

AESERNIA MEDICA

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



Roccamandolfi. Il castello

Roccamandolfi. Il castello

Il castello di Roccamandolfi è di quelli che sicuramente hanno avuto un ruolo di forte rilievo nella storia del Molise. Si trova più su del paese, tra la strada di montagna e il torrente Càllora. Lo eresse sull'altura inaccessibile certo Maginulfus, signore di Boiano, che da lassù, nel decimo secolo, controllava le terre per un vasto raggio e lo stesso passo che consentiva di scavalcare il Matese per scendere nella valle del Volturno e della Campania.

Il maniero, ormai ridotto a consistenti resti del muro di cinta e della dimora all'interno, si compone di una cinta muraria che, ad oriente e a mezzogiorno, è rafforzata da cinque torri aggettanti e sugli altri due lati presenta un alzata a strapiombo sulla parete rocciosa del torrente Càllora. All'interno della cinta con torri un piccolo giardino immetteva alla dimora addossata all'angolo settentrionale.

Gli episodi salienti della sua storia sono almeno tre accaduti rispettivamente nel 1195, 1223, il 1270.

1. Nel 1195, Ruggero, Conte di Molise, giurò fedeltà all'imperatore Enrico VI, ma presto passò nelle fila di Tancredi. L'imperatore prese subito le contromisure e gli spedì contro i suoi generali Bertoldo di Kunsberg e Corrado di Lutzelinhart. Lo scontro vide Ruggero perdente in fuga verso il castello di Roccamandolfi, dove poté resistere agli attacchi e trattare l'accordo, che raggiunse nel 1196, ottenendo la libertà di allontanarsi dalla regione con i suoi collaboratori.

2. Agli inizi del XIII secolo Tommaso di Celano sposò Giuditta di Molise, diventando così di fatto padrone delle due Contee che gli consentivano di controllare l'accesso al Mezzogiorno. Tommaso tentò di avere buoni rapporti con l'imperatore, ma con esito negativo, anzi la trattativa sfociò in aperto contrasto. Strategicamente dispose che la moglie rimanesse con le truppe a difendere il castello di Boiano, mentre egli organizzava il suo rifugio nel castello di Roccamandolfi. Federico II, fortemente adirato, convocò a Boiano la conferenza dei baroni per organizzare la vendetta contro Tommaso. Il quale, però, nel mentre scese a Boiano, rafforzò le difese e tornò a Roccamandolfi portandosi dietro la moglie. Il tutto avvenne sotto il naso di Federico. Il gioco sembrava fatto, quando il Conte di Acerra giunse a Boiano con le sue truppe, espugnò il castello e si spostò verso

Roccamandolfi, dove cinse d'assedio Tommaso di Celano e la moglie rinchiusi nel castello. Visto che questi non si arrendevano, Federico ordinò nel 1122 di intensificare gli attacchi. Tommaso, per non cadere prigioniero, lasciò il comando alla moglie e fuggì nella Marsica. Ma il Conte di Acerra lo raggiunse a Celano. Più tardi, ricevuti i rinforzi, tornò a Roccamandolfi, dove costrinse alla resa Giuditta e i suoi. Federico ordinò lo smantellamento del castello.

3. Un gruppo di eretici (Càtari) si rifugiò a Roccamandolfi (attorno al castello semidiroccato). Carlo d'Angiò, per mantenere buoni rapporti con la Chiesa, mise in atto un'azione repressiva nei confronti del gruppo. Prima affidò la custodia del *castrum* a Tommaso di Eboli, poi inviò sul posto il suo ufficiale di fiducia Bernardo di Rayano col compito di catturare gli eretici e trasferirli a Capua per essere sottoposti a giudizio.

Bernardo di Rayano portò a termine l'operazione e il 2 aprile del 1270 inviò a Capua gli eretici catturati. Carlo d'Angiò ordinò poi che il *castrum* venisse demolito, che il materiale e le munizioni venissero consegnati ad Oberto de Ripacuria, castellano di Boiano, e che gli abitanti trasferissero la loro dimora nel luogo detto Casale. Il sito dove oggi sorge il paese. Il castello è monumento protetto dalla legge 1089 del 1939 e la Soprintendenza vi sta eseguendo opere di restauro.

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

Tartaglione Sergio, Presidente
Di Cristinzi Iva, v. Presidente
Marcello Baldassarre, Segretario
Bucci Luigi, Tesoriere
Berchicci Giorgio, Cons. Odont.
Chiaverini Roberto, Consigliere
Di Cerbo Silvana, Consigliere
Mazza Vanda, Consigliere
Pirone Florindo, Consigliere
Ricci Angela, Consigliere
Testa Mario, Cons. Odontoiatri

Collegio Revisori

Alfieri Linda, Presidente
Broccoli Biagino, Revisore
Castaldi Bruno, Revisore
Tolve Carmine, Rev. Supp.te

Commissione Odontoiatri

Berchicci Giorgio, Presidente
Testa Mario, Segretario
Canè Danilo
Di Cristinzi Trino
Tagliaferri Davide

ANNO IV, n. 3

Luglio/settembre 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
SPAZIO APERTO	4
RIFLESSIONI IN LIBERTÀ.....	6
PAGINA SINDACALE	8
STORIA DELLA MEDICINA	13
I MEDICI E L'ARTE	21
BOLLETTINO SCIENTIFICO	23
VITA DELL'ORDINE	32
LEGGI E DECRETI	33
NOTIZIARIO	34
PAGINA CRAL-SANITÀ.....	35

EDITORIALE

L'istituzione in Italia del Corso di laurea in Odontoiatria, avvenuta nel 1980 in ottemperanza alle direttive della Comunità Europea, ha adeguato la preparazione universitaria del dentista italiano a quella dei suoi colleghi di tutta Europa. Il corso di laurea rientra nella facoltà di Medicina e Chirurgia, gli Odontoiatri come è noto dopo la laurea conseguono una abilitazione all'esercizio professionale e quindi possono essere iscritti in un apposito Albo tenuto presso gli Ordini Provinciali.

Nello stesso tempo, per motivazioni giuridiche diverse, l'accesso alla professione odontoiatrica è consentito anche a coloro che hanno conseguito la specializzazione dopo la laurea in Medicina e Chirurgia e a coloro che si sono laureati nei termini previsti dall'ordinamento giuridico ma non hanno conseguito la specializzazione. A questi ultimi è anche consentita la doppia iscrizione ai due Albi, quello dei medici e quello degli odontoiatri. Come si vede, uno stesso ambito specialistico è oggetto di interesse di tre figure professionali diverse, che hanno seguito percorsi formativi teorici e pratici diversi o, addirittura, si avvicinano all'Odontoiatria senza aver sostenuto l'esame di Clinica Odontoiatrica. Non sappiamo con precisione neppure il numero degli esercenti in Italia (le stime variano da 33000 a 45000, senza tener conto del gran numero di abusivi che costituiscono una autentica piaga).

Di qui, la necessità di un Ordine professionale degli Odontoiatri: non tanto, come spesso si è detto a sproposito, per il desiderio di una distinzione dalla "classe" medica che favorisse la formazione di una nuova casta di privilegiati; quanto, piuttosto, per la legittima necessità di una chiara regolamentazione che soddisfi non solo le naturali istanze di chi, dopo aver conseguito un titolo di studio, intende esercitare la sua professione ma soprattutto difenda le aspettative dei cittadini che affidano la salute della propria bocca ad un professionista dal quale si aspettano competenza e serietà. Un Ordine, quindi, che definisca in modo chia-

ro ed esclusivo gli ambiti di pertinenza odontoiatrica (che finora sono una specie di terra di nessuno aperta a qualsiasi scorribanda) nel momento in cui la qualità delle prestazioni offerte è un elemento di discriminazione assoluto visti gli alti costi delle stesse e la sofisticazione delle tecniche. Un Ordine che sappia anche difendere la dignità e la disponibilità dei propri iscritti, troppo spesso chiamati da liberi professionisti a supplire alle richieste di una odontoiatria sociale reclamata dai cittadini e che lo Stato non riesce ad erogare neanche in termini di prevenzione.

Un Ordine che tuteli il cittadino nei suoi diritti e che sappia promuovere l'aggiornamento professionale e rivalutare il ruolo della cultura europea nell'ambito professionale.

Attualmente, è stato approvato alla Camera dei deputati un progetto di legge istitutivo dell'Ordine degli Odontoiatri: già in un recente passato l'iter legislativo era stato più che felice, ma la caduta del Governo Dini ne ha impedito l'approvazione definitiva. A giorni si dovrebbe conoscere l'esito dell'esame del Senato. Speriamo sia la volta buona.

Giorgio Berchicci

SPAZIO APERTO

I SERVIZI SANITARI DELL'ALTO MOLISE NEL CONTESTO DELLA RIFORMA

Olinto Ciamarra

Direttore Generale ASL n. 1 "Alto Molise" Agnone

Il delicato processo di riordino della sanità in atto nel Paese pone, a mio avviso, una prioritaria esigenza spesso ignorata nelle riforme del passato: quella che ad una vera profonda modificazione istituzionale corrisponda un concreto disegno di adeguamento delle strutture sotto il profilo ambientale, sotto il profilo organizzativo e sotto il profilo finanziario. Infatti, l'equilibrio generale del sistema sanitario nazionale non può prescindere dagli adeguamenti anzidetti senza scontrarsi con realtà regionali profondamente differenziate fra loro ed all'interno di ciascuna regione.

I principi informatori del Piano sanitario 1997-1999 della nostra regione rispondono alla suddetta esigenza affermando la complessiva valenza di un sistema decisamente innovativo che non prescinde dalla contemporanea considerazione dei citati profili ambientali, organizzative e finanziari. Più semplicemente, il piano regionale appare strutturato in modo da assicurare il coordinato sviluppo di specifici progetti aziendali che, in funzione delle diverse condizioni del territorio e dell'utenza, siano destinati ad organizzare ed attivare servizi sanitari in grado di offrire risposte valide e bisogni certi.

Alla luce di queste generali premesse, io credo possano individuarsi con chiarezza le linee di riordino dei servizi sanitari nell'Alto Molise, un'area autenticamente montana e disagiata caratterizzata da particolari condizioni del suo territorio e della sua popolazione nonché da una favorevole collocazione intermedia su antichi percorsi interni tra l'Abruzzo e la Provincia di Isernia e tra le due province molisane.

Le risposte dei servizi sanitari dell'Alto Molise ai bisogni dell'utenza, ivi compresi quelli non trascurabili derivanti da una mobilità interregionale attiva in trend di crescita, appaiono essenzialmente orientate ad una naturale scelta di qualità per attività e prestazioni contemporaneamente adeguate alle suddette condizioni speciali ed alla ridotta dimensione della A.S.L. in considerazione:

a) dell'appartenenza ad un sistema regionale di emergenza ed urgenza (numero telefonico 118) di prossima attuazione che trova sviluppo territoriale (tre apposite unità operative a Carovilli, Capracotta ed Agnone) ed ospedaliero (dipartimento di emergenza/urgenza ed accettazione di primo livello presso il presidio di Agnone), da potenziare con dotazioni organiche di pronto soccorso e riferimenti operativi per necessarie terapie

intensive;

b) delle attività di un solo distretto, prettamente coincidente con la Comunità montana Alto Molise, mediante una nuova struttura tecnico-funzionale destinata ad un complesso di prestazioni di primo livello e capace di stabilire un filtro ed un ponte tra le famiglie e l'ospedale in una funzione di controllo del processo della Salute in tutte le fasi della medicina;

c) della definizione dipartimentale ed innovativa delle specifiche attività mediche e veterinarie di prevenzione opportunamente accorpate in rapporto alla dimensione della A.S.L. ed all'entità dei bisogni;

d) delle attività di assistenza ospedaliera in rapporto alla riduzione dei posti-letto originari per ricoveri di acuti, all'attivazione di posti letto per lungodegenza post-acuzia e riabilitazione, ad una riserva di posti per ricoveri in day-hospital e per l'attività libero-professionale della dirigenza.

Occorre aggiungere che gli indirizzi esposti coinvolgono tutto il personale medico e non medico, dipendente e convenzionato, cui deve riconoscersi il merito di un impegno comune al raggiungimento di risultati concreti, indispensabili al futuro dell'Azienda.

A PROPOSITO DI MORALE

«Raro cade chi ben cammina»

Leonardo, *Aforismi*

Negli ultimi tempi i medici sempre più spesso incontrano sulla propria strada chi è pronto a fare loro la morale, a parlare di etica. Mai prima d'ora ci era capitato di ascoltare un ingegnere, noi lo immaginavamo immerso in calcoli e catene di montaggio, così non è più. Usciti dall'industria in crisi, entrano da padroni nelle A.S.L., a loro volta messi lì da chi fa politica come fosse nel proprio cortile di casa, ben lontani nel loro operare dal garantire il bene comune del cittadino. Ora questi politici presi dal sacro fuoco del risparmio dimenticano che per il passato erano tutti lì a succhiare latte che non gli apparteneva. Troviamo giusto che si debba operare per una razionalizzazione della spesa sanitaria, ma che questa operazione vada a colpire la figura del medico e la sua dignità professionale è troppo! Fino a prova contraria, all'interno della Sanità, il medico è figura centrale. È questa centralità che si vuole ribadire, recuperando con tutte le nostre forze, il binomio medico-paziente. Noi non accettiamo la robotizzazione. Noi non ci occupiamo di macchine o di viaggi alle Maldive, noi con la nostra professione ci occupiamo della salute fisica e mentale del cittadino. Ora gentile Manager le porremo il seguente quesito: «In quale recondito luogo s'annida la morale di chi risparmiando denaro pubblico ne tragga per sé stesso e per pochi altri profitto? (leggi incentivi). In quale recondito luogo s'annida l'immoralità dell'ultimo dei medici che chiamato ad operare anche per una sola volta porti alla comunità il risparmio di una vita?».

I MEDICI DI GUARDIA MEDICA

RIFLESSIONI IN LIBERTÀ

Il signor "U", gli indiani e le perline

Una metafora del consumismo di Leonardo Antico

Le perline erano tante, colorate, luccicanti, talora illuminate.

Il signor "U" le vedeva spesso. Se le trovava davanti anche quando non se lo aspettava: in casa, per la strada, sul lavoro e molti parlavano di "perline" al signor "U" e "molte perline" parlavano.

A volte il signor "U" finiva per sognarle o veniva preso dal desiderio di andarle a vedere proprio per fantasticare meglio, ma ogni volta si trovava in mezzo a tanta altra gente che aveva avuto la sua stessa idea.

Molti amici del signor "U" possedevano già delle perline. Alcuni di loro erano felici di averle, altri invece, avrebbero voluto cambiarle con quelle più luccicanti, altri ancora ma non molti, ne diffidavano del tutto. "Per invidia" pensava il signor "U" "Poichè tirano in ballo strani discorsi sulla futilità, sul superfluo, sugli uomini trattati come merce o come "usa e getta", o circa i gravi danni che sarebbero sortiti dalla diffusione di quelle belle e innocue perline".

Eppure, la maggior parte della gente voleva quelle perline, eccome, o comunque le accettava, tanto che molta gente, parlando di perline, aveva fatto "fortune" mostrandole alla gran massa di persone o scrivendo di esse. I più raffinati, addirittura, scrivevano con le perline e solo con quelle.

Un giorno il signor "U" aveva letto su un libro del figliolo che in tempi assai lontani, le perline venivano date a bere agli indigeni, ma quelle erano perline più primitive e non potevano essere paragonate a quelle che circolavano nel suo periodo che erano tecnologicamente più progredite, accorpate, di varie forme e che talora servivano perfino a farlo sentire "persona" tra la gente. Ne erano state create di tipi diversi. Le perline erano diventate necessarie all'economia e molti lavoravano per le perline... e molti già parlavano mettendo perline accumulate con sacrificio e con anni di studio.

C'erano stati anche degli studenti che avevano occupato il loro tempo per vedere come poter impiegare le perline. Fecero degli studi sulle perline che sembrava potessero curare addirittura le malattie. Tuttavia, molti cambiarono le perline con denaro, chissà perchè. Era molto più

opaco di esse e spesso anche più sporco di loro così limpide e lucenti.

Il signor "U" non aveva mai potuto comprare quelle perline: forse qualcuna, ma non era delle migliori. Cosa di seconda mano... il signor "U" "diffidava" delle perline ma solo un poco, soprattutto quando gli avevano detto: "Continua a mangiare la carne delle scatolette con disegnato sopra un cane, tanto poi, con due perline ingerite ti passerà presto il mal di pancia".

Certamente il signor "U" non capiva perchè doveva farsi venire il mal di ventre mangiando le scatolette per poi ingerire le due perline... Tuttavia si comportò come gli era stato suggerito, ma il peggio giunse quando gli dissero: "Ora non puoi più usare le perline come prima: Ne hai ingerite troppe. Non puoi prenderle più, ma continua a mangiare le scatolette".

Sicchè il signor "U" si era ammalato. Per tale ragione, lo avevano mandato a lavorare in una fabbrica di perline. "L'aria di laggiù ti farà bene" gli avevano detto "a contatto con tutte quelle perline che potrai vedere, toccare, di certo gioverà alla salute". Il signor "U" aveva accettato. Non poteva fare diversamente, perchè? Beh, il suo lavoro non gli bastava più per vivere e nemmeno per comperare una scatoletta con disegnato sopra il gatto.

Dicevano altresì che era necessario che il signor "U" investisse i suoi soldi per fabbricare perline competitive e che, nonostante tutto, doveva ritenersi contento così.

Intanto il signor "U" si domandava come mai uno, che aveva lavorato e che continuava a lavorare con onestà e con responsabilità non potesse vivere con dignità mentre gli altri, con le perline, stessero parecchio bene.

Questo suo interrogativo non lo aveva confessato a nessuno, per vergogna. Aveva pensato anche a rubare, per mantenere i suoi figli agli studi ma aveva subito rinunciato quando venne a sapere che già altri si erano meglio organizzati e gli isolati, come lui, non avevano fatto strada e che rubare per quegli scopi era malvisto. Tra un pensiero e l'altro, il signor "U" si era ammalato veramente e gravemente. Tutte le notti sognava le perline. Le vedeva ovunque, anche dentro allo specchio dove vi si era riflesso, scoprendo così di avere il viso somigliante a una perlina anzi: s'era trasformato in una perlina!

In quelle condizioni s'era recato dal dirigente del lavoro per protestare ma... era troppo tardi. Alcuni "addetti" del palazzo l'avevano preso ed esposto in una vetrina in bella mostra. Dopo qualche tempo, si fermò un indiano davanti alla vetrina e lo comprò. Così i figli del signor "U" poterono studiare e mangiare.

Decreti ingiuntivi:

motivo di contrasto tra il direttore generale e i medici convenzionati.

Il 9 Settembre c.a. nel corso di un incontro con i Medici del territorio, tenutosi presso la sala conferenze dell'Ordine Dei Medici di Isernia, il Dott. Florio, Direttore Generale della A.S.L. 2 "Pentria", ha accusato il settore Medico convenzionato di fare un uso disinvoltato ed immorale, per i danni economici che ne conseguono all'azienda, dei decreti ingiuntivi per ritardato pagamento. In quella sede, sicuramente, i colleghi colpiti da questa dura accusa avranno avuto modo di replicare con la dovuta incisività. Riteniamo che siano opportune, però, alcune precisazioni.

Che il settore convenzionato faccia uso delle vie legali più frequentemente di altri settori è la logica conseguenza del fatto che quando l'azienda è in difficoltà comunque garantisce i dipendenti e, per forza di cose, fa pagare il conto quasi sempre ai convenzionati. Se questa logica si invertisse, alle vie legali adirebbero i dipendenti. In questo caso la A.S.L., incalzata da un mare di decreti ingiuntivi, dovrebbe dichiarare fallimento dopo pochi mesi. Quindi togliamo quel termine immorale e diciamo più correttamente che, per un mero calcolo di convenienza, si preferisce colpire i convenzionati perchè la loro "immoralità" costa meno! Ma per essere ancora più chiari è forse necessario spiegare perchè si è arrivati a questa conflittualità. I medici convenzionati nonostante avessero un nuovo contratto entrato in vigore qualche mese prima di quello dei dipendenti, hanno ottenuto gli arretrati solo nel mese di Settembre, mentre agli stessi dipendenti erano stati liquidati nei primi mesi dell'anno, nonostante che l'azienda, certamente anche per colpe non sue, era ed è in crisi di fondi e non riusciva e non riesce a garantire il pagamento corrente alla Medicina Generale, alla Guardia Medica, ai Pediatri di libera scelta e agli Ambulatoriali esterni. Tanto è vero che, a tutt'oggi, questi ultimi continuano ad avere il ritardo di un mese sui pagamenti.

La conflittualità nasce, quindi, non da un innato spirito temerario e terroristico dei medici convenzionati ma da una tanto evidente quanto ingiusta disparità di trattamento con altri settori. Ci rendiamo perfettamente conto delle difficoltà economiche di una ASL, quella "Pentra", sicuramente penalizzata a livello regionale per quanto riguarda l'attribuzione dei fondi ma i sacrifici, in una situazione di difficoltà, li devono

fare tutti, senza distinzione, per non creare privilegi e discriminanti non riportati da nessuna legge e da nessun contratto di lavoro.

Siamo certi che se l'esempio venisse dall'alto e cioè se alcuni alti funzionari della ASL, in una situazione difficile come la nostra non si facessero liquidare, come è avvenuto e altrettanto facilmente documentabile, gli incentivi per i risparmi realizzati nella gestione dell'anno precedente e ammontanti a diverse decine di milioni, preferendo rinviare la pur legittima riscossione a tempi migliori, i medici convenzionati non avrebbero motivi, allo stato attuale delle cose più che validi, per sfoderare questa conflittualità con l'Azienda.

In conclusione, ci permettiamo di suggerire umilmente che una ripartizione più giusta dei sacrifici è l'unico antidoto per superare questo atteggiamento.

Se questa equità non è realizzabile, non si può pensare che si possa scegliere volontariamente di farsi discriminare senza reagire. Credere, invece, di raggiungere lo scopo con minacce, più o meno velate, di ritorsioni sulla medicina del territorio è solo offensivo per la cultura e la dignità dei medici.

Angelo Trabassi

A proposito di sostituzioni in medicina generale

L'ultimo scatto dello 01-09-97, relativo al trattamento economico del nuovo contratto di medicina generale (DPR 484, del 19/09/96) ci offre l'occasione per aggiornare le tariffe dovute al sostituto del medico di libera scelta. Ricordiamo che le cifre riportate vanno maggiorate del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo; ridotti del 20% nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

Ricordiamo inoltre che per periodi di sostituzione che comprendano pre-festivi e festivi, questi ultimi vanno pagati con le stesse tariffe previste per i giorni feriali.

COMPENSI PER GIORNO DI SOSTITUZIONE ALLO 01-09-97

NUMERO ASSISTITI	ANNI DI ANZIANITÀ LAUREA MEDICO SOSTITUITO				
	anni 0 - 6	anni 6 - 13	anni 13 - 20	anni > 20	anni > 27
250	34.139	35.700	37.326	38.953	40.038
500	57.656	60.778	64.031	67.285	69.455
750	80.780	85.463	90.343	95.224	98.478
1000	99.373	105.617	112.123	118.630	122.970
1250	118.118	125.923	134.056	142.190	147.525
1500	136.583	145.949	155.709	165.470	171.979

INTERVISTA AL DOTTOR CLEMENTE

RESPONSABILE DESIGNATO DELLA CENTRALE OPERATIVA DI CAMPOBASSO PER L'ISTITUENDO "118" NEL MOLISE

*D. La lettura degli organi d'informazione locali in questi giorni danno ora-
mai per imminente l'avvio del sistema "118" sul territorio molisano. A lei che
è il Responsabile della Centrale Operativa e, di conseguenza, dell'intero
sistema, chiediamo notizie più chiare e precise sullo stato di organizzazione
dello stesso, le difficoltà che ancora si frappongono e i tempi previsti per la
sua effettiva attivazione.*

R. (dr Fedele CLEMENTE): La mia nomina a Responsabile di Centrale Operativa è abbastanza recente (3 mesi) tuttavia è da oltre tre anni che lavoro con assiduità al progetto "118". Durante questo periodo ho condotto uno studio minuzioso e alquanto complesso in collaborazione con colleghi e funzionari regionali altamente qualificati nell'ambito di una commissione regionale costituita allo scopo e presieduta dall'assessore alla Sanità pf. G. Astore, fra i cui componenti devo i miei ringraziamenti per il particolare impegno al dr. V. Davinelli ed al dr. F. Crudele. Durante questa fase, abbastanza lunga ma oltremodo necessaria, sono state messe in evidenza le necessità peculiari della regione Molise in termini di interventi sanitari di urgenza e di emergenza. Lo studio ha riguardato l'incidenza degli eventi acuti, traumatici e non, la tipologia di essi (sono maggiori i problemi acuti cardiologici ed internistici, seguono poi quelli chirurgici-traumatologici, quindi in percentuale molto più bassa tutti gli altri), le zone particolarmente a rischio, la viabilità (difficile raggiungere tutte le zone in tempi utili se si parte dai presidi ospedalieri della regione), le condizioni climatiche, le risorse esistenti; etc. Il tutto è stato confrontato con le esperienze di altre regioni ove il "118" è già attivo ed alla fine si è giunti a definire le caratteristiche di un sistema di Emergenza "118" ottimale per la Regione Molise: decentramento delle risorse con équipes sanitarie dislocate sul territorio, e più esattamente nei comuni a maggiore densità abitativa da cui siano in grado di coprire un'area circoscrizionale in media in 5-15 min.'. Queste équipes sanitarie sono fornite di tutti i mezzi ed i presidi necessari a praticare qualsiasi tipo di intervento in qualsiasi condizione. A questa impostazione si era imposta la tesi di coloro che sostenevano la necessità, per fare una buona emergenza territoriale, di incrementare gli organici e le strutture intraospedaliere, ma è evidente che si trattava solo di tesi personalistiche

non finalizzate alla soluzione dei problemi reali. Infatti se si parte dal concetto che l'evento acuto capita, inatteso, in qualunque area del territorio è evidente che anche la migliore équipes ospedaliera a nulla servirebbe se per raggiungere e praticare un intervento impiegherebbe oltre i 20-30 minuti (è scientificamente dimostrato che un paziente in arresto cardiorespiratorio può essere salvato se l'intervento viene condotto nei primi 4-10 minuti). Questa polemica è stata, per esempio, uno dei primi motivi di ritardo alla definizione ed attivazione iniziale del sistema. Attualmente sembra superata, tuttavia occorre vigilare affinché non tornino a galla richieste protese unicamente a tutelare interessi di categoria che finiscono per ritardare ed inficiare la funzionalità dell'intero sistema. Allo stato attuale, comunque, sono già numerose le iniziative già intraprese per l'attivazione del "118" sono in corso di definizione le procedure per l'acquisto di mezzi ed apparecchiature specifiche; è stato individuato il personale medico necessario; è in corso di allestimento la sede della Centrale Operativa a Campobasso, sia per quel che riguarda i locali, l'arredamento e la parte informatica. Le fasi successive che ancora non trovano attuazione sono: 1) passaggio dei medici di Guardia Medica ad un orario a tempo pieno; 2) acquisizione del personale infermeristico; 3) acquisizione delle attrezzature radiotelefoniche. Per completare queste tre fasi occorre fondamentalmente la volontà della Regione Molise, e, conoscendo l'impegno che l'assessorato alla sanità ha dimostrato per l'attivazione del "118", in coerenza con la necessità di fornire il territorio di servizi e strutture oramai indispensabili, nell'interesse sovrano del cittadino, ritengo che i tempi non siano particolarmente lunghi. D'altronde sono stati risolti i problemi relativi alle modalità di assunzione del personale medico ed infermeristico e quelli connessi all'acquisizione del sistema integrato radio-telefonico, per cui si attendono solo il completamento dei relativi finanziamenti e l'indizione di gara di acquisto delle apparecchiature di radio-telecomunicazione. In conclusione, se vengono rispettati i tempi previsti, sarà possibile attivare il sistema di Emergenza "118" nei primi mesi del 1998.

D.: per i medici di Guardia Medica che entreranno a far parte dell'emergenza è previsto l'aggiornamento annuale obbligatorio. A tal proposito la preghiamo di parlarci del corso di aggiornamento organizzato dalla A.S.L. n° 3 e che sta per partire in questi giorni. Le chiediamo, inoltre, se nel prossimo futuro è previsto un nuovo corso propedeutico di 300 ore per preparare nuovo personale medico da impiegare, eventualmente, nel "118".

R. (dr Fedele CLEMENTE): Il personale medico da impiegare per lo svolgimento di attività di "Emergenza territoriale - 118" che più risponde alle esigenze del tipo di lavoro da praticare è senza dubbio quello attualmente in servizio presso le Guardie Mediche poichè possiede le competenze professionali del tipo "multidisciplinari" ad esso necessarie e non piuttosto settoriali (uno specialista è abituato a

vedere solo il problema sanitario dal punto di vista della sua specializzazione: l'anestesista tende ad intubare, il chirurgo tende ad operare, il cardiologo tende a defibrillare, etc., mentre l'urgenza e l'emergenza si presentano sotto le più svariate forme, cioè cardiologiche, respiratorie, neurologiche, addominali, traumatologiche, psichiatriche, etc., e le linee guida internazionali indicano la necessità di disporre di personale che sia libero da vincoli mentali e culturali tipici degli specialisti classici). D'altronde nei paesi a maggior sviluppo sociale sono in corso di definizione le caratteristiche della figura professionale deputata ad affrontare nella prima ora, la cosiddetta "ora d'oro", il paziente acuto e critico con una visione di insieme protesa alla salvaguardia di tutti gli apparati e sistemi dell'organismo e nel rispetto delle funzioni vitali. Inoltre il medico che attualmente svolge attività di guardia medica è abituato ad operare in condizioni difficili e disagiate, è abituato a ricevere e risolvere richieste telefoniche, conosce gli aspetti medico legali e sociali legati alle varie situazioni di urgenza, siano esse banali che di estrema gravità. Ora, essendo questa una nuova attività ancora suscettibile di ulteriori modifiche e miglioramenti, abbiamo voluto prevedere l'obbligo di un aggiornamento permanente e continuo di tutti gli operatori addetti, e ciò sia per seguire le innovazioni tecnologiche e scientifiche, ma anche per meglio definire le necessità operative concrete in quanto è previsto, nel suo ambito, un'analisi dei risultati ottenuti. Inoltre riteniamo utile tenere allenati gli operatori anche per quegli interventi che sono meno frequenti, ma comunque più complessi e di vitale importanza. Questa esigenza è condivisa anche dai medici che intendono operare nell'Emergenza tanto che per il primo corso, che partirà nei prossimi giorni, sono pervenute 287 domande di ammissione. Questo corso, non obbligatorio per i Medici di Guardia Medica in quanto non sono stati ancora integrati nel Servizio di Emergenza Territoriale "118" ma sicuramente a loro utile, è stato progettato personalmente da me per conto della A.S.L. di Campobasso seguendo gli indirizzi dettati dalle società scientifiche nazionali ed internazionali maggiormente rappresentative nel campo dell'emergenza/urgenza. Inoltre ho voluto che fossero gli stessi destinatari del corso ad esprimersi sulle loro necessità culturali attraverso un questionario scritto che ho loro sottoposto nel mese di maggio 1996 e da cui ho attinto indicazioni molto utili. Per quanto riguarda i corsi propedeutici sono previsti in futuro corsi annuali per un numero ristretto di allievi (30 allievi) che serviranno a formare in modo specifico medici, infermieri e volontari che potranno eventualmente essere occupati nel sistema di Urgenza/Emergenza. Tuttavia questi corsi saranno attivati dopo che sarà entrato in funzione il "118" sulla base delle reali necessità.

STORIA DELLA MEDICINA

Cinquantaquattro anni fa, Isernia fu colpita da una delle più grandi tragedie della sua pur tormentata lunga storia: il bombardamento degli americani sulla città, che ne distrusse buona parte del centro storico, provocando oltre quattromila morti.

Dedichiamo la rubrica "storia della medicina" di questo numero a quel triste evento con un brano che riportiamo in anteprima, tratto dal libro sulla storia della medicina nella provincia di Isernia del dott. Eliodoro Pirone e che sarà pubblicato nei prossimi mesi.

Il brano in questione mette in risalto, grazie all'efficacia narrativa dell'autore, il ruolo importante ed eroico che ebbero alcuni nostri colleghi nell'offrire la loro preziosa opera in quei momenti davvero bui per la nostra terra. Per tutti sottolineiamo il ricordo di una figura di medico che giustamente, per professionalità ed umanità, è entrato di diritto nelle pagine più nobili della storia medica della nostra provincia: il dott. Luigi Pansini.

IL BOMBARDAMENTO DI ISERNIA

Il 10 settembre del 1943 alle ore 10 una gran folla di gente in festa per l'armistizio firmato due giorni prima dall'Italia con gli Alleati, si riversò nella piazza della Cattedrale in Isernia, per il mercato ripristinato a guerra finita. Saluti cordiali ed effusioni amichevoli per i pericoli scampati risonavano qua e là nei capannelli di persone attardatesi a conversare quando, all'improvviso, volteggiando nel cielo limpido e azzurro irrupero le forze volanti americane e l'assordante rombo dei motori e il fragore dei voli a bassa quota attrassero l'attenzione. Tutti volsero lo sguardo in alto con le mani levate a salutare ed applaudire gli aerei liberatori. Si pensava che le formazioni aeree, inseguendo il nemico in rotta verso il nord, volessero dar prova di potenza e di vittoria.

Ma sibili acuti risonarono sinistri per le vie del cielo e l'una dopo l'altra caddero, sganciate sulla gente inerme, a centro della città aperta le bombe maledette. Tremava la terra tra lampi, scoppi e crolli di mura; si aprivano crateri ad inghiottire uomini e cose.

Urla di dolore, fughe precipitose all'impazzata, feriti e morti nella foschia che in un attimo aveva oscurato l'aria sotto una cappa di piombo e nuvole di polvere e fiammate di fuoco si levavano dalla terra sconvolta.

Una luce pallida di "sole malato" s'affacciava nel cielo, fra lembi squarciati, a rischiarare il vermiglio colore del sangue.

Come folli gli scampati si facevano strada tra i corpi dei feriti e incespicavano fra i cadaveri.

Un gigantesco mucchio di pietre era quanto rimaneva del palazzo crollato in pochi attimi all'ombra dell'Arco di San Pietro di fronte al forno dei Giancola. Da quelle macerie ancora scosse dalla violenza dirompente degli scoppi, si affacciavano pali di legno, travi di ferro, utensili vari, porte divelte, mobili, rottami di letto e fra quelle povere cose contorte e ammucciate, si aggirava un uomo nel folle tentativo di sollevare i macigni, rimuovere le pietre, farsi strada nelle viscere dell'ammasso mostruoso. S'accaniva nel lavoro sovrumano, senza alcuna speranza, nel posto dove nei vuoti delle mura crollate si ascoltava una flebile voce di donna in un continuo lamento!... E convulse le mani del disgraziato riprendevano a smuovere, a scavare, a far leva invano!

Tutti terrorizzati, fuggivano. Ed egli scavava e piangeva; ma a nulla valse scavare. Come rimuovere, con le sole sue braccia, una montagna di sassi?

Stranito il gatto tra i dirupi della sua casa, correndo di qua e di là intorno al padrone, con la zampetta allontanava i detriti dei calcinacci fumanti.

Giunse la notte. I lamenti non si udirono più; la voce si era spenta. Allora l'uomo scarmigliato, con i vestiti a brandelli, nero in viso, tumefatte e spellate le mani, intrise di sangue rappreso le ferite degli avambracci contusi, si arrestò, guardò intorno, sollevò i pugni al cielo e si inginocchiò. Si fece la croce senza parlare e non piangere. Discese dall'alto della casa crollata e scomparve, ombra nell'oscurità della notte.

* * *

Nel quartiere a sud della città, sin dalle prime ore del mattino, le campane della parrocchia di San Pietro Celestino, Papa nato a Isernia, suonavano a distesa annunciando la pace. La chiesetta dell'ospedale si era affollata più del solito; la guerra era finita, la serenità dello spirito aveva pervaso gli animi dei fedeli che dopo la messa si erano soffermati sul sagrato a salutarsi, a ragionare delle

malattie dei congiunti ricoverati e le donnicciole a scambiarsi chiacchiere confidenziali.

Il chirurgo era arrivato di buon'ora, come nelle altre mattine, percorrendo la strada a centro della città, con il suo passo caratteristico rapido e ritmico, alta la fronte. Tre interventi lo impegnavano. Alle dieci le operazioni chirurgiche erano terminate e il Primario si attardava a commentare con i colleghi i casi della giornata, allorché l'infermiere Romolo Cifelli sopraggiunse di corsa gridando: "Dal balcone della 'Sala Donne' si scorgono a bassa quota numerose fortezze volanti americane; ne ho contate più di trenta!"

E mentre i medici accorrevano, sibili prolungati s'inseguivano dall'alto e, serpeggiando nel cielo come folgori, precipitavano sulla terra con il fragore dei boati; esplodevano le bombe gigantesche, sollevavano macerie travolgendole con la furia di un ciclone. Fumi nerastri si sollevavano nel cielo come funghi enormi e le fiamme,



Quel che resta della stazione ferroviaria di Isernia nei giorni successivi al 10 settembre 1943.

più alte dei grandi palazzi, conferivano al quadro l'orrore della distruzione e della fine. Si accumulavano le vittime sotto una coltre di polvere e lingue di fuoco si alzavano dai tetti che crollando di schianto cancellavano le case ancora calde del focolare degli affetti.

Giungevano all'ospedale i feriti gridando e piangendo: maschere di sangue, visi sfigurati, come l'"Ecce Homo", flagellati a morte. Si

improvvisarono sale operatorie; ogni angolo divenne posto di medicazione e di soccorso e si ammucchiarono i morti nell'angusto obitorio.

Lungo le strade correvano come impazziti, in preda a pianti, a preghiere e a bestemmie uomini, donne e bambini, chiamandosi a gran voce, lungo le vie del centro, tra gli edifici ancora in piedi. Vagavano qua e là in preda all'angoscia tra le macerie e nei vicoli le donne scapigliate, con i grembiuli bagnati, fuggite dalla cucina a cercare affannosamente i figli, i mariti e i parenti. Una volta ritrovatisi e presisi per mano, correvano via dalla città; folle trasformatesi d'incanto in processioni di 'pezzenti' si disperdevano nelle campagne.

L'Ospedale era diventato una bolgia infernale: grida e invocazioni di aiuto; accorrere di medici, di suore e di infermieri in fretta dovunque si sentisse un lamento, per medicare, arrestare emorragie, combattere con la morte. Trascorrevano le ore e si susseguivano le incursioni aeree. Nell'Ospedale mancò l'acqua e si spese la luce; diminuiva il personale. Anche gli operati del mattino erano scomparsi; i parenti credettero bene di porli in salvo portandoli via nel trambusto. I medici, di fronte all'infuriare dei bombardamenti, cercavano di infondere coraggio al personale. Rimasero sulla breccia i chirurghi Luigi Pansini ed Alessandro Perna; le religiose suor Pia, suor Maria, suor Giustina e suor Giuseppina; le infermiere Enrichetta La Posta, Flavia Di Santo e Ida Procino; gli infermieri Romolo Cifelli, Pasquale Caroselli e i collaboratori più stretti.

Ma come si poteva fuggire abbandonando un fanciullo nell'androne dell'Ospedale, accasciato a terra, che reggeva tra le mani il pacchetto intestinale fuoriuscito dallo squarcio dell'addome e con flebili gemiti, soffi rubati al respiro, invocava disperatamente aiuto?

Poco lontano dall'ospedale, nelle abitazioni ricavate nell'ex caserma militare erano alloggiati alcuni politici antifascisti, "confinati" in Isernia dal regime. Allorché uno di essi, un certo Descardelli, si accorse che in Ospedale vi era necessità di aiuto straordinario per l'assistenza ai feriti radunò i compagni e insieme corsero all'Ospedale ponendosi a disposizione dei medici. Provvidero subito al rifornimento, attingendo l'acqua al fiume nella valle sottostante. Per due giorni i confinati politici si resero utili aiutando gli infermieri nell'assistenza generica ai feriti con generosità e spirito di fratellanza. Avevano familiarizzato con gli ospedalieri, prodighi di aiuti e di consulenze professionali per il passato, e vollero ricambiare i favori di stima e riconoscenza nello spirito dell'umana solidarietà in un tragico momento di pericolo e di emergenza.

Nella parte alta della città il custode Fedele Labella si precipitò fuori dal Dispensario antituberculare, situato tra le prime case, per rendersi conto di quanto accadeva e si trovò assediato da una folla di gente che piangeva e imprecava; in preda al panico chiedevano tutti di potersi rifugiare nell'ambulatorio in cerca di assistenza. All'improvviso comparve una vecchia Balilla, rumorosa e impolverata, tra sbuffi di fumo biancastro e vapori di acqua bollente. Vi discese un uomo sconvolto che fu subito riconosciuto per il Medico condotto di Forlì del Sannio in preda a viva agitazione e a rabbia inconsulta. Si guardò intorno, sollevò gli occhi al cielo, costernato e commosso; afferrò poi dalle mani di Labella il materiale di medicazione e cominciò a disinfettare, bendare, frenare le emorragie e immobilizzare come poteva gli arti traumatizzati dinanzi all'uscio dell'ambulatorio, trasportando all'interno quelli che mostravano segni di malessere generale. E attorno a lui si stringeva la folla che infuriata urlava disperatamente parole senza senso fra gemiti e preghiere.

Quella mattina il dottor Sestilio Melaragno, affacciatosi al balcone del suo ambulatorio, aveva avvertito un insolito turbamento nella piazza del suo paese, distante pochi chilometri in linea d'aria da Isernia, ed aveva subito intravisto tanti aerei nel cielo, al di sopra del suo capo, accompagnati da un rumore cupo e sordo che rintronava minaccioso e cadeva giù dalla immensa volta celeste. Allontanatisi gli aeroplani anche lo strano rumore si era spento lontano nella risonanza dell'eco come un boato. Il Medico aveva intuito la gravità ineluttabile della tragedia, incomprensibile ad armistizio concluso, ed era corso con la Balilla, compagna del suo quotidiano lavoro, dove l'istinto professionale lo chiamava. Fino a che ebbe le bende e le garze e i disinfettanti del Dispensario continuò ad assistere i feriti nella saletta dell'ambulatorio ed anche in mezzo alla strada e alla fine, quando i traumatizzati assaliti dal panico si diradarono ed egli si trovò accanto soltanto il custode del Dispensario, se ne tornò disperato ed angosciato nella sua condotta medica di Forlì. I bombardamenti continuarono anche nei giorni successivi ad accanirsi sull'abitato, sconfinando anche nelle campagne e seppellendo sotto le macerie delle case rustiche altri infelici scampati alla furia dei primi bombardamenti.

* * *

Di buon'ora l'11 settembre, il giorno dopo, arrivò dalla contrada Tiegno, il lattaio Torquato Di Nucci. Tutte le mattine, alle prime

luci dell'alba, percorreva la città, bussando con il batacchio alle porte per distribuire il latte di casa in casa. La prima sosta come ogni mattina fu all'ingresso della città, nella piazzetta dell'Ospedale. Gli corse subito incontro Suor Pia, sconiugandolo di scaricare il carretto con l'aiuto degli infermieri e dei volontari per adagiarvi le salme che giacevano nei pressi dell'Ospedale e trasportarle al camposanto.

Come un automa Torquato Di Nucci sistemò i bidoni del latte in un angolo, si tolse il berretto, guardò i defunti riconoscendoli e con le lacrime agli occhi, insieme con gli infermieri ed alcuni volontari, depose sul carro quanti cadaveri potette e, camminando a fianco del cavallo, lentamente si allontanò imboccando la via del cimitero.

* * *

L'avvocato Michelangelo Clemente mise a disposizione dell'Ospedale che negli ultimi giorni era stato gravemente danneggiato il suo castello in Carpinone e, durante la notte del 13 settembre, le suore e gli infermieri, coadiuvati da volontari, con carretti e altri mezzi di fortuna vi trasportarono le attrezzature ancora efficienti ed il materiale che fu possibile recuperare.

Nei piani superiori del castello erano già alloggiati i vecchi intransportabili e pertanto nei vani a pianoterra vennero sistemate le corsie e la sala operatoria.

Numerosi scampati, ritrovatisi dopo lo sfollamento della città semidistrutta nelle campagne, si erano alloggiati in contrada Asinina nelle case dei Ferlinghini insieme con il sacerdote don Pasquale Laurelli decisi ad attendere in quei rifugi in aperta campagna la fine della guerra. Ma anche quelle masserie, costruite in con pietre 'a secco', che per decenni erano rimaste salde resistendo agli insulti delle calamità naturali e alle inclemenze delle stagioni gelide e torride dando asilo e protezione a generazioni di operosi contadini, furono bersaglio delle bombe nemiche. A tradimento, colpite con precisione come in tiri a segno, crollarono seppellendo uomini e donne, giovani e bambini, vecchi e malati insieme con il pio sacerdote. Diradatesi le incursioni aeree sulla città abbandonata da quasi tutti i cittadini e disseminata di cadaveri insepolti qua e là tra le rovine ancora fumanti, giunsero sul posto padre Giacinto, padre Simone e padre Rosario, cappuccini dell'ordine dei frati minori, e perlustrarono le strade diroccate e deserte, benedicendo i cadaveri e, nella impossibilità di dare a tutti una degna sepoltura, furono costretti a bruciarli per impedire il diffondersi di gravi epi-

demie. Quei frati coraggiosi si improvvisarono agenti sanitari nella città semidistrutta e priva di qualsiasi presidio medico. Tutte le mattine i francescani arrivavano da Campobasso, portando anche rifornimenti alimentari per quei pochi cittadini che si ostinavano a restare in città, nelle ore del giorno, per ricercare fra i ruderi dei familiari deceduti gli oggetti e i documenti nelle abitazioni crollate.

Sul tetto dell'Ospedale trasferito e improvvisato all'ingresso del paese di Carpinone fu alzata la croce rossa e all'ombra di essa regnò un po' di pace per coloro che vi sostarono. Vi si nascosero anche alcuni prigionieri americani, fuggiti dalla villa De Vincenzi, dove erano nascosti, braccati dai tedeschi; vi trovarono rifugio ed aiuto soldati italiani di passaggio per raggiungere i propri domicili, dopo la fuga del Re e di Badoglio e lo sbandamento dei comandi militari; e, ironia della sorte, persino tre tedeschi, carcerieri di retroguardia del piccolo campo di prigionieri in Pesche, crudeli e arroganti, vendicatori senza scrupoli, nel momento della febbrile ritirata vi sostarono abbandonando, in quel luogo di sofferenza e di morte, stando alla testimonianza della Superiore delle suore, pacchi di provviste alimentari, frutto di prede e di razzie nelle campagne dell'isernino. Quelle azioni, determinate da motivi inspiegabili, furono comunque gli unici segni di umanità spicciola in quei sol-



L'ospedale civile di Isernia in una foto scattata prima del bombardamento del 1943.

dati tedeschi folli di odio e di crudeltà.

L'aviazione americana aveva bombardato Isernia nel tentativo - che errore di mira! - di colpire il viadotto della ferrovia per interrompere le comunicazioni fra i mari Tirreno ed Adriatico e per l'informazione anche inesatta che i nazisti avessero trasformato la città in una roccaforte inespugnabile. Ma i tedeschi erano già oltre Venafro alla volta di Cassino.

Gli scampati alla strage intanto cominciarono a rientrare ad ottobre inoltrato. E il 3 novembre del 1943, alle ore undici, Mario Di Nezza e Sabino D'Acunto, autentici isernini, si ritrovarono tra le macerie e per le strade sconquassate. Si abbracciarono guardando con rabbia tanta rovina; e mentre si lasciavano Sabino disperato esclamò: "Non potremo più vivere qui, dove tutto sa di distruzione e di morte!".

E Mario, mirando la luce splendente del sole già alto nel cielo che avvolgeva i due amici in luminosi brillii, gli gridò con tono di coraggio e di sfida: "Vuoi andare via proprio adesso che Isernia deve risorgere e diventare Provincia?"

Fu una vera folgorazione ed ebbe così inizio il mitico iter della istituzione della Provincia della Città martire.

Eliodoro Pirone

• AVVISO IMPORTANTE •

L. 626/94: TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI

Si ricorda che tutti i medici e odontoiatri con dipendenti, che rivestono la qualifica di responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi e che non hanno presentato autocertificazione al 31/12/96, **sono obbligati** a frequentare un corso di formazione della durata di 16 ore.

A tal proposito l'andi sta organizzando, anche nella nostra provincia, tali corsi, aperti a medici e odontoiatri.

Coloro i quali fossero interessati a parteciparvi, possono comunicare la propria disponibilità presso la segreteria dell'ordine entro il mese di dicembre 1997.

IL PRESIDENTE ANDI
Dott. MARIO TESTA

I MEDICI E L'ARTE

Dedicato a Mario Funaro

Nel mese di Dicembre, ad immediato ridosso delle festività natalizie, la città di Isernia avrà l'opportunità, in una serata di grande spettacolo, di riscoprire un artista che, forse proprio nella sua terra, il Molise, non ha avuto il riconoscimento dovuto ad un musicista di sicuro talento.

Parliamo del maestro Mario Funaro a cui dedichiamo questa rubrica per ricordarlo ai colleghi più anziani e presentarlo a quelli più giovani che non hanno avuto la fortuna di conoscerlo ed apprezzarlo per le sue doti di schietta umanità, di serietà professionale e di sovrappiù arte musicale.

Nato a Roccasicura, in provincia di Isernia, il 7 aprile del 1908, si laurea in Medicina e Chirurgia a Roma nel 1933 e si specializza in Odontoiatria nel 1938.

Esercita come medico condotto nella sua Roccasicura fino al 1962 dopodichè si trasferisce a Roma per esercitare l'Odontoiatria fino agli inizi degli anni 90.

Ha avuto la musica nel sangue da sempre: a sei anni suonava il piano; a tredici il maestro Ciarrapico della banda musicale di Alatri, dopo avergli impartito lezioni per tre-quattro anni, dichiarò a papà Funaro di aver poco da insegnare al ragazzo, che già componeva da solo. Il suo grande merito è stato sicuramente quello di aver saputo conciliare lo studio e l'arte medica con la composizione e la strumentazione ad alto livello.

Autore di musiche sinfoniche, trasmesse in televisione e in radio, compose la colonna sonora del film "Al diavolo la celebrità" e del tema conduttore del film "Dolce sera" cantata da Ferruccio Tagliarini. Subito dopo, fu autore delle musiche di "Happening al castello", una fiaba lirica in tre atti tratta da un racconto di Sabino D'Acunto, replicata più volte con il contributo del Ministero dello Spettacolo, riscuotendo grandi consensi di critica e di pubblico.

A tal proposito riportiamo alcuni passi salienti tratti da un articolo di Cavallotti sul "Tempo" che ci danno la misura esatta dell'artista Funaro:

[.....E' una verità che nella vita una gioventù bisogna pur averla e che poco conta l'età nella quale si è deciso di esser giovani. Quell'età che non necessariamente è segnata da clamorose felicità o da sconvolgenti ed irreali drammi. Però, certo, il cuore viene allora a prelevarci dalla opaca materia del quotidiano e ci proietta in un vortice di fanta-

smi e di fantasmagorie sentimentali, annulla nell'immaginazione i ritmi usitati di vita e canta aspettative eterne. E' l'età in cui il futuro si dondola nei sogni coltivati dal presente, ed il presente aspira a forme belle di una poesia seppure increata.

Così Mario Funaro, per vent'anni medico condotto di Roccasicura, un paesino lontano del Molise, ha preso per mano la propria giovinezza già trascorsa e l'ha vestita di musica.....] [.....Quando il sipario cala, Funaro ti ha lasciato sulle labbra tre o quattro melodie da fischiettare : non appartengono ad un musicista professionista, ma ad un "dilettante d'ingegno" che attraversa la giovinezza con la musica.....]

Tra le sue più grosse soddisfazioni ricordiamo la vittoria al festival internazionale del folklore di Monaco di Baviera, in competizione con ventotto nazioni. Ha composto inoltre le musiche originali per la fiaba "Biancaneve e i sette nani" per la prima volta in edizione teatrale, ripresa dalla terza rete della televisione.

Nel 1962 risultò vincitore del primo premio, con la medaglia d'oro del Presidente della Repubblica, all'XI° festa Nazionale dei Canti di Montagna con "Armonie silvane" tratto dal racconto "Terra nostra" di Angelo Viti che vide come interpreti Fausto Cigliano, Gloria Cristian, Tony del Monaco, Paola Orlandi ed Enzo Guarini, con le scene di Filippo Senerchia, con la grande orchestra sinfonica di Roma ad eseguire le musiche di Funaro che a proposito di quest'Opera dice: "Si trattò del più grande concerto folk mai concepito in Italia. Fu una serata indimenticabile quella in cui diressi l'orchestra RAI al completo nella suggestiva cornice del bosco di Riccia, alla presenza di 40 mila spettatori venuti da ogni parte d'Italia".

La più recente sua affermazione è stata la composizione religiosa "Missa coeli novi et terrae novae" dedicata e presentata personalmente a S.S. Giovanni Paolo II il 9 dicembre 1988. Attualmente dirige, come pianista, concerti con orchestra d'archi, eseguendo musiche classico-moderne (da Gerschwin a Porter, Miller, ecc.).

Qualche breve anticipazione sullo spettacolo che si terrà a dicembre ad Isernia, come accennato all'inizio:

L'organico orchestrale sarà composto da 25 elementi, con solisti: Pino Nese al flauto, Andreina Di Girolamo al clavicembalo. Il programma sarà caratterizzato da un primo tempo sinfonico; il secondo tempo con al pianoforte Mario Funaro, con quartetto d'archi, flauto e chitarra che eseguiranno canzoni inedite; il terzo tempo vedrà cinque cantanti lirici che proporranno pagine scelte dall'opera "Happening al castello". La direzione artistica sarà affidata, naturalmente, a Mario Funaro.

STIMOLAZIONE ATRIALE TRANSESOFOGEEA

Bruno Castaldi

Servizio di Cardiologia – Ospedale F. Veneziale - Isernia
castaldi.b@mail.asianet.it

La contiguità tra esofago e atrio sinistro è il presupposto su cui si basa l'utilizzo delle metodiche di registrazione ecografica e di stimolazione cardiaca transesofagea.

In virtù soprattutto della facilità di esecuzione, del basso rischio, dell'assenza di complicanze e del basso costo, tali procedure si sono andate rapidamente diffondendo come importante ausilio nella diagnostica e nel trattamento di molte aritmie.

La strumentazione necessaria è composta da un elettrocatteter in silicone, flessibile e facilmente deglutibile, con elettrodo bipolare o quadripolare (elettrocatteteri "a pillola" introdotti in esofago, per deglutizione, vengono utilizzati in pazienti pediatrici), un generatore di stimoli e un elettrocardiografo.

Il paziente viene informato sulle modalità di esecuzione e sugli scopi della procedura (per la quale viene richiesto "consenso informato").

Si introduce l'elettrocatteter in narice e, invitando il paziente a deglutire, si spinge con gradualità per circa 40-45 cm; il catetere viene quindi connesso all'elettrocardiografo, per la registrazione dei potenziali cardiaci e al generatore d'impulsi per l'eventuale pacing.

La minor distanza elettrodo-atrio sin è documentata dalla comparsa di un'onda di attivazione atriale isodifasica che precede l'onda di attivazione ventricolare.

A fini diagnostici, l'evidenza di un'onda di attivazione atriale e il suo rapporto numerico e temporale con il complesso QRS permettono di operare una diagnosi corretta in corso di aritmie ipercinetiche (a complessi larghi o stretti), in corso di aritmie ipocinetiche e in presenza di vie accessorie.

Sempre a scopi diagnostici, la stimolazione atriale transesofagea viene utilizzata, nello studio elettrofisiologico, per la valutazione della funzionalità del

Nodo Seno Atriale e del Nodo Atrio Ventricolare, sostituendo in molti casi la metodica intracavitaria (invasiva e più costosa).

La registrazione del potenziale ventricolare rende possibile, inoltre, la diagnosi ecografica delle necrosi miocardiche dorsali spesso soltanto sospettabili con l'ecg di superficie.

L'impiego terapeutico della stimolazione atriale transesofagea (SATE) trova il suo campo di applicazione nelle tachiaritmie sopraventricolari da rientro, in cui l'over-drive elettrico rappresenta l'approccio d'elezione.

Dopo il posizionamento del sondino e la registrazione del potenziale atriale isodifasico viene valutata l'eventuale cattura atriale erogando impulsi della durata di 10 msec con una intensità di corrente di 10 mA.

Vari tentativi (spostamento in avanti e in dietro del catetere, aumento della durata e/o dell'intensità di corrente) possono essere necessari per ottenere una cattura atriale costante.

Si procede alla stimolazione utilizzando frequenze crescenti, partendo da un valore pari al 150% della frequenza atriale di base (es. Fl. A. a 300 bpm si erogano stimoli con una frequenza di 450/min.), si protrae il pacing per circa 10 secondi e lo si interrompe in presenza cattura evidente: in assenza di cattura il pacing viene ripetuto con valori (durata, intensità, e frequenza dell'impulso) modificati.

Il ripristino del ritmo sinusale avviene, immediatamente o dopo un breve periodo di fibrillazione atriale, nel 60-80% dei pazienti con Flutter Atriale e nel 95% dei pazienti con T.P.S.V..

Brucciore toracico, tosse, contrazioni toraco-addominali sono i disturbi più comuni e, in qualche caso, non permettono la prosecuzione della metodica.

Trascurabile invece il danno alla mucosa esofagea anche in caso di stimolazioni ripetute.

In emergenza, in presenza di bradiaritmie estreme sintomatiche, da disfunzione sinusale, la stimolazione dell'atrio mediante catetere in esofago può costituire una valida tecnica per mantenere in vita il paziente, in attesa di stimolazione endocardica.

Improprio è la stimolazione ventricolare per via intraesofagea, data l'elevata intensità di corrente richiesta (per la maggiore distanza dall'esofago e la maggior massa muscolare da stimolare) con la conseguente ustione della mucosa esofagea.

Particolare cautela va osservata nei pazienti con preeccitazione ventricolare in cui gli impulsi erogati ad alta frequenza potrebbero, percorrendo la via anormale e in assenza del rallentamento fisiologico costituito dal N.A.V., raggiungere il ventricolo e scatenare una Fibrillazione Ventricolare.

Non eseguibile è invece la procedura in presenza di varici esofagee, per la possibile lacerazione di queste durante la stimolazione ma anche in corso di posizionamento del sondino.

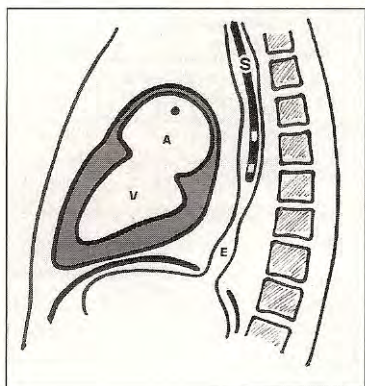


Fig. 1

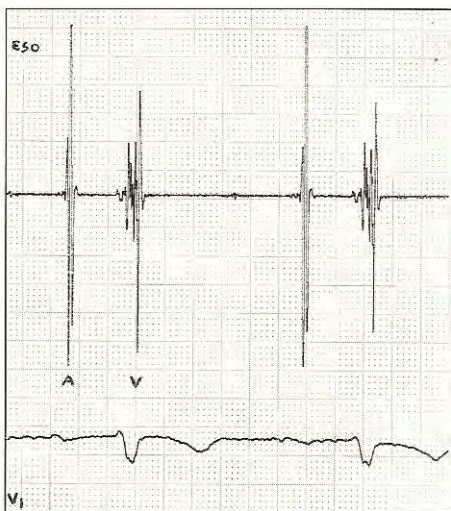


Fig. 1 - Registrazione dei potenziali atriali (A) e ventricolari (V)

Fig. 2 - Tachicardia sopraventricolare da rientro interrotta da extrasistole atriale e ripristino di ritmo sinusale.

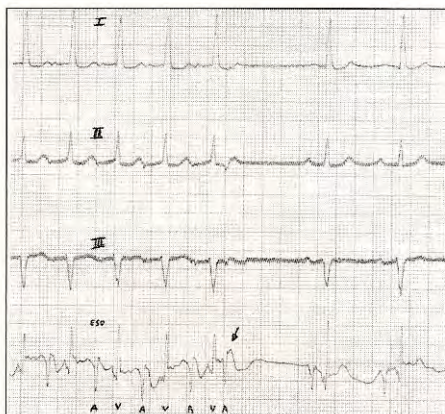


Fig. 2

Fig. 3 - Bradicardia sinusale (38bpm) causata da extrasistoli atriali bloccate, non rilevabili all'Ecg di superficie.

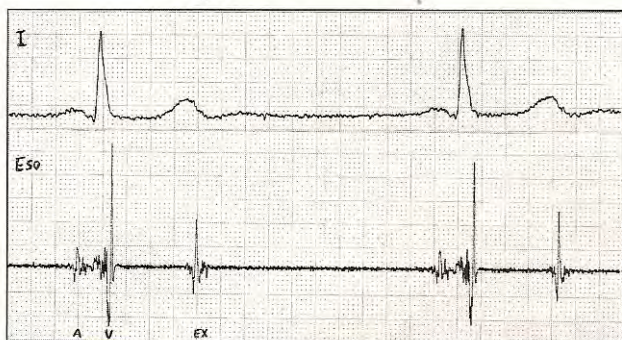


Fig. 3

Considerazioni medico-psicologiche sulla personalità border-line in carcere. Una esperienza personale.

Kniahynicki Costantino

M.M.G. - Consulente Psichiatra — Carcere circondariale di Campobasso

Premessa

In psicopatologia, dove l'oggetto di riflessione è l'uomo, spesso concetti di base prendono forme e contenuti differenti, a seconda del luogo di osservazione; modelli psicopatologici come il border-line ove l'ambivalenza in costante tensione esplode in maniera dirompente e drammatica soprattutto in carcere.

Il confronto poi, fra i ruoli istituzionali medico-paziente-istituto, pone problemi di non facile soluzione.

Questa osservazione prende lo spunto dai problemi che il carcere pone ai detenuti in genere: per la privazione della libertà, per il sovraffollamento, per il trauma da ingresso in carcere e per come questi eventi stressogeni, insieme ad altri, agiscono sulla personalità border-line. Per semplicità di esposizione ho ritenuto dividere in due parti questo "lavoro": la prima parte descrittiva e la seconda parte riguardante l'osservazione e la discussione.

Introduzione

La patologia border-line può essere definita nel modo più semplice come una patologia mentale al limite tra normalità, psicosi, nevrosi e psicopatia. Il paziente border-line, infatti può essere all'apparenza normale, ma in realtà presenta diversi sintomi nevrotici o caratteristiche riconducibili ad una psicopatia ed in determinate situazioni, quali stress, abuso di alcool e sotto l'effetto della droga, manifesta disturbi psicotici.

L'aumento di frequenza di tale diagnosi in campo psichiatrico è riferibile in parte ad un reale aumento di incidenza di "casi limite", forma caratteristica di psicopatologia della società moderna, in parte alla capillarizzazione dei servizi psichiatrici territoriali che ha facilitato l'in-

contro con pazienti che trovano difficoltà a contattare lo psichiatra in strutture troppo rigide e stigmatizzanti.

Un altro fattore che giustifica il ricorso frequente al termine è riconducibile all'attuale orientamento neo kraepeliniano in campo nosografico che, riducendo l'ambito delle schizofrenie alle forme nucleari con tendenza alla cronicità ed al deterioramento del ruolo sociale ha lasciato ampio spazio ed autonomia a forme prima identificate con etichette del tipo "schizofrenia latente", "schizofrenia mite", o "schizofrenia pseudo nevrotica". Il definire un paziente "border-line", termine nosografico vago, sottolinea inoltre il disagio crescente dello psichiatra e le incertezze d'inquadramento diagnostico che derivano dalla necessità di applicare nella quotidianità del rapporto con il malato una complessa nosografia che va progressivamente arricchendosi e sfrangiandosi. Esiste infatti allo stato attuale una notevole confusione nella terminologia: si parla indifferentemente di stato, sindrome, organizzazione della personalità "border-line" o ancora di stato limite o forme marginali.

Raiser e Levenson identificano almeno sei modi di utilizzo improprio del termine nella pratica clinica definendolo addirittura "cestino della carta straccia" e sottolineando come tale diagnosi sia abusata e controversa per la mancanza di criteri diagnostici uniformemente accettati. È importante sottolineare a questo punto che il termine nasce in atmosfera psicoanalitica. Il suo trasferimento nel campo fenomenico-descrittivo della psichiatria tradizionale, spiega la differente attribuzione di significato riscontrabile nei due orientamenti. Anche la traduzione del termine nella sua accettazione di "caso dubbio" o "caso limite" (traduzione letterale inglese) ed in quella più impropria di "condizione di transizione" fra diverse forme psicopatologiche, ha permesso ai vari autori un utilizzo diverso in relazione alle diverse metodologie di osservazione.

Scorrendo la letteratura fino ai tempi più moderni risulta infatti che esso è stato ed è utilizzato di volta in volta per designare:

- una forma lieve di schizofrenia;
- una entità clinica distinguibile mediante criteri comportamentali
- un disturbo di personalità;
- una distinzione psicostrutturale;
- un termine aspecifico applicato a diversi disturbi affettivi.

Va precisato inoltre che allo stato attuale mentre non sono completamente sopite le polemiche a riguardo dell'esistenza stessa dell'entità "border-line" come categoria nosografica autonoma, si è raggiunto un relativo accordo fra gli autori nel concedere autonomia a tale patologia nei confronti della schizofrenia, ma rimangono ancora aperte alcune questioni circa i suoi rapporti con i disturbi affettivi.

Essa, assieme alla personalità antisociale, istrionica e non narcisistica è inclusa nel cosiddetto "Cluster B".

Storia del concetto

Nella storia della psichiatria da sempre esiste la consapevolezza del continuo ripresentarsi di situazioni dubbie, intermedie, non facilmente assimilabili a categorie più importanti. Diversi autori individuano già nell'eboidofrenia di Kahlbaum la prima descrizione sistematica di ciò che modernamente viene definito stato "border-line".

Tale patologia a detta dell'Autore, iniziava all'epoca della pubertà con disturbi comportamentali e della "coscienza morale" e si differenziavano dall'ebefrenia per il decorso meno ingravescente ed una prognosi più favorevole, rappresentandone una forma frustra e collocandosi in un'area al limite della dementia precox senza evolvere in questa.

Kraepelin pur criticando questa distinzione descrisse egli stesso alcuni pazienti caratterizzati da semplice demenza ipocondriaca con progressivo ritiro dalla realtà, umore depresso, astenia, disturbi della cenesi, ma senza disturbi psicosensoriali o sintomi fondamentali di schizofrenia. In opposizione a Kraepelin, ritroviamo agli inizi del nostro secolo, la concezione di Bleuler che introdusse il termine di "schizofrenia latente" per quei pazienti i cui sintomi primitivi essenzialmente paranoidei o catatonici si manifestavano in maniera discreta tanto da non compromettere la vita sociale e da non spingere il paziente o i suoi familiari a ricorrere allo psichiatra.

Kretschmer in accordo con Bleuler per la descrizione clinica di tali casi, propose il termine di "schizoidi" per evidenziare la caratterialità del disturbo.

Zilboorg (1941) conì il termine di "schizofrenia ambulatoriale" per quei pazienti che nonostante un apparente regolare decorso della loro esistenza presentavano pensiero autistico, dereistico, disturbi dell'affettività, cenesopatie, lamentele ipocondriache.

Hoch e Polatin (1948) ponendo per primi il problema della autonomia nosografica della sindrome, proposero il termine di "pseudonevrosi schizofrenica" per la presenza nei pazienti così diagnosticati di una modalità esistenziale autistica e dereistica commista ad ansia diffusa, "polimorfa" e "panneurosi" con sintomi fobici, isterici, di conversione e meccanismi ossessivi-coatti. Centrali nel quadro erano l'ambivalenza affettiva e disturbi nella sfera sessuale, scarsa la tendenza evolutiva e trascurabile il deterioramento.

Knight nel 1953 definì gli "stati limite" come contraddizioni limitate nel tempo e spesso transitorie.

Tutti questi autori, pur riconoscendo una peculiarità psicopatologica ad una difficoltà di inquadramento nosografico nei casi descritti, fanno tuttavia riferimento quasi sempre ad un disturbo di natura schizofrenico. Il termine "border-line" compare per la prima volta in letteratura psichiatrica ad opera di Hugues (1884) e Rosse (1890) per definire alla lettera quei soggetti che durante la loro vita oscillavano tra la

follia e la normalità e per i quali non era possibile porre diagnosi certa di nevrosi o psicosi. Spetta comunque a Stern il merito di aver tentato di far rientrare i soggetti con diagnosi "border-line" all'interno di un quadro nosografico a sé stante, descrivendone meglio aspetti psicopatologici caratterizzati da: narcisismo, atteggiamento di fuga in rapporto a stress psichici, sregolatezza, rigidità, senso di inferiorità, masochismo, uso dei meccanismi protettivi, cattivo esame di realtà, reazione negativa alla terapia, non trattabilità con il metodo psicoanalitico.

Caratteristiche diagnostiche

I tratti di personalità sono modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi, e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva, essi costituiscono Disturbi di Personalità. La caratteristica essenziale di un Disturbo di Personalità è un modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi (Criterio A). Questo modello costante risulta inflessibile e persuasivo in un ampio spettro di contesti personali e sociali (Criterio B), e determina un disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale lavorativo o di altre aree importanti (Criterio C). Il quadro è stabile e di lunga durata e l'esordio si può far risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta (Criterio D). Il quadro non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale (Criterio E), e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es.: un abuso di droga, un farmaco, l'esposizione ad una tossina) o di una condizione medica generale (per es. un trauma cranico) (Criterio F).

La diagnosi di Disturbo di Personalità richiede una valutazione del modello di funzionamento a lungo termine dell'individuo e le particolari caratteristiche di personalità devono essere evidenti fin dalla prima età adulta. I tratti di personalità che definiscono questi disturbi devono anche essere distinti da caratteristiche che emergono in risposta ad eventi stressanti situazionali specifici o stati mentali più transitori (per es. Disturbi dell'Umore o d'Ansia, Intossicazione da Sostanze). Il clinico dovrebbe valutare la stabilità dei tratti di personalità nel tempo e in diverse situazioni. Sebbene sia talvolta sufficiente per fare diagnosi un singolo colloquio con la persona spesso è necessario condurre più di un'intervista e distribuirle nel tempo. La valutazione può anche essere complicata dal fatto che le caratteristiche che definiscono un disturbo di Personalità possono non essere considerate problematiche da parte

dell'individuo (cioè, i tratti sono spesso ego sintonici). Può essere utile, per ovviare a questa difficoltà, raccogliere notizie supplementari da altre fonti.

I Disturbi di Personalità devono essere distinti dai tratti di personalità che non raggiungono la soglia per un Disturbo di Personalità. I Tratti di Personalità vengono diagnosticati come Disturbo di Personalità solo quando sono inflessibili, non adattivi, persistenti, e causano una compromissione sociale significativa o sofferenza soggettiva.

Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

I criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 e i criteri generali per i Disturbi di personalità del DSM-IV, sono essenzialmente gli stessi.

Criteri diagnostici generali per i disturbi di personalità

- A- Un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo modello si manifesta in due (o più) delle aree seguenti:
 - 1) cognitività (cioè modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti).
 - 2) affettività (cioè la variata intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva).
 - 3) funzionamento interpersonale.
 - 4) controllo degli impulsi.
- B- Il modello abituale risulta inflessibile e pervasivo in una varietà di situazioni personali e sociali.
- C- Il modello abituale determina un disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti.
- D- Il modello è stabile e di lunga durata e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.
- E- Il modello abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale.
- F- Il modello abituale non risulta collegato agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., un trauma cranico).

Bibliografia

BERGERET I., *Depressione e stati limite*, «Pensiero Scientifico», 1976

CARTA I., *Aspetti psicodinamici delle sindromi marginali*, Rivista Sperimentale di Frenatria, vol. CXIII n. 2, 1989.

CALLIERI B., *Problemi psicopatologici e nosologici del paziente border-line*, Congresso di Cagliari «Sindromi marginali e stati narcisistici: criteri diagnostici e terapeutici», 1982.

CAVERZAZI E., *Il paziente border-line e il servizio di diagnosi e cura*, Congresso di Cagliari «Sindromi marginali e stati narcisistici: criteri diagnostici e terapeutici», 1982.

CORRIVETTI G., *Breve storia del termine border-line in Italia*, in PIRO S., *Cronache Psichiatriche*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1988.

D'ERRICO A., TURRA M.V., NAPOLITANO F., GARELLA A., ROMANO C., *Approccio epistemologico delle aree nosografiche incerte*, Atti del XXIII Congresso Nazionale S.I.P., Clued 1977.

DODET M., SELBMAN E., GIRARDI P., TETARELLI R., *Il valore nosologico del disturbo border-line*, XXXVII Congresso Nazionale S.I.P., Roma 1989, da *Progressi in Psichiatria*, vol. III parte 2^a, Edizioni Internazionali.

**Presso quest'ordine è aperta
una sottoscrizione per aiutare
il restauro delle opere d'arte di Assisi.**

I medici interessati possono rivolgersi in segreteria.

VITA DELL'ORDINE di A. Volpacchio

Delibere del Consiglio Direttivo

Riunione del 13.05.1997

Delibera n.36/97

Esame esposto.

Delibera n.37/97

Richiesta su Tariffario minimo nazionale.

Delibera n.38/97

Rinnovo Commissione prov.le invalidità
ENPAM.

Delibera n.39/97

Nomina responsabile archivi magnetici.

Delibera n.40/97

Esame esposto.

Delibera n.41/97

Esame esposto.

Delibera n.42/97

Organizzazione Convegno su ricettazione
con ASL Isernia.

Riunione del 12.06.1997

Delibera n.43/97

Iscrizione Albo Prof.le Medici Chirurghi
dottori: Mauro Gennaro e Cuculo Andrea.

Delibera n.44/97

Nomina terna Commissione CCIAA.

Delibera n.45/97

Esame esposto

ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

PROVINCIA DI ISERNIA Iscritti al 4 settembre 1997

ALBO MEDICI CHIRURGHI	551
ALBO ODONTOIATRI	49
DOPPIE ISCRIZIONI	38
TRASFERITI AD ISERNIA	1
TRASFERITI DA ISERNIA	1
CANCELLATI	0
DECEDUTI	0

BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE MOLISE

B.U.R. N.11 DEL 31.05.1997

Delib. G.R. 02.04.97 n.1098: assistenza sanitaria indiretta. Provvedimenti (pag.1367)

B.U.R. N.15 DEL 01.08.1997

Delib. G.R. 23.06.97 n.2423: direttive in materia di carta dei servizi sanitari
(pag.1778)

LEGGI E DECRETI di A. Volpacchio

G.U. N.134 DEL 11.06.1997

CUF: Riclassificazione medicinali.

G.U. N.140 DEL 18.06.1997

Ministero Sanità - decreto 11/06/97: fissazione dei termini per l'attivazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

G.U. N.141 DEL 19.06.1997

Decreto 09.04.1997 Ministero sanità: disposizioni ai fini dell'erogazione delle prestazioni idrotermali agli assicurati INPS e INAIL per il 1997.

G.U. N.144 DEL 23.06.1997

D.L. 20/06/97 n.175: disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del SSN.

G.U. N.145 DEL 24.06.1997

C.U.F. Provvedimento 18.06.1997: aggiornamento nota 37.

G.U. N.163 DEL 15.07.1997

C.U.F.: provvedimenti 30/04/97 n.1453-1455: riclassificazione medicinali.

G.U. N.172 DEL 25.07.1997

Decreto 13.05.1997 Ministero Sanità: Modificazioni al D.M. 22/07/96 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe".

G.U. N.174 DEL 28.07.1997

Legge 25.07.1997 n.238: modifiche ed integrazioni alla legge 25/02/92 n.210 in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati.

G.U. N.181 DEL 05.08.1997

Decreto 31/07/97 - Ministero Sanità: linee guida dell'organizzazione dell'attività

intramuraria della dirigenza sanitaria del SSN, il personale universitario e per la stipula dei protocolli d'intesa università-regioni.

G.U. N.182 DEL 06.08.1997

Legge 31/07/97 n.258: disposizioni per assicurare la gestione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

G.U. N.188 DEL 13.08.1997

Legge 07/08/97 n.272: conversione in legge del D.L. 20/06/97 n.175 recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del SSN.

G.U. N.190 DEL 16.08.1997

Decreto 31.07.1997 Ministero Università: limitazione all'accesso di corsi di laurea in odontoiatria e protesi dentaria per il 1997/98.

G.U. N.199 DEL 27.08.1997

C.U.F. - Provvedimento 25/07/97 n.1675: riclassificazione medicinali.

G.U. N.204 DEL 02.09.1997

Decreto 31.07.1997 Ministero sanità: attività libero-professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del SSN.

G.U. N.206 DEL 04.09.1997

Provvedimento P.C. 22/05/97: autorizzazione del Governo alla sottoscrizione del testo del C.C.N. di lavoro integrativo dei CCNL per l'area della dirigenza sanitaria 94/97 concordato il 30.04.1997.

NOTIZIARIO

Informiamo i colleghi che dal 1 settembre c.a., presso il Reparto di Cardiologia del "F. Veneziale" di Isernia, è attivata la consulenza ambulatoriale per il trattamento delle cardiomiopatie dilatative e dello scompenso congestizio cronico.

Tale attività viene svolta tutti i lunedì dalle ore 11,30 alle ore 13,30 dalla Dr. Marina Viccione. I colleghi medici curanti che intendano indirizzare i pazienti affetti da tale patologia al controllo ambulatoriale specifico, devono formulare la richiesta con la seguente dicitura: "Ecg e Visita cardiologica c/o l'Ambulatorio per le cardiomiopatie dilatative e lo scompenso cardiaco", e fare autorizzare come di norma l'impegnativa presso l'ADUP.

Domenica 21 settembre 1997 si è tenuta, presso il centro culturale "San Giuseppe Moscati" di Forlì del Sannio, la "Giornata del Medico".

I lavori sono iniziati con la Messa concelebrata dai Vescovi S. E. Mons. Andrea Gemma e S.E. Mons. Elio Sgreccia.

Sono seguite le relazioni dello stesso Sgreccia e del prof. Leonardo Antico.

E' stato ribadito il concetto che la formazione professionale del medico deve avere nell'etica la sua base perché la professione medica non è finalizzata agli aspetti tecnici dell'esercizio professionale, ma si deve muovere verso il bene morale.

Nell'ambito della stessa professione medica vanno identificati comportamenti corretti in ordine al fine proprio della medicina.

I codici di comportamento etico del medico hanno una storia plurisecolare che accompagna l'esercizio della medicina stessa. Da qui l'importanza della formazione etico-religiosa che promuova il culto dei valori umani e cristiani e affini la coscienza morale.

D'altronde scienza e tecnica richiedono il rispetto dei criteri della moralità e non possono non essere al servizio della persona e del suo progetto integrale di vita.

La medicina deve essere, quindi, al servizio dell'uomo e della sua salute. Si parla pertanto di umanizzazione della medicina che non potrà avvenire solo con l'introduzione degli studi umanistici, soprattutto della Psicologia, nel piano di studi delle Facoltà di medicina, bensì con il riconoscimento della persona in ogni soggetto umano.

Il medico deve avere la concezione integrale ed unitaria della persona, sintesi di valori fisici, psicologici e spirituali. Vocazione, missione e professione medica si incontrano nella visione cristiana della vita ed interagiscono.

In linea con questi principi è stata giustamente ricordata la figura di Giuseppe Moscati, medico santo, che in una preghiera, ritrovata nei suoi scritti, afferma che il medico deve ricordarsi: " Oltre i corpi ho di fronte delle anime immortali, divine".

Il dolore, continua Moscati nella sua preghiera, va trattato: " Non come un guizzo o una contrazione muscolare ma come il grido di un'anima, a cui io medico, suo fratello, accorro con l'ardenza dell'amore, la carità".

Rita Di Pilla

PAGINA DEL CRAL - SANITÀ

Isernia, 18 Settembre 1997
A tutti gli Operatori della Sanità della
Provincia di I S E R N I A

Gentili amici,

con piacere, orgoglio e soddisfazione comunichiamo che il nostro circolo si è dotato di una nuova sede sita in Largo Cappuccini n.5 (nei pressi del vecchio Ospedale).

E' superfluo sottolineare che il tutto si è realizzato con un notevole sforzo economico per le nostre modeste possibilità, ma lo stimolo di voler offrire una struttura dignitosa ai signori Soci ci ha fatto superare tutti gli ostacoli che si sono frapposti.

In questi nuovi locali verranno organizzate tutte le attività istituzionali che finalizzano il nostro sodalizio (Cultura, Sport, Turismo e Spettacolo) con modalità e orari che vi comunicheremo in seguito.

Il CRAL, in particolare, si rivolge a tutti gli operatori del comparto Sanità e non, di ogni età e di qualsiasi condizione e promuove iniziative che mirano alla socializzazione ed alla valorizzazione del tempo libero.

Per queste finalità il Circolo intende organizzare folti gruppi di partecipanti alle attività nelle quali si snoda il CRAL.

A tutto ciò va aggiunto un grosso sforzo organizzativo per la realizzazione di gite dalle caratteristiche più varie: da quelle culturali a quelle prettamente ricreative, da quelle sociali, ai soggiorni estivi ed invernali.

Pertanto, vi aspettiamo con la massima disponibilità, cercando di appagare le Vostre esigenze e rendere più piacevole il Vostro tempo libero, che è il fine che il nostro Circolo si propone.

Ricordiamo che si diventa Socio Ordinario con solo £.3.000 mensili, Socio Pensionato con solo £.2.000 mensili e Socio Aggregato con £.40.000 all'anno. La Tessera è familiare e dà diritto a partecipare alle attività del CRAL e beneficiare delle agevolazioni che i negozi della Città di Isernia ci offrono.

Ricordiamo, altresì, che il Circolo è arrivato al quarto anno di vita e conta circa 400 soci.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
Vittorio Crovella

ATTIVITÀ IN PROGRAMMAZIONE

- | | |
|--------------|-------------------------------------|
| • 25/10/1997 | Festa sociale - Serata danzante |
| • 09/11/1997 | Serata teatrale (Napoli o Roma) |
| • 23/11/1997 | Serata teatrale (Napoli o Roma) |
| • 08/12/1997 | Gita a Roma con visita Fiera |
| • 21/12/1997 | Gita a Napoli con visita ai Presepi |
| • 27/12/1997 | Visita ad un Presepe Vivente |
| • 31/12/1997 | Cenone di San Silvestro |

PAGINA DEL CRAL - MEDICI

Comprensorio Sciistico LE TRE NEVI

Orvindoli - Gran Sasso - Campo Imperatore - Campo Felice

periodo	sistemazione	quota
6/8 dicembre	Pensione completa bambini gratis	£. 140.000
capodanno	4 gg. pensione completa	£. 640.000
	+ cenone	£. 140.000
natale	4 gg. pensione completa bambini fino a 10 anni gratis	£. 500.000
carnevale	7 gg. mezza pensione tutte le sere festa in costume	£. 560.000
pasqua	3 gg. pensione completa	£. 330.000

Grand Hotel delle Rocche **** Poggetello (Tagliacozzo)

Week-end natura in montagna		
11/13 ottobre	2 gg. pensione completa	£. 150.000
Festa della montagna di Poggetello		
25/27 ottobre	2 gg. pensione completa	£. 160.000
Festa del vino novello e delle caldaroste di Poggetello		
22/23 novembre	1 g. pensione completa	£. 80.000

ANTEPRIMA VACANZE INVERNALI

CRAL-MEDICI (neve 1997-98 - Natale - Capodanno)

MADONNA DI CAMPIGLIO

Hotel Savoia Palace (trattamento di mezza pensione)

20-12	27-12	7 gg.	£. 840.000
01-02	08-02	7 gg.	£. 840.000
15-03	22-03	7 gg.	£. 840.000
08-02	15-02	7 gg.	£. 882.000
15-02	15-03	7 gg.	£. 1.050.000

ANDALO

Hotel Splendid*** (trattamento di pensione completa)

20-12	26-12	6 gg.	£. 320.000
11-01	18-01	7 gg.	£. 384.000
22-03	29-03	7 gg.	£. 440.000

FALCADE

Hotel S. Giusto Top Club*** (trattamento di pensione completa)

20-12	26-12	6 gg.	£. 383.000
21-03	28-03	7 gg.	£. 500.000

FORNI DI SOPRA

Hotel I Larici*** (trattamento di pensione completa)

20-12	26-12	6 gg.	£. 433.000
15-03	29-03	7 gg.	£. 442.000

ABBADIA SAN SALVATORE

Hotel Milano*** (trattamento di pensione completa)

24-12	28-12	4 gg.	£. 324.000
30-12	02-01	3 gg.	£. 306.000

Hotel Adriana (trattamento di pensione completa)

24-12	28-12	4 gg.	£. 324.000
31-12	04-01	4 gg.	£. 378.000
03-01	06-01	3 gg.	£. 207.000

12% DI SCONTO NELLE SEGUENTI LOCALITÀ: Val di Fiemme, Canazei, Val di Fassa, Cavate-se, Folgarida, Rio Pusteria, Plan de Corones, Campo Tures, Aprica, S. Caterina, Malga Ciapela, Alleghe, Gallio Asiago, Bardonecchia, Cortina Borca, Cervinia, Rocca di Mezzo, Prati di Tivo.

JMAR ROSSO - HURGADA - Crociera di Capodanno

Tour organizzato: isole di Gubal, Shadwan e tawile, il Parco Naturale Subacqueo di Ras Mohammed, del Reef di Sha'ab AR e relitto del Thistlegom ecc. Pacchetto base: dal 27 dicembre al 3 gennaio - in pensione completa - lire 3.000.000 - voli diretti da Roma e Milano.

ARCHEOLOGIA E MARE MESSICO

Tour organizzato: Merida, Uxmal, Chichen, Itza, Playa del Carmen, possibilità di prolungare il soggiorno a/o effettuare una sosta a New York. Pacchetto base: 2 notti a Merida e 7 notti a Playa del Carmen. Voli giornalieri, partenze individuali a date libere.

CAPODANNO A SAN PIETROBURGO

Dal 28-12 al 01-01 £. 1.740.000

TOUR DELLA SCOZIA

8 giorni, 7 notti in pensione completa + cenone
Capodanno lire 2.850.000 - Natale lire 2.700.000

CAPODANNO IN CINA

Pacchetto Base: 8 giorni e 6 notti, dal 27-12 al 03-01 in pens. comp. lire 2.650.000
partenza speciale 31 dicembre lire 2.220.000