



# Editoriale

Che la Sanità molisana, oberata da un debito sempre più consistente, debba rispettare il cosiddetto "piano di rientro" è un dato di fatto incontrovertibile, soprattutto in previsione di un Federalismo fiscale ormai alle porte. Quello che invece è un pò meno accettabile è che l'obbligo del rientro debba passare attraverso lo stravolgimento della professione medica, sempre più considerata un'appendice burocratica della Sanità. Infatti, i compiti del medico, soprattutto per chi opera sul territorio, è sempre più quello di funzionario, senza esserlo, e di controllore della spesa più che di operatore impegnato a salvaguardare la salute del cittadino.

Spesso dietro il nome rassicurante di "appropriata prescrivibilità" si cela una vera e propria caccia alle streghe. Tanto per fare un esempio, in una ASL di Genova i medici di Medicina Generale sono stati costretti a pagare di tasca propria le prescrizioni che superavano il limite massimo di 60 giorni di terapia e la cui entità, in alcuni casi, è stata talmente irrisoria da non coprire neppure il costo delle raccomandate spedite dall'Azienda per notificare la "pena". Negli ultimi tempi anche da noi si sono verificati episodi che testimoniano questo cambiamento di considerazione nei nostri confronti. Infatti, negli studi di Medicina Generale, oltre a varie visite dei NAS e della Tributaria, si sono viste comparire come per incanto delle giovanissime operatrici inviate dalla Regione con il compito di suggerire al medico terapie meno dispendiose da prescrivere ai pazienti (in barba alla competenza e agli anni di esperienza che forse meriterebbero ben altro rispetto!).

Questo sfogo non ha lo scopo di volersi sottrarre a forme di controllo tese alla razionalizzazione della spesa (anche se è bene ricordare che quella farmaceutica ne rappresenta solo il 13% nella nostra Regione), ma il rischio di certe scelte potrebbe essere quello di disamorare sempre più al lavoro professionisti che passano il proprio tempo a cercare di rispondere, nel modo migliore possibile, ai bisogni non solo di salute

ma, spesso, anche di sostegno psicologico a pazienti, soprattutto anziani, avviliti non solo per problemi di salute, ma anche per liste di attesa dai tempi biblici e da disservizi vari.

Tutto questo avviene senza che nessuno sembra in grado di assumersi la responsabilità di affrontare i veri sprechi. Ecco allora che si punta il dito sui prescrittori, li si colpevolizza e li si terrorizza, incaricandoli della salvaguardia di un sistema che fa acqua in ben altri centri di costo. Servirebbero scelte strategiche ed efficaci, come ad esempio quello di puntare su un concetto, ormai ripetitivo e divenuto solo uno slogan: più territorio e meno sanità ospedalocentrica. Sarebbe una autentica svolta verso una seria politica di risparmio. Ma attuarla significa ristrutturare gli ospedali, spostando risorse professionali e tecnologiche verso il territorio (assistenza e ospedalizzazione domiciliare supportata dalla telemedicina, RSA, ecc.) senza perdere posti di lavoro e, soprattutto, senza penalizzare le popolazioni più svantaggiate (per ragioni orografiche) del Molise.

La constatazione che la politica faccia, al contrario, scelte diverse nasce, anche dalla convinzione di avere di fronte una classe medica divisa e la cui immagine si è offuscata. Da qui la necessità di tornare a percorrere la strada dell'unità tra le diverse categorie mediche, che consenta di riappropriarsi del governo della Sanità e della Professione. Perché se è vero che un efficiente sistema sanitario deve avere al centro la domanda di salute del cittadino, è altrettanto vero che centrale nell'organizzazione sanitaria deve tornare ad essere la figura del medico. Per il raggiungimento di questo obiettivo gli Ordini possono e devono avere un ruolo determinante.

A. Trabassi

# Ricerca eco-color-doppler dei neonati e degli adulti nel Molise

PASQUALE BERARDI

Nel dicembre 2008 i vertici dell'AS-REM, pressati dal diffuso malcontento dell'utenza molisana per l'eccessiva lunghezza delle liste d'attesa relative all'ecografia dell'anca **neonatale**, chiesero al dr Pasquale Berardi di adoperarsi per la migliore soluzione possibile del problema su scala regionale.

Il su menzionato si prodigò a tal fine con l'utilizzo di un eco-color-doppler in dotazione al Poliambulatorio di via Petrella in Campobasso.

In tale contesto, quindi, e con riferimento sia all'utenza neonatale che a quella adulta, si è operato raggiungendo i seguenti risultati:

Per l'utenza **NEONATALE**

- è stato ottenuto, **entro febbraio 2009**, l'**azzeramento** nell'intero ambito regionale delle liste di attesa per l'esame ecografico dell'anca, **fornendo** tra l'altro **alle genitrici**, contestualmente all'esito della attività diagnostica, una adeguata informazione medico-scientifica finalizzata al superamento dei tradizionali presidi medico-chirurgici atti a prevenire la Displasia dell'anca: il doppio pannolino, le mutandine "corazzate", i divaricatori, i trattamenti chirurgici, etc...;
- è stato ottenuto, entro giugno 2009, l'azzeramento, sempre relativo all'intero ambito regionale, di qualsiasi esame eco-color-doppler da effettuare a paziente in età pediatrica (fino ai 14 anni di età).

Per l'utenza **ADULTA**

- è stata **portata a termine** una ricerca iniziata nel 2006 riguardante l'apparato urinario, finaliz-

zata a dimostrare come sia possibile valutare il RVU (Reflusso Vescico-Ureterale) con il Color-Flow-Mapping, tecnica del tutto

non invasiva, in luogo della CUM (Cisto-Ureterografia Minzionale), metodica invasiva: l'angolo di direzione e la velocità del Jet ureterale

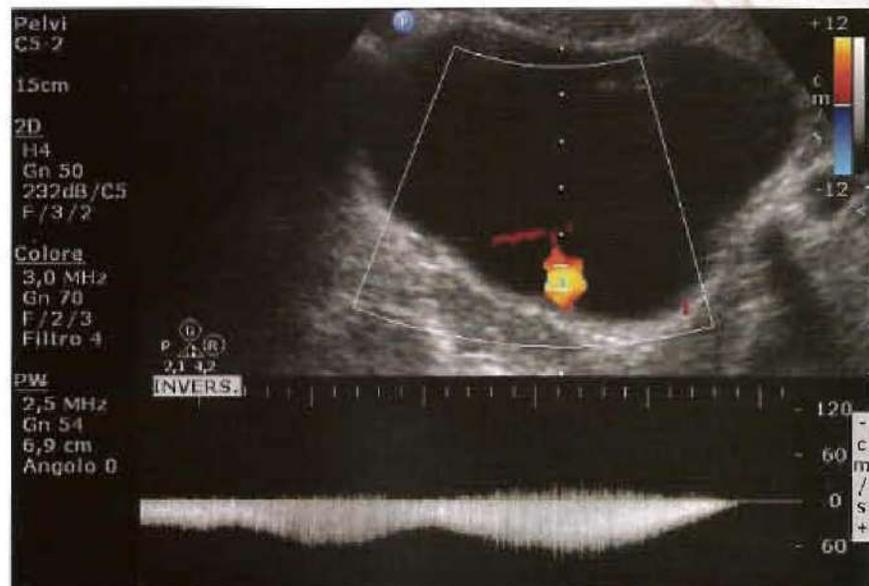


Foto n.1 Jet ureterale dalla velocità di 60 cm\sec



Foto n.2 Jet ureterale dalla velocità di 50 cm\sec

In vescica sono espressione di un efficace meccanismo antireflusso, in quanto l'inclinazione del jet ureterale è testimone di una corretta angolazione della porzione intramurale dell'uretere e la velocità del jet ureterale superiore a 10 cm/s è testimone di una giusta peristalsi.

Relativamente al campione di indagine neonatale, è opportuno puntualizzare che:

- nel 2009 il Molise ha registrato 2281 nascite (873 nell'Osp. di Cainpobasso, 559 nell'Osp. di Isernia, 769 nell'Osp. di Termoli, 80 nell'Osp. di Agnone);
- nella predetta attività sono stati esaminati 1256 neonati, di questi 588 maschi e 668 femmine, per 1158 con esame praticato tra la V e la VIII settimana, per 98 tra il III ed il VI mese;
- dei neonati esaminati si sono distinti 2 gruppi
- il primo, costituito da 823 neonati con pelvi evidenti, dei quali 814 individuati con esame praticato tra la V e la VIII settimana (347 maschi e 467 femmine) e 9 individuati con esame praticato tra il III e VI mese (3 maschi e 6 femmine), è stato suddiviso nei seguenti quattro sottogruppi:
  - a) 351 con pelvi dai diametri tra 1 e 2 cm, 133 maschi e 218 femmi-

ne;

- b) 468 con pelvi dai diametri inferiori ad 1 cm, 213 maschi e 255 femmine;
- c) 3 con pelvi dai diametri tra 3-4 cm, tutti maschi;
- d) 1 con pelvi dai diametri di 4,5 cm, maschio;

- il secondo, costituito da 433 neonati con pelvi non evidenti, tutti nati a termine, dei quali 344 individuati con esame praticato tra la V e la VIII settimana (183 maschi e 161 femmine) e 89 individuati con esame praticato tra il III ed il VI mese (55 maschi e 34 femmine);
- la CUM (cisto ureterografia minzionale) è stata praticata in 10 neonati con pelvi evidenti, risultando positiva in 6: specificatamente nel neonato, con entrambe le pelvi dai diametri di 4,5 cm, si è valutato a destra la CUM positiva, a sinistra la CUM negativa con uno sbocco ectopico dell'uretere (opportunamente diagnosticato con altra indagine); nei 3 con pelvi dai diametri tra 3-4 cm ed in 2 border line con pelvi dai diametri appena inferiori a 2 cm si è osservato la CUM positiva bilateralmente
- si sono riscontrati 4 reni di sinistra presenti lungo la doccia parietocolica omolaterale, 1 rene di destra presente in fossa iliaca omolaterale,

2 lievi ipo-plasie monolaterali senza ipertrofia controlaterale, 1 ipo-plasia monolaterale con accenno ad ipertrofia compensatoria controlaterale;

- non si sono riscontrati casi di rene a ferro di cavallo e di Megauretere.

Sulla base di questi dati, sono state effettuate le seguenti considerazioni: constatato che:

- il neonato con pelvi dai diametri di 4,5 cm risolve la pielectasia a destra, anche se in mesi-mesi e mesi, praticando la sola profilassi antibiotica a protezione di complicanze pielo-nefritiche, mentre a sinistra la pielectasia sostenuta da uno sbocco ectopico dell'uretere si risolve solo ad avvenuto reimpianto di quest'ultimo;
- le pelvi evidenti con diametri non superiori ai 2 cm, o border line con diametri appena superiori ai 2 cm, si osservano in tutti i prematuri e rientrano o quanto meno migliorano in poche settimane;
- le pelvi evidenti con diametri superiori ai 3 cm, o border line con diametri appena inferiori ai 3 cm, invece per migliorare anche di pochi mm richiedono mesi, mesi e mesi.

si ipotizza che:

- le pelvi con diametri non superiori ai 2 cm siano espressione di "immaturità fisiologica", non richiedono controlli e profilassi antibiotica rientrando in poche settimane;
- le pelvi con diametri superiori ai 3 cm sono espressione di una forma più grave di "immaturità fisiologica", che, rientrando in mesi-mesi e mesi, richiedono una profilassi antibiotica e per esse i controlli sono necessari solo al fine di interrompere tale profilassi;
- le pelvi con diametri superiori ai 3 cm, se non tendono a rientrare, è perché l'uretere sbocca in sede ectopica.

Su queste considerazioni, a verifica di quanto presunto e al fine di



Foto n.3 Pelvi evidente dai diametri di 0,845 cm



Foto n.4 Pielectasia dai diametri di 2,13 cm

ottimizzare i presidi medico chirurgici tesi a prevenire, o quanto meno, ridurre i gravi esiti di una insufficienza renale secondaria a flogosi, si estenderà la ricerca ai nati nel MOLISE del 2010 nei termini qui di seguito esplicitati:

La sterilità dell'urina è garantita dal suo adeguato deflusso: la stasi della urina nella pelvi e nella vescica predispongono alla proliferazione, all'incremento della virulenza della flora batterica.

Il RVU è causa di infezioni ascendenti.

Le pieliti nel neonato sono consensuali alla pielectasia ed al RVU.

È opinione generale che nel neonato la pielectasia e la pielite, essendo secondarie a RVU, richiedano, ai fini della formulazione di una diagnosi corretta, la effettuazione della CUM a conferma del RVU da trattare con interventi chirurgici, per via endoscopica o "a cielo aperto", nonché con la somministrazione di terapia antibiotica mirata.

La capacità di recupero di un eventuale danno anatomico e funzionale del rene, se si eccettuano le primissime fasi della vita, è scarso.

Il quadro neonatale, caratterizzato da pielectasia e da RVU, sembra che sia da ricondurre ad una trasmissione genetica a carattere recessivo legata al cromosoma X e sembra che coinvolga esclusivamente il sesso maschile.

Acronimi: RVU Reflusso Vescico-Ureterale; VU Vie Urinarie; CUM Cisto-ureterografia minzionale.

## LAVORO

Verificare che i neonati con pelvi evidenti presentino un costante residuo di urina in vescica, proporzionale al grado della consensuale pielectasia, ed un RVU, proporzionale alla alterata morfologia e velocità dei jets ureterali; ovvero valutare se lo stato clinico costituito da ectasia pelvica, da residuo vescicale e da RVU

sia secondario ad una alterata progressione dell'urina nella VU conseguenza dell'alterata peristalsi nella intera VU.

## VALUTAZIONI

Provato che tale stenosi funzionale della intera VU si esprime nella VU superiore con la ectasia del segmento della VU superiore (Pelvi), che per ragioni anatomiche è più predisposto a dilatarsi, e con il RVU, poiché una peristalsi pello-ureterale inadeguata non è capace di determinare nell'uretere una pressione endoluminale ed una attività motoria propulsiva tali da opporsi alla risalita di urina dalla vescica nell'uretere; nella VU inferiore con la costante presenza di una discreta quantità di urina in vescica anche dopo la minzione (una insufficiente contrazione del detrusore non è tale da determinare un completo svuotamento della vescica) consensuale alla su esposta ectasia pelvica;

si conferma che la correzione chirurgica del RVU non ha giuste motivazioni, perché la ectasia pelvica non è secondaria a RVU, ed anzi tale atto terapeutico è esso stesso causa di aggravamento del deflusso urinario e quindi, anche, della ectasia pelvica.

In sintesi nel 2010 questo impegno prevede

- la valutazione entro l'VIII settimana
  - della presenza o meno di pielectasia;
  - in caso di pielectasia della presenza o meno di consensuali "re-

siduo" vescicale e RVU;

- la valutazione anche dopo la VIII settimana
  - della comparsa di pieliti, in caso di pielectasia con e senza profilassi antibiotica;
  - del confronto tra il trattamento chirurgico con terapia antibiotica ed il trattamento con esclusiva terapia antibiotica.

Confermati i dati presunti, le seguenti conclusioni

- il non trattamento chirurgico del RVU nelle pielectasie;
- la indicazione chirurgica a cielo aperto per il reimpianto dell'uretere nei casi di suo sbocco ectopico;
- la indispensabilità della profilassi antibiotica nel prevenire infezioni ricorrenti nelle pielectasie.

Ricerca realizzata con la collaborazione e il supporto tecnico-scientifico del dott. Libero Baranello, Responsabile del Poliambulatorio del Distretto Sanitario A.S.Re.M. di Campobasso sito in via Petrella n 1, del dott. Carlo Musenga, Direttore del Distretto, nonché, per la parte amministrativo-statistica, della dott.ssa Rosa Vergalito, Direttore Amministrativo del Distretto e con l'insostituibile apporto dello staff infermieristico ed ausiliario diretto dalla coordinatrice Assunta Silva.

# Medicine non convenzionali

## Costituita la commissione

A CURA DI  
ANTONINO PICCIANO

Le **Medicine non Convenzionali** (indicate anche come complementari, alternative, naturali, olistiche, integrate, dolci, ecc.), possono essere considerate una evidente e consolidata realtà anche in Italia. Da fonti Eurispes 2010, il 18,5% della popolazione italiana sceglie attualmente queste terapie. La prima proposta di legge di regolamentazione del settore, nel 1986, porta la firma di Maria Pia Caravaglia. Il ministro Rosi Bindi, con il decreto 229, inseriva le MnC come integrazione delle prestazioni assistenziali del SSN. Nel 2001 il ministro Sirchia escludeva dai LEA le MnC. I decreti legge Galletti, Lucchese, avevano fatto ben sperare una soluzione positiva, in considerazione anche della Dichiarazione di Terni del 2002, con cui la FNOMCeO decretando le MnC un "atto medico", chiedeva al più presto una normativa adeguata. L'Assemblea del Senato, nella seduta del **24/06/2008**, ha assegnato alla Commissione Igiene e Sanità il Disegno di legge di disciplina delle Medicine non convenzionali.

Valutando, quindi, la perdurante assenza di una normativa accademica riconosciuta, anche l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Isernia ha ritenuto indispensabile l'istituzione di una Commissione di Studio, per una corretta regolamentazione delle Medicine non Convenzionali e per una loro progressiva integrazione nei servizi della salute, tenuto conto anche del ruolo primario di ogni Ordine Professionale di farsi garante della Professione stessa e di tutti coloro che sono tenuti ad esercitarla



secondo principi di etica e di deontologia, a tutela e totale trasparenza del paziente.

Il giorno 23 marzo 2010 alle 15.30, presso l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Isernia, si è proceduto alla costituzione di una Commissione Provvisoria che ha come Presidente Coordinatore il Dott. Antonio Sanità e come Componenti i dottori Dorindo De Giacomo, Angelo Forte, Franco Mastrodonato, Antonio Mazzocco, Antonio Picciano.

La **Commissione per le Medicine non Convenzionali** ha come compito l'applicazione delle **Linee Guida del Consiglio Nazionale FNOMCeO**, dettate il 12 dicembre 2009, con l'obiettivo di istituire i seguenti **Registri per le Medicine non Convenzionali**:

1. Agopuntura
2. Ayurveda
3. Fitoterapia
4. Medicina Antroposofica
5. Medicina Tradizionale Cinese
6. Omeopatia
7. Omotossicologia

L'iscrizione dei medici chirurghi ed odontoiatri, esercenti le medicine e le pratiche non convenzionali negli appositi Registri, prevede il rispetto dei requisiti e delle norme in materia e deve essere prodotta entro il **30 maggio 2010**.

La presente Commissione si riserva, pertanto, la facoltà di verificare l'esattezza delle certificazioni esibite e delle dichiarazioni rilasciate entro il **12 giugno 2010**, data ultima secondo le disposizioni transitorie contenute nelle Linee Guida della FNOMCeO, che hanno vigenza fino ai 6 mesi successivi all'approvazione della presente intesa. Trascorsa la fase transitoria con l'ammissione agli Elenchi degli aventi diritto, il Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri procederà alla convocazione di tutti gli iscritti per la nomina di una Commissione Permanente per le Medicine non Convenzionali.

Nei giorni successivi alla costituzione della Commissione, un Comunicato Stampa è stato trasmesso agli organi d'informazione.

# Convegno **8** marzo

A CURA DI ANNA MORCONE

Anche l'ordine dei Medici di Isernia ha celebrato la festa della donna e lo ha fatto con un interessante incontro-dibattito dal titolo "Donne e lavoro, tra risultati e prospettive", nella sala consiliare dell'Ordine.

Al tavolo dei relatori, cinque donne professioniste, che hanno raccontato la propria esperienza lavorativa e che cosa sta cambiando nei diversi ambiti professionali in cui operano.

La dott.ssa Gianfranca Testa, direttore amministrativo ASREM, la dott.ssa Mariella Antonilli, avvocatessa, la dott.ssa Serafina Ciummo, imprenditrice, la dott.ssa Cecilia Politi, primario del reparto di Medicina e la dott.ssa Rossana Venditti, sostituto procuratore, hanno animato un acceso dibattito sull'universo femminile che, ancora nel terzo millennio, incontra difficoltà ed ostacoli soprattutto nel mondo del lavoro: donne poco pagate e carriere difficili, siamo i penultimi in Europa.

La dott.ssa Gianfranca Testa ha sottolineato «L'importanza del ruolo della donna è un concetto che sta cercando di affermarsi nel mondo dell'economia, infatti l'aumento dell'occupazione femminile deve essere intesa, non solo come una questione di genere ma come volano per l'economia nazionale. Anche Bankitalia conferma che se l'occupazione al femminile crescesse dello 0,5% avremo un aumento del Pil dell'1%».

Per quanto riguarda la professione dell'avvocatura, la dott.ssa Mariella Antonilli dichiara che i risultati dal punto di vista numerico sono buoni, con un 45% di quote rosa sul numero complessivo degli iscritti. Il problema si presenta quando si parla del ruolo delle donne al vertice di organizzazioni, come i consigli dell'ordine con bassissime percentuali.

La dott.ssa Serafina Ciummo, ti-

tolare di un'agenzia di viaggio, sottolinea che molto differente è il mondo del turismo, dove le donne sono la maggioranza, sono ben remunerate e ricoprono incarichi dirigenziali.

Nel mondo della magistratura, dichiara il sostituto procuratore Rossana Venditti, le donne che vincono il concorso sono molto più degli uomini, ma è raro vedere donne a capo degli uffici. La nostra generazione è chiamata ad affrontare questa sfida.

Nel nostro Paese, secondo i dati emersi, solo il 3% dei consigli di amministrazione delle imprese quotate sono donne, contro il 13% della media europea e il 33% della Norvegia. Anche quando le donne arrivano, ce la fanno a sfondare quel benedetto "tetto di cristallo" alle donne è comunque destinato uno stipendio inferiore di un quarto di quello del collega maschio. Lo chiamano "differenziale retributivo di genere", è pari al 23,3% una donna percepisce, a parità di posizione professionale, tre quarti di uno stipendio di un uomo. In molti paesi industrializzati le cose stanno cambiando, con azioni volte a far aumentare il numero di donne nei consigli di amministrazione, per un obiettivo preciso: migliorarne i risultati affidandosi alle particolari doti di sensibilità alle relazioni umane,



all'intelligenza e alla flessibilità con le quali le donne ai vertici contribuiscono a risollevere i profitti di imprese ed istituzioni.

I risultati sono tanti tutte quelle conquiste sociali, economiche e politiche che le donne sono riuscite ad ottenere. Nel corso degli ultimi decenni la donna è riuscita a svincolarsi dal ruolo di figlia, fidanzata, moglie e madre ed ottenere le sue vittorie: l'istruzione, la carriera e il prestigio sociale.

Quindi notevoli passi avanti e grandi possibilità per le donne del terzo millennio ma tanto resta ancora da fare per una parità sessuale che resta ancora fittizia nel mondo del lavoro e delle politiche sociali.

# Donne e lavoro

A CURA DI CECILIA POLITI DIRETTORE UOC MEDICINA INTERNA - ISERNIA

**I**nvitata alla tavola rotonda su "Donne e lavoro" in occasione dell'8 marzo all'Ordine dei Medici, pensavo di portare l'esperienza di donna realizzata: medico, primario ospedaliero, una di quelle che nel lavoro tecnicamente ce l'hanno fatta.

La consapevolezza di muovermi in un contesto che è quello di una nazione come l'Italia, dove le donne occupate sono al penultimo posto in Europa e con una natalità quasi a zero, mi ha portato però a rivedere il mio vissuto di donna che lavora, al di là della professione medica, partendo da un ipotetico dialogo...

## CARA AMICA

Le donne nel mercato del lavoro ci stanno con competenza ed in posizioni qualificate.

Mi obietterai: ma non abbastanza! molte sono costrette ad abbandonare in coincidenza con la maternità o per

la attuale crisi.

Ma occupano posizioni qualificate!

Ma non le più prestigiose e retribuite e comunque sono le più disoccupate e precarie.

Guardare le cose in questo modo, con una griglia mentale di quarant'anni fa, non valuta tutta la strada percorsa, e come quella strada abbia cambiato lo stato delle cose. Il discorso è non tanto la piena e paritaria partecipazione delle donne, quanto una riflessione e un bilancio su: come e perché siamo stabilmente entrate in massa anche nel lavoro pagato, su quali siano le conseguenze, e quali i nuovi problemi da affrontare; non il considerare le donne come categoria debole da sostenere, proteggere, promuovere nella rincorsa alla parità con gli uomini. Abbiamo tanti e nuovi punti di vista, su lavoro, ambiente, economia e politica e dobbiamo riu-

scire dar voce pubblica ai nostri punti di vista.

## CARO AMICO

Quando senti parlare di politiche femminili: tu sei sempre d'accordo; parità salariale? Ci mancherebbe, sei Lungimirante, ti pare di Capire le donne

Di fronte all'aspirazione delle donne a raggiungere livelli maschili di soldi e potere: questa idea non può non gratificarti, anche se ti costa sacrificio.

Vorrei che mettesti a fuoco che cosa sta accadendo e chiarirti alcuni equivoci: gli uomini non sono la pietra di paragone, il mondo che ci avete costruito non ci va tanto bene, e donne non sono una categoria: non dobbiamo essere liberate, protette, aiutate favorite.

La nostra libertà, cambia la tua vita, mette in discussione il tuo lavoro,





la tua economia, la tua politica.

In questa chiacchierata però cari uomini... pensateci con affetto.

Questo è un momento di crisi (stiamo affrontando una congiuntura economica, che ha la valenza di una guerra), ma l'analisi del problema viene fatta con le categorie di sempre: interventi pubblici volti a tenere alta domanda di beni di consumo, soldi dati a banche, assicurazioni, compagnie aeree; quasi nulla a chi magari lavora 80 ore settimanali (donne) o a chi è disoccupato. Tutto ciò senza chiedersi quali consumi e quali bisogni andiamo ad implementare?

Vi è una strada intravista dalle donne che stanno nel mercato e che si occupano di economia, che prende in considerazione bisogni altri. Bisogno di relazioni: si nasce e si muore dipendenti, l'autonomia adulta si nutre della capacità di relazione, la considerazione che la solitudine determina una sofferenza mortale peggiore dell'indigenza. Le donne hanno un modo altro di stare al mercato: non solo soldi, merci, ma affetti, parole, socialità, attenzione per gli altri.

I dati economici ci dicono che dove le donne decidono le politiche aziendali la produttività è migliore (womenomic).

Ciò che le donne vedono è la necessità di non separare tempo di vita e tempo di lavoro. È quindi neces-

sario ridefinire il concetto di lavoro, il tempo di lavoro deve cambiare. Il senso di lavoro va inteso però come unità di lavoro retribuito e di relazioni e questo va a ridefinire l'economia, la teoria sociale, la politica.

Noi donne siamo in conflitto con chi intende il lavoro solo come produttivo e salariato.

Abbiamo dei punti fermi su cui iniziare a confrontarsi: anche in economia ci sono due sessi, è necessario uscire dall'unilateralità del pensiero maschile perché concetti e parole ritenuti universali sono stati messi in discussione e smantellati (non solo dalle economiste), è necessario urgentemente un cambiamento di civiltà, di misure e di regole economiche.

Il lavoro plasmato sugli uomini (quelli di una volta) si basa sulla sua centralità nella giornata e nella vita, dove la cura di sé e degli altri viene delegata a qualcun altro (donne di una volta). Per far fronte a questo modello è valido un vecchio slogan femminista: per ogni donna che lavora ci vorrebbe una moglie!!

Dobbiamo però valutare in senso critico come stanno le donne a quel modo di lavorare che è seducente ed appassionante. Wonder woman esiste ma la volontà di essere professioniste, mogli e madri eccellenti pur con i noti sensi di colpa, si basa anche sul supporto di un compagno, nonna

etc...).

Siamo impegnate, brave, competenti, istruite, efficaci, risolutive, equilibrate, ma non dobbiamo cambiare pelle, non dobbiamo acquisire durezza, intransigenza, dedizione spietata, paura di vedere nell'altra donna la temuta debolezza. Se cediamo a questo modello ci resteranno poi poche energie residue per aprire conflitti, sollevare problemi. La consapevolezza delle diversità e delle complessità non ci deve far desistere dal discutere (segno debolezza, non vincente?), si ama anche discutendo. È fondamentale che tante donne non siano schiacciate da quel modo di lavorare, da quel tipo di carriera che non rispetta la vita, che mette al margine le relazioni e la crescita di sé.

La donna ha la coscienza che non esiste divisione fra vita e lavoro: ciò che ci rende felici nella vita ci rende felici nel lavoro.

Dobbiamo quindi affrontare una battaglia per cambiare le regole del lavoro, perché questo significa migliorare la qualità di vita di tutti.

Liberamente ispirato a "Sottosopra", periodico, ottobre 2009

A CURA DI DINO RICCI

# Luigi Pansini

Inizia con questa presentazione, una rassegna (incompleta, parziale, forse arbitraria e censurabile) che ha lo scopo di fare conoscere alle giovani generazioni, Medici che hanno svolto il loro compito con grande spirito di sacrificio, abnegazione ed umanità.

Privi di mezzi e risorse diagnostiche, essi avevano a disposizione, secondo l'insegnamento del Maestro Cardarelli, l'osservazione e la semeiotica clinica, l'intuito e pochi rimedi farmacologici.

Non esisteva per loro l'assillo di scrivere carte, né certamente si sarebbero prestati a farlo, ma obbedivano al senso del dovere di fare qualcosa per il paziente, anche di consolarlo o di incoraggiarlo quando non potevano fare qualcosa di più valido per dargli soccorso.

Con il Presidente dell'Ordine dei Medici e con il Direttore della nostra rivista, ho concordato di presentare figure di Medici ospedalieri e alternativamente del territorio: i famosi "Medici Condotti" il cui ruolo, per molti versi, è da rivalutare!

Il dr. Luigi Pansini, medico chirurgo, con ruolo di Direttore Sanitario, fu il primo vero pioniere che diede impulso decisivo alla crescita dell'Ospedale Civile di Isernia. Nella sua opera professionale rivive una parte della storia dell'ospedale isernino e della Sanità molisana, e con essa, della tragica realtà socio economica e sanitaria della nostra terra!

L'origine dell'ospedale di Isernia risale al 1832, quando, con decreto del 14 gennaio, n° 702, re Ferdinando II° di Borbone, istituì, in Provincia di Molise, tre ospedali, quanti erano i capoluoghi di Circondario: Isernia, Campobasso, Larino. Assegnò, allo scopo, una somma che, nella realtà dei fatti, fu interamente utilizzata dalla città di Campobasso.

Dopo anni di carenza di fondi e di indecisione sulla ubicazione della sede, finalmente, nel 1875, la scelta cadde sul vecchio Monastero dei Cappuccini, fondato nel 1577.

L'Ospedale fu inaugurato nel 1886, ma l'attività sanitaria iniziò soltanto nel 1889 quando esso fu trasformato in Ente morale e poté, così, disporre di rendite economiche necessarie al suo funzionamento.

Nei primi tre decenni del novecento, l'Ospedale non ebbe fortuna: i ricoveri erano pochi e le condizioni igienico-sanitarie scadenti. Tra le varie figure di uomini illustri che amministrarono l'Ospedale Circondariale di Isernia e ne prepararono la svolta, va ricordata la figura di un politico intetegerrimo, il Sen. Michele Romano, nato nel 1871 a Castelpizzuto (IS) da famiglia di contadini, morto povero nella sua umile casa (1948).

Protagonista della nuova organizzazione ospedaliera, fu appunto il dr. Luigi Pansini. Nato a Campobasso il 13 /10/ 1896, si laureò a Napoli, nel 1921, con 110 e lode. Sposò, nel 1935, la signora Lina Berardi da cui ebbe due figli: Giuseppe, magistrato, morto prematuramente nel 2008 e Maria Teresa, vivente, insegnante a riposo di Storia e Filosofia

Nel 1923, si specializzò in Odontoiatria presso l'Università di Bologna. Negli anni dopo la laurea, prestò servizio negli Ospedali di Grosseto, Bologna, Parma, Forlì (Ospedale Morgagni) e Cesenatico.

A Forlì, dal 1925 fino al 1926, in qualità di Aiuto chirurgo, Pansini fu allievo di Sante Solieri (1877-1949), grande e famoso chirurgo, ideatore di numerose nuove tecniche chirurgiche, ancora oggi ampiamente utilizzate in tutto il mondo. Successivamente (1926) fu direttore e primario chirurgo dell'Ospedale di



Cesenatico e poi di Larino fino a quando non passò a Isernia.

Forte di tanta esperienza, dell'insegnamento e dell'esempio di un prestigioso Maestro, qual era Solieri, il 10 maggio 1933, iniziò la sua attività in Isernia, coadiuvato dal dr. Alessandro Perna, e da un gruppo di bravi infermieri: Pasquale Caroselli, Oreste Fuschino, Filomena Elettrisi in Primerano, Flavia Di Santo in Milano e da un gruppo di Suore, di cui Suor Pia era la Superiora: tutti, personaggi e figure largamente conosciuti e ricordati, dopo tanti anni, dai pazienti ancora viventi e dai cittadini di Isernia.

Nell'Ospedale di Isernia, Pansini introdusse le tecniche di sterilizzazione dei ferri, dei guanti, dei panni, del campo operatorio e l'igiene delle mani (tecniche protese alla sicurezza del paziente ed al risparmio del materiale ed al contenimento dei costi). Introdusse anche le tecniche operatorie innovative apprese soprattutto nella sua esperienza di Forlì.

La sua bravura ben presto varcò i confini territoriali del circondario di Isernia e si estese a tutto il territorio regionale ed alle zone limitrofe: lo testimoniano l'incremento dei ricoveri (Tab. 1) e la qualità degli stessi.

Dall'analisi dei Registri di Camera operatoria, anche se incompleti, si può avere una idea del lavoro svolto dal dr. Pansini. Egli effettuò non soltanto interventi "bana-

li" (appendicectomie, ernioplastiche inguinali, tonsillectomie, incisioni e svuotamento di ascessi, riduzione di fratture semplici, medicazioni di ferite più o meno complesse), ma anche interventi di alta e drammatica chirurgia (politraumi con muciuallamento di arti, scoppio di organi addominali da traumi, incisioni del cavo pleurico per empiema, traumi cranici, traumi maxillo-facciali, fratture scomposte ed esposte, peritoniti acute purulente (da perforazione di ulcere, di appendice, o di intestino); occlusioni intestinali, ferite penetranti dell'addome e del torace, ricostruzioni plastiche da labbro leporino, cistotomia di urgenza, nefrectomia per ascesso renale, isterectomia per sepsi puerperale o emorragie uterine gravi da aborto, resezione ossea per osteomielite o tubercolosi ossea, artriti purulente, flemmoni ed ascessi a sedi diverse, ecc...).

L'anestesia generale, guidata dal-

lo stesso chirurgo, prevedeva l'uso dell'etere per tutti gli interventi interessanti organi ed apparati po-



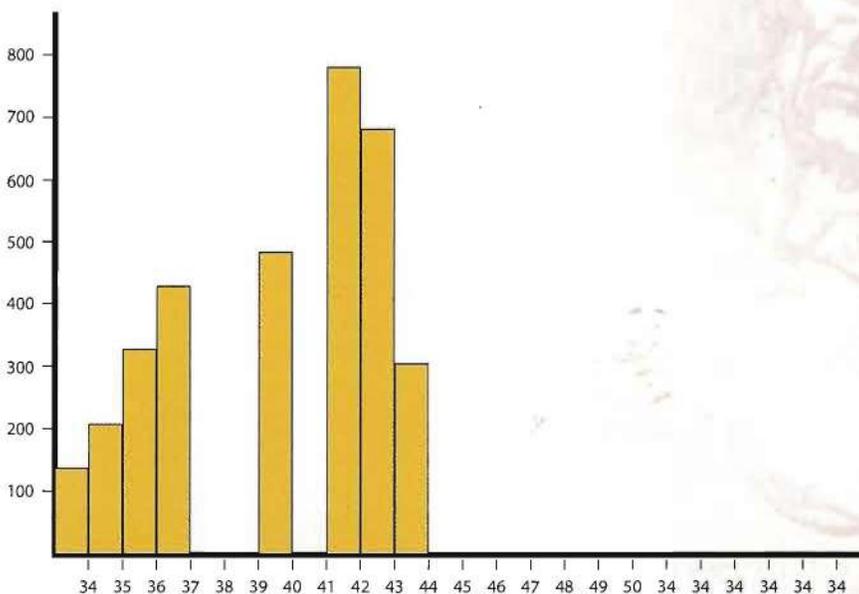
sti al disopra della linea ombelicale trasversa; la rachianestesia (l'iniezione di anestetico locale per via epidurale) era riservata a tutti gli altri interventi effettuati a carico di organi addominali e del piccolo bacino posti al disotto della linea ombelicale trasversa. In altri casi si ricorreva alla somministrazione e.v. di morfina o di "liquidum soporiferum" ossia del barbiturico.

Il ruolo di Pansini si impone ancora oggi all'attenzione, all'ammirazione, alla gratitudine ed al ricordo perenne degli Isernini, e non solo

di essi, per il suo comportamento eroico durante i tragici eventi del bombardamento del 10 settembre 1943 che tanti morti, rovine, dolori, seminò in Isernia. L'8 settembre 1943, all'annuncio dell'armistizio, anche tra il personale e i pazienti dell'Ospedale si diffuse un senso di euforia e di gioia: Filomena Elettrisi in Primerano, allora giovane infermiera, oggi ottantatreenne, riferisce di avere trovato, in quella stessa circostanza, il dr. Pansini, solo nella sua stanza, con le lacrime agli occhi. «Professore, perché piangete?», gli chiese ed egli le rispose: «perché oggi comincia, per tutti noi, la vera guerra!» Due giorni dopo, ne arrivò la tragica conferma! Durante le giornate di devastazione, quando gran parte delle autorità civili, militari ed anche religiose, cercarono scampo altrove, due figure luminose rifulsero sulle macerie di Isernia. La prima fu quella di un monaco francescano, Padre Giacinto, che si prodigò nell'opera cristiana di dare sepoltura ai morti e di soccorrere i feriti ed i superstiti. La seconda, quella del dr. Pansini che, con i collaboratori, restò al suo posto, sotto il fragore delle bombe, a compiere il proprio dovere! E quando fu impossibile continuare il lavoro immane, per il crollo di un'ala dell'Ospedale, Pansini trasferì l'ospedale a Carpinone, in un abitazione di proprietà di un suo parente e lì continuò la sua opera, come poteva e con i pochi mezzi a disposizione, fino a quando, nella primavera del 1944, l'Ospedale fu spostato a Isernia, nell'allora Seminario vescovile, in via Mazzini.

Riattivato il vecchio Ospedale, a fine anno 1944, toccò all'Amministrazione comunale dell'epoca ed al coraggio ed impegno del dr. Pansini, riorganizzare i servizi e l'attività ospedaliera, anche con l'aiuto degli emigrati isernini negli USA.

Il 22 settembre 1956 egli, che nell'arco di 23 anni di servizio non si era mai concesso un periodo di ferie, chiese di poter fruire di un mese di



congedo che fu ulteriormente prorogato e, nell'attesa del suo rientro, fu nominato come supplente il dr. Giuseppe di Pietro.

Nel 1957 Pansini si congedò dall'Ospedale, costruì ed organizzò una Clinica privata presso cui molti pazienti continuarono ad essere curati ed assistiti fino a quando (1966, circa) egli cessò definitivamente di esercitare la sua attività.

Severo e autoritario, era serio, buono di animo ed umano: così lo ricorda con affetto la figlia Maria Teresa, così lo ricorda, con rispetto,

Filomena Elettrisi, unica supersite di quel primo manipolo di infermieri coraggiosi che gli furono sempre vicini.

Morì in Isernia il 02 gennaio 1977 e le sue spoglie riposano nel Cimitero di Carpinone.

#### Ringraziamenti

- Al dr. Fulvio Manfredi Selvaggi, Direttore Sanitario del P.O. di Isernia, per il materiale di archivio messo a disposizione;

- Alla prof.ssa Maria Teresa Pansini, Insegnante a riposo di Storia e Filosofia per la foto, le notizie bibliografiche e i rendiconti statistici del dr. L. Pansini.

#### Bibliografia

Atti dell'Archivio del Presidio Ospedaliero di Isernia: Registri di Camera operatoria, (parziali) dal 1933 al 1957;

Isernia e il suo Ospedale a cura della Commissione per la ricostruzione del materiale storico dell'Ospedale di Isernia, U.S.L. n° 3 IS, 1994;

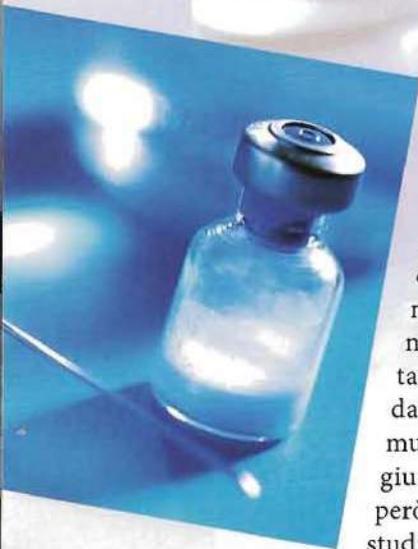
Rendiconto statistico-clinico-operativo degli anni 1925-1926, dr. L. Pansini, Aiuto chirurgo, Tipografia Nicola Morrone, Larino, 1928;

Rendiconto statistico - operativo marzo ottobre 1926, dr. L. Pansini, Primario Chirurgo, Tipografia Nicola Morrone, Larino, 1928.

## Il medico molisano inventore della penicillina

# Vincenzo Tiberio

A CURA DI ANTONIO PICCIANO



La scoperta della penicillina è legata al nome di Alexander Fleming, che nel 1928 notò l'inibizione della crescita di un batterio da parte di una muffa. Bisognerà giungere al 1940 però perché con gli studi di Fleming, di Florey e Chain fu

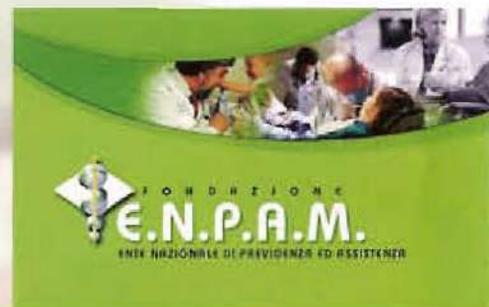
possibile isolare la penicillina che successivamente fu utilizzata con successo per assistere i tanti feriti durante la seconda guerra mondiale. Nel 1945 Fleming, Florey e Chain furono insigniti del Premio Nobel per la Medicina. Chi, in verità, può essere considerato il vero scopritore della penicillina? È un medico molisano, Vincenzo Tiberio, nato a Sepino (CB) nel 1869 e morto a

Napoli nel 1915. Giovane medico, abitando ad Arzano, vicino Napoli, presso i Graniero, suoi parenti, constatò che gli abitanti della casa erano colti da infezioni intestinali quando il pozzo veniva ripulito delle muffe. Si rese conto che le colonie di funghi rendessero l'acqua potabile e probabilmente fossero adatte per combattere batteri patogeni dell'uomo. Le sue ricerche sono inserite in un libretto *Sugli estratti di alcune muffe*, pubblicato presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Napoli. Tiberio riferisce "che nella sostanza cellulare delle muffe esaminate sono contenuti dei principi solubili in acqua forniti di azione battericida". La relazione finale, stampata a cura dell'Università, finì in archivio senza che nessuno si rendesse conto della portata della scoperta. Non si conosce perché Tiberio abbandonò le ricerche presso l'Università, divenendo in seguito ufficiale medico della marina. Salvatore De Rosa, scienziato dell'Istituto di chimica

biomolecolare del Cnr di Pozzuoli, ha condotto ad Arzano nel 2006 i lavori del convegno "Il vero scopritore della penicillina", promosso dall'Associazione Storico-Scientifica 'Agrippinus', per ricordare la silenziosa impresa di Tiberio. Egli descrive nei suoi documenti - riferisce De Rosa - "le condizioni di crescita delle varie muffe isolate, evidenziando il loro potere chemiotattico nelle infezioni da 'Bacillo del tifo' e 'Vibrione del colera', con l'utilizzo come cavie dei conigli e la tecnica delle infusioni sottocutanea e intraperitoneale". Il 9 novembre 2007 anche l'Università del Molise ha organizzato una giornata celebrativa per il vero scopritore degli antibiotici. Il Presidente della Regione Michele Iorio ha proposto al Rettore Prof. Giovanni Cannata, l'intitolazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia del Molise all'illustre scienziato.

# qui Enpam

FERNANDO CRUDELE



Il 30 maggio si rinnovano i Comitati Consultivi dell'ENPAM.

Sono organi statutari del nostro ente previdenziale che, come si evince dalla denominazione, hanno solo valore consultivo e vengono convocati 1-2 volte l'anno; però è importante andare a votare per dimostrare ai vertici dell'Ente che stiamo molto attenti al loro operato e a come gestiscono i nostri soldi. Per 5 anni ho ascoltato e vi ho riportato tutto ciò che si discuteva in Comitato; ho cercato di organizzare, con l'amico Ernesto La Vecchia, degli incontri in Regione con gli amministratori per farci spiegare come gestiscono i nostri soldi, come vengono calcolate le pensioni, cosa possiamo fare per aiutare i colleghi in difficoltà per vari motivi, e tante altre domande; purtroppo le richieste che pervengono all'Ente sono moltissime e non tutte possono essere esaudite.

Comunque in Comitato, oltre ai temi succitati, ho più volte chiesto di erogare, tramite gli Istituti Bancari convenzionati, mutui e prestiti a tassi agevolati per permettere ai giovani colleghi di attrezzare uno studio professionale o di comprare casa e di guardare al futuro con più ottimismo, visto la grave difficoltà a trovare lavoro ma, soprattutto, a mantenerlo.

Un altro punto che mi sta particolarmente a cuore è l'Assistenza che il nostro Ente è tenuto a dare a quei colleghi che, per motivi diversi, sono in grave difficoltà: non è possibile che nessuno sappia come fare per attivare questo servizio, a chi rivolgersi; in questi casi dovrebbe essere tutto molto semplice e chiaro per non creare ulteriori difficoltà a persone che già vivono momenti difficili.

Tutti gli economisti dicono che le pensioni si ridurranno sempre più

con il passare degli anni e, quindi, consigliano di attivare pensioni integrative; ho proposto di attivare un Fondo ad hoc per tutti noi che già abbiamo un rapporto con l'ENPAM (da 2 anni è stato costituito Fondo Sanità che risponde a questa esigenza).

Tanti colleghi da tutta l'Italia mi hanno chiamato per varie vertenze con l'Ente e ho cercato, con l'aiuto dei dirigenti, di risolvere bonariamente le vertenze; è importante sapere a chi rivolgersi e, in un ente in cui operano 550 impiegati, non è molto facile districarsi.

Come dicevo prima il ruolo dei Comitati è molto marginale e, da anni, si cerca di riformarli, ma avere un collega attento e preparato al loro interno è sicuramente auspicabile e la mia ricandidatura va in questa direzione, cercando di continuare a fare gli interessi di tutti i medici; cercando di rendere più trasparente e semplice l'attività di un ente previdenziale che deve rendere conto del suo operato ai Ministeri vigilanti.

L'Ordine di Isernia è uno dei più piccoli in Italia, il suo peso politico in seno alle istituzioni (FNOM, ENPAM, ONAOSI) è marginale e la mia presenza è servita anche a farci conoscere ed apprezzare per le proposte e per la preparazione nel campo e, senza fare semplici campanilismi, deve essere motivo di orgoglio per il nostro Ordine, e per tutta la provincia, esprimere un rappresentante a livello nazionale.

Per tutti questi motivi spero di avere, anche questa volta, il vostro voto il 30 maggio prossimo.



## Smi e Snamì insieme

al teatro "Capranichetta" a Roma per manifestare il proprio dissenso al nuovo accordo per la medicina generale



Lo scorso 15 aprile a Roma, presso il teatro "Capranichetta" (p.zza Montecitorio), si è svolta una manifestazione, organizzata dai sindacati medici SMI e SNAMI, per protestare contro l'accordo per la Medicina generale, firmato poche settimane prima da altre sigle (FIMMG e CGIL), considerata una vera e propria "Waterloo" per il settore. Questi i punti di dissenso:

a) il recupero inflattivo, riconosciuto a tutto il pubblico impiego, pari al 3,2% per gli anni 2008-09 (inflazione programmata), è stato diviso in due parti: 2% nazionale, 1,2% per le trattative regionali. Con la prima quota è stata però rivalutata soltanto la retribuzione di base (escludendo quindi ADI, ADP, incentivi per collaboratore di studio e infermiere) mentre la quota per le regioni (1,2%) servirà principalmente a corrispondere un nuovo incentivo ai responsabili delle costituente Unità di Cure Primarie,

che tra l'altro potrebbero essere figure estranee alla medicina generale;

b) è stato imposto ai medici l'obbligo della trasmissione dei dati dei propri assistiti e della compilazione del cosiddetto "patient summary", che è una vera e propria cartella clinico-sanitaria con tutte le responsabilità connesse senza che sia previsto alcun ristoro in termini economici. In poche parole si sono introdotte nuove incombenze burocratiche a fronte di nessuna risorsa aggiuntiva, ma anche ridimensionando l'entità del recupero dell'inflazione;

c) i rapporti orari (Continuità Assistenziale, Emergenza, Medicina dei servizi) sono stati praticamente ignorati, tranne che per la risibile parte economica, probabilmente per la convinzione di quei sindacati che hanno firmato l'accordo, che essi stanno per essere sacrificati sull'altare della cosiddetta h24 nell'ambito delle costituente UCCPI. Il quadro gene-

rale è, oltretutto, accompagnato dal vincolo/ricatto della firma nazionale che condiziona la partecipazione ai tavoli regionali.

Nelle ultime convenzioni abbiamo assistito ad un continuo ridimensionamento del ruolo del medico; l'intenzione della parte pubblica (governo e regioni) è quella di smantellare l'organizzazione capillare e universale delle cure primarie, così come l'abbiamo conosciuta fino ad ora. Tutto ciò nonostante gli eccellenti risultati in termini di prestazioni ai cittadini come oltretutto testimoniato da tutte le indagini degli organismi di controllo nazionali e internazionali, in testa l'OMS.

La frase tante volte sbandierata dalla politica: "Più territorio", cioè meno sanità ospedalocentrica, si dimostra, ancora una volta, un mero slogan.

# Proposta ACN

Firmato da FIMMG e Intesa Sindacale il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale per il biennio 2008-09

La FIMMG, il sindacato più rappresentativo dei Medici di medicina generale, con Intesa sindacale, il 10 marzo presso la SISAC ha siglato il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale per il biennio 2008-09 che riguarda 60 mila medici di famiglia. L'aumento previsto è di circa 1.600 euro l'anno per un medico con 1.200 assistiti (è un valore solo di riferimento perché il compenso può variare sensibilmente in relazione al numero di ultra settantacinquenni in carico). Il valore totale dell'aumento del contratto è di circa 300 milioni di euro. "È una firma raggiunta con grande sforzo e impegno da parte della nostra Federazione. Ora diamo inizio alla 'Convenzione del cambiamento', un percorso contrattuale vero che guarda al futuro, alla costruzione di un'area dell'assistenza primaria bisognosa anche di importanti interventi legislativi", ha dichiarato il segretario nazionale della FIMMG, Giacomo Milillo. "Abbiamo voluto dare un segnale chiaro e forte di apertura al futuro - prosegue Milillo - È un traguardo con cui poniamo fine ai rituali sindacali del passato, orientati alla chiusura delle code contrattuali degli anni precedenti". "Con orgoglio abbiamo difeso il diritto dei nostri medici alla libera professione e alla possibilità di ospitare nei propri studi diverse professionalità sanitarie, inclusi medici specialisti - aggiunge il segretario nazionale della FIMMG - e con grande spirito di collaborazione abbiamo aperto, con tutte le garanzie necessarie a livello regionale, al "patient summary" (documento di sintesi delle informazioni cliniche) a partire dai cittadini italiani over 75. Siamo convinti infatti che la graduale informatizzazione del Servizio sanitario in ciascuna Regione rappresenti una realtà inarrestabile e un'opportunità per la medicina generale".

Riportiamo di seguito le novità più significative dell'Accordo firmato il 10 marzo con evidenziate le parti modificate o innovative.

## PROPOSTA ACN

FIRMATA IN DATA 10/03/10  
(in corsivo le parti modificate)

### Art. 1 - Istituzione del referente nelle UCCP.

Nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) di cui all'art. 26ter ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, è istituito

il ruolo del referente unico scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.

Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle Aziende Sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere.

Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle Aggregazioni Funzionali di cui all'art. 26bis ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

L'onere del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali dal presente rinnovo contrattuale.

### Art. 3 - Disposizioni sui flussi informativi e comunicazioni "paperless".

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della regione o provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del medico di assistenza primaria, è avviato il percorso di implementazione del "patient summary" attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:

- l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale, al fine della valutazione della qualità del dato, di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico ultra 75enni;
- stabilizzato il flusso di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale implementazione dell'invio dei dati, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;
- al termine delle fasi di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una verifica congiunta a livello regionale al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del "patient summary" riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Le regioni definiscono, d'intesa con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, la tempistica più opportuna del percorso di implementazione del "patient summary" per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale

2. L'individuazione dei pazienti cronici per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 8 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti e condivisi a livello regionale. Per tali pazienti i medici di assistenza primaria inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai pazienti cronici in carico. I dati epidemiologici in loro possesso da trasmettere nel prospetto informativo sono individuati e condivisi a livello regionale

#### Art. 6 – Tempistica degli Accordi Integrativi Regionali

1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali entro 9 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo Collettivo Nazionale.

2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente ACN per l'AIR vengono attribuite come segue:

- per ciascun settore di attività (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei servizi, Emergenza territoriale), secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;
- sono riconosciute ai medici convenzionati previa riduzione del 10%. La Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti.

#### Art.8 – Aumenti Contrattuali

Medici di Assistenza Primaria:

- Arretrati 2008 € 0,27/assistito;
- Arretrati 2009 € 2,17/assistito.

Incremento 2010:

- € 10,80 per ogni assistito con età > 75 anni;
- € 0,20 per assistenza a malati cronici;
- € 0,81/ assistito per Accordi regionali.

Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale:

- Arretrati 2008 € 0,08/ora
- Arretrati 2009 € 0,69/ora

Incremento 2010:

- € 0,43 (Art. 72, comma 1 e art. 98, comma 1);
- € 0,26 Accordo Integrativo Regionale.

#### PARTE TOTALMENTE INNOVATIVA

#### Art. 9 – Modifiche all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Nell'art. 59, lett. B, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. dopo le parole "utilizzano un infermiere professio-



nale" sono inserite le seguenti "o un tecnico della riabilitazione, o un assistente sanitario, o un ostetrico o altro professionista sanitario equivalente". Nel medesimo comma dopo le parole "per assistito in carico." Sono aggiunte le seguenti "Nell'ambito delle medesime risorse di cui all'art. 46 e fermo restando la misura fissata al successivo comma 8 lett. d), i medici di assistenza primaria possono utilizzare l'operatore socio sanitario (O.S.S.) assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali. L'Azienda per l'OSS corrisponde, fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter, un'indennità annua nella misura di Euro 3,50 per assistito in carico."

L'ipotesi di accordo, già ratificata dal comitato di settore, deve passare al vaglio della Corte dei Conti e dovrà essere poi approvata dalla conferenza Stato Regioni, atto previsto non prima di maggio.

**MONDO ANTICO**  
un valore senza tempo

Complementi d'arredo  
Mobili d'epoca  
Porcellana d'autore



C.so. Garibaldi, 63 Isernia - 0865 299512 - [www.ilmondoantico.com](http://www.ilmondoantico.com)

## VII congresso regionale SMI

Sabato 17 aprile 2010, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Isernia, si è tenuto il VII Congresso Regionale elettivo del sindacato medico SMI. All'incontro hanno partecipato i delegati regionali, eletti nelle assemblee pre-congressuali degli iscritti, il rappresentante della segreteria nazionale Dott. Andrea FigàTalamanca, e diversi ospiti sia in rappresentanza di altre sigle sindacali (Anaa, Fimmg, FVM) e sia rappresentanti istituzionali e politici. Il dibattito congressuale, con interventi sia dei delegati che degli ospiti presenti, è stato soprattutto incentrato sulle problematiche della preoccupante situazione della sanità regionale, a tutti ben nota, con ampia disamina da parte dei dirigenti sindacali regionali dell'attività svolta negli ultimi quattro anni e di quanto si intende fare nel prossimo futuro per i medici del territorio, per la dirigenza medica, per l'emergenza territoriale, per la continuità assistenziale, per i colleghi della medicina penitenziaria da poco incorporati nel SSN, per la specialistica ambulatoriale. È stata, purtroppo, ribadita, nei diversi interventi, la mancanza di confronto con i politici locali e con la dirigenza pubblica di settore, mentre vediamo imporre ai medici, ospedalieri e territoriali, deliberazioni e determinazioni che hanno come unico obiettivo il taglio indiscriminato della spesa, senza che si attui una vera politica di riorganizzazione, razionalizzazione e modernizzazione della sanità

molisana, e senza che mai di queste imposizioni e tagli si discuta con le organizzazioni sindacali che rappresentano i veri attori della sanità, cioè i medici e il personale paramedico.

Si è discusso anche dei recenti rinnovi contrattuali dei dirigenti ospedalieri e della medicina convenzionata e soprattutto per quest'ultimo il sindacato SMI ha espresso un parere totalmente negativo, sia per le scarsissime risorse previste, la gran parte da negoziare a livello regionale, ma soprattutto per il notevole aumento di carico di lavoro burocratico per i medici, che la parte pubblica ritiene di ottenere a costo zero, prevedendo sanzioni, per gli inadempienti, che possono portare alla perdita della convenzione.

Al termine dei lavori congressuali è stato eletto il nuovo direttivo regionale del sindacato che risulta così composto: Presidente Reg.le Dott. MARRA Amedeo; Segretario Reg.le Dott. CRUDELE Fernando; Vicesegretario Reg.le Dott. Baccari Francesco; Tesoriere Reg.le Dott. TRABASSI Angelo; Segretario Organizzativo Reg.le Dott. VOLPACCHIO Alfredo. Sono stati, inoltre, delegati per il prossimo congresso nazionale i colleghi Sassi, Barletta, Fatica, Trabassi, Marigliano, Di Tommaso, Davide, De Santis e Morcone.

Pubblichiamo di seguito le foto relative all'evento





# AVVISI E NOTIZIE

A CURA DI ALFREDO VOLPACCHIO



I compensi per attività intramuraria dei medici specializzandi sono red-

diti da lavoro dipendente. L'Agenzia delle Entrate con la recente risoluzione ha eliminato ogni dubbio: il medico specializzando che svolge attività intramuraria produce redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente. La risoluzione 254/E del 29 settembre 2009 dell'Agenzia delle Entrate ha eliminato ogni dubbio: il medico specializzando che svolge attività intramuraria vedrà tassati i suoi compensi come redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente e conseguentemente non sarà soggetto ad obblighi fiscali tipici del lavoro autonomo. Va precisato che poiché il paziente ha diritto ad ottenere un documento idoneo a provare la spesa sanitaria per poter usufruire della detrazione fiscale, il Medico in formazione specialistica non dovrà e non potrà rilasciare fattura, proprio perché non è soggetto agli obblighi tipici dei detentori di partita iva, ma dovrà rilasciare comunque una quietanza predisposta su un apposito bollettario intestato alla ASL.

Più di tre medici su dieci non sono pronti, dal punto di vista tecnico, a spedire i certificati medici online. Sono ancora molte, infatti, le aree del Paese in cui manca la possibilità di un collegamento Internet con Adsl. La certificazione malattia online, così come è stata impostata, molti medici non potranno effettuarla anche quando sarà obbligatoria. È sicuramente una richiesta che il Governo può fare ma che non può imporre. Soprattutto se non si preoccupa di verificare che ci siano le condizioni tecniche per farlo.

L'Italia non è fatta solo di grandi città. L'Adsl, che permette connessioni stabili sul web non è diffusa in tutte le aree del territorio. Oltre il 30% dei medici ha difficoltà di collegamento. In tanti paesini è impossibile collegarsi anche con chiavette Umts.

È compito delle Regioni e dello Stato obbligare i gestori telefonici ad attivare ovunque la banda larga.



I medici e i dentisti che diffondono musica nei loro studi professionali hanno l'obbligo di pagare i diritti d'autore? È l'interrogativo al quale dovrà rispondere la Corte di giustizia europea dopo il sì dei giudici d'appello del tribunale di Torino alla richiesta formulata dalla Scf Consorzio Fonografici nell'ambito di un contenzioso con un medico odontoiatra. La Corte europea, in particolare, dovrà decidere se l'ambulatorio professionale è un «luogo aperto al pubblico» e se la diffusione di musica all'interno dei locali dia diritto alla percezione di un compenso in favore di artisti e produttori discografici, così come previsto dalle direttive dell'Ue e dalla legge italiana sul diritto d'autore.



Secondo una recente sentenza del Consiglio di Stato ai fini dell'operatività del meccanismo dei cosiddetti tetti di spesa, da un lato stanno le strutture pubbliche e quelle ad esse equiparate (ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.), dall'altro quelle private accreditate. Solo per le seconde ha senso parlare di imposizione di un limite alle prestazioni erogabili; mentre per le strutture che risultano consustanziali al sistema sanitario nazionale (ospedali pubblici, ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.) non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite fissato per legge.



Nuove convenzioni di medicina generale più vicine al traguardo, ovvero all'applicazione pratica, dopo il via libera del Consiglio dei ministri che ha ratificato, senza rilievi, le ipotesi di accordi collettivi nazionali per il biennio economico 2008-2009 per i medici del territorio. Ora si aspetta la costituzione della Conferenza delle Regioni con i nuovi vertici, e quindi l'approvazione nelle prime riunioni. Dopo il via libera regionale la convenzione diventerà immediatamente operativa. Salvo imprevisti, a maggio sarà definitivamente approvata e si potrà cominciare subito a lavorare agli accordi regionali che, come prevede l'articolato, dovranno essere conclusi entro 9 mesi. Già a giugno si apriranno i tavoli per le trattative regionali che premeranno di applicare la convenzione sul territorio.

Un'indagine realizzata dal Censis – su commissione del Ministero della Salute – su aspettative, opinioni e valutazioni dei cittadini sulla sanità, evidenzia che gli italiani sono soddisfatti dei servizi sanitari. Il giudizio migliore spetta alle farmacie, i cui servizi sono di buona qualità per il 62% degli italiani, sufficienti per il 35%, mediocri o scarsi solo per il 2%. Il medico di medicina generale continua a rappresentare un elemento cardine del sistema di offerta e un referente di prossimità nel quale gli utenti ripongono grande fiducia. Positive anche le opinioni sui pediatri di libera scelta (promossi dal 90%). Seguono i laboratori di analisi pubblici, ambulatori e consultori pubblici, ospedali e pronto soccorso, strutture di riabilitazione pubbliche, assistenza domiciliare. La copertura garantita dai servizi, a partire dalle farmacie e dai Medici di medicina generale, risulta nella grande maggioranza dei casi adeguata, così come la qualità percepita dall'utenza che ha colto positivamente la trasformazione delle farmacie in presidi sociosanitari. A fronte di un quadro caratterizzato da una generale soddisfazione, permangono non pochi problemi legati al territorio. Il sistema di offerta è ancora disomogeneo a svantaggio delle regioni meridionali

soprattutto con riferimento a ospedali, pronto soccorso, assistenza domiciliare e strutture di riabilitazione.

Si mette in moto la macchina della riforma delle professioni sanitarie. Entro poco tempo gli Ordini e i Collegi vigilati dal ministero della Salute dovrebbero giungere a un documento preliminare di riforma condiviso. È quanto è emerso nel corso della prima riunione del Tavolo delle professioni

sanitarie, convocato dal ministro della Salute Ferruccio Fazio. All'incontro erano presenti i presidenti di tutti gli Ordini e i Collegi professionali della sanità: medici, odontotecnici, veterinari, farmacisti, infermieri, ostetriche, tecnici radiologi, psicologi. Obiettivo del Tavolo: discutere delle specificità di queste professioni, in vista di un loro riordino. Singole peculiarità che le contraddistinguono dalle professioni dell'area tecnico-giuridica ed economica. Diversi i temi affrontati quali la deontologia, le tariffe e gli onorari, la creazione delle società professionali, la pubblicità, la formazione. Nel corso dell'incontro è stato inoltre affrontato anche il tema dell'ammodernamento degli Ordini professionali, nonché la trasformazione in Ordini degli attuali Collegi (infermieri e ostetriche, per esempio).

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 75 del 31 marzo 2010 il ministero dell'Economia pubblica sul Supplemento straordinario il decreto 12 marzo 2010: Approvazione di n. 12 studi di settore relativi ad attività professionali» tra cui sono previsti gli studi medici di medicina generale, prestazioni sanitarie svolte da chirurghi, attività dei centri di radioterapia, studi di omeopatia e di agopuntura, centri di medicina estetica, altri studi medici specialistici e poliambulatori, laboratori radiografici, fisioterapia, altre attività paramediche indipendenti, servizi veterinari.



Sul BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE MOLISE n. 9 del 16.3.2010 è stata pubblicata la graduatoria unica regionale definitiva dei Medici di Medicina Generale a valere per l'anno 2010.

Una recente sentenza della Cassazione ha sentenziato che l'assenza alla visita di controllo, per non essere sanzionata dalla perdita del trattamento economico di malattia, può essere giustificata, oltre che dal caso di forza maggiore, da ogni situazione la quale, ancorché non insuperabile e nemmeno tale da determinare, ove non osservata, la lesione di beni primari, abbia reso indifferibile altrove la presenza personale dell'assicurato, secondo un accertamento riservato al giudice del merito. Nella specie, la situazione addotta dal lavoratore, ed accertata,

configurava un'esigenza di solidarietà e di vicinanza familiare (consistita, in particolare, nell'assistenza alla propria madre, ricoverata in un centro specialistico di riabilitazione e priva di altro sostegno morale in quanto divorziata e senza altri familiari), senz'altro meritevole di tutela nell'ambito dei rapporti etico-sociali garantiti dalla Costituzione (art. 29 Cost.).

Attenzione all'informazione sui temi della salute sui "social network" come Facebook, Twitter o You Tube che non offrirebbero grande affidabilità. Anzi, sarebbero veicoli di vera e propria disinformazione. L'accusa arriva da uno studio della Columbia University, pubblicato sull'American Journal of Infection Control: gli autori hanno controllato i messaggi pubblicati su Twitter tra il marzo e il luglio del 2009 alla ricerca di quelli contenenti la parola antibiotici; ne è scaturito un campione di circa un migliaio di sms, suddivisi in gruppi in base all'argomento: impiego del farmaco, consigli o avvertenze, effetti collaterali o reazioni avverse e via di seguito. Successivamente, un'analisi critica dei testi ha fatto emergere una consistente quota di messaggi contenenti errori d'impiego o addirittura abusi: tra questi, 345 contenevano la parola "influenza", in altri 302 era invece presente "raffreddore". Come se non bastasse, la ricerca ha anche misurato l'effetto passaparola: i due gruppi di messaggi appena citati erano stati letti e ripresi da più di un milione di utenti.

#### **AESERNIA MEDICA MAGGIO 2010**

Aut. Trib. Isernia n. 39

#### **COMITATO DI REDAZIONE**

**Direttore responsabile**

Natalino PAONE

**Coordinatore editoriale**

Angelo TRABASSI

**Comitato di redazione**

Giorgio BERCHICCI

Fernando CRUDELE

Alfredo VOLPACCHIO

**Segreteria di redazione**

Mara IONATA

**Impaginazione e grafica**

Sigmastudio, Isernia

#### **CONSIGLIO DIRETTIVO**

**Presidente**

Sergio TARTAGLIONE

**Vice Presidente**

Angelo TRABASSI

**Segretario**

Giorgio BERCHICCI

**Tesoriere**

Anna MORCONE

**Consiglieri**

Giuseppe ATTADEMO

Alfredo De RENZIS

Antonio SANITÀ

Vilma ZULLO

Fernando CRUDELE

Angela GALARDI

#### **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

**Presidente**

Claudio D'APOLLONIO

Giuseppina ROCCHIO

Maria Teresa LA FORZA

Maria Grazia PIRRAGLIA

(membro supplente)

#### **COMMISSIONE ODONTOIATRI**

**Presidente**

Mario TESTA

Giovanni ANGELONE

Danilo CANÈ

Laura PROCACCINI

Dott. Giorgio BERCHICCI





## Vita dell'Ordine

### Delibere del consiglio



#### ASSEMBLEA DELL'11.12.2009

Approvazione bilancio consuntivo 2008 e preventivo 2010. A seguire la cerimonia del giuramento di Ippocrate per i nuovi medici iscritti al nostro Ordine dal 6.11.2008 al 23.11.2009 (Rosato Luca, Biello Antonella, Cuzzone Vincenzo, Barbaro Federico, Vincoli Giuseppina, Barone Pietro, Lisco Maria Nadia, Di Zazzo Antonio, Di Fiore Vetulia). Al termine della cerimonia sono state consegnate le targhe ai medici con cinquant'anni (Campanaro Filomena) e quarant'anni di laurea (Martone Maria, Saracino Fausto, Valletta Antonino, Nola Ernesto, Guglielmi Saverio, Petrocelli Elio, Callendo Francesco).

#### CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 4.2.2010

Presenti: Tartaglione, Crudele, Testa, Trabassi, Attademo, D'Apollonio, Berchicci.

- autorizzazione targhe pubblicitarie;
- presa visione decreto del Commissario ad acta Regione Molise del 25.11.2009;
- organizzazione convegno per l'8 marzo (festa della donna) presso la sede dell'Ordine;
- domanda di trasferimento del dr. Amici;
- richiesta convocazione assemblea urgente per blocco illecito zone carenti Medicina Generale.

#### CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 4.3.2010

Presenti: Tartaglione, Zullo, Berchicci, Trabassi, Sanità, Testa, Crudele, Morcone.

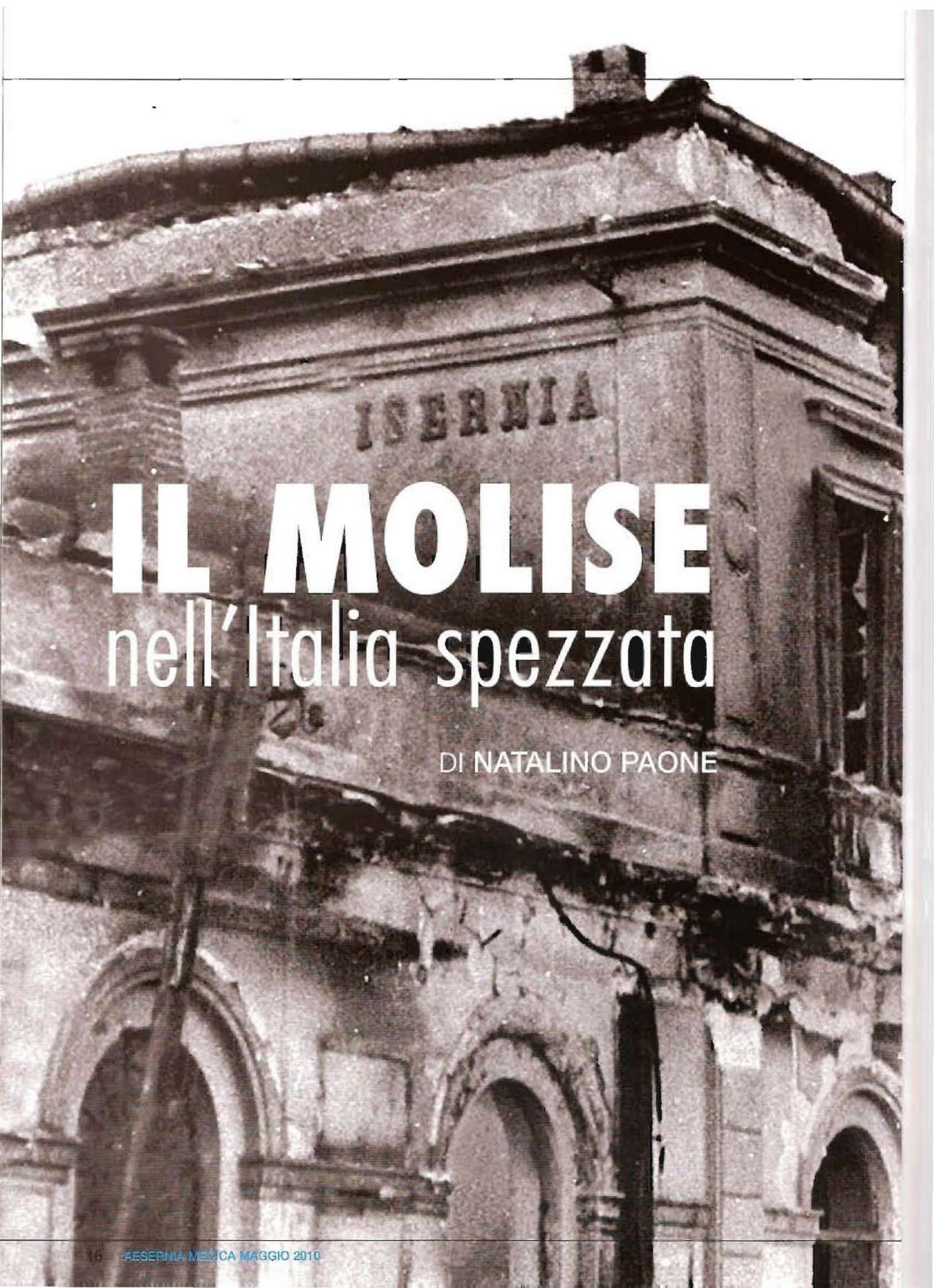
- ricorso per decreto ingiuntivo;
- obbligo per i neo iscritti di essere presenti alla cerimonia del Giuramento oppure, in caso di reale impedimento, rinviarla alla prima seduta utile del consiglio direttivo;
- commissione regionale ECM;
- acquisto computer;
- organizzazione convegno su "aspetti informatici, medici e deontologici";
- domande iscrizione neo-laureati (Cianni Simone, Prioretta Marco, Telese Andrea, Angiolilli Daniela, Iadanza Lonzano Bianca, Silvestri Luigi, Pascarella Fabio, Ciccone Clelia, Bianco Giuseppe, Cianchetta Maria Rita, Mallardo Pasquale).

#### CONVEGNO PER LA FESTA DELLA DONNA L'8.3.2010

Del convegno si parla a pag.

Al termine dello stesso è stata consegnata una targa ai medici con 61 anni di laurea (Petescia Francesco, Pirolli Aldo) e 60 anni di laurea (Bianculli Carmela, Balducci Diego, Chiara Pietro).





ISERNIA

# IL MOLISE

nell'Italia spezzata

DI NATALINO PAONE



La figura di Pansini, che il dott. Dino Ricci, già primary dell'unità cardiologia dell'ospedale di Isernia, ricorda in questo numero del nostro Bollettino, rimane un esempio di chirurgo e di uomo.

La classica figura del medico della vita, che sfidò tutti i bombardamenti aerei per salvare tanti feriti, prima nel suo ospedale alla periferia della città e poi in ambiente adattato nelle vicinanze.

I bombar-

damenti iniziarono il 10 settembre 1943 e si ripeterono per circa un mese, rendendo la città un cumulo di macerie e l'opera di Pansini l'unica speranza di vita per i feriti perché l'Italia era spezzata e attorno c'era il vuoto.

Nel Molise, com'è noto, i tedeschi dalla sera alla mattina diventarono truppe di occupazione impegnate ad allestire ben 4 linee di resistenza tra il confine meridionale sul Fortore e quello settentrionale sulle Mainarde.

Una provincia tagliata a fette, con pattuglie naziste in continuo movimento alla ricerca di cibo e di manodopera in una terra orfana di Stato e di governo perché dall'8

settembre 1943 senza Regno e senza Repubblica.

Il Molise pagò un altissimo prezzo alla liberazione dell'Italia, (oltre 1200 caduti Civili per rappresaglia o scoppi di ordigni) con Isernia prima sacrificata appena qualche giorno dopo l'armistizio.

Fu anche difficile al momento trovare la spiegazione. Qualcosa si capirà ai primi di Ottobre, quando il reparto tedesco, chiamato a trasferirsi dalla Campania a Termoli per rafforzare la difesa contro lo sbarco inglese, non potendo passare per Isernia dove la strada era bloccata dalle macerie, dovette risalire il Volturno per Alfedena e Macerone, raggiungendo Termoli fuori tempo massimo. Ma la spiegazione più chiara si leggerà ai primi di novembre sui quotidiani americani e inglesi, in prima pagina, con il comunicato del Quartier Generale alleato che annuncia la liberazione di Isernia definita "cardine della linea difensiva tedesca prima di Roma".



In realtà Isernia costituiva il crocevia tra la direttrice Tirreno-Adriatico e le longitudinali per il Sangro e la Valle del Liri; quest'ultima costituita dalla strada 627

Isernia-Colli-Scapoli-Cerasuolo-Cardito-Atina, città a 17 chilometri da Cassino, che il generale francese riteneva la chiave di volta per battere i tedeschi sul monte della storica abbazia, difficile da espugnare dalla strada Casilina.

Fu poi, questa di Isernia-Atina, la direttrice affidata al Raggruppamento Italiano, che con alta strategia del comando e abile azione da manuale dei militari portò l'Italia al successo e alla sua riabilitazione dopo

la decisione alleata dei primi di gennaio 1944 di destinare i soldati italiani a compiti di lavoro nelle retrovie.

Com'è noto, sulla Mainarde del Molise il Raggruppamento diventò Corpo Italiano di Liberazione il 18 aprile 1944 con decorrenza 22 marzo 1944, data di presentazione del piano di attacco preparato dal geu.

**VINOLIA SOAP**  
J. J. JARVIS & SONS

# The Daily Telegraph

and Morning Post

4 A.M.

No. 27,582 LONDON, FRIDAY, NOV. 5, 1943

Printed in LONDON and MANCHESTER. PRICE 3 1/2d.

## 8th ARMY STORMS ITS WAY INTO ISERNIA

### NAZI COAST-TO-COAST LINK IN ITALY, CUT

### GERMAN RETREAT AT GARIGLIANO RIVER

### BERLIN REPORTS LANDING ON ADRIATIC SHORE

It was officially announced from Allied H.Q. in North Africa, last night, that the Eighth Army had captured Isernia, the pivot of the whole German defence line before Rome.

Gen. Montgomery's troops, after a 10-mile advance in 36 hours, fought their way into Isernia in the face of strong opposition at three o'clock yesterday morning.

The town's fall breaks the enemy's main communications link between their forces in the Garigliano Plain on the west and the Adriatic

### ENSURING THAT SERVICE MEN GET JOBS BACK

#### NEW LEGISLATION TO STRENGTHEN LAW

The whole question of re-installing Servicemen in employment after the war is now under examination by the Government. Fresh legislation dealing with the legal obligations of employers, is being prepared.

As the law stands there is no legal obligation on employers to re-engage men who have volunteered for the Forces. It is, however, laid down in the Act dealing with compulsory service that employers must, wherever practicable, take back any of their employees who have been called up.

For some time Mr. Devlin has been in consultation with the T.U.C. and the British Employers' Confederation on the principle of re-employment, which can be applied to volunteers as well as conscripts. The means are also being sought by which re-employment can be made effective in practice.

#### HERALD'S OBSTACLES

There are serious obstacles to the smooth working of the clauses in the present Act of Parliament.

For example, the intended is

A general Allied advance is taking place on the Italian front. The Fifth Army is driving towards the Garigliano River, while the Eighth Army has captured Isernia and has crossed the Trigno River.

## RUSSIAN MILES

### FRESH ENEMY NORTH

## DNIEPER MILES

Russian force on Polish border fall

Kiev, announced muniqué (receive)

Enlarging, third stated, Soviet's strongly fortified north-west of Polish border

Earlier the Germans were attacking

## 4,000 TONS OF BOMBS ON GERMANY IN 24 HOURS

### TARGET FLARES GUIDED R.A.F.

## U.S. MILITARY MISSION TO MOSCOW SET UP

### CONCERTED ACTION QUICK DECISIONS

in a series of the summer campaign from in Nov. 5, issued by information Bureau in A. J. Peace conference today. It was stated that the Mr. Kuznetsov Harjavin, the new had 200,000 total cas

## 2,700,000 GER CASUALTIES RUSSIA

### FOUR MONTHS

In a series of the summer campaign from in Nov. 5, issued by information Bureau in A. J. Peace conference today. It was stated that the Mr. Kuznetsov Harjavin, the new had 200,000 total cas

Utile e dai suoi collaboratori negli uffici del comando sistemati a Scapoli, nel palazzo Battiloro dai primi di febbraio 1944.

Un successo di grande livello politico e militare che promosse il reparto militare e ridiede "credito" politico all'Italia; doppio successo definito con le seguenti

parole da Sandro Pertini, Presidente della Repubblica: "Fu tra queste valli, nel pieno di uno scontro titanico tra armate straniere, che i nostri soldati conquistarono a durissimo prezzo il diritto ad innalzare il vessillo nazionale e a lottare in prima linea - dal Volturno al Po - per la totale e definitiva liberazione della Patria".



Isernia nei rioni più colpiti dal bombardamento (da Pasquale Damiani, *Il bombardamento di Isernia*, E.Di.Ci., Isernia)

