AESERNIA MEDICA

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

Monte San Paolo di Colli al Volturno - Fortificazione Sannitica del IV sec. a.C.

ANNO VI, n. 1, gennaio/marzo 1999 – Trimestrale

Le fortificazioni dei Sanniti

Com'è noto, noi molisani abitiamo oggi lo stesso territorio che fu dei Sanniti Pentri e Frentani 2500 anni fa. Questi due popoli rappresentano l'inizio del nostro cammino nella Storia. In una terra difficile e tutta da organizzare, essi lavorarono sodo per fondarvi uno Stato capace di incutere rispetto persino alla vicina Roma, che dovette lottare 50 anni per estendere anche qui il suo dominio. Di quella civiltà italica dalla quale veniamo non possediamo molto, se non le cose che sono sotto i nostri occhi perché emerse dagli scavi archeologici della Soprintendenza (gli edifici di culto) o seminascoste tra la vegetazione che avvolge le cime delle alture (tratti di fortificazioni). Le meno note sono sicuramente le fortificazioni. Cosa sono, in realtà? Dove sono? Come sono fatte? A cosa servivano? Le zone interessate sono intanto quelle più interne e montuose. I tratti giunti fino a noi si presentano come imponenti muri di pietra a secco alti dai tre ai quattro metri, con spessore fino a due metri. Ogni cinta muraria avvolge la vetta d'un monte tra gli 800 e i 1200 metri d'altitudine sul mare. Posizione dominante, possibilmente a 360 gradi. Circonferenza variabile a seconda dell'ampiezza della cima da proteggere. Le cinte portano i segni di due o tre porte, ricavate in corrispondenza delle vie di accesso, e sono fatte di blocchi di pietra di varia misura, molti di dimensioni rilevanti da superare un metro e mezzo di lunghezza per circa uno di altezza. Lati sbozzati di massi poligonali, che sono poi quelli che hanno dato il nome alle fortificazioni dette "poligonali". Quante? Difficile ancora dirlo, perché è mancata finora una ricerca capillare, ma quelle emerse sono circa venti nella sola provincia di Isernia. Non sembrano corrispondere ad una forma generalizzata di insediamento urbano, ma sicuramente sono un aspetto dell'assetto del territorio. Alcune fortificazioni alludono ad originali e primitive torri di controllo, le antenate cioè di quelle torri altomedievali che vediamo emergere dentro le cinte sannitiche, anticipatrici dei castelli veri e propri. Non mancano però fortificazioni chiaramente collegate a insediamenti urbani: Monte Ferrante (Carovilli), Civitelle (Frosolone), Castelromano (Isernia), Monte San Paolo (Colli al Volturno). A proposito di quest'ultima, studiata di recente, l'ipotesi conclusiva parla di Aquilonia, la città sanni-

tica nota nella letteratura romana antica ma non ancora individuata con certezza sul territorio. Monte S. Paolo si trova sulla strada che da Isernia va fino ad Atina e Sora, sul Liri: il fiume che segnò inizialmente (354 a.C.) il confine delle aree di influenza tra Roma (a nord) e il Sannio (a sud). Si tratta di una cinta imponente e lunga circa 6 chilometri, a protezione di circa 220 ettari di territorio. Sarebbe interessante scavare il suolo recintato! Potremmo scoprire quello che anni fa preconizzò un grande archeologo come Sabatino Moscati, Presidente dell'Accademia dei Lincei. Secondo il noto studioso, recentemente scomparso, le fortificazioni sannitiche potrebbero costituire un'altra sorprendente chiave di lettura del modello di insediamenti antico nell'Appennino centro-meridionale.

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
Mara Ionata

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 VI, n. 1
Gennaio/Marzo 1999 - 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 3

LA PAGINA DELLA CULTURA 4

BOLLETTINO SCIENTIFICO 6

RICORDO DI LOMBARDI 29

STORIE DI POVERI... CURANTI 30

VITA DELL'ORDINE 32

LEGGI, DECRETI E SENTENZE 34

PAGINA DEGLI ODONTOIATRI 35

PAGINA SINDACALE 37

AVVISI E NOTIZIE 46

PAGINA CRAL 48

EDITORIALE

Questo numero del nostro Bollettino sarà l'ultimo pubblicato quest'anno. Destineremo i fondi residui alla stampa di una nuova edizione dell'Albo Professionale in vista delle prossime elezioni di gennaio 2000 per il rinnovo del Consiglio Direttivo, del Collegio dei Revisori dei Conti e della Commissione degli Odontoiatri.

Io non riproporrò la mia candidatura.

Sono convinto che qualsiasi carica elettorale debba essere lasciata dopo due mandati consecutivi. Non è un obbligo per nessuno ma una prassi etica che dovrebbe accomunarci tutti, per evitare regni o altro. Il nostro è un piccolo Ordine di 550 iscritti ed è giusto che tutti i medici si alternino nella gestione delle magre casse e dei limitati compiti istituzionali che ci sono attribuiti dalla Legge.

Se poi è vero che il "pesce dopo tre giorni puzza e soprattutto dalla testa", immagino quanto possa stancare tutti un presidente in carica oltre i 6 anni dei due mandati elettorali. In effetti il rischio è anche quello di una cristallizzazione nella carica, per cui con il passare del tempo si perdono molti degli entusiasmi iniziali e si cade nella banale routine. Forze nuove possono senz'altro portare rinnovati entusiasmi ed originali contributi. Siamo stati molto attenti alla gestione economica e manageriale del nostro Ordine: a fine anno avremo pertanto un discreto attivo di bilancio.

Molte le iniziative culturali e professionali che abbiamo proposto:tutte sistematicamente disertate dalla maggior parte dei colleghi. È diventata tradizionale la festa di fine anno per il giuramento dei nuovi medici e per festeggiare il colleghi con 40 anni di laurea. Aesernia Medica, il nostro Bollettino fortemente voluto dal precedente Consiglio Direttivo, ha ormai un collaudato automatismo ed una veste tipografica gradevole: sempre pochi i colleghi che propongono il loro contributo culturale o che ci rendono partecipi delle loro esperienze professionali.

C'è una cosa di cui sono particolarmente fiero. In occasione del mio primo mandato del 1994, sono riuscito a garantire l'ingresso nel Consiglio Direttivo ad una nutrita rappresentanza di colleghe, per la prima volta elette nel nostro Ordine istituito nel 1970.

Una proposta: solo 2 presidenti degli Ordini provinciali italiani sono di sesso femminile. Perché nel 2000 l'Ordine dei Medici della provincia di Isernia non elegge una collega come presidente?

Grazie a tutti e scusate il disturbo.

Sergio Tartaglione

SPAZIO APERTO

Ospedali: li chiameremo "bazar"

L'omino, non ricordo se fosse un politico o un commediante, rivolgendosi ad un pubblico attento parlando di ospedali disse: "Li chiameremo bazar". L'applauso scrosciante riempì la sala. I pochi medici presenti rimasero ammutoliti, ne avevano viste e sentite di cose e molte le avevano dovute subire. Il tribunale del malato, quello del guarito, perché se un malato non vuole che diritto ha il medico di farlo guarire? Gli animali in reparto e ultimi per ordine di tempo, i pagliacci. Si i pagliacci, quelli del circo naturalmente, con il naso e le guance rosse, con i capelli multicolori, i pantaloni cadenti e le scarpe smisuratamente grandi. Siamo seri disse l'oratore, è ora di portare un sorriso a chi soffre, chi può farlo meglio dei pagliacci? Io mi chiedo, i pagliacci del circo o quelli che fanno tutte queste proposte nelle varie aule che frequentano? A me sembra si voglia rovesciare il cannocchiale, la malattia bisogna vederla da lontano, quindi se si interpone al medico una serie di figure che con i medici e la medicina nulla hanno a che fare si ottiene il risultato voluto. Spero che tutto questo duri poco, altrimenti ci ritroveremo con pazienti sorridenti e cellule killer invadenti. Si moltiplicano i "concorsi per pagliacci sanitari" su tutto il territorio nazionale. Se ne gioveranno anche virus e batteri, negli ultimi tempi particolarmente allegri e vivaci. Soppressione dei Consorzi provinciali antitubercolari, risultato: In aumento la tubercolosi! Avanti, c'è posto per tutti!. Come qualcuno disse e in tempi non sospetti: «UNA RISATA VI SEPPELLIRÀ»

Diapason

Da "Prospettive-mediche" N° 9 settembre 98

Indagine CENSIS

LE QUALITÀ DI UN BUON MEDICO SECONDO LE OPINIONI DEGLI INTERVISTATI (*)	(VAL. %)
Capacità professionale/esperienza	58.4
Capacità di rapporto umano con il paziente	34.9
Disponibilità reperibilità quando si ha bisogno di visite	15.1
Curare la prevenzione, seguire il paziente anche dopo la cura	14.7
Impegno nello studio, nell'aggiornamento	11.4
Amore nella professione, non pensare solo al guadagno	29.8
Capacità di spiegare esattamente al paziente la sua malattia	12.9
"Capacità di ascoltare animali e pagliacci e capirli quando parlano"	98%**

(*) I totali sono diversi da 100 perché erano possibili più risposte
(**) Corsi per medici si terranno presso il Centro Universitario "La Fattoria"

PAGINA DELLA CULTURA

Considerazioni sulle biotecnologie

Biotech: dovremo tutti abituarci a questo ennesimo neologismo di derivazione anglosassone, che si preannuncia come quello in grado di modificare più radicalmente - in tutti i sensi - la nostra vita, la nostra alimentazione, alcune (o tutte ?) delle patologie che più ci preoccupano. In effetti, sono ormai diversi anni che le biotecnologie aiutano l'uomo nelle sue quotidiane battaglie contro le malattie più comuni - tra le più diffuse, come il diabete - o contro quelle rare che riconoscono una tipologia di tipo genetico. Da quando la tecnica del DNA ricombinante gli anticorpi monoclonali (1975), l'insulina prodotta da batteri (1982) e i vaccini ottenuti da microrganismi ricombinanti sono divenuti un patrimonio di acquisizione comune dell'ingegneria genetica, l'uomo ha potuto controllare in modo più soddisfacente alcune delle malattie più devastanti l'umanità tutta. Certo accanto agli indubbi vantaggi che queste tecnologie portano in sé, si intravedono spiragli problematici che investono l'etica della ricerca scientifica, soprattutto per quanto riguarda la sicurezza delle applicazioni, la liceità di interventi sul patrimonio genetico, la brevettabilità - si è discusso anche di questo, recentemente, in seno alla Unione Europea - e, in ultimo, ma non per ultimo, i limiti della ricerca scientifica.

Parlammo a lungo, di biotecnologie e di brevettabilità, nel Comitato Permanente dei Medici Europei, nelle riunioni che si svolsero in Portogallo tra la fine del 1993 e l'inizio del 1994 ed impegnammo la Unione Europea ad un permesso vigile delle biotecnologie ed a negare una loro brevettabilità. L'Italia, poi, smentendo di fatto la vocazione più volte sbandierata a fare della ricerca di base un punto qualificante del programma del Governo Prodi, è stato l'unico paese dell'Unione con l'Olanda, a votare contro le applicazioni biotecnologiche, tarpando le ali alle legittime aspirazioni delle nostre industrie chimiche e farmaceutiche. Lo stesso Presidente della Commissione Agricoltura della Camera, il verde Pecoraro Scanio, ha invitato ufficialmente - in occasione del Forum sulle Biotecnologie tenutosi a Milano il 21 Gennaio 1999 - le aziende che in Italia aderiscono all'Assobiotech a rinunciare unilateralmente al

proseguimento dei programmi di ricerca sulle biotecnologie alimentari in quanto, secondo Lui, non abbiamo la necessità di aumentare la produzione di prodotti alimentari (evidentemente, nessuno gli aveva detto che le biotecnologie servono a migliorare la produzione e la capacità nutrizionale degli alimenti, non ad aumentarla, con la contemporanea riduzione dell'uso di fitofarmaci). Si evidenzia, quindi, una sostanziale divaricazione tra la politica estera e quella interna dello Stato: come membri esteri, di organismi competenti e riconosciuti, portiamo avanti delle posizioni che poi, in Italia, ed in sostanziale disaccordo con l'Unione Europea, smentiamo alla prima occasione. Non è la prima volta, e ovviamente non sarà l'ultima. Con la conseguenza che la classe medica continua a perdere di autorevolezza ogni giorno di più.

G. Berchicci

BOLLETTINO SCIENTIFICO

Epidemiologia del gozzo in Molise

Il 10 ottobre '98 si è tenuto in Isernia un Convegno Scientifico sul "Gozzo" e sulle patologie tiroidee ad esso correlate .

Il Convegno ha avuto grande rilevanza sia per la presenza di autorevoli studiosi italiani in campo endocrinologico sia per l'ampia ed interessata partecipazione di colleghi medici venuti anche dalle regioni vicine.

L'incontro ha costituito, inoltre, una preziosa occasione (per la Divisione di Medicina Interna dell'Ospedale F.Veneziale) per informare i numerosi colleghi intervenuti circa l'attività endocrinologica svolta nel nostro Ospedale.

L'Endocrinologia, nella nostra ASL, ha mosso i primi passi in sordina nel 1985, oggi essa rappresenta una delle attività specialistiche più richieste da parte degli utenti.

Infatti, nel corso degli anni, il numero di pazienti venuti alla nostra osservazione e progressivamente aumentato.

Ciò è, senza dubbio, indice di una maggiore attenzione e sensibilità sia da parte dei medici del territorio che della popolazione in generale verso i problemi endocrinologici e, in particolare, verso le affezioni tiroidee.

In parte, ci si augura, sia indicativo anche di un buon livello qualitativo delle nostre prestazioni e della nostra professionalità, grazie anche alle capacità organizzative dei Dirigenti Aziendali che hanno dotato il nostro Ospedale di Servizi Diagnostici e di professionisti qualificati che ci consentono di assicurare ai nostri pazienti uno studio completo delle tireopatie:

- Laboratorio Analisi,
- Servizio di Diagnostica per immagini,
- Medicina Nucleare,
- Anatomia ed Istologia Patologica .

Per quanto riguarda l'aspetto terapeutico delle tireopatie, si è instaurato un ottimo rapporto di collaborazione con la Divisione di Chirurgia, per cui siamo in grado di assicurare un trattamento ottimale dell'intera patologia tiroidea .

Riguardo specificamente il tema del Convegno, tutti sappiamo che il GOZZO rappresenta un serio problema di salute pubblica: è la malattia tiroidea più frequente nel mondo, essa colpisce infatti il 5% della popolazione. La causa principale del Gozzo è ormai universalmente riconosciuto essere legata alla carenza alimentare di iodio .

La nostra Regione, come altre del territorio Alpino dell'Appennino, è zona di endemia gozzigena, come dimostra l'alto numero di soggetti con alterazioni morfologiche della tiroide che afferiscono agli Ambulatori di Endocrinologia degli Ospedali Molisani .

A riprova di tale affermazione riporto un lavoro effettuato dal Dott. Aiello, Endocrinologo presso l'Ospedale di Campobasso, e collaboratori avente per oggetto uno screening sulle tireopatie su un campione di 1800 alunni delle Scuole Medie Superiori di Campobasso (di cui 1019 femmine e 781 maschi) di età compresa tra i 16 e 20 anni .

Dei 1800 soggetti studiati 321 (pari al 17,8%) hanno dichiarato una familiarità per patologia tiroidea; 257 (pari al 14,3% del totale) sono risultati affetti da iperplasia tiroidea: di questi 38 (pari al 2,1% del totale) erano maschi e 219 (pari al 12,2% del totale) erano femmine; ciò a conferma della riconosciuta prevalenza delle tireopatie nel sesso femminile .

L'alterazione era sconosciuta nell'87,2% dei casi (224 casi su 257); ciò deve necessariamente indurre tutti ad una seria riflessione sull'entità del problema .

Per quanto riguarda l'ASL di Isernia, pur non disponendo ancora di dati che consentano di avere un quadro preciso circa la prevalenza delle tireopatie nel nostro territorio, tuttavia da una revisione delle schede cliniche dei soggetti visitati presso il nostro Ambulatorio di Endocrinologia si può ricavare una qualche indicazione sulla rilevanza che il problema Gozzo ha nella nostra ASL .

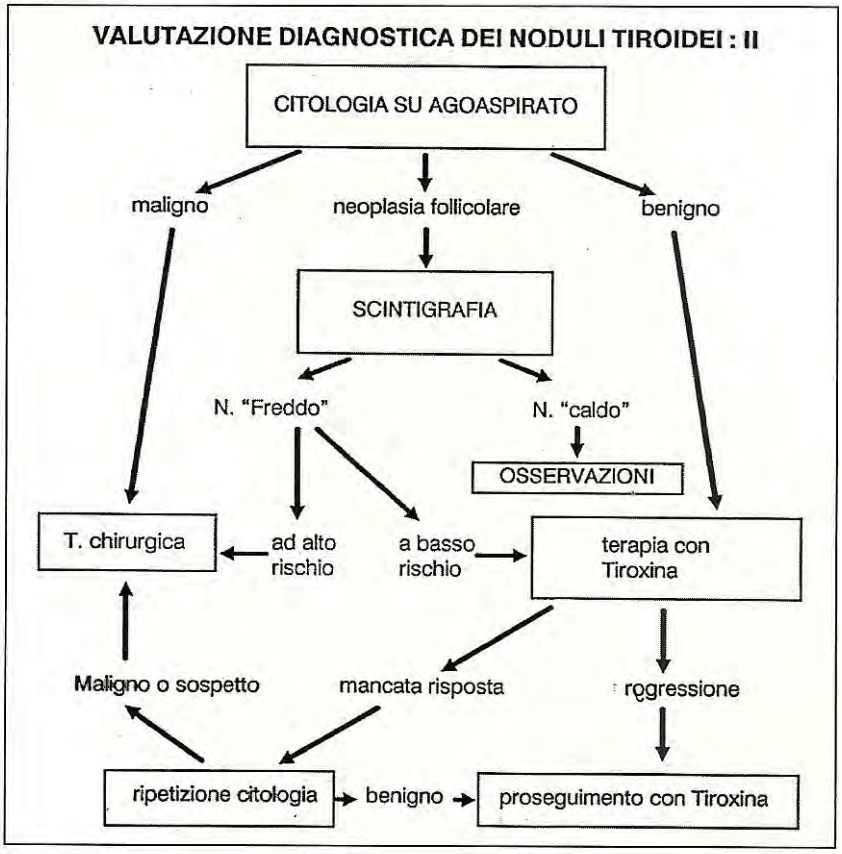
Infatti su un totale di 1500 soggetti visitati, fino ad Agosto 1998, ben 1380 sono risultati affetti da tireopatie (il 92% delle endocrinopatie venute alla nostra osservazione) . Essendo la popolazione della nostra ASL 76.288 abitanti, i pazienti con tireopatia da noi diagnosticata rappresentano l'1,8% della popolazione totale . Considerato che oltre l'85% dei soggetti con alterazioni morfologiche della tiroide è risultato sconosciuto nella citata indagine condotta a Campobasso, applicando al nostro territorio la stessa percentuale, nella ASL di Isernia le tireopatie potrebbero interessare circa 8000 soggetti, ossia il 10,5% della popolazione .

Poiché il gozzo è definito "endemico" quando è presente in più del 10% della popolazione generale, possiamo giustificatamente ipotizzare che la nostra ASL, come quella di Campobasso, è zona di endemia gozzigena .

La distribuzione percentuale delle tireopatie nei 1380 pazienti da noi controllati è la seguente:

- Gozzo multinodulare normofunzionante: circa il 39% del totale;
- Nodulo tiroideo solitario: circa il 18% del totale;
- Iperplasia tiroidea semplice: circa il 9% del totale;
- Ipertiroidismo: circa il 16% del totale;
- Ipotiroidismo: circa il 15% del totale;
- Tiroiditi: circa il 3% del totale .

Nei soggetti ipertiroidei della nostra casistica abbiamo riscontrato le

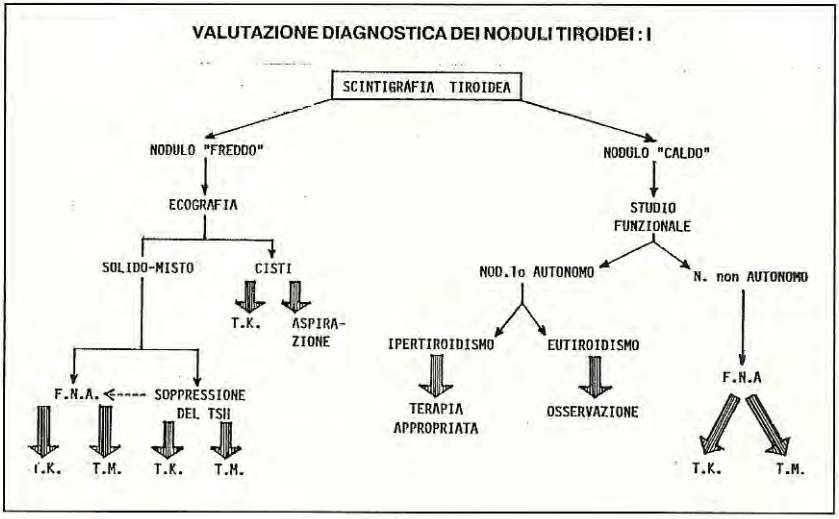


seguenti percentuali per le diverse forme etiopatogenetiche:
- Gozzo multinodulare tossico: 42%;
- Morbo di Basedow: 27%;
- Adenoma tossico: 16%;
- Nodulo pretossico: 11 %;
- Da amiodarone: 4% .

Gli ipotiroidismi sono, invece, così rappresentati:
- Post-ablativo (prevalentemente chirurgico): 68%;
-Mixedema idiopatico: 15%;
- Subclinico: 14%;
- Da amiodarone: 3% .

Nel corso del Convegno è stato posto giustamente l'accento su uno dei problemi più dibattuti nella recente letteratura sulla diagnostica delle tireopatie: "L'approccio ai noduli tiroidei". In merito a questo tema sono state prospettate le due possibili strategie diagnostiche da noi seguite e che vengono riassunte sinteticamente nelle Tabelle I e II .

A conclusione di questa breve relazione e in considerazione della notevole importanza del problema "GOZZO" anche nella nostra realtà locale, ci sembra opportuno invitare ad una maggiore attenzione e ad una più proficua collaborazione la Direzione Aziendale, gli specialisti endocrinologi ospedalieri ed esterni, i medici di base, i medici scolastici, le istituzioni scolastiche e gli organi di informazione sia per individuare i numerosi casi di tireopatie al momento sconosciuti, sia per una concreta ed efficace prevenzione del Gozzo attraverso una sensibilizzazione della



popolazione sull'utilità della iodoprofilassi .

Con questo auspicio si sono chiusi i lavori del Convegno e siamo fiduciosi che il nostro auspicio sarà certamente condiviso da tutti i colleghi della Regione .

(Drr. S. Guglielmi, C. Di Pilla, V. Felice, F. Pirone - Divisione di Medicina Interna P.O. "F.Veneziale", Isernia) .

XI Giornata Medica Capracottese

III Convegno di Medicina dello Sport

"*L'Integrazione nello sportivo: quali i limiti ed i rischi?*" L'urgenza di un riferimento morale.

Riportiamo l'intervento del Dr. Notario, segretario scientifico del convegno che si è tenuto a Capracotta il 13.12.1998.

Quale segretario scientifico dei convegni che ormai da molti anni siamo orgogliosi di organizzare qui a Capracotta, vi illustro la scelta dell'argomento di questo incontro, che è sempre un atto di responsabilità condiviso con il sindaco, dottor Candido Paglione, e con gli altri due componenti della segreteria scientifica il dottor Loreto Paglione ed il dottor Nicola lacovone, al quale rivolgo un affettuoso ringraziamento per tutta la passione con la quale partecipa a queste iniziative medico scientifiche. Tramite la sua professionalità siamo riusciti anche oggi a contare sulle presenze di stimati relatori che qualificano il nostro convegno e gratificano la cittadinanza tutta.

Oggi esamineremo l'integrazione nello sportivo evidenziando i limiti ed i rischi medici, ma proporremo anche la necessità di un riferimento morale che tale pratica pone, necessariamente, in discussione.

L' argomento è di scottante attualità, tanto da sembrare essere stato

dettato da una questione del giorno e quindi legato ad una moda del momento. In effetti non è così, perché noi ritorniamo su questa problematica dopo averla affrontata già nel 1994 quando, quattro anni "ante Zeman", il professor Carlo Tranquilli, che anche oggi siamo onorati di avere come relatore, trattava il problema dell'integrazione nel suo intervento dal titolo: "Proenergetici e doping: quali i limiti ed i rischi".

Fin da allora dunque si era ravvisata la necessità di affrontare la discussione sull'argomento per chiarirne il più possibile gli aspetti scientifici e normativi.

Le vicende di oggi, legate alla dichiarazione dell'agosto di quest'anno di Mister Zeman con le quali anche il mondo del popolarissimo calcio è stato investito dalla bufera del doping terremotando le più alte istituzioni organizzative dello sport italiano, certamente devono farci riflettere con rafforzato rigore.

L'argomento, divenuto quindi scottante e sensazionalistico, ha polarizzato l'interesse di tutti i mezzi di comunicazione di massa. La relativa rassegna stampa ha raggiunto le dimensioni di una vera e propria enciclopedia sul tema. Tra le tante dichiarazioni, interviste, relazioni di medici, sociologi, psicologi, editorialisti, mi ha colpito una dichiarazione semplice, ma eloquente nella sua efficacia, del Cardinale Salvatore Pappalardo. All'intervistatore che gli chiedeva quando un atleta è grande, ha risposto: "quando le sue capacità sportive si armonizzano con una ricca umanità e lealtà".

La necessità di organizzare il convegno odierno è quella di fornire dei riferimenti scientifici per non essere travolti dalla tempesta di notizie, rivelazioni, affermazioni, smentite che quotidianamente i mass-media propongono. La questione si allarga a dismisura, ponendo interrogativi pressanti e addirittura sconvolgenti se si pensa alle indagini giudiziarie del procuratore Guariniello.

Le relazioni dei nostri ospiti daranno chiarimenti e risposte sull'argomento degli integratori dal punto di vista scientifico, ma anche normativo e psicologico.

L'aspetto che la mia relazione introduttiva tende a sottolineare è soprattutto quello di una morale nello sport.

La definizione di una normativa strettamente medico- scientifica, investe la generalità degli atleti, dei tecnici, delle società, delle federazioni; ma il singolo atleta dovrà avere come riferimento inderogabile la propria coscienza di sportivo onesto, moralmente inattaccabile da tutte le lusinghe di una farmacologia che potrebbe diventare preponderante nella preparazione e nella pratica dell' attività agonistica.

Il risultato sportivo deve essere la sintesi di una preparazione atletica e tecnica seria, fondata sul lavoro quotidiano e che sia anche la palestra dove l'atleta possa forgiare il proprio carattere che gli servirà in ogni altra evenienza della vita sociale.

Chi vi parla è da più di venti anni il collaboratore medico dello Sci Club Capracotta, che da sempre pratica nello sci di fondo una consistente attività agonistica. Quindi si trova ad essere il responsabile della salute sportiva degli atleti, ma anche il responsabile di una condotta medico-sportiva inappuntabile per problemi attinenti a consigli e a prescrizioni di integratori.

Ai nostri ragazzi della squadra agonistica che ben sanno quanto è faticosa la giornaliera attività di preparazione e che poi vengono confusi da questa miriade di notizie su sostanze che possono essere somministrate durante l'allenamento e durante la gara, a questi ragazzi bisognerà dare delle risposte precise sul piano scientifico e sul piano etico, tali che non abbiano mai l'illusione che da altre vie, che non siano solo quelle del superamento dei propri limiti con le proprie forze, vengano risultati importanti.

Da questo convegno venga un monito a quei medici che anche se non sono i promotori di iniziative di integrazione non consentita, difficilmente vi si oppongono.

Pertanto non è solo con una attenta prevenzione e la punizione di chi ha violato le norme della Commissione medica del Comitato Olimpico Internazionale che si potrà limitare il fenomeno doping, ma con una maggiore cultura dell'informazione nella classe medica, fra gli sportivi ed il pubblico.

Mi sembra giusto concludere questa mia relazione con una frase tratta da quella inesauribile fonte che è stata la rassegna stampa:

Il record più bello? Quello della vita.

Dedico questa relazione alla squadra agonistica dello sci di fondo dello Sci Club Capracotta.

Michele Notario
Medico di Medicina Generale
Igiene e Sanità Pubblica
del Comune di Capracotta

Attività terapeutica ed effetti collaterali dei F.A.N.S. con particolare riferimento alla nimesulide

Luciano Cutone - Dolores Teresa Gage

I FANS sono un gruppo eterogeneo di composti con attività antiinfiammatoria analgesica ed antipiretica diversi chimicamente, ma con alcune attività terapeutiche ed effetti collaterali sovrapponibili. Sia le attività terapeutiche che gli effetti collaterali sono legati al meccanismo di azione costituito dalla inibizione della ciclo-ossigenasi, enzima della cascata dell'acido arachidonico, coinvolto nella sintesi delle prostaglandine. Studi recenti hanno portato all'identificazione di due isoenzimi della ciclo-ossigenasi: COX1 e COX2. La COX1 è ubiquitaria nell'organismo è presiede alla normale omeostasi tissutale con la sintesi di prostaglandine in risposta a stimoli fisiologici (es. le prostaglandine gastroprotettive e vasoprotettive). La COX2, invece viene prodotta da cellule particolari come i fibroblasti attivati, monociti etc. ed è responsabile della sintesi di prostaglandine flogogene attivata dai mediatori dell'infiammazione come le citochine e, in particolare, l'interleuchina1. Va, inoltre, ricordato che l'efficacia terapeutica dei FANS non si limita alla sola inibizione della ciclo-ossigenasi, ma si avvale di altri meccanismi aggiuntivi o alternativi come: stabilizzazione delle membrane cellulari, azione inibente la fagocitosi ed il rilascio di enzimi lisosomiali, azione antiaggregante piastrinica, azione di "scavenger" di radicali liberi etc. Queste proprietà aggiuntive insieme ad altre non sono possedute in egual modo da tutti i FANS. Ciò spiegherebbe il motivo per cui vi è un buon numero di pazienti non-responders ad una molecola mentre lo sono in confronto di altre dello stesso o di diverso gruppo chimico. L'impiego dei FANS è correlato con lo sviluppo di effetti collaterali a carico dell'apparato gastrointestinale e renale. Tutti questi farmaci danno dispepsia, erosioni gastriche, ulcera peptica ed importanti emorragie digestive. I FANS alterano l'autoregolazione del flusso renale e possono dare una riduzione reversibile del filtrato, insufficienza renale acuta, nefrite interstiziale e necrosi papillare. Inoltre, sono correlati a manifestazioni asmatiche, eruzioni cutanee, emocitopenia, aumento dei valori pressori e danni epatici. Poiché il pro-

blema principale dei FANS è rappresentato senza alcun dubbio dalle reazioni avverse a livello gastrointestinale, gli studi farmacologici e clinici sono orientati alla individuazione di molecole con una più elevata selettività per la COX2 onde ridurre l'entità e la frequenza di tali effetti. Attualmente le più recenti molecole, che in vitro mostrano una maggiore selettività di inibizione sulla COX2 sono la Nimesulide, il Meloxicam ed il Nabumetone. Tra queste la nimesulide risulta la più utilizzata nella pratica clinica. Si tratta di un antiinfiammatorio non steroideo dotato di attività analgesica e antipiretica il cui gruppo funzionale è sulfonanilidico differendo così dalla maggior parte dei FANS dotati di gruppi carbosilici (es. naprossene) o enolici (es. piroxicam). Infine, oltre a presentare una maggiore selettività per la COX2, la nimesulide svolge anche un'azione "scavenger" sui radicali liberi della O2 prodotti dal macrofagi e dai polimorfonucleati.

Lo scopo principale del nostro studio è quello di confrontare l'attività terapeutica e le reazioni avverse della nimesulide con quelle di alcune tra i FANS di 1ª e 2ª generazione di maggior impiego terapeutico: ASA, diclofenac, naprossene, piroxicam e paracetamolo.

A.S.A. (2-6 mg/die): è tra i FANS il più efficace ma ha una notevole tossicità gastrointestinale (epigastralgia, gastrite erosiva, ulcera gastrica) ed inattiva irreversibilmente le piastrine aumentando il rischio di sanguinamento. Altri effetti collaterali sono: tinnito che per quanto frequente è reversibile riducendo le dosi; disturbi del S.N.C., Lupus eritematodes, diminuzione dell'acutezza visiva, nausea, vomito, sintomi questi che regrediscono con la sospensione del farmaco; epatotossicità reversibile, nefrite interstiziale e necrosi papillare in caso di trattamenti cronici; broncospasmo e reazioni allergiche.

Sulla base di esperienze cliniche la Nimesulide (200-300mg/die) rispetto all'A.S.A. presenta una miglio tollerabilità gastrointestinale e, ai dosaggi normalmente utilizzati, sembra essere ben tollerata dai pazienti asmatici con ipersensibilità all'A.S.A. al contrario della maggior parte degli altri FANS. Inoltre, è stato dimostrato che anche la Nimesulide è dotata di un importante effetto antiaggregante, probabilmente correlato con l'inibizione delle ciclo-ossigenasi, tuttavia sono necessari ulteriori dati di conferma per l'identificazione del preciso meccanismo d'azione.

Diclofenac (100-150 mg/die): presenta una potente attività analgesica, antipiretica ed antiinfiammatoria. Provoca effetti collaterali nel 20% dei pazienti: i più comuni sono quelli gastrointestinali (sanguinamento ed ulcerazioni o perforazioni). Si verifica anche un aumento dell'attività delle transaminasi di solito reversibile.

Vari studi clinici hanno dimostrato come l'efficacia terapeutica della

Nimesulide sia sovrapponibile a quella del Diclofenac. Tuttavia, la Nimesulide presenta una maggiore tollerabilità rispetto al Diclofenac.

Naprossene (750-1000 mg/die): presenta una migliore tollerabilità rispetto alla maggior parte dei FANS pur avendo un'attività ad essi sovrapponibile. Oltre ai comuni disturbi gastrointestinali può dare vertigine, confusione, cefalea, depressione; ototossicità, disturbi cutanei e, anche se rari, casi di anemia emolitica.

Studi clinici hanno dimostrato che la Nimesulide è efficace almeno quanto il Naprossene nel trattamento dell'iperalgesia e dell'infiammazione. Entrambe le molecole sono ben tollerate. Ulteriori studi hanno dimostrato che in vitro la Nimesulide a concentrazioni terapeutiche è lievemente più attiva rispetto al Naprossene nel limitare la distruzione del proteoglicano e sulla sintesi di collegenasi e stomalisina. Tuttavia, l'efficacia della Nimesulide sul decorso clinico della osteoartrosi deve essere ulteriormente verificata in ambito clinico.

Piroxicam (20mg/die): è un efficace antiinfiammatorio ed ha una lunga emivita che ne permette la monosomministrazione. Gli effetti collaterali sono prevalentemente gastrointestinali nel 20% dei pazienti (ulcera peptica 1%). Altri effetti collaterali consistono in modificazioni della funzione delle piastrine e broncocostrizione nei pazienti allergici all'ASA.

La Nimesulide nel trattamento dell'osteoartrosi presenta un efficacia terapeutica sovrapponibile a quelle del Piroxicam, ma sempre una migliore tollerabilità gastrointestinale.

Paracetamolo (2-4 gr/die): è un'efficace alternativa all'ASA come analgesico ed antipiretico, ma non è un efficace antiinfiammatorio. E' il farmaco di prima scelta nei casi in cui l'ASA è controindicato. Gli effetti collaterali compaiono a dosaggi elevati e consistono principalmente in eruzioni cutanee su base allergica, ipotensione, nefrotossicità, anemia emolitica in caso di deficit della glucosio-6- fosfato deidrogenasi eritrocitaria, metaemoglobinemia ed epatotossicità fino alla necrosi acuta.

In studi controllati è stato dimostrato che la Nimesulide esercita un'attività antipiretica ed antiinfiammatoria più potente e duratura del Paracetamolo sia in pazienti pediatrici che adulti. Fermorestando che i dati ottenuti devono essere ulteriormente confermati su una popolazione più vasta e che probabilmente il Paracetamolo resterà l'antipiretico più usato soprattutto in età pediatrica, la Nimesulide potrebbe rappresentare un'alternativa sicura nel trattamento di quei pazienti pediatrici che non possono assumere Paracetamolo.

Da quanto è stato fin qui esposto la Nimesulide viene presentata come un farmaco originale per le sue proprietà chimico-farmacologiche, per il suo meccanismo d'azione ed ulteriore impiego clinico. Infatti, gli studi

farmacologici e clinici hanno dimostrato che la Nimesulide presenta un'efficace attività antiinfiammatoria, analgesica ed antipiretica utile per il trattamento di numerose affezioni (vedi tabella).

TABELLA - *Indicazioni cliniche delle Nimesulide*

ORL
Riniti, Faringiti, Tonsilliti Otiti.

ODONTOSTOMATOLOGIA
Stomatiti, Gengiviti, Periodontiti, Ascessi periapicali

PNEUMOLOGIA
Bronchiti acute e croniche

OCULISTICA
Infiammazione dell'occhio e dei suoi annessi

GINECOLOGIA
Mastodinia, Flogosi Pelviche, Dismenorrea

UROLOGIA
Prostratiti, Uretriti

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E TESSUTI CONNETTIVI
Osteoartrosi, borsiti, tendiniti e tenosinoviti, lombalgia

MEDICINA DELLO SPORT
Coadiuvante nei traumatismi e loro complicanze

ANALGESIA
Oncologia, Chirurgia odontostomatologica,
dolore post-operatorio, cefalea catameniale

Infine, l'analisi epidemiologica su gruppi di pazienti trattati con la Nimesulide negli studi clinici prima e dopo la commercializzazione ha dimostrato una buona tollerabilità del farmaco con bassa incidenza di eventi avversi. In uno studio clinico su 4945 pazienti circa il 7,1% ha riferito la comparsa di effetti collaterali prevalentemente a carico dell'apparato gastrointestinale o SNC, in misura minore effetto di tipo cutaneo o sistemico in generale; l'1,1% ha interrotto il trattamento all'insorgere degli eventi avversi. La Nimesulide è apparsa particolarmente ben tolle-

rata a livello epatico, polmonare, renale ed ematico.(Dati clinici disponibili nell'archivio Helsinn-Healthcare, Chiasso Svizzera)

Riflessioni sulla vasta e ampio utilizzo della specialità "Aulin"

Il successo della Nimesulide come trade-name "Aulin" in comparazione agli altri del tipo Nimesulene, Mesulid, Fansidol, Flolid, Laidor etc...., è dovuto al fatto che la suddetta specialità è stata per prima commercializzata con un'eccellente campagna pubblicitaria da parte della "Boehringer Mannhelm" ed è entrata nella memoria collettiva dei medici e soprattutto dei pazienti che di continuo la richiedono per il trattamento del dolore e delle sindromi su base infiammatoria; inoltre, il nome semplice da ricordare e foneticamente accattivante ha contribuito alla sua diffusione. In pratica per l'Aulin vale quanto è accaduto con la presentazione del Prozac che ha avuto un enorme successo di mercato rispetto al Fluoxeren; infatti, tra i due farmaci il GAP in termine di vendita per la stessa molecola (fluoxetina) è incolmabile. Riguardo alla migliore tollerabilità della minesulide (Aulin) rispetto agli altri FANS, è bene essere prudenti anche se la letteratura scientifica dà ampie assicurazioni in merito. Infatti, anche se la minesulide s'impegna da pochi anni, già sono stati riportati in letteratura importanti casi di emorragie gastrointestinali da eccessivo uso.

E' dovere di noi medici non dimenticare gli insegnamenti ippocratici ancora oggi, alle soglie del terzo millennio, validi: "Primun non nocere, secundum lenire dolorem"

Bibliografia

Micromedex Inc. vol. 91 Exp. 31/03/97

Drugs vol. 46, supplemento 1, 1993 - "Nimesulide: un approccio terapeutico multifattoriale al processo infiammatorio? Sette anni di esperienza clinica. -Guest Editors: A. Bennet, F. Berti, S. Ferreira - Adis International Limited-

Bollettino di Farmacosorveglianza a cura della società Italiana e lo sviluppo dei farmaci post-refistrazione.- Reazioni avverse da FANS a livello gastro intestinale: Novità. E. Strocchi, L. Lisi, C. Ricci, M. Zarrardi, M. Veronesi. -Clinica medica III Policlinico S. Orsola, Bologna- Febbraio 1997- supplemento 1 a "Rivista del medico pratico" 522

Goodman L. S. and Gilman A. (Eds) "The Pharmacological Basis of Therapeutics" 1990

A. Bossini "Conoscere i Farmaci" UTET libreria 1992

Ricostruzione della cartilagine "CARTICEL"

Servizio di Re-impianto di Controciti Autologhi

di *Enzo Bianchi*

INTRODUZIONE

La mobilità delle ginocchia dipende dalla cartilagine che riveste le estremità dell'osso a livello delle articolazioni, permettendo un movimento con attrito quattro volte inferiore a quello di due superfici di ginocchia contrapposte. Questo tessuto protegge le ossa da traumi violenti.

A seguito di questa funzione protettiva, la cartilagine può venire danneggiata e subire delle lesioni che si estendono fino all'osso o oltre (osteocondrite dissecante), oppure subire una serie di piccoli traumi minori che possono sembrare meno importanti.

Queste lesioni possono comportare dolore e limitazione motoria, e in certi casi possono degenerare progressivamente dando luogo a processi osteoartritici, dove si osserva un'erosione di una parte o di tutta la cartilagine circostante. In casi di osteoartrite grave, può essere necessario il ricorso ad un'artroprotesi.

Diverse tecniche chirurgiche vengono utilizzate per alleviare il dolore o tentare di riparare la cartilagine danneggiata. La condroplastica prevede la pulizia del letto della lesione e dei bordi della stessa.Altre tecniche prevedono in primo luogo la pulizia della lesione e in seguito la perforazione dell'osso spugnoso sottostante. Queste tecniche permettono alle cellule del midollo osseo di migrare nell'articolazione dove danno origine ad una cartilagine fibrosa. Purtroppo non si ottengono risultati soddisfacenti a lungo termine né sul piano clinico né su quello istologico. La cartilagine fibrosa non ha né le caratteristiche, né le stesse proprietà di una cartilagine normale. L'effetto benefico non dura molto e i sintomi ricorrenti rendono spesso necessario un secondo intervento.

DESCRIZIONE

Un gruppo di scienziati svedesi ha recentemente messo a punto un nuovo trattamento delle lesioni cartilaginee del ginocchio.

GENZYME TISSUE REPAIR (GTR), una divisione della Genzyme Corporation, ha collaborato allo sviluppo di questa tecnologia oggi a disposizione dei chirurghi di tutto il mondo. Tale tecnica di trapianto di condrociti autologhi viene utilizzato in Svezia sin dal 1987, per curare le lesioni della cartilagine ialina mediante rigenerazione della stessa. La tecnica prevede il prelievo ed il re-innesto delle cellule del paziente. Lo studio clinico svedese, pubblicato nell'Ottobre del 1994 sul New England Journal of Medicine (M. Brittberg ct al, 331:889-895,1994), ha mostrato che era possibile rigenerare cartilagine di tipo ialino.

Secondo la Harvard Health Letter (Marzo1995), questa tecnica ha rappresentato uno dei dieci progressi più significativi nel mondo della medicina nel 1994.

Il principio di base del trattamento e il re-impianto delle cellule cartilaginee nel letto della lesione, affincé rigenerino il tessuto originale. Trattandosi di cellule autologhe, non vi sono rischi di infezione o di reazione di rigetto, che potrebbero verificarsi se si utilizzassero delle cellule di donatore.

Dopo l'intervento il periodo di soggiorno in ospedale è abbastanza breve. Il programma di riabilitazione post-operatoria comprende in generale un periodo di carico parziale (15-20 Kg) durante le prime 6-10 settimane e l'uso di un tutore durante un periodo di 6 settimane circa. Normalmente,durante le prime 3 settimane l'articolarità delle ginocchia viene limitata a 0-45° per essere poi aumentata a 90° nelle 3 settimane successive. Dopo 5-6 mesi il paziente può in genere riprendere attività sportive come il nuoto, lo sci di fondo, ecc... che non comportano dei movimenti rotatori mentre si può ottenere una ripresa totale dell'attività sportiva tra i 9 e 12 mesi dopo l'operazione.

Il programma di rieducazione viene comunque adattato secondo i progressi ed i risultati dell'esame clinico.

In Svezia, è stato dimostrato che il trapianto di condrocitiutologhi permette:

-di migliorare la mobilita' del ginocchio

-di ridurre il dolore

-di aumentare la capacita' di flessione

L'esperienza clinica dimostra che il trattamento si rivela più efficace per trattare le lesioni della cartilagine in pazienti con meno di 50 anni, con ginocchia stabili, senza affezioni degenerative generalizzate.

IL RE-IMPIANTO DI CONDROCITI AUTOLOGHI

1. *La biopsia sotto artroscopia*

La presenza di una lesione cartilaginea viene normalmente riscontrata

durante un'esame artroscopico. Se tale lesione e di 1 cmq. o più se si trova in una zona di carico, per esempio sui condili femorali, si effettuerà un prelievo di una piccola quantità di cartilagine sana in una zona di non carico.

2. *La biopsia e la coltura*

La biopsia viene quindi inviata al laboratorio di coltura specializzato presso GTR. Le cellule cartilaginee saranno messe in coltura in accurate condizioni di asepsi. Rigorose misure di controllo qualità vengono sempre applicate per garantire la qualità e la sicurezza delle diverse tappe della coltura cellulare.

Durante alcune settimane, le cellule si moltiplicheranno fino ad ottenere un numero sufficiente per trattare la lesione. Il re-impianto potrà allora avere luogo.

3. *Il re-impianto chirurgico*

Questa seconda parte dell'intervento viene effettuata alla fine della coltura quando il numero di cellule ottenuto è sufficiente per rigenerare la cartilagine. Si incide l'articolazione, si raschiano i bordi, e si pulisce il letto della lesione rimuovendo la cartilagine danneggiata così da rendere l'area atta a ricevere le cellule coltivate.

Una piccola incisione viene eseguita sulla tibia per prelevare un lembo di periostio che ricopre la parte anteriore e mediale della superficie ossea. Il lembo viene quindi suturato sopra la lesione ed il ricettacolo così creato potrà ricevere i condrociti coltivati. Le cellule, aderendo all'osso sottostante, rigenerano gradualmente un nuovo tessuto cartilagineo che nel tempo assumerà caratteristiche simili alla cartilagine originaria.

Tale intervento viene effettuato presso la nostra divisione di ortopedia di Venafro, primi nel Molise e tra i primi in Italia in collaborazione con colleghi USA.

Ultime acquisizioni in urologia pediatrica

di *Giuseppe Amici*

Sabato 13 Marzo presso la sede dell'ordine dei Medici di Isernia, si è svolto l'incontro di Aggiornamento in Urologia Pediatrica da me organizzato con la collaborazione del nostro presidente Dott. Sergio Tartaglione. Ai lavori del Convegno hanno partecipato, in qualità di relatori, i Colleghi del Dipartimento Chirurgico Pediatrico Ginecologico dell'Azienda Ospedaliera Materna-Infantile G. Salesi di Ancona a cui la Cattedra di Chirurgia Pediatrica da me diretta afferisce, Dottori Ascanio Martino, Giovanni Cobellis, Luciano Mastroianni ed i Colleghi del servizio di Radiologia della stessa Azienda Dott. Giancarlo Fabrizzi e la dott.ssa Valeria Bolli.

La prima parte della mattinata è stata dedicata agli aspetti organizzativi e diagnostici dell' Urologia Pediatrica mentre nella seconda parte sono stati trattati aspetti strettamente clinico-chirurgici.

Dopo il saluto del presidente e la mia introduzione ai lavori, il Dott. Martino, Primario dell'U. O. Ospedaliera di Chirurgia Pediatrica dell'Azienda, ha svolto la sua relazione sugli aspetti organizzativi del nostro Dipartimento ed in particolare quelli concernenti l'attività nell'ambito delle uropatie infantili.

La Dott.ssa Bolli e il Dott. Fabrizzi, Dirigente del Servizio di Radiologia, hanno successivamente fatto un'ampia panoramica sulla valutazione ecografica delle uropatie malformative sia pre che postnatale e sulla uroradiologia, illustrando oltre che alla diagnostica tradizionale, aspetti di grande interesse di urologia interventistica ed i risultati preliminari di una ricerca clinica in corso sull'uso della Risonanza Magnetica Nucleare nello studio delle uropatie Malformative.

Dopo il coffee-break sono stati esposti dal dott. Cobellis e Mastroianni gli attuali orientamenti nella terapia Chirurgica del Criptorchidismo e del varicocele in età pediatrica, dedicando ampia parte della relazione al trattamento laparoscopico di queste patologie che è stata illustrata in maniera efficace mediante proiezioni di un video-tape. Ho poi svolto personalmente la relazione finale sullo stato dell'arte del trattamento dell'ipospadia, malformazione estremamente complessa sia per l'accentuato polimorfismo malformativo che la caratterizza,sia per le implica-

zioni psicogene e psico-sociali che essa comporta.

Il convegno, al di là del livello scientifico delle relazioni e dell'aggiornamento culturale che ne deriva, credo che abbia rappresentato una buona occasione per rendere partecipi i colleghi molisani sull'organizzazione e sulle potenzialità di un Centro pediatrico multidisciplinare ad alta specializzazione che può rappresentare un punto di riferimento per l'area Pediatrica.

Il successo della manifestazione è stato testimoniato dall'elevata affluenza di colleghi pediatri e non, presenti in aula, i quali hanno manifestato il loro compiacimento per l'organizzazione ed i contenuti del Convegno, auspicando la riproposizione di analoghi incontri su altre tematiche specialistiche.

Un vivo ringraziamento ai colleghi intervenuti e all'Ordine dei Medici per la fattiva collaborazione e la generosa ospitalità.

I moderni marcatori biochimici delle sindromi coronariche

Introduzione

Sotto il nome di sindromi coronariche acute sono raggruppate una serie di situazioni cliniche che vanno dall'angina stabile all'angina instabile, all'infarto non - Q fino all'infarto transmurale. Di esse, sovente, la clinica non consente una corretta diagnosi, come conferma anche lo studio Framinghan con una percentuale del 20% di infarti non riconosciuti, né riesce ad evidenziare danni cardiaci minori. Si aggiunga che nel 40% dei pazienti colpiti da IMA, l'ECG non mostra le solite e classiche alterazioni dovute alla malattia. L'impiego nella pratica clinica di nuovi marcatori biochimici di danno miocardico sta rendendo possibile diagnosi precoci ed attendibili, risultando, altresì, utile per il monitoraggio della malattia e della terapia.

I nuovi marcatori biochimici

A causa della loro scarsa sensibilità e specificità, dovrebbero ormai essere considerate obsolete le determinazioni di AST, LDH e isoenzimi, CK totale e l'attività catalitica del suo isoenzima MB.

L'uso di anticorpi ad elevata specificità diretti contro le proteine del miocardio ha consentito l'allestimento di test immunochimici per la determinazione nel siero di diverse proteine fra le quali la mioglobina, CK-MB

massa e soprattutto le troponine costituiscono il pannello diagnostico utilizzabile nelle patologie coronariche.

La mioglobina è il marcatore più utilizzabile per la precocità di comparsa: entro 2 ore dall'occlusione acuta di un vaso la sua concentrazione sale a valori patologici. Non è una proteina specifica del miocardio, ma per una diagnosi precoce il valore predittivo di un risultato negativo e del test è molto elevato. Il CK-MB (determinazione della massa) è impiegato, alternativamente alla mioglobina, come marcatore precoce ed è caratterizzato da una specificità maggiore.

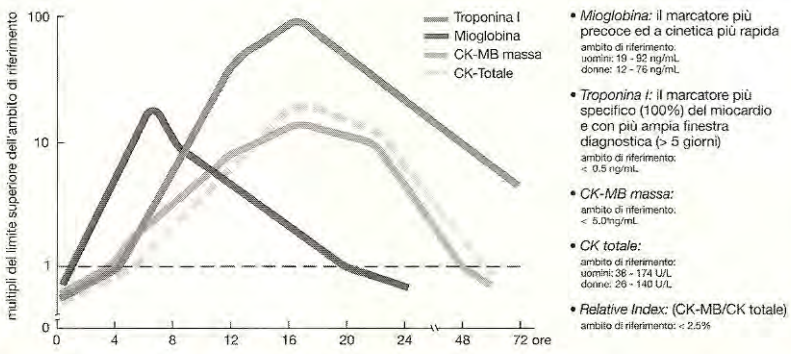
Le troponine, mioproteine che presiedono ai processi della contrattilità muscolare, rappresentano, nelle isoforme T e I, i marcatori con maggiore cardiospecificità. Esse compaiono in circolo in tempi relativamente precoci dopo l'inizio del dolore toracico (4-10 ore) e rimangono elevate per 4-9 giorni.

Considerazioni

Le sindomi coronariche acute comportano una serie di problematiche cui il dosaggio di mioglobina, CK-MB massa e troponina I (è questo il protocollo adottato dal laboratorio analisi del P. O. di Isernia) può dare un significativo contributo. Lungi, in questa sede, dal volerne affrontare tutte

Tab. 1

Cinetica dei marcatori cardiaci nell'infarto del miocardio



	Tempo dopo l'inizio dei dolori							
	2h	4-6h	12h	24h	48h	72h	3-7gg	>9gg
Mioglobina	+	+	+	(+)	-	-	-	-
CK-MB massa	-	+	+	+	(+)	-	-	-
Troponina I	-	+	+	+	+	+	+	-
CK totale	-	+	+	+	(+)	-	-	-

accenniamo, in primis, al problema della gestione del paziente con dolore toracico, senza chiare evidenze elettrocardiografiche. Questo costituisce una situazione quotidiana e difficile nel Pronto Soccorso poiché la decisione di avviare in Unità Coronarica un paziente con sospetto IMA, implica importanti conseguenze mediche per il paziente e finanziarie per l'azienda. Dati della letteratura sottolineano che negli USA almeno il 50% degli ammessi in UTIC, viene poi dimesso senza diagnosi di IMA. D'altra parte alcuni studi segnalano il rischio, stimato tra il 2 e il 4%, di non ospedalizzazione di pazienti con IMA.

Altra importante problematica in fase di diagnosi è legata all'esigenza di predisporre interventi terapeutici di rivascolarizzazione, quali trombolisi o angioplastica primaria, la cui efficacia è positivamente correlata alla precocità della loro attuazione.

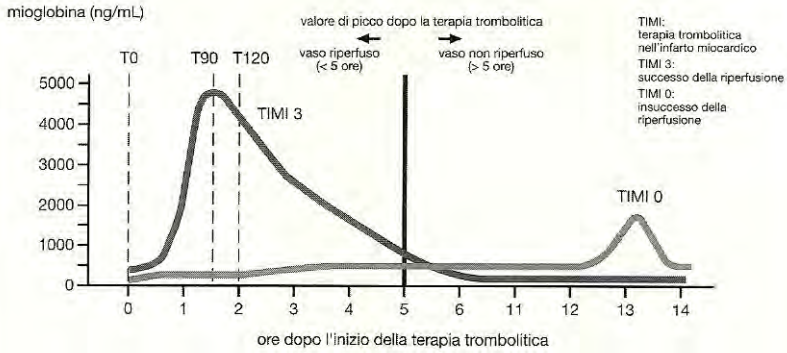
La tab. n.1 mostra la cinetica di questi marcatori nell'IMA.

Questi marcatori, in particolare la mioglobina, possono essere utilizzati per valutare l'efficacia delle terapie di rivascolarizzazione, in particolare della trombolisi coronarica. I pazienti con IMA nei quali la terapia risulta efficace rilasciano mioglobina in circolo più velocemente (fenomeno del washout) dei pazienti con occlusione permanente. (Vedasi tab. n.2).

Un utilizzo, per certi versi rivoluzionario nella diagnostica delle patologie

Tab. 2

Valutazione del successo della riperfusione mediante dosaggi seriati di mioglobina



Mioglobina	Sensibilità	Specificità	Valore predittivo positivo	Valore predittivo negativo
T90-T0 > 225 ng/mL (Zabel 1993)	94%	88%	94%	82%
T90-T0 > 4.0 (Laperche 1995)	79%	82%	75%	85%
T120/T0 > 4.6 (Danne 1995)	93%	96%	98%	84%

coronariche, e quello della Troponina nella valutazione del rischio di complicanze in soggetti con angina pectoris di tipo instabile. (Vedasi tab. n. 3).

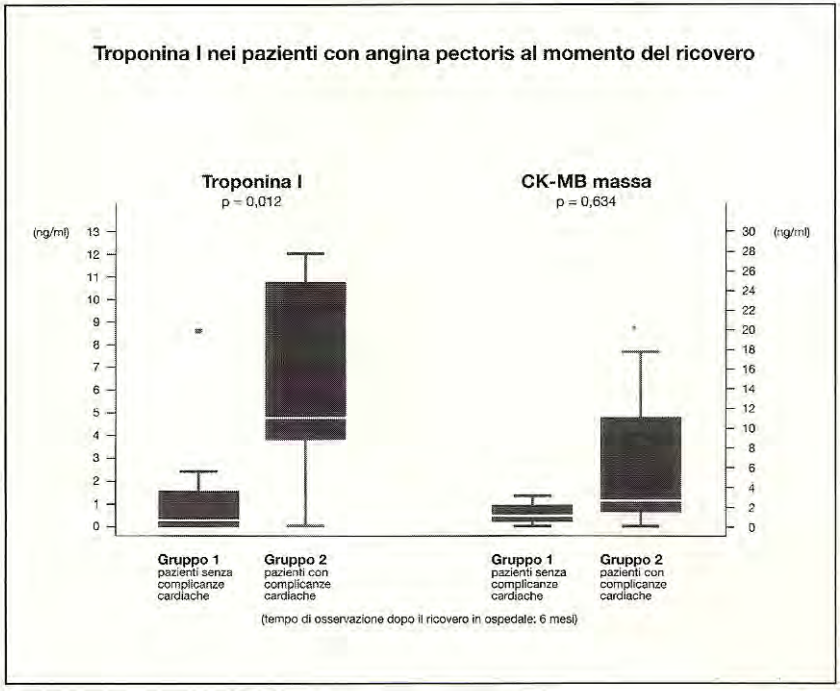
CONCLUSIONI

Nonostante alcune limitazioni, legate alla standardizzazione dei metodi e alla omogeneizzazione dei risultati i nuovi marcatori sembrano poter svolgere un ruolo importante sia nella diagnostica precoce e tardiva della patologia ischemica acuta che nell'evidenziazione dei danni miocardici minori. La loro applicazione risulta, inoltre, valida nella valutazione della prognosi e nella stratificazione dei pazienti a rischio di eventi cardiaci maggiori.

Le tab. n. 1, 2, 3, sono tratte dall'opuscolo Opus® marcatori cardiaci dell'Istituto Behring S.p.A.

AUTORI
Dr. Faralli Gabriele, *Dr. Mazza Vanda, **Dr Lemme Pietro
OSPEDALE CIVILE "F. VENEZIALE" ISERNIA
*Laboratorio analisi
**Cardiologia

Tab. 3



Tutti i risultati del GISSI Prevenzione

Una ricerca tutta italiana salva i malati di cuore

I dati illustrati dal dottor Roberto Marchioli Nella Videoconferenza Milano-New Orleans, 9 Marzo 1999

Il servizio di cardiologia dell'ospedale "F. Veneziale" di Isernia ha partecipato a tutti gli studi Policentrici nazionali, denominati GISSI, che hanno avuto una vasta eco internazionale per aver stabilito le strategie terapeutiche dell'infarto del miocardo.

L'ultimo degli studi "GISSI PROGNOSI" è durato circa 5 anni, ha riscosso un enorme successo internazionale, perché ha coinvolto un grosso numero di pazienti (11000) e perché le conclusioni sono state entusiasmanti.

Lo studio, infatti, ha confermato che il trattamento con un farmaco ricavato dal pesce, unito ad una dieta corretta, dimezza il rischio di morte improvvisa in chi è stato colpito da infarto.

Il Dott. D. Ricci (all'epoca dell'inizio dello studio Primario del servizio di cardiologia di Isernia) e la Dott. Vanda Mazza (cardiologa in servizio presso il centro) e monitor dello studio, colgono l'occasione per ringraziare i medici e i pazienti che pazientemente hanno collaborato alla sperimentazione, contribuendo al raggiungimento dei risultati raggiunti. Viene riportato di seguito l'intervista al Dott. Roberto Marchioli, capo del laboratorio di epidemiologia clinica delle malattie cardiovascolari del consorzio Mario Negri Sud, che ha progettato e coordinato lo studio.

II GISSI Prevenzione è in pratica il GISSI 4. Non è stato definito con un numero solo perché i ricercatori volevano porre, giustamente, l'enfasi sull'aspetto della prevenzione. I tre GISSI precedenti - dice il dottor Roberto Marchioli del Consorzio Mario Negri Sud, dove ha sede il coordinamento dello studio "GISSI Prevenzione" - si erano posti l'obiettivo di come intervenire in presenza di un evento drammatico come è un infarto acuto. Al termine del GISSI 3 ci si è resi conto che molto è stato fatto nel ridurre la mortalità nell'infarto acuto: basti pensare che nel 1980, già esistevano le Unità Coronariche, la mortalità in ospedale per infarto acuto era intorno

al 15 per cento. Ma ci si è anche resi conto che sarebbe stato opportuno dedicare un grande interesse scientifico a quanti, salvati dall'infarto, restano ancora in un'area di rischio di un nuovo infarto e soprattutto della morte improvvisa o no.

Si decise allora - continua il dottor Marchioli che al Consorzio Mario Negri è il Capo del Laboratorio di Epidemiologia Clinica delle Malattie Cardiovascolari del Dipartimento di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia - di varare il "GISSI Prevenzione".

Era il 1993 , esattamente il 18 ottobre, quando in un ospedale di Palermo veniva randomizzato il primo paziente arruolato, ricordo che era un uomo di 48 anni. Il "GISSI Prevenzione" vedeva sempre protagonisti l'ANMCO e l'Istituto Mario Negri con una novità: il coordinamento veniva affidato al Consorzio Mario Negri Sud.

Dottor Marchioli, cosa si prefiggeva il GISSI Prevenzione?

Lo scopo era di verificare se e quanto interventi farmacologici, mirati a fattori diversi e verosimilmente complementari di rischio aterosclerotico/trombotico, potessero migliorare il profilo di sopravvivenza, morbilità e qualità della salute di pazienti sopravvissuti alla fase ospedaliera dell'infarto miocardico. Altro obiettivo: sperimentare la fattibilità e la resa di una rete nazionale cardiologica a base ospedaliera, mirata ad assicurare una continuità di sorveglianza clinica e di valutazione epidemiologica ai pazienti dopo l'infarto miocardico acuto, seguiti secondo i criteri di prevenzione secondaria e riabilitativa, che in base alle attuali evidenze scientifiche sono da considerare raccomandati per la clinica. In pratica, si prefiggeva lo scopo di ridurre le morti e gli infarti nei soggetti colpiti da infarto da meno di tre mesi e già dimessi dagli ospedali. E cioè pazienti che hanno superato la fase più drammatica ma che tornati a casa devono affrontare un trattamento di prevenzione.

Come si è svolto lo studio ?

Tutti i pazienti coinvolti nello studio, esattamente 11.324, in maggioranza uomini con un'età media di 59 anni, hanno ricevuto la migliore terapia disponibile, dalla dieta all'ASA, dai beta-bloccanti agli ACE - inibitori, ecc. Sono stati suddivisi in 4 gruppi: (DHA) 2.836 pazienti hanno ricevuto un farmaco che contiene due acidi grassi poliinsaturi di origine marina, cioè ricavati dal pesce, n-3 acido eicosapentaeonico (EPA) e decosaenoico;

2830 pazienti hanno ricevuto una sostanza antiossidante, la vitamina E (alphatocoferolo);

2830 pazienti sono stati trattati con n-3 e vitamina E;

infine 2828 pazienti hanno costituito il gruppo di controllo e non hanno ricevuto né n-3 né vitamina E.

In che condizioni erano i pazienti inclusi nel trattamento?

Come detto, in maggioranza si trattava di uomini, l'85%; sopra i 70 nel 16%, ipertesi nel 36%; diabetici nel 15%; con scompenso cardiaco lieve nel 14% e angioplastica o by-pass nel 5%.

Sono stati seguiti per almeno 42 mesi da un esercito di oltre 500 cardiologi in 172 centri di cardiologia negli ospedali italiani.

E quali sono stati i risultati che vengono ritenuti sorprendenti?

Nel primo gruppo, e cioè i pazienti trattati solo con un farmaco ricavato dal pesce si è avuta una riduzione del 15% del totale fra morte, infarto ed ictus, ovviamente rispetto al gruppo di controllo. Nel secondo gruppo (vitamina E) si è avuta una riduzione dell'11%, ma il dato non è statisticamente significativo; infine nel terzo gruppo si è avuta una riduzione, sempre nel totale di morte, infarto ed ictus, del 14%, un dato, questo si, ritenuto statisticmente significativo.

Se andiamo ad esaminare i singoli eventi non si nota una riduzione né di infarto né di ictus non fatale.

Quindi, l'eccezionalità della ricerca è nella drastica riduzione della mortalità?

Proprio così: nel primo gruppo la riduzione della mortalità è stata del 21%, in pratica sono state salvate circa venti vite ogni mille persone trattate. Nel terzo gruppo la riduzione è stata del 20 per cento.

E per quanto riguarda la morte improvvisa?

Il dato è estremamente interessante. Si è avuta una marcata riduzione della morte improvvisa, pari al 45 per cento. Ci è stato quindi un dimezzamento della percentuale di rischio rispetto ai soggetti non trattati.

Il farmaco ha dato risultati eccezionali. Ha provocato inconvenienti?

Il trattamento è stato ben tollerato e non ci sono stati effetti collaterali rilevanti.

I pazienti che dieta hanno seguito?

Hanno seguito una dieta mediterranea, per molti è stata una novità, forse una delle cause dell'infarto potrebbe essere legata ad una scorretta alimentazione. Ed anche questo ha contribuito a ridurre la mortalità. E' una conferma che gli acidi grassi poliinsaturi contenuti nella dieta e che sono stati poi trasferiti nel farmaco, sono importanti nella prevenzione. A pensarci bene, gli antenati inconsciamente lo sapevano perché mangiavano molto pesce e cacciagione assumevano tanti acidi grassi polinsaturi. Nell'era paleolitica il rapporto fra acidi grassi poliinsaturi e saturi era di 1,4. Ora il rapporto è di 0,44 e questo perché non si segue un modello alimentare secondo le regole dietetiche.

Ricordo di Renato Lombardi

Renato Lombardi nacque a Roccasicura l'8 agosto del 1924 da padre grande invalido della I guerra mondiale e da madre contadina. Le sue umili origini e la guerra non resero certo facile né la sua adolescenza né i suoi primi anni di studio, intrapresi dapprima presso gli istituti religiosi di Venafro e proseguiti poi presso il liceo "Fascitelli" di Isernia. Frequentò, quindi, l'Università di Roma dove si laureò in Medicina e Chirurgia il 6 Marzo del 1956.

Iniziò la sua professione come medico condotto ad interim in vari comuni del Molise, fra i quali Longano, Roccasicura, e Macchia Valfortore, fino al dicembre del 1959 anno in cui risultò vincitore di concorso per la condotta medica di Vastogirardi. Qui visse e operò con abnegazione ed alto senso del dovere fino al 2 dicembre 1972. Amato e stimato dai cittadini di Vastogirardi, viene ancora oggi ricordato come "il medico nostro" per antonomasia.

Fu successivamente dipendente dell'INAM e, quindi, dell'Unità Sanitaria Locale di Isernia dove lavorò fino all'età della pensione, nonostante una grave e pericolosa cardiopatia l'avesse colpito proprio durante l'esercizio della propria professione.

Tutti coloro cui ha prestato la propria assistenza medica e suoi più stretti collaboratori ne hanno apprezzato la competenza professionale e la grande umanità anche se celata dietro un carattere chiuso che a volte appariva scontroso.

Medico e padre affettuoso, rispettato dalla famiglia, cittadino di spiccato senso civico, è stato per i figli e per coloro che gli sono stati vicini, esempio di scrupolosità professionale, di rettitudine morale.

È scomparso il 15 Marzo del 1999 dopo aver accettato e sopportato serenamente una lunga e penosa malattia, circondato dall'affetto dei suoi cari il cui ricordo rimarrà per sempre.

STORIE DI POVERI CURANTI

ACE-IMBONITORE

"Posso rubare due minuti", disse portando avanti la mano destra, per salutare, e il piede sinistro per impedire che chiudessi la porta: sapevo che il reato di furto si sarebbe trasformato, ben presto, in quello ben più grave di sequestro di persona ma era lunedì, giornata degli informatori, e non seppi opporre resistenza alcuna. Il nuovo arrivato mi era sconosciuto: si presentò come nuovo collaboratore della "Pagnoz Farmaceutica" nota uninazionale di Cinisello Balsamo, incaricato di risollevare le vendite, per la verità mai decollate, del "SAG-ACE 5" antipertensivo di mediocre efficacia, i cui saggi giacevano da anni, ricolmi di polvere, nel punto più angusto del mio armadietto. Non più giovanissimo, di statura mediterranea e con adipe onesta da tipico sport-antagonista, il visigoto indossava un costume twidd, da buttero nemmeno maremmano che, nell'ambiente chiuso e generosamente riscaldato, lo costringeva ad una traspirazione imbarazzante.

Aprì la capiente borsa, estrasse due fogli patinati e, con fare da cameriere, li sottopose alla mia attenzione, si sbottonò la giacca e... partì.

Era solo l'ultimo di una folta pattuglia di 'imbonitori' che nell'ultima ora aveva assaltato le mie residue energie mentali, energie già stremate dalla giornata notoriamente critica (lunedì) e dall'orario senza dubbio proibitivo (h 13,30). Per mezz'ora mi illustrò tavole anatomiche, diagrammi multicolori e dati numerici sottolineati, ogni volta, con contorsionismi digitali combinati ad una colorita e dozzinale prosa oratoria che avrebbe dovuto "impressionare" la mia pellicola neuronale.

Purtroppo così non era: lo fissavo, immobile, fingendo attenzioni ipocrite, mentre le palpebre si chiudevano e formicolii fastidiosi cominciavano a percorrere la gamba sinistra.

Passarono altri minuti ed altri ancora, ormai ne mancavano pochi alle

14; imperterrito, solo lievemente infastidito da una copiosa sudorazione e da una salivazione spropositata, (un rivolo di bava iniziava già ad invadergli il mento), continuava la sua ipnotizzante esposizione che a tratti assumeva i connotati di un'ardita escursione lungo i sentieri incerti della farmacologia: l'aria fritta continuava ad espandersi.

Mi stropicciai gli occhi e sbadigliai vistosamente, sperando che il messaggio, non proprio subliminale, arrivasse al destinatario. Così fu.

La compagnia "Pagnoz" arruolava buoni attori e la tragedia del SAGACE sembrava non solo non avere mai fine ma si arricchiva via via di nuovi colpi di scena.

Francamente ipocinetico, devastato dalla ipoglicemia incipiente e dall'asfittica nullità dell'oca sacra di turno, che intanto continuava a recitare alla lettera il copione affidatogli nell'ultimo stage aziendale, mi "assentai", pur continuando a imbrattare un provvidenziale foglio candido con mostruose figure geometriche,alla cui ideazione il mio cervello era completamente estraneo.

Fui "svegliato" soltanto dallo squillo del telefono e proprio nel momento in cui la mia scrivania veniva invasa da una quantità industriale di "saggi" che il visigoto cercava invano di ordinare costruendo grattacieli inevitabilmente instabili.Credevo fosse sul punto di andarsene, quando, con tetralità, riaprì la capiente borsa, infilò la mano, frugò e con aria furtiva estrasse l'omaggio: penna stilografica in lacca cinese, fornita di ricarica e con custodia in velluto, produzione, a suo dire, limitata, valore, a suo dire, inestimabile.

Ma le sorprese non erano finite. Dalla tasca interna della giacca tirò fuori una lettera con la quale, a testimonianza delle attenzioni della "Pagnoz" nei miei confronti, mi invitava per un week and "tutto compreso" alle celeberrime " Giornate Mediche Ciociare" in Frosinone.

Commosso da tante premure e adducendo inderogabili impegni che mi impedivano di accettare l'invito lo salutai calorosamente, mentre, contemporaneamente, già calcolavo la distanza che mi separava dal cestino e la forza che avrei dovuto imprimere alla penna per centrarlo.

"Si ricordi di me", disse uscendo,"Non si preoccupi", D'altronde come avrei potuto affermare il contrario.

B.C.

Delibere del Consiglio Direttivo

Riunione del 03.09.1998

Delibera n. 46/98: Iscrizione albo professionale del Dott. Gualano Tommaso.

Delibera n. 47/98: iscrizione albo professionale del Dott. Palumbo Giovanna.

Delibera n. 48/98: Organizzazione corso di bioetica.

Delibera n. 49/98: Appuntamento attività tributaria dell'ordine e studio commercialista.

Delibera n. 50/98: Approvazione nuovo codice di deontologia medica.

Riunione del 16.10.98

Delibera n. 51/98: Cancellazione dell'albo professionale (su richiesta).

Delibera n. 52/98: Iscrizione albo professionale del Dott. Carosella Giovanni.

Delibera n. 53/98: Iscrizione albo odontoiatri del Dott. Izzi Fabrizio.

Delibera n. 54/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 55/98: Contratto di formazione-lavoro.

Delibera n. 56/98: Autorizzazione inserzione su elenchi telefonici.

Delibera n. 57/98: Prolungamento rapporto di lavoro con l'attuale segreteria fino ad espletamento concorso.

Delibera n. 58/98: Contributi FNOMC agli ordini provinciali.

Riunione del 30.11.98

Delibera n. 59/98: Cancellazione dell'albo professionale (su richiesta).

Delibera n. 60/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 61/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 62/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 63/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 64/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 65/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 66/98: Autorizzazione affissione targa.

Delibera n. 67/98: Vidimazione parcelle.

Delibera n. 68/98: Iscrizione albo professionale Dott. Viccione Marina Ancona Concetta.

Delibera n. 69/98: Iscrizione albo profes-

sionale Dott. Graziano Giovanni Antonio.

Delibera n. 70/98: Richiesta cancellazione albo professionale per trasferimento.

Delibera n. 71/98: Celebrazione colleghi con 40 anni di lavoro e nuovi iscritti 1998.

Delibera n. 72/98: Richiesta patrocinio.

Delibera n. 73/98: Parere negativo FNOMC su pubblicità sanitaria.

Delibera n. 74/98: Comunicazione all'ENPAM in merito all'erogazione bimestrale delle pensioni.

Delibera n. 75/98: Esame regolamento interno ente poste in riferimento a certificazioni mediche e comunicazione alla FNOMC e O e alla commissione normale odontoiatri.

BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE MOLISE

B. U. R. n. 18 del 16/9/98
Assessorato alla sanità: Graduatorie definitive per i medici specialisti ambulatoriali validi per il 1999, ambito provinciale di Campobasso.

B. U. R. n. 20 del 16/10/98
Assessorato alla sanità: Elenco"zone carenti" di assistenza primaria e di continuità assistenziale.
Deliberazione G. R.: Predisposizione graduatoria provvisoria regionale per l'anno 1999 ex D. P. R. 484/96.

B. U. R. n. del 31/10/98
Delibera G. R.: Accertamento possesso requisiti da parte degli aspiranti alla nomina a direttore generale ASL.

B. U. R. n. 22 del 16/11/98
Assessorato alla sanità: Decreti riguardanti il corso biennale di formazione specifica in M. G.

B. U. R. n. 25 del 31/12/98
Assessorato alla sanità: assegnazione ASL 3 "Centro Molise" somma per attivazione numero telefonico unico "118"

ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

PROVINCIA DI ISERNIA Iscritti al 15 novembre 1997

ALBO MEDICI CHIRURGHI	550
ALBO ODONTOIATRI	49
DOPPIE ISCRIZIONI	38
TRASFERITI AD ISERNIA	0
TRASFERITI DA ISERNIA	1
CANCELLATI	0
DECEDUTI	0

LEGGI E DECRETI di A. Volpacchio

G. U. n. 192 del 19/8/98
Ministero sanità: regolamento di polizia mortuaria (circolare 31/7/98 n. 10).

G. U. n. 209 dell'8/9/98
Decreto ministero sanità: Divieto di utilizzo di derivati da placenta umana per la produzione di medicinali ad uso umano.

G . U. n. 220 del 21/9/98
Decreto ministero sanità: Notificazioni al decreto 19/7/85 concernenti le modalità tecniche per le distruzioni delle sostanze stupefacenti e psicotrope.
S. O. n. 162 Decreto 1/9/98: Attribuzione ai comuni per l'anno 1998 di un contributo da destinare al finanziamento di contributi agli indigenti per spese sanitarie particolarmente onerose.

G. U. n. 227 del 29/9/98
Ministero sanità: Determinazione del fabbisogno annuo dei medici specialisti da trovare nelle scuole di specializzazione per gli anni 97-98; 98-99; 99-2000.

G. U. n. 229 del 1/10/98
Provvedimento 30/9/98: Autorizzazione n. 2/98 al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

G. U. n. 238 del 12/10/98
Legge 8/10/98 n. 347: Disposizioni in materia di incarichi di medicina generale.

G. U. n. 239 del 13/10/9
S. O. n. 168 - C. U. F. provvedimento 7/8/98: Revisione delle note riportate nel provvedimento 30/12/93 di riclassificazione dei medicinali e successive modificazioni.

G. U. n. 245 del 20/10/98
Ministero sanità decreto 30/7/98: Aggiornamento del D. M. 6/3/95 concernente l'aggiornamento del D. M. 14/4/84 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.

G. U. n. 260 del 6/11/98
D. L. 13/10/98 n. 368: Disposizione in materia di esercizio delle professioni di odontoiatria, in attivazione dell'articolo 4 della legge 24/4/98 n. 128.

G. U. n. 276 del 25/11/98
Ministero sanità : Ordinanza 20/11/98: Proseguimento multitrattamento Di Bella.
Ministero sanità: Comunicato: comunicato relativo alla conclusione degli studi sperimentali sul M D B.

G. U. n. 286 del 7/12/98
Legge 30/11/98 n. 419: Delega al governo per la razionalizzazione del S.S.N. e per l'edizione di un testo unico in materia di organizzazione e permanente del S. S. N. modifiche al DLL 30/12/92 n. 502.

G. U. n. 288 del 10/120/98
S. O. n. 201 - DPR 23/7/98: Approvazione del piano sanitario nazionale del triennio 1998-2000.

G.U. n. 32 del 9/2/99
Decreto 22/1/99: Modificazioni ed integrazioni alle tabelle delle equipollenze delle attività previste dal D.M. 30/1/98 per l'eccesso al 2° livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario e del D.M. 31/1/98 per il personale dirigenziale del S.S.N.

G.U. n. 33 del 10/2/99
Decreto 29/1/99: Modificazioni degli elenchi delle specialità medicinali soggette alla disciplina del D.P.R. 9/10/90 n. 309 (disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione e cura tossicodipendenze)

PAGINA DEGLI ODONTOIATRI di M. Testa

L'emergenza non medica nello studio odontoiatrico

Tra i compiti previsti dalla legge 626/94 ed il successivo decreto correttivo 242/96 per la sicurezza dei lavoratori, un capitolo importante riguarda le Emergenze nello Studio Odontoiatrico. Secondo quanto previsto all'art.3 della legge (misure generali di tutela) il comma p. accenna a "misure di emergenza da attuare in caso di pronto soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave ed immediato. Come si nota, la parola EMERGENZA in questo caso non si riferisce al paziente, ma può essere definita: "Situazione che genera domanda ad una velocità molto superiore a quella necessaria per elaborare risposta".

Per gestire un'emergenza occorre saper agire rapidamente. Per agire rapidamente nel corso dell'emergenza é necessario avere già imparato prima. È chiaro che, fortunatamente, gli incidenti che possono dar luogo ad emergenza nello studio odontoiatrico sono rari. Per comodità classifichiamoli in:

Incidenti interni: incendio, allagamento, fuga di gas.

Incidenti esterni: scoppio, diffusione di sostanze tossiche, terremoto, alluvione, blocco ascensore.

Orbene la legge impone al Datore di Lavoro (art. 12), tra le altre cose, la designazione di un incaricato per attuare le misure di prevenzione incendi e gestione dell'emergenza. Nell'articolo in questione si precisa anche che l'incaricato deve seguire appositi corsi di formazione ed addestramento.

Avendo il Datore di Lavoro già l'obbligo di far partecipare il dipendente eletto Rappresentante per la Sicurezza dei Lavoratori (RSL) ad un corso formativo (art. 22) sarebbe utile ed economicamente meno oneroso incaricare l'RSL anche della gestione delle Emergenze. Ma per una volta la legge ci viene in aiuto, direi a ragion veduta, in considerazione della scarsa pericolosità della nostra realtà operativa (macchinari ed impianti a norma), della statisticamente esigua frequenza di eventi calamitosi e della generalmente limitata dimensione dei locali e del numero di addetti. Dice l'art. 2 comma 2: "Ai fini della designazione di cui al comma 1 lettera B, il datore di lavoro tiene conto delle dimensioni dell'azienda ovvero dei rischi specifici dell'azienda ovvero dell'unità produttiva Alla luce di quanto considerato, arriviamo all'art. 10 comma 1 che dice: "Il datore di lavoro può svolgere direttamente i compiti propri del Servizio di prevenzione e protezione dei rischi

nonché di prevenzione incendi ed evacuazione...". A questo punto qualcuno potrebbe pensare che non c'é più nulla da fare e tutto é risolto. Non è così: qui inizia il compito del datore di lavoro, se veramente vuole essere tranquillo sulla capacità sua e del suo staff in caso di incidenti, e, perché no?, anche nel caso di ispezioni degli organi di vigilanza.

Allora il datore di lavoro deve anzitutto formalizzare per iscritto l'assunzione del compito di Responsabile e comunicarlo all'RSL.

In secondo luogo anche in questo caso andrà fatta, come per le altre aree di rischio che la 626 contempla, una *valutazione dei rischi*, seguita da un piano di comportamento e di evacuazione per chi é presente nell'ambiente di lavoro. Nel caso dell'Emergenza e dell'Incendio é obbligatoria la stesura di un documento da consultare ed aggiornare periodicamente con l'RSL ed i dipendenti, dal momento che si tratta di nozioni che, fortunatamente, non si applicano se non nell'emergenza e questa, per sua natura, si presenta inaspettatamente.

Che cosa scriveremo nel *piano di emergenza* ed *evacuazione* che daremo in copia ai dipendenti?

Converrà distinguere in esso:

a) *Azioni preventive generali*

b) *Azioni preventive specifiche*

c) *Procedure di emergenza e norme comportamentali.*

a) Azioni preventive generali sono l'autonomina a Responsabile, la valutazione dei rischi, la stesura del piano di emergenza ed evacuazione, la manutenzione degli impianti (elettrico, termico, idraulico, di illuminazione, estintori, luci d'emergenza), l'informazione del personale.

b) Azioni preventive specifiche Incendio: arredamento possibilmente ignifugo-controllo nell'uso di sostanze infiammabili (alcool, monomero ecc.) evitare l'uso di apparecchi elettrici con resistenze in vista od alimentati con combustibili solidi, liquidi o gassosi.

Allagamento: cura e manutenzione degli scarichi idrici.

Fughe di gas: attenzione a non ostruire le aperture permanenti di aerazione dei locali ove sono installati apparecchi a gas.

Terremoto: individuare i punti meno pericolosi ove rifugiarsi (architravi, muri portanti). Posizionare i posti di lavoro fissi lontano da vetrate, oggetti pesanti sospesi o mobili.

Blocco ascensore: invitare il personale a non usarlo nelle situazioni d'emergenza.

c) Procedure di emergenza.

Predisporre vie ed uscite d'emergenza (obbligatoriamente indicate con apposita segnaletica) tenute libere da ingombri e dotate di luce d'emergenza.

Sarà compito del Responsabile individuare e quantificare l'emergenza in atto, adottare le eventuali misure per circoscriverle, predisporre l'evacuazione ordinata dei presenti.

PAGINA SINDACALE di A. Trabassi e F. Crudele

Federazione medici

Linee guida per il rinnovo della convenzione di medicina generale

marzo 1999

1. Il distretto socio-sanitario

I medici con rapporto di convenzione avranno un ruolo fondamentale nell'articolazione complessiva dell'offerta diversificata delle prestazioni di competenza distrettuale.

Le attività distrettuali che devono vedere impegnati i medici di medicina generale sono: l'assistenza domiciliare, la continuità assistenziale 24h/24, l'attività professionale all'interno di R.S.A., le attività di prevenzione, l'educazione sanitaria, la formazione e l'aggiornamento l'elaborazione e la gestione di linee guida condivise, diagnostiche e terapeutiche, di profili di cura, la verifica e la revisione di qualità, l'audit medico e le procedure di revisione tra pari.

2. Le graduatorie e l'accesso

a) iscrizione in graduatoria regionale unica, possibile agli abilitati al 31/12/94 e ai possessori dell'attestato di formazione, ai soli fini del conferimento di incarichi a tempo indeterminato di assistenza primaria e continuità assistenziale;

b) possibilità di iscrizione alla graduatoria regionale, ai fini dell'effettuazione di attività di sostituzione nei settori continuità assistenziale e assistenza primaria e del conferimento di incarichi anche a tempo indeterminato nell'emergenza territoriale, anche per i medici abilitati dall'1/1/95 non in possesso di attestato.

Gli incarichi professionali a tempo determinato conferiti in tale ambito, potranno essere affidati per periodi maggiori ai tre mesi senza soluzione di continuità.

Devono esser previsti tra i titoli valutabili tutte le attività afferenti alla convenzione compresi gli incarichi di medicina dei servizi a tempo deter-

minato e le attività territoriali programmate.

Dovrà essere, altresì, recuperata l'anzianità di iscrizione all'albo professionale.

Nell'ottica di una libera circolazione dei medici su tutto il territorio nazionale dovranno essere eliminati i 20 punti di regionalità.

3. L'AREA UNICA DI MEDICINA GENERALE

Il quadro normativo attuale, nel riconfermare l'area della medicina generale, prevede la ridefinizione, in ambito distrettuale, del ruolo del medico convenzionato che svolge tale attività.

Tale ruolo ricomprende, attualmente, le funzioni di medico di assistenza primaria e di medico di continuità assistenziale, ambedue afferenti all'unica figura professionale di medico di medicina generale.

Precondizione all'integrazione nell'organizzazione distrettuale dei medici di medicina generale è la completa integrazione, a pari dignità economico-professionale, delle due funzioni in cui si articola l'assistenza medica di base. A ciò si aggiunga la presenza, allo stato attuale dell'Emergenza Sanitaria Territoriale nell'ambito della Medicina Generale, scelta anche dettata dalla volontà di organizzare un servizio sanitario territoriale e meno ospedalocentrico. Allo stato dell'arte il servizio è già organizzato in diverse realtà ed utilizza risorse professionali qualificate la cui esperienza non deve essere dispersa.

3.1 *L'assistenza primaria*

Alcuni obiettivi:

riappropriazione del controllo e della cura delle patologie degenerativo - croniche, oggi fornite da una miriade di servizi diversi e tra loro non coordinati, anche attraverso un potenziamento delle proprie capacità assistenziali o l'utilizzazione di quelle di distretto (elettrocardiografi, ecografi, doppler, ecc. ecc.). Lo stesso discorso vale anche per la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie neoplastiche (mammella, utero e intestino ad es.);

potenziamento dell'offerta delle cure domiciliari, sia per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata sia per quanto riguarda l'introduzione di forme di assistenza domiciliare integrata sia per quanto riguarda l'introduzione di forme di assistenza domiciliare di patologie acute per le quali è possibile evitare il ricovero ospedaliero (patologie acute dell'apparato respiratorio, epatite virale, stroke ecc);

miglioramento assistenziale nei confronti della popolazione anziana ultra sessantacinquenne anche attraverso l'introduzione di bilanci di salute;

incentivazione reale e capillare dell'informazione dei medici di assistenza primaria, anche per il collegamento diretto ai distretti e ai Cup;

potenziamento e incentivazione dell'attività di medicina di gruppo e di qualificato associazionismo medico, (da regolamentare puntualmente a livello di accordo nazionale come garanzia di uniformità erogativa) anche attraverso l'utilizzo di personale segretariale e infermieristico messo a disposizione dall'AUSL o da quest'ultima rimborsato ai medici del gruppo e/o dell'associazione;

revisione della retribuzione, che negli ultimi dieci anni è stata fortemente compressa dall'incremento dei costi degli studi professionali e da nuove norme e tassazioni, anche attraverso la rivalutazione della quota capitaria per i pazienti anziani o portatori di patologie croniche, per i quali il carico assistenziale è sempre molto elevato;

superamento di ogni forma di deroga al numero massimale di scelte;

A regime è quindi ipotizzabile, anche in conseguenza dell'attività distrettuale, arrivare ad una liberalizzazione di scelte con possibile positiva ricaduta sull'occupazione.

3.2 *La continuità assistenziale*

Nonostante le regioni, in questi anni, abbiano sperimentato modalità di svolgimento diverse da quella istituzionalmente consolidata dall'A.C.N. vigente, è nostro convincimento che, per garantire una efficiente continuità assistenziale, sia necessario riproporre l'attuale sistema istituzionale che, giova ricordarlo, è riconosciuto servizio pubblico essenziale.

Ci inducono a tale determinazione le seguenti riflessioni:

a) l'attuale sistema a rete distrettuale, con presidi ben capilarizzati sul territorio, è fortemente rodato, è ben conosciuto dai cittadini e ha raggiunto livelli di assistenza più che soddisfacenti;

b) l'attuale organizzazione ben si confà ai meccanismi operativi del sistema integrato urgenza-emergenza "118" da cui non è ipotizzabile affrancare la continuità assistenziale.

Pur tuttavia, dovendosi realmente garantire l'urgenza nell'arco delle 24 ore, è ipotizzabile, per le 12 ore diurne, l'attivazione di forme sperimentali regionali non alternative in capo ai medici di famiglia o tramite forme di associazionismo.

Nel nuovo accordo collettivo nazionale dovranno essere inseriti alcuni punti maggiormente qualificanti il settore della continuità assistenziale.

In particolare:

rivalutazione e adeguamento degli aspetti retributivi;

completamento orario nelle attività distrettuali:

graduazione nella riduzione delle ore di incarico di continuità assistenziale proporzionalmente al numero di assistiti in assistenza primaria;

organizzazione del lavoro:

assenza giustificata con diritto al compenso.

Aspetti retributivi

Adeguamento sia dell'onorario professionale che dell'indennità oraria in ragione dello svolgimento notturno, prefestivo e festivo, prevedendo percentuali di incremento economico differenziate a favore di tale settore da sempre fortemente sperequato.

Rivisitazione dei meccanismi di calcolo utili sia alla copertura assicurativa per le assenze da malattia e gravidanza sia per il calcolo percentuale di previdenza al fine di una completa perequazione con quanto previsto per il settore dell'assistenza primaria.

Completamento orario

Il ruolo della continuità assistenziale deve essere riscritto attraverso una chiara formulazione dei compiti istituzionali e delle attività aggiuntive esitando sovrapposizioni con l'assistenza primaria, in particolare favorendo il processo di integrazione nell'ambito delle attività disrettuali.

In relazione a quanto sopra, è necessario superare l'attuale regolamentazione delle attività territoriali programmate prevedendo il completamento orario nei distretti sanitari nell'area professionale propria dei servizi territoriali programmate prevedendo il completamento orario nei distretti sanitari nell'area professionale propria dei servizi territoriali e attraverso la partecipazione alle attività relative all'assistenza domiciliare.

Rapporto convenzionale contemporaneo in continuità assistenziale e assistenza primaria

Compatibilità nei due settori anche oltre le 500 scelte con riduzione fino a 12 ore settimanali dell'incarico di continuità assistenziale.

Organizzazione del lavoro

Il nuovo modello organizzativo dovrà cogliere vari obiettivi:

piena integrazione del medico di continuità assistenziale nelle attività distrettuali;

piena integrazione delle attività del medico di continuità assistenziale con le attività dei medici di assistenza primaria, in particolare per la realizzazione dei progetti-obiettivo e per la gestione delle urgenze diurne;

specifica definizione dei compiti del medico di continuità assistenziale nell'ambito della gestione delle attività dell'emergenza sanitaria (118);

individuazione tra i medici dei presidi di un responsabile con funzioni di coordinamento delle attività e con il riconoscimento di una apposita indennità di funzione.

Assenza giustificata con diritto al compenso.

Il medico di continuità assistenziale ha a disposizione un monte ore annuo retribuito proporzionale all'impegno orario settimanale. Il sanitario potrà disporre del su indicato monte ore durante l'arco dell'anno solare, previa domanda all'Azienda da proporre, nel caso di assenza superiore a tre giorni, con un preavviso di giorni 15 e senza che ciò comporti variazioni (temporali ovvero economiche) nei pagamenti mensili.

4. L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

I medici dell'emergenza territoriale, nell'attesa che si realizzi l'eventuale passaggio alla dipendenza previsto dalla normativa vigente, devono mantenere l'attuale tipologia di rapporto convenzionale esclusivo con massimale a 38 ore. Coloro che, temporaneamente, avessero assegnato un massimale orario minore devono progressivamente vedere incrementato il loro debito orario fino a 38 ore.

Nelle more sarà comunque necessario, per orientare correttamente la progressiva evoluzione dell'emergenza territoriale, supportare normativamente e finanziariamente il passaggio dalla "fase sperimentale" alla "fase di consolidamento dell'esistente", attraverso la realizzazione di adeguate misure che intervengano:

sull'accesso dei medici;
sulla formazione permanente e sull'aggiornamento del personale;
sull'adeguamento dei livelli retributivi;
sulle garanzie assicurative;
sull'organizzazione del lavoro;
sul diritto all'assenza giustificata con diritto al compenso.

Accesso dei medici

Dovranno essere confermati gli attuali meccanismi di accesso alle attività di emergenza territoriale e, contemporaneamente, essere accelerate e ottimizzate le procedure per la formazione degli incaricati e di una quota congrua di sostituti e di reperibili.

Le esperienze fin qui maturate suggeriscono, comunque; per i medici già titolari di continuità assistenziale, anche al fine di evitare una inutile dispersione di risorse umane ed economiche, il superamento degli attuali meccanismi di reclutamento del personale. Per questi medici è ipotizzabile poter procedere alla loro formazione specifica in una fase immediatamente successiva al conferimento dell'incarico.

Formazione permanente e aggiornamento.

L'esigenza di garantire la massima efficacia nella risposta alle richieste di soccorsa rende indispensabile l'adeguata formazione e aggiornamento del personale con l'auspicabile contributo di Società Scientifiche specifiche del settore, prevedendo un congruo numero di ore annuali di

aggiornamento obbligatorio retribuito, anche se detti corsi fossero effettuati fuori dall'orario di lavoro.

Adeguamento dei livelli retributivi

Il prossimo A.C.N. dovrà prevedere:

il riconoscimento della specificità di funzione per i medici afferenti al settore con integrazione degli istituti economici e il riconoscimento di "attività usurante";

La definizione della indennità orarie in ragione dello svolgimento diurno, notturno e festivo;

La rivisitazione dei meccanismi di calcolo utili sia alla copertura assicurativa per le assenze da malattia e gravidanza sia per il calcolo percentuale di previdenza, al fine di una completa perequazione con quanto previsto per il settore assistenza primaria;

il premio di collaborazione e operosità, in analogia con quanto previsto dagli artt. 16 e 17 dell'allegato N del D.P.R. 484/96

Garanzie assicurative

E' necessario prevedere:

la rivalutazione della polizza contro gli infortuni subiti a causa o in occasione delle attività espletate adeguandola ai maggiori rischi;

la copertura assicurativa per responsabilità civile contro terzi in analogia ai medici dipendenti del pronto soccorso.

Organizzazione del lavoro

Assegnazione di compiti aggiuntivi:

attività organizzativa all'interno di un contesto operativo caratterizzato dalla complessità e dalla polifunzionalità;

partecipazione ai turni di responsabilità.

Assenza giustificata con diritto a compenso: vedi articolato per la continuità assistenziale.

Attività libero-professionale

L'esclusività del rapporto è da intendersi come attività convenzionata dell'ambito del S.S.N. e con le attività prestate in strutture accreditate con il S.S.N.

5. Attività territoriali Programmate

Così come attualmente normate, costituiscono il vero punto debole dell'A.C.N.

Non risultano che sporadiche esperienze di attivazione, assolutamente prive della benché minima programmazione.

Nella nuova convenzione dovranno invece, costituire l'ossatura di attività distrettuali coordinate e continuative.

6. La medicina dei servizi

I medici addetti alla medicina di servizi svolgono, in buona parte, attività tipicamente riconducibili al rapporto di dipendenza.

La quasi totalità delle regioni ha, infatti già classificato le attività di medicina dei servizi come "attività da ricondurre a rapporto di dipendenza" (D.L.vo 502/92 o successive modificazioni o integrazioni).

Per questi medici va previsto il passaggio al primo livello della dirigenza medica, ai sensi del combinato disposto D.L.vo 502/92, e successive modifiche, art. 8 - art. 2 punto q della legge delega 98 e con destinazione privilegiata nelle strutture organizzative del distretto.

Nelle more si dovrà prevedere per i medici che optino per il passaggio a dipendenza, la possibilità del tempo pieno configurando, così, una tipologia transitoria di rapporto convenzionale esclusivo.

Inoltre:

La partecipazione dei medici di medicina dei servizi ai progetti obiettivo in ambito distrettuale dovrà essere compiutamente regolamentata;

dovranno essere previste modalità di VRQ in analogia con la dipendenza;

dovranno essere previsti i trasferimenti interregionali.

Il compenso aggiuntivo sarà corrisposto per i titoli di doppio rapporto convenzionale fino alla concorrenza del tetto massimo delle ore di attività

La corretta corresponsione del compenso aggiuntivo previsto a norma del D.P.R. 484/96 per i medici titolari contemporaneamente di due convenzioni è stata oggetto di una vertenza che ha visto la C.U.M.I. impegnata in lunghe trattative con l'Assessorato Regionale alla Sanità Siciliano. La pubblicazione della nuova convenzione unica per l'area della medicina generale, che globalmente disciplina il settore dell'assistenza primaria, la continuità assistenziale e la medicina dei servizi, ha rafforzato la nostra convinzione che per i titolari di doppio rapporto le quote di compenso aggiuntivo debbano essere calcolate per il numero totale di ore di attività svolte. Cioè il compenso aggiuntivo, inteso come parte effettiva della retribuzione dei medici convenzionati, va corrisposto indipendentemente dal fatto che l'attività sia svolta con carattere di esclusi-

vità o meno e non deve essere rapportato ad una convenzione come avviene per la piena disponibilità. Infatti a differenza di quanto previsto per l'indennità di piena disponibilità nessuna opzione è richiesta dalla convenzione per il compenso aggiuntivo nel caso in cui il medico sia contemporaneamente titolare di due rapporti convenzionali compatibili. Grazie anche al supporto del parere formulato a riguardo dal nostro avvocato Puliatti, abbiamo intrapreso una serie di incontri con i dirigenti dell'assessorato culminati con la richiesta di un parere al Ministero alla Sanità.

In riferimento alla nota assessoriale n. 1N10/326 del 14.5.98 il Ministero, "attesa la legittimità della corresponsione delle quote parte del compenso aggiuntivo per ambedue i tipi di rapporto lavorativo" , asserisce che "il compenso medesimo va corrisposto fino alla concorrenza del tetto massimo delle ore di attività o della quota individuale prevista".

L'1.7.98 è stata così emanata una direttiva assessoriale a tutte le A.S.L. siciliane per regolarizzare le quote di caro vita ai titolari di doppio rapporto convenzionale previsto dal D.P.R. 484/98.

L'inizio di una siffatta erogazione del compenso aggiuntivo avrà decorrenza dalla pubblicazione della convenzione e comunque dal conferimento dei relativi incarichi. L'Assessorato Regionale alla Sanità, su nostro sollecito, si accinge ad emanare alle ASL specifici chiarimenti su quale rapporto tali quote debbano essere determinate e come debbano essere erogate in caso di due rapporti convenzionali svolti con ASL diverse. La corretta corresponsione del compenso aggiuntivo è un riconoscimento che premia il nostro impegno sindacale, un successo che va ben oltre l'ambito regionale e ci spinge sempre più ad un maggiore impegno per affrontare i restanti ed innumerevoli problemi del settore.

Cumi - Sicilia

Comitato "Pro-Taglienti" Cerro al Volturno

Un nutrito gruppo di cittadini cerresi, sentendo il bisogno di ricordare il Dott. Dante Taglienti, si è costituito in comitato (con autorizzazione comunale n 4935 del 9/12/98), per raccogliere fondi da destinare alla realizzazione di un busto bronzeo alla memoria.

Il Dott. Dante Taglienti, come ampiamente illustrato nel volume di imminente pubblicazione *il medico, l'uomo, il politico,* dello storico Prof Emiddio Izzi, per mezzo secolo è stato il punto di riferimento sanitario dei paesi dell'Alta Valle del Volturno, della Provincia di'Isernia, dei paesi del vicino Abruzzo e del vicino Lazio.

Frequentò il Liceo "Genovesi" di Napoli, dove conobbe Elena Croce, figlia di Benedetto Croce: è qui che si formò il suo pensiero politico-filosofico. Fu antifascista e nel referendum del 2 giugno '46, fu determinante, insieme allo scrittore Prof. Vincenzo Rossi ed al Direttore didattico Ermanno Izzi, per l'affermazione della Repubblica nel Comune di Cerro al Volturno (caso isolato nel Molise e nel Meridione d'Italia). Richiamato alle armi il 10 febbraio 1943 e catturato alle Bocche di Cattaro tra il 24 e il 25 settembre 1943, fu internato nel campo di S. Valentino nei pressi di Mathausen, ove fu liberato dalle truppe alleate il 5 maggio 1945. Cominciò, così, ad esercitare la sua missione di medico, che lo vide impegnato ventiquattro ore su ventiquattro per più di cinquant'anni ininterrottamente, senza pretendere una lira da parte dei pazienti.

Ricordare e valorizzare l'impegno profuso dal Dottor Taglienti è un atto doveroso, soprattutto oggi che tutto è rapportato al metro di valutazione del denaro. La sua opera di impegno civile sia di esempio a tutti, specialmente ai giovani che costituiranno la futura società.

Si chiede un contributo, affinché sia realizzata l'opera intrapresa, da lasciare presso la segreteria dell'Ordine di Isernia.

Il Comitato Pro Taglienti

AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICATO STAMPA IN MARGINE AL CASO LONGOSTREVI

La stampa di informazione nel dare la notizia della reintegrazione del prof. Longostrevi nella professione e della sospensione comminata ai medici milanesi dal GIP Enrico Tranfa, per corruzione, ha espresso ancora una volta perplessità sul ruolo degli Ordini dei medici in questa vergognosa vicenda.

La FNOMCeO mentre precisa che una legge istitutiva vecchia di 90 anni le attribuisce compiti di coordinamento e indirizzo e che spetta esclusivamente agli Ordini provinciali dei medici l'autonomia decisionale in tema di provvedimenti disciplinari nei confronti dei propri iscritti, rileva che l'Ordine di Milano non poteva comportarsi altrimenti in questa circostanza, stante la legislazione vigente e che in uno Stato di diritto nessun imputato può essere ritenuto colpevole finchè una sentenza definitiva della Magistratura non lo abbia riconosciuto tale.

E' tuttavia la rilevanza degli illeciti compiuti da pochi medici e lo scandalo suscitato da alcune loro dichiarazioni e confessioni, non può che meritare la più ferma riprovazione morale di tutti i medici onesti per il danno arrecato, a seguito di tali comportamenti, alla immagine, al decoro e alla dignità della professione e all'intera collettività.

La FNOMCeO è certa che l'Ordine dei dei medici di Milano saprà attuare in questa circostanza sollecitamente tutti i precedenti percorribili atti a restituire ai cittadini una indispensabile piena fiducia nella istituzione e soprattutto nei medici ai quali affidano la loro salute.

Breve storia dell'A.M.S.I.
(Associazione Medici Scrittori Italiani)

L'A.M.S.I. nacque nel 1951 quando l'esimio chirurgo torinese Achille Mario Dogliotti, riunendosi con altrettanto valenti medici tra cui lo stomatologo friulano Nello Falomo e l'internista Alessandro Ferrari decisero di organizzare a Torino, in seno alla Mostra Internazionale delle Arti Sanitarie, una mostra di libri scritti da medici e riguardanti sia la saggistica, che la narrativa, che la poesia.

Tale fu l'entusiasmo, da stimolare il gruppo, già allargato, a riunirsi, ospiti del prof. Piero Berri, primario medico a Rapallo, musicologo e scrittore illustre e a fondare l'A.M.S.I. Da allora sono entrati a far parte dell'Associazione nomi emeriti della medicina italiana quali Aldo Spallicci, F.T. Barbieri, Urio Clades, A. Ferrari, I. Gobessi, R. Magrì, C.F. Zanelli. A questi antesignani si aggiunsero molti altri tra cui G. Giustina, C. Nasi, C. Tumiati, F. Granone, C. Contini, M. Tobino, C. Levi...e tanti altri ancora, nomi tutti prestigiosi, autori di autentiche opere letterarie, immortalate da premi letterari importanti, come il Viareggio, il Bancarella e altri.

I presidenti dell'A.M.S.I. sono stati nell'ordine:

Aldo Spallicci, Pietro Berri, Nora Rosanigo, Marco Marzollo e, attualmente, Luigi Devoti, noto saggista, ex primario di chirurgia dell'ospedale di Frascati. Da quei lontani tempi, l'A.M.S.I. è andata avanti, accompagnata da una gloriosa bandiera, che è la rivista letteraria "La serpe". La pubblicazione ne prese il via nel 1952 per opera di Corrado Tumiati, che ne assunse la direzione e a cui dette il nome, ispirandosi al simbolo di Esculapio.

Per merito dell'A.M.S.I. e più precisamente di Pietro Berri nacque e tuttora vive l'U.M.E.M. (Unione mondiale scrittori medici), alla quale aderiscono venti stati europei e americani.

Lo scopo dell'associazione è quello di diffondere le nostre opere letterarie, di scoprire nuovi talenti e soprattutto di mantenere viva nella classe medica la tradizione umanistica che ha radici ben salde, antiche, nel ricordo e nel rispetto di Ippocrate.

L'adesione all'A.M.S.I. è aperta a tutti i colleghi di qualsiasi branca medica e che, fattane domanda al presidente in carica, sempre molto disponibile, vogliano entrare a far parte di questa grande e affiatata famiglia e ne siano valutati all'altezza.

Ogni anno, l'A.M.S.I. organizza un piacevolissimo congresso nazionale e, ogni due, un prestigioso premio letterario.

Per ulteriori informazioni, potete contattare la dott.ssa Patrizia Valpiani, Corso Giulio Cesare, 60- 10154- TORINO tel. 011-85.09.65 oppure direttamente il presidente: Dott. Luigi Devoti, Via Casale Mazzini, 4700040- Montecompatri (ROMA) tel 06-94.85.060

Ringraziando per l'ospitalità porgo, a nome di tutta l'A.M.S.I. e miei personali, cordiali distinti saluti

Il presidente
Dott. Luigi Devoti

PAGINA CRAL

Pubblichiamo più di seguito il programma di massima, approvato dal consiglio direttivo del CRAL, relativo all'anno 1999.

Gennaio
5. Festa della befana;
16. Teatro a Roma "IL Rugantino".
30. Teatro a Napoli con Vittorio Marsiglia

Febbraio
13. Festa di Carnevale.
18. Corso di sci a Capracotta.

Marzo
6. Corso di sci a Capracotta.

Maggio
8. Teatro a Roma "L'anatra all'arancio".
23. Teatro a Napoli "Il Rugantino".
29/30. Gita a Orvieto Chianciano Montepulciano Siena.

Giugno
Gita domenicale.

Luglio
24. Settimana azzurra a Ischia.
Settimana azzurra a Rimini.

Agosto
Tutto il mese in piscina.

Settembre
Gita.

Ottobre
Serata teatrale a Napoli o Roma.

Novembre
Serata teatrale a Isernia.

Dicembre
Visita ad un presepe vivente.