

**Direttore:**

Del Barone Giuseppe

Presidente dell'Ordine

Responsabile:

Sessa Tommaso

Coordinamento redazionale:

Zito Umberto

Comitato di Redazione:

Annunziata Saverio

Cicale Salvatore

De Falco Antonio

Del Vecchio Vincenzo

De Lucia Luigi

Donisi Mario

Iovane Mario

Melchionna Carlo

Monastra Santo

Raia Francesco

Russo Giovanni

Triassi Maria

Verde Franco

Zuccarelli Bruno

Muto Mauro

Peperoni Gabriele

Sparano Luigi

Capriola Elena

**Rappresentanti
degli Odontoiatri**

Delfino Ottavio

Bianco Raimondo

Di Bellucci Antonio

Epifania Ettore

Esposito Umberto

BOLLETTINO

ORDINE DEI MEDICI

Organo ufficiale

dell'Ordine dei Medici-Chirurghi

e degli Odontoiatri

di Napoli e Provincia

Anno 73 - Nuova serie N. 8 - Settembre 2003

Sommario

AMCI Campania - Volontariato medico a Coroico in Bolivia. . . Pag. 2

Il n'y a pas des maladies. Il y a des malades
(di Giuseppe Del Barone) » 3Tempestivo intervento del Presidente per la tutela
dei medici e dei pazienti » 5Corso di Aggiornamento in Ematologia
"Vincenzo Ammaturo" » 6

Bando di selezione per i medici in medicina generale » 8

In riferimento alla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale
del bando di concorso per il triennio di formazione specifica
in Medicina Generale. » 11

Un interrogativo legittimo sugli aspetti dei rinnovi contrattuali » 12

Il medico competente: prima e dopo la clinica
(di Francesco Gazzero) » 21Considerazioni al parere negativo espresso dall'Ordine e
dall'astensione della firma all'A.I.R. della M.G. » 25L'assistenza al malato neoplastico in fase avanzata
(di Giovanni D'Errico) » 26Accettazione e verifiche periodiche e di sicurezza
dei dispositivi medici alimentati da una particolare sorgente
di alimentazione. » 28*Rubriche***Convegni - Congressi - Corsi di studio**La qualità nei servizi sanitari: sviluppo di un modello
di gestione » 29Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese
in Reumatologia » 30**Colleghi Scomparsi** » 31**Attività artistiche, culturali e sportive** » 32**Da pag 13 a pag 20 l'ultimo inserto del "foto-album" della cerimonia della consegna della "Medaglia d'oro" ai colleghi che hanno festeggiato il cinquantenario della Laurea**

*Quando la Medicina è integrazione
tra professionalità , umanità e solidarietà*

AMCI Campania Volontariato medico a Coroico in Bolivia

Tre giovani dell'Associazione Medici Cattolici Italiani della Regione Campania, aderenti alla sezione San Luca di Napoli e cioè Giovanni Cimmino, Francesco Loffredo e Maria Bova, hanno portato il contributo della loro opera all'ospedale di Coroico nella regione Nord Yungas in Bolivia.

Hanno risposto all'appello del Ceis (Centro italiano di solidarietà, animato da Don Picchi) che ha costruito l'ospedale; l'appello era stato presentato sul giornale dell'AMCI "Orizzonte Medico". Si chiedeva aiuto o con contributi economici o con acquisto di attrezzature o con l'offerta volontaria di opera sanitaria.

I tre medici, specializzandi in branche diverse, informando S.E. il Cardinale Michele Giordano, Arcivescovo di Napoli e con la sua benedizione, hanno deciso di trascorrere il loro periodo di ferie, dedicandosi alla cura di ambienti poverissimi, arretrati ed in condizioni sanitarie pessime.

Sono stati in Bolivia dal 27 luglio 2003 al 16 agosto 2003, arrivando da La Paz a Coroico che si trova a Nord della Bolivia, percorrendo la pericolosissima ed unica strada esistente, definita "la caretterera della muerte".

Hanno trovato, constatandole direttamente, condizioni di notevolissima ed inimmaginabile povertà, ma, ciò che li ha colpiti, sono le condizioni igieniche, veramente pessime, e che comportano una diffusione marcantissima di malattie infettive; vanno segnalate: Tbc, leishmaniosi, malaria, infezioni gastrointestinali ed epatiche.

In queste condizioni drammatiche sotto il profilo sanitario ed economico le indagini sanitarie e le cure mediche in ospedale ed in altri ambienti vengono offerte, solo, a pagamento.

I nostri medici volontari hanno lavorato in ospedale e nel territorio circostante, affiancandosi a personale sanitario locale, che è limitatissimo o, quasi inesistente, in relazione alle esigenze.

Hanno avuto modo di conoscere un popolo che in alcune zone è veramente in situazioni primordiali ma sereno, per il quale, certamente non esiste lo stress degli impegni in cui è abituata la nostra società, cosiddetta evoluta, europea.

Hanno altresì conosciuto un territorio, quello andino, di una rara bellezza.

Sono tornati soddisfattissimi per l'opera svolta, ritenendo, comunque, che l'opera dei volontari che vengono dai paesi esteri, andrebbe programmata meglio, al fine di una migliore resa e produttività.

Incontreranno, quanto prima S.E. il Cardinale Giordano, e poi gli aderenti all'AMCI della Campania col Presidente Regionale, Prof. Aldo Bova, per riferire sulla esperienza vissuta, bellissima sia sotto il profilo professionale che sotto il profilo umano e spirituale, ma anche per programmare ulteriori impegni di volontariato a livello internazionale.



Angelica Di Giovanni

La tutela del rapporto medico-paziente e le problematiche di una Sanità alla ricerca di sé stessa

Il n'y a pas des maladies. Il y a des malades

di GIUSEPPE DEL BARONE



Quando la cara Rosaria Di Bianco, delicata figliola dell'indimenticabile Peppino, mi dice con tono pieno di delicatezza sarcastica "Presidè, per piacere, prepari il fondo", incomincio a sudare freddo. Mancano gli argomenti? Sicuramente no. Potrò dire qualcosa su rinnovo di convenzioni o contratti? Sicuramente no. Potrò definitivamente parlare di farmacovigilanza, ecg, privacy, tickets si o tickets no? Sicuramente la cosa è impossibile tanto ondivaghe sono le situazioni.

Ed allora eccomi arrampicarmi sul "sacro monte" con la speranza che la cosa non mi porti, come per Colline e la sua Zimarra, al monte di pietà. Con la legge finanziaria si ricomincia a considerare la convenzione con la sicura necessità di critiche ove fosse vera la sottovalutazione economica della quota capitaria, l'aumento di richiesta di prestazioni da parte dei cittadini che diventano, ahimè e ahiloro, più anziani con l'aggiunta di concordati regionali pieni di ombre, dubbi.

Tutte cose giustamente da non buttare a mare se si considerano i dissensi quotidianamente emergenti nel post firma dell'accordo regionale per la Campania.

Nel frattempo un motivo di fondo, alla luce delle mille considerazioni sull'argomento, rimane quello se o meno debba essere dato gratis, medicinali in testa, tutto a tutti.

Per il gioco dei quattro cantoni, con il cittadino sempre al centro nel tentativo di inserirsi in una casella libera, regioni del centro sinistra, ubicate cioè nell'area governativa che nel 2001 aveva eliminato i tickets, lo hanno riproposto (tranne la Campania regione sempre deliziosamente a sé stante!) mentre altre regioni del centro destra si regolano a corrente alternata.

Farmindustria, Federfarma, Confindustria ecc.. predicano il ritorno di un qualcosa, vogliamo chiamarlo obolo per non arare sempre il campo dell'esterofilia, ma anche qui abbiamo sempre e solo dissonanze. La spesa farmaceutica è scesa del 9,2%, il numero di ricette è però aumentato. Fu vera gloria o (Dio, come tifo per questa tesi!) le accuse di iper-prescrizioni con punizioni, roteanti gatti a nove code, fucilazioni alla schiena o impiccagioni varie hanno fatto paura agli onesti, fatto ridere i disonesti, fatto dimenticare l'appropriatezza prescrittiva con il risultato, eclatante ma ottenuto, forse, sulla pelle dei cittadini, che le prescrizioni sono diminuite. Ed allora? Si rivaluta a piene mani la medicina difensiva? Chissà! Un coro di sì, quindi, al ritorno, e la cosa sa tanto della modernizzazione della parabola del figliol prodigo con l'uccisione del vitello grasso, come stiamo vedendo, dei tickets, ma anche con mille collateralità piene di quelle voci cui il ticket non dovrebbe essere applicato. No per i farmaci fuori brevetto, no ai generici, no agli anziani, no ai poveri, no ai

cronici, sino a quando si otterrà che il consumo dei farmaci si sposti, e la cosa sta già avvenendo, verso i farmaci più innovativi e costosi. Guarda combinazione, l'Assessore regionale alla Sanità della Toscana lo ha già detto. Si è anche affermato che il ticket è un fenomeno europeo, ma tutte queste cose contano sino ad un certo punto: la cosa bella è che la spesa scende di circa il 10% per cui si elevino inni al Signore perché ancora una volta l'economia vince sulla sanità che da ora, sia come sigla di ministero sia come ricordo di ciò che dovrebbe essere tutelato, si chiama salute.

Nel frattempo qui da noi, nell'impossibilità che nessuno di noi possa diventare Fabio Testi, Pappalardo, la Ruta o la Russo e tanto meno la Campania essere l'isola dei vip, si avvicina ottobre e si sente già l'acre fumo delle cose che non vanno. Torneranno i farmacisti a distribuire le medicine a pagamento? E se la cosa viene reclamizzata tanti giorni prima i nostri cari amici non aumenteranno i crediti, visto che gli studi dei medici rigurgiteranno di persone che vorranno rifornirsi di quelle medicine, per loro pane e cura? E se nel contempo si fermassero i gabinetti per le dialisi? O per le analisi, o per gli esami cardiaci, o per quant'altro mai? E se si bloccassero i ricoveri per le case di cura private? E se venissero licenziati quei dipendenti? Dio quanti se, anche se per risolvere il tutto, di se ne basterebbe uno: e se la regione pagasse chi deve pagare? La difficoltà sta nella facilità della risoluzione.

E' pronto il nuovo piano ospedaliero, vanno bene cinque posti letto ogni mille abitanti, va benissimo il potenziamento delle cure riabilitative, va bene migliorare il sistema informativo deficitario, per ricordare una sola cosa, quella cioè che l'informazione avrebbe dovuto essere totale almeno per una cosa: l'accettazione delle note CUF per ogni categoria sanitaria.

Forse per mantenere più allegra la compagnia ci sollazziamo sapendo che le donne ora vogliono il seno piccolo, che la migliore ricerca la si attua sui problemi dell'erezione, che il nostro Girolamo si batte contro l'obesità, si sostituisce ai cuochi televisivi per ridurre le porzioni ed i carboidrati, che il duo Sirchia-Veronesi si batte bene contro il tumore del seno, che i cani la fanno da padrone e, ritornando alla primiera posizione, hanno proibito al medico di trovare spazio sui giornali nel caso fosse lui a morderlo. Manco a dirlo, per le nomine dei manager alle ASL ne abbiamo viste di tutti i colori, ma il GIP afferma categorico che non vi è nessun rilievo penale.

Dopo quanto visto ad Avellino, ho odiato il calcio e sapete che lo adoro. Sto pensando che vista le secessione di cui ancora si parla, l'ampolla con l'acqua del Po, le divagazioni berlusconiane, ciò che avviene in Iraq, con l'aggiunta di un islamico che nella prima elementare frequentata dal figlio ottiene il quadro di Allah posto vicino al Cristo, aspetto che ai delinquenti del Partenio, perché no, venga data la medaglia d'oro in attesa di una laurea honoris causa per meriti di particolare schifezza.

Avrete notato che ho divagato su vari temi per scientemente dimenticare errori medici, pensioni lontane, pari opportunità, farmacovigilanza, e quei mille problemi che attanagliano la classe facendo, con il loro numero, di un rigagnolo un fiume. Ed in questo fiume nuotano mille altre collateralità, tutte da risolvere od almeno risolvere od almeno da trattare: clonazione, eutanasia, cellule staminali, bioetica, medicine non convenzionali, malattie rare, leggi in attesa, fecondazione artificiale, limite tra etica e scienza, codice deontologico che quest'anno festeggerà i suoi cento anni, portati benissimo se è vero che riesce ad essere legge anche quando quella vera non c'è.

Come se non bastasse, si aggiungano porcheriole spicciole tipo commissariamenti di sezioni sindacali che operano per il meglio, meglio, a dimostrazione che nella democrazia, per dirla alla Falstaff, vi è dell' "aria che vola".

Poi mi ritrovo a pensare a quanto disse un grande illuminista francese: "Il n'y a pas des maladies. Il y a des malades". E felice, mi sovvegno del rapporto medico-malato.

L'unica cosa seria in un mare di nequizie.

E' pronto il nuovo piano ospedaliero, vanno bene cinque posti letto ogni mille abitanti, va benissimo il potenziamento delle cure riabilitative, va bene migliorare il sistema informativo deficitario, per ricordare una sola cosa, quella cioè che l'informazione avrebbe dovuto essere totale almeno per una cosa: l'accettazione delle note CUF per ogni categoria sanitaria.

Accordo tra la Regione Campania e la Guardia di Finanza contro i medici di famiglia

Tempestivo intervento del Presidente per la tutela dei medici e dei pazienti

*Il. mo On. Antonio Bassolino
Presidente Giunta Regionale
Campania*

Illustre Governatore, anche se la notizia non ha avuto sulla stampa particolare risalto il 3 settembre u.s. è stato sottoscritto un accordo tra Lei, nella Sua qualità di Governatore della Campania, con l'ovvio consenso dell'Assessore Regionale alla Sanità Prof. Rosalba Tufano, ed il Comandante Regionale della Guardia di Finanza nella previsione che la Regione possa fornire alla Polizia Tributaria elementi idonei a consentire l'individuazione di irregolarità più o meno patenti nel campo dei medici di famiglia. Sento la necessità di chiarire che sia nella mia qualità di Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Napoli che in quella di Presidente Nazionale non ho mai pensato di difendere colpevoli provatamente tali e giammai lo farei e, con me tutti i Presidenti degli Ordini Italiani.

Ho saputo anche che lo stesso accordo è stato sottoscritto, purtroppo, in Puglia e Basilicata. A me pare che posizioni così estreme con le quali, magari su ipotesi di colpevolezza, le Fiamme Gialle, cui va il mio grazie per i compiti che egregiamente compiono, possano entrare negli ambulatori dei medici, quelli di famiglia in particolare, sembra onestamente troppo. Le sarò grato se vorrà considerare come, dopo la denuncia dei 91 medici accusati di iperprescrizione, la cosa si sia di fatto svuotata con l'aggiunta che, con la firma di un non eccelso accordo integrativo regionale per i medici di medicina generale, l'appropriatezza prescrittiva, vantatissima dalle parti, rappresentava di quell'accordo la punta di diamante. Cosa vuole quindi significare quest'accoppiata che potrebbe sembrare anti medico

?L'individuazione a priori nel medico del colpevole di tutti i guai della Sanità? Significa, forse, voler creare una turbativa nel rapporto medico malato, aumentando una assurda sudditanza psicologica del sanitario verso il suo paziente che potrebbe vederlo come un interessato alle prescrizioni ed alla richiesta di accertamenti? Decaduto il decreto antitruffa, e Dio solo sa quanto bene abbia fatto il Ministro Sirchia a cancellarlo, apriamo ancora la porta del sospetto e della cattiveria sempre e solo contro una categoria di Sanitari che è la più gradita dai cittadini? E questo accordo, On Bassolino, è stato sottoscritto solo da Lei e dal rappresentante della Finanza o è stato accettato anche dalle componenti mediche, sindacati compresi? Perché su certi fatti eclatanti gli Ordini, cioè chi per legge è tenuto alla tutela della deontologia, non vengono

almeno ascoltati?

Mi auguro di tutto cuore che non Le sfugga il fatto che episodi di totale fisiologia come quelli che consentono indagini alla Guardia di Finanza in caso di sospetti e gravi inadempienze, se "regolati" addirittura da un accordo, serviranno solo a spaventare i medici onesti, che sono la gran parte, facendo instaurare quella "medicina difensiva" tutto a discapito del paziente. O il tentativo di degradare la figura del medico facendolo apparire come il primo da accusare dovrebbe servire a mascherare lo sfacelo della Sanità in Campania?

Mi permetta, quindi, di dissentire in maniera forte da un accordo immeritato per una categoria, quella che rappresento, sicuramente meritevole. Cordialmente

*Il Presidente
Giuseppe Del Barone*

Corso biennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2001/2003

Pervengono allo scrivente, da parte di medici discenti del Corso Biennale di Formazione in Medicina Generale 2001/2003, richieste di anticipare il termine delle attività formative.

A tal proposito, sentito per le vie brevi il Ministero della Salute, si precisa che l'art. 3 del Decreto Legislativo n. 168 del 7 giugno 2000, pubblicato sulla G.U. n. 144 del 22/06/2000, introduce il comma 8-bis all'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni.

Tale articolo 8-bis recita che **"I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionale. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione della graduatoria regionale"**.

Un qualificante corso organizzato dall'Ordine dei Medici in collaborazione con la Seconda Università di Napoli e l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1

Corso di Aggiornamento in Ematologia "Vincenzo Ammaturo"



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi di Napoli in collaborazione con la Seconda Università di Napoli e l'Azienda Sanitaria Locale Na 1 organizza presso la propria sede in Largo Torretta, 9 a Napoli un Corso di Aggiornamento in Ematologia in memoria del Prof. Vincenzo Ammaturo.

Presidente del Corso
Giuseppe Del Barone

Direttori del Corso
Corrado Perricone,
Angelo Tirelli,
Bruno Zuccarelli

Comitato d'onore
Saverio Annunziata
Raimondo Bianco
Salvatore Cicale
Elena Capriola
Vincenzo Del Vecchio
Antonio De Falco
Ottavio Delfino
Luigi De Lucia
Mario Donisi
Umberto Esposito
Antonio Grella
Mario Iovane
Carlo Melchionna
Santo Monastra
Angelo Montemarano

Mauro Muto
Gabriele Peperoni
Francesco Raia
Francesco Rossi
Giovanni Russo
Luigi Sparano
Maria Triassi
Franco Verde
Umberto Zito

ISCRIZIONI

La partecipazione al corso è gratuita. Il numero massimo dei partecipanti non dovrà superare le 120 unità. 60 posti saranno riservati a medici che hanno comprovata esperienza in Ematologia, Emostasi e Trombosi e Medicina Trasfusionale.

Le domande di iscrizione, con allegato curriculum vitae, devono pervenire entro e non oltre il 25 ottobre 2003 presso la Segreteria Organizzativa PROMOIDEA Srl. La selezione delle domande sarà effettuata dai direttori del corso sulla base del curriculum (obbligatorio) e della data di presentazione.

Gli attestati giornalieri potranno essere rilasciati, alla fine di ciascuna giornata del corso. Gli attestati finali, con l'indicazione dei crediti E.C.M. saranno rilasciati dopo la conclusione del corso.

E.C.M.

E' stata inoltrata al Ministero richiesta di accreditamento dell'evento ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi.

La registrazione delle presenze verrà effettuata con schede distribuite dalla segreteria. Le firme verranno depositate dai partecipanti in segreteria, ad ogni ingresso ed uscita. Per il rilascio dell'attestato finale con menzione dei crediti formativi E.C.M. la presenza del corso dovrà essere del 100% e le risposte corrette dovranno non essere inferiori al 60% delle domande presenti nel questionario di verifica di apprendimento.

INFORMAZIONI GENERALI

OBIETTIVI DEL CORSO

Miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza in Ematologia. Linee guida sull'uso degli emocomponenti ed emoderivati con il miglioramento della loro sicurezza e qualità.

Miglioramento della diagnosi e terapia delle malattie emorragiche e trombotiche.

IL CORSO PREVEDE

Test di ammissione (pre-test): 20

domande a risposta multipla.
6 incontri, per complessive 35 ore,
articolati in 5 moduli didattici e
una lettura magistrale.

Lezioni frontali, dibattito, presenta-
zione dei problemi in seduta plena-
ria, valutazione del corso e delle
performance dei docenti.

Test di valutazione finale (post-test):
20 domande a risposta multipla.

Sono altresì previste:

- Pausa a metà mattina di 15'
- Pausa a fine mattina di 40'
- Dibattito: 60'

PROGRAMMA

Giovedì, 6 novembre 2003

Ore: 17.00: Saluto del Presidente
della FNOMCeO, On. Giuseppe Del
Barone

Saluto delle Autorità

Ricordo di un amico: «Vincenzo
Ammaturo» - Aldo De Francesco

Inaugurazione del Corso

Lettura Magistrale

Leucemie acute: stato dell'arte - Ser-
gio Amadori (Roma)

I MODULO DI DIDATTICA FORMALE ONCOEMATOLOGIA

Venerdì, 7 Novembre 2003

Ore 9:00: Moderatore: Sergio Ama-
dori (Roma)

Sindromi mielodisplastiche
Felicetto Ferrara (Napoli)

Leucemia mieloide cronica
Bruno Rotoli (Napoli)

Sindromi proliferative: policitemia,
trombocitemia, mielofibrosi
Eustachio Miraglia (Napoli)

Leucemia linfatica cronica
Giacomo Lucivero (Napoli)

Cardiotossicità da Antraciclina
Paolo Indolfi (Napoli)

II MODULO DI DIDATTICA FORMALE ONCOEMATOLOGIA

Venerdì, 14 Novembre 2003

Ore 9:00: Moderatore: Bruno Bizzi
(Roma)

Ontogenesi e differenziazione linfo-

citaria. Malattie linfoproliferative
Enzo Fagiolo (Roma)

Mieloma
Antonio Pinto (Napoli)

Gammopatie monoclonali di incer-
to significato: MGUS
Salvatore Guastafierro (Napoli)

Linfoma di Hodgkin
Ettore Volpe (Avellino)

Linfomi non Hodgkin
Antonio Abbadessa (Napoli)

III MODULO DI DIDATTICA FORMALE ANEMIE

Venerdì, 21 Novembre 2003

Ore 9:00: Moderatore: Angelo Tirel-
li (Napoli)

Anemie sideropeniche
Renato Cimino (Napoli)

Anemie emolitiche congenite
Bruno Nobili, Silverio Perrotta (Napoli)

Anemie immunoemolitiche
Bartolomeo Farzati (Napoli)

Anemie postchemioterapiche
Lucia Mastrullo (Napoli)

Sindromi talassemiche: diagnosi e
terapia
Luciano Pinto (Napoli)

IV MODULO DI DIDATTICA FORMALE EMOSTASI E TROMBOSI

Venerdì, 28 Novembre 2003

Ore 9:00: Moderatore: Corrado Per-
ricone (Napoli)

Basi molecolari dell'emostasi
Franco Salvatore (Napoli)

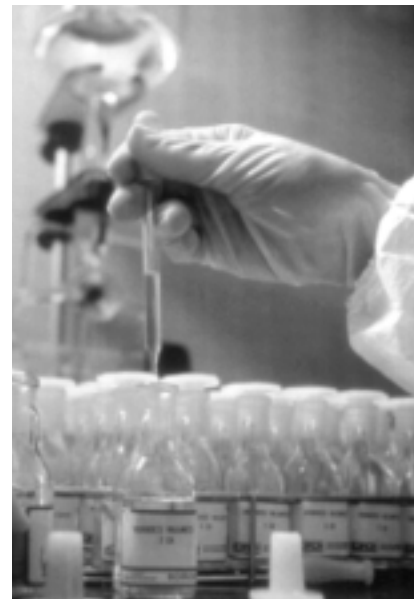
Fisiopatologia dell'emostasi
Domenico De Lucia (Napoli)

Inquadramento e diagnosi delle
malattie emorragiche
Maria Rosaria Lupone (Napoli)

Tromboembolismo venoso in medi-
cina (T.E.V.)

Giovanni Di Minno (Napoli)

C.I.D.
Angelo Tirelli (Napoli)



V MODULO DI DIDATTICA FORMALE MEDICINA TRASFUSIONALE

Venerdì, 5 dicembre 2003

Ore: 9,00: Moderatore: Salvatore
Formisano (Napoli)

Linee guida all'uso dei globuli rossi
Elio Picardi (Napoli)

Linee guida all'uso del plasma, dei
plasmaderivati e delle piastrine
Pietro Bevilacqua (Napoli)

Cellule staminali emopoietiche:
potenziali applicazioni cliniche
Anna Canazio (Napoli)

Rischi trasfusionali
Domenico Ronga (Napoli)

Aspetti medico - legali della trasfu-
sione: responsabilità del medico
Bruno Zuccarelli (Napoli)

Distribuzione del questionario per
la valutazione dell'apprendimento
e del gradimento del corso.

Conclusioni

Segreteria Scientifica e Segreteria Organizzativa

PROMOIDEA SRL

Vico delle Fiorentine a Chiaia, 9
80122 Napoli

Tel.+39081664336; 081665615

Fax 081668876

E-mail: info@bwpromoidea.com

web: www.bwpromoidea.com

*Al via le procedure per l'attivazione della Convenzione Ordine dei Medici- S.U.N
Per la selezione di 150 medici tutori per il tirocinio professionalizzante
in medicina generale per gli studenti dell'ultimo biennio della Facoltà di Medicina*

Bando di selezione per medici di medicina generale per la copertura di n° 150 tutori destinati ad attività di tirocinio professionalizzante in medicina generale per gli studenti iscritti al V e VI anno di corso di laurea in medicina e chirurgia presso la Seconda Università di Napoli

VISTO il Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 28.11.2000 avente in oggetto: "Determinazione delle classi delle lauree universitarie specialistiche" pubblicato sul supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 23.1.2001 n° 18;

VISTA la Convenzione tra la Seconda Università di Napoli e l'Ordine dei Medici di Napoli, avente per oggetto l'attività di tirocinio professionalizzante da svolgersi presso gli studi dei Medici di Medicina generale

PREMESSO che i medici individuati per lo svolgimento della funzione di "tutore", ai sensi della citata convenzione, sono tenuti a frequentare un seminario sulla metodologia da seguire per lo svolgimento dell'attività di formazione in campo sia universitario che extrauniversitario;

PRESO ATTO che a seguito di stipula di convenzione fra la Seconda Università e l'Ordine dei Medici di Napoli si è provveduto all'individuazione dei criteri relativi all'organizzazione dei citati seminari formulando un definitivo parere positivo riguardo la congruità della proposta formativa ;

CONSIDERATO che a seguito della citata Convenzione è stata individuata quale organismo qualificato nello svolgimento del percorso individuativo e formativo dei tutori apposita Commissione mista presieduta dal Presidente del Consiglio di Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia (classe 46/S) , da un componente di nomina dell'Ateneo suddetto e da numero due componenti di Medicina Generale a nomina dell'Ordine firmatario la Convenzione in oggetto

CONSIDERATO che ai sensi della stipula della Convenzione sono considerati requisiti fondamentali per la partecipazione alla selezione per Medici tutori quelli di cui all'allegato A del presente Bando:

D E T E R M I N A

- di procedere alla individuazione dei tutori di Medicina Generale del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia , di cui al Decreto n. 18 del 23.1.2001 del M.U.R.S.T., secondo le modalità ed i criteri fissati nella Convenzione sottoscritta fra Seconda Università di Napoli e Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di Napoli
- 1. i medici interessati all'inserimento nell'elenco dei tutori del Corso di cui al presente Bando, devono produrre apposita istanza, entro il 30 novembre 2003. Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino dell'Ordine dei Medici di Napoli, secondo lo schema allegato, che dovrà essere riempito in ogni sua parte;
- 2. l'istanza dovrà essere inviata a mezzo Raccomandata A.R. al seguente indirizzo: Al Presidente del Consiglio di Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia , Seconda Università degli Studi di Napoli, Via Costantinopoli, 104 - 80138 Napoli
- 3. gli elenchi dei medici interessati saranno sottoposti alla valutazione della Commissione Mista di cui all'articolo 2 della Convenzione;
- 4. con successivo provvedimento si procederà alla pubblicazione degli elenchi;
- la presente determinazione viene notificata ai Presidenti degli Ordini dei Medici delle Province della Campania, perché ne sia assicurata la massima diffusione;
- la presente determinazione viene, altresì, inviata alla Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università di Napoli

Prof. Francesco Rossi

*Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia
Seconda Università degli Studi di Napoli*

On. Dott. Del Barone

*(Presidente Ordine dei Medici-Chirurghi
e Odontoiatri di Napoli)*

**FAC-SIMILE DI DOMANDA PER INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI MEDICI TUTORI DI MEDICINA GENERALE
(ALLEGATO A)**

ALL' ORDINE DEI MEDICI DI NAPOLI
e p.c. Seconda Università di Napoli- Facoltà di Medicina e Chirurgia

Cognome..... Nome.....

Sede dello studio: Città..... Prov.....

Telefono studio..... Telefono abitazione..... Fax.....

e-mail..... Segreteria telefonica SI NO

- Attività esclusiva di medico di medicina generale SI NO

- Altre attività (convenzioni, rapporto di dipendenza...) SI NO

se SI, specificare.....

Anno di inizio dell'attività come MMG convenzionato con il SSN.....

A.S.L. Distretto..... N.ro codice reg.

2. Numero di pazienti in carico: fino a 750 - 750-1000 >1000

3. In possesso del titolo di Animatore di Formazione SI NO

4. In possesso del titolo di Tutor di m.g. SI NO

5. Frequenza di precedenti Corsi per Tutor di MG SI NO

6. Attività ed esperienza nel campo della Formazione:

- presenza come docente/animatore in corsi per m.g. totale..... ore

- presenza come docente/animatore in corsi per studenti totale..... ore

- presenza come docente/animatore in corsi per personale paramedico totale..... ore

7. Precedente attività tutoriale SI NO

(specificare periodi).....

8. Frequenza negli ultimi 2 anni a:

- corsi di aggiornamento..... (ore totali)

- relatore a Congressi..... (N.ro interventi)

- frequenza di Congressi..... (N.ro congressi)

9. Articoli scritti per riviste di medicina generale (allegare elenco)

10. Testi di medicina generale redatti (elencare)

11. Sistema di raccolta dati (cartelle cliniche) Cartaceo Computer

12. Numero ore settimanali di apertura dello studio ai pazienti per il SSN.....

13. Disponibilità di una o più sale visita oltre alla propria ed alla sala d'aspetto SI NO

14. Presenza in studio di piccola biblioteca di libri e riviste di MC SI NO

15. Personale di segreteria operante in studio SI NO

16. Personale paramedico operante in studio SI NO

17. Attività di Medicina di gruppo o in associazione SI NO

18. Elenco delle attrezzature di studio (elenco allegato)

Dichiaro la mia disponibilità e intenzione a:

o fare il tutor di medicina generale SI NO

* tenere Seminari SI NO

Dichiaro di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui si va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e di essere a conoscenza che la pubblica amministrazione ed i suoi dipendenti sono esenti da ogni responsabilità per gli atti emanati in conseguenza di dichiarazioni false o di falsi documenti. Le dichiarazioni false ovvero la falsità dei documenti comportano la responsabilità del dichiarante ai sensi delle norme penali. Autorizzo, altresì, il trattamento dei dati personali nel rispetto della Legge n. 675/1996.

Data

Firma.....

Si allega fotocopia del documento d'identità.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLO STUDIO DEL MEDICO GENERALE TUTOR
Allegato B alla domanda per l'inserimento nell'elenco dei medici tutori di Medicina Generale

Dott.:

Organizzazione generale ottimale per un ambulatorio di insegnamento

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Ore settimanali di apertura dello studio..... | | |
| - Disponibilità di una stanza di consultazione, oltre al proprio studio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Piccola biblioteca (libri e riviste) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Presenza in studio di personale non medico | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - telefono e segreteria telefonica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - telefax | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - fotopiatrice | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - attività professionale svolta in forma di "medicina di gruppo"
o in associazione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - attività professionale gestita "per appuntamento" | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Attrezzature "di base" per un ambulatorio di insegnamento

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - steto-fonendoscopi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - sfigmomanometri | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - torcia elettrica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - abbassalingua monouso | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - martelletto per i riflessi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - metro a nastro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - altimetro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - bilancia pesa persone | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - diafanoscopio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - guanti monouso per esplorazione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - guanti sterili | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - gel lubrificante | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - strumentario chirurgico idoneo per medicazioni | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - oto-rinoscopio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - schizzettone | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - tavola optometria | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - strumentario adatto per piccoli interventi chirurgici | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - speculum vaginale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - diapason 512Hz | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - peak-flow meter | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - glucometro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - strisce reattive per esame urine | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Attrezzature ottimali per un ambulatorio di insegnamento (opzionali)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - oftalmoscopio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - specchietto per laringoscopia indiretta | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - elettrocardiografo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - apparecchio per analisi chimico-cliniche | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - microscopio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - audiometro portatile | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - minidoppler | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - spatole, vetrini e fissatore per Pap-tcst | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - anoscopio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - rettoscopio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - spirometro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - ecografo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - collegamento ad Internet | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Data,.....

Firma.....

In riferimento alla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del bando di concorso per il triennio di formazione specifica in Medicina Generale

A 'i Presidenti degli Ordini Provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.
Ai Presidenti delle Commissioni per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri

Roma 19.settembre 2003

Facciamo seguito alla nostra precedente comunicazione n. 83 del 16 settembre u.s. per informarvi che il Ministero della Salute, contrariamente a quanto dallo stesso in precedenza comunicato, ha reso noto, in data odierna, che il bando di concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale non sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale di venerdì 19 settembre, bensì su quella di martedì 23 settembre 2003, n. 74 (Serie IV speciale - Concorsi ed esami).

Con i più cordiali saluti

Giuseppe Del Barone

(n.d.r.) il testo è chiaro. Aggiungo che le domande potranno essere accettate sino al 23 ottobre, che gli esami dovrebbero farsi il 27 novembre e che i posti per la Campania saranno 150.

(G.d.B.)

Avviso ai medici operanti nel comune di S. Giorgio a Cremano

Riceviamo e pubblichiamo:

Si rende noto che con disposizione n. 27640 del 25.7.2003, il Sindaco di San Giorgio a Cremano ha delegato il Coordinatore del Servizio Assistenza Farmaceutica dell' A.S.L. NA5 alla vidimazione ed al controllo del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, detenuto da tutti gli operatori del territorio di questo Comune a ciò abilitati per legge. Di tanto codesti Ordini Professionali vorranno dare cortese comunicazione a tutti gli iscritti del territorio di questo Comune, notiziandoli in merito alle disposizioni che disciplinano la tenuta di detti registri.

Cordiali Saluti

SanGiorgio a Cremano, 28 luglio 2003

Dott. Luigi Suarato

Finalmente liquidata la prima annualità delle Borse di studio per i formandi in Medicina Generale - biennio 2001-2003



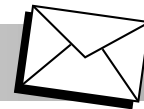
Si comunica che con decreto dirigenziale n. 557 del 13.8.2003 dell'A.G.C. Piano Sanitario Regionale, si è proceduto alla liquidazione alle A.A. S.S. L.L. della Campania della prima annualità delle Borse di Studio per i Medici frequentanti

il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale - Biennio 2001-2003

*Il Dirigente del Settore
Dott. Francesco P. Iannuzzi*



Lettere all'Ordine



Caro Presidente,
 In un momento politico in cui ognuno si arroga il diritto di interpretare, modificare, gestire le regole del gioco secondo proprie desiderata, fino a legiferare a tal fine, Ti vorrei far notare quanto segue, nella speranza che la Tua Voce possa tuonare risvegliando l'attenzione di tutte le categorie di lavoratori e non solo quella dei medici.

Nello specifico:

a pagina 6 del SOLE 24 Ore Sanità anno VI n. 35 del 16-22 settembre 2003 si legge che manca il solo VIA LIBERA del Consiglio dei Ministri alla direttiva del Comitato di Settore alla SISAC.

Ancora più nello specifico :

" gli aumenti per i rinnovi con-



Un interrogativo legittimo sugli aspetti dei rinnovi contrattuali

trattuali, calcolati, sull'intero compenso, vanno a incrementare solo le quote " B" e " C" e cioè le quote riferite al singolo medico o a gruppi di medici per il raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi concordati a livello aziendale e regionale (B) e le quote riferite al volume e al tipo dei servizi erogati dal singolo o dal gruppo di medici (C).

Le Quote "B" e "C" suddette, che rappresentano il 30% del compenso totale, decise a livello regionale o aziendale, sono dunque l'unica voce variabile che può subire aumenti contrattuali.

Le disposizioni di queste linee generali si estendono alle conven-

zioni con altre categorie non mediche di operatori professionali.

Che cosa succederebbe se ad operatori professionali quali i metalmeccanici o gli autotrasportatori, si proponesse un aumento contrattuale riferito e limitato alle sole voci che costituiscono il 30% dello stipendio e che fosse considerato solo nel caso in cui i lavoratori facessero risparmiare energia o benzina nello svolgimento del proprio lavoro alla Dirigenza?

Ti ringrazio per l'attenzione che vorrai porre a questa mia e Ti porgo i miei più cordiali saluti.

Giannando Masala
 Fiduciario F.I.M.M.G.
 Asl Napoli 1 Distretto 47

(n.d.r.) L'amico Masala, nel suo scritto, rappresenta ciò che i medici italiani pensano e non da un giorno. Non sono mai stato un prudente, ma questa volta voglio esserlo e consigliare a me ed a tutti di attendere la finanziaria in una posizione di pace armata. Se penso alle promesse inevase del DPEF sarei costretto a pensare al peggio, ma mi rifaccio al latino e quindi a " spes ultima dea". Giuste le considerazioni su lavoratori, autotrasportatori etc, ma quando i medici tutti, hanno saputo dare risposte acutissime? In verità non lo ricordo bene. Ovviamente, per quanto mi riguarda, metterò tutto me stesso a disposizione delle cose che vorremmo. Tremonti permettendo !!!

(G.d.B)

Vittoria elettorale contro il commissariamento

Si sono regolarmente svolte nei giorni 26 e 27 settembre le elezioni per il rinnovo delle cariche della sezione provinciale della F.I.M.M.G.; l'affluenza è stata travolgente.

In gioco, stavolta, non era soltanto il rinnovo, ma lo stesso meccanismo elettorale, in quanto la sezione napoletana, ingiustamente aveva subito l'imposizione da parte della segreteria nazionale del Commissariamento non motivato da alcuna logica statutaria.

A tale situazione, che di fatto tendeva a bloccare la vita democratica del sindacato napoletano, i componenti l'esecutivo avevano opposto ricorso giudiziario, nel mentre chiedevano alla base di esprimersi col voto non solo nel confermare o meno l'attuale direttivo, ma anche di dare una risposta ferma e decisa contro questa illogica manovra nazionale.

La base degli iscritti, di fatto, con la sua affluenza record ha massicciamente respinto qualunque ipotesi di commissariamento ed ha rinnovato in serena democraticità i propri organi rappresentativi e statutari.

Uno studio storico e prospettico su una figura professionale di grande rilievo

Il medico competente: prima e dopo la clinica

di FRANCESCO GAZZERO*

Medico Competente? Chi è mai costui.

Per dare a me stesso una risposta tranquillizzante consentitemi un brevissimo excursus delle umane vicende da cui è nata questa ancora oggi poco considerata figura professionale.

Le antiche Civiltà, compresa quella romana, consideravano il lavoro "attività indegna e degradante per l'uomo libero".

Plutarco criticava anche il sommo Fidia "perché uno scultore usa martello e scalpelli coprendosi di polvere e di sudore".

Senofonte riteneva che "il lavoro manuale abbruttiva il corpo e degenerava l'anima".

Ippocrate, più "moderno" e più vicino alla realtà della vita pratica, citava i disagi ed i danni alla salute dei "fullones" o tintori della lana, ma raramente trattava del lavoro e delle sue conseguenze patologiche.

Seguirono molti secoli in cui il lavoro dell'uomo, pur nello sviluppo delle tecnologie con la scoperta di innumerevoli sistemi volti ad alleviare la fatica (mulini ad acqua, frantoi, torni, etc.) non stimolò alcuna considerazione sulle patologie o sui danni che derivavano dal lavoro.

Bisognò attendere il XVI° secolo perché prima Georgius Agricola e poi il Paracelso si interessassero rispettivamente del lavoro in miniera, con descrizione fedele di casi di silicosi, silico tubercolosi e forme di neoplasie polmonari, e della lavorazione dei metalli e il danno da essi prodotto.

Nel XVII° secolo Bernardino Ramazzini con il suo "De Morbis artificum diatriba" finalmente dà una impronta scientifica allo studio delle patologie da

L'istituzione di un servizio medico in azienda fu prevista per la prima volta in Italia nel 1927 quando, con R.D. 14 aprile 27 n° 530 fu approvato il Regolamento Generale per l'Igiene del Lavoro



lavoro sottolineando, con estrema lungimiranza, l'importanza della prevenzione.

Ma veniamo ai giorni nostri... o meglio al secolo scorso.

L'istituzione di un servizio medico in Azienda fu prevista per la prima volta in Italia nel 1927 quando, con R.D. 14 aprile 27 n°530 fu approvato il Regolamento Generale per l'Igiene del Lavoro che agli Art. 6 e 7 affidava ad un non meglio identificato Medico di fabbrica l'esecuzione di visite obbligatorie preventive e periodiche per l'accertamento dello stato fisico dei lavoratori impiegati nelle lavorazioni industriali nelle quali "si producono e si adoperano sostanze tossiche o infettante. Le Aziende inoltre erano obbligate ad esporre un cartello "ben visibile" con il nome ed il recapito del Medico cui rivolgersi in caso di necessità nonché l'indicazione del posto pubblico di pronto soccorso più vicino.

Le disposizioni del R.D. furono riprese nel D.P.R. 303/56 "Norme generali per l'igiene del lavoro" e nelle altre norme speciali di Igiene del lavoro (lavori in sotterraneo, cassoni, impianti nucleari, etc.) senza però mai esplicitare l'obbligo di un vero e proprio servizio di Medicina del Lavoro in Azienda o della presenza in Azienda di un Medico.

Tuttavia, anche in assenza di un obbligo fissato dalla legislazione, molte Aziende organizzarono un Servizio di

Medicina del Lavoro al loro interno, o si affidarono a Servizi Interaziendali lì dove la presenza di un "polo industriale" ne consentiva l'istituzione con ovvii benefici economici per le Aziende con la ripartizione dei costi fra tutti gli utenti beneficiari del servizio.

Molte Aziende chiesero l'intervento dei Servizi Sanitari dell'ENPI (Ente Nazionale Prevenzione Infortuni) o di Istituti Universitari Autorizzati che con loro personale sanitario (medici ed infermieri) gestivano le Infermerie aziendali.

E' questo il periodo in cui i Medici che operavano presso le Industrie venivano definiti, con grande disprezzo, i Servizi del Padrone perché essendo retribuiti direttamente dal Datore di Lavoro si presumeva non potessero fare altro che seguire le... direttive del "Padrone" limitandosi al tanto deprecato "visitificio" che aveva il solo scopo di tenere le carte a posto secondo i dettami legislativi dell'epoca senza svolgere alcuna attività di prevenzione.

L'atmosfera culturale del momento non aveva alcuna considerazione della Medicina del Lavoro al punto che, chi ha vissuto quei momenti, ricorderà la sorpresa dell'interlocutore quando ci si presentava come Specialista in Medicina del Lavoro e la domanda:... "e che fate?" era quasi di rito. Anche le Organizzazioni Sindacali non nutrivano alcuna fiducia nei confronti di questo specialista al punto che, in alcune regioni particolarmente sindacalizzate, veniva suggerito ai lavoratori di non "aprirsi" troppo con il Medico di Fabbrica perché non si poteva sapere che uso poteva fare delle informazioni raccolte dai lavoratori.

E' anche questo il periodo in cui qualunque medico, anche privo di specializzazione o in possesso di qualsiasi specializzazione, poteva svolgere l'attività di Medico di Fabbrica, tanto biso-

* Consigliere nazionale e Segretario Regionale Campano A.N.M.A.

gnava fare delle visite (oltretutto a scadenze già prefissate), ed ogni medico era in grado di farle.

Nel D.P.R. 303/56 però compariva per la prima volta in assoluto la dizione di "medico competente" intendendo riferirsi evidentemente ad un medico che "masticasse" qualche nozione di patologie professionali e niente di più.

Oggi, a mio avviso, non molto è cambiato nell'atteggiamento di sufficienza nei confronti della Medicina del Lavoro come è dimostrato dal fatto che, in una leggina finalizzata alla soluzione del problema legato alla carenza di infermieri, si faceva passare un articolo, "il famigerato Art. 1 bis" che autorizzava medici specialisti di alcune altre branche a svolgere attività di Medico Competente. La legge, come si sa bene, è la L. N° 1 dell'8 gennaio 2002 che, ad ulteriore conferma di quanto dicevo dianzi, non prevedeva né nell'immediato né nel futuro corsi di formazione specifica, specie in questo periodo in cui un Corso di Formazione non si nega a nessuno.

Nel 1991 il D.Leg. 277 introduce per la prima volta alcune novità sostanziali e cioè: interventi di Prevenzione e di Sorveglianza Sanitaria delegati al Medico Competente, interventi che prevedono tra l'altro "competenza, autonomia ed operatività" di queste figure professionali precisandone "compiti, doveri e comportamenti".

Con il D.Leg. 626/94 così come modificato ed integrato dal D.Leg. 242/96, viene ridefinita la figura professionale del Medico Competente, anche se l'inserimento di Specialisti in altre branche della Medicina (L. 1 dell'8.1.02) lascia spazio a tante perplessità e considerazioni che non è questa la sede di approfondire. Valga per tutte però una osservazione per sottolineare che, mentre da un lato si richiede al M.C. una maggiore qualità dell'assistenza e un grosso impegno sulla tutela della salute dei lavoratori, specie sul terreno della prevenzione per una sempre maggiore integrazione a livello europeo, dall'altro si corre il rischio di una ulteriore dequalificazio-

ne della professione non essendo stata prevista, come si diceva, né in anticipo né contestualmente la modifica normativa dei percorsi formativi volti alla abilitazione all'esercizio delle funzioni di Medico Competente.

Entrando ora nello specifico argomento della conversazione è opportuno ricordare che nel D.Leg. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni, sono presenti almeno tre articoli di particolare interesse per il Medico Competente e più precisamente gli Artt. 15, 16 e 17.

Art. 15 - Pronto Soccorso

"Il Datore di Lavoro, tenendo conto della natura dell'attività e delle dimensioni dell'Azienda... sentito il Medico Competente... prende i provvedimenti necessari in materia di pronto soccorso e di assistenza medica di emergenza...".

E' implicito che nessuna altra figura professionale, tra quelle previste dalle norme vigenti, può collaborare con il Datore di Lavoro per consentirgli di ottemperare a questo obbligo.

Può sembrare cosa di facile attuazione, ma non è così perché non esiste un luogo di lavoro standard per cui una volta stabilito un qualche protocollo di intervento basta applicarlo a tutte le realtà.

Il Medico Competente deve suggerire al Datore di Lavoro di adeguare le strutture (infermeria, sala di medicazione, etc.), le attrezzature, i materiali, etc., alle dimensioni dell'Azienda, alla popolazione lavorativa, alle attività produttive dell'Azienda, alla natura dei materiali e delle materie prime adoperate, alla tipologia più frequente di infortunio, alla collocazione topografica dell'Azienda sul territorio, alla disponibilità o meno di personale qualificato o da qualificare e così via per cui anche questo intervento non può essere frutto di improvvisazione ma la ovvia conseguenza di una approfondita conoscenza dell'Azienda nel suo complesso, dell'organizzazione del lavoro, del layout dei posti di lavoro, dei rischi professionali valutati e non, etc.

Altro impegno del Medico Compe-

tente è quello di collaborare alla scelta dei dipendenti che dovranno essere incaricati della gestione delle emergenze, ivi comprese le emergenze sanitarie, e adoperarsi per l'addestramento di detto personale in particolare per quanto attiene ai Soccorritori Aziendali.

Sarà chiamato a valutare l'opportunità di fornire ai dipendenti cassette o pacchetti di medicazione distribuite nei vari reparti, verificare che il contenuto degli stessi sia a norma, che ci sia chi ne sostituisce il materiale man mano che viene adoperato, che il personale sia istruito all'uso, etc. e tutto ciò va ripetuto periodicamente così come periodicamente va ripetuta la formazione e l'informazione del personale.

Dovranno essere previsti, per il trasporto degli infortunati, appositi automezzi, l'attrezzatura degli stessi se necessario, stabilire punti di contatto con i posti di pronto soccorso distribuiti sul territorio a seconda delle prestazioni sanitarie di cui può necessitare l'infortunato e così via.

Art. 16 - Contenuto della Sorveglianza Sanitaria

E' l'articolo più ovvio per quanto attiene all'attività del Medico Competente e, se me lo consentite, non è oggi il più importante.

Prevede accertamenti preventivi intesi a costatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica (è opportuno precisare che questi accertamenti ed il successivo giudizio di idoneità specifica non sono utilizzabili in corso di visita preassuntiva per la quale bisogna esprimere giudizio di idoneità generica al fine di evitare discriminazione tra i lavoratori).

Accertamenti periodici per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Accertamenti periodici per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Consulenza tributaria

Si ricorda che ogni giovedì dalle ore 12,00 alle 14,00 presso la sede dell'Ordine un consulente in materia tributaria è a disposizione degli iscritti per chiarimenti e informazioni di natura fiscale.

Accertamenti di cui ai commi precedenti che comprendono esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal Medico competente.

Anche l'Art. 17 al punto i) del comma 2 prevede la possibilità di visite mediche richieste dal lavoratore purché correlate ai rischi professionali.

Le "indagini diagnostiche" ovviamente variano a seconda della esposizione e dei rischi valutati dal Medico Competente per la compilazione del Programma di Sorveglianza sanitaria.

Da questi accertamenti deve scaturire il giudizio di idoneità alla mansione specifica "basato sulla conoscenza scientifica e sulla competenza tecnica" e ciò presuppone ancora una volta una buona conoscenza delle attività aziendali, dei cicli tecnologici, delle mansioni dei singoli addetti, dei rischi individuali e collettivi, delle sostanze in uso, etc.

Per un eventuale giudizio di Non idoneità è previsto il ricorso dell'interessato alla ASL competente per territorio che, per il tramite di apposita commissione medica, può confermare o meno il giudizio di Non idoneità. Sono attualmente in corso una serie di iniziative perché sia concessa la possibilità di ricorso anche avverso i giudizi di Idoneità specifica alla mansione.

Con il D. Leg. 25/2002 sul rischio chimico sono state in pratica abolite la maggior parte delle periodicità stabilite dal D.P.R. 303/56 per cui anche la scelta della periodicità più adeguata per questo o quel rischio, per questo o quel lavoratore resta un impegno del medico Competente che certamente non può decidere sulla scorta di schemi mentali di carattere generico e/o generalizzato.

Valga per tutti un esempio: rischio CO. Egale rischio per un'officina meccanica dove si praticano prove di motori a scoppio e piano di colata di una acciaieria; concentrazioni del rischio pari almeno ad un rapporto di uno a mille; la conseguenza è una diversa periodicità dei controlli sanitari.

Non va sottovalutato un altro aspetto relativo alla esecuzione delle indagini complementari alle visite mediche.

Il Medico Competente ha la facoltà di avvalersi della collaborazione di specialisti di altre branche e/o di laboratori per esami chimico-clinici o tossicologici, etc. Una scelta oculata della affidabilità e delle capacità professionali dei singoli specialisti, nonché della serietà,

Art. 15 - Pronto Soccorso

Il datore di lavoro, tenendo conto della natura dell'attività e delle dimensioni dell'Azienda sentito il Medico Competente prende i provvedimenti necessari in materia di pronto soccorso e di assistenza medica di emergenza...

competenza e disponibilità strumentale delle strutture di supporto potrà far suggerire al Datore di Lavoro (cui compete la scelta e che ne sostiene gli oneri) l'orientamento più idoneo alla richiesta di collaborazione con professionisti e strutture di supporto al miglior livello possibile.

Art. 17 - Il Medico Competente

E' certamente l'articolo più qualificante per l'attività del medico competente perché indica tutte le fasi della vita aziendale in cui il Medico competente deve intervenire a conferma che non è solo un medico ma un Medico Competente (nel senso più completo della parola) per tutto quanto attiene alla vita dell'Azienda e della tutela della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro.

I compiti infatti sono tanti e tanto diversificati.

Il Medico Competente collabora con il Datore di Lavoro e con l'RSPP, sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione dell'Azienda .. e delle situazioni di rischio, alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori.

E' questo forse il compito più importante a cui è chiamato il Medico Competente. Non è più concepibile che il medico Competente si trovi a dover applicare quanto previsto nel Documento di valutazione del Rischio senza aver partecipato alla sua preparazione.

Al Medico Competente spetta, fra gli altri, il compito di suggerire tutti gli opportuni accorgimenti ad esempio per ridurre al minimo o addirittura per eliminare i rischi da micropoliesposizioni o da sensibilizzazioni, richiamare sempre l'attenzione sulla possibilità di un rischio "residuo" e/o evidenziare eventuali situazioni di rischio riferito a particolari attività quali potrebbero essere ad esempio la Movimentazione manuale dei Carichi o l'uso di Attrezzature munite di VDT.

Ed ancora, stabilire procedure per il personale a maggior rischio, ad esempio portatori di handicap, donne in

gravidanza o puerpere, soggetti molto giovani ed inesperti, soggetti anziani con eccessiva dimistichchezza con il rischio, personale stagionale, portatori di patologie croniche, e così via.

Da queste attività preliminari deve scaturire un Documento di Programma di Sorveglianza Sanitaria che sia "leggibile,

adeguato e motivato", dove siano esplicitate non solo le modalità di esecuzione della Sorveglianza Sanitaria ma anche e soprattutto riportate le motivazioni che hanno indotto il Medico Competente a prevedere quanto descritto nel documento, ad esempio scelta della periodicità dei controlli clinici e/o dei monitoraggi biologici, tempi e modalità dei controlli tossicologici, suggerimenti di natura ergonomica, di organizzazione del lavoro, etc. a sostegno delle proprie scelte e, quanto più dettagliato, preciso e circostanziato sarà il Programma di Sorveglianza Sanitaria tanto più facilmente si solleciterà il Datore di Lavoro a mettere in esecuzione il piano stesso con le ovvie, benefiche ricadute sulle attività di tutela della salute delegate al Medico Competente.

E' anche con queste cose che si guadagna la fiducia del Datore di Lavoro, dei suoi collaboratori e dei Lavoratori e si conquista quella autorevolezza che è la chiave di volta del rispetto per l'opera professionale del Medico Aziendale.

Come già si diceva, il Medico Competente effettua gli accertamenti sanitari di cui all'Art. 16, esprime i giudizi di idoneità e, ai sensi del punto d) dell'Art. 17 istituisce ed aggiorna una Cartella Sanitaria e di Rischio.

E' ovviamente quest'ultimo un documento molto importante perché riporta tutta la "storia" sanitaria e di rischio del Lavoratore. Non esiste ancora un modello formalizzato di Cartella Sanitaria per cui sarà buona norma evidenziare sul documento prescelto non solo la qualifica del lavoratore ma soprattutto la mansione ed i rischi che a tali mansioni sono connessi. In tal modo si avrà sempre sotto gli occhi la situazione occupazionale e di salute del soggetto, facilitando così anche il compito all'Organo di Vigilanza Medico che a volte (sempre meno spesso per fortuna) si trova a doversi districare in un guazzabuglio di informazioni non sempre di facile lettura.

Questi documenti sono comunque riservati che vanno conservati con gran cura e riservatezza, spesso affidati in

custodia fiduciaria al datore di Lavoro che però non può accedervi.

L'accesso al documento è consentito al lavoratore intestatario del documento stesso, al medico competente ed all'organo di vigilanza purché medico.

A volte, specie in grosse Aziende, il Medico Competente può avere bisogno di personale ausiliario che lo aiuti a compilare e tenere in ordine questa documentazione, ed in tal caso questo personale, in virtù di una sorta di trasferimento del Segreto Professionale è tenuto all'obbligo di riservatezza e segreto sulle informazioni di cui eventualmente è venuto a conoscenza.

Il Medico Competente deve inoltre predisporre ed aggiornare appositi registri, in cui elencare tutti gli esposti ad Agenti Cancerogeni, ad Agenti Biologici di gruppo 3 e 4, ed al Rumore se i livelli sonori superano i 90 dB (A).

Questi registri vanno aggiornati periodicamente e sono tenuti a disposizione della ASL di competenza territoriale, dell'ISPESL e dell'Organo di Vigilanza, nonché degli RLS degli RSPP e dei lavoratori interessati.

I lavoratori dovranno essere tenuti informati dal Medico Competente sul perché dei controlli sanitari cui sono sottoposti, sulla necessità delle indagini complementari alla visita medica, sulla opportunità o sulla necessità di sottoporsi a controlli sanitari anche dopo l'interruzione della esposizione a rischio o dopo la sospensione dell'attività lavorativa. Analoghe informazioni, sempre in forma anonima e collettiva, il Medico Competente dovrà fornirle ai Rappresentanti dei lavoratori per la Sicurezza.

Ogni singolo lavoratore poi dovrà essere informato dei risultati della sua Visita medica e dei suoi accertamenti complementari e, se lo richiede, gli dovrà essere rilasciata copia della sua documentazione sanitaria.

In occasione delle riunioni di Prevenzione e Protezione dai Rischi il Medico Competente comunica al Datore di Lavoro, all'RSPP, agli RLS i risultati anonimi, collettivi degli accertamenti clinici e strumentali e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati.

Con il RSPP visita gli ambienti di lavoro una o due volte l'anno (una volta l'anno per le Aziende artigiane e

industriali che occupano fino a 30 addetti e altre Aziende fino a 200 addetti) al fine di evidenziare eventuali modifiche intercorse nell'anno sia degli ambienti che delle apparecchiature, che dello strumentario, che delle condizioni igieniche ed ambientali (rumore, microclima, illuminazione), che delle postazioni di lavoro, che dell'organizzazione del lavoro, proponendo eventuali approfondimenti strumentali (se necessari) al fine di adeguare eventualmente, alla luce dei risultati ottenuti, il programma di Sorveglianza sanitaria.

Anche per la scelta dei Dispositivi di Protezione Individuali il Medico Competente non può lasciare esclusivamente ad altri questo compito. Dovrà collaborare in maniera intelligente e profes-

Solo chi si dedica a questa attività con umiltà e dedizione totale potrà essere in grado di assolvere a questi compiti, certamente gravosi, ma nel contempo ricchi di soddisfazioni professionali.



sionale nel senso che per ogni singolo dispositivo e se necessario per ogni gruppo omogeneo di lavoratori o anche per singoli lavoratori, dovrà suggerire i dispositivi che, al di là della indispensabile funzione di protezione, presentino i migliori requisiti di indossabilità, di tolleranza, di efficienza senza nel contempo creare difficoltà al soggetto o particolari impedimenti e che non rappresentino un ulteriore elemento di difficoltà nello svolgimento dei compiti attinenti a quella specifica mansione.

Buon ultimo, ma certamente non ultimo come impegno e come importanza di intervento, è il contributo che il Medico Competente deve dare alle attività di formazione ed informazione non solo per i lavoratori ma anche per i RLS e per certi versi anche per il RSPP e, perché no, per il Datore di Lavoro.

Ci sono materie ed argomenti di cui solo il Medico Competente è in grado di discutere non per sentito dire ma conoscenza diretta e per competenza

professionale ed è giusto che di queste peculiari conoscenze ne faccia partecipi tutti gli interessati per ovvie finalità di tutela della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro suggerendo le "modalità individuali e collettive per evitare o ridurre i rischi".

E' opportuno che il Medico Competente prepari, almeno una volta l'anno, una relazione tecnica da presentare al Datore di Lavoro, relazione che descriva tutte le attività svolte nel corso dell'anno e, basandosi sui dati biostatistici, evidenzi la situazione sanitaria correlata ai rischi professionali della popolazione lavorativa assieme alle problematiche di igiene del lavoro esistenti in Azienda.

Anche per il Medico Competente esistono responsabilità sanzionate. Cito le più importanti:

- Il M.C., ai sensi dell'Art. 92 del D.Leg 626/94, può essere punito con sanzioni pecuniarie ed anche restrittive per la violazione degli articoli che gli competono.

- Art. 40 c.p., comma 2 - "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo" - Il M.C. in qualità di Consulente del Datore di Lavoro, non è responsabile di non aver apprestato "idonee misure", ma di non aver sollecitato il DdL perché provvedesse ad approntarle.

- Art. 365 c.p. "obbligo di referto" nel momento in cui si trova di fronte ad un caso che presenta i connotati di un delitto perseguibile di ufficio.

- Art. 365 c.p. "obbligo di referto" nel momento in cui si trova di fronte ad un caso che presenta i connotati di un delitto perseguibile di ufficio.

Da quanto precede mi pare si evidenzi con estrema chiarezza quali siano tutti gli impegni, i compiti, le responsabilità affidati al Medico Competente il quale, mi piace qui ricordarlo, pratica anche le Visite Mediche Preventive e Periodiche dei lavoratori.

Solo chi si dedica a questa attività con umiltà e dedizione totale potrà essere in grado di assolvere a questi compiti, certamente gravosi, ma nel contempo ricchi di soddisfazioni professionali.

Sono solo questi professionisti che l'A.N.M.A. (Associazione Nazionale dei Medici d'Azienda e Competenti) ritiene possano fregiarsi a pieno titolo della qualifica di Medico Competente.

Considerazioni al parere negativo espresso dall'Ordine e dall'astensione della firma all'A.I.R. della M.G.

*Al Dirigente del Settore Prevenzione,
Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria
Area di Coordinamento
Assistenza Sanitaria della Giunta Regionale della Campania
Dr Massimo Amadei*

*E p.c. All'Assessore alla Sanità Regione Campania
Ch.ma Prof.ssa Rosalba Tufano*

OGGETTO: Chiarimenti inerenti al parere deontologico espresso, in data 24/06/2003, da questo OMCeO in merito al II Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale. (richiesti con sua nota del 31/07/2003 prot. n. 2003.0412082).

In riferimento alla nota in oggetto n. 2003.0412082, si precisa che l'avanzata riserva di illegittimità riguarda, in particolare, il macroscopico contrasto emergente fra quanto previsto dal Dec. Leg.vo n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e quanto invece stabilito dall'AIR nella parte relativa ai Livelli di Spesa Programmati per l'Assistenza Primaria.

Appare, infatti, surrettizia l'introduzione nell' AIR della possibilità di perseguimento, sul piano disciplinare, del medico di Assistenza Primaria che non rispetti i livelli minimi di risultato previsti nei progetti dei LSP, in quanto di tale possibilità non vi è traccia né nel citato Dec. Leg.vo né nello stesso Accordo Nazionale (DPR 270/00).

Da tale presunta illegittimità deriva peraltro un'evidente lesione del principio dell'indipendenza e della libertà della professione sancito dal vigente Codice di Deontologia Medica, ovviamente nell'ambito del rispetto delle evidenze scientifiche e dei valori etici fondamentali.

Cordiali saluti.

*Dr Saverio Annunziata
Consigliere OMCeO Napoli*

L'AIR nell'allegato del capitolo "Livelli di spesa programmati" recita: "I medici di Assistenza Primaria che non riescono a raggiungere i livelli minimi di risultato ipotizzati nei progetti a L.S.P., nelle varie fasi intermedie e finali, devono essere sentiti dalla commissione di cui all'art.14 comma 4 del del DPR 270/00 e, se non sono in condizioni di fornire documentate giustificazioni ad anomalie di comportamento, sono sottoposti ai procedimenti di cui all'art. 16 DPR 270/00.

Nell'art. 72 del capo VI DPR 270/00, non è previsto alcun meccanismo sanzionatorio per i medici di Assistenza Primaria che non riescono a raggiungere i livelli minimi di risultato, bensì al comma 4 si fa solo esplicito riferimento "...a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo...", mentre al comma 7 " il progetto di spesa programmato deve prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dei diversi medici aderenti". Con il predetto passaggio inserito nell'AIR viene fatta una sottile ma sostanziale modifica al D.Lvo 502/92 (legge che detta le regole per gli Accordi Collettivi nazionali e regionali), che invece può subire modifiche solo in sede parlamentare. Ciò in quanto la commissione di cui all'art. 14 del DPR 270/00 cui fa riferimento l'AIR, ha certamente compiti di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, attende alla rimozione di comportamenti prescrittivi anomali, vigila sul rispetto delle note CUF ecc., ma non è deputata alla verifica del

raggiungimento dei livelli minimi di risultato ipotizzati nei progetti di LSP, né tantomeno può inserirvi in modo sanzionatorio, così come indicato nell'AIR.

Tale argomento è inoltre molto chiaramente disciplinato dall'art. 8 comma 1 lettera d del D.Lvo 502/92, che recita: "...ridefinire la struttura del compenso ... prevedendo una quota fissa e ... una quota variabile (del compenso), in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati ...", per cui il raggiungimento dei LSP dà diritto ad incentivi (quota variabile del compenso), ma per il mancato raggiungimento degli stessi la legge non prevede sanzioni, considerando evidentemente il mancato guadagno già di per sé una sanzione! In definitiva, se è vero che l'appropriatezza prescritta è un imperativo al quale il medico non deve e non può più sottrarsi, i percorsi assistenziali (benché condivisi tra Azienda ed Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative) non possono e non devono risultare un obbligo per il medico. L'introduzione surrettizia di meccanismi sanzionatori per i medici che non raggiungono risultati minimi nell'ambito di progetti a LSP obbliga di fatto il medico ad uniformarsi a detti percorsi, con grave limitazione della sua indipendenza professionale.

Ai sensi dell'art.73 comma 5 del DPR 270/00 l'Ordine, attraverso il suo rappresentante al tavolo della trattativa per il rinnovo dell'AIR Dr Saverio Annunziata, chiede che l'Accordo venga riesaminato per le parti contestate e vengano adottate le necessarie modifiche.

L'approccio globale al paziente neoplastico in fase avanzata, alla luce degli strumenti attualmente disponibili e delle risorse da utilizzare

L'assistenza al malato neoplastico in fase avanzata

di GIOVANNI D'ERRICO

La incidenza e la mortalità del cancro sono in aumento in tutti i Paesi Occidentali. Nel mondo oggi si verificano ogni anno 10.000.000 di nuovi casi di cancro con oltre 7.000.000 di morti.

In Europa l'incidenza globale nel 2.000 è stata 1.892.000 nuovi casi, 1.014.000 maschi e 877.000 donne, con 1.156.000 morti, 651.000 maschi e 504.000 donne.

In Italia ogni anno si verificano 270.000 casi di nuovi tumori con 157.000 morti; sempre in Italia 1.500.000 persone vivono avendo sofferto una malattia neoplastica.

Osservando l'andamento del cancro e proiettando nel futuro le conoscenze attuali si prevede quanto segue.

Nell'uomo:

- aumento del cancro della prostata con una mortalità relativamente bassa;
- graduale regresso dell'incidenza e mortalità del cancro del polmone.

Nella donna:

- aumento dell'incidenza del cancro della mammella con mortalità in regresso;
- aumento dell'incidenza e mortalità del cancro del polmone;
- ulteriore regresso del carcinoma del collo dell'utero.

Nei due sessi:

- aumento dell'incidenza e mortalità del melanoma;
- regresso dell'incidenza e mortalità del cancro gastrico.

Ovviamente, i malati di cancro in fase avanzata sono quelli che non guariscono:

- nel Mondo 7.000.000 ogni giorno

- in Europa 1.156.000 ogni giorno
- in Italia 157.000 ogni giorno

Sono cifre che hanno enorme importanza sanitaria, perché i malati di cancro in fase avanzata hanno bisogno di cure adeguate alle loro gravissime condizioni, nonché sociale per le implicazioni familiari ed i costi per la collettività.

Le possibilità di assistenza per il malato neoplastico in fase avanzata sono due:

- a domicilio, con l'assistenza domiciliare;
- mediante ricovero in hospices debitamente attrezzati.

Quanto si parla di assistenza ai malati di cancro in fase avanzata bisogna tenere presente che sono condannati senza speranza e che le fasi terminali della malattia neoplastica sono quasi sempre accompagnate da gravi sofferenze, da profonda astenia e da depressione, spesso aggravata dalle non buone condizioni economiche e dalla solitudine, quando la malattia colpisce persone anziane sole, o con il coniuge in precarie condizioni fisiche.

Dall'esperienza consolidata in questi ultimi anni risulta che l'assistenza domiciliare viene preferita dai pazienti del sud Italia, mentre quelli del centro-nord preferiscono il ricovero in hospice.

L'assistenza domiciliare, peraltro, ha bisogno di adeguato ambiente domestico, di idonea collaborazione dei familiari e di un'equipe sanitaria valida.

La Sezione Provinciale di Napoli della Lega Tumori assicura l'assistenza domiciliare al malato neoplastico in fase avanzata da 11 anni con:

- un'equipe sanitaria costituita da medici oncologi, specialisti del dolore, psicologi, infermieri specializzati e volontari adeguatamente preparati.

lizzati e volontari adeguatamente preparati.

Nella nostra esperienza si è dimostrata utilissima anche la collaborazione con i medici di medicina generale e con i medici ospedalieri, che hanno avuto in cura il malato precedentemente. Inoltre, ci serviamo di una linea telefonica e di una segreteria ad hoc per la valutazione delle richieste e dei risultati, che vengono elaborati, presentati in convegni e congressi e pubblicati.

L'ospite, preferito dai pazienti del nord Italia, deve essere adeguatamente e confortevolmente attrezzato e dotato di personale medico e paramedico ben preparato. Purtroppo, la disponibilità di hospices in Italia è ancora limitata: nel 2002 esistevano 31 hospices con 200 posti letto al centro-nord e soltanto 4, con 27 posti letto al sud. Ricordo che gli ammalati terminali, assistiti negli hospices o a domicilio, hanno bisogno:

- di prelievi ematologici per i necessari esami di controllo;
- di terapie endovenose e, se necessario, di emotrasfusioni;
- di massaggi e di adeguati dispositivi per la prevenzione e la cura dei frequenti decubiti;
- soprattutto di comprensione e compartecipazione, senza accanimenti terapeutici.

Anche i familiari del malato neoplastico hanno bisogno di comprensione e collaborazione per le pratiche correlate alla malattia del congiunto e spesso anche per specifiche esigenze domestiche. Allo scopo particolarmente utili sono i volontari, i quali devono avere una specifica preparazione e peculiari qualità umane.

Come sopra accennato un limite invalicabile all'assistenza domiciliare è rappresentata dalla frequente esiguità dei componenti della famiglia;

spesso riscontriamo che nelle case dei malati di cancro in fase avanzata ad assistere l'infermo vi è un solo familiare, quasi sempre la moglie anziana come il malato; e qui giova ricordare che la malattia neoplastica è particolarmente frequente nelle persone della terza età ed aumenta con il progredire degli anni.

Un particolare aspetto del malato neoplastico in fase avanzata è rappresentato dal dolore, compagno pressoché costante in questa fase della malattia.

Il cancro, infatti, al contrario delle altre malattie nelle quali il dolore è precoce e, pertanto, utile alla diagnosi della malattia, è caratterizzato dall'insorgenza tardiva del dolore, che diventa sempre più intenso nelle fasi avanzate.

E' con soddisfazione che anche in Italia negli ultimi due anni è stata richiamata l'attenzione sulla necessità di combattere il dolore con maggiore consapevolezza e migliori strumenti operativi. Nel 2002 è stato inaugurato alla Fondazione Pascale il primo corso di aggiornamento teorico-pratico dell'**Ospedale senza Dolore** con un mio intervento, nel quale ho ricordato le prime iniziative e realizzazioni della Fondazione Pascale, quando ne ero primario chirurgo e direttore scientifico, nel settore della terapia antalgica al malato neoplastico.

A maggio 2003 è stata realizzata in tutta Italia (a Napoli nella sala della giunta del Comune di Napoli) la **Giornata del Sollievo** ed è stata presentata la **carta dei diritti del morente**, che qui di seguito riportiamo.

- A essere considerato come persone sino alla morte;
- A essere informato sulle sue condizioni se lo vuole;
- A non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere;
- A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto delle sue volontà;
- Al sollievo del dolore e della sofferenza;

Purtroppo, la disponibilità di hospices in Italia è ancora limitata: nel 2002 esistevano 31 hospices con 200 posti letto al centro-nord e soltanto 4, con 27 posti letto al sud.



- A cure ed assistenza continue nell'ambito desiderato;
- A non subire interventi che prolungano il morire;
- A esprimere le sue emozioni;
- All'aiuto psicologico e al confronto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede;
- Alla vicinanza dei suoi cari;
- A non morire nell'isolamento e in solitudine;
- A morire in pace e con dignità.

Quando si parla di malati neoplastici in fase avanzata, senza speranza, affiora il problema dell'**eutanasia**: a chi giova, si dice, tenere in vita un paziente in fase terminale, molto sofferente e inesorabilmente condannato?

Perché continuare la tortura di cure inutili e prolungare la sofferenza dei

familiari, che si sentono impotenti ad arrecare un benché minimo aiuto al congiunto? Ed alcuni, anche tra i medici meglio preparati e più responsabili, prospettano la possibilità di staccare la spina, abbreviare la fine.

Personalmente (e credo anche i responsabili ai vari livelli della medicina italiana) sono contrario all'eutanasia, nella convinzione che nessuno ha il diritto di troncargli la vita umana.

Il medico, infatti, è stato educato, da sempre, a combattere le malattie, a lenire le sofferenze ed allontanare quanto più è possibile la morte. Il giuramento di Ippocrate, fatto proprio dal codice deontologico approvato dalla FNOMCeO il 2 ottobre 1998 e celebrato ogni anno dai giovani medici, sancisce, tra l'altro di perseguire, come scopi esclusivi,

la difesa della vita, la tutela della salute psichica e fisica, il sollievo della sofferenza e di non compiere atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente.

La vita, in realtà, è sacra e deve essere rispettata da tutti, specie dal medico, che è stato educato per migliorarne la qualità, non per anticiparne la fine.

Mi piace concludere con le parole di S.S. Giovanni Paolo II nella preghiera dei medici del mondo, edita dal Vaticano il 29 giugno 2000.

"Tu che sei la Vita, donaci di annunciare e testimoniare nella nostra professione il "Vangelo della vita", impegnandoci a difenderla sempre, dal concepimento al sul termine naturale e a rispettare la dignità d'ogni essere umano, specialmente dei più deboli e bisognosi".

Comunicare all'Ordine il cambio di residenza

Si invitano i Colleghi la cui residenza è mutata rispetto a quella depositata all'atto dell'iscrizione a far pervenire agli uffici dell'Ordine un certificato di residenza aggiornato o a presentarsi agli stessi uffici al fine di autocertificare la modifica intervenuta. Tale adempimento è estremamente importante per la gestione dell'Albo ed evita fastidiosi disagi ai fini del pagamento delle tasse annuali e del recapito della corrispondenza. Si richiama l'attenzione dei Colleghi Medici sulla urgenza di adeguarsi a quanto imposto da evidenti esigenze organizzative e burocratiche.

La sicurezza dei dispositivi medici come fattore determinante per la loro accettazione e fruizione

Nel luglio 2002 è entrata in vigore la "Guida alle prove di accettazione ed alle verifiche periodiche di sicurezza e/o di prestazione di dispositivi medici alimentati da una particolare sorgente di alimentazione" fascicolo 6536. Si applica a tutti i dispositivi medici, muniti di non più di una connessione a una particolare rete di alimentazione destinati alla diagnosi, al trattamento o alla sorveglianza del paziente sotto la supervisione di un medico e che entrano in contatto fisico o elettrico col paziente e/o trasferiscono energia verso o dal paziente e/o rilevano un determinato trasferimento di energia verso o dal paziente. Nei dispositivi sono compresi anche gli accessori, definiti dal costruttore, che sono necessari per permettere l'uso normale dei dispositivi. Per paziente si intende un essere vivente (persona o animale) sottoposto ad esame o/a trattamento medico o dentistico. Tale fascicolo ha sostituito il precedente 3783 R dove nel titolo si faceva riferimento "...alle prove di accettazione, all'uso e alle verifiche periodiche di sicurezza di apparecchi elettromedicali in locali adibiti ad uso medico".

Prove di accettazione o collaudo I dispositivi, prima della loro messa in opera dovrebbero essere sottoposti, tra l'altro, a: verifica che quanto ordinato corrisponda a quanto consegnato; verifica dell'integrità dell'imballo (in caso di dubbio si consiglia di contattare il fornitore); controllo visivo che il dispositivo medico non abbia evidenti danni esterni; verifica che il dispositivo ed i suoi accessori corrispondano alle indicazioni dei documenti accompagnamento/trasporto; verifica che nella documentazione annessa sia presente: manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana secondo la direttiva 93/42/CEE) e, se espressamente richiesto nella documentazione di acquisto, manuale di manutenzione con gli eventuali allegati tecnici; verifica che sia presente la documentazione richiesta dalla direttiva 93/42/CEE e quella espressamente concordata in fase di acquisto (ad esempio: copia della dichiarazione di conformità, classificazione, ente notificato, procedura seguita per l'ottenimento della marcatura CE); verifica dei dati di targa; seguire le istruzioni del manuale d'uso per quanto riguarda l'installazione; eseguire le verifiche particolari di sicurezza elettrica, idraulica, pneumatica, meccanica, termica; condurre le verifiche particolari di sicurezza; effet-

* *Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione dell'Ordine dei Medici e Chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Napoli*

Accettazione e verifiche periodiche e di sicurezza dei dispositivi medici alimentati da una particolare sorgente di alimentazione

di GAETANO IANNUZZELLI*

tuare le verifiche funzionali/prestazionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso. I risultati delle verifiche/prove devono essere opportunamente documentati ed archiviati.

Manutenzione preventiva

La manutenzione preventiva contribuisce a garantire costantemente il buon funzionamento e la sicurezza del dispositivo medico. Un programma consta di due livelli:

Primo livello - Controlli preventivi che dovrebbero essere effettuati dall'operatore consistenti nell'ispezione a vista e, se applicabili, in semplici prove. Queste prove/controlli devono essere descritti nel manuale d'uso.

Secondo livello - Manutenzione preventiva effettuata da personale qualificato, consistente nell'ispezione visiva, nelle misure dei parametri importanti ai fini della sicurezza, nell'accertamento che la manutenzione di primo livello sia stata correttamente eseguita, nonché nell'esecuzione dei programmi di manutenzione prescritti dal costruttore.

Verifiche periodiche di sicurezza

Di seguito vengono riportate alcune verifiche descritte nella CEI EN 60601-1.

1. Verifica del conduttore di protezione. Le parti accessibili degli apparecchi di classe I separate dalle parti sotto tensione dell'isolamento fondamentale devono essere connesse mediante un'impedenza sufficientemente bassa al morsetto di terra di protezione;
2. Verifica della resistenza di isolamento. La misura della resistenza di isolamento non è una misura richiesta dalla norma CEI EN 60601-1. che tra l'altro non fissa per questo motivo nessun limite; tuttavia si ritiene opportuno eseguire tale prova come indicazione dello stato degli isolamenti interessati. Ciò permette di evidenziare la qualità degli isolamenti quale igroscopicità (es. carta o cartone non impregnati, tessuti ecc.);
3. Correnti dispersione permanenti e correnti ausiliare permanenti nel paziente. L'isolamento elettrico dell'apparecchio (parti applicate) che fornisce

la protezione contro i contatti diretti e indiretti deve essere di qualità tale da contenere entro i limiti ammissibili il valore della corrente fluente in esso.

Riferibilità delle misure

I dati che devono essere presenti sul protocollo di verifica dei dispositivi medici al fine di garantire la riferibilità delle misure sono: data della verifica; luogo ove sono state effettuate le misure; dati identificativi dello strumento di misura utilizzato nelle prove (modello e numero di serie). La strumentazione di misura deve essere sottoposta a tarature periodiche presso Enti di taratura dati identificativi del dispositivo sottoposto a prova (modello, numero di serie, inventario o matricola); elenco delle misure effettuate con dettaglio del valore misurato e valore limite; la firma del tecnico che ha effettuato le misure.

Periodicità delle misure

Quando non esiste un piano di verifiche redatto dall'ente, oppure non vengano raccomandate periodicità da parte del costruttore si consiglia di eseguire le verifiche di sicurezza almeno:

Una volta all'anno per le apparecchiature utilizzate in sala operatoria e/o locali assimilabili come definiti dalla norma CEI 64-8 sez 710.

Una volta ogni due anni per le apparecchiature utilizzate in tutti gli altri locali.

Gli intervalli per le verifiche sono da intendersi come termini indicativi consigliati. Nei termini consentiti da leggi e/o regolamenti, ogni ospedale o struttura può adottare un suo protocollo utilizzando intervalli diversi e compilando un documento a giustificazione di quanto adottato, basandosi su precedenti prove di sicurezza effettuate sull'apparecchio.

Archiviazione dei dati

I risultati delle misure devono essere correttamente archiviati in modo idoneo per la loro conservazione a cura del responsabile di archiviazione e resi facilmente disponibili per eventuali consultazioni fino a quando il dispositivo medico non venga alienato.



Convegni - Congressi - Corsi di Studio



L'Associazione Italiana Donne Medico di Napoli è lieta di presentare il 1° Corso di Formazione:

La qualità nei servizi sanitari: sviluppo di un modello di gestione

Gli obiettivi sono quelli di diffondere nel mondo sanitario i principi della qualità e descrivere lo sviluppo di un modello di gestione per la qualità in sanità, basato fondamentalmente sulla normativa ISO 9000/2000.

Il corso si svolgerà presso l'Ordine dei Medici di Napoli nei giorni 26/11/03 e 3/12/03.

L'iscrizione è gratuita e obbligatoria. Si precisa che per esigenze didattiche il corso è a numero chiuso (max 100 partecipanti).

Si prega pertanto di far pervenire l'adesione entro e non oltre il 26/10/03 inviando la scheda alla Dott.ssa L. Baldini - Via A. D'Antona, 12 - 80131 Napoli Tel. e Fax 081/2546522.

L'attestato con l'attribuzione dei crediti formativi ECM verrà rilasciato dopo il superamento del test di valutazione finale. A tutti gli iscritti che ne faranno richiesta sarà rilasciato un attestato di partecipazione. Segue programma:

Mercoledì 26/11/02

8,30 Registrazione dei partecipanti.
9,00 Saluti del Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli - Dott. G. Del Barone e della Presidente dell'A.I.D.M. Napoli - Dott.ssa Loredana Baldini

Modulo A

9,15 Presentazione del corso (A. Savarese)
9,30 La qualità: concetti ed evoluzioni (M. Taurisano)
11,00 Storia della qualità dal mondo manifatturiero alla sanità (A. Pizzella)
12,30 Accreditamento e certificazione (M. Coppola)
14,00 Pausa pranzo

Modulo B

15,30 Total quality management
17,00 Importanza della documentazione nel sistema di gestione: le procedure (M. Coppola)
18,30 Esercitazioni
19,30 Chiusura dei lavori

Mercoledì 3/12/03

Modulo C

9,00 Responsabilità della Direzione (M. Taurisano)
10,30 Gestione delle risorse (M. Coppola)
12,00 Esercitazioni
13,00 Pausa pranzo

Modulo D

14,00 Approccio per processi (A. Pizzella)
15,30 Misurazioni, analisi e miglioramento (M. Taurisano)
17,00 Esercitazioni
18,00 Elaborazione quiz

Presidenti e Relatori:

L. Baldini: Resp. Uomi Dist. 48 ASL NA1

G. Del Barone: Presidente Ordine dei Medici Napoli

M. Coppola: Dirigente Medico Servizio Centrale Controllo Qualità ASL NA1

Σ Pizzella: Dirigente sociologo Servizio Centrale Controllo Qualità ASL NA1

A. Savarese: Direttore Settore Controllo Qualità ASL NA1

M. Taurisano: Dirigente Medico Responsabile Settore controllo qualità e formazione aziendale del Servizio centrale qualità e pubbliche relazioni ASL NA1

'O Rappresentante

di Marco Bonagura

*Si presenta ogni mattina
'ngravattato ed elegante
passa innanzi a tutti quanti
pe' veni' a parla' cu mme.
"Questo farmaco è buono veramente;
è un prodotto nuovo e originale;
a base di sostanza vegetale
guarisce l'apparato digerente.
Quest'altro in anteprima solo a Lei
Lo voglio presentar questa mattina;
a base di fenil metil cetina
è degno di guarir anche gli dei.
E' parlanno, parlanno, 'sto dottore,
posa e riposa sopra 'a scrivania
decine 'e scatolette e mentre ancora
volesse parla, le dico 'a mia:
Dottò, ste medicine sono buone
Se tieni qualche santo che t'aiuta,
ma se è scritto: "Vuolsi così colà",
nun fanno niente cheste 'ccose ccà.*

25 agosto 1976

E' poesia antica ma sempre recente!

(G.d.B)

Segreteria Organizzativa:

L. Baldini

Tel. 081/5463210

Cell. 333/2529692

E-mail: lobaldini@libero.it

A. Imperatrice: Cell. 338/9686602

CONGRATULAZIONI!

Un po' fuori tempo massimo, ma con sinceri sentimenti, siamo lieti poterci felicitare con il Prof. Renato Cimino nominato primario ematologo emerito da parte dell'Azienda Ospedaliera A. Cardarelli.

Al caro ed illustre amico le felicitazioni più vive.

(G.d.B)



Convegni - Congressi - Corsi di Studio



Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese in Reumatologia

Il 13 dicembre presso l'Auditorium dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Napoli in Piazza Torretta 9 si terrà un convegno organizzato dalla Fondazione Matteo Ricci dal titolo "Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese in Reumatologia". Ecco il Programma

La didattica e la pratica dell'Agopuntura Inquadramento delle malattie reumatiche in Medicina Tradizionale Cinese

Mattina - Prima Sessione

Presidente Prof. G. Del Barone
Moderatore Dott. A. Matrà

ore 9.15 La Fondazione Matteo Ricci: incontro fra due culture mediche.
(Dott. A. Matrà Presidente Fondazione Matteo Ricci)

ore 9.35 Il ruolo del medico nell'ambito delle Medicine non Convenzionali.
(Prof. G. Del Barone Presidente della FNOMCeO e dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Napoli)

ore 9.55 La pratica dell'agopuntura in Italia ed Europa.
(Dott. C. M. Giovanardi Direttore Scuola Matteo Ricci, Presidente Fisa - Federazione Italiana Società di Agopuntura)

ore 10.15 Insegnare agopuntura ed MTC in Italia: l'esperienza della Scuola Matteo Ricci.
(Dott. L. Sotte Responsabile della Sede di Napoli della Scuola Matteo Ricci, Direttore della Rivista Italiana di MTC)

ore 10.35 La didattica clinica nella Scuola Matteo Ricci a Napoli
(Dott. G. Grillone Coordinatore didattico della Sede di Napoli della Scuola Matteo Ricci)

ore 10.55 Pausa

Mattina - Seconda Sessione

Presidente Dott. C. M. Giovanardi
Moderatore Dott. L. Sotte

ore 11.15 L'esperienza di agopuntura clinica al CTO di Napoli
(Dott. A. Ruocco Responsabile Didattica Clinica Sede di Napoli della Scuola Matteo Ricci)

Giornata di Aggiornamento in Epilettologia

"Up-to-date" in Epileptology 2003: Progressi nella Diagnostica delle Epilessie Farmacoresistenti

Napoli, 5 Dicembre 2003

Il Centro per lo Studio dell'Epilessia-Centro di riferimento della Regione Campania- del Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università " Federico II" di Napoli, diretto dal Prof. S. Striano, annuncia che il 5 Dicembre 2003, si terrà a Napoli, presso l'Hotel Villa Capodimonte, una Giornata di Aggiornamento in Epilettologia riguardante i "Progressi nella Diagnostica delle epilessie Farmaco-resistenti". L'iscrizione è riservata a 70 partecipanti, già specialisti o "specialisti in formazione" in Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Neurochirurgia, Pediatria, con specifici interessi in campo epilettologico. L'evento scientifico sarà in gran parte di tipo interattivo: i discenti dovranno con l'ausilio di epilettologi, neurofisiologi e neuroradiologi "esperti" e con l'utilizzazione di moderne apparecchiature video EEG procedere alla identificazione delle diverse sindromi epilettiche farmaco-resistenti. Per ulteriori informazioni, si prega di contattare la Segreteria Scientifica del convegno : D.ssa L. Bilo, D.ssa P. Ruosi, Dott. C. Nocerino, Centro dell'Epilessia, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Napoli " Federico II", via S. Pansini 5, 80131 Napoli; tel 081.7464249-7463509; fax 081.7463509-5463663; e-mail lbilo@libero.it; sstriano@libero.it. E' in corso la validazione dell'evento per l'accREDITAMENTO ECM.

L. Billo (Aiuto Centro dell'Epilessia)

ore 11.35 Le malattie reumatiche in MTC: inquadramento fisiopatologico
(Dott. A. Matrà)

ore 13.00 Pausa Pranzo

La clinica delle malattie reumatiche in Medicina Tradizionale Cinese Esperienze cliniche in Agopuntura

Pomeriggio - Prima Sessione

Presidente Dott. A. Matrà
Moderatore Dott. G. Grillone

ore 14.45 Le malattie reumatiche in MTC: inquadramento clinico-terapeutico
(Dott. L. Sotte)

ore 15.20 Presentazione di casi clinici
(Dott. L. Sotte)

ore 16.00 Pausa

Pomeriggio - Seconda Sessione

Presidente Dott. L. Sotte

Moderatore Dott. G. Grillone

ore 16.15 Le malattie reumatiche in MTC e la Evidence Based Medicine (EBM)
(Dott. C.M. Giovanardi)

ore 17.05 Malattie reumatiche croniche e risparmio di FANS
(Dott. C. Schiantarelli Docente Scuola Matteo Ricci, Responsabile Unità Operativa di Terapia del Dolore ospedale di Vigevano)

ore 17.35 Compilazione questionario verifica apprendimento e valutazione evento da parte dei partecipanti

Segreteria Organizzativa
Forum Congressi della Fondazione Matteo Ricci
Via Antonio Canova, 13
40138 Bologna
Tel. 051/531595
Fax 051/6029371
E-mail: segreteria@fondazionericci.it - sito web: www.fondazionericci.it

Collegli Scomparsi

In ricordo di Luigi Risolo

collegli dell'Ospedale S.S. Annunziata vogliono ricordare la figura di un leale e sincero professionista, il Dott. Luigi Risolo, recentemente scomparso e sono vicini al figlio Enrico, primario pediatra.
Il collega Piscopo ha scritto per questo ricordo dei versi in vernacolo.



Na preta d' 'a Nunziata... (a Luigi Risolo)

Si 'o cunuscive
Nun t' 'o scurdave cchiù...
Cammenanno
Nun faceva rummore,
na palomma!
Maje, int' 'a tant'anne,
che l'avesse sentute
'e se sfasterià, 'e aizà 'a voce:
cchiù che parlà
Luigi bisbigliava...
'O purtamento asciutto
'e nu milorde,
sott' 'a nu naso dritto
dduje baffette,
ll'uocchie ricche 'e na luce
'e umanità...
'E mmane delicate, 'o tocco fino,
pareva accarezza, si visitava;
parlava è mamme
sempe c' 'o pizzo a rriso
e cu tanta pacienza

'e ssenteva e l'appaciava...
N'ha salvate criature
'a primma Lattanti,
'o Brefotrofio,
quanno 'a Nunziata
steveno ancora 'e Balie
da 'e paise
p' 'e diglie d' 'a Madonna...
piante verde int'ò contile
cu antiche panchine;
sott' 'e mmure
pulite 'e stanze
cu quadre appise 'e mmure
e nun chiuveva
p'a Sala d' 'e Culonne
e dint' 'a cchiesa
e dint' à Sacrestia...
quanne 'o Governatore cumannava,
Giulio Murano era 'o Direttore
e Salvatore Auricchio
nu giuvinotto 'e belle speranze

nu poco scurnuso
venuto frisco-frisco
d' 'a Sguizzera, 'a Zurigo,
a ce parlà d' 'o malassorbimento,
e a ffa 'e flebo e no ipodermoclise...
Sacco, Feo, Cocozza
inghevano 'o spitale
cu n'aria 'e simpatia...
stu maggio, zitto-zitto, commilfo,
Luigi 'mpunte 'pere ce ha lassate...
Mò è certo: va per cielo
Luntano, tra refole 'e viento,
chiacchieranno cu Sandro De Palma...
e le conta qua so ccà 'nterra 'e nuvità...
mentre ancora pe dint' à Nunziata
ll'ombra soia va spannennese
e scene
dint'è core pe 'nce lassà cchiù...

AGGEO

Ultimissime sull'ONAOSI

Novità rilevanti per l'ONAOSI con l'approvazione della recente Legge Finanziaria 2003.

L'art. 52 (comma 23) prevede infatti che la contribuzione obbligatoria Onaosi si applichi a tutti i sanitari (medici chirurgici-odontoiatri, farmacisti e veterinari) iscritti ai relativi ordini professionali.

L'Onaosi passerà così dagli attuali 130.000 ad oltre 400.000 contribuenti.

Misura della contribuzione: il contributo obbligatorio annuale è fissato in:

- Euro 36,00 per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni;
- Euro 18,00 per i contribuenti aventi un'età superiore ai 67 anni.

Questi ultimi potranno scegliere, in alternativa, di adempiere integralmente ai propri obblighi contributivi versando in un'unica soluzione, un contributo pari ad euro 100,00.

Euro 144,00 per i contribuenti di età compresa tra i 33 ed i 67 anni.

L'età di riferimento si intende compiuta al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di contribuzione.

Ci riserviamo di comunicare le modalità di pagamento (G.d.B.)



Attività artistiche, culturali, sportive



“*P*er favore mi dà un po' d'acqua semplice?” La voce roca, una ragazza alle mie spalle al bar chiedeva da bere senza aver fatto alcuna ordinazione, quindi trangugiava il liquido mentre io, intanto, m'ero girato verso di lei che, al mio sguardo indagatore, spalancò tanto d'occhi, verdi, perlustrandomi da capo a piedi e, poscia dileguandosi, veloce, alla mia vista, che rimase a contemplare la sua figura, ormai indelebilmente fissata sulla mia retina.

Andavo analizzando come ad un apparecchio a scansione tutti gli elementi di quella silhouette femminile, cominciando dalla periferia al centro e viceversa, alla ricerca intensa del suo self come mi si presentò in quell'attimo e risalendo lungo la scala degli anni, gradino dopo gradino, fino alla sua infanzia, chissà quanto più o quanto meno felice.

Attraverso il terso sguardo improvviso dei suoi occhi verde-chiaro, spalancati su di me, vidi un esteso panorama di campi coltivati a piante erbacee, ordinatamente disposte in lunghi solchi, che si estendevano a perdita d'occhio, interrotti qua e là da rari alberi da frutto, prevalentemente noci con le loro foglie lanceolate che, attraversate perpendicolarmente dai raggi intensi del sole estivo di mezzogiorno, mostravano tremolanti le nervature della loro trama delicata, simili ai fili sottilissimi d'una ordinata ragnatela.

Fochettando l'obiettivo come per ingrandire qualche particolare di quel vasto panorama luminoso, in cui al verde vivo dei campi seminati, intersecati dalle sottili linee dei solchi, che correvano paralleli fra loro perendosi lontano verso l'infinito, faceva netto contrasto l'azzurra concava distesa della volta celeste, dove vagavano, tenui e leggere piccole nuvole biancastre, la mia attenzione veniva attratta da una famigliola affaccendata ai lavori campestri, così intensi durante la calura estiva.

I genitori robusti alle opere più importanti e intorno uno sciame di ragazzini di tutte le età, tra cui in semplice grembiolino a quadretti di colore rosa, vispa tra le spighe, sgambettava una bambina allegra e spensierata, che in un successivo flash del mio immaginario apparecchio appariva più grandicella, già ormai signorina, soda e prosperosa con le guance bianche e rosse e il petto prorompente che urgeva contro la stretta camicetta bianco-latte, indaffarata, ora, in lavori più impegnativi.

“La ragazza dagli occhi verdi”

di ESPEDITO MIANO

Volentieri dopo "L'uomo dagli occhi celesti" di Raffaele Finelli pubblichiamo di Espedito Miano "La ragazza dagli occhi verdi", concludendo con un "et de hoc satis" sul colore degli occhi!

(G.d.B.)

Già in famiglia si cominciava a parlare del suo futuro e ci si dava da fare a prepararle il corredo e la dote per il futuro matrimonio, per il quale, ancor prima che si ufficializzasse il fidanzamento, circolavano ormai le avvisaglie d'un rapporto sentimentale tra la focosa giovincella contadinotta e il figlio del meccanico, suo vicino di casa, anche lui avviato a praticare il mestiere paterno, il quale le andava facendo, giorno dopo giorno, una corte sempre più soffocante.

La ragazza, invece, contemporaneamente, andava sottoponendo a una spietata autocritica, tanto feroce quanto inconscia, tutti gli elementi che costituivano il tessuto del suo personale vivere quotidiano, dell'ambiente familiare e cittadino, considerandone tutti gli aspetti ad uno ad uno sia sotto il profilo economico, abbastanza ristretto, nel quale come recitava un antico adagio popolare: “Ci mancavano sempre diciannove soldi per aggiustare la lira”, sorto ai tempi in cui una lira era una cifra sufficiente a comprare un chilogrammo di pane con un po' di companatico, e sia sotto il profilo sociale, confinato appunto nella lotta per la sopravvivenza, dove a stento, nella pur breve notte di riposo, si trovava, sotto le lenzuola, lo spazio per uno sfogo che, anche se seguito dalla nascita di una numerosa figliolanza, era pur sempre un momento di provvidenziale, magico svago del Padreterno generosamente predisposto.

Tutto lì, anche se è quanto dire!

Ma ella, sollecitata dal diuturno martellamento psicologico dei mass-media, del cinema e, soprattutto, della televisione, dove impazza spudoratamente sotto le forme tentatrici di un esibizionismo sfrenato prevalentemente di sesso femminile, che solletica irresistibilmente la già di per sé vivace prurigine delle rampanti ragazzine, le quali vedono le loro procaci curve, generosamente esposte,

fatte oggetto di struggente desiderio dalla moltitudine dei maschi, disposti, molto spesso, a tutto pur di goderne il fascino e le gioie, lentamente, ma inesorabilmente, andava maturando il suo futuro cammino per una strada senza ritorno, costellata, talvolta, ma rarissimamente, di rose più o meno profumate, ma, spesso, se non quasi sempre, di pungenti spine.

Cominciò così a fare frequenti puntatine alla metropoli vicina al suo paesello, che si dilatavano sempre maggiormente fino ad invadere anche le ore serali, durante le quali sempre più s'innamorava dell'ambiente cittadino, ricco di emozioni e di attrazioni, in cui fatalmente finì con l'invischiarsi, giorno dopo giorno, facendo nuove e più elette (?) conoscenze in una nuova atmosfera, dove le pareva di sentirsi meglio realizzata, appagata e vezzeggiata sempre più affettuosamente mediante convenevoli che, ahimè!, purtroppo per lei, ella prendeva per sinceri mentre erano solo sottili espedienti per irretirla maggiormente attraendola in modo definitivo con le arti raffinate della seduzione nei ferrei tentacoli della piovra metropolitana...

Finché una sera, una triste sera, non fece ritorno a casa...

Quella bimba, vispa e piena di vita, che sgambettava nei verdi prati della paterna fattoria, presto diventata una prosperosa e felice contadinotta, corteggiata dai giovani artigiani del paesello natio, ma, purtroppo, altrettanto prematuramente e sfortunatamente trasformatasi, attraverso una tanto seducente quanto illusoria fantasmagoria di sensazioni ed emozioni, in una donna depravata e squattrinata, era la non più ragazza, ora piuttosto obesa, che m'aveva spalancato quell'ampia finestra su quel panorama suggestivo attraverso i suoi grandi occhi rimasti, vivaddio!, ancora verdi e luminosi.