development at puberty. In Berenberg S. R. (ed.): Puberty: Biologic and Psychosocial Consequences, p. 269. Kroese, Leiden, 1975.

30) Zelnik M.: Sexual activity among adolescent: prospective of a decade. In Mc Arnarney E. R. (ed.): Premature Adolescent Pregnancy and Parenthood. Grune & Straton, New York, 1983.

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

# *LA SALUTE NON È UNA MERCE*

a cura di Florindo Pirone

È questo il titolo significativamente provocatorio di un libro scritto da due autorevoli studiosi italiani, l'epidemiologo Paolo Vineis e l'economista Stefano Capri, recentemente pubblicato dalla Casa editrice Bollati Boringhieri di Torino. Come specifica il sottotitolo, "Efficacia della medicina e politiche sanitarie", si tratta di uno stimolante saggio che affronta alcuni degli interrogativi più attuali del dibattito in tema di organizzazione sanitaria, quali: come frenare i costi costantemente crescenti, come integrare l'attività pubblica con quella privata, quali prestazioni fornire gratuitamente ed a quali categorie sociali; sottolineando nel contempo come accanto alle giustificate apprensioni ed ai necessari richiami per il contenimento dei costi sanitari, debba anche essere sempre presente un'analisi ed una valutazione delle possibilità di prevenzione. dell'efficacia controllata dei trattamenti terapeutici e, soprattutto, del miglioramento dello stato di salute della popolazione. Proprio all'approfondimento di questi diversi aspetti sono dedicati i sei brevi, ma chiari ed esaurienti capitoli:

1) "Le cure": sulle cause che hanno determinato i radicali miglioramenti dello stato di salute generale delle popolazioni dei Paesi occidentali e sui principali criteri che consentono di stabilire l'efficacia delle terapie mediche e chirurgiche;

2) "La prevenzione": sulla proporzione di malattie curabili e malattie prevenibili, con i conseguenti relativi impegni finanziari ed organizzativi necessari;

3) "L'uso della strutture sanitarie": sul ricorso ai diversi servizi sanitari, sulla variabilità delle prestazioni e sulla necessità di conoscere meglio questi dati epidemiologici, al fine di correggere eventuali disfunzioni ed ottimizzare la resa delle differenti strutture (medicina di base, ospedaliera, ecc.)

4) "Malattie e classi sociali": sulla "morbilità e mortalità differenziale" a secondo della classe sociale. quali indicatori della necessità di una migliore "equità distributiva" nella erogazione delle prestazioni;

5) "La frequenza e la distribuzione delle malattie in Italia e nel mondo": sulla indispensabile e preliminare conoscenza della prevalenza ed incidenza delle principali malattie, al fine di poter programmare interventi adeguati e razionali;

6) "I costi e l'allocazione delle risorse": sugli importanti cambiamenti del Servizio Sanitario italiano che hanno promosso i decreti legislativi 502 e 517 del 1992 nonché il Piano Sanitario Nazionale del luglio 1993. Quest'ultimo è uno dei capitoli più interessanti per le informazioni e gli spunti di riflessione che fornisce circa i nuovi obbiettivi che la riforma si prefigge ("la riforma della riforma", come è stata da alcuni definita con evidente spirito ironico-polemico). Uno dei capisaldi, per così dire, di questi nuovi obbiettivi viene individuato in "un nuovo modello di erogazione delle prestazioni, mirante a introdurre meccanismi di concorrenza tra i vari erogatori, tali da consentire un miglioramento del livello di efficienza complessiva nell'utilizzo delle risorse" (Ministero della Sanità, 1993). Allo scopo di esaminare e discutere questo nuovo concetto di "managed competition" o competizione amministrata, come viene definita l'organizzazione e l'erogazione dei servizi medici sulla base dei nuovi principi che ispirano i diversi sistemi sanitari occidentali, gli autori espongono alcune importanti notizie sulle caratteristiche di base del sistema sanitario italiano, riportano brevi commenti su alcuni pregiudizi ed alcune critiche alla privatizzazione nel campo della Sanità e discutono modelli e sistemi etici che condizionano le diverse scelte di politica sanitaria. A tal proposito è interessante leggere due "esperimenti" condotti recentemente nella riorganizzazione sanitaria e nella riallocazione delle risorse: uno realizzato negli Stati Uniti (il cosiddetto "esperimento dell'Oregon", dallo Stato americano in cui è stato avviato nel 1987), mirante ad allargare l'assistenza di base ai poveri e riducendo invece drasticamente l'erogazione di interventi ad alto costo tecnologico, ed un altro intrapreso in Olanda nel 1992, finalizzato a garantire a tutti le tecnologie più costose, lasciando ai privati iniziative di spesa individuale per interventi sanitari poco costosi. (Modalità di programmazione sanitaria così diametralmente opposte, pur di fronte a problemi e necessità analoghe sia economiche che mediche, oltre che sulla base di principi apparentemente ben fondati e coerenti, da parte di Governi di due Stati "responsabili" e dotati di "razionalità tecnologica" la dicono lunga sulle difficoltà di gestire sistemi sanitari cosi complessi!). Le parole chiave che caratterizzano il libro sono "efficacia", "efficienza", "equità distributiva" e "costi"; come si vede il sia pur breve saggio (circa 140 pagine) è pieno di informazioni (arricchite da aggiornati e preziosi riferimenti bibliografici), di considerazioni e di critiche di grande

attualità e rilevanza, non solo per chi abbia responsabilità dirette nella gestione o nelle attività del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche per coloro che ne sono i fruitori attuali o potenziali, cioè di tutti i cittadini italiani.

Mi sembra suggestivo mettere a conclusione di questa breve presentazione la citazione d'apertura del libro, tratta da *Il dilemma del dottore* di G. B. Shaw (1906): «Trasformando i medici in mercanti, noi li costringiamo ad apprendere i trucchi del mestiere, finendo per scoprire che ogni annata ha le sue mode non solo in materia di capelli, di maniche, ballate e giochi, ma anche di cure, operazioni e medicine».

Università degli studi di Cassino Centro per la Diffusione della Cultura Scientifica
Cattedra di Igiene
Università degli studi di Roma "La Sapienza"
Istituto di Parassitologia

**Cassino 20 ottobre 1995, ore 15.00**
**Aula Pacis, Via Marconi 10**

Giornata di studio

**A cinquanta anni dall'epidemia malarica della valle del Liri: Prospettive storiche ed attualità malariologiche**

Relatori
Prof. L. Frati - Università di Roma "La Sapienza
Prof. P. Corsi - Università di Cassino
Prof. M. Coluzzi - Università di Roma "La Sapienza
Prof. G. Corbellini - Università di Roma "La Sapienza
Dott. L. Merzagora - Università di Roma "La Sapienza
Prof. G. Ricciardi - Università di Cassino
Dott. A. Bosman - Organizzazione Mondiale della Sanità

con la partecipazione di :
Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica - GLSM
Provveditorato agli Studi della Provincia di Frosinone
Comune di Cassino
Ordine dei Medici delle province di Frosinone - Latina - Isernia - Caserta
Azienda USL di Frosinone

PAGINA DEGLI ODONTOIATRI a cura di Mario Testa

***SEGRETO PROFESSIONALE***

# Fatture emesse dai medici dentisti

*Pubblichiamo per opportuna conoscenza, la nota fatta pervenire dal Ministero delle Finanze (Dipartimento delle Entrate-Direzione Centrale per gli Affari Giuridici e per il Contenzioso Tributario) alle direzioni regionali delle Entrate, in merito alle modalità di compilazione delle fatture emesse dai medici dentisti circa le prestazioni professionali rese.*

Con istanza indirizzata alla scrivente l'Associazione Medici Dentisti italiani ha chiesto di conoscere se deve ritenersi corretta la propria interpretazione del comma 2 art. 21 del DPR 25 ottobre 1972, n° 633, per quel che concerne la descrizione, da predisporre nella fattura relativamente alla natura, qualità e quantità delle prestazioni rese dai medici specialisti in odontostomatologia e dagli odontoiatri.
In particolare l'istante, interrogandosi sulla suddetta materia e richiamando peraltro la R.M. 4 agosto 1990, n. 430391, reputa che l'indicazione sulla fattura della dizione "ciclo di cure mediche odontoiatriche specialistiche", ovvero di analoghe frasi, sia idonea a soddisfare l'onere imposto dal legislatore col prefato comma 2, art. 21.
Tanto premesso la scrivente, esaminata la suesposta richiesta, non ritiene di poter considerare la stessa conforme al dettato legislativo. Infatti, come si evince dalla lettura della norma in esame, appare evidente che il legislatore abbia voluto imporre ai contribuenti l'obbligo di specificare puntualmente le prestazioni rese al fine evidente di facilitare la successiva, ed eventuale, attività di accertamento degli organi verificatori dell'Amministrazione finanziaria.
Di conseguenza risulta difforme dalla volontà del legislatore il proposto contenuto della descrizione da apporre sulla fattura, relativa alle prestazioni rese dai medici specialisti in odontostomatologia e degli odontoiatri, in quanto pecca di eccessiva genericità, salvo quando il professionista se ne avvalga nel caso di cure di ortodonzia, limitatamente all'applicazione ed alla modifica degli apparecchi correttivi.
Si fa, altresì, presente che la richiamata risoluzione n. 430391, legittimava la sola riassunzione degli importi relativi alle prestazione sanitarie rese ai pazienti e non incideva in alcun modo sulla descrizione delle prestazioni medesime.

CRONACHE SINDACALI a cura di Angelo Trabassi

**RINNOVO CONTRATTUALE**

# *Un'occasione da non perdere*

L'approssimarsi della stagione del rinnovo contrattuale anche per la categoria medica, con la certezza che buona parte della materia in discussione sarà demandata alle trattative decentrate, impone a tutte le forze sindacali molisane di categoria la necessità di trovare una strategia di intesa unitaria con un duplice e preciso obiettivo: far crescere il livello dei servizi che vengono offerti al cittadino e ridare dignità e centralità al ruolo del medico, mettendo definitivamente da parte gli egoismi di settore che di fatto, impediscono il raggiungimento di questi scopi.
L'ospedale e il territorio non dovranno più essere visti come momenti separati ma integrarsi al fine di offrire finalmente una sanità di livello decoroso il primo razionalizzando le strutture e il patrimonio umano a disposizione, il secondo incrementando le proprie potenzialità al fine di operare un filtro efficace per la struttura ospedaliera. Del resto, la stessa bozza del Piano Sanitario Regionale nelle sue linee guida prevede chiaramente un rafforzamento del territorio come momento qualificante dell'intera sanità molisana.
Saper cogliere questa opportunità finalizzando l'impegno sindacale nella direzione giusta significherà, ribadiamo, offrire al cittadino servizi funzionali e qualificati e alla classe medica di riappropriarsi di un ruolo centrale nella cura del paziente.
Sarà anche questa l'occasione per cancellare definitivamente dall'universo medico la figura del precariato, applicando alla lettera le incompatibilità, razionalizzando e sfruttando appieno i medici di settori come la Guardia Medica e la Medicina dei Servizi nei Dipartimenti di Emergenza e nelle attività distrettuali.

## COMUNICATO STAMPA

*Il giorno 31/05/1995 presso la sede dell'Ordine dei Medici di Campobasso, si sono riuniti in assembla generale i medici iscritti al Sindacato FIMMG (Federazione Medici di Medicina Generale) della Regione Molise per eleggere e rinnovare le cariche sindacali.*
*Nel dibattito propedeutico alla elezione, sono intervenuti il Dr. Pasquale L'Arciprete fiduciario della USL di Termoli, il Dr. Vincenzo Scarabeo ed il Segretario Regionale uscente Dr. Franco Petrarca, attualmente in pensione che commosso*

*ha ripercorso i pregressi e duri iniziali periodi storici del Sindacato nella Regione Molise.*
*Sono risultati eletti:*

Dr. Vincenzo Scarabeo, Segretario Regionale;
Dr. Aldo Frestia, V. Segretario Regionale;
Dr. Tobia Lerza, Tesoriere Regionale e Provinciale (CB);

Dr. Roberto Colalillo, Segretario Provinciale Campobasso;
Dr. Aldo Prestia, V. Segretario Provinciale Campobasso;
Dr. Antonio Dolcigno, Segretario Provinciale Isernia;

Dr. Rocco Paglione, V. Segretario Provinciale Isernia;
Dr. Eduardo Pollice, V. Segretario Provinciale Isernia;
Dr.ssa Iva Di Cristinzi, Segretario Provinciale Organizzativo/Tesoriere.

Compongono il Consiglio Regionale: Berardi Giuseppe; Presta Aldo; L'Arciprete Pasquale; Di Tommaso Carlo; Dolcigno Antonio; Paglione Rocco; Scarabeo Vincenzo.

# AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE

## Nascite

Auguri dell'Ordine ai colleghi Maria Desiderio, Domenico Liberatore e Camillo Scioli per le nascite che hanno allietato le loro vite.

## Matrimoni

Ai colleghi Fernando Crudele, M. Luigia Di Palma e Carmen Trivellini gli auguri dell'Ordine.

Pubblicità sanitaria: artt. 1 e 2 Legge 175/92; art. 2 comma 1 D.M. 657/94
(INSERZIONI E TARGA STUDIO PROFESSIONALE)

Tutti i colleghi in possesso di una targa professionale sono tenuti a riportare sulla stessa gli estremi della

**AUTORIZZAZIONE DEL SINDACO**

così come previsto dal D.M. n. 657 del 16.09.94, art. 2 punto 1, lettera c). Pertanto, coloro che hanno già sulla targa il numero di autorizzazione dell'Ordine, devono comunque integrarlo con estremi rilasciati dal Comune (SI CONSIGLIA A MEZZO INSERTO INAMOVIBILE). Il numero da indicare sulla targa professionale corrisponde al numero di protocollo ed alla data del rilascio dell'autorizzazione del Comune in cui è effettuata la pubblicità sanitaria (Es.: Autorizzazione del Sindaco Prot. n. 1209 del 12/03/93 Aut. Sindaco n. 1209/93.

COMUNE DI CAPRACOTTA

(Provincia di Isernia)

Patrocinio: Regione Molise, Amministrazione Provinciale di Isernia. Società Italiana di Pediatria Federazione Italiana Medici Pediatri, U.S.L. n. 1 Alto Molise, Ordine dei Medici della Provincia di Isernia

# VII GIORNATA MEDICA CAPRACOTTESE

## IL BAMBINO, L'ASMA E LA MONTAGNA

**Domenica 15 ottobre 1995 ore 9.00**
**Sala della biblioteca comunale**

Introduzione ai lavori: dr. Candido Paglione - Sindaco di Capracotta

Moderatore: Dr. Gelsomino DE VITA
Primario Reparto Analisi e Direttore Sanitario U.S.L. n. 1 Alto Molise - Agnone

RELATORI E ARGOMENTI:

Dr. Michele NOTARIO
"Le allergopatie nel territorio di Capracotta"

Prof. Nicola FORENZA Prof. Fabrizio SPINOZZI Prof. Alberto BERTOTTO
Clinica Medica Università di Perugia
"Nuove prospettive sulla patogenesi dell'asma bronchiale"

Prof. Fernando Maria DE BENEDICTIS
Clinica Pediatrica Università di Perugia
"L'asma bronchiale: stato dell'arte"

Prof. Ubaldo DI NARDO
"La prognosi dell'asma bronchiale nell'infanzia"
Docente patologia speciale medica e metodologia clinica - Università La "Sapienza" Roma
Past. segretario della Società Italiana di allergologia

Dr. Italo MARINELLI
Aiuto pediatra Ospedale Civile di Agnone
"L'autogestione dell'asma bronchiale"

Dr. Diego PERONI
Clinica Pediatrica dell'Università di Verona - Centro di Misurina (BL)
"Trattamento residenziale dell'asma: l'esperienza di Misurina"

CONCLUSIONI
Prof. Renato VACCARO
Direttore Clinica Pediatrica Università di Perugia

segreteria Scientifica: dr. Italo Marinelli - Agnone- Tel. 0865/722351
dr. Michele Notario - Capracotta - Tel. 0865/949079
dr. Loreto Paglione - Capracotta Tel. 0865/499049
Segreteria Organizzativa sig. Barbara Cecchini - Consigliere Comunale Comune di Capracotta (IS) Tel. e fax 0865/945268 - 949210

**Capracotta,** il paese che confina col cielo!
D'inverno, quando la spessa coltre bianca ammanta di silenzi case e strade, la gente si muove come in un film di fiabe, ma con disinvoltura e sicurezza. D'estate il verde intenso dei boschi e dei prati circostanti dà più forza alle case di pietra, come in una tela del Rinascimento. Pur essendo tra i Comuni più alti dell'Appennino (m 1.421), Capracotta ha un clima secco d'inverno e gradevole d'estate: col solleone la temperatura media si aggira sui 18 gradi. L'abitato conserva radici medievali, senza nulla negare però alle esigenze dei tempi. Il collegamento è sempre assicurato. La popolazione divide tutto con la montagna. Ogni capracottese che nasce riceve il battesimo e un paio di sci, si suole dire da quelle parti, e appena può corre ad iscriversi al club del cuore, che è lo Sci Club del paese, tra i più antichi d'Italia. Lo sci di fondo, che conta bellissime piste appenniniche, è lo sport amato. Richiama atleti e appassionati di diversa provenienza. La gente non deve fare sforzi per rendere il soggiorno gradevole: l'amicizia qui è costume di vita, prima che comandamento scritto. Per secoli in questo centro d'alta montagna ha fatto da padrone l'allevamento zootecnico, arricchendo il grande fenomeno della *Transumanza* che coinvolse economia, costumi e culture del centro-meridione d' Italia. Oggi il paese vuole essere una stazione di turismo e sport che difende la sua misura d'uomo, il suo afflato umano, la sua tradizione, cioé l'altra faccia della fretta e del rumore, del turismo inteso come vuoto a perdere.
Questi requisiti culturali e la bontà delle piste hanno pesato non poco sulla scelta della località quale sede per lo svolgimento dei *Campionati Italiani Assoluti di sci di fondo* del 1997. A quell'importante appuntamento Capracotta si sta avvicinando con una seria preparazione a tutto campo: dagli impianti alle piste, dall'accoglienza al trattenimento, e non solo degli atleti. Alla pista antica di Km 12,500, che si snoda nel bosco di Prato Gentile e destinata allo sci nordico o di fondo, si è aggiunta quella nuova di Monte Capraro lunga m 1.600 e larga 40, tra le quote 1.380 e 1.630, con vocazione per lo sci alpino dalle difficoltà graduate e adattabili ad una fruizione commisurata alle esigenze di ciascuno, atleta maturo e in erba, ma anche neofita al primo approccio. Non manca, ovviamente, la sciovia d'alta quota, mentre si danno gli ultimi ritocchi alla seggiovia con portata di ben 900 persone/ora. Altro notevole sforzo è in atto per adeguare l'accoglienza e la ricettività alla circostanza e oltre la circostanza, senza snaturarla perché essa si svilupperà lungo i filoni classici delle case in fitto, delle pensioni familiari, degli alberghi (l'ultimo nato ha tutti i requisiti più moderni), dei ristoranti tipici, delle pizzerie.
Il soggiorno sarà poi aperto ad escursioni e visite guidate nei dintorni, ricchi di paesaggi suggestivi e di antiche memorie: Agnone, con la millenaria Pontificia Fonderia Marinelli, dove la fusione delle campane avviene ancora con il fuoco

a legna; Staffoli, centro equestre e di agriturismo; Pietrabbontante e il teatro-tempio dei Sanniti: «il più felice connubio tra struttura italica e architettura greca»; Montedimezzo e la Riserva Naturale Mab (*Man and the biosphere*=l'uomo e la biosfera), dove l'UNESCO conduce ricerche sul rapporto uomo-ambiente (una delle due riserve Mab dell'Unesco in Italia); Isernia e la Mostra sulla civiltà preistorica. E più in là, Madonna di Canneto e Saepinum da un lato, Montecassino e Parco Nazionale d'Abruzzo dall'altro.
Ce n'è abbastanza per fare di Capracotta una meta dello sport e del tempo libero degli italiani, e non solo degli italiani!

*Natalino Paone*


**Istituto Mediterraneo di Neuroscienze**
**IMN - IRCCS**

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
**Programma scientifico 1995-1996**

**Giornate di neuroradiologia**
**Prof. Luigi Bozzao**

**Immaging addominale**
**e osteo-articolare**
**Prof. Roberto Passariello**

**10 novembre 1995**
**Patologia traumatica cranio-encefalica**
**e vertebro-midollare**
**(dr. U. Sabatini)**

**22 dicembre 1995**
**Attualità dell'imaging dell'addome**
**(Dr.ssa S. Tella)**

**16 febbraio 1995**
**Malformazioni vascolari cerebrali**
**(Dr. C. Colonnese)**

**12 Aprile 1995**
**Imaging integrato TC-RM della patologia articolare**
**(Dr. S. De Bac)**

**14 Giugno 1995**
**Patologia cerebro-vascolare**
**(Dr. G. Brughitta)**