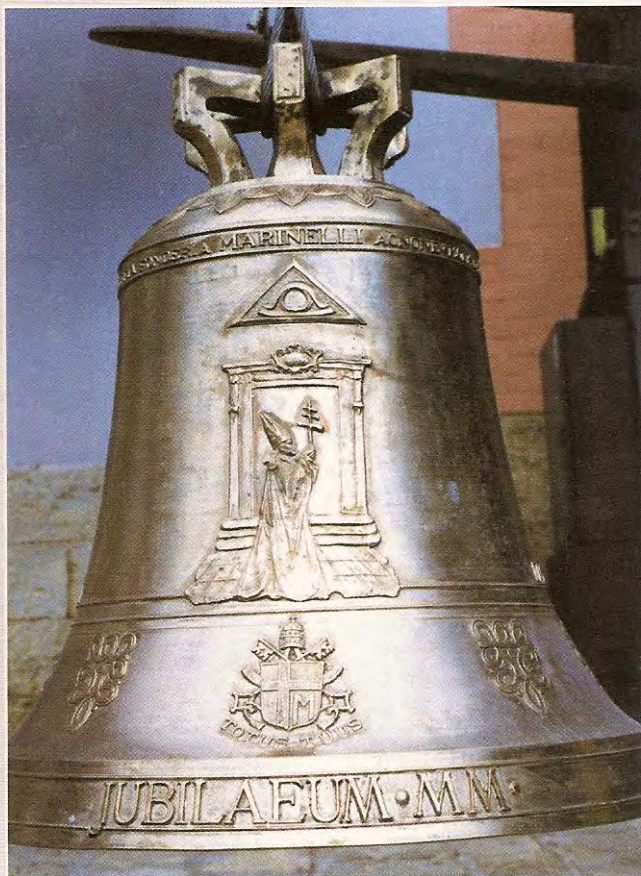


AESERNIA MEDICA

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



Pontificia Fonderia Marinelli – Campana del Giubileo 2000

Ad Agnone campane da mille anni

Nel corso degli scavi del primo monastero benedettino di San Vincenzo al Volturno (secoli VIII e IX) sono stati rinvenuti resti di fonderia di campane. Una bella testimonianza per il Molise, che però ha in Agnone la tradizione consolidata, con continuità nel tempo da mille anni a questa parte, e con proiezione nel futuro attraverso la Pontificia Fonderia Marinelli.

In questa antica fonderia, dove la fusione ripete la prassi medievale e il tocco d'arte distingue ogni campana senza nulla cedere alla tecnica omologante, si fanno campane per chiese prestigiose del mondo. La proprietà, che detiene insieme amministrazione e tecnologia, è dei Marinelli, l'anziano Pasquale e i nipoti Armando e Pasqualino. Le campane qui sono fatte a mano, nel senso che è la mano dell'uomo che fabbrica le "forme", le seppellisce nella fossa comune, governa il rivolo di lava dalla fornace a legna all'inghiottitoio, un foro collegato all'anima della sagoma interrata. Nascono così quelli che sono considerati tuttora rarissimi capolavori dell'artigianato artistico. Assistere ad una *colata*, poi, è di una suggestione indescrivibile.

Ne sa qualcosa Giovanni Paolo II, che in occasione della sua visita alla Fonderia il 19 marzo 1995 partecipò alla *colata* riguardante la "Campana dell'ONU", detta anche della pace. Ora è in cantiere la "Campana del Giubileo 2000". Un autentico monumento di bronzo dalle dimensioni imponenti: 5 tonnellate di peso, m 2,5 di altezza, m 6 di circonferenza, tonalità "sol grave".

Sul corpo della campana sono riprodotti il triangolo con l'occhio di Dio; sotto Giovanni Paolo II che apre la Porta Santa di San Pietro; alla base, le parole "Fede, Giustizia, Fraternità, Solidarietà".

Ma i Marinelli hanno fatto di più. Per loro la campana è compagna dell'uomo, elemento della sua storia, figlia della sua cultura, voce del suo cuore. E in quest'ottica le hanno dedicato un bel museo, che hanno giustamente chiamato *Museo Storico della Campana*.

Attiguo alla Fonderia, ripropone un viaggio della memoria, tra oggetti di lavoro e d'arte che hanno segnato il tempo della materia e dello spirito di più civiltà.

REDAZIONE

Direttore responsabile
Natalino Paone

Coordinatore Editoriale
Angelo Trabassi

Comitato scientifico
Luciano D'Agostino
Carlo Olivieri
Costantino Kniahynicki
Bruno Castaldi

Comitato di Redazione
Fernando Crudele
David Di Lello
Michele Notario
Francesca Scarabeo
Alfredo Volpacchio

Segreteria di Redazione
Amelia Santolini

Consiglio Direttivo

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

Collegio Revisori

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

Commissione Odontoiatri

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

ANNO V, n. 1

gennaio/marzo 1998 - Trimestrale

Autorizzazione Tribunale di Isernia n. 39
Fotocomposizione Sigmastudio

AESERNIA MEDICA

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

SOMMARIO

SPAZIO APERTO	2
STORIE DI POVERI... CURANTI	7
BOLLETTINO SCIENTIFICO	11
PAGINA DEGLI ODONTOIATRI	25
VITA DELL'ORDINE	28
LEGGI E DECRETI	29
LEGGE SULLA PRIVACY	31
PAGINA SINDACALE	36
AVVISI E NOTIZIE	37
PAGINA CRAL-ASL 2 ISERNIA	39
LETTERE ALLA REDAZIONE	40

SPAZIO APERTO

LA CURA DEL PROFESSOR DI BELLA

Il 22 gennaio, presso la sede dell'ordine dei medici della provincia di Isernia, si è svolto un interessante dibattito sul tema: la cura del Prof. Di Bella, con l'intervento del Prof. Alberti Savino dell'Istituto Mario Negri Sud. La partecipazione dei convenuti è stata stimolante e il dibattito vivace. Quando il tema della discussione è il dolore del paziente, la sofferenza, ognuno si sente coinvolto a testimoniare il proprio vissuto, a portare il suo "caso clinico", e se la scienza ufficiale nega dignità al singolo caso, giustamente, è proprio dalla somma dei singoli casi che si può dire: morti per tumore ce ne sono ancora tanti, per tanti guariti, ancora tanti devono poter guarire, per tanti a cui la speranza è stata tolta, a tanti bisogna riaccenderla. Ecco cosa significa il *Metodo Di Bella*: una luce di speranza che può diventare realtà. Il nostro giudizio critico ci fa essere prudenti, ma quando a proporre una nuova strada di ricerca è un professore universitario, docente di Fisiologia, con anni di esperienza clinica e di laboratorio, molti medici reagiscono non già con scetticismo, ma con rispettosa attesa invitando le Istituzioni ad aprire le porte della sperimentazione. Anche Mahlon Johnson, neuropatologo, vittima dell'AIDS contratta in corso di un'autopsia, ha potuto gridare «sono guarito», sperimentando su se stesso un cocktail di farmaci, non ancora autorizzati, costringendo lo stesso curante alla prescrizione, ma che gli ha permesso alla fine di raccontare la sua esperienza. L'apparente scontro tra i sostenitori del metodo e i suoi oppositori, è appunto solo apparente, perché solleva invece un problema di fondo della medicina: Chi autorizza l'utilità di un trattamento medico? Solo la comunità scientifica ufficiale? O non sono anche protagonisti della decisione i cittadini, i pazienti, i centri di potere medico, i centri di potere economico e la politica sanitaria? Proprio perché le determinanti sono così numerose, ognuno osservando il problema dal proprio angolo visuale pensa di aver ragione. In realtà un trattamento medico è utile quando tutte le determinanti

elencate sono in armonia e concordi per realizzare l'obiettivo salute. Le organizzazioni mediche svolgendo il proprio ruolo deontologico, i cittadini col ruolo di contrattazione col medico su ciò che realizza meglio il "suo bene", la politica sanitaria predisponendo lo scenario in cui calare la decisione medica, le multinazionali del farmaco (come rappresentanti del potere economico) non monopolizzando la ricerca a fini solo di mercato e di patologie remunerative, le comunità scientifiche non sopravvalutando gli aspetti dei propri campi di osservazione. Solo allineati su questi principi si potrà affrontare nei giorni futuri il problema, non certamente a suon di bollettini, ordinanze, che vanificano l'operato quotidiano di quanti dedicano la propria vita alla cura del cancro.

In occasione dell'incontro è stato proposto ai medici convenuti un questionario, volutamente prima che iniziasse la esposizione del relatore, per cogliere a caldo le impressioni degli operatori di Isernia e della provincia. Il questionario è riportato in tabella 1.

Hanno compilato il questionario 46 medici.

Alla prima domanda, circa la metà del campione (21/46) ha rispo-

QUESTIONARIO

tab. 1

	1. È FAVOREVOLE AL METODO "DI BELLA"?
	2. È FAVOREVOLE ALLA SPERIMENTAZIONE CONTROLLATA PROPOSTA DAL PROFESSOR DI BELLA?
	3. SECONDO LEI L'INFORMAZIONE SULLA VICENDA È STATA EQUILIBRATA?
	4. ERA FAVOREVOLE ALLA POSIZIONE DELLA FNOM DI RISPETTARE L'ARTICOLO 12 DEL CODICE DEONTOLOGICO?
	5. È FAVOREVOLE ALLA DECISIONE RECENTE DI LASCIARE LIBERTÀ DI SCELTA AL MEDICO CURANTE?
	6. PENSA CHE IL MEDICO DEBBA SEMPRE RISPETTARE I "PROTOCOLLI"?
	7. PENSA CHE LA SOMATOSTATINA DEBBA ESSERE MESSA IN VENDITA A PREZI CALMIERATI?
	8. PENSA CHE LA CURA DI BELLA DEBBA ESSERE PRATICATA SOLO NEGLI OSPEDALI?

Il questionario è proposto dall'Ordine dei Medici della Provincia di Isernia.

sto «non so», l'altra metà (20/46) è risultata favorevole al metodo. 5 non si sono espressi.

In merito al secondo quesito, la maggior parte degli intervistati (41/46) si è dichiarata aperta alla sperimentazione, mentre l'informazione sulla vicenda, a 37/46 non è sembrata equilibrata.

Alla domanda poi se il medico deve essere libero di decidere la cura, 26/46 si sono espressi favorevolmente, mentre sull'opportunità di rispettare sempre i protocolli, il campione (25/46) si è orientato per il no.

La maggior parte degli intervistati, infine, si auspica la vendita della *Somatostatina* a prezzi "normali" e non pensa che la cura si debba fare solo negli ospedali. Il campione pertanto è risultato rappresentativo di una classe medica aperta alla conoscenza, prudente su ciò che non conosce, ma disponibile a nuove proposte, rispettando i dettami di "scienza e coscienza".

Vanda Mazza

L'oncologia italiana e la vicenda Di Bella

Non è esagerato affermare che la gestione dell'intera oncologia italiana ha risentito fortemente della vicenda Di Bella. Basti pensare che per la sperimentazione della "cura Di Bella" sono stati stanziati 100 miliardi, ossia più del finanziamento annuale complessivo per l'intera ricerca oncologica in Italia. Alcune riflessioni si rendono quindi necessarie.

La prima è banale. È sufficiente che magistrati, giornalisti e politici o la stessa opinione pubblica decidano che cosa è vero o falso in medicina? Immaginiamo alla Calvino che il parlamento emetta una grida che dichiara l'uomo immortale ed immune da malattie. Potrà avere una qualunque rilevanza pratica? Quindi, se un articolo di giornale o l'ordinanza di un magistrato non bastano per dimostrare una realtà

medico-biologica, su quali principi si basa il concetto di dimostrazione scientifica?

Il primo è che esiste una realtà dotata di regole ferree, indipendenti dalla nostra volontà o desiderio. Questo assunto è banale per culture anglo-sassoni, ma è difficile da digerire per larghe fasce della nostra cultura umanistica. Alla conoscenza di queste regole noi possiamo avvicinarci con un grande investimento di risorse intellettuali, umane, organizzative e finanziarie. Quindi con costi molto alti, ma anche con possibilità di enormi successi, come l'esplosione di conoscenze in campo biologico-medico negli ultimi decenni dimostra. Per scoprire queste regole ("dimostrazione scientifica") occorrono procedure di validazione, tanto ovvie quanto mai sconosciute. Un Esempio può servire. Vogliamo dimostrare se una nuova cura funziona? Prendiamo 100 pazienti, li dividiamo in due gruppi e trattiamo 50 persone con la miglior cura disponibile e gli altri 50 con il nuovo farmaco. Registriamo tutti i dati clinicamente rilevanti su tutti i pazienti per un tempo sufficiente e paragoniamo i risultati. Questo senza banalizzare le necessità tecnico-scientifiche collegate alla dimostrazione (randomizzazione-stratificazione, numerosità dei campioni, qualità della raccolta dati, drop-out dei pazienti, analisi statistica ecc.).

Secondo punto. Finito il lavoro sperimentale, occorre pubblicarlo. Perché? Per sottoporlo alla critica di colleghi del campo. Questa analisi determinerà se la diffusione dei risultati ottenuti è motivata, ossia se soddisfa i requisiti minimi di qualità scientifica necessari. La metodologia corrente è descrivere per iscritto i risultati in modo completo. Non esiste una verità scientifica italiana che possa essere diversa da quella tedesca o americana. Quindi è prassi comune che i risultati di un lavoro di ricerca vengano mandati a riviste internazionali, che sono, altro vantaggio, fuori dalle polemiche italiane. Quando i risultati ("articolo") vengono mandati alla rivista, si attende la valutazione di due-tre valutatori anonimi, che cercheranno di muovere la critiche più severe al lavoro presentato. Se il lavoro 'resiste' a queste critiche, verrà pubblicato e letto da altri ricercatori in tutto il mondo. Questo è il sistema in uso, criticabile fin che si vuole, ma che garantisce il minimo di valutazione/verifica della qualità dei fatti ("dati") presentati nell'articolo. E la presentazione di dati presentati. L'idea è che sorga una libera discussione tra i congressisti che permetta di analizzare i risultati di un lavoro finché è in corso, per aiutare ad indirizzarlo a buon fine. Quindi, la presentazione a congressi non fa parte del sistema di valutazione scientifica.

E la cura Di Bella? Non esistono pubblicazioni né in Italia né all'e-

stero, che dimostrino che sia efficace. E le migliaia di pazienti che sono stati già trattati? È bene sgomberare il campo da confusioni pericolosissime. Come chiunque abbia seguito pazienti neoplastici (e non) sa, è necessario tener conto degli effetti delle cure precedenti, della diversa aggressività di un tumore in pazienti diversi, di regressioni spontanee, di errori di diagnosi ecc. Anche qui un esempio può aiutare. Quale medico, consultato da un paziente con un lungo iter di malattia precedente, si accontenterebbe di una descrizione a voce degli accertamenti eseguiti, delle terapie precedenti, di procedure chirurgiche subite ecc.? Occorre verificare le cartelle precedenti, i dati clinici di laboratorio, le radiografie, TAC ecc. Non solo. La valutazione dovrà essere critica, per evitare possibilità di errori comuni anche gravi. Quindi, in assenza di una valutazione dei dati clinici relativi ai pazienti già trattati, non è possibile affermare che questi dimostrano la validità della cura proposta. Fortunatamente la cura Di Bella verrà ora sottoposta ad una prima fase di sperimentazione clinica. Sono previsti 10 diversi protocolli sperimentali in cui la cura proposta (vitamine, somatostatina, melatonina e basse dosi di chemioterapia) verrà paragonata con le migliori terapie già disponibili o affiancate ad esse per verificare se ne può aumentare l'efficacia. Si potrebbe discutere a lungo se questa sperimentazione fosse 'meritata'. Resta il fatto che oggi il problema, gravissimo, di ammalati di tumore che, credendo che la cura Di Bella sia già stata verificata, vi fanno ricorso deve essere risolto. Dispiace e preoccupa enormemente vedere che è stato affermato che i dati verranno alterati prima ancora che la sperimentazione inizi. È veramente pensabile che alcuni tra i clinici italiani più noti, che investiranno molto del loro tempo in questo lavoro e che saranno 24 ore al giorno sotto riflettori giustizialisti si presterebbero a perdere faccia e carriera? E se le ragioni di questa preoccupazione fossero altre? La risposta a tra pochi mesi.

Dr. Saverio Alberti

*Oncologo Medico
Capo Unità Oncologica Sperimentale
Dipartimento di Biologia Cellulare ed Oncologia
Consorzio Mario Negri Sud
66030 Santa Maria Imbaro (Chieti).
Tel. 0872/570293 — Fax 0872/578240
E-mail: alberti@cmns.mnegri.it*

STORIE DI POVERI... CURANTI

"Rombo di tuono"

La richiesta era stata perentoria (*"venite presto"*), la motivazione precisa e ingannevole (*"a papà batte il cuore"*). le indicazioni topografiche molto vaghe (*"casa bianca vicino all'incrocio"*).

Avevo imparato a discriminare le urgenze reali, da quelle false, figlie dell'ansia dei familiari.

Me la presi con calma e, dopo circa un'ora mi avviai per l'ennesima missione per la salvaguardia della razza umana.

Il cielo era nuvoloso e lampi lontani preannunciavano l'arrivo di un copioso temporale. Arrivai all'incrocio indicato ma, sfortunatamente, le case bianche erano troppe. Sapevo che qualche "vedetta" dietro qualche finestra, doveva esserci e subito sarebbe dovuta uscire in strada. Così fu.

Quasi correndo e facendo ampi gesti che sapevano molto di saluto e di libertà (la scena ricordava l'ingresso degli alleati a Roma liberata) mi venne incontro una anziana donna vestita a "lutto".

Pronunciata la parola d'ordine "dottore", identificatici, ci avviammo verso l'abitazione ed entrai. L'intero albero genealogico della tamiglia era in mia attesa e, per l'occasione, erano accorse anche due premurose vicine. Salutai e, mentre alcuni bambini, accanto al camino, piagnucolavano e sui fornelli brontolava un minestrone il cui profumo avrebbe reso anoressico perfino un lottatore di sumo, fui invitato a salire al piano di sopra. Seguì la donna su per una ripida scala seguito da un corteo di parenti più stretti e, giunto in cima, fui introdotto al cospetto del paziente.

La stanza era in penombra; una vecchia macchina per cucire, una cassapanca ricoperta da un lezioso lenzuolo ricamato, un vecchio comò (che avrebbe fatto la felicità di mia moglie), alcune sedie e un poster della baia di San Francisco (con ponte) ne abbozzavano l'arredamento.

Al centro, su un grosso letto e sotto una coperta ad allegri motivi floreali, giaceva Zì Michele.

Novant'anni racchiusi in 50 chili di ossa, tenute insieme da uno spesso pigiama di flanella a righe. Sorretto da una pila di cuscini il capo protetto da un variopinto zuccotto di lana, conservava, nonostante il corpo

contratto e angustiato ed il volto avvilito, uno sguardo d'acciaio che testimoniava una grande voglia di vivere.

Colpito da un ictus, da sette anni non metteva più piede fuori di casa e, da due, non li metteva più neanche fuori dal letto. Da allora, veniva amorevolmente accudito da uno stuolo di parenti i quali, alla sensibilità dell'animo, sommarono quella del portafogli.

Infatti, Zì Michele era titolare di pensione e sussidi vari che rappresentavano, in quella casa, una cospicua e insostituibile rendita.

Per tale motivo la sua vita aveva un valore spropositato agli occhi dei presenti, e andava preservata con ogni mezzo. Ad ogni nuova nuvola che appariva nel plumbeo cielo costituito dal suo stato di salute, scattava l'allarme: vari medici venivano interpellati, pacchi di medicine adoperate, suppliche a "Padre Pio" inviate. Questa volta il problema era sembrato banale ma, con il trascorrere dei giorni, non trovando soluzione, aveva gettato tutti nel panico. Era successo che l'intestino, che pure fino ad allora aveva sempre funzionato a dovere, da circa dieci giorni si rifiutava di compiere la sua funzione più importante.

Quasi tutto era stato provato.

Sul comodino, troppo piccolo per contenerle, variopinte scatole di lassativi dai nomi stimolanti, accanto a Citrosodina, sciroppi e supposte di glicerina erano a testimonianza dell'accanimento di colleghi e paziente.

Una busta di carta marrone contenente un fogliame di "provate" virtù e due confezioni di prugne e fichi secchi, poi, erano la prova che nulla era stato tralasciato e che molti avevano dato consigli.

Visitai il paziente. Naturalmente il cardiopalmo lamentato al momento della chiamata, era stato preferito alla costipazione per trasformare in urgente una visita che tale non era.

Mi soffermai a lungo a palpare e ad ascoltare il macilento addome del poveretto, non rilevando segni particolari se non un confortevole brontolio che, seppure esprimeva un'inquietudine interiore, lasciava presagire una rapida evoluzione. Ascoltai le imprecazioni del vecchietto, abbozzai dei consigli e lasciai anch'io i segni del mio passaggio. Poggiai il ricettario sul comò e sotto l'occhio vigile e minaccioso di Zì Michele che mi guardava impettito da una vecchia foto d'epoca, prescrissi l'ennesimo sgorgatore. Feci delle inutili ma convinte raccomandazioni, risposi in maniera approssimativa alla raffica di quesiti che tutti i presenti sentivano il dovere di porre e, visibilmente smarronato, mi riavviai verso le scale.

Ero ormai al piano terra e sul punto di uscire quando, all'improvviso, un perentorio, straordinario e fragoroso rombo riecheggiò, proveniente

dall'alto, per tutta la casa, facendone vibrare le finestre e le suppellettili per alcuni lunghi secondi.

Seguì un silenzio angoscioso e per un attimo anche l'odore del minestrone sembrò diventare ancora più nauseabondo. Incrociai lo sguardo attonito dei presenti e insieme lo volgемmo verso le scale; dopo alcuni attimi arrivò distinta, una colorita e inenarrabile imprecazione. Uscii in strada, il cielo era scuro, il temporale ormai era in arrivo e, a giudicare dalle avisaglie, sarebbe stato molto violento.

B.C.

DA "IL LIBRO DEI SOGNI"

P.S.N. 1998-2000

La "Prevenzione" in materia sanitaria è, per ora, solo nel libro dei sogni. Il guaio è aprire il libro sbagliato e ritrovarsi in un incubo. Senza che me ne accorgessi mi sono ritrovato in un immenso laboratorio analisi. Provette, terreni di coltura, coloranti, pipette reagenti, microscopi, centrifughe in funzione, sangue, termometri, congelatori. Prima in maniera confusa come quando ci si sveglia all'improvviso poi sempre più chiaramente, davanti a me si andava delineando uno scenario a dir poco irreali.

Poggiati su ogni dove e occupando tutti i posti disponibili, virus e batteri mi apparivano con sembianze umane pur conservando le loro peculiari caratteristiche.

Erano in assemblea plenaria ed io mi ritrovavo nel bel mezzo del primo congresso mondiale sulle infezioni: "Rapidità di trasformazione e riproduzione per una efficace lotta contro l'uomo".

Al tavolo delle autorità il sex-symbol del momento, il virus HIV. Colpiva la spilla appuntata sul risvolto della sua giacca, vi era disegnato un preservativo color rosa e trasversalmente scritto in nero lo slogan "NO GRAZIE". Moderatore, con il suo inconfondibile aspetto sardonico e l'inseparabile bastoncino, Tetano detto "Tossina".

Distante, Schifata un po' da tutti e con vesti dimesse, stava seduta Pasteurella Pestis di Milano.

Al centro del tavolo, con un vestito nero che ne rimarcava ancor più il pallore del viso, ormai incapace di girarsi anche su se stesso perché irrimediabilmente colpito dalla sindrome di Nelson, stava seduto l'ex re dei bordelli, Treponema. In sala, congressisti giunti da ogni parte del mondo, nelle prime file si potevano riconoscere le sorelle Rickettsia: Tsutsugamoschi direttamente dal Giappone, Rickettsialpox dalla Russia e Burneti, pur febbricitante, dal Queensland. Parlottavano tra loro e ogni tanto lanciavano occhiate ammiccanti al virus HIV.

C'era Flury, arrabbiato come sempre ma impeccabile nell'abito firmato Giemsa. Era presente il meglio della batteriologia e della virologia mondiale. Dalla finestra si riusciva a vedere il piazzale antistante occupato alla rinfusa da innumerevoli veicoli: Zanzare, zecche, pidocchi, pappagalli, gatti, cani, ovini, bovini, suini. L'apertura dei lavori, lo ricordo ancora adesso, ebbe inizio con la proiezione di una lunga serie di diapositive che mostravano i volti dei nemici giurati: Sabin, Pasteur, Laveran, Ricketts, Versin, Gallo, Hansen, Koch ed altri ancora. Poi ebbero inizio le discussioni e il dibattito si accese appena prese la parola Carbonchio, a suo dire preoccupato per la dilagante disoccupazione che ben presto lo avrebbe reso inattivo.

Fu poi la volta della signora, si fa per dire, Heine-Medin ringalluzzita dalla scomparsa dell'acerrimo nemico Sabin, spalleggiata dall'amico Vaiuolo a sua volta incoraggiato dalla sospensione dei processi vaccinici e non più perseguibile.

Verso sera l'intervento più atteso: inconfondibile nell'abito firmato Ziehl-Neelsen, prese la parola Myco Bacter. Il tono cavernoso della sua voce risuonò nella sala destando l'ammirazione di tutti, solo a tratti il suo discorso fu interrotto da piccoli colpi di tosse. Egli spiegò ai presenti che la povertà, le guerre, la cattiva prevenzione, l'attenzione maniacale rivolta al caso Di Bella e al collega HIV, a cui andava la sua piena solidarietà, rappresentavano il pabulum per sferrare l'attacco al loro nemico numero uno: l'uomo. Da lì al prossimo congresso per tutti la parola d'ordine doveva essere "RECRUDESCENZA!". E. B. poggiato ad una pipetta, con gli occhi a mandorla pieni di lacrime, virplaudì con ammirazione e tutti in sala lo seguirono.

A Bacter furono tributati circa dieci minuti di virplausi. Poi in un attimo la sala si vuotò, ognuno riprese il proprio veicolo e partì. In lontananza si scorgeva appena una formazione di Helicobacter e quasi impercettibile mi giungeva all'orecchio l'ovattato rumore del roteare delle pale. Mi risvegliai, così a me parve; di ciò che mi era accaduto nessun segno, nessuna prova, solo provette.

Dagola

BOLLETTINO SCIENTIFICO

CROMATOGRAFIA LIQUIDA AD ALTE PRESTAZIONI NELLO STUDIO DELL'ASSETTO EMOGLOBINICO. ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI ISERNIA

Dr. Filippo De Benedictis

medico del laboratorio analisi
del "F. Veneziale" di Isernia

Introduzione

Le emoglobinopatie sono un gruppo di malattie a carattere ereditario alquanto vasto. Distinguiamo "emoglobinosi" in cui vi sono alterazioni strutturali delle catene polipeptidiche della globina e "sindromi talassemiche" in cui è alterata la velocità di sintesi delle catene polipeptidiche stesse. Il più delle volte negli eterozigoti

le manifestazioni cliniche sono modeste o assenti.

Le β -talassemie rappresentano sindromi molto eterogenee, in base alla gravità della malattia si distinguono quattro forme: 1) talassemia maior (morbo di Cooley); 2) talassemia intermedia; 3) talassemia minore; 4) talassemia minima.

La **talassemia maior** è sostenuta o da uno stato di omozigosi per il gene malato o, più frequentemente, di doppia eterozigosi per due mutazioni diverse ereditate ciascuna da un genitore.

La **talassemia intermedia** è caratterizzata da una doppia eterozigosi con espressione clinica meno spiccata.

Il gene della β -talassemia è molto diffuso in Italia. I soggetti eterozigoti sono più di 1,5 milioni.

Fondamentale è la loro identificazione se si vogliono prevenire forme severe di β -talassemia.

Un aumento della concentrazione di HbA2 al di sopra del 3,5% è generalmente accettato come indice significativo di presenza del tratto β -talassemico e la sua determinazione è diventato il sistema più affidabile per individuare i portatori.

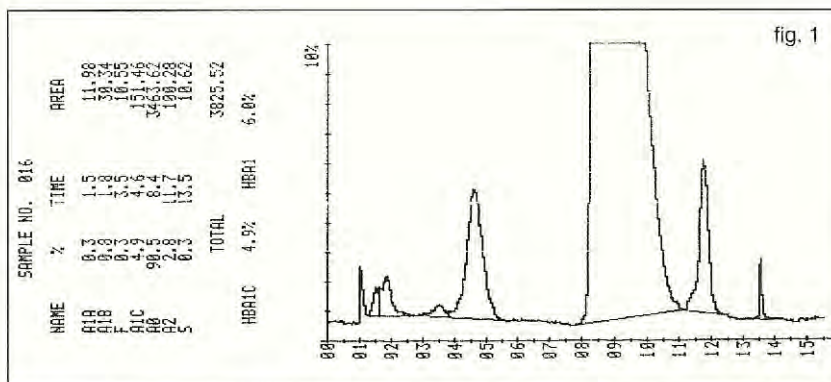
Materiali e metodo

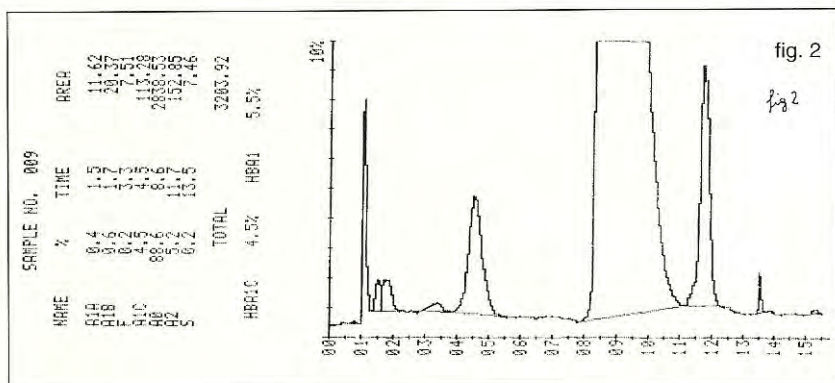
Da alcuni anni al laboratorio dell'ospedale di Isernia, primario Dr. G. Petescia, per lo studio delle emoglobine si utilizza la cromatografia liquida ad alte prestazioni (HPLC). Nel nostro sistema, con il passaggio in tempi successivi e predeterminati di tre soluzioni di tampone-fosfato a forza ionica crescente attraverso una colonna a scambio cationico mantenuta a temperatura costante, si ottengono le eluizioni delle differenti emoglobine.

Viene stampato un referto con le percentuali delle varie emoglobine e i tempi di eluizione, nonchè un cromatogramma che mostra i profili dei picchi delle emoglobine eluite (in fig. 1 un cromatogramma normale).

Se il campione contiene una variante emoglobinica noteremo la comparsa di un picco emoglobinico ad un tempo diverso dalle emoglobine normalmente presenti nell'adulto. Analogamente il sistema ci consente di individuare i casi con aumento di HbF e di soggetti con aumento di HbA2 al di sopra del 3,50% generalmente accettato come indice significativo di presenza del tratto β -talassemico. (fig. 2).

Nel 1996 nel nostro laboratorio sono stati esaminati 326 campioni (245 femmine e 81 maschi); 38 sono stati campioni con HbA2>3,5% (percentuale di positività 11,6%). Dall'aprile '96 l'ospedale di Venafrò ci ha mandato 98 campioni provenienti dal suo bacino di utenza con 11 casi positivi (pari all'11,22%). I rimanenti 228 esami provenienti dal bacino di utenza dell'ospedale di Isernia davano 27 casi positivi (pari all'11,8%). Vedi tab.1.





Nel periodo antecedente in assenza dell'attuale interscambio Isernia-Venafro su 632 campioni erano risultati positivi 101 (pari al 16%).

Nel 1997 nel nostro laboratorio sono stati esaminati 462 campioni (348 femmine e 114 maschi). 180 campioni provenivano dall'ospedale di Venafro, 282 erano propri del nostro laboratorio. I campioni con HbA2>3,5% sono stati 60 (percentuale 13%). Dei 180 campioni provenienti dall'ospedale di Venafro 22 erano positivi (12,2%). Dei 282 campioni provenienti dal bacino di utenza del nostro ospedale i positivi erano 38 (percentuale 13,5%). Vedi tab.2

La stragrande maggioranza dei pazienti che hanno fatto ricorso al nostro laboratorio per l'esame, lo ha fatto da esterno; senza ricovero.

Tabella 1 - Campioni esaminati nel 1996

SESSO		PROVENIENZA		CASI POSITIVI	PERC. DI POSITIVITÀ
MASCHI	81	VENAFRO	98	11	11,22
FEMMINE	245	ISERNIA	228	27	11,8
TOTALE	326	TOTALE	326	TOTALE 38	

Tabella 2 - Campioni esaminati nel 1997

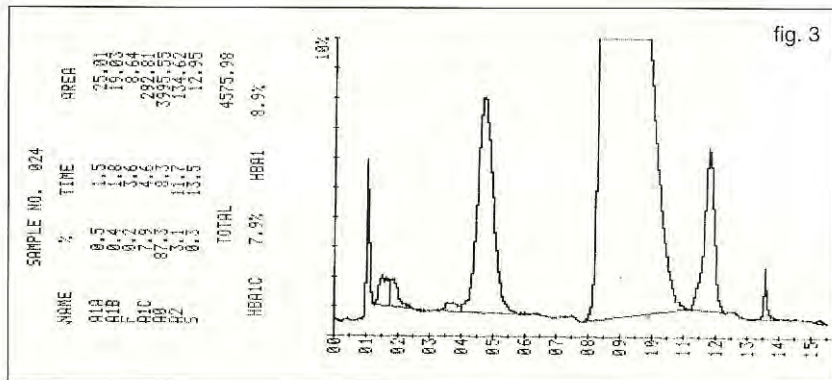
SESSO		PROVENIENZA		CASI POSITIVI	PERC. DI POSITIVITÀ
MASCHI	114	VENAFRO	180	22	12,2
FEMMINE	348	ISERNIA	282	38	13,5
TOTALE	462	TOTALE	462	TOTALE 60	

Conclusioni

La cromatografia liquida ad alte prestazioni si è rivelata un metodo particolarmente accurato e pratico nel dosare l'HbA2 e quindi per individuare i portatori del tratto β -talassemico. Contestualmente consente il dosaggio dell'emoglobina glicata particolarmente utile nel trattamento dei diabetici (fig. 3)

L'HPLC evidenzia eventuali varianti emoglobiniche (le abbiamo trovate anche nella nostra casistica) che possono essere caratterizzate con esami più specialistici. La possibilità di utilizzare tecniche di indagine basate su principi che non sfruttino solo la diversa carica elettrica totale dell'Hb è particolarmente importante se si considera che solo un terzo delle possibili varianti dell'emoglobina possono essere individuate mediante l'elettroforesi.

È opportuno ricordare che negli stati di carenza di ferro l'HbA2 può risultare ridotta, pertanto è buona norma correggere il difetto marziale prima di dosare l'HbA2 per evitare la possibilità di ottenere risultati falsamente normali.



I TUMORI MALIGNI DELLA DONNA: PREVENZIONE ED ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

(Conferenza del prof. FRANCO DI RE)

Dr. Dino Ricci

Il prof. Francesco Di Re, molisano di origine (della terra e dal temperamento degli antichi Sanniti Pentri) - Direttore della Divisione di Oncologia chirurgica ginecologica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano dal 1971 al 1995 - in data 13 marzo 98, (nell'aula magna della Facoltà di Scienze Matematiche, Fisiche, Ambientali, "finestra aperta sulla città di Isernia ed alla cultura del suo territorio"), ha tenuto una magistrale conferenza sul tema: «I TUMORI MALIGNI DELLA DONNA: PREVENZIONE ED ORIENTAMENTI TERAPEUTICI».

La conferenza è stata organizzata dal *LIONS Club* di Isernia con il patrocinio della Università degli Studi del Molise e dell'Ordine dei Medici della Provincia di Isernia.

Erano presenti oltre 200 persone (più di quante ne potesse contenere l'aula, in maggior parte donne e medici), il Rettore dell'Ateneo molisano, prof. Giovanni Cannata, il Presidente dell'Ordine dei Medici, prof. Sergio Tartaglione, il Presidente del *LIONS Club* di Isernia, dr. Filippo Samuele.

Il prof. Tartaglione, a nome del Consiglio direttivo e dei Soci tutti, ha conferito al prof. Di Re l'iscrizione onoraria all'Albo e gli ha consegnato un attestato onorifico per i suoi meriti scientifici.

Il prof. Di Re, dopo avere tracciato un profilo epidemiologico dei tumori maligni della donna (vedere tabella 1), ha illustrato - con linguaggio accessibile anche "ai non addetti al lavoro" - i fattori di rischio e quelli protettivi relativi ai vari tipi di tumore (vedere tabella 2), nonché gli strumenti diagnostici (v. tabella 3), le possibilità e le indicazioni terapeutiche di tipo chirurgico (v. tabella 4).

Fra le tante interessanti informazioni, alcune hanno destato vivo interesse in riferimento a:

FATTORI DI RISCHIO

- **ereditarietà**, che - per i tumori della mammella riconosce meccanismi genetici nella presenza, a livello cromosomico, di **oncogeni soppressori (BR CA 1**, indovato nel braccio corto del cromosoma 17, condizionante la comparsa di tumori in giovane età; **BR CA 2**, indovato sul cromosoma 13) e per i quali è aperta la prospettiva futura di una possibile "manipolazione genetica" che ne modifichi la capacità aggressiva;

- **uso di indumenti intimi (o altri accessori) a base di fibre non naturali** quale fattore potenzialmente favorevole allo sviluppo di tumori della vulva;

- **promiscuità sessuale**, quale fattore favorente collo dell'utero;

- **uso di estroprogestinici** (fattore inibente la comparsa di tumori dell'ovaio).

DIAGNOSI PRECOCE

TUMORI DELLA MAMMELLA:

- **autopalpazione del seno**; - **mammografia** (da effettuare una volta l'anno dopo i 40 anni e da valutare con molta attenzione in presenza di microcalcificazioni che, nel 65% circa dei casi, sono indicative di carcinoma mammario);

- **ecografia**; - **agoaspirato (agobiopsia)** che, se effettuato su nodulo solido e con riscontro di esame istologico negativo, va successivamente ripetuto a distanza di 4-6 mesi.

TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO:

PAP TEST che va effettuato ogni anno su donne che hanno partorito e fin dall'età di venti anni su donne che abbiano rapporti sessuali abituali.

TERAPIA CHIRURGICA

MAMMELLA

- **Quadrantectomia** in presenza di tumori con diametro non superiore a 20mm (o anche 25 mm in donne con seno voluminoso),
- **Masteotomia totale** in presenza di tumore superiore a 20/25mm, tranne i casi in cui dopo chemioterapia prechirurgica, il diametro del tumore si riduce a meno di 20mm da poere essere trattato mediante quadranteotomia;

COLLO DELL'UTERO

- **Conizzazione** (intervento non **demolitore che si effettua** in presenza di lesioni tumorali che non si estendano oltre i 3mm di profondità),
- **Wertheim** (intervento fortemente demolitore che va effettuato in presenza di lesioni più infiltranti).

OVAIO

- **Intervento demolitore multisede e polifasico** (da effettuare nelle forme di tumore avanzato che rappresentano il 75% dei casi, con l'obiettivo di asportare il tumore ovunque si sia infiltrato: linfonodi, anse intestinali, mesentere, ecc., ricorrendo - se necessario - anche alla chemioterapia e ad un successivo reintervento).

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHICI ED ODONTOIATRI
ISERNIA

PER I SUOI MERITI SCIENTIFICI E PROFESSIONALI

il prof. Francesco Di Re

È ISCRITTO

ALL'ALBO D'ONORE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI ISERNIA

Isernia, 13 marzo 1998

Il presidente
Dott. Sergio Tartaglione

Tabella n. 1

EPIDEMIOLOGIA DEI TUMORI MALIGNI DELLA DONNA

CANCRO DELLA MAMMELLA	55-60%
CANCRO DELL'ENDOMETRIO	..+
CANCRO DEL COLLO DELL'UTERO	25%
CANCRO DELL'OVAIO	13%
CANCRO DELLA VULVA	2%

Tabella n. 2

FATTORI DI RISCHIO DEI TUMORI MALIGNI DELLA DONNA

MAMMELLA	ereditarietà menarca precoce nulliparità mancato allattamento
VULVA	uso di indumenti intimi ed accessori contenenti fibre non naturali displasia atrofica
COLLO UTERO	pluriparità comportamenti sessuali a rischio (promiscuità)
CORPO DELL'UTERO	(ENDOMETRIO) nulliparità riduzione del livello degli estrogeni
OVAIO	(f.protettivo) estroprogestinici (f. favorente) ereditarietà

Tabella n. 3

DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI MALIGNI DELLA DONNA MAMMELLA

- autopalpazione del seno
- mammografia
- ecografia
- agobiopsia (su nodulo solido)

COLLO UTERO

- PAP Test

CORPO UTERO (ENDOMETRIO)

- curettage
- isteroscopia
- VABRA

OVAIO (diagnosi non precoce)

- visita ginecologica
- ecografia
- markers (Ca125, aFP, CEA)

Tabella n. 4

TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO NEI TUMORI MALIGNI DELLA DONNA

MAMMELLA	quadrantectomia mastectomia totale intervento conservativo
VULVA	vulectomia totale
COLLO DELL'UTERO	conizzazione (int. parziale) interv. radicale (WERTHEIM)
OVAIO	intervento radicale

A.S.L. N. 1 "ALTO MOLISE" - AGNONE SER.T - SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE

RESPONSABILE: DOTT. FILOTEO DI SANDRO

SOSTANZE D'ABUSO TRA I GIOVANI INDAGINE CONOSCITIVA NELLE SCUOLE SUPERIORI DI AGNONE

(Studio effettuato dagli operatori del Ser.T. di Agnone)

RIASSUNTO

È stato somministrato un questionario anonimo ai ragazzi delle scuole superiori di Agnone al fine di valutare la consapevolezza sul fenomeno droga - alcol e la diffusione ed uso di tali sostanze tra i giovani e nelle scuole dell'Alto Molise. Tale fenomeno appare diffuso e sommerso.

INTRODUZIONE

Le immense problematiche medico-psico-sociali connesse sia all'uso inadeguato di bevande alcoliche sia all'abuso di sostanze stupefacenti sono divenute negli ultimi anni motivo di preoccupazione per le Istituzioni politiche e socio-sanitarie in molti Paesi del mondo.

Nuove sostanze d'abuso invadono continuamente i mercati mondiali richiedendo costantemente nuove strategie d'intervento.

Vari ostacoli si sovrappongono ancora al raggiungimento di una valutazione più reale dell'ampiezza e dell'intensità del fenomeno.

La mancanza di riferimenti precisi e le difficoltà di rapporto, la perdita di alcuni valori, la voglia di crescere in fretta e sembrare più grandi, una certa componente culturale e familiare, problemi economici, disoccupazione, difficoltà scolastiche, sono alcune delle condizioni che favoriscono il disagio giovanile, l'emarginazione, l'uso di sostanze.

La strategia più efficace per contrastare tali eventi è sicuramente quella di tipo preventivo. Per attuarla risulta indispensabile avere l'esatta consistenza di tali fenomeni sul territorio.

Il territorio della A.S.L. " Alto Molise " comprende 12 Comuni, ha una popolazione di circa 15.500 abitanti, di cui 2.500 giovani compresi tra undici e venticinque anni, ed ha un territorio montano e rurale molto vasto.

Fino a poco tempo fa era opinione diffusa pensare che tale territorio rappresentasse un'oasi in quanto esente dal fenomeno droga.

Il problema dell'abuso di bevande alcoliche tra i giovani è stato valutato in un precedente studio (marzo 95) in cui era stato rilevato il consumo di alcol nella popolazione studentesca tramite l'uso del CAGE. In tale lavoro su 416 alunni testati, il 24% risulta positivo con una prevalenza del 20%.

L'uso delle sostanze stupefacenti non è stato mai rilevato.

La volontà di approfondire queste problematiche ci ha indotto a somministrare un questionario per indagare sia sul fenomeno dell'alcolodipendenza sia su quello delle tossicodipendenze.

L'osservatorio scelto è quello della popolazione scolastica in età adolescenziale, essendo di variegata natura sociale e provenendo da un contatto diretto con le molteplici realtà del territorio.

MATERIALI E METODI

Per rilevare l'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche tra i giovani, è stato utilizzato un questionario anonimo messo a punto dagli operatori del Ser.T. (Tab.1). Lo studio è stato condotto, nei mesi di ottobre e novembre 1997, nelle scuole medie superiori di Agnone (IPSIA, ITIS, Liceo Scientifico). Sono stati testati 397 alunni, di entrambi i sessi, di età compresa tra i 14 e 19 anni. Tutti gli alunni sono stati testati in classe con le stesse procedure. Dopo una breve spiegazione sul motivo dello studio ed aver assicurato l'anonimato, il questionario è stato consegnato di volta in volta ad ogni singolo alunno che veniva invitato a sedersi dietro la cattedra, così da non essere disturbato, ed a rispondere liberamente senza limiti di tempo. Ogni classe veniva testata nella stessa giornata in assenza dell'insegnante.

RISULTATI

Da una prima analisi globale di tutte le scuole testate (Tab. 2) si pone in evidenza il dato che riguarda il consumo di sostanze stupefacenti tra i ragazzi.

Il 12,60% ha dichiarato di aver fumato almeno una volta uno "spinnello".

Il 45,09% degli studenti ha risposto di conoscere persone che fanno uso di sostanze stupefacenti nel proprio paese di residenza.

A.S.L. N. 1 "ALTO MOLISE" - AGNONE
SER.T - SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE

Tel. 0865/72.22.36

Responsabile: Dott. Filoteo Di Sandro

Data _____

Questionario Anonimo

1. Secondo te l'uso frequente di spinelli è pericoloso e dannoso per la salute?
Sì ☐ No ☐ Non So ☐
2. Hai mai fumato uno spinello?
Sì ☐ No ☐
3. Nel tuo paese ci sono ragazzi che fanno uso di sostanze stupefacenti?
Sì ☐ No ☐ Non So ☐
4. Sei a conoscenza anche di giovani che si "bucano"?
Sì ☐ No ☐ Non So ☐
5. Nella tua scuola circola droga? (spinelli - cocaina - ecc.)
Sì ☐ No ☐ Non So ☐
6. Nella tua famiglia si fa uso di sostanze alcoliche?
Sì ☐ No ☐
7. Tu fai uso di sostanze alcoliche? (vino - birra - liquori)
Sì ☐ No ☐
8. Ti risultano contrasti, litigi, violenze in alcune famiglie per problemi legati all'alcol-dipendenza o tossicodipendenza?
Sì ☐ No ☐ Non So ☐
9. L'intervento nelle scuole da parte di medici e psicologi ritieni che in qualche modo possa essere di aiuto ai ragazzi in difficoltà?
Sì ☐ No ☐ Non So ☐
10. Se fumi, quante sigarette in un giorno?
Non fumo ☐ Meno di 10 ☐ Non più di 20 ☐ Oltre 20 ☐

tab. 1

L'11,34% ha risposto di conoscere direttamente giovani ragazzi ed amici che si "bucano".

Per quanto riguarda l'uso dell'alcol il 30.98% di ragazzi ha dichiarato di fare uso di sostanze alcoliche in quantità superiori alla norma.

Un dato da non sottovalutare riguarda le conseguenze dovute all'abuso di sostanze, nell'ambito familiare e/o lavorativo, che i soggetti hanno dichiarato di conoscere nelle proprie realtà: contrasti, litigi e violenze, maltrattamenti, separazioni, che avvengono in alcune famiglie per problemi legati alle tossicodipendenze (33,75%).

Scorporando i dati per le tre scuole testate, emerge che esiste una notevole differenza nelle risposte date dagli alunni a seconda la scuola.

la frequentata (Tab. 3-4-5).

L'informazione circa la conoscenza di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti nel proprio paese risulta più alta nel Liceo Scientifico 56,25%, segue l'ITIS con il 36,96% e l'IPSIA con il 21,57%.

L'uso dell'alcool sembra più marcato nell'ITIS con il 45,65% dei casi, contro il 25% nel Liceo Scientifico ed il 15,69% nell'IPSIA.

DISCUSSIONE

Dire che la prevenzione è importante rimane un puro proponimento retorico se non si attua concretamente.

Quando le personalità sono delineate, le patologie ed i disturbi ormai acclarati, è difficile agire e porvi rimedio.

Ci colpiscono i comportamenti antisociali a cui l'individuo può arrivare.

Agire nella prevenzione vuol dire rilevare subito il disagio, fin dall'età pre-adolescenziale. È allora che efficacemente si può trattare la devianza.

L'osservatorio ideale è la scuola e l'impegno delle Strutture socio-sanitarie non può essere latitante su tale attività.

Quando leggiamo di adolescenti che uccidono i genitori, delle stra-

tab. 2

SCUOLE SUPERIORI DI AGNONE: LICEO SCIENTIFICO - IPSIA - ITIS totale alunni intervistati: 397						
Domanda	Si		No		Non so	
N.	N.	%	N.	%	N.	%
1°	350	88,16	32	8,06	15	3,78
2°	50	21,60	335	84,38	12	3,02
3°	79	45,09	33	8,31	185	46,60
4°	45	11,34	281	70,78	71	17,88
5°	37	9,32	162	40,81	198	49,87
6°	84	21,16	305	76,83	8	2,01
7°	123	30,98	264	66,50	10	2,52
8°	134	33,75	176	44,34	87	21,91
9°	323	81,36	41	10,33	33	8,31
10°	111	27,96	286	72,04	71	17,88
<10	74	18,64				
10-20	30	7,56				
>20	7	1,76				

tab. 3

SCUOLA SUPERIORE DI AGNONE: LICEO SCIENTIFICO							
Totale alunni intervistati 208							
Domanda	Sì		No		Non So		
N.	N.	%	N.	%	N.	%	
1°	184	88.46	13	6.25	11	5.29	
2°	27	12.98	173	83.17	8	3.85	
3°	117	56.25	9	4.33	82	39.42	
4°	32	15.39	133	63.94	43	20.67	
5°	20	9.61	60	28.85	128	61.54	
6°	39	18.75	167	80.29	2	0.96	
7°	52	25	153	73.56	3	1.44	
8°	72	34.62	80	38.46	56	26.92	
9°	180	86.54	10	4.81	18	8.65	
10°	49	23.56	159	76.44	-	-	
<10	36	17.31					
10-20	13	6.25					
>20	-	-					

tab. 4

SCUOLA SUPERIORE DI AGNONE: ITIS							
Totale alunni intervistati 138							
Domanda	Sì		No		Non So		
N.	N.	%	N.	%	N.	%	
1°	125	90.58	10	7.25	3	2.17	
2°	23	16.67	114	82.61	1	0.72	
3°	51	36.96	18	13.04	69	50	
4°	11	7.97	107	77.54	20	14.49	
5°	16	11.59	62	44.93	60	43.48	
6°	39	28.26	98	71.02	1	0.72	
7°	63	45.65	70	50.72	5	3.63	
8°	43	31.16	72	52.17	23	16.67	
9°	103	74.64	26	18.84	9	6.52	
10°	49	35.51	89	64.49	-	-	
<10	27	19.57					
10-20	15	10.87					
>20	7	5.07					

tab. 5

SCUOLE SUPERIORI DI AGNONE: IPSIA							
Totale alunni intervistati 51							
Domanda	Sì		No		Non So		
N.	N.	%	N.	%	N.	%	
1°	41	80.39	9	17.65	1	1.96	
2°	-	-	48	94.12	3	5.88	
3°	11	21.57	6	11.76	34	66.67	
4°	2	3.92	41	80.39	8	15.69	
5°	1	1.96	40	78.43	10	19.61	
6°	6	11.76	40	78.43	5	9.81	
7°	8	15.69	41	80.39	2	3.92	
8°	19	37.25	24	47.06	8	15.69	
9°	40	78.43	5	9.81	6	11.76	
10°	13	25.49	38	74.51	-	-	
<10	11	21.57					
10-20	2	3.92					
>20	-	-					

gi del sabato sera, di prostituzione giovanili ed altro, sicuramente pensiamo ad un disagio sociale ma anche ad un disagio psicologico che porta inevitabilmente, a volte, alla devianza ed al consumo di droga ed alcol.

Ma se nessuno mai si è posto il problema di agire quando l'adolescente ha espresso il suo disagio in vari modi con vari linguaggi.

Ma se specie nella realtà di emarginazione ognuno è solo e le

Istituzioni sono impegnate solamente sul versante della cura, allora perché di fronte a tali notizie ci si meraviglia?

E in tale ottica e con tali proponimenti il Ser.T. di Agnone ha inteso realizzare questa ricerca come un primo atto conoscitivo della realtà dell'Alto Molise.

Ci si propone, analizzando i dati della ricerca e le differenze nelle percentuali riscontrate nelle diverse popolazioni scolastiche, un'ulteriore indagine conoscitiva, che estrinsechi le motivazioni delle seguenti differenze.

Alla domanda "nel tuo paese ci sono ragazzi che fanno uso di sostanze stupefacenti" il 56,25% risponde affermativamente segue l'ITIS e l'IPSIA con il 21,57% (Tab. 3-4-5).

È sicuramente significativo approfondire le ragioni di queste differenze poiché i ceti sociali e gli ambienti frequentati dalle diverse componenti scolastiche sono variegati.

Si individuano quindi i centri o le componenti socio-culturali maggiormente a rischio.

Altri possibili sviluppi della ricerca vanno nella direzione di un maggior approfondimento degli aspetti emozionali verso la devianza ed inibenti.

CONCLUSIONI

Questi dati costituiscono sicuramente un primo tentativo di fotografare la realtà dell'Alto Molise nel contesto delle tossicodipendenze.

Dalle percentuali rilevate si deduce che questi fenomeni non sono affatto marginali ma sempre più investono la popolazione giovanile (TAB. 2).

I dati presentati fanno supporre che le droghe sono più diffuse negli ambienti di locali e discoteche frequentati certamente più assiduamente dai ragazzi del Liceo Scientifico che non dagli studenti dell'ITIS. Si rileva, inoltre, come nell'IPSIA ci sia minor consapevolezza di queste problematiche, probabilmente perché essendo una scuola prevalentemente femminile, verrebbe meno a contatto con la vita di strada rispetto ai colleghi maschi delle altre scuole.

Sebbene i fenomeni legati all'alcol sono propri del substrato culturale della popolazione e quindi a più facile penetrazione non vanno sottovalutare le potenzialità distruttrici degli altri tipi di droghe.

Si fotografa così una realtà embrionale ma potenzialmente esplosiva e per questo preoccupante in cui il fenomeno droga si dimostra diffuso e radicante

SALUTE ORALE, PROFESSIONE ODONTOIATRICA E "NUOVA RIFORMA SANITARIA" VERSO L' ANNO 2000

"Salute per tutti per l'anno 2000" è la politica sanitaria comune sottoscritta nel 1984 dagli Stati Europei membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Questa politica si propone 38 "targets" tra i quali anche la "Salute orale per l'anno 2000"; sulla base di dati epidemiologici allora esistenti e sulla base di proiezioni effettuate sui trend delle malattie furono individuati sei obiettivi per la salute orale da raggiungere per l'anno 2000:

1. a 5-6 anni il 50% dei bambini dovrebbe essere esente da carie;
2. a 12 anni il DMF-T, di media, non dovrebbe essere superiore a 3 (nel 1991 l'obiettivo è stato riformulato proponendo di non superare un DMF-T 2);
3. l'85% della popolazione all'età di 18 anni dovrebbe avere tutti i denti;
4. si dovrebbe raggiungere una riduzione del 50% del numero di edentuli all'età di 35-44 anni rispetto all'anno 1982;
5. si dovrebbe raggiungere una riduzione del 25% del numero di edentuli all'età di 65 anni ed oltre rispetto all'anno 1982;
6. si dovrebbe costruire un sistema di data base per il monitoraggio e la valutazione dei cambiamenti nella salute orale.

Questo ambizioso programma avrebbe dovuto impegnare soprattutto le istituzioni sanitarie pubbliche dei Paesi firmatari ricorrendo a piani di prevenzione su larga scala; ricordo inoltre che la Legge istitutiva del nostro Servizio Sanitario Nazionale poneva tra i principali obiettivi delle USL la prevenzione delle malattie.

In Italia invece le uniche campagne di prevenzione orale su larga scala sono state promosse da libere associazioni di odontoia-

tri e l'informazione alla collettività riguardante l'igiene orale spesso è stata fornita dalla pubblicità televisiva.

Tutto ciò è maggiormente vero se rapportato alla realtà della nostra regione, ove nessun sistematico programma di prevenzione orale è stato realizzato ed ove non sono disponibili dati epidemiologici.

Dunque, nel nostro Paese il ruolo di protagonista dell'assistenza odontoiatrica lo ha svolto, nella grande maggioranza dei casi, il libero professionista talora assicurando servizi anche in un settore, quale appunto quello della prevenzione, che, per la sua importanza e per i costi relativamente contenuti in rapporto ai risultati raggiungibili, dovrebbe essere uno dei compiti primari del servizio pubblico.

Se oggi in Italia è possibile fornire prestazioni odontoiatriche ad un livello qualitativo pari a quello degli altri paesi industrializzati è soprattutto grazie a molti odontoiatri liberi professionisti, al loro impegno professionale quotidiano e al loro aggiornamento continuo.

È proprio la carenza del servizio pubblico nel campo dell'assistenza odontoiatrica che ha dato però a nuovi soggetti l'opportunità di ritagliarsi un ruolo in questo settore, penso ad esempio alle assicurazioni e alle cosiddette mutue volontarie, che, proponendo di stipulare convenzioni, in sostanza chiedono una riduzione dei costi delle prestazioni a fronte di una implicita promessa di aumento del volume di affari.

Si è così acceso un dibattito, anche a livelli istituzionali, che va dalla legittimità degli onorari minimi alla riforma degli ordini professionali e che direi rientra in un più vasto argomento che è la riforma del cosiddetto "welfare state".

Si consideri, inoltre, che la "nuova riforma sanitaria" offre l'opportunità a soggetti privati di accreditarsi e di convenzionarsi col Sistema Sanitario Regionale, dando al cittadino la possibilità di scelta tra pubblico e privato accreditato convenzionato; quindi non solo il libero professionista ma anche società di capitali potrebbero in un prossimo futuro svolgere un importante ruolo nel campo dell'assistenza odontoiatrica.

È ovvio che se soggetti privati intenderanno fornire questi servizi sarà per ricavarne un profitto a danno sia del servizio pubblico, che se non sarà concorrenziale vedrà ridursi le risorse economiche ad esso assegnate, ma anche dei liberi professionisti che dovranno cedere parte dei loro profitti, ad esempio alle assicurazioni, doven-

do ridurre il costo delle prestazioni.

Ma questo nuovo sistema porterà dei vantaggi al cittadino?

Forse sì, ma solo se vi sarà una vera e leale concorrenza che non potrà prescindere da rigorosi controlli e verifiche della qualità delle prestazioni erogate, così da far emergere quello che è il giusto costo per la collettività e il giusto profitto per coloro che operano nel settore odontoiatrico.

Tuttavia c'è anche il rischio che le prestazioni che hanno elevati costi, in termini di organizzazione, di personale, di strutture necessarie o quelle che, consentono un esiguo profitto, potrebbero non essere assicurate in regime di convenzione.

Appare, quindi, quanto mai opportuno prevedere che soggetti privati convenzionati siano obbligati all'erogazione di tutta la gamma delle cure necessarie, così come dovrebbe esserlo il sistema sanitario pubblico, affinché si possa realizzare una vera concorrenza, che è quella che stimola a migliorarsi e a raggiungere sempre più elevati livelli di efficienza.

Prevedere ciò che accadrà nel campo dell'assistenza odontoiatrica non è certo facile, soprattutto in un Paese come il nostro, ove spesso le riforme, non solo in campo sanitario, stentano a vedere la luce, tuttavia credo che lo scenario sopra ipotizzato non sia del tutto inverosimile e che, dunque, valga la pena di riflettere sulle trasformazioni che la nostra professione potrebbe subire in prossimo futuro, affinché nessuno dei soggetti interessati si trovi impreparato ad affrontarle.

VITA DELL'ORDINE di A. Volpacchio

Delibere del consiglio direttivo

Riunione del 11/11/1997

Delib. 66/97: Richiesta nulla-osta di trasferimento

Delib. 67/97: Contratto di formazione lavoro

Delib. 68/97: Sostituzione di un componente della commissione prov.le invalidità ENPAM

Delib. 69/97: Esame esposto

Delib. 70/97: Presa d'atto comunicazione presidente o.m. Genova

Delib. 74/97: Richiesta nulla-osta di trasferimento

Riunione del 03/01/1998

Delib. 1/98: Autorizzazione affissione targa

Delib. 2/98: Contratto formazione lavoro

Riunione del 09/01/1998

Delib. 3/98: Iscrizione albo professionale dott. D'Ortensio Vincenzo

Delib. 4/98: Iscrizione albo professionale dott.ssa Di Matteo Giuseppina

Delib. 5/98: Autorizzazione affissione targa

Delib. 6/98: Iscrizione albo professionale dott. Carmosino Ferdinando

Riunione del 15/12/1997

Delib. 71/97: Iscrizione albo professionale dott. Rotolo Nicola

Delib. 72/97: Iscrizione albo professionale dott.ssa Marinelli Paola

Delib. 73/97: Richiesta nulla-osta di trasferimento

ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

PROVINCIA DI ISERNIA

Iscritti al 28/02/1998

ALBO MEDICI CHIRURGHI	548
ALBO ODONTOIATRI	49
DOPPIE ISCRIZIONI	37
TRASFERITI AD ISERNIA	1
TRASFERITI DA ISERNIA	2
CANCELLATI (a richiesta)	0
DECEDUTI	1

LEGGI E DECRETI di A. Volpacchio

G.U. n° 252 del 28/10/1997

D.P.C.M. 30/07/1997 n° 365 : Regolamento per il giudizio di idoneità ai sensi dell'art. 9, comma 8, del D.L. 07/12/1993 n° 517 (passaggio a dipendenza specialisti ambulatoriali)

G.U. n° 261 del 08/11/1997

D.L. 08/11/1997 n° 389 : Modifiche ed integrazioni al D.L. 05/02/1997 n° 22 in materia di rifiuti, rifiuti pericolosi, di imballaggi e di rifiuti di imballaggio

Decreto 08/08/1997: Visite mediche di accertamento idoneità psicofisica per conseguire e mantenere in esercizio licenze ed attestati aeronautici

Provvedimento 19/11/1997: Autorizzazione n° 1/97 al trattamento dei dati sensibili nei rapporti di lavoro.

Provvedimento 27/11/1997: Autorizzazione n° 2/97 al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

Provvedimento 28/11/1997: Autorizzazione n° 3/97 al trattamento dei dati sensibili da parte degli organismi di tipo associativo e delle fondazioni.

G.U. n° 269 del 18/11/1997

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 277 del 27/11/1997

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 285 del 06/12/1997

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 286 del 09/12/1997

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 287 del 10/12/1997

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 288 del 11/12/1997

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 294 del 18/12/1997

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 295 del 19/12/1997

C.U.F.: Aggiornamento note

G.U. n° 302 del 30/12/97 - S.O. n° 255/L

Legge 27/12/1997 n° 449: Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica (art. 8-32-33-34-35-36-37-38-56).

G.U. n° 4 del 07/01/1998

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 6 del 09/01/1998

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 12 del 16/01/1998

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 13 del 17/01/1998

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 13 del 17/01/1998 - S.O. n° 8/L

D.P.R. 10/12/1997 n° 483: regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del S.S.N.

D.P.R. 10/12/1997 n° 484: regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del S.S.N.

G.U. n° 14 del 19/01/1998

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 15 del 20/01/1998

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 16 del 21/01/1998

C.U.F.: Riclassificazione farmaci

G.U. n° 23 del 29/01/98

D.P.C.M. 12/12/1997 n° 502: Regolamento recante norme per l'inquadramento nel ruolo medico del S.S.N. di incaricati del servizio di guardia medica e medicina dei servizi.

G.U. n° 37 del 14/02/1998 - s.o. n° 25

D.M. 30/01/98: Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del S.S.N..

D.M. 31/01/98 Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del S.S.N.

G.U. n° 39 del 17/02/1998

D.L. 17/02/1998 n° 23: Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria

C.U.F. riclassificazione farmaci.

BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE MOLISE

B.U.R. N° 23 DEL 01/12/1997

L.R. 21/11/1997 n° 28: Tutela dei diritti dei malati

ASL 3 (avviso): Gara per fornitura attrezzature e strumentario per le ambulanze di supporto del servizio di E.T. "118".

B.U.R. N° 24 DEL 16/12/1997

Assessorato alla sanità: elenco zone carenti **assistenza primaria;** elenco zone carenti continuità assistenziale

B.U.R. N° 26 DEL 31/12/1997 - S.O.

D.G.R. 15/12/1997 n° 3883: Graduatoria Regionale per l'anno 1998 ex DPR 484/96 del 22/07/1996

B.U.R. n° 2 del 31/01/1998

Assessorato alla sanità: Incarico funzioni di tutore per corso formazioni in medicina generale.

Comitato zonale medicina specialistica ambulatoriale di Isernia: Graduatoria medici specialisti per il 1998

B.U.R. N° 3 DEL 16/02/1998

Comitato zonale medicina specialistica ambulatoriale di Campobasso: Graduatoria per l'anno 1998

Delibera G.R.: Definizione accordi regionali ex DPR 484/96

LEGGE SULLA PRIVACY

Tutela delle persone e di altri soggetti nel trattamento dei dati personali

LEGGE 31-12-96 n° 675 (Gazzetta Ufficiale n° 5 dell'811/97)

Il Presidente del Garante per la protezione dei dati personali, con nota 30/6/1997, ha espresso parere in merito ai quesiti formulati nella audizione del 23/06/1997, sciogliendo le riserve evidenziate nella comunicazione FNOMCeO n° 68 del 16/06/1997.

Per completezza di informazione riportiamo i quesiti formulati e le precisazioni fornite dal Garante.

1) L'Albo Professionale può essere fornito alle ASL o ad altri Enti pubblici, compresi gli Ordini Provinciali?

Il Garante, in conformità al pensiero della Federazione, ritiene "pienamente pubblici gli Albi", "non tanto perché sono formati da un soggetto pubblico quanto perché, per espressa disposizione di legge o di regolamento, sono conoscibili da chiunque".

Ciò si rileva dal D.L.C.P.S. 13/9/1946 n° 233 (art. 3) e dal D.P.R. 5/4/1950 n° 221 (artt. 2 e 3) i quali "prevedono che l'Albo di ciascun Ordine dei Medici Chirurghi sia stampato e pubblicato entro il mese di febbraio di ogni anno, con contestuale trasmissione di una copia ad alcune amministrazioni pubbliche, anche ai fini della sua affissione nelle Prefetture".

"Tali fonti normative non disciplinano espressamente né le forme di consultazione dell'Albo presso l'Ordine, né l'invio di copia ad altri soggetti pubblici o privati".

"Tuttavia, l'anzidetto regime di pubblicità permette la conoscibilità, pressoché indifferen-

ziata, di ciascun Albo da parte di chiunque, e colloca l'Albo stesso tra i documenti pubblici... omissis".

*a*Quindi, con riferimento all'art. 27/comma 2, della Legge n° 675/96 non si ravvisano ostacoli alla consegna di un esemplare stampato alle Aziende Sanitarie Locali, ad altri Enti pubblici o ad altri Ordini Provinciali".

2) È consentita la visura degli Albi presso la sede dell'Ordine da parte degli interessati?

Il Garante al riguardo si è espresso nel senso che "a prescindere dalla applicabilità della Legge n° 241/90, sull'accesso ai documenti amministrativi, deve ritenersi che il D.L.C.P.S. n° 233/46 e il D.P.R. 221/50 permettano agli Ordini e alla Federazione di comunicare e di diffondere a privati e ad Enti pubblici economici i dati personali contenuti negli Albi art. 3 del D.P.R. n° 221/50, art. 27/comma 3 della Legge n° 675/96".

"Ciascun Ordine può autorizzare la visione dell'Albo presso l'Ordine stesso, poiché ai sensi

della Legge n° 675 la comunicazione e la diffusione possono essere realizzate anche attraverso la messa a disposizione o consultazione dei dati (art. 1/comma 1 lettere G e H)".

Tenuto conto del nuovo quadro di tutela introdotto dalla Legge n° 675 il Garante, con il parere espresso, ha inteso riconoscere agli Ordini discrezionalità di valutazione circa il rilievo per la cura o la difesa di interessi giuridici del richiedente. È significativa in tal senso la scelta della espressione "può autorizzare la visione dell'Albo ... omissis", e anche adottando specifiche modalità per la visione medesima.

Il Garante precisa ancora che *"anche dopo l'entrata in vigore della Legge n° 675/96 devono essere osservate le regole che, in casi specifici, subordinano la pubblicità degli atti al rispetto di determinati limiti temporali (ad esempio con esclusione dei periodi in cui un elenco è in fase di aggiornamento), modalità (ad esempio documentazione della identità del soggetto che intende consultare un registro), o finalità (qualora sia previsto un divieto d'uso per scopi commerciali)"*.

3) Gli elenchi di medici competenti o gli elenchi di altri specialisti possono essere forniti a Enti pubblici o privati che ricercano personale medico per offerte di lavoro?

In proposito il Garante ha sottolineato che *"spetta a ciascun Ordine - nonché alla Federazione nell'esercizio delle proprie funzioni di coordinamento - il compito di valutare la meritevolezza e la praticabilità"* delle richieste di nominativi di professionisti specializzati in talune discipline.

Gli Ordini pertanto valuteranno di volta in volta, sulla base di criteri prefissati, l'opportunità o meno di dar seguito a dette richieste.

Nella ipotesi in cui l'Ordine decida di indicare a privati nominativi di professionisti, è opportuno che ne venga fornito un numero tale da consentire una scelta

libera ed autonoma.

4) L'Albo Professionale o l'etichettario possono essere consegnati a un iscritto all'Albo Professionale per utilizzo a fini informativi per convegni e incontri scientifici culturali?

Il Garante, in conformità alla distinzione operata dalla Federazione (consegna Albi agli Enti pubblici o a privati) ha disciplinato le due fattispecie in modo differente, consentendo la consegna di un esemplare stampato ai primi, mentre ha previsto per i privati e per gli Enti pubblici economici la sola comunicazione e diffusione di *"dati personali contenuti negli Albi (art. 3 del D.P.R. n° 221/50)"*.

I privati e le società scientifiche possono, pertanto, visionare l'Albo presso l'Ordine, ferma restando la discrezionalità e le modalità prefissate dall'Ordine stesso per la consultazione dei dati personali.

5) Il Medico di medicina generale può in caso di sostituzione consentire al sostituto l'utilizzo del proprio schedario di pazienti?

Dalle precisazioni fornite non si ravvisano ostacoli di principio a questa ipotesi. L'utilizzo della banca dati degli assistiti da parte del sostituto deve, comunque, essere consentito dal paziente.

Il Garante precisa che per le fattispecie *"nulla osta a che in vista delle sostituzioni operate formalmente specie nei periodi feriali, il paziente esprima un consenso specifico autorizzando al trattamento dei dati che lo riguardano sia il medico di fiducia, sia, all'occorrenza, i sostituti"*.

"Nel caso di specie, i dati personali comprendono informazioni idonee a rivelare lo stato di salute: il consenso pertanto, deve essere manifestato necessariamente per iscritto".

6) In caso di studio associato come gestire il patrimonio comune di informazioni da parte di tutti i componenti dello studio medesimo?

Il parere del Garante si articola nelle seguenti fattispecie.

"A tale riguardo, va osservato che i professionisti che si associano per l'esercizio della professione medica possono regolare diversamente i propri rapporti per ciò che concerne il trattamento dei dati personali, configurando, a seconda dei casi:

– a) una gestione individuale e separata dei dati detenuti da ciascun professionista (il quale assumerà singolarmente la qualità di 'titolare' del trattamento);

– b) una contitolarità da parte di tutti o di alcuni dei professionisti (i quali condivideranno a titolo personale le prerogative e le responsabilità del 'titolare' del trattamento);

– c) un'unica attività di elaborazione dei dati personali effettuata dagli associati.

In data 8 maggio 1997 è entrata in vigore la Legge 31 dicembre 1996 n° 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La normativa prevede alcune incombenze per il Medico curante che, per la sua attività professionale ha necessità di raccogliere, registrare in archivio cartaceo o informatico e utilizzare i dati personali degli Assistiti per sole finalità di diagnosi e cura.

In particolare, ai sensi degli articoli 9-10-11-1213 e 14 della Legge citata, si rende necessario per il Medico acquisire il "consenso scritto del Paziente" che lo autorizza a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali esclusivamente per la diagnosi e la cura.

Il consenso concesso dal Paziente al Medico di fiducia si estende, per evidenti motivi di continuità terapeutica, anche ai Sostituti in caso di assenza del Medico di fiducia stesso, nell'ambito di un'associazione o di un 'organismo' (art. 1/comma 1, lettera 'D' della Legge n° 676), il quale assumerà di per sé stesso la qualità di 'titolare' del trattamento, a prescindere dai limiti che la Legge 23 dicembre 1939 n° 1875 pone in materia di prestazione associata di assistenza e consulenza (vedere anche Cassazione Penale Sezione V, 3 aprile 1990 n°

314)".

"È evidente che la scelta tra l'una e l'altra delle soluzioni, oltre a dover corrispondere ai rapporti realmente instaurati, comporta diverse conseguenze per ciò che riguarda i ruoli e le sfere di responsabilità, i rapporti con gli assistiti, le dichiarazioni di consenso, e le stesse deroghe che la Legge riconosce in favore delle persone fisiche esercenti le professioni sanitarie (anziché delle associazioni o degli organismi da esse create: cfr. art. 23, comma 1, Legge n° 675".

7) Come tutelare le certificazioni, le cartelle cliniche e i referti rilasciati dai Laboratori di analisi o da altri Organismi sanitari?

"...Omissis... le certificazioni rilasciate dai laboratori di analisi o dagli altri organismi sanitari (come pure le cartelle cliniche) possono essere ritirati anche da persone diverse dagli interessati, sulla base di una delega scritta e con inclusione di tali documenti in una busta chiusa".

Il secondo comma dell'art. 23 della Legge n° 675/96 (i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare) ha formato oggetto di una successiva richiesta di parere al Garante che si è così espresso: *"Si segnala infine che l'art. 23, comma 2, della Legge n° 675, nel prevedere che i dati personali siano resi noti all'interessato solo per il tramite di un medico, permette di svolgere questa funzione di intermediazione in vario modo, attraverso, ad esempio:*

– a) la consegna dei dati al medico di fiducia designato dall'interessato, direttamente o per il tramite di quest'ultimo;

– b) una spiegazione orale da parte di un medico designato dal titolare del trattamento, ovvero un giudizio scritto completato, all'occorrenza, dalla disponibilità del medico medesimo a fornire ulteriori indicazioni a richiesta dell'interessato".

Si è reso necessario sottoporre all'at-

tenzione del Garante, data la flitticollità interpretativa, le problematiche concernenti gli articoli 22, 23 e 41 (comma 1) della Legge n° 675/1996.

Il Garante ha precisato che *"gli artt. 22, 23 e 41 (comma 1) della Legge n° 675 vanno interpretati nel senso che il consenso occorre salvo che si persegua una finalità di tutela della incolumità fisica e della salute di un terzo o della collettività: (art. 23, comma 1) sia per i dati raccolti successivamente all'8 maggio 1997, sia - qualora siano comunicate o diffuse - per le informazioni acquisite anteriormente a tale data"*.

Infine, il certificato di iscrizione all'Albo può essere consegnato anche a soggetti diversi dall'interessato purché muniti di delega scritta e previa presentazione di documento di riconoscimento dell'iscritto e del richiedente.

Si pregano gli Ordini di voler dare la massima diffusione, anche attraverso i Bollettini, di tutte le comunicazioni relative all'applicazione della Legge n° 675/96, e di invitare i singoli medici a far sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati personali dei propri assistiti come da modulo allegato (B).

Si allega, altresì, il modulo di richiesta per la visura degli Albi (allegato A).

Si invitano gli Ordini a far pervenire eventuali osservazioni e suggerimenti sulle problematiche in oggetto, in un'ottica di proficua collaborazione.

allegato "A"

(da compilare a cura del richiedente)

ALL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI
di**RICHIESTA CONSULTAZIONE ALBO**

Io sottoscritto.....
nato a il
residente a
documento n°....., avendo un interesse giuridicamente rilevante all'accesso ai dati personali di cui all'art. 3 del D.P.R. n° 221/50,

CHIEDO

di essere autorizzato alla visura dell'Albo relativamente al nominativo del Dottor.....

FIRMA.....

DATA.....

(da compilare a cura dell'Ordine)

A CURA DELL'ORDINE

Vista la richiesta si autorizza, ai sensi della Legge n° 241/90, la visura dell'Albo.

FIRMA.....

DATA.....

allegato "B"

(da compilare a cura del paziente assistito)

MODULO DI CONSENSO

Io sottoscritto.....
nato a
il residente a
documento n°.....
assistito dal Dottor
e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n° 675/96, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente a fini di diagnosi e cura, il dottor
..... Medico di fiducia e, in sua assenza, i sostituti.

FIRMA.....

Avviso da affiggere nella sala d'aspetto dello studio medico

Legge sulla privacy

COMUNICATO AGLI ASSISTITI

In data 8 maggio 1997 è entrata in vigore la Legge 31 dicembre 1996 n° 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La normativa prevede alcune incombenze per il Medico curante che, per la sua attività professionale ha necessità di raccogliere, registrare in archivio cartaceo o informatico e utilizzare i dati personali degli Assistiti per sole finalità di diagnosi e cura.

In particolare, ai sensi degli articoli 9-10-11-12-13 e 14 della Legge citata, si rende necessario per il Medico acquisire il "consenso scritto del Paziente" che lo autorizza a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali esclusivamente per la diagnosi e la cura.

Il consenso concesso dal Paziente al Medico di fiducia si estende, per evidenti motivi di continuità terapeutica, anche ai Sostituti in caso di assenza del Medico di fiducia stesso.

(Firma del medico)

.....

Firmato l'accordo decentrato per la medicina generale

Il 16-02-1998 è stato pubblicato sul B.U.R. del Molise l'accordo regionale per la medicina generale. È la prima volta che viene siglato un accordo di questo tipo fra la Regione e tutti i sindacati firmatari della convenzione per la medicina generale. Si tratta di un accordo che vede il medico di medicina generale al centro di un sistema sanitario atto a ridurre il tasso di ospedalizzazione (e quindi con notevole riduzione di spesa per l'A.U.S.L.), potenziando le cure primarie e creando nel territorio le opportunità di tutela della salute della popolazione (con ADP e ADI). Le difficoltà incontrate sono da ascrivere, anche, alle modeste possibilità economiche della regione e per questo non tutte le nostre richieste, anche legittime, sono state accettate. In accordo con l'assessorato alla sanità, i sindacati stanno già preparando bozze di accordi futuri con la presentazione dei punti necessari ad integrare l'attuale accordo (medicina di gruppo, progetti obiettivi diversi per ciascuna area regionale, attività programmate sul territorio, continuità assistenziale a partire dalle ore 10:00 del sabato, etc.).

Il passo successivo è quello di rendere operativo, in ogni A.U.S.L., il suddetto accordo. Vi sono stati incontri preliminari con i direttori generali per attivare al più presto i punti più qualificanti e prioritari (ADI, associazionismo medico, informatizzazione degli studi medici e loro collegamento con l'A.U.S.L.). Ma il vero punto, che farà della medicina generale il centro del SSN, è l'attivazione effettiva del distretto, non assegnando solo cariche verticistiche, ma organizzandolo dalla base con la costituzione del pool di medici di assistenza primaria, medici di continuità assistenziale, medici dei servizi, specialisti ambulatoriali e le cooperative di servizi socio-assistenziali. Questa è la vera scommessa del S.S.N. alle soglie del III millennio, come è stato ribadito sia dall'attuale ministro sia dal P.S.R. (finora del tutto disatteso).

L'ultima riflessione è sul ruolo svolto dai sindacati: a parte le differenze su alcuni punti, per lo più marginali (ed è anche giusto che ci siano perchè ciò favorisce una discussione seria e serena che conduce a risultati migliori per tutti), sulle grandi questioni abbiamo trovato facilmente l'intesa come è accaduto per l'aggiornamento obbligatorio e per la formazione permanente che, secondo me, è il punto più qualificante di tutto l'accordo. Con questo mi auguro, che in futuro, possiamo ritrovarci insieme per tutelare nel migliore dei modi la dignità e la professione di tutti i colleghi.

AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE

Medicus miles contra mortem ipse subjectus



Il giorno 7 febbraio 1998, in un tragico incidente stradale, ha perso la vita il caro collega Pasquale Biello, figura di grande umanità e valente professionista.

La redazione di "Aesernia Medica" lo vuole ricordare ripercorrendo le tappe della sua carriera medica.

Nato a Monteroduni il 30/10/1937 frequenta l'Università di Napoli dove si laurea il 30/11/1965 in medicina e chirurgia.

Abilitato all'esercizio della professione nella stessa Università alla prima sessione dell'anno 1966, frequenta da volontario la clinica chirurgica della stessa università e, in seguito, la Divisione di chirurgia generale dell'allora Ospedale Generale Ascalesi di Napoli.

Il 01/06/1966 ha l'incarico di assistente chirurgo presso l'Ospedale civile di Capua (CE) dove resta in servizio fino al 02/09/1966, data in cui viene chiamato a frequentare il corso di allievi ufficiali della scuola di Sanità Militare di Firenze.

Il 01/01/1968 ha l'incarico di assistente chirurgo presso l'Ospedale Civile di Pinerolo ed a seguito di pubblico concorso passa di ruolo nello stesso Ospedale e nella stessa qualifica rimanendo in servizio fino al 31/03/1970.

Il 01/04/1970 viene nominato medico condotto e Ufficiale Sanitario nel Comune di Rocchetta al Volturno (IS).

Il 05/10/1970 è nominato assistente chirurgo prima fuori ruolo, poi incaricato presso l'Ospedale Civile di Isernia dove resta in servizio fino al 31/08/1972.

Nel frattempo entra per concorso nella scuola di specializzazione in chirurgia vascolare presso l'Università degli Studi di Napoli e consegue il diploma il 29/11/1972.

Il 01/09/1972 si trasferisce presso l'Ospedale civile di Volta Mantovana con l'incarico di aiuto chirurgo.

Il 20/05/1975 è nominato aiuto chirurgo di ruolo presso lo stesso Ospedale, dove rimane in servizio con la medesima qualifica fino al 07/06/1982.

Nel frattempo entra per concorso nella scuola di chirurgia generale presso l'Università di Padova e consegue il relativo diploma il 25/07/1977.

L'8/06/1982 accetta la nomina quale vincitore di concorso per la qualifica di aiuto chirurgo presso l'Ospedale di Isernia.

Il 01/03/1984, con delibera del comitato di gestione è nominato Primario chirurgo f.f. per vacanza del posto, incarico che mantiene fino al 31/11/1987.

Da tale data rientra nella qualifica di aiuto chirurgo di ruolo.

Dal 14/07/1990 ha prestato servizio in qualità di Primario Chirurgo di ruolo di pronto

soccorso, con rapporto di lavoro a tempo pieno, presso l'Ospedale civile di Isernia, fino al 15/11/1993.

Dal 16/11/1993 fino al 31/05/1996 ha prestato servizio in qualità di Primario Chirurgo di ruolo presso l'Ospedale di Larino (CB).

Dall'1/06/1996 è stato collocato a riposo per dimissioni volontarie.

Da pari data ha svolto attività professionale di chirurgo presso la casa di cura Villa Esther in Boiano (IS).

Autore di oltre venti pubblicazioni scientifiche, di cui alcune discusse in sede di congressi e successivamente pubblicate.

Incline all'approfondimento e alla ricerca, schietto e cordiale nei rapporti, il dott. Biello si è fatto ovunque apprezzare per le elevate capacità professionali, prodigandosi con umiltà e competenza al servizio dei malati.

Rinnovato il Direttivo Provinciale della FEDERSPEV

Il giorno 3 febbraio 1998 alle ore 16:00 si è riunita l'assemblea della FEDERSPEV (Federazione Sanitari in pensione e vedove) presso la sede dell'ordine dei Medici Chirurghi ed odontoiatri della Provincia di Isernia.

Sono risultati confermati:

Presidente Lidia Cortellesa

Vice presidente: dott. Scarabeo Nicola

Segretario: dott. Pirollo Aldo

La FEDERSPEV cura i problemi della quiescenza dei sanitari e oltre alla rilevante attività che svolge e alle mete che raggiunge, mette a disposizione degli iscritti esperti legali per risolvere i problemi personali o meglio seguire l'iter delle pratiche.

Gli obiettivi raggiunti e quelli in via di attuazione sono ampiamente illustrati nella relazione del Presidente Nazionale dott. Eumenio Miscetti, tale relazione è a disposizione di coloro che ne vogliano prendere visione presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Isernia. Per questi motivi si invitano i medici in pensione ad iscriversi alla FEDERSPEV.

Comunicazione

L'ASS.-CUMI MOLISANA organizza un convegno di aggiornamento medico pratico sul tema: tubercolosi polmonare bronco polmoniti.

Relatore dott. Di Bartolomeo Giuseppe. (Aiuto malattie infettive ospedale "Cardarelli" Campobasso). Nata da poche settimane l'associazione culturale Ass.-Cumi Molise propone alla classe medica molisana una serie di aggiornamenti del tipo Know-how.

Questo primo aggiornamento patrocinato dall'ordine dei medici di Isernia cadrà in aprile c.a. e si svolgerà presso i locali dell'ordine dei medici di Isernia via Pio La Torre.

Il presidente Cumi regionale
Dott. Costantino Kniamynicki

PAGINA CRAL - ASL 2 - ISERNIA

Programma di massima per l'anno in corso:

Marzo

- 22 Roma - Visita al Quirinale e
Casina delle Civette

Aprile

- 04 Napoli - Teatro Sannazaro
"il marito della nipote dello zio"
con Vittorio Marsiglia
10-14 Pasqua a Parigi
19 Gita a Paestum e
Grotte di Pertosa

Maggio

- 10 Roma - Teatro Sistina "Grease"
con Lorella Cuccarini
31 Gita a Capri

Giugno

- 01-20 Torneo degli uffici
20-27 Settimana azzurra

Luglio

- 05 Gita alle Isole Tremiti
26-1/8 Settimana azzurra

Agosto

- 01-31 Estate in piscina
29-5/9 Settimana azzurra

Settembre

- 06 Gita a Ventotene
20 Gita a Sermoneta
Oasi di ninfa e castelli romani

Ottobre

- Concorso scuola media
Concorso scuole superiori

Novembre

- 14 Serata teatrale
28 Serata teatrale

Dicembre

- 13 Napoli - visita ai presepi
19 Cena sociale
27 Visita ad un presepe vivente

Il Programma di cui sopra è modificabile
per esigenze organizzative del circolo.

Il Presidente
(V. Crovella)



Dott.
RAGO CRISTOFARO
Promotore di servizi finanziari

Tel. casa 0865/491306
cellulare 0347/6630574
ufficio 0874/96641-2-3-4

LETTERE ALLA REDAZIONE

In relazione all'articolo "Anche la Medicina va in subappalto", pubblicato sul numero di dicembre di "Aesernia Medica", o almeno riteniamo che questo ne abbia motivato l'invio, il dottor Nicola Scarabeo ci ha cortesemente fornito del materiale (articoli di stampa specializzata, pareri legali, ecc.) che non pubblichiamo solo per ragioni di spazio. Il fine è di dimostrare che nulla osta a che un medico ultrasettantenne, che abbia cessato per limiti di età il rapporto convenzionale, possa continuare ad esercitare, occasionalmente, in qualità di sostituto, l'attività di Medicina Generale.

Nel ringraziarlo per il contributo fornitoci, dobbiamo fare una precisazione. L'articolo pubblicato a dicembre non si riferiva a questo tipo di rapporto ma voleva solo denunciare la posizione illegale di quei medici ultrasettantenni che continuano ad esercitare, a tempo pieno e non occasionalmente, con i ricettari prefirmati dal collega neoinserto e compiacente.

*Stimatissimo presidente,
gradirei che venisse pubblicato sul Bollettino Provinciale dell'ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatrici di Isernia "Aesernia medica" l'allegato articolo inerente i termini di presentazione delle "prestazioni extra" da parte dei Medici generici convenzionati.
Grazie e distinti saluti.*

Nicola Scarabeo

Non sono perentori i termini di presentazione delle prestazioni extra. Con sentenza del 19 novembre 1997 il Pretore del Lavoro di Venafro, Dr. Michele Russo ha stabilito un principio

particolarmente importante relativamente ai termini di presentazione delle richieste di pagamento relative alle prestazioni di particolare impegno professionale (prestazioni extra) che si riteneva non prorogabili oltre il 15° giorno del mese successivo.

Questi termini, dalla Unità Sanitaria Locale di Venafro, venivano assunti come perentori. La decisione, scaturita da una vertenza intrapresa dal Dr. Nicola Scarabeo, assistito dall'Avv.to Giuditta Di Cristinzi contro la predetta U.S.L., per la circostanza difesa dall'Avv.to Vincenzo Colalillo, ha riconosciuto valide le ragioni del Dr. Nicola Scarabeo il quale chiedeva il pagamento della somma di L. 120.000 per prestazioni la cui distinta era stata rimessa tardivamente perché smarrita.

Misteri della burocrazia: per tale vertenza la U.S.L. "2 Pentria" dovrà pagare un onorario di L. 1.544.400 all'Avv.to Di Cristinzi, oltre a pagare anche la parcella all'Avv.to Colalillo.

Il termine di giorni 15 stabilito dalla Convenzione - si riconosce - incide unicamente sulla "mora debenti" e non sul diritto del sanitario a percepire i compensi, potendosi comunque procedere ai controlli ritenuti eventualmente necessari da parte della Azienda Sanitaria Locale.

Tanto per offrire un contributo di chiarezza in ordine ad un problema amministrativo che interessa la medicina generale convenzionata.