

AESERNIA MEDICA

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

Anno VII, n. 1, 2000 - Trimestrale



Costume fine secolo
Mostra
Roccamandolfi

ROCCAMANDOLFI. Mostra del costume 5-31 agosto 2000

Anche quest'anno a Roccamandolfi una mostra sul costume antico del paese offre ai visitatori, studiosi o curiosi, una bella pagina sul passato di una regione, il Molise, sempre poco visibile, ma non per colpa di ciò che la contraddistingue quanto invece per scarsa attenzione alle sue peculiarità reali e di indiscusso peso culturale. Ormai una moda dilagante, legata più alla rendita di modelli elettoralistici che culturali, rischia di appiattire l'attenzione culturale sulle feste dell'effimero o patronali, con tutto il rispetto per queste ultime quando riescono a salvare il marchio d'origine. Ma torniamo a Roccamandolfi. Qui, in silenzio, associazioni e soggetti pubblici, più le prime che i secondi, hanno allestito in un ampio salone della Parrocchia una bella mostra che sollecita interessi culturali e regala informazioni sul costume, sulle tradizioni, sulla storia di una comunità. Le cose in vista non sono molte: manichini in costume (donna nubile, maritata, vedova) con originali decori d'oro e d'argento fatti di spilloni, collane, vistosi orecchini. E alle pareti fotografie, molte fotografie d'epoca, spesso corredate di attestazioni, diplomi, medaglie. Tra questi riconoscimenti, tutti autorevoli, spicca quello riferito al primo premio vinto dal costume roccolano alla Mostra Internazionale di Tokio, in Giappone, nel 1953. Va fatta un'amara considerazione. Una mostra del costume molisano non è sempre presente nelle mille manifestazioni che si ripetono ormai quasi noiosamente qua e là nella regione. Non esiste un museo del costume fruibile tutti i santi giorni dell'anno. Eppure sono in fase di completamento strutture museali in molti centri senza che uno solo di essi contenga sulla carta almeno a che cosa sarà adibito. Resistono, sul piano del costume, ancora alcuni "gruppi" coraggiosi che girano il mondo, ma un riferimento permanente in regione alla storia di abiti e balli folcloristici è sempre di là da venire. Per fortuna abili penne, come quella di Ada Trombetta, hanno fissato in bellissimi testi queste memorie del passato, ma la loro scarsa diffusione persino nelle scuole ormai ne fa carta per archivi, cioè per studiosi, estranea alla cultura comunitaria, merce rara in Molise.

AESERNIA MEDICA

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

Consiglio Direttivo

Franco Carugno, Presidente
Wanda Mazza, v. Presidente
Mario Testa
Lucio Di Bernardo
Iva Di Cristinzi
Antonia Evangelista
Carmelo Del Buono
Anna Morcone
Carmela Rinaldi
Vincenzo Carone

Collegio Revisori

Eustachio Coia, Presidente
Luciano D'Agostino
Ersilia De Marco
Filomena Di Nunzio

Commissione Odontoiatri

Mario Testa
Davide Tagliaferri
Danilo Cané
Giovanni Angeloni
Trino Di Cristinzi

Direttore responsabile
Natalino Paone

Coordinatore editoriale
Luciano D'Agostino

Comitato scientifico
Angelo Trabassi
Carlo Olivieri
Costantino Kniahynicki

Comitato di redazione
Fernando Crudele
Mario Testa
Michele Notario
Alfredo Volpacchio

Segreteria di redazione
Mara Ionata

Anno VII, n. 1, 2000
Trimestrale

Autorizzazione
Tribunale di Isernia n. 39

Stampa: Litotipografia
F. Ciolfi - Cassino

SOMMARIO

EDITORIALE	2
RICORDO DI	3
BOLLETTINO SCIENTIFICO	4
VITA DELL'ORDINE	25
LEGGI E DECRETI	26
AVVISI E NOTIZIE	27
LETTERE ALL'ORDINE	38
ATTIVITÀ RICREATIVE DELL'ORDINE	39

Editoriale

L'ORDINE, IL RUOLO, LE INIZIATIVE

La consapevolezza delle difficoltà e della conseguente crisi d'identità in cui versa la categoria medica, impongono un rinnovato slancio nelle iniziative di sostegno per la professione, senza che queste ultime riguardino la tradizionale funzione di difesa sindacale, di altrui competenza.

Obiettivo prioritario è ritrovare compattezza e unità d'intenti.

Tale fine è conseguibile solo se ci aggregheremo intorno ai valori immutabili della professione, quali:

la tutela della salute del paziente, la qualità tecnica ed umana.

Il mantenimento delle specifiche competenze nel tempo, il rispetto del codice deontologico.

In tal senso, le conseguenti iniziative, nei limiti delle possibilità, saranno improntate alla promozione dei summenzionati valori.

Tuttavia, nell'intento di consultare l'intera professione medica, è stato anche inviato

un questionario, per raccogliere informazioni, aspettative, umori allo scopo di configurare ruolo ed attività da assumere in ambito ordinistico.

Il nuovo ruolo dovrà essere ridisegnato dando risalto, oltre a quanto già menzionato, anche al mutato rapporto medico - paziente, al rapporto con le associazioni dei cittadini, con i mass media, alla formazione (in futuro anche all'accreditamento), alla collaborazione istituzionale, alla creazione di un ambiente culturale favorevole alle innovazioni, in particolar modo organizzative del lavoro, alle politiche paritarie, alla creazione di occasioni culturali e ricreative di incontro.

Non sarà affatto facile dare corpo alle suddette iniziative, perché gli Ordini, se non interverrà la tanto attesa riforma, non hanno strumenti idonei a garantire appieno qualità e competenza professionale degli iscritti e soprattutto vivono in una cronica carenza di risorse.

Nonostante ogni difficoltà si porrà il massimo impegno nel rendere attuabile il programma di lavoro prefisso.

*Presidente
Franco Carugno*

Ricordo di Eliodoro Pirone

Si è spento il canto

Carissimo Eliodoro, non ti ho mai nascosto che anche per me il tuo nome restava insolito, non solo per "zì Minguccio". E come per destino dal tuo nome hai saputo sprigionare solarità d'animo. Così io ti ricorderò. Le nostre strade, anche se per un breve tratto, si sono incontrate e da allora insieme abbiamo percorso lo stesso cammino nell'amore per la nostra Terra. Nelle storie che mi raccontavi e che ritrovavo poi sui tuoi libri, emergeva con forza il senso di appartenenza alla tua Terra, le radici che fortemente ti legavano alla sua gente che descrivevi con affetto, con ironia, con curiosità, mai con disprezzo. Serberò i tanti aneddoti come fossero segreti, come quelli sulla persona di mio padre. A volte, prepotente, affiorava in te, il fanciullo carico di vita, di ricordi e di velata sofferenza che spesso aveva il volto dell'America. Quella, che rapiva i giovani della tua Terra e che un giorno aveva rapito anche tuo padre. Fanciullo inconsapevolmente adulto tra le pieghe di un addio, le coltri di un'attesa e le vaghe e svolazzanti speranze del ritorno. Già il tuo nome era divenuto simbolo di ritorno, di focolare, di famiglia. Quanta strada dal tuo "ultimo banco". Hai scritto splendidi racconti sulla tua Terra e sulla tua gente ma meglio hai saputo fare con la tua vita, scritta giorno per giorno. Noi non resteremo a mani vuote, dalle innumerevoli pagine della tua vita potremo cogliere gli insegnamenti di solidarietà, di amicizia e di amore. Ciao, tuo Luciano.

"dei grilli saltellanti in canto
cri...cri...cri...cri
si è spento sui prati fresco falciati.
Nostalgie di trilli
tremolanti nell'aria e di lumi
nel silenzio delle notti stellari...
mentre il fiume scorre lento nella riva
stupita.

Da "Pietre di fiume"
di Eliodoro Pirone.

Bollettino scientifico

Un caso di TETANO GRAVE

M.L. Di PALMA, C. TORRACO
U.O. di Anestesia e rianimazione
Ospedale F. Veneziale, Isernia

Introduzione

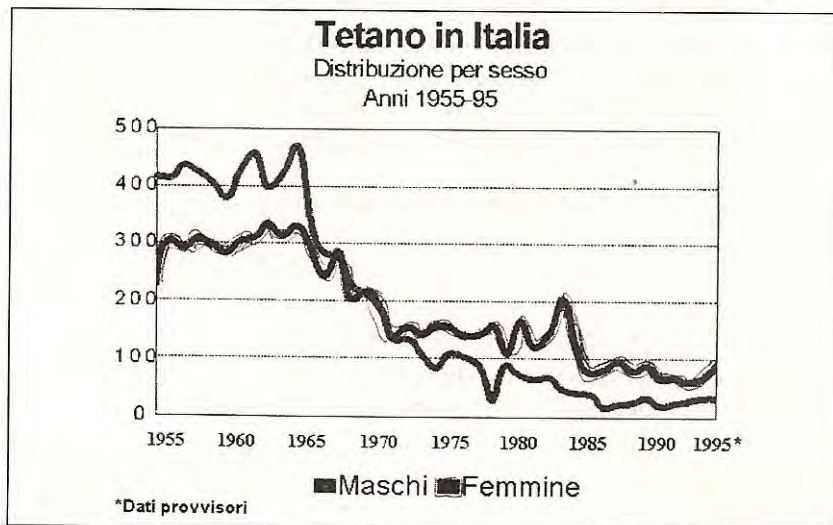
Il TETANO è una malattia ad elevata letalità provocata dalla esotossina di *Clostridium tetani*, un bacillo gram-positivo anaerobio obbligato.

Le spore di questo microrganismo, ubiquitarie nel suolo e nella polvere, penetrano nell'organismo ospite attraverso soluzioni di continuità della

cute e delle mucose, ed in presenza di tessuti necrotici, anossia, corpi estranei, altre infezioni, possono trasformarsi in forme vegetative ed elaborare una neurotossina, la tetanospasmina.

La tetanospasmina raggiunge il sistema linfatico ed il torrente ematico; si lega alle terminazioni nervose localmente ed a distanza e risale all'interno dell'assone o nell'involucro perineurale fino al corpo del neurone nel midollo spinale o nel tronco encefalico.

Il risultato dell'azione tossica della tetanospasmina è rappresentato dalla disinibizione dei motoneuroni spinali per cui si verifica un passaggio non selezionato di tutti gli sti-



moli eccitatori con conseguenti caratteristiche contrazioni sia dei muscoli agonisti che antagonisti. 1-2-3

La tetanospasmina perturba ugualmente la trasmissione a livello delle sinapsi eccitatorie colinergiche del sistema nervoso autonomo provocando una iperattività simpatica che si traduce in *poussée* ipertensive e tachicardia. 4

È altresì presente una iperattività parasimpatica per l'azione della tetanospasmina sul nervo vago. 5

La sintomatologia del tetano è dunque dominata da;

- Segni muscolari(contratture, spasmi dolorosi localizzati o generalizzati con una serie di manifestazioni più o meno caratteristiche come trisma, riso sardonico, opistotono, ecc)
- Segni cardiovascolari(tachicardia, ipertensione arteriosa, bradicardia, arresto cardiaco)
- Febbre più o meno elevata

In riscontri autoptici è frequente il colore di "carne lessa" al taglio delle

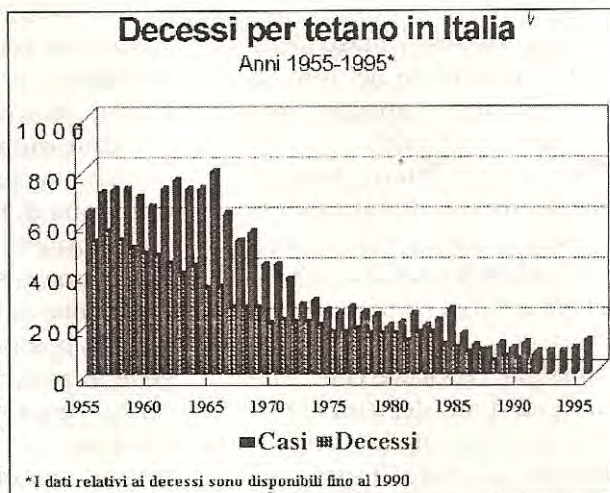
masse muscolari, all'interno delle quali possono essere rilevate lacerazioni di fibre con microemorragie. 6

La sintomatologia clinica è provocata anche da piccolissime dosi di tossina insufficienti ad indurre risposta anticorpale.

Alla guarigione del tetano pertanto difficilmente segue immunità nei confronti di ulteriori infezioni.

Obbiettivi della TERAPIA sono:

- neutralizzare la tossina non legata
- eliminare ogni residuo focolaio di infezione da *Clostridium tetani*
- supporto sintomatico ottimale finché persiste l'effetto della tossina legata. 7-8-9 10



Epidemiologia del tetano

Dopo la lenta ma costante diminuzione dei casi di tetano in seguito alla vaccinazione obbligatoria per le categorie professionali a rischio (1963) e per i nuovi nati (1968), a partire dal 1991 è stata osservata nuovamente una tendenza all'aumento dei casi di questa malattia in soggetti non immunizzati o incompletamente immunizzati.

La fascia di età maggiormente colpita è stata quella compresa tra 65 e 69 anni per il sesso maschile e tra 80 e 84 anni per il sesso femminile.

Il sesso femminile risulta più colpito rispetto al maschile

CASO CLINICO

Paziente di sesso maschile, di anni 68, ricoverato nel reparto di medicina generale per "ischemia cerebrale".

All'anamnesi: Infarto Miocardico Acuto e lieve insufficienza renale cronica. All'ingresso in ospedale presenta modesto deficit di forza emilato destro, disartria, modico trisma, rachialgia cervicale con dubbia rigidità nucale, temperatura corporea nella norma. Durante la notte il paziente

viene trasferito in Rianimazione per arresto cardiorespiratorio. Dopo le opportune manovre di rianimazione il paziente sedato e curarizzato viene sottoposto a ventilazione meccanica.

Una TAC eseguita d'urgenza senza m.d.c. mostra un quadro cerebrale normale. Gli esami eseguiti sul Liquor (fisico-chimico, colturale, ricerca anticorpi anti virus) risultano nella norma.

ECG, dosaggio dei marcatori biochimici dell'IMA (mioglobina, troponina, CK-MB) risultano nella norma.

Durante le prime 24 ore compaiono episodi di tachicardia (140/min) e ipertensione arteriosa (220/120 mmHg) nonostante la sedazione profonda con ipnotici, oppiacei e curarizzazione continua. E' assente la febbre.

Questi episodi si presentano più volte durante la prima settimana, anche se tendono a diminuire di frequenza.

Alla sospensione della curarizzazione o se si diminuisce l'infusione dei sedativi si assiste alla comparsa di ipertono generalizzato con opistotono senza ripresa dello stato di coscienza.

Il tono muscolare si normaliz-

za dopo 30 giorni dall'ingresso in Rianimazione, quindi inizia il periodo di svezzamento dal respiratore e dopo 3 settimane il paziente è in respiro spontaneo valido.

Nel frattempo il paziente ha presentato febbre più o meno elevata, focolai broncopneumonici multipli con colture di broncoaspirato positive per pseudomonas aeruginosa, candida albicans, quadri clinici e radiologici di edema polmonare.

Tracheotomia temporanea all'ottavo giorno di ricovero.

All'ingresso in rianimazione non si repertano ferite grossolane ma solo piccole abrasioni a carico degli arti superiori e inferiori; dopo 5 giorni si evidenzia una vasta area necrotica sulla superficie volare dell'avambraccio sinistro che si asporta e si analizza

Si somministrano immunoglobuline antitetaniche (1000 U.I.im.), si decide di non effettuare immunizzazione attiva per le precarie condizioni del paziente.

denuncia di infezione tetanica
Terapia per l'edema cerebrale
Metronidazolo: 2 g/die per 8 giorni.

L'antibioticoterapia è stata variata più volte su indicazio-

ne di antibiogrammi
Alimentazione parenterale ed enterale

Chiusura tracheostomia dopo 50 gg.

Dopo 75 giorni di degenza il paziente viene dimesso dal nostro reparto e inviato in un centro per la necessaria riabilitazione che peraltro aveva già iniziato al momento della normalizzazione del tono muscolare.

Discussione e conclusioni

E' sempre più raro, fortunatamente, osservare un caso di tetano. Bisogna tenere presente la possibilità di un tetano in un paziente che presenta sintomatologia neurovegetativa importante con crisi di ipertono muscolare generalizzato pur in assenza di coscienza. Le indagini di laboratorio e radiologiche permettono la diagnosi differenziale con altre patologie; nel nostro caso: ischemia cerebrale, infarto miocardico acuto, meningoencefalite.

Riassunto

Si riporta un caso clinico relativo alla diagnosi differenziale tra tetano, ictus cerebrale

ischemico e infarto miocardico acuto. Un uomo di 68 anni, con segni clinici di ischemia cerebrale è stato ricoverato in rianimazione per arresto cardiaco. Nelle prime 24 ore ha presentato stato di coma profondo, crisi di tachicardia e ipertensione; nei giorni successivi alla sospensione della sedazione si manifestavano crisi di ipertono muscolare generalizzato. All'anamnesi risultava infarto miocardico acuto nei mesi precedenti. Si notavano piccole escoriazioni sugli arti superiori ed inferiori e la comparsa in quinta giornata di una vasta area necrotica che interessava la regione volare dell'avambraccio sinistro. Gli esami di laboratorio e strumentali, la sintomatologia neurovegetativa importante e caratteristica, le crisi di ipertono muscolare generalizzato, ci hanno indirizzato nella diagnosi differenziale tra tetano, ictus ischemico, infarto miocardico acuto, meningo encefalite.

Bibliografia

1. Civetta J.M. Trattato di rianimazione e terapia intensiva. Edizione italiana. Antonio Delfino Editore.
2. Rippe J.M., Irwin R.S., Fink M.P., Cerra F.B. Trattato di terapia intensiva. Antonio Delfino editore: 1998
3. Tinker J. Rapin M. Trattato di Rianimazione e terapia intensiva. II edizione. Roma Antonio Delfino editore. 1986
4. Kerr. J. H. Current topics in tetanus Intensive care med. 1979, 5: 105-10
5. Berton C. Kempf J. Jaeger A.-Conduite pratique de la réanimation du tétanos de l'adulte- Edition Techniques-Encycl.. Méd. Chir. (Paris-France), Anesthésie-Réanimation, 36-984-A- 70,6 p.
6. Ascenzi A. Mottura G. Anatomia Patologica. UTET editrice. Edizione 1997.
7. Gasparetto A, Gritti. La Rianimazione polivalente. Tipografia La Garangola. Padova 1978
8. Teodori V. Gentilini P. Trattato di medicina interna. V edizione. Roma Società Editrice Universo. 1983
9. Goodman L.S., Gilman A. Le basi farmacologiche della terapia. VIII edizione. Bologna Zanichelli 1992
10. Bizzi B. Tabucchi M. Farmacoterapia UTET edizione 1997.

**LINEE GUIDA SANITARIE
PER IL RILASCIO E/O
RINNOVO
DELLE PATENTI DI GUIDA.
CONSIDERAZIONI SULLE
CAUSE
DEGLI INCIDENTI STRADALI
E COME PREVENIRLI**

Dr. Nicola Scarabeo

Possedere la patente di guida è, oggi, una necessità e, di conseguenza, i giovani cercano di ottenerla appena raggiunta la maggiore età.

Ciò dipende dal fatto che la macchina è usata sempre più per motivi di lavoro e, quindi, il suo utilizzo è indispensabile, al pari della conoscenza dei più avanzati mezzi informatici.

In sintesi, non guidare equivale a non seguire l'evoluzione tecnologica del nostro tempo e implica una serie di difficoltà soprattutto per chi vive lontano dal centro urbano.

Fatta questa breve premessa, passiamo a trattare l'argomento che ci interessa.

Per il conseguimento e/o rinnovo della patente di guida bisogna munirsi del certificato medico introduttivo di idoneità fisica e psichica.

Allo stato, esistono due tipi di

patente di guida: quella "**normale**" e quella "**speciale**".

Si occupano dell'argomento il Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285 (pubblicato sul S.O. alla Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18.05.1992 - serie generale) ed il relativo Regolamento di esecuzione emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 (pubblicato sul S.O. alla Gazzetta Ufficiale n. 303 del 28.12.1992 - serie generale), il D.P.R. 16.09.1996 n. 610 (pubblicato sul S.O. alla Gazzetta Ufficiale n. 284 del 4.12.1996).

L'art. 119 del precitato Decreto Legislativo, al punto 1°, dice: "non può ottenere la patente di guida chi è affetto da malattia fisica o psichica, deficienza organica o minorazione psichica, anatomica o funzionale **tale da impedire di condurre con sicurezza veicoli a motore**"

Al punto 2° aggiunge: "l'accertamento dei requisiti fisici e psichici è effettuato dall'Ufficio dell'Unità Sanitaria Locale, territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale".

L'accertamento suindicated può, altresì, essere effettuato dai medici di seguito elencati:

- medico responsabile dei servizi di base del Distretto sanitario;
- medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della Sanità;
- ispettore medico delle Ferrovie dello Stato;
- medico militare in servizio permanente effettivo;
- medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato;
- medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco;
- ispettore medico del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale.

Al punto 3° precisa che l'accertamento "deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida".

Il rilascio di questo certificato permette l'ottenimento della così detta "**patente normale**".

La visita effettuata dai predetti medici, abilitati al rilascio della certificazione relativa alla patente normale, consiste, tra l'altro, nel raccogliere la storia clinica del richiedente e nel compilare un apposito questionario che viene fatto firmare dal richiedente il certi-

ficato in modo da responsabilizzarlo nel caso di false dichiarazioni, e nell'accertare l'efficienza degli arti, della vista, dell'udito e dei tempi di reazione (ove richiesto).

Per quanto concerne l'efficienza degli arti, sono da considerare le alterazioni anatomiche e funzionali - considerate singolarmente e nel loro insieme - tali da menomare la forza o la rapidità dei movimenti necessari per eseguire con sicurezza tutte le manovre inerenti la guida di quei determinati tipi di veicoli ai quali la patente abilita. L'efficienza degli arti deve essere valutata senza l'uso di apparecchi di protesi od artesi. Non sussistendo questi requisiti non si ha diritto alla patente normale; potrà, però, essere richiesta la patente speciale il cui rilascio è demandato alla "**COMMISSIONE MEDICA COLLEGIALE PROVINCIALE**" appositamente costituita in ogni capoluogo di Provincia. Questa commissione è composta da: un medico appartenente ai servizi territoriali della riabilitazione, da un ingegnere del ruolo della Direzione generale della M.C.T.C., due medici abilitati al rilascio della patente normale (provenienti

da Amministrazioni diverse), uno psicologo. La Commissione è presieduta dal medico responsabile dell'Ufficio medico-legale della Unità Sanitaria Locale del capoluogo di Provincia.

Per il rilascio della patente delle categorie A - B - C, la commissione dovrà valutare se le minorazioni anatomiche o funzionali a carico degli arti o della colonna vertebrale possono essere vicariate o assistite con l'adozione di adeguati mezzi protesici od artesici o mediante adattamenti particolari ai veicoli da condurre.

REQUISITI VISIVI

1) - per il conseguimento, per la conferma di validità o per la revisione della patente di guida per motoveicoli ed autoveicoli di qualsiasi categoria è necessario che il richiedente

possieda campo visivo normale e senso cromatico sufficiente per distinguere rapidamente e con sicurezza i colori in uso nella segnaletica stradale, una sufficiente visione notturna e la visione binoculare;

2) - per il conseguimento o la conferma di validità della patente di guida per motovei-

coli ed autoveicoli delle categorie A e B occorre possedere un'acutezza visiva non inferiore ai dieci decimi complessivi con non meno di due decimi per l'occhio che vede meno, raggiungibile con lenti sferiche (positive o negative) di qualsiasi valore diottrico, purché la differenza tra le due lenti non sia superiore a tre diottrie;

3) - per il conseguimento, la conferma di validità o la revisione della patente di guida per gli autoveicoli delle categorie C - D - E occorre possedere un'acutezza visiva pari ad almeno 14 decimi complessivi con non meno di 5 decimi nell'occhio che vede di meno, raggiungibili con lenti sferiche (positive o negative) di qualsiasi valore diottrico, purché la differenza tra le due lenti non sia superiore a tre diottrie e l'acutezza visiva non corretta sia almeno pari ad un decimo per ciascun occhio;

4) - nel caso di visus naturale al di sotto del minimo prescritto per vizio miopico da un occhio ed ipermetrico dall'altro, correggibile rispettivamente con lenti sferiche (negative o positive), la differenza di rifrazione tra le due lenti

non può essere, del pari, superiore a tre diottrie;

5) - nel caso in cui la correzione si renda necessaria per un solo occhio, il grado di rifrazione della lente non potrà essere superiore a tre diottrie (sia positive che negative); 6) - quando alle lenti di base sferica sia associata una lente cilindrica, il calcolo della differenza della rifrazione deve essere effettuato tenendo conto soltanto del valore diottrico delle lenti sferiche di base;

7) - nel caso di visus naturale al di sotto del minimo prescritto per solo vizio astigmatico, correggibile con lenti cilindriche (positive o negative), non si stabiliscono vincoli diottrici ma l'uso di dette lenti deve essere tollerato ed efficace;

8) - l'acutezza visiva può essere raggiunta anche con l'uso di lenti a contatto. In tal caso è opportuno disporre di un paio di occhiali correttivi ed adatti di scorta;

9) - il visus raggiunto dopo l'impianto di lenti artificiali endococulari deve essere considerato, in sede di esame, come visus naturale;

10) - le patenti di guida delle categorie C - D - E non devono essere rilasciate nè confermate se il candidato o conducente

possiede un campo visivo ridotto o se è colpito da diplopia o da visione binoculare difettosa.

Saranno inviati alla Commissione medica collegiale provinciale per il rilascio delle "patenti speciali" tutti i monocoli o persone con altre menomazioni visive purché abbiano nell'occhio superstite un'acutezza visiva non inferiore a Otto decimi, raggiungibili con qualsiasi correzione di lenti - anche a contatto - se tollerate ed efficaci, oltre ad avere, ovviamente, campo visivo e senso cromatico normale e sufficiente visione notturna.

REQUISITI UDITIVI

1) - per il conseguimento, la conferma di validità e/o la revisione della patente di guida per motoveicoli ed autoveicoli delle categorie A e B occorre percepire da ciascun orecchio la voce di conversazione con fenomeni combinati a non meno di due metri;

2) la funzione uditiva può essere valutata con l'uso di apparecchi correttivi dell'udito monoaurali o binaurali purché tollerati. L'efficienza della

protesi deve essere certificata dal costruttore con data non anteriore a tre mesi;

3) - per il conseguimento, la conferma e/o la revisione della patente di guida per autoveicoli delle categorie C - D - E occorre percepire la voce di conversazione con fenomeni combinati a non meno di otto metri di distanza complessivamente e a non meno di due metri dall'orecchio che sente meno senza l'uso di apparecchi correttivi. Saranno inviati alla Commissione medica collegiale provinciale, abilitata al rilascio dei certificati per le patenti speciali A - B - C tutti coloro che non raggiungono i requisiti uditivi richiesti per la patente di guida normale A e B purché i veicoli siano muniti, su ambedue i lati, di specchi retrovisori.

TEMPI DI REAZIONE

Per il rilascio della patente di guida normale delle categorie C - D - E occorre avere i tempi di reazione, in atteggiamento misto, distintamente per stimoli semplici luminosi ed acustici sufficientemente rapidi e regolari per poter essere classificati, in ciascuna prova, alme-

no nel quarto decile della scala decilica di classificazione.

MALATTIE INVALIDANTI

Il Regolamento di esecuzione, nell'appendice II, elenca le malattie invalidanti che, allorché non danno sicurezza alla guida, non consentono il rilascio della patente di guida. Queste malattie sono: affezioni cardiovascolari, diabete, malattie endocrine, malattie del sistema nervoso, malattie psichiche, assunzione di sostanze psicoattive, malattie del sangue, malattie dell'apparato uro-genitale.

Passiamo, ora, ad esaminarle singolarmente tracciando le linee guida per il rilascio della patente di guida.

Per quanto concerne le affezioni cardiovascolari ci è di grande aiuto la società Europea di Cardiologia che ha stabilito i criteri di concessione della idoneità alla guida di autoveicoli.

Il dettaglio è merito della Task Force costituita nel 1995 che, dopo tre anni di lavoro, ha emanato delle inedite linee guida pubblicate di recente sull'European Heart Journal e che qui di seguito vengono riportate:

DIAGNOSI	CRITERI DI ESCLUSIONE DI QUELLI CHE GUIDANO SOLO MOTOCICLI, AUTOMOBILI E PICCOLI AUTOCARRI	CRITERI DI ESCLUSIONE CHE RIGUARDANO AUTISTI DI MEZZI CON PESO SUPERIORE ALLE 3,5 TONNELLATE OPPURE ADIBITI AL TRASPORTO DI PASSEGGERI
Angina pectoris	Sintomi a riposo o alla guida	Storia di angina, uso di anti-anginosi
Infarto del miocardio Rivascolarizzazione (PTCA, bypass)	Prime 4 settimane Prime 4 settimane per bypass Prima settimana per PTCA	Prime 6 settimane Prime 6 settimane Prime 6 settimane
Iperensione	nessuno	PAS maggiore di 180 e/o PAD maggiore di 100 mm Hg
Aneurisma aortico	nessuno	Diametro aortico maggiore di 5 cm
Insufficienza cardiaca	sintomi a riposo o alla guida	Sintomi persistenti, asintomati- ci se con frazione di eiezione minore 40% aritmie minaccio- se, bassa capacità di esercizio
Trapianto cardiaco	sintomi persistenti	
Valvulopatie	nessuno	Sintomi persistenti, embolismi cerebrali o sintomi durante terapia anticoagulante
Cardiopatie congenite	nessuno	Patologie gravi o complicate
Cardiopatia ipertrofica	nessuno	Sintomi persistenti, asintoma- tici, con storia familiare di morte improvvisa. Tachicardia ventricolare all'Holter o iper- tensione al test di sforzo
Aritmie	qualsiasi disturbo del ritmo che possa causare sintomi invali- danti	Se l'aritmia può causare sinto- mi invalidanti, se la frazione di eiezione minore 40%, se c'è tachicardia ventricolare.
Impianto P.M. o ablazione tran- scatetere	prima settimana	Sintomi persistenti, asintomati- ci, prime 6 settimane
Impianto di defibrillatore	primi 6 mesi in assenza di arit- mie dalla dimissione	Permanente
Sincope	Fino all'identificazione delle cause ed al controllo dei sinto- mi	Nei 3 mesi successivi

La Task Force conclude esortando i Medici europei a prendere ogni decisione integrando i dati strumentali con una serena valutazione clinica.

In queste linee guida, complete, concise e di facile consultazione, vengono considerati separatamente coloro che guidano veicoli privati, in cui la restrizione alla guida è decisamente minima, e quelli che svolgono l'attività professionale di autisti di mezzi adibiti al trasporto di persone o di cose, in cui le restrizioni sono decisamente più severe in considerazione della grande responsabilità insita nel proprio lavoro.

I cardiopatici, quindi, possono ottenere la patente di guida **"normale"** dai medici, prima menzionati, abilitati al rilascio di questo tipo di patente.

Qualora nei medici dovessero sorgere **dubbi** sulla sicurezza della guida, dovranno far sottoporre il richiedente a giudizio di idoneità dalla commissione medica collegiale provinciale, che, ove lo ritenesse opportuno, può avvalersi anche della consulenza di uno specialista in cardiologia.

Per quanto concerne il **diabete**: la patente di guida non deve essere rilasciata, nè con-

fermata ai candidati o ai conducenti diabetici colpiti da **complicazioni oculari, nervose o cardiovascolari o da acidosi non compensata** di entità tali da pregiudicare la sicurezza della guida.

Spetterà alla Commissione medica collegiale provinciale valutare se le complicazioni riscontrate siano tali da pregiudicare la sicurezza della guida.

La legge prevede che la patente di guida delle categorie C - D - E non deve essere rilasciata e/o confermata a candidati o conducenti diabetici, che hanno bisogno di trattamento con insulina.

Pertanto, un diabetico, che non presenta complicazioni oculari, nervose, cardiovascolari o acidosi scompensata, può ottenere la **"patente normale"** rilasciata dai medici abilitati.

Qualora i medici abilitati avessero dubbi sulla sicurezza della guida, invieranno i richiedenti alla Commissione medica collegiale provinciale a cui spetta il giudizio di valutazione.

E' notorio, d'altronde, che il diabete è molto diversificato.

Mi limito, in sintesi, a riportare quanto detto da Ugo TEO-

DORI e Paolo GENTILINI nella V edizione del "Trattato di medicina interna".

Classificazione del diabete mellito: diabete insulino dipendente, diabete non insulino dipendente, diabete da malnutrizione, diabete gestionale, ridotta tolleranza al glucosio, pregressa alterazione della tolleranza glucidica, potenziale alterazione della tolleranza glucidica.

A questo punto, aggiungo altri tipi di diabete causati da: pancreopatie, endocrinopatie, farmaci (diuretici, steroidi acc.), difetto dei recettori insulinici, sindromi genetiche.

E' doveroso precisare che nell'appendice II art. 320, il legislatore parla di "diabete" e non di "diabete mellito" intendendo, quindi, abbracciare tutti i tipi di diabete. Poiché la norma appena citata si prestava a interpretazioni diverse, i medici abilitati, per non assumersi responsabilità e creando, a volte, notevoli disagi, inviavano tutti i richiedenti affetti da diabete alla Commissione medica collegiale provinciale.

Il Governo, con decreto del 16.10.1998 del Ministro dei Trasporti e della Navigazione, ha recepito la Direttiva 91/439

CEE del Consiglio del 29.07.1991 la quale chiarisce che, i medici autorizzati al rilascio della patente normale, previo controllo

specifico per ogni caso, **possono rilasciare la patente** anche alle persone affette da "diabete mellito".

La predetta Direttiva prevede, altresì, il rilascio della patente anche al diabetico insulino dipendente solo per casi particolari ed eccezionali e con controllo medico regolare.

Per quanto riguarda le **malattie endocrine**: non è consentito il rilascio della patente di guida **solo in caso di disturbi endocrini gravi** e tali da compromettere la sicurezza della guida.

Pur tuttavia, dopo attenta valutazione del caso, la Commissione medica collegiale provinciale, può rilasciare la "patente speciale".

Per le malattie del **sistema nervoso** spetterà alla Commissione medica collegiale provinciale, con la eventuale collaborazione di uno specialista in neurologia della struttura pubblica, valutare, caso per caso, se la malattia sia in uno stadio avanzato e tale

da pregiudicare la sicurezza della guida.

Anche all'epilettico è consentito il rilascio della "patente speciale", indipendentemente dalle terapie antiepilettiche purché non presenti crisi comiziali da almeno due anni. La patente C -D - E non può essere rilasciata nè confermata a chi ha sofferto di epilessia.

La validità della patente non deve essere superiore a due anni.

Per le malattie psichiche: non è consentito il rilascio della patente di guida a chi sia affetto da turbe psichiche in atto dovute a malattie, traumi, postumi di interventi chirurgici sul sistema centrale e periferico o colpito da ritardo mentale grave o che soffra di psicosi o di turbe della personalità, tali da compromettere la sicurezza della guida.

Spetterà alla Commissione medica collegiale provinciale, con la eventuale collaborazione di uno specialista in psichiatria della struttura pubblica, di valutare, caso per caso, l'opportunità di rilasciare la "patente speciale"

La validità della patente non potrà essere superiore a due

anni.

Per le sostanze psicoattive: la patente non può essere rilasciata o confermata ai candidati o conducenti che si trovino in stato di dipendenza alcolica, stupefacenti o sostanze psicotrope tali da compromettere l'idoneità alla guida. Spetterà alla Commissione medica collegiale provinciale, con la collaborazione di uno specialista della struttura pubblica, valutare, caso per caso e sulla base di accertamenti clinici e di laboratorio, la possibilità del rilascio della "patente speciale".

La validità della patente non potrà essere superiore a due anni.

Per le malattie del sangue: la patente non può essere rilasciata ai malati gravi di malattie del sangue.

La Commissione medica collegiale provinciale, con la collaborazione di uno specialista in ematologia della struttura pubblica, valuterà la possibilità del rilascio della "patente speciale".

Per le malattie dell'apparato uro-genitale: la patente di guida non può essere rilascia-

ta a chi è affetto da grave insufficienza renale.

La Commissione medica collegiale provinciale potrà rilasciare la "patente speciale" a coloro i quali l'insufficienza renale risulti positivamente corretta dal trattamento dialitico o dal trapianto.

La validità della patente non potrà essere superiore a due anni.

Dalla lettura di quanto innanzi detto, si evince che il compito specifico della Commissione medica collegiale provinciale è quello di accertare i requisiti fisici e psichici nei riguardi di:

a) - mutilati e minorati fisici. Nel caso in cui il giudizio di idoneità non possa essere formulato in base ai soli accertamenti clinici, si dovrà procedere ad una prova pratica di guida con un veicolo adatto alle esigenze del richiedente;

b) - coloro che abbiano superato i 65 anni di età ed abbiano titolo a guidare autocarri di massa complessiva, a pieno carico, superiore a 3,5 t; autotreni ed autoarticolati, adibiti al trasporto cose, la cui massa complessiva, a pieno carico,

non sia superiore a 20 t; macchine operatrici;

c) - coloro per i quali la richiesta viene fatta dal Prefetto o dall'Ufficio provinciale della Direzione generale della M.C.T.C;

d) - coloro che dall'esito degli accertamenti clinici-strumentali e di laboratorio facciano sorgere dubbi, circa la sicurezza e l'idoneità alla guida, ai medici abilitati al rilascio della patente normale.

Avverso il giudizio della Commissione medica collegiale provinciale, costituita presso l'Azienda Sanitaria Locale del capoluogo di Provincia, è ammesso ricorso, entro 30 giorni, al Ministro dei Trasporti che, sentita la Commissione medica centrale istituita, in conformità all'art. 199 del D.L.vo 285/1992, presso lo stesso Ministero, decide in merito.

Riepilogando, possiamo dire che la Legge, pur ponendo dei limiti invalicabili, conferisce enorme discrezionalità ai medici abilitati al rilascio della "patente speciale".

Il Legislatore, opportunamente, ha ripetutamente eviden-

ziato il concetto della non pericolosità alla guida.

Pertanto, se un medico abilitato al rilascio della "patente normale" ritiene che il candidato, per la sua malattia e/o invalidità, possa rappresentare pericolo per sé e per gli altri, è obbligato ad inviarlo alla Commissione medica collegiale provinciale per una valutazione più approfondita. Qualora un medico abilitato al rilascio della patente normale invia il richiedente, senza giustificato motivo, alla Commissione medica collegiale provinciale potrebbe incorrere, con tale comportamento, nei reati di omissione o rifiuto di atti d'ufficio e/o abuso di potere; in sub-ordine potrebbe configurarsi negligenza ed imperizia per ignoranza e/o inosservanza alle leggi dello Stato.

Sinteticamente potremmo dire : una legge cattiva, in mano a medici bravi, può diventare ottima; una legge buona, in mano a medici cattivi, può diventare pessima.

CAUSE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Dallo studio delle cause degli incidenti stradali, è emerso, in

maniera evidente ed inequivocabile, che essi non sono dovuti prevalentemente alle eventuali malattie del conducente, Poiché chi sa di essere malato è, altresì, cosciente delle proprie limitazioni e, quindi, più prudente.

D'altronde, la persona anziana e/oppure malata è più giudiziosa ed attaccata alla vita rispetto ai giovani che, a volte, dimostrano di essere spregiudicati e non si comportano con la dovuta prudenza in occasione dei sorpassi e/oppure sui dossi.

Tanti giovani, molto spesso, intendono le strade come piste da corsa.

La velocità è certamente una delle cause più frequenti degli incidenti stradali, come può facilmente rilevarsi dagli esami degli automezzi coinvolti.

E' bene, inoltre, richiamare l'attenzione sul fatto che l'entusiasmo e la carenza di esperienza, che in genere si accompagnano alla giovane età, possono determinare più gravi e frequenti situazioni di pericolo durante i primi chilometri percorsi alla guida di un veicolo, quando tutto sembra facile e l'ebbrezza della velocità prende inavvertitamente

il sopravvento.

Sarebbe anzi opportuno che il giovane, in principio, fosse adeguatamente preparato ad affrontare questo delicato periodo grazie ad iniziative ora mancanti che, a mio parere, dovrebbero più incisivamente impegnare gli istruttori e le istituzioni deputate ad accertare l'idoneità alla guida. Naturalmente, non bisogna mai sottovalutare elementi di pericolo quali la nebbia, la strada resa scivolosa dal ghiaccio, dalla pioggia e dalla brina. In queste circostanze bisogna sempre tenere un'**andatura a passo d'uomo**.

L'A.C.I., con la collaborazione della Pharmacia e Upjohn e con il patrocinio del Ministero della Sanità, del Ministero degli Interni, del Ministero dei LL.PP. e dell'Associazione Italiana della medicina del sonno, ha elaborato la massima: "**Dormi meglio. Guida sveglio**".

Condivido pienamente tale principio generale.

Secondo i più recenti dati, la causa o concausa principale della maggior parte degli incidenti stradali è dovuta alla "**sonnolenza**" ed alla "**velocità**".

E' noto che il sonno, come la fame e la sete, è una esigenza fisiologica; non se né può fare a meno.

La sonnolenza è caratterizzata dalla riduzione della vigilanza; essa si manifesta **tra l'una di notte e le sei del mattino**, orario in cui si è abituati a dormire, e tra le ore 14 e le 17, anche se in forma meno intensa di quella notturna. In quest'ultimo caso, coincide spesso con l'abitudine del sonnellino pomeridiano.

Trattasi, sostanzialmente, di una fisiologica tendenza all'assopimento.

Intendo parlare del ritmo circadiano della vigilanza, vale a dire quel ritmo fisiologico dell'organismo in relazione all'alternarsi del giorno e della notte.

Bisogna poi considerare la così detta "**sonnolenza latente**", molto pericolosa, che consiste nella elevata propensione al sonno senza che l'individuo se ne renda conto.

Si verifica soprattutto in situazioni monotone e ripetitive, come ad esempio la guida in autostrada.

Spesso accade che la sonnolenza spontanea viene sottovalutata, anche quando viene soggettivamente percepita,

per cui non ci si rende conto del pericolo che rappresenta. Ci si **assopisce** e poi **accade l'incidente stradale**.

Il medico ha, quindi, il dovere di allertare e far capire ai propri pazienti che lamentano la mancanza di concentrazione, di memoria, di perdita di iniziativa (come addormentarsi davanti alla televisione senza rendersene conto), che ciò costituisce, alla guida di un automezzo, pericolo grave per sé e per gli altri.

Al fine di valutare lo stato di sonnolenza è raccomandata la **"scala di Epworth"** che permette di selezionare gli individui affetti da **"sonnolenza latente"**.

L'uso della stessa è molto semplice. Basta rispondere alle otto domande, sotto riportate, utilizzando per ciascuna un punteggio da 0 a 3.

Coloro che totalizzano un punteggio complessivo superiore a 10 sono affetti da **"sonnolenza patologica"**.

Queste persone devono sapere del rischio grave e reale che corrono guidando la macchina. Le risposte devono riferirsi agli ultimi sei mesi e riflettono le probabilità che hanno di assopirsi o addormentarsi

nelle situazioni sotto elencate, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza.

Se una o più delle situazioni che si riportano non fossero mai capitate, rispondere egualmente immaginandole.

0 = nessuna probabilità di assopimento

1 = lieve probabilità di assopimento

2 = moderata probabilità di assopimento

3 = alta probabilità di assopimento

Situazioni Punteggio

- seduto leggendo un libro o un giornale

- guardando la televisione

- seduto inattivo in un luogo pubblico (al cinema, al teatro, ad una conferenza)

- in auto, come passeggero, in viaggio da almeno un'ora senza sosta

- sdraiato o rilassato nel pomeriggio quando le circostanze lo permettano

- seduto a parlare con qualcuno

- tranquillamente seduto dopo un pranzo senza aver bevuto alcolici

- in auto fermo nel traffico per alcuni minuti (code, semaforo)

Totale

Le cause della sonnolenza vanno ricercate essenzialmente nell'opporsi al ritmo circadiano della vigilanza, come accade quando si rimane svegli di notte per motivo di lavoro o di divertimento.

Le **"stragi del sabato sera"** ne costituiscono un esempio palpabile; infatti si verificano, solitamente, verso le 4 del mattino, orario di massima propensione al sonno.

Questo rilievo è statisticamente dimostrato.

Le ore di sonno necessarie per garantire una buona vigilanza variano da individuo a individuo.

Mediamente sono necessarie 6-8 ore di sonno, ma alcune persone hanno bisogno di 9-10 ore, come per altre sono sufficienti 4-5 ore.

Recenti studi hanno dimostrato come la riduzione di 2 ore di sonno per notte, rispetto al tempo abituale, sia sufficiente a determinare una propensione al sonno nelle ore diurne.

L'assunzione di cibo, solitamente, causa nell'arco di 90 minuti un aumento della propensione al sonno, particolarmente accentuata se il pasto viene consumato intorno a mezzogiorno.

Statistiche accurate lasciano

intendere che il 60% (degli incidenti stradali sono correlati alla sonnolenza dei giovani al di sotto dei 30 anni, poiché in assoluto sono quelli più a rischio del colpo di sonno al volante, soprattutto nelle prime ore del mattino, probabilmente per la privazione cronica di sonno legata alle abitudini di vita o perchè sono quelli che maggiormente utilizzano le auto durante le ore notturne.

Gli effetti dell'alcool sulla vigilanza, poi, sono noti fin dai tempi di Ulisse. Una dose anche modesta di alcool aumenta la propensione al sonno.

Maggiore è la predisposizione al sonno, maggiore sarà l'effetto dell'alcool. Le caratteristiche principali degli incidenti dovuti alla sonnolenza possono, quindi, essere così riepilogati:

- sono particolarmente gravi e spesso mortali;
- avvengono spesso dopo la mezzanotte o nel primo pomeriggio in corrispondenza con i due periodi circadiani di maggiore propensione al sonno;
- avvengono più spesso sulle autostrade;
- interessano un solo veicolo;

- i guidatori sono spesso soli nella macchina;
- i guidatori non riescono ad effettuare manovre di emergenza per evitare l'incidente.

USO DEI FARMACI.

Accanto alla velocità, sorpassi da brivido, distrazione, fatalità, sonnolenza, bisogna aggiungere l'uso di farmaci ad azione sedativa. Guidare sotto il loro influsso è molto pericoloso per la propria ed altrui sicurezza.

Bisogna ancora sapere che questi farmaci interagiscono con l'assunzione dell'alcool appannando le prestazioni psico-motorie.

Questi effetti indesiderati sono riportati in maniera chiara nei **"foglietti illustrativi"** annessi, per legge, alle confezioni dei farmaci per informare correttamente il paziente che deve sempre leggerli prima di assumere qualsiasi farmaco prestando particolare attenzione al paragrafo **"effetti sulla guida e sull'uso delle macchine"**.

Bisogna ancora sapere che l'alcool non è presente solo nei vini, negli aperitivi e nei liquori, ma anche in molti alimenti (ad es. torte, caramelle,

cioccolatini, salse, creme e sciropi).

Occorre, dunque, leggere sempre gli ingredienti dichiarati sulle confezioni.

Spesso non si trova la parola alcool poiché, chimicamente, va sotto il nome di etanolo o alcool etilico.

Spesso, anche al bevitore occasionale può capitare di guidare in stato di ebbrezza alcolica, per cui è buona regola astenersi completamente dall'assumere bevande alcoliche se bisogna porsi alla guida dell'automobile per evitare una situazione di pericolo.

In sintesi, per quanto riguarda l'assunzione di farmaci, è bene sapere che questi influiscono sui riflessi del guidatore.

Pertanto, il guidatore attento e coscienzioso porrà particolare attenzione dovendoli usare.

Questi farmaci sono:

- gli ipnotici sedativi (tranquillanti, ansiolitici, sonniferi);
- i neurolettici e tranquillanti maggiori;
- gli antidepressivi;
- alcuni farmaci antiipertensivi;
- gli antistaminici (antiallergici, antiraffreddore) che riducono il livello di attenzione;
- alcuni antalgici (antidolorifi-

ci);

- i bechici (farmaci contro la tosse), specie quelli a base di oppiacei..

Non bisogna mai assumere un nuovo farmaco qualora si dovesse affrontare un viaggio Poiché non si conoscono gli effetti indesiderati che possono avere sull'organismo.

Che un farmaco non abbia effetti indesiderati su una maggioranza di persone può, al contrario, causare effetti collaterali imprevedibili e a volte molto gravi su un' esigua

minoranza. E' bene, inoltre, non assumere mai contemporaneamente farmaci di diversa natura onde evitare interazioni di tipo sinergico o potenziante.

Termino ricordando che, quando si avvertono i primi segni della sonnolenza, è opportuno fermarsi in una piazzola di sosta e **dormire per 10-20 minuti** (non di più) per evitare la così detta "**inerzia del risveglio**" che comporta l'appannamento dei riflessi.

BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE MOLISE

B.U.R.M. n. 23 del 16/12/99

Delibera G.R. n. 1468 del 18/10/99 : definizione accordo regionale per l'emergenza sanitaria sul territorio.

B.U.R.M. n. 25 del 31/12/99

Delibera G.R. n. 1779 del 6/12/99 : approvazione definitiva della graduatoria unica regionale per i medici di medicina generale da valersi per l'anno 2000.

B.U.R.M. n. 1 del 15/1/00

Graduatoria medici specialisti ambulatoriali per la provincia di Isernia per l'anno 2000.

B.U.R.M. n. 3 del 16/2/00

Accordo regionale ex D.P.R. 22/7/96 n. 484 - Integrazione.

B.U.R.M. n. 5 del 1/3/00

Sistema dell'emergenza territoriale - Corsi formativi per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività dell'emergenza sanitaria.

Vita dell'ordine

Trasparenza ordinistica

Seduta del C.D. del 9/11/99

Delibera n.60/99: Proposta di aggiornamento dell'Albo dell'Ordine.

Delibera n.61/99: Organizzazione convegno medico.

Delibera n.62/99: Cerimonia di premiazione dei medici con 40 e 50 anni di laurea e dei nuovi iscritti.

Delibera n.63/99: Assemblea annuale degli iscritti.

Seduta del C.D. del 22/12/99

De libera n.64/99: Esame conto consuntivo 1999.

Seduta del C.D. del 10/1/2000

Delibera n. 1/00: Iscrizione all'Albo professionale del Dott. Lombardi Luisa.

Delibera n.2/00: Autorizzazione affissione targa pubblicitaria.

Delibera n.3/00: Richiesta trasferimento ad altro Ordine.

Delibera n.4/00 : Richiesta trasferimento ad altro Ordine.

Delibera n.5/00: Approvazione contratto di formazione lavoro.

Delibera n.6/00 : Cancellazione dall'Albo su richiesta.

Seduta del C.D. del 3/2/2000

Delibera n.7/00: Approvazione contratto di associazione tra medici.

Delibera n.8/00: Iscrizione all'Albo degli Psicoterapeuti del Dott.Bucci Anna Rosaria.

Delibera n.9/00: Iscrizione all'Albo professionale del Dott. Epifanio Giuseppina Alba.

Delibera n.10/00: Iscrizione all'Albo professionale del Dott.De Vita Andrea.

Delibera n. 11/00: Comunicazione di un iscritto.

Delibera n. 12/00: Affidamento dell'attività contabile dell'Ordine al Dott. Santolini Alberto.

Delibera n. 13/00: Iscrizione all'Albo professionale del Dott. Currà Antonio.

Delibera n. 14/00: Richiesta di un medico competente da parte del Tribunale di Isernia.

Delibera n. 15/00: Rinnovo del consiglio di amministrazione del- l'O.N.A.O.S.I..

Delibera n. 16/00: Richiesta da parte del ministero delle finanze di un iscritto per l'osservatorio degli studi di settore.

Leggi e decreti

(di A. Volpacchio)

G.U. n. 284 del 3/12/99

M.Sanità- Decreto 2/12/99: entrata in vigore dei decreti interministeriali 10/11/99 e 16/11/99 che aggiornano e modificano le tabelle e gli elenchi dei medicinali stupefacenti.

G.U. n. 298 del 21/12/99

D.L. 20/12/99 n. 485 : disposizioni urgenti in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

G.U. n. 302 del 27/12/99-S.O. n. 227

Legge 23/12/99 n. 488 : Finanziaria 2000

G.U. n. 8 del 12/1/00 - S.O. n. 10/L

D.L. 21/12/99 n. 517 : disciplina dei rapporti tra S.S.N. e università, a norma dell'art. 6 legge 30/11/98 n. 419.

G.U. n. 12 del 17/1/00

M. Sanità - Ordinanza 22/12/99 : proroga dell'efficacia dell'ordinanza 5/3/97 relativa al divieto di pratiche di clonazione umana o animale.

G.U. n. 25 del 1/2/00

M.Sanità - Decreto 24/1/00 : misure sanitarie concernenti i medicinali anoressizzanti ad azione centrale diversi dalla fenfluramina, dexfenfluramina e pemolina.

G.U. n. 37 del 15/2/00-S.O. n. 31

M.Università - Circolare 13/1/00 n. 2 : informazioni sulla temperatura di conservazione dei prodotti medicinali.

G.U. n. 55 del 7/3/00

M.Sanità - Decreto 28/9/99 : programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative.

G.U. n. 56 del 8/3/00

D.L. 8/3/00 n. 46 : disposizioni urgenti in materia sanitaria.

G.U. n. 58 del 10/3/00

D.L. 2/3/00 n. 49 : disposizioni correttive del D.L. 16/9/99 n. 229 concernenti il termine di opzione per il rapporto esclusivo da parte dei dirigenti sanitari.

Avvisi e notizie

Desideriamo che, in questo anno giubilare, particolarmente agli uomini di scienza, si parli di Fede; perché solo accettandola la fede permette di entrare nella luce soprannaturale del mistero di Dio.

Dio effonde le sue luci attraverso le ombre, una specie di velo, per preservare dall'accieciamento gli occhi troppo deboli della nostra anima.

Ma chi può a parte qualche eccezione, dichiarare di essere veramente e totalmente credente?

Chi può dichiarare di possedere una fede senza ombre?

Noi siamo troppo spesso quei poveri pieni di dubbio, quegli stanchi ed esitanti, che invece di superare le eventuali difficoltà, cozziamo contro il

mistero, come contro una pietra di inciampo.

Nelle cose umane non si può forzare una caldaia, un ingranaggio, il calore, oltre un dato limite, altrimenti l'esperimento si muta in distruzione.

Tale è infatti l'abisso tra la Sanità di Dio e la indegnità dell'uomo, che questi dovrebbe morire se, essendo ancora pellegrino sulla terra, dovesse vedere o semplicemente solo udire Dio.

Dio, per tale ragione, si manifesta solo a pochi, poi attraverso questi lo possiamo vedere e conoscere tutti.

A tale scopo, abbiamo preso l'iniziativa di aggiornare il nostro scibile con incontri mensili.

Come da locandina allegata.

Edmondo de Vincenzi
Diacono Medico

Legge n. 175 del 5-2-92 e successive modifiche

Pubblicità sanitaria **Sanzioni per gli inadempienti**

Per non incorrere nelle sanzioni previste dalla Legge n. 175 del 5-2-92 "Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie" e successive modifiche, in caso di pubblicità scorretta, o priva di autorizzazione, i Colleghi sono vivamente pregati di prendere visione e rispettare la normativa, che prevede all'art. 3 la sospensione dall'esercizio professionale da sei mesi ad un anno.

**INIZIATIVA A CURA
DEI MEDICI CATTOLICI
Il venerdì del medico**

=spiritualità=

*Incontri mensili: il secondo venerdì del mese alle ore
19 presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri*

*Fede e ragione:
settembre 2000*

*La medicina nella storia dell'umanità:
ottobre 2000*

*La sofferenza:
novembre 2000*

*Il nuovo codice deontologico:
dicembre 2000*

*L'obiezione di coscienza:
gennaio 2001*

*L'assistenza al malato terminale:
febbraio 2001*

*I miracoli:
marzo 2001*

**MINISTERO DEL LAVORO
E DELLA PREVIDENZA
SOCIALE**

Direzione generale impiego -
div. VII

**Nota informativa per gli
Euroconsiglieri**

Oggetto: Convenzione Italo-Norvegese per il reclutamento personale sanitario (medici ed infermieri) per la Norvegia).

Nell'ambito della collaborazione tra il Ministero del Lavoro - Direzione Generale Impiego, Div. VII - Servizio EURES Italiano ed il Direttorato del Lavoro Norvegese si è concluso un accordo perché il Ns. Paese sia inserito nel "Progetto pilota di reclutamento di personale nel settore sanitario".

Il Direttorato del Lavoro Norvegese ha espresso interesse a reclutare anche dall'Italia, oltre che dalla Germania e dalla Finlandia ed ha iniziato questa collaborazione offrendo al Ns. personale alcune offerte di lavoro (11) per infermieri.

L'accordo relativo al suddetto reclutamento è stato perfezionato con la stipula di una con-

venzione tra il Ministero del Lavoro Italiano ed il Direttorato del Lavoro Norvegese, il giorno 11 Maggio u.s.

L'Arbeidsdirektoratet, sez. aetat, del Direttorato del Lavoro Norvegese calcola che siano 5.300 i posti vacanti nel settore sanitario. In Norvegia mancano 3.700 infermieri, 600 medici e 100 dentisti. L'Aetat contribuisce a colmare tale lacuna, cercando il personale sanitario nei Paesi dello Spazio Economico Europeo.

Tale iniziativa è seguita con interesse dall'Ambasciata D'Italia ad Oslo, che ha anche fornito supporto nel corso degli incontri preliminari, tenutisi lo scorso anno ad Oslo, tra una piccola delegazione di Euroconsiglieri Italiani ed il Direttorato del Lavoro Norvegese.

La prima fase di presentazione delle candidature degli interessati (42) alle offerte di lavoro sopra menzionate si è conclusa entro Marzo u.s. per i candidati disposti a partire entro il terzo quadrimestre del 2000.

Le offerte di lavoro inviate dai Norvegesi si riferivano a posti di lavoro a tempo indeterminato presso ospedali pubblici

vicino Oslo, lo stipendio base previsto era di circa 50 milioni annui ed ai candidati era richiesta la disponibilità ad apprendere, tramite corsi gratuiti, da tenersi in Italia, la lingua norvegese.

Attualmente le offerte disponibili per il Ns. Paese sono ancora da concordare con la Norvegia, comunque, si prevede di poter coprire annualmente dalle 50 alle 100 offerte di lavoro per il personale sanitario.

Il personale sanitario interessato, che non parla le lingue scandinave, reclutato congiuntamente dall'Arbeidsdirektoratet e dal Ministero del Lavoro, dovrà frequentare un corso di lingua norvegese di tre mesi, da tenersi in Italia.

L'Arbeidsdirektoratet prevede di reclutare questo anno almeno 600 infermieri e/o 100/150 medici provenienti da Paesi dello S.E.E, per i quali è previsto che i datori di lavoro forniscano anche un alloggio.

Gli interessati possono inviare la seguente documentazione all'indirizzo sotto indicato:

1. lettera di richiesta di inserimento nel progetto;
2. una copia C.V. in Italiano ed Inglese;

3. copia del titolo di studio;

4. certificato di iscrizione all'IPASVI o all'Ordine dei Medici.

Le candidature potranno pervenire direttamente a questo Ufficio o preferibilmente attraverso la rete degli Euroconsiglieri al seguente indirizzo:

Ministero del Lavoro

Direzione Generale Impiego -
Div. VII

c.a. Dr.ssa Anna MELINELLI
via Fornovo, 8 - 00100 ROMA
fax 06-3208819

E-Mail: anna.melinelli@tiscali-net.it

Coloro che faranno domanda verranno inviati a partecipare a "sessioni informative" e riceveranno tutte le notizie necessarie.

OGGETTO: Progetto Pilota:
Campagna di reclutamento infermieri per la Norvegia.
Ulteriori specifiche.

In riferimento alla Campagna di reclutamento, in oggetto indicata e di cui segue scheda allegata, secondo le informazioni inviate dal Direttorato del Lavoro Norvegese, si comunicano le seguenti precisazioni:

Stipendio: l'ammontare dello

stipendio base è di circa 50 milioni annui, con la possibilità di fare numerose ore di straordinario;

Modalità di pagamento: lo stipendio viene pagato mensilmente;

Ore di lavoro previste a settimana: 37,5 ore;

Termine di validità dell'offerta: 30 Novembre p.v. (con possibilità di eventuale proroga);

Alloggio: sarà cura del datore di lavoro fornire un eventuale alloggio;

Spese di trasferimento: rimborsabili;

Corso di lingua norvegese: ai partecipanti al corso organizzato ad Oslo verrà riconosciuto un contributo finanziario per la frequenza;

Lingue richieste: la conoscenza della lingua inglese e/o norvegese costituirà titolo preferenziale.

Si pregano le S.L. di portare a conoscenza dei potenziali candidati le ulteriori specifiche fornite, nonché la possibilità di inviare tutta la documentazione, per fax (06-47887174), se necessario, entro il termine stabilito.

Progetto Pilota

Campagna di reclutamento

Infermieri professionali per la

Norvegia

Nell'ambito della collaborazione tra il Ministero del lavoro - Direzione Generale Impiego - Div. VII - Servizio EURES Italiano ed il Direktorat del Lavoro Norvegese si è concluso un accordo perché il Ns. Paese venga inserito nel "Progetto Pilota di reclutamento di personale (medici ed infermieri) nel settore sanitario.

Il Direktorat del Lavoro Norvegese ha espresso interesse a reclutare anche dall'Italia, oltre che dalla Germania e dalla Finlandia ed ha iniziato questa collaborazione offrendo al Ns. personale italiano 11 posti di lavoro per infermieri professionali, si è ora in attesa di trovare i candidati idonei.

I termini per la presentazione delle candidature sono stati prorogati al 30 Novembre, gli eventuali candidati dovrebbero essere disposti a partire entro il primo quadrimestre del 2000.

Le offerte di lavoro inviate dai Norvegesi si riferiscono a posti di lavoro a tempo indeterminato presso un Ospedale pubblico di Nordbyhagen, località vicino Oslo e lo stipen-

dio sarà di circa 50 milioni annui.

Risulta requisito preferenziale la conoscenza della lingua inglese e si richiede ai candidati la disponibilità ad apprendere, tramite corsi gratuiti, la lingua norvegese.

Chiunque fosse interessato ad avere ulteriori informazioni può contattare gli Euroconsiglieri della propria regione ed inviare la documentazione necessaria al seguente indirizzo:

Ministero del Lavoro -
Direzione Impiego
Div. VII - c.a. Dr.ssa Anna
Melinelli
via Flavia, 6 - 00187 ROMA
tel. 06-46832446 - fax 06-
47887174

Delibera del Comitato
Direttivo n. 11
dell'11 febbraio 2000

**NORME PER LE ELEZIONI
DEI COMITATI CONSULTIVI
DEI FONDI SPECIALI DI
PREVIDENZA PRESSO LA
FONDAZIONE E.N.P.A.M.**

1. Per ciascuno dei quattro Fondi Speciali di Previdenza gestiti dall'Ente (Fondo di previdenza della libera professio-

ne - quota "B" del Fondo Generale; Fondo dei medici generici, pediatri e addetti ai servizi di guardia medica, di seguito denominato "Fondo dei medici di medicina generale"; Fondo Specialisti ambulatoriali; Fondo Specialisti esterni) è costituito un Comitato consultivo formato da 21 componenti, scelti fra gli iscritti ed i titolari di pensione ordinaria o di invalidità (di seguito denominati "pensionati/pensionato") del Fondo, di cui:

- un rappresentante per ciascuna regione, ad eccezione della regione Trentino Alto Adige;

- un rappresentante per ciascuna delle province a statuto speciale di Trento e Bolzano.

2. Il Comitato consultivo del Fondo dei medici di medicina generale è integrato da ulteriori tre componenti, scelti fra gli iscritti al Fondo, di cui:

- un rappresentante nazionale per la categoria dei medici di medicina generale di assistenza primaria;

- un rappresentante nazionale per la categoria dei medici pediatri di libera scelta;

- un rappresentante nazionale per la categoria dei medici di medicina generale addetti al

servizio di continuità assistenziale e/o emergenza territoriale (guardia medica).

3. Il Presidente dell'Ente, almeno 60 giorni prima della scadenza del Consiglio di Amministrazione, indice le elezioni dei componenti dei quattro Comitati consultivi, dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata alla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ed ai Presidenti degli ordini provinciali. Contestualmente sono trasmessi agli ordini provinciali gli elenchi degli appartenenti a ciascun ordine iscritti ai singoli Fondi.

4. Il Presidente dell'E.N.P.A.M., sentiti i Presidenti degli Ordini delle province a statuto speciale di Trento e Bolzano ed i Presidenti di ciascun Ordine provinciale sede di capoluogo di regione, fissa in un unico giorno la data delle votazioni, che dovrà essere la stessa su tutto il territorio nazionale, per l'elezione dei delegati regionali, delle province autonome di Trento e Bolzano, e dei rappresentanti nazionali per le categorie dei medici di

medicina generale di assistenza primaria, dei medici pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza territoriale.

5. Il Presidente dell'Ente, all'atto della indizione delle elezioni, costituisce presso l'Ente medesimo un ufficio elettorale centrale, presieduto da lui stesso o da un suo delegato ed integrato da un componente del Comitato centrale della Federazione nazionale degli ordini, da questo designato, e da un componente scelto fra i dirigenti ed i funzionari dell'E.N.P.A.M.

L'ufficio elettorale può diramare ai Presidenti degli Ordini provinciali istruzioni integrative per l'attuazione delle disposizioni di cui alle presenti norme.

6. Ciascun Presidente di Ordine provinciale comunica ai propri appartenenti iscritti ai Fondi la data fissata per le votazioni a mezzo di lettera da spedire almeno 45 giorni prima di tale data, e provvede a raccogliere le candidature dei delegati delle regioni e delle province a statuto spe-

ciale di Trento e Bolzano. Ciascun iscritto o pensionato può presentare la propria candidatura per un solo Comitato Consultivo; il pensionato titolare di più trattamenti può concorrere per il Comitato Consultivo del Fondo che eroga la pensione di importo più elevato. La candidatura deve essere presentata all'Ordine entro i 30 giorni precedenti la data fissata per le votazioni, accompagnata da 30 firme di medici e odontoiatri appartenenti al Fondo per il quale viene proposta la candidatura, autenticate dal Presidente dell'Ordine o da un suo delegato; sono considerate validamente presentate anche le candidature accompagnate da un numero di firme inferiore a 30, purché esse rappresentino non meno del 10% - arrotondato per eccesso - dei medici e degli odontoiatri appartenenti al Fondo per il quale viene proposta la candidatura.

7. Le candidature dei delegati regionali, dopo il controllo della loro regolare presentazione, vengono immediatamente trasmesse dai Presidenti degli Ordini provinciali al Presidente

dell'Ordine della provincia capoluogo della regione; questi provvede a compilare le liste dei candidati della regione, distinte per i quattro Fondi speciali, ed a farle pervenire entro 10 giorni dalla data fissata per le votazioni a tutti gli Ordini provinciali della regione perché vengano affisse e distribuite nei locali dove avverranno le votazioni medesime.

8. I Presidenti degli Ordini delle province a statuto speciale di Trento e Bolzano, dopo il controllo della regolare presentazione delle candidature dei delegati provinciali, provvedono direttamente a compilare le liste dei candidati, distinte per i quattro Fondi speciali, predisponendole entro 10 giorni dalla data fissata per le votazioni perché vengano affisse e distribuite nei locali dove avverranno le votazioni medesime.

9. Le candidature dei rappresentanti nazionali in seno al Comitato consultivo del Fondo di previdenza dei medici di medicina generale devono essere presentate all'ufficio elettorale centrale per il tramite del Presidente

dell'Ordine di appartenenza entro i 30 giorni precedenti la data fissata per le votazioni; ogni candidatura dovrà essere accompagnata da idonea documentazione attestante l'appartenenza alla categoria per la quale viene presentata la candidatura medesima (medico di medicina generale di assistenza primaria o medico di medicina generale di continuità assistenziale e/o di emergenza territoriale ovvero medico pediatra di libera scelta), nonché da 50 firme di medici appartenenti al Fondo, autenticate dal Presidente dell'Ordine o da un suo delegato. La candidatura a rappresentante nazionale è incompatibile con quella a delegato regionale o delle province di Trento e Bolzano.

10. L'ufficio elettorale centrale, dopo il controllo della regolare presentazione delle candidature, dispone la compilazione di liste nazionali per ciascuna categoria, facendole pervenire a tutti gli ordini provinciali almeno 10 giorni prima della data fissata per le votazioni, perché vengano affisse e distribuite nei locali dove avverranno le votazioni medesime.

11. Hanno diritto al voto per l'elezione del Comitato consultivo del Fondo dei medici di medicina generale e del Comitato consultivo del Fondo Specialisti ambulatoriali tutti gli iscritti per i quali nel triennio precedente l'anno di indizione delle votazioni siano stati versati almeno sei contributi mensili per ciascun anno; per l'elezione del Comitato consultivo del Fondo Specialisti esterni, tutti gli iscritti per i quali nel medesimo triennio sia stato versato almeno un contributo mensile per ciascun anno; per l'elezione del Comitato consultivo del Fondo di previdenza della libera professione - quota "B" del Fondo Generale, tutti gli iscritti che possano far valere nel medesimo triennio almeno un anno di contribuzione alla gestione. Hanno diritto al voto anche tutti i soggetti, non compresi negli elenchi trasmessi dall'E.N.P.A.M. agli ordini provinciali, i quali dimostrino con documento - rilasciato dalle competenti strutture del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente - che sia in corso un rapporto di convenzione o di accreditamento; hanno diritto

al voto, per il Fondo di previdenza della libera professione - quota "B" del Fondo Generale, anche i soggetti che dimostrino, con riferimento all'ultimo anno solare precedente l'anno delle votazioni, di aver effettuato il versamento del contributo proporzionale al reddito libero professionale eccedente il minimo esente, mediante la presentazione della ricevuta del versamento medesimo.

12. Sono altresì ammessi al voto tutti coloro che, pur avendo cessato l'attività, possono far valere almeno quindici anni di anzianità contributiva presso il Fondo di appartenenza.

13. Hanno inoltre diritto al voto i titolari di pensione ordinaria o di invalidità dei quattro Fondi speciali; se il pensionato è titolare di più trattamenti ha diritto al voto per il Comitato Consultivo del Fondo che eroga la pensione di importo più elevato.

14. Ogni elettore ha diritto di esprimere, su ogni scheda che gli verrà fornita dal Presidente del seggio, un solo voto di preferenza, scrivendo il nome

di uno dei candidati compresi nelle liste affisse nei locali dove avvengono le votazioni.

15. Ai votanti per l'elezione del Comitato consultivo del Fondo dei medici di medicina generale sarà fornita, oltre alla scheda per l'elezione del delegato regionale - ovvero provinciale per le province a statuto speciale di Trento e Bolzano - anche una scheda per l'elezione dei rappresentanti nazionali di categoria.

16. Gli scrutini hanno inizio immediatamente dopo la fine delle votazioni e dovranno concludersi entro il giorno successivo a quello di votazione.

17. Completate le operazioni elettorali, i Presidenti degli uffici elettorali provinciali comunicano i risultati degli scrutini sia al Presidente dell'ufficio elettorale provinciale dell'Ordine della città capoluogo di regione - fatta eccezione per i risultati relativi agli Ordini delle province a statuto speciale di Trento e Bolzano - sia al Presidente dell'ufficio elettorale centrale costituito presso la sede dell'E.N.P.A.M.

18. Per l'elezione dei delegati regionali, il Presidente dell'ufficio elettorale dell'Ordine della città capoluogo di regione, dopo la chiusura delle votazioni in sede provinciale, riunisce i Presidenti degli uffici elettorali provinciali facenti parte della regione, o chi ne fa le veci, e congiuntamente ad essi riassume i risultati degli scrutini delle varie province, proclamando eletti i candidati che, nell'ambito della regione, avranno ottenuto il maggior numero di voti validi; a parità di voti, sarà proclamato eletto il più anziano di età. Per la validità delle anzidette operazioni è richiesta la presenza della maggioranza dei Presidenti degli uffici elettorali provinciali o dei loro delegati. Per l'elezione dei delegati delle province a statuto speciale di Trento e Bolzano, la proclamazione degli eletti viene effettuata dal Presidente dell'ufficio elettorale dell'Ordine provinciale.

19. Della proclamazione degli eletti i Presidenti degli Ordini delle città capoluogo di regione ed i Presidenti degli Ordini di Trento e Bolzano danno immediata comunicazione al Presidente dell'ufficio eletto-

rale centrale ed ai Presidenti degli Ordini provinciali della regione - ad eccezione del Trentino Alto Adige - affinché i risultati delle votazioni, riassunti in sede regionale, vengano esposti nelle sedi degli Ordini provinciali.

20. Per l'elezione dei rappresentanti nazionali in seno al Comitato consultivo del Fondo di previdenza dei medici di medicina generale, i Presidenti degli uffici elettorali provinciali trasmettono i verbali delle operazioni elettorali all'ufficio elettorale centrale, il quale provvede al conteggio dei voti complessivamente riportati da ciascun candidato, proclamando eletti per ciascuna categoria coloro che hanno riportato il maggior numero di voti. A parità di voti prevale il più anziano di età. I risultati delle votazioni sono comunicati ai Presidenti degli Ordini provinciali, che ne curano la pubblicazione nella sede dell'Ordine.

21. Avverso i risultati delle operazioni elettorali è ammesso ricorso all'ufficio elettorale centrale, da parte degli elettori che vi abbiano interesse. Il ricorso deve pervenire all'organo preposto entro e non

oltre 20 giorni dalla data in cui i risultati delle elezioni sono stati esposti in sede provinciale. L'ufficio elettorale centrale provvede all'esame dei ricorsi e decide in merito in via definitiva.

22. Il Presidente dell'E.N.P.A.M. convoca i delegati eletti per ciascun Fondo ed insedia il rispettivo Comitato Consultivo, che provvederà agli adempimenti previsti dallo Statuto dell'Ente e dai Regolamenti dei Fondi.

23. Nel caso in cui un componente dei Comitati consultivi sia cessato dalla carica per qualsiasi motivo, il Presidente dell'Ente, sentito il Presidente del Comitato consultivo interessato, o, in sua mancanza, il Vicepresidente anziano, indice nuove elezioni entro sei mesi dalla cessazione del delegato dalla carica. Il nuovo delegato rimane in carica solo fino a quando vi sarebbe rimasto il membro surrogato.

Lettere all'Ordine

Egregio Dottore,
nel dare riscontro alla Sua nota, inviata al Presidente prof. Eolo Parodi e trasmessa a questa Area per competenza, Le faccio presente quanto segue.

Gli Organi collegiali dell'Enpam hanno espresso parere favorevole in merito alla proposta di corrispondere, al pari degli altri Enti previdenziali, le pensioni con cadenza mensile.

A tal fine, il Comitato Direttivo dell'Ente ha deliberato le necessarie modifiche ai Regolamenti dei Fondi gestiti dall'Enpam, che, attualmente, sono in via di approvazione da parte del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e del Ministero del Tesoro. Il Centro Elaborazione dati si è attivato, intanto, per l'ammodernamento di tutto il sistema informativo dell'Ente. Pertanto, Le comunico che il pagamento mensile anticipato delle pensioni sarà attuato già a partire dal prossimo mese di maggio.

Distinti saluti.

*Il Direttore dell'Area
Dott. Viviani G. Troso*

Attività ricreative dell'Ordine

Dal 22-02-2000 al 08-06-2000 si è svolto il 1° torneo di calcetto O.M. di Isernia. La manifestazione ha rappresentato un valido momento di partecipazione e di aggregazione tra colleghi. Ringraziamenti particolari vanno al nostro Presidente e all'organizzatore Dr. G. Ciammetti.

Per il mese di settembre è in programma il 1° torneo di tennis O.M. di Isernia che si svolgerà presso il circolo di tennis di Isernia. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine e in particolare all'organizzatore Dr. L. Di Bernardo.

Con l'auspicio di una sempre più cospicua partecipazione, si spera che in un prossimo futuro tali manifestazioni possano essere inserite in iniziative a carattere benefico.

GITA A FERRARA

Per l'ultima domenica di settembre è in programma una gita a Ferrara. Tutti gli iscritti possono comunicare all'Ordine la propria adesione. La partecipazione è estesa anche ai propri familiari.

Nota di redazione

In questo anno una serie di eventi e di circostanze poco favorevoli non ci hanno permesso una normale pubblicazione del Bollettino.

Per i prossimi numeri sarà confermata e rispettata la cadenza trimestrale. Tutti gli iscritti all'Ordine sono invitati a collaborare attivamente alla realizzazione del Bollettino con contributi scritti e suggerimenti.

Il materiale da pubblicare deve essere inviato alla Segreteria dell'Ordine entro il 15 di ogni mese. È possibile l'invio tramite fax.