



Editoriale

FERNANDO CRUDELE

Ultimo anno

Siamo giunti all'ultimo anno del nostro mandato, infatti entro dicembre si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine.

È il momento di consuntivi: certo non governiamo una città o il Paese e quindi non abbiamo un programma da rispettare e portare a conclusione; ma, come in ogni bilancio, vi sono aspetti positivi e negativi.

Tra i positivi vi sono sicuramente i tanti convegni, anche ECM, organizzati che hanno dato la possibilità a tanti di noi di acquisire i punti e di aggiornarci su varie tematiche con ottimi relatori; un altro aspetto positivo è il Bollettino, migliorato sia nella veste grafica sia nei contenuti, con una cadenza regolare, con notizie non solo scientifiche ma che trattano aspetti pratici della nostra professione.

Il nostro è un piccolo Ordine che incide poco o nulla nella politica sanitaria regionale, ma anche in questo campo abbiamo cercato di riunire le varie rivendicazioni di tutti i colleghi e portare avanti un'azione comune, ma, nota negativa, molti colleghi non

hanno aderito a questa iniziativa come non partecipano alle, anche se poche, altre attività ordinistiche.

Certo lo Statuto dell'Ordine limita la sua sfera di azione ma se a questo aggiungiamo la mancanza di volontà da parte della maggioranza dei colleghi diventa davvero difficile portare avanti qualsiasi iniziativa e dare all'Ordine quel ruolo che tutti auspichiamo.

Mi auguro che la prossima campagna elettorale veda tanti colleghi che desiderano impegnarsi per rafforzare l'Ordine, portare tante idee e nuove energie, cercare di coinvolgere più medici possibile, altrimenti l'Ordine resterà il luogo, isolato, dove chiedere solo un certificato.

Buon lavoro e... Buona Pasqua da tutto il consiglio direttivo.

Frenulectomia

due tecniche a confronto

A CURA DI ANGELO E FILIPPO CARDARELLI

I frenuli possono essere definiti come sottili bande di tessuto molle, presenti a livello della linea mediana dei mascellari, costituiti dalla mucosa orale, fibre connettivali e muscolari.

I tre frenuli comunemente descritti sono il frenulo labiale superiore, il labiale inferiore e il frenulo linguale.

I frenuli sono strutture di interesse chirurgico, perché le problematiche ad essi connesse possono richiederne l'asportazione: la rimozione di un frenulo può rientrare in un piano di trattamento ortodontico, protesico o parodontale, oppure essere indicata per la correzione di un problema funzionale.

FRENULECTOMIA CON PLASTICA A "V"

Questa tecnica chirurgica è indicata quando il frenulo è particolarmente ipertrofico e presenta un'ampia base d'inserzione in corrispondenza del labbro superiore. La guarigione avviene per seconda intenzione, con un maggior disagio per il paziente.

CASE REPORT

Paziente: 24 anni, maschio con frenulo vestibolare superiore ipertrofico, associato a diastema intercisivico.

Tecnica: Previa anestesia infiltrativa con vasocostrittore, si inizia con due incisioni che contornano il frenulo formando una V aperta verso l'alto. Le incisioni vengono condotte a spessore parziale, e si procede alla dissezione sovraperiosteale dei tessuti molli, per mezzo di una forbice smussa. (**Fig. b**) Si ottiene una superficie triangolare ricoperta dal solo periostio: la mucosa del labbro che forma il lato superiore del triangolo viene quindi ancorata al periostio, con un filo da sutura riassorbibile, in corrispondenza della zona più profonda del vestibolo; (**Fig. c**) la ferita viene protetta con impacco parodontale e lasciata guarire per seconda intenzione. (**Fig. d**)



Fig. a) Situazione preoperatoria



Fig. b) Incisioni a spessore parziale

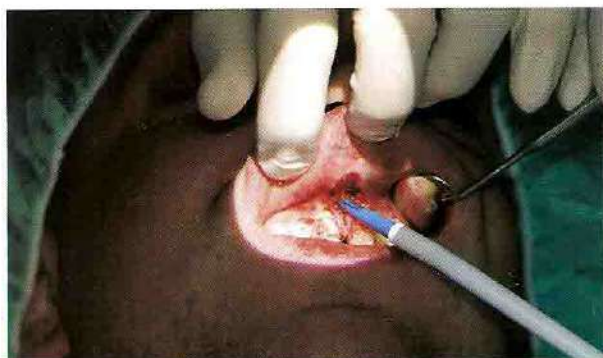


Fig. c) quadro clinico dopo asportazione



Fig. d) sutura e impacco parodontale



Fig. e) ortodonzia linguale



Fig. f) controllo a distanza

FRENULECTOMIA LINGUALE MEDIANTE L'IMPIEGO DI LASER A DIODI

Il laser ha contribuito notevolmente a semplificare gli interventi di frenulectomia tetto labiale e linguale sia nei bambini che in pazienti adulti. Possono essere utilizzati tutti i vari tipi di laser, ad erbio, neodimio, CO₂ e diodi da 810, 908 e 980 nm. Nel caso di un frenulo linguale, con il laser ad erbio avremmo un minor controllo del sanguinamento, mentre per le altre lunghezze d'onda, l'azione diretta sul cromoforo emoglobina e l'effetto termico ci sarà di grande aiuto, specie in un'area quale quella sottolinguale particolarmente vascolarizzata. Sarà bene però ricordare che il controllo del sanguinamento sarà ottenibile solo su vasi di dimensioni non superiori ai 0.5 mm, mentre in caso di sanguinamenti franchi bisognerà ricorrere a clampaggio del vaso e punto. I laser a diodi utilizzano sorgenti a semiconduttori che emettono radiazione a differenti lunghezze d'onda. Sono caratterizzati dalla compattezza delle dimensioni, e normalmente vengono impiegati per epilazione, trattamenti vascolari, chirurgia vascolare (endoluminale), chirurgia in generale (coagulazione/vaporizzazione di tessuti molli) e anche in chirurgia orale. Queste apparecchiature emettono di norma lunghezze d'onda a 800, 810, 940, 980nm con potenze differenti in funzione delle esigenze applicative.

CASE REPORT

Paziente: 7 anni, maschio con frenulo linguale corto e conseguente anchiloglossia.

Tecnica: Previa anestesia da contatto con lidocaina unguento (xylocaina 5%) ed anestesia infiltrativa con vasocostrittore, si effettua l'incisione del frenulo con laser a diodi 980 nm con fascio in onda continua (CW) a 2,5 Watt mediante fibra da 400 micron. La guarigione avviene per seconda intenzione con scarsa sintomatologia e non necessita di sutura.

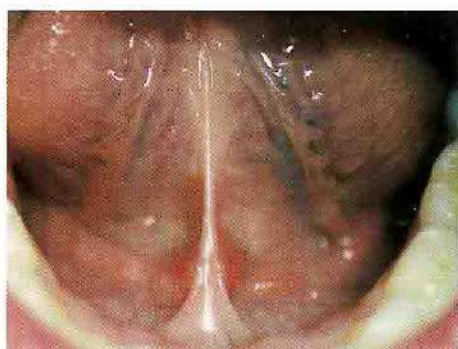


Fig.a) Situazione preoperatoria

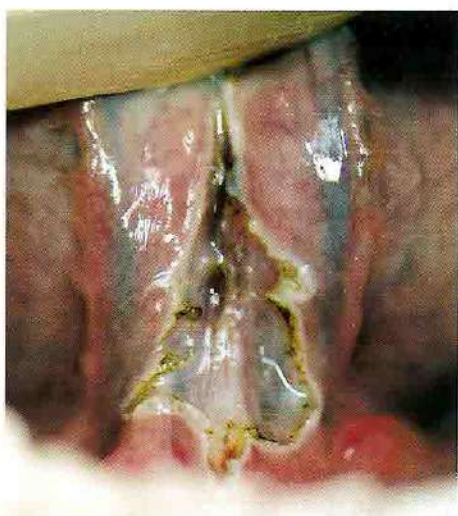


Fig.b) Incisione con laser a diodi



Fig.c) guarigione dopo 15 giorni



Fig.d) ripristino di una normale mobilità della lingua

CONCLUSIONI

Il laser, rispetto alla lama fredda del bisturi offre dei vantaggi indiscutibili:

- il bisturi incide in maniera precisa, ma non possiede proprietà battericida o coagulante del laser;
- il risultato di un intervento effettuato con il laser è prevedibile, infatti, in guarigione non si verifica ritenzione tissutale;
- l'azione antisettica e biostimolante del laser riduce l'uso di farmaci postoperatori.
- la precisione nel taglio dei tessuti molli senza che vengano alterati in alcun modo le situazione ossee;
- la capacità di coagulazione lascia il campo operatorio "esangue" anche in pazienti affetti da problematiche di coagulazione;
- minor necessità di anestetici;
- minor traumaticità sia per i tessuti trattati che per quelli circostanti;
- minor dolore post-operatorio;
- minor edema post-operatorio;
- assenza di trazione dei tessuti in fase di guarigione;
- migliore estetica dei tessuti in fase post operatoria;
- guarigione migliore per seconda intenzione;
- minor uso di trattamenti farmacologici post operatori.

laser a diodi 980 nm



AUTOPSIA *epigrafica*

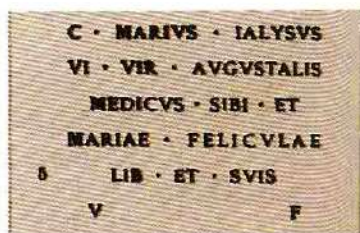
di C. Marius Ialysus Medicus in Aesernia
nel I secolo dopo Cristo

FRANCO CARUGNO

Κτῆμα ἐς ἀεί, «un bene acquisito per sempre», è il famoso detto di Tucidide che segna la nascita del concetto di "storia", in precedenza da considerare come racconto di miti e leggende. Tale riferimento, seppur ammiccante alla possibilità di fissare nel I secolo d.C., proprio nel medico Ialysus, il momento d'inizio della nostra storia medica locale, non lascia intendere le criticità derivanti dall'assoluta esiguità documentale relativa al personaggio. In un tale contesto il percorso di conoscenza di Ialysus diviene possibile solo attraverso il ricorso a metodologie non necessariamente affini alla medicina, quanto piuttosto ad una sinfonia di saperi spazianti dall'archeologia, all'epigrafia, alla filologia e alla storia. In altri termini il fondamento storico, presupposto gnoseologico, viene oltrepassato dagli aspetti interpretativi. Il *factum historicum* è pertanto solo una delle dimensioni da cogliere, invece l'esegesi epigrafica e l'interpretazione storico-critica sono gli elementi fondanti per collocare nel luogo e nel tempo ogni elemento conoscitivo. L'autopsia epigrafica è quindi soprattutto mezzo e occasione per un viaggio a ritroso in Aesernia, città della IV Regio Samnium.

Scarni riferimenti bibliografici testimoniano l'esistenza, in Aesernia, cittadina di prima età imperiale, dell'unica epigrafe, riferentesi a un medico.

C. Marius Ialysus
VI vir Augustalis
medicus sibi et
Mariae Feliculae
5 lib. et suis;
v(ivus) f(ecit).



Si tratta di un'iscrizione sepolcrale, risalente alla metà del I sec. d.C., in apparenza poco eloquente, al cui senso ci inizia Garrucci¹:

I medici presso i romani erano tutti servi, o libertini, né se ne permettevano più di cinque in ciascuna città². Anche il nostro C. Mario medico in Isernia si dimostra libertino, e perché sevir augustale, e per cognome greco Ialysus³.

L'epigrafe⁴

La città non è fatta di pietre, ma di uomini che attribuiscono valore alle pietre. Sono proprio le pietre con la loro testimonianza a documentare la parte avuta da alcuni di essi nell'ampio scenario degli accadimenti.
(Marsilio Ficino)

Il destino dell'epigrafe, è poco noto: «rinvenuta nelle nostre campagne⁵, quindi «Aeserniae olim in ecclesia cath.»⁶, successivamente nel museo civico⁷, attualmente in questo non fruibile.

Il senso ermeneutico denota, come per tutte le pietre tombali, la caratterizzazione di un *locus religiosus*, nettamente separato dall'area dei viventi, nel quale, ancora in vita (V.[ivus]F.[ecit]) assicurarsi la sepoltura e preservare la propria memoria.⁸

È frutto dell'intensa attività del cordoglio, che iniziava

1 *La Storia di Isernia*, Napoli 1848, Arnaldo Forni Editore, Capo XIII, CORPI DI ARTISTI, pp. 60-61 R. Garrucci

2 *Jus civ. ante just.* Ed. Maio p. 40

3 Ialiso, città di Rodi. Le ripetute immigrazioni di "cervelli", in particolare in età ellenista (Grecia capta ferum vincitorem cepit, *Epistole*, Orazio) determinarono il ripensamento e l'evoluzione della tradizionale medicina romana.

4 Nella parte più a sud della città aveva luogo la costruzione di edifici funerari e della necropoli, i cui avelli afferivano anche alla gestione dei collegia, per conto dei liberti associati. Tombe e resti sepolcrali sono diffusi nei luoghi agresti limitrofi.

5 Antonio Maria Mattei, *Isernia una città ricca di storia*, vol. I, E.Di.Ci., editrice, 1987 pp. 78-79

6 Nota 2.

7 Nota 7.

8 *Introduzione alla filologia latina* 1997, pp. 131-156, Werner Eck "Epigrafia latina".



M(arcus) Nonius M(arcus) l(ibertus) M[---]
 medicus sevi [r aug(ustalis)]
 sibi libertis liberta[busque]

Museo di Cassino. Lastra funeraria di calcare, frammentaria, rinvenuta lungo la via Latina. L'iscrizione è all'interno di un riquadro con doppio listello in rilievo. NONIUS: nome di famiglia romana rinomata soprattutto nella parte finale del periodo repubblicano e agli inizi dell'Impero (I sec. a.C. – I sec. d.C.). La citazione di liberti e liberte è indizio del benessere economico raggiunto da Marco Nonio. I servi augustali costituivano un collegio religioso in onore di Augusto.



Isernia, particolare del complesso termale romano di via S. Ippolito. Da Terzani C. "La città antica" in Isernia, Cosmo Iannone Editore, Isernia 2001



Frammento di stiletto bronzeo per uso medico. Da Pagano M., Raddi M., Pannacci A., Macchiagodena. Fosso Pampalone, Edizioni scientifiche e artistiche.

in vita per esorcizzare la morte naturale divenendo non più un pericolo, ma *un valore benefico della memoria familiare*⁹.

La volontà della perpetuazione del proprio ricordo è intelligibile nella scelta dell'utilizzo dell'incisione lapidea quale rassicurante elemento di veridicità per il lettore, oltre che di persistenza del messaggio nel tempo, anche in caso di eventuale riutilizzo edificatorio della pietra (*mneme* – memoria, *mnema* – lapide sono termini quasi corrispondenti). Il bronzo infatti non permetteva tale assicurazione, in quanto soggetto, in caso di necessità, a postera fusione.

L'epigrafe, non avendo tutte le caratteristiche di una iscrizione sepolcrale individuale, potrebbe definirsi *titulus sepulcralis*, iscrizione di fondazione del monumento sepolcrale familiare. Gli elementi a favore di tale tesi sarebbero insiti nella precisazione del diritto di quanti, non del singolo C. Mario, dovessero essere sepolti in quella struttura sepolcrale e nella formula finale *lib. et suis*, espressiva dell'estensione agli ex schiavi della famiglia del diritto di sepoltura e di cura della tomba. Tale considerazione permette anche di corroborare la supposizione che l'iscrizione provenisse dalla necropoli cittadina.

La significatività epigrafica è anche nel lasciar trasparire norme giuridiche in voga.

In base allo *ius sepulcri*, preoccupazione prioritaria per Ialysos è la dichiarazione d'intento relativa alla istituzione

di un suo sepolcro (*sibi et...*) da estendere ai liberti "di famiglia", escludente la possibilità costitutiva di una tomba ereditaria (non è indicata la formula *sibi eredisque suis*) da destinare a eredi.

La dichiarazione, in sintonia con lo spirito della legge, costituiva indispensabile necessità volta a scongiurare appropriazioni o usi illeciti da parte di soggetti non autorizzati.

La fruizione del testo epigrafico permette anche la decriptazione della composizione di una parte della società, così come sottolineata dall'iscrizione evidenziante il ruolo sociale conseguito da Ialysos, titolare di quel loculo¹⁰.

Assume inoltre finalità statistica quando, tra tutta la realtà epigrafica, emerge un'esigua presenza medica, rispetto, ad esempio, alla più folta schiera di sevir, a dimostrazione del maggiore livello sociale conseguito da tale ordine in Aesernia, rispetto alla minore visibilità del ruolo medico dell'epoca, professione esercitata da schiavi e liberti.

I segni grafici in latino classico interpuntati caratterizzano l'opera di trasmissione (di uno scriba, affidata alla capacità anche del lapicida, entrambi locali oppure itineranti) delle informazioni sintetiche ed efficaci affidate a quel testo sepolcrale.¹¹

9 Maria Vittoria Antico Gallina, *I Romani dalla terra all'uomo* 1998.

10 In seguito, in periodo cristiano, viene meno l'usanza di riportare sulla lapide ruolo e funzioni esercitati in vita.

11 L'impaginazione epigrafica non è mai casuale perché ha la finalità di catturare l'attenzione del lettore per favorirne la rapida acquisizione degli elementi acculturativi essenziali della

Considerando anche che il fine di ogni scrittura esposta è proprio nella ricezione del messaggio epigrafico, rimane aperto l'interrogativo se gli elementi acculturativi legati al testo fossero rivolti da Ialysos a un largo strato di popolazione, a testimonianza del buon grado di alfabetizzazione dei cittadini dell'epoca, o più probabilmente fossero indirizzate a pochi eletti, forse edotti da intermediari (sacri ermenauti – o letterati) titolati a tale compito esplicativo.

Seppur deficiente di tutti i fregi scultorei, tipici delle pietre tombali riferentisi a sevirii, cioè di fasci, corone di alloro poggianti su cuscino, *subsellium* e *suppidaneum*, l'iscrizione si presenta come *monumentum* (moneo = ammonire) che oltre a invitare a leggere, permette spunti di riflessione sulla lezione di vita proposta e, come tale, per dirla con Fernand Braduel, è *documento della storia per la storia*.

Marius Ialysus

Piacerebbe ipotizzare che in Aesernia, cittadina imperiale, giungesse C. Mario Ialysus¹², medico proveniente da Ialiso, una delle tre poleis di Rodi, isola greca del mar Egeo, *particolarmente prospera e importante culturalmente, patria e luogo d'incontro di poeti, intellettuali e filosofi*. Una città molto prossima all'isola di Kos, sede della famosa scuola medica ipocratica.

Tuttavia i pochi dati epigrafici a disposizione non permettono la ricostruzione della sua vicenda storica ed umana.

Oltre il desiderio di riscatto sociale, anche riferimenti certi, come la preparazione in vita della tomba, tacciono la reale motivazione di una tale volontà. In altri termini è ignoto se fosse prioritario per C. Mario assicurarsi la sepoltura o se l'occasione fosse originata da un caso concreto di morte nel suo ambito familiare, amicale, o ancora per pura riconoscenza.

Lo stesso nominativo, C. Marius, come in uso, probabilmente non era l'originario, ma del dominus, cioè del suo patrono, verso il quale, da liberto, aveva molteplici obblighi sintetizzabili in tre tipi di rapporti: *obsequium, operae, bona*¹³.

Dubbi si affollano anche sulla figura di Maria Felicula.

scrittura (da Giancarlo Susini, *Le scritture esposte*). Dall'epigrafe Cil IX 2675 databile I-II sec. d.C. si apprende l'esistenza dello scriba Isernino Cn. Mario Cn. F.

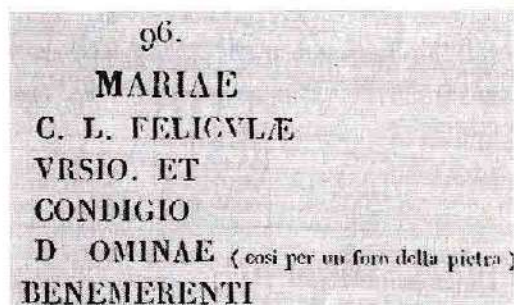
12 I Greci si avvalevano del nome etnico, indicativo del paese d'origine.

13 Riferimenti attinti da *Historia*, G. Ragazzino – V. Regina, 1998 p. 530 etc.

Si potrebbe sostenere che ella fosse sua moglie. In realtà non vi era per i liberti diritto di connubium, né troviamo nell'epitaffio le motivazioni per l'esplicazione del tipo di rapporto intercorrente, non venendo utilizzati termini chiari quali coniuge, *anche se in senso abusivo*, o più appropriatamente contubernale, o concubina.

È probabile che il nome fosse in uso tra le donne di condizione libertina.

In diversa iscrizione¹⁴



Maria Felicula (Felicetta), nel commento dell'autore R. Garucci, viene indicata "liberta di Caio Mario e associata a due servi, Orsacchio e Condizione".

A questo punto la nostra epigrafe, assume un diverso destino gnoseologico e un valore del tutto nuovo alla luce di ulteriori spunti di riflessione.

Se per M. Buonocore entrambe i personaggi appartenessero alla gens Maria, per Antonio Mattei «Maria, a differenza di Marius, nome romano indicativo della gens di appartenenza, è di derivazione ebraica, diffusosi successivamente nel mondo latino con l'avvento del Cristianesimo; pertanto da tale nominativo cristiano si potrebbe risalire all'ipotesi dell'esistenza di una delle prime comunità di credenti in Cristo in Isernia»¹⁵.

Anche il cognome Felicula, sempre secondo lo stesso autore, sarebbe non solo da considerare, con l'archeologo De Rossi, «absolute in titulis christianis», ma anche «esplicativo di una donna felice di professare la fede cristiana e di portare il nome della Madre del Salvatore».

Infine «il cognome appartenerebbe a personaggio Isernino, a giustificazione della conservazione ab antiquo della lapide presso la Cattedrale».

In assenza di evidenze, l'arcano epigrafico, offre agli specialisti di settore l'importante occasione di studio delle nostre radici professionali religiose e sociali.

Tornando alla figura di Ialysos, probabilmente i suoi riconosciuti successi economici nonché i meriti profes-

14 Raffaello Garrucci, *La Storia di Isernia*, p. 167, Epigrafe n. 96, Forni Editore, 1848.

15 Antonio Maria Mattei, *Isernia una città ricca di storia*, pp. 78-79.



Letto medico in pietra

sionali e forse morali¹⁶, in piena maturità, gli valsero, il riconoscimento della libertà da iusta servitus per manu-missione padronale.

Ma C. Mario non riuscì mai a godere della pienezza dei diritti.

Non essendogli stata riconosciuta la cittadinanza romana, fruì di una capacità giuridica mutilata di ius honorum, suffragii, e connubii, pur potendo prender parte all'esercizio dell'ars medica, giovandosi del diritto di sepoltura e cura della tomba e della possibilità di accedere a pubblici uffici di minore rilevanza.

Probabilmente nel corso della prima metà del I sec d.C. ricoprì l'incarico di medico e la carica onorifica di sevir, in Aesernia, cittadina di qualche migliaio di residenti, centinaia di famiglie, dimoranti in un centro abitativo fatto di insulae, case romane sviluppanti in più livelli, con stanze piccole, (cubicola) e che si aprivano su cortili interni¹⁷, dai quali perveniva la luce.

Forse il suo ambulatorio (iatreion o medicatrina) era collocato, insieme con le altre tabernae, lungo il decumano maggiore.

Si può ipotizzare¹⁸ che all'interno, sugli scaffali, fosse in vista vasi contenenti i vari medicinali e gli strumenti chirurgici. È possibile anche che fosse presente un "banco" o il lettino per i vari interventi.

Aveva le potenzialità per un esame obiettivo quasi completo e curava con medicinali, di personale preparazione, a base di vegetali, minerali (argille rosse per la cura delle ferite), e forse anche con rimedi di origine ani-

male (grasso d'oca, corna di cervo etc.). Il suo repertorio farmaceutico comprendeva anche il vino. Probabilmente faceva ricorso al falerno piuttosto che alla posca, un vinello inacetito in uso tra la plebe.

Si avvaleva della prescrizione delle diete e suggeriva norme di igiene personale e pubblica.

Era in uso tra greci e romani anche un'altra fine prassi di cura fondante sul ricorso alle terme in caso di dolori reumatici, gotta, dermatiti, gastriti, infiammazioni respiratorie.

È incerto se le acque termali solfuree di colle Pagano e il complesso termale romano di S. Ippolito¹⁹, di ancora incerta datazione, costituissero per Aesernia meeting point e luogo di cura.

Nell'esercizio della professione godeva di ampia libertà e agiva in scienza e coscienza nell'intento di perseguire il bene del paziente. La libertà era requisito basilare dell'ars medica greca, romana, e quindi anche delle ex colonie.

Si può supporre che condividesse la professione medica con altri colleghi, come già riportato dal Garrucci.

Di essi non vi è riferimento alcuno, verosimilmente in epoca imperiale e anche prima, era in uso la regolamentazione del numero di grammatici, sofisti e medici dei quali ogni città poteva dotarsi.

Da una lettera²⁰ (anche se cronologicamente successiva) di Antonino Pio alle autorità della Provincia Asiatica, si evince che i medici di una piccola città non dovessero essere più di cinque, di una media più di sette, di una grande più di dieci.

Ignoto è il momento storico del suo ingresso in Aesernia.

Non vi sono prove²¹ di un suo trasferimento con fun-

16 Ai clinici greci erano richiesti la frequentazione di una scuola e un giuramento etico. A Roma inoltre, già in epoca augustea, si auspicava la creazione di un *ordo medicorum* per isolare quanti esercitassero abusivamente.

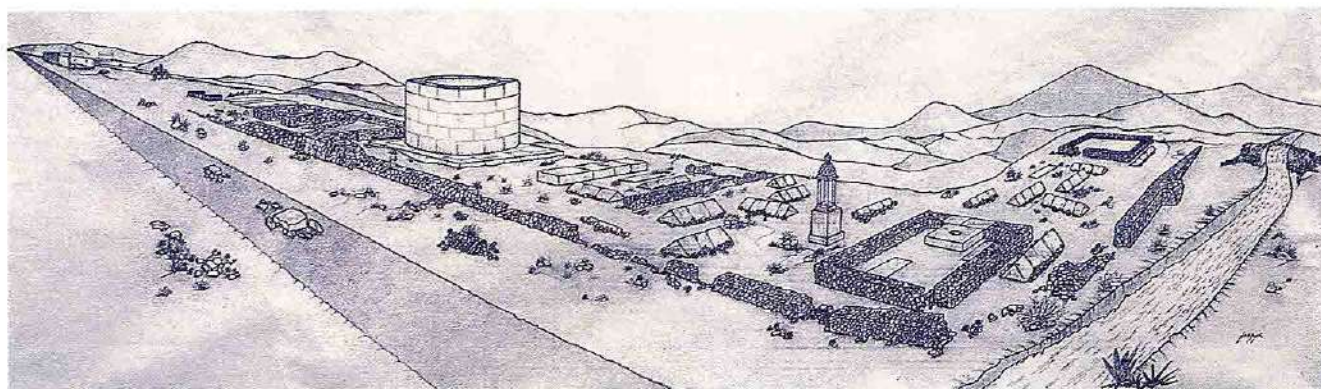
17 Per ulteriori approfondimenti Franco Valente *Origine e crescita di una città, "La città romana"* da p. 59 a 79 - Enne edizioni, 1982.

18 Le note di Storia della Medicina sono desunte dai testi: Luciano Sterpellone, *Dagli Dei al DNA*, 1990 e da A. Raitano, *Archeologia dei Medicamenti*, 1995-96.

19 Per approfondimenti, Sovrintendenza Archeologica Beni Ambientali, Architettonici, Artistici e Storici del Molise, *Isernia*, Cosmo Iannone Editore 2001.

20 *Introduzione alla filologia latina*, 1997, "Storia dell'istruzione. Artes liberales" di Ilsetraut Hadot.

21 Medici servi erano al servizio dei capitani.



Isernia, Quadrella, rilievo ricostruito dell'area della necropoli. Da Terzani C. "L'agro" in Isernia, Cosmo Iannone Editore, Isernia 2001

zioni di medico militare con eventuale incarico di architetto, cioè di medico municipale eletto dalla cittadina di Isernia per curare gratuitamente, C. Mario forse giunse come peregrinus, o più probabilmente in qualità di medicus patronale.

Certamente Ialysos dovette necessariamente affermarsi nella professione medica per accedere o confermarsi nella condizione libertina e divenire tanto ricco per meritare e poter sostenere economicamente l'oneroso incarico pubblico del sevirato, legato al culto del genio dell'imperatore, da celebrare con banchetti e feste nel giorno del suo compleanno, e con ludi, sacrifici, *munera* e altre cerimonie, quali quelle in onore dei Lares Augustales.

Restò in carica un solo anno, e conservò il titolo allo scadere del mandato continuando a godere, nelle solennità, della stessa particolare distinzione derivante dal poter indossare la toga praetexta, dal poter sedere su sedili a due posti (*bisellia*) e accompagnarsi ai littori.

Indubitabilmente nelle rappresentazioni si collocava dietro i cavalieri, insieme con i rappresentanti delle corporazioni, secondo l'ordine, preordinato per legge, riprodotto nella gerarchia della variegata scala sociale imperiale.

Sconosciuta è anche la pratica di un suo eventuale culto domestico sincretico per Silvano (Pan per i greci) divinità protettrice degli schiavi o per Hercules Gagilianus, divinità, quest'ultima, diffusa nel mondo italico e affine a Silvanus domesticus²².

Ma l'istanza crucis è posta dall'elevatissima figura di Maria Felicula, la cui compresenza pone interrogativi anche sulla reale identità religiosa di Ialysos, non solo sulla sua funzione professionale e politica.

Non mancano tuttavia esempi di coesistenza pagano-cristiana nella locale necropoli Quadrella, a sud della città, a ulteriore candidatura di tale sepolcro quale luogo

di verosimile origine di provenienza della lapide.

L'animale simbolico

Ma C. Mario Ialysos è soggetto anche di grande valore simbolico, in grado di esercitare fascino necessario per un suo riconoscimento culturale e storico.

Dalla sua figura traluce l'intreccio armonico di mito, scienza, etica e religione fondamenti di un sapere epistemologico valido ancor oggi per la medicina moderna.

L'adeguatezza al presente del personaggio è nell'esser vicino alla figura del centauro Chirone, in quanto, al pari del progenitore della medicina, esprimendo doti di conoscenza e fede nella natura, slancio per la sacralità dell'uomo, indica il percorso di umanizzazione e di elevazione culturale e spirituale da compiere per essere all'altezza del compito.

L'esercizio di una "medicina centauro", metà scienza, metà opinione, in grado di far cooperare conoscenza e credenza è l'unica via oggi percorribile per il soddisfacimento dei criteri inerenti un concetto di salute globale, che necessita del concorso di più saperi, scientifici e filosofici²³.

Lo status di liberto inoltre ben si addice alla condizione di medici e scienziati odierni, sempre più sottomessi ad una tecnologia imperante, che da mezzo è divenuta il fine, riproponendo l'apertura di un dibattito permanente sul significato di libertà in campo medico e scientifico.

È interessante anche il contesto storico di un'epoca remota, ma evoluta, se si pensi che emigrazione, "fuga di cervelli", zone carenti per l'individuazione dei medici di un ambito territoriale non costituiscono novità perché sperimentazioni afferenti al passato.

L'impronta del passato, promanante dalle figure dei

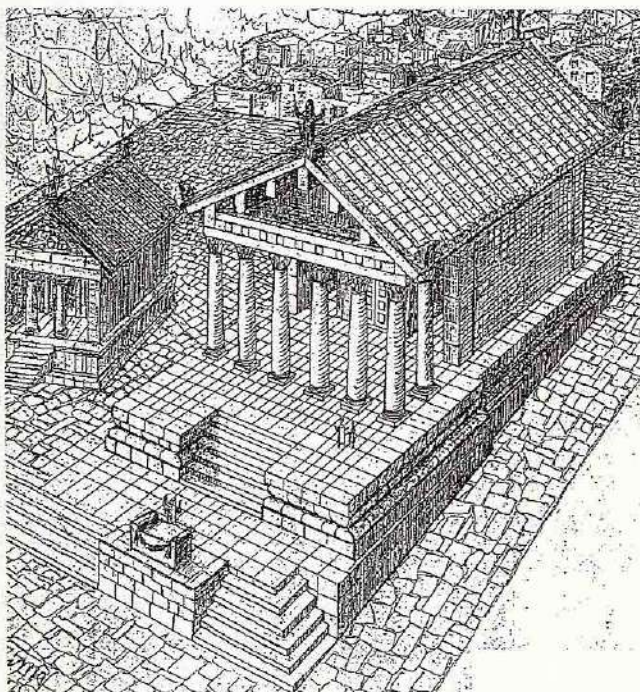
**Il pericolo del passato era
che gli uomini fossero schiavi
Il pericolo del futuro è che
diventino robot
(Erich Fromm)**

22 Marco Buonocore, *Le iscrizioni Aesernia*, V2 2003, p. 107.

23 Ivan Cavicchi, *Ripensare la Medicina*.

due personaggi, si rivolge a noi con l'invito all'esercizio di una professione relazionale a forte carattere vocazionale (sollecitudine terapeutica) fondante su valori oggettivi e universali, con la proposta di pacifica coesistenza tra esseri diversi quanto a credo religioso e con la simbolica richiesta di approfondimento conoscitivo delle origini storiche e religiose della nostra comunità.

Ad Isernia, città benevola nei confronti della professione medica, al punto tale da accogliere nel proprio genoma araldico i simboli di questa, il caduceo avvolto dalle spire di un serpente è rivolta l'esortazione a promuovere la memoria di Ialysso, a tentare la ricerca della verità storica e il recupero di un ulteriore tassello identitario, affinché ognuno di noi, in senso più lato, possa affermare con Terenzio, «domi habuit unde disceret».



Il tempio della colonia latina di Isernia III secolo a.C. Da Marasco G., De Rose A.S., "La città antica" in *Isernia*, Cosmo Iannone Editore, Isernia 2001

Museo di Napoli, Strumenti di chirurgia, Sommer Giorgio (1834-1914), n. 11141



CAO

Pubblicità e informazione sanitaria

G. Morrocchesi, A. Pagni

In seguito ad alcune segnalazioni arrivate alla segreteria dell'Ordine dei Medici circa la pubblicità sanitaria invito i colleghi ad attenersi alle norme del Codice Deontologico e vi allego gli articoli 55 e 56 sulla pubblicità e informazione sanitaria contenuti nel Manuale della Professione Medica edito dalla FNOMCEO nel novembre 2010.

Art 55 - Informazione sanitaria

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire un'efficace e trasparente informazione al cittadino. Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità e informazione al cittadino. Il medico collabora con le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.

Art 56 Pubblicità dell'informazione sanitaria

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli e da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale. La pubblicità promozionale e comparativa è vietata. Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obbiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio. Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri. Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti della ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

La Conferenza internazionale degli Ordini dei Medici

A CURA DI MARIO TESTA

di Parigi, nel 1994, a proposito della pubblicità dei medici, precisò con grande chiarezza, e in termini tuttora utili per il legislatore e per i colleghi, che «l'esercizio della professione non è un'attività artigianale né commerciale. Il medico, sia dipendente sia libero professionista, può rendere noti al pubblico la propria formazione di base e specialistica e gli altri elementi necessari all'informazione dei pazienti nel rispetto dei principi stabiliti dall'Ordine nazionale (o similari) e dalla legge. Tale informazione va chiaramente distinta dall'annuncio pubblicitario di carattere promozionale che rischia di trarre in inganno i pazienti e che è considerato non conforme all'etica dei medici in tutti i Paesi europei. Il medico, inoltre, non deve consentire ad altri di fargli pubblicità o tollerare che la effettui nei suoi confronti».

Gli artt. 55 e 56 e l'allegato Regolamento esplicativo si propongono di mantenere fede ai principi immutabili dell'etica della professione, chiarendo le differenze tra informazione e pubblicità in ambito sanitario, per garantire che la comunicazione tra i medici e i cittadini sia corretta e veritiera.

L'uso ambiguo del termine "pubblicità informativa" può, infatti, ingenerare confusione dopo che anche il "mercato" sanitario è stato pervaso dalle suggestioni della (pseudo)competizione e del marketing, e la professione del medico, dal punto di vista giuridico, è divenuta un'"impresa", sia pure sui generis.

Il termine "pubblicità", infatti, ha in genere una connotazione, invasiva, promozionale e reclamistica, propria di messaggi intesi a convincere e persuadere i cittadini ad acquistare le "merci" prodotte dalle aziende.

L'"informazione sanitaria" corrisponde, invece, all'offerta di notizie utili e funzionali per il "bene" salute delle persone, consentendo loro di scegliere consapevolmente quali competenze professionali corrispondono ai loro bisogni, di essere aggiornati sui progressi di conoscenze scientifiche praticamente utilizzabili e sulle possibili alternative di cura offerte dalla moderna tecnologia sanitaria.

La dizione «pubblicità dell'informazione sanitaria» usata nel Codice è, infatti, un complemento di specificazione

che privilegia il valore e la qualità del secondo termine, i dati e le informazioni, ai quali subordinare il primo, gli strumenti e i modi impiegati per la loro trasmissione.

La tecnologia della comunicazione, infatti, anche se non è neutrale, non è di per se stessa buona o cattiva, ma sono i contenuti, gli scopi e i modi dei messaggi scelti dagli utilizzatori a determinarne o meno il valore e il significato.

L'Ordine dei Medici non ha mai ignorato, nel corso della sua lunga storia, l'importanza deontologica di un'informazione etica dei sanitari, e ha vigilato, nei limiti del possibile, affinché il medico non ricorresse a messaggi scorretti, ambigui o ingannevoli, causa di gravi ripercussioni sulla salute dei cittadini, di disdoro per l'immagine della professione e di illecita concorrenza da parte degli abusivi o tra colleghi.

Già nel lontano 1954 l'art. 12 del CDM recitava: «Il medico non deve diffondere nel pubblico notizie di nuovi procedimenti diagnostici o terapeutici non ancora sufficientemente comprovati o altre notizie di indole sanitaria che possono suscitare illusorie speranze o timori ingiustificati. Se vi è scopo di lucro la colpa è ancora più grave».

E nei successivi artt. 69 e 70 dichiarava che «l'uso della pubblicità deve essere contenuto entro i limiti della serietà scientifica e professionale», elencando i titoli professionali che era lecito iscrivere su «fogli di ricettari, annuari, guide cittadine, elenchi telefonici, placche murali o targhe».

Nel 1984 il Comitato Centrale (CC) della FNOMCeO emanò un regolamento, che oggi può apparire anacronistico, con il quale si vietava al medico il ricorso a pubblicità cinematografiche e radiotelevisive, e si obbligava a riservare i messaggi pubblicitari esclusivamente ai giornali e periodici destinati alla categoria.

Nonostante queste ferme prese di posizione assunte dagli Ordini dei Medici, peraltro dotati di poteri istruttori molto limitati, la pubblicità ambigua, i messaggi degli abusivi e la diffusione di false informazioni non sono diminuiti nell'epoca postindustriale o della comunicazione di massa.

Anche il DLgs 25 gennaio 1992, n. 74, consapevole dei pericoli della pubblicità ingannevole, ha affidato all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato compiti di repressione e sanzionatori nei suoi confronti, ma non ha previsto il risarcimento del danno patito da chi si è fidato del messaggio pubblicitario, lasciandolo alla competenza della giurisdizione ordinaria.

Il problema dell'informazione sanitaria in questi ultimi anni è divenuto particolarmente acuto e complesso.

Si è moltiplicata, infatti, in maniera esponenziale la disponibilità in tempo reale degli strumenti tecnici di comunicazione, nazionali e internazionali, parallelamente alla sensibilità, all'interesse e al diritto dei cittadini alle informazioni sui temi della salute, tanto da renderne sempre più difficile il controllo qualitativo.

Alle «mutazioni» relativamente recenti della stampa d'informazione e dei canali radiotelevisivi nazionali e locali in termini di contenuti degli articoli e dei programmi destinati alle malattie e alla salute, si sono, infatti, aggiunti nel corso di pochi anni i messaggi telefonici, la posta elettronica, i social network, Internet e milioni di siti Web e blog, la cui «simultaneità» è in grado di trasformare il mondo in un «villaggio globale» e di modificare i comportamenti umani.

La legge n. 175/92, scaturita dalla necessità improrogabile di un intervento legislativo che regolasse con norme più severe la pubblicità sanitaria, reprimendo l'esercizio abusivo della professione, e di potenziare l'azione di sorveglianza degli ordini dei medici, si è rivelata rapidamente superata.

Superata in parte perché ormai «datata» e, poi, perché fino dalla sua promulgazione era stata più attenta alla regolazione «formale» degli strumenti pubblicitari dei soli medici che alla frequente divulgazione prematura di risultati scientifici parzialmente verificati o francamente ingannevoli e alle iniziative commerciali, destinate al «benessere» delle persone, che spesso interferiscono negativamente nella relazione terapeutica tra medico e paziente.

È un dovere degli Ordini preoccuparsi che le informazioni degli iscritti agli albi siano scientificamente corrette e veritiere, anche perché sono i principali fornitori delle notizie che i mass media diffondono, ma è anche vero che il cambiamento del paradigma dalla malattia alla salute ha favorito l'ingresso di altri attori, esterni alla professione, nel campo della pubblicità sanitaria commerciale.

Infatti, i cospicui investimenti delle industrie parasanitarie nell'organizzazione di messaggi promozionali pubblici (non propriamente falsi, ma spesso privi di riscontri scientifici), destinati al cosiddetto «salutismo» dei cittadini (che si vogliono capaci di discernere l'affidabilità o meno dei messaggi che ricevono, in una contrattazione che, tuttavia, rimane inevitabilmente asimmetrica), non mancano di creare nei destinatari attese difficilmente controllabili, pseudobisogni, sconcerto, suggestioni e credenze, sfiducia nei confronti della comunità scientifica e, qualche volta, anche danni alla salute.

Un breve accenno merita anche il divieto espresso nel Codice nei confronti della pubblicità comparativa, basata sul confronto espresso tra beni e servizi concorrenti.

Il divieto dell'Ordine dei Medici della pubblicità comparativa non è frutto né del «timore del potere della pubblicità» né per difendere con il silenzio le «magagne» dei concorrenti e l'immagine della categoria, ma soltanto per consentire ai cittadini scelte libere ed autonome sulla base della cultura e dell'esperienza personale, e per tutelarli da informazioni comparative incontrollate, difficilmente controllabili e potenzialmente dannose nell'indurre scelte ingannevoli.

continua a pag. 25

Quello sanitario nel SSN è, infatti, un mercato “non mercato”, che privilegia l'offerta pubblica e “amministra” e calмира la domanda di salute sulla base delle risorse disponibili; per questi motivi deve essere considerato un settore specifico e delicato.

Nel nostro paese non sono mai stati definiti per legge i requisiti di qualità delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private, che consentirebbero una rigorosa e obiettiva valutazione “comparativa” dell'offerta disponibile, e soltanto giornali e riviste si sono arrogati, in passa-

to, la pretesa di scegliere per i loro lettori, con arbitraria discrezionalità, i “migliori” medici e i “migliori” ospedali italiani.

Le norme del Codice sull'informazione sanitaria saranno, dunque, tanto più forti quanto più saranno rispettate e condivise consapevolmente da tutti i medici iscritti all'albo nell'interesse dell'intera categoria, e quanto più celeri ed efficaci saranno i provvedimenti disciplinari degli Ordini nei confronti di chi, eventualmente, avrà violato le norme pattuite.

Pubblicità e informazione sanitaria

G. Morrocchesi, A. Pagni

In seguito ad alcune segnalazioni arrivate alla segreteria dell'Ordine dei Medici circa la pubblicità sanitaria invito i colleghi ad attenersi alle norme del Codice Deontologico e vi allego gli articoli 55 e 56 sulla pubblicità e informazione sanitaria contenuti nel Manuale della Professione Medica edito dalla FNOMCEO nel novembre 2010.

Art 55 - Informazione sanitaria

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire un'efficace e trasparente informazione al cittadino. Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità e informazione al cittadino. Il medico collabora con le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.

Art 56 Pubblicità dell'informazione sanitaria

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli e da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale. La pubblicità promozionale e comparativa è vietata. Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obbiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio. Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri. Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti della ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

La Conferenza internazionale degli Ordini dei Medici

A CURA DI MARIO TESTA

di Parigi, nel 1994, a proposito della pubblicità dei medici, precisò con grande chiarezza, e in termini tuttora utili per il legislatore e per i colleghi, che «l'esercizio della professione non è un'attività artigianale né commerciale. Il medico, sia dipendente sia libero professionista, può rendere noti al pubblico la propria formazione di base e specialistica e gli altri elementi necessari all'informazione dei pazienti nel rispetto dei principi stabiliti dall'Ordine nazionale (o similari) e dalla legge. Tale informazione va chiaramente distinta dall'annuncio pubblicitario di carattere promozionale che rischia di trarre in inganno i pazienti e che è considerato non conforme all'etica dei medici in tutti i Paesi europei. Il medico, inoltre, non deve consentire ad altri di fargli pubblicità o tollerare che la effettui nei suoi confronti».

Gli artt. 55 e 56 e l'allegato Regolamento esplicativo si propongono di mantenere fede ai principi immutabili dell'etica della professione, chiarendo le differenze tra informazione e pubblicità in ambito sanitario, per garantire che la comunicazione tra i medici e i cittadini sia corretta e veritiera.

L'uso ambiguo del termine "pubblicità informativa" può, infatti, ingenerare confusione dopo che anche il "mercato" sanitario è stato pervaso dalle suggestioni della (pseudo)competizione e del marketing, e la professione del medico, dal punto di vista giuridico, è divenuta un'"impresa", sia pure sui generis.

Il termine "pubblicità", infatti, ha in genere una connotazione, invasiva, promozionale e reclamistica, propria di messaggi intesi a convincere e persuadere i cittadini ad acquistare le "merci" prodotte dalle aziende.

L'"informazione sanitaria" corrisponde, invece, all'offerta di notizie utili e funzionali per il "bene" salute delle persone, consentendo loro di scegliere consapevolmente quali competenze professionali corrispondono ai loro bisogni, di essere aggiornati sui progressi di conoscenze scientifiche praticamente utilizzabili e sulle possibili alternative di cura offerte dalla moderna tecnologia sanitaria.

La dizione «pubblicità dell'informazione sanitaria» usata nel Codice è, infatti, un complemento di specificazione

che privilegia il valore e la qualità del secondo termine, i dati e le informazioni, ai quali subordinare il primo, gli strumenti e i modi impiegati per la loro trasmissione.

La tecnologia della comunicazione, infatti, anche se non è neutrale, non è di per se stessa buona o cattiva, ma sono i contenuti, gli scopi e i modi dei messaggi scelti dagli utilizzatori a determinarne o meno il valore e il significato.

L'Ordine dei Medici non ha mai ignorato, nel corso della sua lunga storia, l'importanza deontologica di un'informazione etica dei sanitari, e ha vigilato, nei limiti del possibile, affinché il medico non ricorresse a messaggi scorretti, ambigui o ingannevoli, causa di gravi ripercussioni sulla salute dei cittadini, di disdoro per l'immagine della professione e di illecita concorrenza da parte degli abusivi o tra colleghi.

Già nel lontano 1954 l'art. 12 del CDM recitava: «Il medico non deve diffondere nel pubblico notizie di nuovi procedimenti diagnostici o terapeutici non ancora sufficientemente comprovati o altre notizie di indole sanitaria che possono suscitare illusorie speranze o timori ingiustificati. Se vi è scopo di lucro la colpa è ancora più grave».

E nei successivi artt. 69 e 70 dichiarava che «l'uso della pubblicità deve essere contenuto entro i limiti della serietà scientifica e professionale», elencando i titoli professionali che era lecito iscrivere su «fogli di ricettari, annuari, guide cittadine, elenchi telefonici, placche murali o targhe».

Nel 1984 il Comitato Centrale (CC) della FNOMCeO emanò un regolamento, che oggi può apparire anacronistico, con il quale si vietava al medico il ricorso a pubblicità cinematografiche e radiotelevisive, e si obbligava a riservare i messaggi pubblicitari esclusivamente ai giornali e periodici destinati alla categoria.

Nonostante queste ferme prese di posizione assunte dagli Ordini dei Medici, peraltro dotati di poteri istruttori molto limitati, la pubblicità ambigua, i messaggi degli abusivi e la diffusione di false informazioni non sono diminuiti nell'epoca postindustriale o della comunicazione di massa.

Anche il DLgs 25 gennaio 1992, n. 74, consapevole dei pericoli della pubblicità ingannevole, ha affidato all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato compiti di repressione e sanzionatori nei suoi confronti, ma non ha previsto il risarcimento del danno patito da chi si è fidato del messaggio pubblicitario, lasciandolo alla competenza della giurisdizione ordinaria.

Il problema dell'informazione sanitaria in questi ultimi anni è divenuto particolarmente acuto e complesso.

Si è moltiplicata, infatti, in maniera esponenziale la disponibilità in tempo reale degli strumenti tecnici di comunicazione, nazionali e internazionali, parallelamente alla sensibilità, all'interesse e al diritto dei cittadini alle informazioni sui temi della salute, tanto da renderne sempre più difficile il controllo qualitativo.

Alle "mutazioni" relativamente recenti della stampa d'informazione e dei canali radiotelevisivi nazionali e locali in termini di contenuti degli articoli e dei programmi destinati alle malattie e alla salute, si sono, infatti, aggiunti nel corso di pochi anni i messaggi telefonici, la posta elettronica, i social network, Internet e milioni di siti Web e blog, la cui "simultaneità" è in grado di trasformare il mondo in un "villaggio globale" e di modificare i comportamenti umani.

La legge n. 175/92, scaturita dalla necessità improrogabile di un intervento legislativo che regolasse con norme più severe la pubblicità sanitaria, reprimendo l'esercizio abusivo della professione, e di potenziare l'azione di sorveglianza degli ordini dei medici, si è rivelata rapidamente superata.

Superata in parte perché ormai "datata" e, poi, perché fino dalla sua promulgazione era stata più attenta alla regolazione "formale" degli strumenti pubblicitari dei soli medici che alla frequente divulgazione prematura di risultati scientifici parzialmente verificati o francamente ingannevoli e alle iniziative commerciali, destinate al "benessere" delle persone, che spesso interferiscono negativamente nella relazione terapeutica tra medico e paziente.

È un dovere degli Ordini preoccuparsi che le informazioni degli iscritti agli albi siano scientificamente corrette e veritiere, anche perché sono i principali fornitori delle notizie che i mass media diffondono, ma è anche vero che il cambiamento del paradigma dalla malattia alla salute ha favorito l'ingresso di altri attori, esterni alla professione, nel campo della pubblicità sanitaria commerciale.

Infatti, i cospicui investimenti delle industrie parasanitarie nell'organizzazione di messaggi promozionali pubblici (non propriamente falsi, ma spesso privi di riscontri scientifici), destinati al cosiddetto "salutismo" dei cittadini (che si vogliono capaci di discernere l'affidabilità o meno dei messaggi che ricevono, in una contrattazione che, tuttavia, rimane inevitabilmente asimmetrica), non mancano di creare nei destinatari attese difficilmente controllabili, pseudobisogni, sconcerto, suggestioni e credenze, sfiducia nei confronti della comunità scientifica e, qualche volta, anche danni alla salute.

Un breve accenno merita anche il divieto espresso nel Codice nei confronti della pubblicità comparativa, basata sul confronto espresso tra beni e servizi concorrenti.

Il divieto dell'Ordine dei Medici della pubblicità comparativa non è frutto né del «timore del potere della pubblicità» né per difendere con il silenzio le "magagne" dei concorrenti e l'immagine della categoria, ma soltanto per consentire ai cittadini scelte libere ed autonome sulla base della cultura e dell'esperienza personale, e per tutelarli da informazioni comparative incontrollate, difficilmente controllabili e potenzialmente dannose nell'indurre scelte ingannevoli.

continua a pag. 25

Quello sanitario nel SSN è, infatti, un mercato “non mercato”, che privilegia l'offerta pubblica e “amministra” e calмира la domanda di salute sulla base delle risorse disponibili; per questi motivi deve essere considerato un settore specifico e delicato.

Nel nostro paese non sono mai stati definiti per legge i requisiti di qualità delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private, che consentirebbero una rigorosa e obiettiva valutazione “comparativa” dell'offerta disponibile, e soltanto giornali e riviste si sono arrogati, in passa-

to, la pretesa di scegliere per i loro lettori, con arbitraria discrezionalità, i “migliori” medici e i “migliori” ospedali italiani.

Le norme del Codice sull'informazione sanitaria saranno, dunque, tanto più forti quanto più saranno rispettate e condivise consapevolmente da tutti i medici iscritti all'albo nell'interesse dell'intera categoria, e quanto più celeri ed efficaci saranno i provvedimenti disciplinari degli Ordini nei confronti di chi, eventualmente, avrà violato le norme pattuite.



Attività pediatriche molisane

CLAUDIO D'APOLLONIO

Durante il convegno regionale della Società Italiana di Pediatria della Regione Molise dell'11 e 12 dicembre 2010 si sono svolte le elezioni del per rinnovo del direttivo SIP Regione Molise per il gli anni 2010-2014. Sono risultati eletti con l'unanimità dei consensi:

Presidente	Dr. Enzo di Blasio
Vice presidente	Dr. Debora Simonetti
Tesoriere	Dr. Claudio d'Apollonio
Consiglieri	Dr. Nunzio Colarocchio
	Dr. Luigialberto Cutrone
	Dr. Lucia Rosa Di Iorio
	Dr Stefania Sorella

«La Società Italiana di Pediatria ha lo scopo di promuovere gli Studi Pediatrici e la loro diffusione, nonché le iniziative atte a tutelare la salute fisica e mentale e l'inserimento sociale del bambino e dell'adolescente. La SIP, inoltre, si impegna a garantire l'autonomia ed a difendere l'integrità della Pediatria, intesa come insegnamento e come metodologia assistenziale.»

Nella foto: il direttivo SIP Regione Molise per gli anni 2010-2014

ANTONIO TARTAGLIONE SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG ISERNIA

S.P.Q.R.

Storie attuali di sigle e di acronimi



Lunedì 3 gennaio, appena il tempo di accendere il computer e arriva in studio il primo paziente del 2011.

«Dottore ho bisogno di una impegnativa: mi hanno chiamato da Campobasso dove, come lei sa, sono stato operato al cuore e dove giovedì sono andato per un controllo. Mi hanno detto che devo tornare domani per fare con urgenza un "D-H per H-UTT e SEF", ecco, me lo hanno segnato qui e mi raccomando scriva proprio così, non vorrei fare un viaggio inutile».

Fisso il foglio che ha posto sulla mia scrivania, non riesco a capire cosa si nasconde dietro quelle sigle. Prendo tempo, interrogo il mio assistito sull'andamento delle vacanze Natalizie. Intanto con destrezza mi collego a Google e cerco la prima sigla.

Spesso così sono riuscito a venire a capo di acronimi molto più complessi, ma stavolta mi va male.

«Gli **Hutt** sono una specie aliena immaginaria dell'universo di Guerre Stellari. Sono comparsi in *La minaccia fantasma* e *Guerre Stellari - Il ritorno dello Jedi*, anche se solo nel primo episodio dei film vengono visti altri Hutt oltre a Jabba. La loro lingua nativa, lo Huttese, è una *lingua franca* della criminalità organizzata della Galassia».

E le altre voci disponibili sono ancora più strane.

Provo con SEF. «SEF Italia scuola di formazione Equestre, SEF Società editrice Fiorentina, SEF componenti idrosanitari», ci sono altre 30 pagine ma mi fermo

scoraggiato da questi primi risultati.

Il paziente, avrà notato la mia perplessità e mi interroga «dottore ma questi esami sono pericolosi? mi consiglia di farli? e dopo potrò guidare o mi devo far accompagnare?» Lo rassicuro e gli consiglio comunque di farsi accompagnare, mentre provvedo a redigere l'impegnativa, rigorosamente a mano perché ho la sensazione che così quelle sigle sarebbero state meno minacciose, più umane, che se prodotte da una stampante laser tedesca.

Certo non avrei dovuto copiare delle sigle che non conosco, e non l'ho mai fatto, ma mi volevate far iniziare l'anno nuovo attaccandomi al telefono per una sonora litigata con qualche collega? I ponti delle vacanze di Natale quest'anno sono stati molto avari, e ho letto sui giornali che il 2011 sarà, in quanto a ponti e prefestivi, anche peggio.

E poi questo mio paziente è molto ansioso, meglio non farlo preoccupare, vada pure a Campobasso a fare il suo "HUTT e SEF".

Intanto mi vengono in mente le ultime sigle che mi sono arrivate sulla scrivania da specialisti, cliniche, ospedali, università e che sono riuscito a interpretare brillantemente: ICA, TRAB, NSE, XDP, PRA, APCA, CCP, LKM.

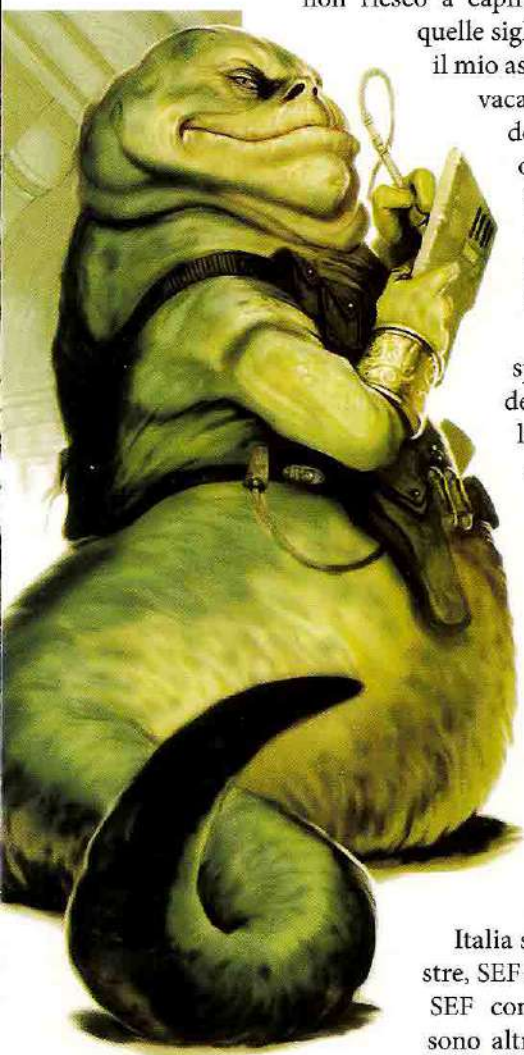
Ricordo quella volta che un cardiologo ha consigliato a un mio paziente di effettuare con urgenza un MAP: mi è costato una mezz'ora di ricerche, ma alla fine, con enorme soddisfazione, sono riuscito a capire che si trattava di un Monitoraggio della Pressione Arteriosa.

Però che pessima abitudine quella dell'uso smodato degli acronimi.

Bisognerebbe reagire fare qualcosa, non basta il quotidiano carico burocratico, le note, i piani terapeutici, ci si mette pure la presunzione, la stupidità di chi non si preoccupa di indicare con chiarezza ciò che sta richiedendo, di chi butta lì una sigla convinto che quella debba significare per tutti la stessa cosa che ha in mente lui.

Mi torna in mente il primo acronimo in cui mi sono imbattuto sui libri della scuola elementare: S.P.Q.R., tornato sui giornali nei giorni scorsi per una provocatoria interpretazione di un noto politico padano.

Questa mattina fa freddo e ancora non si vedono altri pazienti, continuiamo il gioco, clicco su Google SPQR e



scopro che neanche su questo apparente semplice acronimo, dopo più di duemila anni, ancora non ci si è messi d'accordo sul vero significato.

Leggo su Wikipedia:

«**SPQR**, acronimo del latino *Senatus Populusque Romanus*. In realtà diverse versioni sono suggerite circa il corretto significato dell' acronimo, in base alla presunta declinazione della "R", che può essere *Romanus* (*Senatus* o *Populus*), *Romani* (*Senatus* e *Populus*) o *Romae* (di Roma)».

Inoltre la "Q" potrebbe essere stata verosimilmente nei tempi più antichi non l'abbreviazione della congiunzione ma quella del termine *Quiritium*, cioè Quiriti, come i Romani chiamavano sé stessi nell'accezione di cittadini godenti dei pieni diritti: quindi l'acronimo andrebbe sciolto come *Senatus Populusque Quiritium Romanorum*, in italiano «Il Senato e il Popolo dei Quiriti Romani».

Un'accreditata ipotesi, invece, ne fa autori i Sabini, che avrebbero così inteso sottolineare la loro potenza: la sigla starebbe per *Sabinis Populis Quis Resistet*, in italiano «Chi potrà resistere alle genti sabine?» Vinti i Sabini, i Romani avrebbero poi risposto mettendo in fila le stesse iniziali per affermare solennemente la propria autorità.



Nel medioevo vengono attribuite alla sigla i seguenti significati:

- *Sapiens Populus Quaerit Romam*:
«Un popolo saggio ama Roma».
- *Stultus Populus Quaerit Romam*:
come sopra, ma il popolo diventa «stolto».
- *Senex Populus Quaerit Romam*:
idem, ma con un «vecchio popolo».
- *Salus Papae Quies Regni*:
«Salvezza del papa, tranquillità del regno».
- *Sanctus Petrus Quiescit Romae*:
«San Pietro riposa a Roma».
- *Salve Populus Quintinio Romam*:
«Salute al popolo di re Quinto».

Il personaggio dei fumetti Obelix, creato da René Goscinny e Albert Uderzo, spesso interpreta umoristicamente l'acronimo come *Sono Pazzi Questi Romani!*

Un'altra storpiatura comica di SPQR è nel film *S.P.Q.R. 2000 e ½ anni fa*, in cui Massimo Boldi esclama, inseguito da soldati romani: «Sono Porci Questi Romani!» Ah, ecco l'origine dotta della citazione del politico padano!

Bene, a questo punto mi sento rinfrancato, meno ignorante, e il mio senso di colpa nel non aver saputo interpretare quelle sigle si è fortemente attenuato.

Però qualche acronimo da dedicare a quel collega che mi ha mandato quella prescrizione, a pensarci bene, ce l'avrei anche io: ICD9-CM, DM 332 del 27/8/1999 (*Nomenclatore*), DSM-IV-TR.

E per non fare lo stesso suo errore domani gli mando una lettera in cui gliene spiego dettagliatamente il significato e l'importanza.

E per voi, miei cari M.M.G, V.S.C.
Ovvero vi saluto cordialmente.

AVVISI & NOTIZIE

A CURA DI ALFREDO VOLPACCHIO



Publicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 53 del 5 marzo 2011 il decreto 21 febbraio 2011 «Avvio a regime del sistema di trasmissione

telematica dei dati delle ricette del SSN da parte dei medici prescrittori, presso le regioni Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte, Calabria, Liguria, Basilicata e la provincia Autonoma di Bolzano». Il decreto chiude la fase sperimentale e fissa il calendario per l'avvio della fase a regime delle procedure previste dal Dpcm 26 marzo 2008. Delle regioni in elenco, con le rimanenti a seguire secondo un'agenda da fissare in un secondo decreto, la prima a partire sarà la Val d'Aosta, dal 1° aprile, poi l'Emilia-Romagna, dal 1° maggio, quindi Abruzzo, Campania, Molise e Piemonte dal 1° luglio, Calabria e Liguria da settembre e infine la Basilicata dal 1° ottobre. Che cosa devono aspettarsi i Mmg di queste regioni? Non la ricetta on line, come erroneamente scritto da alcuni giornali. Il Dpcm 26 marzo 2008, infatti, non tratta di digitalizzazione o di "dematerializzazione" delle prescrizioni, ma soltanto di invio dati: in sostanza, dalle date sopra indicate i medici di famiglia dovranno trasmettere al ministero delle Finanze (tramite Sac, Sistema di accoglienza centrale) un pacchetto di informazioni ricavato quotidianamente dalle ricette prescritte. Tale pacchetto, come prescrive il Dpcm già citato, comprende il codice fiscale dell'assistito, il codice della ricetta, il codice Icd9, i dati relativi alle eventuali

esenzioni, le note Aifa, la prescrizione, il tipo di ricetta, la data di compilazione e l'indicazione del tipo di visita (ambulatoriale o domiciliare). A parte questo invio dati, in sostanza, tutto resterà come prima e i pazienti continueranno a ricevere la vecchia ricetta cartacea. Per i medici di famiglia invece scatta un'altra tagliola: in base a quanto prevede la Convenzione (articolo 59ter), i prescrittori che non rispettano gli obblighi sanciti dal Dpcm del 2008 rischiano una decurtazione dell'1,15% del loro compenso convenzionale su base annua. «L'inadempienza» specifica il decreto delle Finanze pubblicato sabato «si intende verificata nel caso in cui le ricette prescritte e trasmesse telematicamente siano, su base mensile, inferiori all'80% del totale».



Sul Supplemento ordinario n. 60 la Conferenza Stato-Regioni pubblica le intese 10 febbraio 2011 «Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Il fascicolo sanitario elettronico - Linee guida nazionali»; «Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il «Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010-2012»; «Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il «Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013» e l'accordo 10 febbraio 2011 «Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto le-

gislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente «Piano d'indirizzo per la riabilitazione».



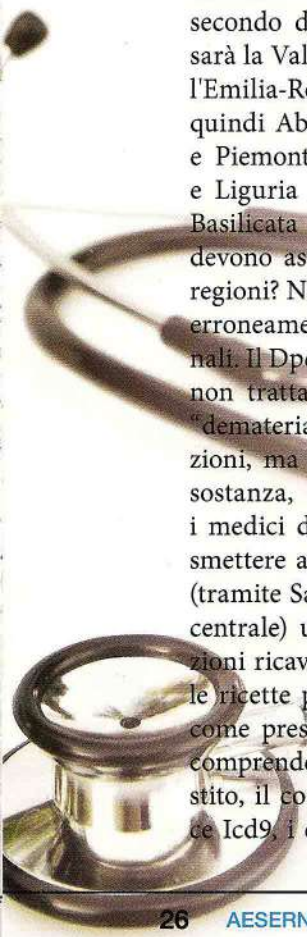
Sulla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 2011 sul Supplemento ordinario n. 53 è pubblicata la legge 26 febbraio 2011, n.10 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e di interventi urgenti in materia tributaria e di sostegno alle imprese e alle famiglie».



Publicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 57 del 10 marzo 2011 il decreto 16 dicembre 2010 del ministero della Salute che dà attuazione al Dlgs 153/2009 «Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonchè disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69», pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 257 del 4 novembre 2009.



Dopo il via libera a fine 2010 da parte delle Regioni che hanno chiesto e ottenuto alcune correzioni al testo varato in prima lettura a luglio 2010, il disegno di legge delega «omnibus» messo a punto dal ministro della Salute Ferruccio Fazio per adottare ulteriori e più significative misure per garantire in vari settori quali la ricerca sanitaria, la sicurezza delle cure, le professioni sanitarie, la sanità



elettronica, una maggiore funzionalità del Ssn e delle prestazioni erogate per dare risposte sempre più appropriate e qualificate alle necessità dei cittadini, ha incassato il via libera definitivo dal Consiglio dei ministri e può ora iniziare così il suo iter parlamentare. Questi i punti salienti del Ddl delega: **sperimentazione clinica, finanziamenti ricerca, direttori scientifici Irccs, professioni sanitarie, segnalazione eventi avversi, cure termali, concorsi e dirigenza, sanità elettronica, registri nazionali e regionali.**



L'agenzia delle entrate l'11.03.2011 ha emesso una circolare, in merito alla nuova normativa per ottenere il certificato di idoneità psicofisica alla guida, per il quale il richiedente dovrà presentare, tra l'altro, un certificato che segnala l'assenza di abuso di alcol e di uso di sostanze stupefacenti; tuttavia, le modalità di rilascio di questo certificato, al momento non ancora obbligatorio (Circolare Ministero della Salute del 5 novembre 2010), non sono ancora note, non avendo il Ministero della Salute fornito, ad oggi, i chiarimenti in merito, né emanato il decreto previsto dal citato articolo 119, comma 2-ter.

Pertanto, premesso e considerato, che è necessario attendere le indicazioni che il Ministero della Salute fornirà in materia al fine di poter correttamente inquadrare ai fini IVA l'attività di certificazione in esame, qualora si stabilisse che detta attività debba essere resa dietro corrispettivo da un medico libero professionista o da un medico di famiglia nell'ambito delle proprie attività convenzionali ed istituzionali, visto quanto precisato nella circolare n. 4/2005, si ritiene che detta prestazione sia esente IVA ai sensi dell'articolo 10, comma 1, n. 18 del DPR n. 633/1972.



Il lavoro notturno in sanità sarà presto considerato usurante. È in arrivo per la prima volta - con l'imminente

approvazione definitiva del decreto legislativo in attuazione della legge 183 del 2010 - una regolamentazione organica dei benefici pensionistici per i lavori particolarmente usuranti, tra i quali rientrerà anche il lavoro notturno dei dipendenti in sanità, a partire da medici e infermieri. Chi svolge da 64 a 71 turni notturni annui, in particolare, potrà andare in pensione un anno prima, da 72 a 77 notti due anni prima e da 78 notti in poi con tre anni di anticipo. Per le pensioni con decorrenza entro il 2017, così come definito dalla legge 247 del 2007, il beneficio potrà essere concesso solo a chi ha svolto il lavoro notturno in modo regolare e continuativo per almeno sette anni negli ultimi dieci di attività lavorativa. Dal 2018 il lavoro notturno dovrà essere svolto per metà della vita lavorativa complessiva. Rimane tuttavia il nodo delle risorse finanziarie disponibili già programmate, che potrebbero essere insufficienti facendo scattare criteri di priorità in ragione della maturazione dei requisiti. In sanità, inoltre, rischiano di essere esclusi i medici di guardia medica e tutti coloro che svolgono lavoro precario non dipendente.



Nonostante le semplificazioni e i richiami della terza circolare Brunetta, specialisti e ospedalieri del Ssn continuano a "scansare" la certificazione di malattia. Questo almeno è il quadro che si ricava dalle iniziative assunte in queste settimane da alcuni Ordini. Diversi presidenti hanno inviato una missiva a tutte le direzioni generali delle aziende sanitarie e ospedaliere per invitarli a vigilare affinché non si generi lo scaricabarile tra medici dipendenti e convenzionati. Va assolutamente evitato che i cittadini vengano "rimpallati" da un professionista all'altro atteso che la certificazione, se necessaria, va redatta da chi effettua la visita con giudizio diagnostico e prognostico.



Entro il 2015 andranno in pensione 60mila medici e non si sa chi li rimpiazzerà. In alcune specializzazioni si vive già una situazione di carenza ma tra tre anni, per esempio, per la chirurgia si parlerà di vera e propria crisi. Il ministro della Salute, Fazio è intervenuto in maniera tempestiva già lo scorso anno aumentando del 10% le immatricolazioni alle scuole di specializzazione ma questo aumento non è sufficiente e, in ogni caso, i giovani che si iscrivono adesso cominceranno a operare nel 2021, considerata la lunghezza dell'iter formativo. Gli ambiti in cui si sta già vivendo una situazione di carenza del personale medico sono la radiologia, la rianimazione, l'otorinolaringoiatria, la pediatria, l'igiene ma una crisi terribile si prepara per la chirurgia. Sono tre anni che non saturano i posti disponibili nelle scuole di specializzazione perché i giovani sono spaventati dal timore di ricevere denunce esercitando il mestiere di chirurgo. L'Italia, infatti, insieme al Messico, è l'unico Paese ad avere l'errore medico nell'ambito penale.



I criteri di economicità, nel contenimento della spesa sanitaria, non possono prevalere sul diritto alla salute dei cittadini ricoverati negli ospedali e le dimissioni del paziente devono essere decise solo in base a valutazioni di «ordine medico», e non ancorate ai criteri fissati dalle 'linee guida' in uso nelle strutture sanitarie. Lo sottolinea la Cassazione in una recente sentenza che ha ribadito che nel praticare la professione medica, il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità. Il rispetto delle "Linee guida", quale parametro di riferimento della legiti-

timità della decisione di dimettere il paziente dall'ospedale e di valutazione della condotta del medico, nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate nè all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura.



Entra in vigore dal 21 marzo la conciliazione obbligatoria in materia sanitaria. A partire da quella data, in sostanza, le controversie che coinvolgo medici o strutture dovranno prima tentare una composizione davanti a uno degli organismi di mediazione accreditati dal ministero della Giustizia. Lo strumento riguarderà tutti i medici – del Ssn, convenzionati o privati – e varrà per il contenzioso civile, indipendentemente dal valore della controversia. In caso di disaccordo

con la sentenza, medici e pazienti potranno comunque rivolgersi alla giustizia ordinaria. Si tratta di una novità che permette di ridurre il ricorso al tribunale e abbattere, anche a pochi mesi, i tempi e i costi delle cause. La FNOMCEO sta portando avanti un'intesa con il Consiglio nazionale forense in modo che gli Omceo interessati possano attivare una Camera di conciliazione presso l'Ordine degli avvocati e sta inoltre avviando un corso unico di formazione per preparare i conciliatori, che possono essere medici, avvocati o laureati in qualsiasi disciplina, alle tematiche della sanità, dal risk management ai danni biologici e alla deontologia. Un problema ancora da chiarire è il ruolo delle assicurazioni: di fatto è il terzo pagante, ma non è chiaro che ruolo abbia all'interno della conciliazione, che riguarda al momento solo medico e paziente. Spesso poi a essere

chiamato in causa, sia a livello ospedaliero sia territoriale, non è il medico singolo, ma l'équipe. Cosa succede se non tutti sono d'accordo?



Una recente sentenza del Consiglio di Stato ribadisce che la legge vieta agli odontotecnici di esercitare, anche alla presenza e in concorso del medico o dell'abilitato all'odontoiatria, alcuna manovra, cruenta o incruenta, nella bocca del paziente, sana o ammalata, limitandone la sfera d'attività alla costruzione di apparecchi di protesi dentaria su modelli tratti dalle impronte loro fornite dai medici chirurghi e dagli abilitati a norma di legge all'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria, con le indicazioni del tipo di protesi.

• NOTIZIE VARIE •

Il 22 settembre scorso si sono svolte le elezioni per i membri dell'Ufficio di Coordinamento distrettuale in tutta la regione. Con la riorganizzazione dell'ASReM i Distretti hanno assunto un ruolo non solo organizzativo ma anche erogatori di spesa e di progettualità; tramite loro possiamo presentare i nostri progetti per la riorganizzazione della rete territoriale, l'attivazione delle RSA sotto la direzione dei MMG, la sperimentazione della Continuità Assistenziale a 38h settimanali ed altro ancora. Per questo è stato importante l'individuazione dei colleghi, che sono stati eletti, capaci di far valere le nostre istanze.

Sono risultati eletti nel distretto di Agnone:

- Dott. De Renzis Alfredo, MMG
- Dott. Paglione Rocco, MMG
- Dott. Cutrone Luigi Alberto, PLS

Per il distretto di Isernia:

- Dott.ssa Izzi Silvana, MMG
- Dott. Bucci Giancarlo, MMG
- Dott. Dall'Olio Augusto, PLS

Per il distretto di Venafro:

- Dott. Paolone Gianni, MMG
- Dott. Gesi Marcello, MMG
- Dott. Lombardi Franco, PLS

A tutti i colleghi eletti un augurio di buon lavoro

Rinnovo Cariche direttivo Associazione Medici Cattolici Isernia-Venafro 2011-2014

Presidente	Franco Carugno
Vicepresidente	Rita Di Pilla
Tesoriere	Angela de Stefano
Consiglieri	Mario Testa
	Gianni Di Pilla
	Giuseppina Epifanio



Presentazione dell'Ente di Formazione e dell'Organismo di Mediazione Finalizzata alla Formazione dei Mediatori

L'A.D.R. CONCILIANDO è un ente di formazione ed organismo di mediazione iscritto al registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. L'ente di formazione A.D.R. CONCILIANDO ha lo scopo di fornire una adeguata formazione professionale nel settore della mediazione civile.

Un approccio negoziale e cooperativo tra professionisti, e professionisti e parti è alla base della risoluzione alternativa delle controversie in tutti i settori, in quanto, il potere negoziale e la capacità di comunicazione che rendono la negoziazione in tutte le sue forme uno strumento valido ai fini della prevenzione e risoluzione dei conflitti. La mediazione rappresenta una forma di negoziazione tra le parti, in cui grazie alla collaborazione di un terzo imparziale ed indipendente, il mediatore civile, le parti vengono facilitate ed aiutate nella ricerca di un accordo, che possa essere soddisfacente per entrambe. Tale strumento di risoluzione alternativa e di prevenzione delle controversie può avere uno sviluppo notevole non solo nel settore civile e nell'ambito dei diritti di cui all'art. 5 del decreto legislativo 2010, ma anche in altri settori, quale quello medico, atteso l'ingente numero di cause civili pendenti tra i pazienti ed i medici. Nello specifico, l'Ordine dei MEDICI con i propri iscritti può rappresentare un ottimo destinatario in materia di Mediazione, infatti, i medici, dopo la specializzazione, potranno essere utilizzati nella mediazione per aiutare a risolvere specifiche problematiche inerenti ai settori quali risarcimento per mal practice o risarcimento per danni alle persone a seguito di sinistri stradali. I percorsi formativi, offerti dall'A.D.R. CONCILIANDO trovano origine nei corsi per mediatori civili e rispettano i programmi ministeriali

che prevedono lo studio della materia della mediazione a livello internazionale, comunitario, nazionale, nel suo iter, nelle sue forme e manifestazioni. Accanto all'aspetto normativo e comunicativo l'A.D.R. CONCILIANDO predispone delle ore integrative allo scopo di consentire agli operatori del settore di utilizzare la tecnica del playing role, ossia del gioco di ruolo, attraverso sessioni di simulazione di mediazioni e negoziazioni. I corsi per mediatori civili organizzati da A.D.R. CONCILIANDO avranno lo scopo di formare dei professionisti del settore che abbiano consapevolezza del ruolo svolto, e che soprattutto, abbiano una conoscenza molto ampia del settore delle tecniche a.d.r., allo scopo di favorire la composizione dei conflitti nati, e che potrebbero sorgere.

Alla base della specializzazione dei nostri professionisti, c'è una ampia conoscenza delle tecniche A.D.R. e degli assiomi della negoziazione e comunicazione secondo le più importanti scuole americane, che vengono adattati e valorizzati sulla base della nostra cultura e della nostra società.

Inoltre, i professionisti da noi formati avranno la possibilità di usufruire di un affiancamento presso i nostri uffici di mediazione, essendo l'A.D.R. CONCILIANDO struttura sia formativa, che di mediazione e saranno iscritti come Mediatori all'ADR CONCILIANDO.

Un Medico con cognizioni di mediazione civile e di negoziazione è un dottore avvantaggiato nella professione, in quanto, avrà la capacità di negoziare e di giungere ad un accordo con maggiore facilità. Inoltre, il medico negoziatore e mediatore sarà facilitato nei rapporti con i clienti, in quanto, la capacità di chiudere gli accordi in tempi brevi, con costi limitati, e con

proposte che provengono dalle parti rappresenteranno un vantaggio per le parti, le quali, onoreranno i propri impegni con maggiore serenità e soddisfazione.

L'A.D.R. CONCILIANDO, tramite l'ADR MEDIAFORM Campania srl, pertanto, propone al Consiglio dell'Ordine dei Medici di ISERNIA la seguente offerta formativa, alle seguenti condizioni:

Il corso è riconosciuto dal Ministero della Giustizia e consentirà di ottenere il titolo di Mediatore;

Le classi dovranno essere formate classi da un minimo di 20 ad un massimo di 30 partecipanti per singolo corso per mediatore professionista;

il costo del corso di Mediatore Civile sarà, qualora vi siano almeno 20 iscritti, pari a €. 550,00 + IVA, sconto riservato agli iscritti al Vostro Ordine (Per i possessori di partita IVA il costo del corso sarà interamente deducibile);

Il corso durerà 6 giorni per complessive 54 ore di cui 20 di pratica e 4 per la valutazione finale, con possibilità di frazionamento del corso in due o tre volte secondo le esigenze dei medici partecipanti;

Alla fine del corso verrà rilasciato attestato di partecipazione che darà diritto al riconoscimento di 24 crediti formativi dall'Ordine;

Per avere maggiori informazioni sul settore formazione, potrete contattare l'avv. Gabriella Marinelli, con il quale l'Ordine potrà tenere contatti presso il suo studio in Isernia alla Via E. Ponzio 54 Tel. 0865/411288 Cell.3386815448 - e.mail gabriella.marinelli@tin.it e che si dichiara disponibile a presentare il corso al Presidente dell'Ordine, previo appuntamento.

Sermoneta, li 29/03/2011

Vita dell'Ordine

Delibere del consiglio



Il 17 dicembre 2010, nella sala riunioni dell'Ordine dei Medici di Isernia, si è svolta l'annuale assemblea ordinaria per l'approvazione del bilancio consuntivo 2009 e preventivo 2011. Di seguito riportiamo le relazioni della dr.ssa Anna Morcone (tesoriere dell'Ordine) e del dr. Claudio D'Apollonio (presidente dei revisori dei Conti) e il dettaglio delle singole voci in bilancio.

Al termine dei lavori si è passati alla cerimonia di consegna di una targa ai medici con 40 anni di iscrizione al nostro Ordine (dr. Francesco Rossi) e alla cerimonia del giuramento d'Ippocrate dei nuovi medici iscritti all'Albo nel periodo che va dal 7.12.2009 al 15.11.2010 (dr. Di Cianni Simone, Priolella Marco, Angiolilli Daniela, Pascarella Fabio, Silvestri Luigi, Testa Gabriella, Cianchetta Maria Rita, Cicerone Clelia, Marra Andrea, Mallardo Saverio, Castaldi Giuseppe, Iadanza Lanzaro Bianca, Sferra Simone).

Relazione del tesoriere al conto consuntivo 2009 e al bilancio di previsione 2011

Il presente bilancio consuntivo per l'anno 2009 è stato predisposto in conformità agli schemi previsti dal Regolamento. Nello stesso vengono esposti nella forma del rendiconto finanziario e in maniera analitica i dati dell'attività dell'ente riportando i valori finali delle entrate e delle uscite. Il rendiconto finanziario viene suddiviso in due parti: entrate e uscite, suddivise a loro volta in competenze e residui.

La competenza rappresenta i risultati conseguiti nelle gestioni correnti, investimenti e partite di giro; la gestione dei residui si riferisce alle poste di entrata ed uscita riferite ad esercizi precedenti; la gestione del bilancio di cassa evidenzia tutti i movimenti di cassa verificatisi durante l'esercizio. Il bilancio consuntivo al 31.12.2009 presenta una previsione definitiva di spesa di € 89.844,89, pari al 78,23% delle entrate compreso l'avanzo dell'anno precedente. I costi che hanno maggiormente inciso sulle entrate sono stati: il costo del personale pari al 28,49%, il mutuo per l'acquisto della sede pari al 12,42% le spese postali e telefoniche pari al 3,59% per un totale complessivo del 44,50%. Nell'esercizio 2009 sono state saldate le spese sostenute per la ristrutturazione della sede, è stata acquistata un software per la gestione dell'anagrafica degli iscritti e stampato l'Albo aggiornato; inoltre si è provveduto a fare un versamento alla FNOMCEO di € 500,00 a favore dei terremotati dell'Aquila. Per il resto i costi sostenuti sono serviti ad una normale gestione dell'Ordine garantendo un servizio efficiente agli iscritti.

Il risultato di gestione evidenzia un avanzo di €

25.002,98, dato dalla differenza tra le entrate e le uscite compreso il conto vincolato del TFR.

Per quanto riguarda il Bilancio di previsione 2011, viene riproposta la stessa quota di iscrizione del 2010.

Le entrate e le uscite di previsione sono state determinate secondo le entrate sulla base del numero degli iscritti all'Ordine e per quanto concerne le uscite, come ripartite nei singoli capitoli, sulla base delle esigenze gestionali dello stesso.

Il Tesoriere
Dott. ssa Anna Morcone

Relazione del collegio dei revisori al bilancio consuntivo 2009 e al preventivo 2011

Egregi colleghi,

Il rendiconto oggi al vostro esame è stato determinato sulla base delle entrate e uscite dell'esercizio che definiscono i valori precedentemente iscritti nel relativo bilancio previsionale da Voi approvato nell'assemblea dello scorso anno.

Come previsto dal nostro regolamento per l'amministrazione e la contabilità, il collegio dei revisori ha provveduto al controllo periodico dei fondi ed alla verifica del bilancio.

Nel corso dell'esercizio l'organo di revisione ha partecipato alle riunioni del consiglio Direttivo, ha effettuato controlli sia sulla documentazione contabile, sia sul corretto iter degli adempimenti senza riscontrare irregolarità nei vari obblighi civilistici, fiscali, previdenziali e di gestione.

Per quanto riguarda il consultivo 2009 si evidenziano entrate di competenza per un totale di € 85.153,45 e residui per euro 29.694,42 compreso il conto vincolato per il TFR della dipendente. Le uscite di competenza pari a € 86.822,53 presentano residui per euro 3.022,36 relativi alle somme di competenza dell'esercizio 2008 e pagate nel 2009.

I fondi disponibili al 31/12/2009 ammontano a € 15.825,44 più il fondo vincolato della dipendente pari a € 13.868,98.

In ordine alle uscite si rileva che le stesse dedotte le quote per la FNOMCEO sono relative alle ordinarie spese di gestione e di funzionamento dell'ordine.

Passando all'esame del preventivo 2011 si evidenzia che la quota d'iscrizione proposta è rimasta invariata rispetto a quella dell'esercizio precedente, composta di

€ 95,50 quale quota relativa al mantenimento dell'ordine e € 23,00 quale quota da riversare alla FNOMCEO.

In ordine alle uscite si rileva che quelle correnti riguardano essenzialmente le spese necessarie al funzionamento routinario dell'Ordine.

Concludendo la presente relazione, nell'evidenziare la corrispondenza del consultivo 2009 alle risultanze della documentazione contabile nonché la congruità delle previsioni 2011, riteniamo di poter esprimere parere favorevole sulla gestione 2009 e sull'operato del Consiglio Direttivo. Per tutto quanto sopra esposto, Vi invitiamo ad esprimere parere favorevole all'approvazione del consultivo e del preventivo 2011.

Per il collegio dei Revisori dei Conti
Il Presidente
Dr. Claudio d'Apollonio



Anna Morcone e Claudio D'Apollonio

CONTO CONSUNTIVO 2009

ENTRATE

Descrizione	competenze	residui	totale
RESIDUO ATTIVO AL 01/01/2009			
Banca e cassa	--	15.825,44	15.825,44
Libretto bancario	--	--	--
C/TFR	--	13.868,98	13.868,98

ENTRATE EFFETTIVE

interessi bancari	--	--	--
-------------------	----	----	----

CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Tasse ruolo principale	73.788,51	--	73.788,51
Tasse 1ª iscrizione	1.066,50	--	1.066,50
Tasse non iscritti a ruolo	170,44	--	170,44
Tasse trasferimenti	--	--	--

ENTRATE COMPENSATIVE

Diritti di segreteria	--	--	--
Proventi vari	--	--	--
Entrate diverse	--	--	--
(fot. tess., ecc.)	128,00	--	128,00
Contributi ENPAM	5.000,00	--	5.000,00
Contributi FNOMCEO	5.000,00	--	5.000,00

TOTALE EURO	85.153,45	29.694,42	114.847,87
--------------------	------------------	------------------	-------------------

PARTITE DI GIRO

Quote FNOMCeO iscritti a ruolo	15.253,10	--	15.253,10
Ritenute IRPEF + IRAP	5.369,15	822,36	6.191,51
Rimborsi	--	--	--
Quote FNOMCeO 1ª iscriz.	276,00	--	276,00

TOTALE EURO	20.898,25	822,36	21.720,61
--------------------	------------------	---------------	------------------

TOTALE	106.051,70	30.516,78	136.568,48
---------------	-------------------	------------------	-------------------

USCITE

Descrizione	competenze	residui	totale
-------------	------------	---------	--------

SPESE CORRENTI

Spese elezioni	--	--	--
Indennità di trasferta	--	--	--
Spese di rappresentanza	500,00	--	500,00
Assic. R:C: e patrim.	--	--	--
Competenze commissioni	--	--	--
Albo Odontoiatri	--	--	--
Stampa albo	5.197,92	--	5.197,92

SPESE PER AGGIORNAM. PROF.LE

Informazione e formazione	2.112,52	--	2.112,52
Onorificenze a iscritti	452,25	--	452,25
Abbonamento riviste	--	--	--

SPESE PERONALE

Stipendi personale	16.768,58	1.232,00	18.000,58
Riten. IRPEF dipend.	--	--	--
+R. Acc. IRAP	5.369,15	822,36	6.191,51
Versamenti c/dipendenti	--	--	--
INPS + INAIL	7.556,39	968,00	8.524,39
Consulenze	1.736,13	--	1.736,13

SPESE PER LA SEDE

Metano	1.190,61	--	1.190,61
Condominio esattoria	408,25	--	408,25
Enel - Acqua	573,84	--	573,84
Pulizie locali	430,00	--	430,00
Spese postali e telefoniche	4.120,27	--	4.120,27
Spese stampa e cancelleria	4.632,21	--	4.632,21
Imposte e tasse	1.307,22	--	1.307,22
Spese manut. e adeg.	--	--	--
L. 626 privacy	12.239,56	--	12.239,56

ONERI BANCARI E INTERESSI PASIVI

Interessi passivi mutui ENPAM	1.638,68	--	1.638,68
Commissioni e spese bancarie	233,13	--	233,13
Interessi passivi diversi	--	--	--

SPESE IN CAPITALE

Rimborsi e sgravi quote ass.ve	--	--	--
Aggio esattoria	3.689,42	--	3.689,42
Fondo riserva Spese straordinarie	--	--	--
bis Fondo TFR	--	--	--
Acquisto macchina ufficio	--	--	--
bis Mobili per ufficio	--	--	--
ter Software	4.034,80	--	4.034,80
Quote amm.to Mutuo ENPAM	12.631,60	--	12.631,60

TOTALE EURO 86.822,53 3.022,36 89.844,89

PARTITE DI GIRO

Quote FNOMCeO iscritti a ruolo	15.253,10	--	15.253,10
Ritenute IRPEF dipendenti	5.369,15	822,36	6.191,51
Rimborsi	--	--	--
Quote FNOMCeO 1ª iscrizione	276,00	--	276,00

TOTALE EURO 20.898,25 822,36 21.720,61

TOTALE 106.051,70 30.516,78 136.568,48

CONTO PREVENTIVO 2011

ENTRATE

Descrizione	competenze	residui	totale
-------------	------------	---------	--------

RESIDUO ATTIVO AL 01/01/2011

Banca e cassa	--	854,32	854,32
Libretto bancario C/TFR	--	14.000,00	14.000,00

ENTRATE EFFETTIVE

Interessi bancari	--	--	--
-------------------	----	----	----

CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Tasse ruolo principale	64.080,50	--	64.080,50
Tasse 1ª iscrizione	1.337,00	--	1.337,00
Tasse non iscritti a ruolo	3.153,14	--	3.153,14
Tasse trasferimenti	--	--	--

ENTRATE COMPENSATIVE

Diritti di segreteria	150,00	--	150,00
Proventi vari	--	--	--
Entrate diverse (foto tess., ecc)	25,00	--	25,00
Contributi ENPAM	5.000,00	--	5.000,00
Contributi FNOMCeO	5.000,00	--	5.000,00

TOTALE EURO 78.745,64 14.854,32 93.599,96

PARTITE DI GIRO

Quote FNOMCeO iscritti a ruolo	15.433,00	--	15.433,00
Quote FNOMCeO non a ruolo	322,00	--	322,00
Ritenute IRPEF + IRAP	5.700,00	1.000,00	6.700,00

TOTALE EURO 21.455,00 1.000,00 22.455,00

TOTALE 100.200,64 15.854,32 116.054,96

USCITE

Descrizione	competenze	residui	totale
-------------	------------	---------	--------

SPESE CORRENTI

Spese elezioni	2.900	--	2.900
Indennità di trasferta	--	--	--
Spese di rappresentanza	--	--	--
Assic. R.C. e patrim.	--	--	--
Competenze commissioni	--	--	--
Albo Odontoiatri	--	--	--
Spese correnti Albo Odontoiatri	6.000,00	--	6.000,00

SPESE PER AGGIORNAM. PROF.LE

Informazione e formazione	3.500,00	--	3.500,00
Onorificenze a iscritti	600,00	--	600,00
Abbonamento riviste	--	--	--

SPESE PERSONALE

Stipendi personale e sostit.	16.900,00	1.260,00	18.160,00
Riten. IRPEF dipend.	--	--	--
+R. Acc. IRAP	5.700,00	1000,00	6.700,00
Contributi pers.le dip. INPS	7.800,00	1.050,00	8.850,00
Consulenze	1.874,09	--	1.874,09

SPESE PER LA SEDE

Metano	1.200,00	--	1.200,00
Condominio esattoria	450,00	--	450,00
Enel - Acqua	650,00	--	650,00
Pulizie locali	500,00	--	500,00
Spese postali e telefoniche	4.500,00	--	4.500,00
Spese stampa e cancelleria	4.000,00	--	4.000,00
Imposte e tasse	1.400,00	--	1.400,00
Spese manut. e adeg.	--	--	--
L. 626 privacy	--	--	--

ONERI BANCARI E INTERESSI PASIVI

Interessi passivi mutui ENPAM	1.638,68	--	1.638,68
Fondo riserva Spese straordinarie	597,43	--	597,43

SPESE IN CAPITALE

Aggio esattoria	3.204,00	--	3.204,00
Acquisto macchine ufficio	--	--	--
bis Mobili per ufficio	--	--	--
Quote amm.to Mutuo ENPAM	12.625,76	--	12.625,76
Fondo TFR	14.000,00	--	14.000,00

TOTALE EURO 90.289,96 3.310,00 93.599,96

Partite di giro

Quote FNOMCeO iscritti a ruolo	15.433,00	--	15.433,00
Quote FNOMCeO non a ruolo	322,00	--	322,00
Ritenute IRPEF dipendenti + IRAP	5.700,00	1.000,00	6.700,00

TOTALE EURO 21.455,00 1.000,00 22.455,00

TOTALE 111.744,96 4.310,00 116.054,96



Un momento della cerimonia

Alcuni
momenti
della
cerimonia



Francesco Rossi riceve la targa per i 40 anni di iscrizione all'Ordine



Alcuni momenti della cerimonia

AESERNIA MEDICA

APRILE 2011

Aut. Trib. Isernia n. 39

COMITATO DI REDAZIONE

Direttore responsabile

Natalino PAONE

Coordinatore editoriale

Angelo TRABASSI

Comitato di redazione

Giorgio BERCHICCI

Fernando CRUDELE

Alfredo VOLPACCHIO

Segreteria di redazione

Mara IONATA

Impaginazione e grafica

Sigmastudio, Isernia

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Sergio TARTAGLIONE

Vice Presidente

Angelo TRABASSI

Segretario

Giorgio BERCHICCI

Tesoriere

Anna MORCONE

Consiglieri

Giuseppe ATTADEMO

Alfredo De RENZIS

Antonio SANITÀ

Vilma ZULLO

Fernando CRUDELE

Angela GALARDI

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente

Claudio D'APOLLONIO

Giuseppina ROCCHIO

Maria Teresa LA FORZA

Maria Grazia PIRAGLIA

(membro supplente)

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Mario TESTA

Giovanni ANGELONE

Danilo CANÈ

Laura PROCACCINI

Dott. Giorgio BERCHICCI

UNITÀ D'ITALIA

TRE CINQUANTENNI PER CHIUDERE IL CENTRALISMO

Dal 1861 ogni 50 anni l'Unità d'Italia è stata ricordata con solenni celebrazioni nazionali. Anche quest'anno c'è tanta festa con sventolio di bandiere dalle Alpi alla Sicilia. Il segnale è di quelli che esaltano i vincitori, ma attenzione a non sconfinare nella retorica. Questa prudenza, che deve affiancare ogni manifestazione, induce a cogliere le ricorrenze per riflettere sul passato guardando al futuro. Forse, nel nostro caso, a guardare con urgenza anche al presente, perché siamo già alla chiusura del centralismo con il federalismo che avanza. Il primo auspicio, in questo caso, è quello che Giovanni Spadolini, storico e politico, identificava nella nazione intesa come «plebiscito di solidarietà». Il secondo ci viene da Vincenzo Cuoco, storico e politico, nostro conterraneo, che non riduceva la storia a ritratti di uomini illustri, ma seguiva lo sviluppo dei fatti, da lui ricondotti alle idee-guida e alle istituzioni, le quali, se sono sbagliate, non c'è uomo retto che possa porvi rimedio. È noto il suo insegnamento: «Quando l'istituzione è cattiva rende inutili gli uomini buoni, perché o li corrompe o li fa servire illusi dall'apparenza del bene ai disegni de' cattivi».

Per il Molise nel passato unitario sia l'auspicio di Spadolini che l'avvertimento di Cuoco hanno avuto scarso peso: abbiamo perso prima un fiume, poi un altro e poco dopo le montagne più belle.

Un sguardo, quindi, ai tre cinquantenari può aiutare a riflettere per utilizzare al meglio il cinquantenario che viene. Riflessione che il Molise fa per la prima volta con

la responsabilità di Regione, conquistata dopo decenni di battaglie, e questa posizione aumenta la responsabilità delle scelte.

Il primo cinquantennio

Cominciò non bene per il Molise, che, inglobato d'ufficio dall'Istituto Centrale di Statistica nel Compartimento Statistico Abruzzo-Molise, si ritrovò provincia periferica dell'Abruzzo, anche se col nome unito a quest'ultimo.

Non andò meglio con l'economia. Nel decennio 1861-1871, l'affrancamento ai privati dei terreni del Tavoliere di Puglia fu trasformato in credito dello Stato da restituire in diversi anni a tasso agevolato: sul passaggio del Tavoliere dal pascolo all'agricoltura non vi fu e non vi è nulla da eccepire, ma aver lasciata la montagna appen-

ninica centro-meridionale sola e senza alternative dopo secoli di mutualità col Tavoliere non poteva non creare problemi, la cui soluzione fu, com'è noto, emigrazione da esodo nel quarantennio 1871-1911.

Queste le ombre. Le luci? Una buona unità della lingua, una sensibile riduzione dell'alfabetismo, un discreto miglioramento della viabilità e della convivenza.

Anche in questo settore dei collegamenti, però, qualcosa non andò nel senso giusto, perché le strade, come ha



scritto uno studioso dell'Ottocento, avvicinarono i paesi tra loro, ma allontanarono il Molise dal mercato. L'illusione coloniale libica, poi, servì a poco.

Il secondo cinquantennio

Si divide in due parti. La Guerra Mondiale 1915-18 chiuse il Primo Risorgimento, ma il salto di qualità, sollecitato in particolare dai reduci di guerra, non vi fu. Governi deboli e indecisi nei cambiamenti

nerazionali facilitarono l'arrivo del fascismo: una lunga dittatura, dalla quale l'Italia uscì malridotta dopo il sogno imperiale, e anche il Molise, provincia «ruralissima» tutta ripiegata su se stessa, pagò un alto prezzo, in particolare con la guerra. La libertà venne con la Guerra di Liberazione 1943-1945, nota come Secondo Risorgimento perchè portò alle urne tutti i cittadini,

senza distinzione di sesso e di censo, e alla Repubblica Parlamentare con tanto di carta costituzionale.

Alla prima Repubblica va il merito di aver risollevato il Paese dalle macerie, materiali e morali, e di averlo messo in grado di consegnare ora al terzo cinquantenario un'Italia con buone possibilità di crescere.

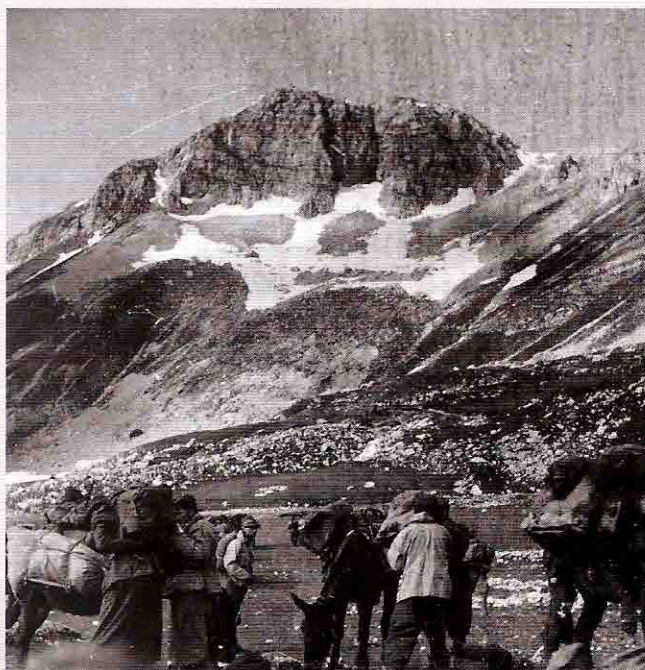


22 dicembre 1947 – il Presidente dell'Assemblea Costituente Umberto Terracini firma il documento di approvazione della Costituzione italiana davanti al Presidente della Repubblica Enrico de Nicola

Il terzo cinquantennio

Porta il primo dono al Molise, che da “provincia” di “Abruzzo e Molise” diventa Regione Molise, separata dal Compartimento Statistico di un secolo prima.

Il Molise nel 1970 ha un proprio governo regionale che imposta politiche di sviluppo sulle linee del risveglio nazionale. L'agricoltura meccanizzata vede ridotto il peso della manodopera a favore dei settori industriale e terziario.



Gli alpini espugnano Monte Marrone nella linea Gustav sulle Mainerde dove nacque il Corpo Italiano di Liberazione, rinascita dell'esercito italiano

I collegamenti si fanno più veloci, ma le infrastrutture portanti, ferroviarie e autostradali, continuano a girare attorno, anche se, per esempio, nel 1971, l'occasione di collegare la Puglia con Molise e Roma viene sprecata da visioni campanilistiche dominanti e la superstrada Isernia-Atina (con proseguimento per Sora-Avezzano e Sora-Frosinone-Roma) rimane nel progetto presentato alla Cassa per il Mezzogiorno nel 1971 dalla Provincia di Isernia. Parte anche la Sangro-Volturno (Adriatico-Tirreno), che però si ferma al bivio di Rocchetta-Cerro.

Queste lacune, riportate nel terzo cinquantenario, vogliono solo aprire alla riflessione durante i dibattiti previsti ad ogni livello. Perché nell'anno del cambiamento dal centralismo al federalismo non sembra giusto lasciare al Nord e al Centro della penisola autostrade a rete, mentre da Roma

in giù il disegno che va avanti, per la verità senza tempo, è quello della scala a pioli: due staggi sulle coste e i pioli di congiunzione. Un modello di per sé antieconomico e quindi inadeguato ad ogni tipo di rilancio del Mezzogiorno.

Eppure, ai tempi della grande transumanza ben sei tratturi larghi 111 metri solcavano il Molise nel senso Nord-Sud e viceversa per incrociare lo sviluppo che, secondo economisti dell'epoca, nella penisola segue questa direzione e non la trasversale est-ovest!

Quello che sta avvenendo con la sollevazione nordafricana deve far riflettere anche gli scettici, perché col Mezzogiorno desertificato una sorta di tsunami umano africano e federo-leghista squilibrato coinvolgerà anche il resto della penisola.

Quarto cinquantennio, ma federalista

Quest'anno l'unità dell'Italia decentrata cede il testimone all'unità federale. Le prime mosse sono andate già a segno in questi mesi e tra breve il nuovo modello sarà completato.

Qualche problema del Molise, e oltre il Molise, è stato accennato prima. Ma più che ai problemi singolarmente

presi, occorre definire il disegno dentro il quale i problemi da affrontare si collocano; e ciò, naturalmente, richiede un disegno generale alla radice dell'assetto regionale nelle sue diverse espressioni, dalle risorse al governo delle stesse in funzione di un cambiamento che da unità ripartita si fa unità composta.

Allora, se l'identità è il permanente sotteso a variazioni, come dicono i filosofi, il primo interrogativo che pone il nuovo ordinamento rimane quello di fondo, secondo cui ogni regione oggi deve porsi di fronte al nuovo mondo globalizzato come dinanzi allo specchio sociale per chiedersi "chi sono" prima di "come sono".

Il Molise è una terra con il suo stile di vita, la sua natura, la sua storia. Ha uno stile di vita caratterizzato da silenzio e lentezza, due termini alternativi e complementari alla fretta e al rumore che dominano le grandi realtà esterne. Ebbene, l'esperienza ci sta insegnando che senza una mutualità queste due realtà in cui è spaccato il mondo contemporaneo sono senza futuro.

Per la soluzione è bene dire subito che non esiste la bacchetta magica, ma la ricerca con al centro la persona. Lo stesso cammino su questa strada non è né facile e né breve e scontato. Ma partire con dei progetti esemplari si può. Tre esempi.

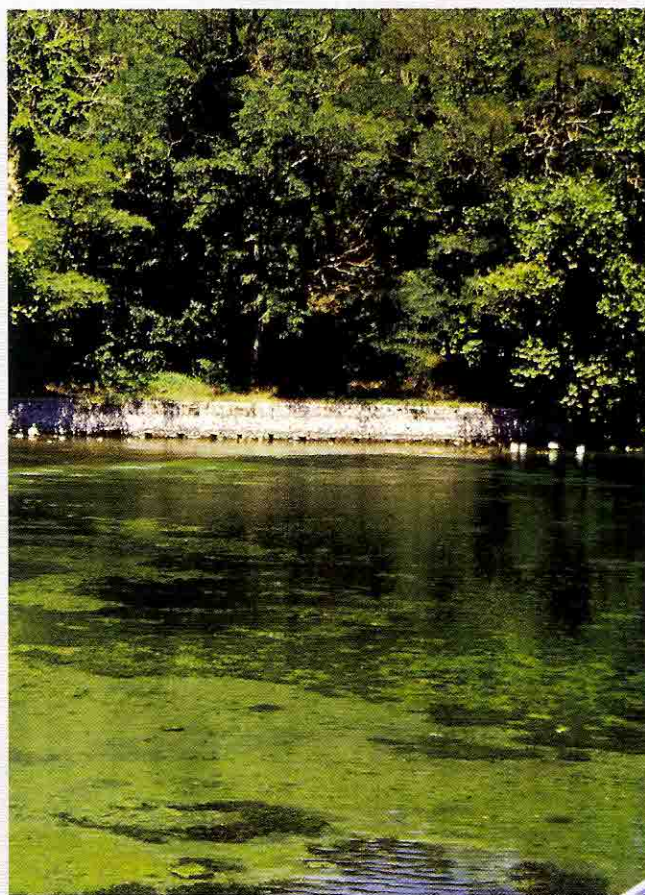
La natura. La riserva Naturale Mab di Montedimezzo-Collemeluccio, gestita dalla Forestale, nel suo nuovo modello sperimentale finalizzato a formazione e mutualità lentezza-fretta e silenzio-rumore, sta dando buoni frutti:



Vastogirardi (Is), il tratturo Celano-Foggia attraversa la foresta Mab di Montedimezzo patrimonio dell'UNESCO



Castel San Vincenzo. Il monastero di San Vincenzo al Volturno



Sorgenti del Volturno

oltre 25mila presenze nel 2010. A confronto, le Mainarde nel Parco Nazionale d'Abruzzo, Lazio e Molise devono ancora mostrare un solo segno dei progetti promessi decenni fa.

L'acqua. È la ricchezza maggiore e peculiare del Molise, ma essenziale alla vita e al progresso delle regioni vicine. Finora il Molise ha pagato solo il duro prezzo della sottrazione, mentre un governo della stessa con modello interregionale potrebbe portare bene a tutti. In un mio lavoro di *qualche anno fa* (*Acqua e strade: Molise e Mezzogiorno tra delusioni e nuove speranze*) mi intrattenevo proprio su un modello meridionale di gestione di tale patrimonio, nella consapevolezza che l'acqua sorge in montagna e questa senza popolazione residente prima o poi si venderà anche con le terre dominate. È stato annunciato in questi giorni un protocollo in tale senso firmato dalle regioni interessate: è la via giusta, ma se non rimane sulla carta per decenni, male cronico italiano e del Mezzogiorno in particolare.

La storia. Il Molise è una piccola regione con una grande storia. Lo sanno tutti e lo dicono tutti, ma soprattutto lo scrivono ormai studiosi autorevoli non solo molisani e neppure solo italiani: Jorg Jarnut, autore della *Storia dei Longobardi*, nel rapporto tra i Longobardi e i monasteri cita a fianco a Montecassino «l'influente San Vincenzo al

Volturno»: oggi tutti sanno che il primo è forte meta di turismo religioso e d'arte, il secondo un eterno cantiere senza servizi.

A proposito delle grandi testimonianze storiche – di cui quella di San Vincenzo al Volturno rimane tra le fondamentali della rinascita europea altomedievale per economia aziendale, arte e architettura – proprio le religiose diedero vita al progetto di mons. Ettore Di Filippo, incentrato sul Santuario di Castelpetroso con ramificazioni dentro e fuori della regione. Entrò al primo posto nel programma di opere per il Giubileo 2000, ma si trovò in posizione marginale nel finanziamento.

Mi fermo qui, a questi pochi ricordi, nella speranza che gli stessi siano di insegnamento e di sprone a tentare con migliori risultati, possibili solo con monitoraggi e severi controlli.

Una cosa è certa: se proporremo le nostre peculiarità, ce la faremo. Ma sia ben chiaro: solo se sapremo superare i campanilismi sostenendo più i leader che i notabili.