

**Direttore:**

Del Barone Giuseppe

Presidente dell'Ordine

Responsabile:

Marotta Salvatore

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 75 - Nuova serie N. 10 - Dicembre 2005

Sommario

Del Barone: le regole sull'aborto fuori
dalle strumentalizzazioni politiche » 2

La formazione professionale necessaria per essere buon
ed aggiornato medico (di *Giuseppe Del Barone*) » 3

Cosa abbiamo fatto nel triennio 2003/2005 » 5

Un anno di AMEC » 9

ENPAM: presentati il programma di legislatura
e il nuovo Direttore Generale » 10

Precisazioni in merito alla compilazione delle nuove ricette » 11

L'A.I.D.M. sez. Napoli "Polimnia Marconi" promuove
l'informazione di una delle recenti scoperte della medicina:
"le Cellule Staminali" » 12

Trasporto in eliambulanza di pazienti con gravi aritmie cardiache:
proposta di modifica della normativa » 14

Si richiede un pediatra ospedaliero in Regione Veneto » 16

Del Barone a Stoccolma in occasione
del Convegno Europeo C.P.M.E. » 17

Il presidente Del Barone ai presidenti d'Ordine
sulla sanità in Europa » 19

Linee guida per il rilascio da parte dei Medici di Medicina Generale
del certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori. » 20

Progetto sperimentale di assistenza odontoiatrica
in età evolutiva nel Servizio Sanitario della Campania » 22

Aspetti della Sicurezza sul Lavoro in materia di Noleggiatori,
concedenti in uso o in leasing di apparecchiature
(di *Gaetano Iannuzzelli*). » 27

Istituito il libretto sanitario dell'atleta agonista » 28

Un portale per la farmacovigilanza » 29

Rischi biologici nei luoghi di lavoro » 30

Meritato riconoscimento al prof. Vincenzo Guarino » 31

Un nuovo lavoro sulla Medicina di Famiglia.
Argomenti di Medicina Generale. » 32

*Rubriche***Colleghi Scomparsi**

In ricordo del prof. Pier Giorgio Datazione » 30

Il Presidente della FNOMCeO si inserisce nel dibattito nato dopo la proposta di Storace di prevedere "volontari della vita" nei consultori

Del Barone: le regole sull'aborto fuori dalle strumentalizzazioni politiche

Il dibattito che si è acceso in questi giorni a seguito della proposta del Ministro Storace di prevedere nei consultori la presenza di volontari antiaboristi, ha indotto il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri a rivolgere un appello a tutte le forze parlamentari affinché vengano abbassati i toni della polemica su un argomento tanto delicato quanto drammatico come l'aborto.

"In rappresentanza dei medici italiani, siano essi obiettori di coscienza o no, comunque coinvolti in prima persona nelle interruzioni volontarie di gravidanza, invito tutti i Partiti a non strumentalizzare a fini politici anche l'argomento dell'aborto e ad avere maggiore rispetto per chi si appresta a compiere un passo in ogni caso travagliato e difficile".

"Ritengo che la legge 194 pur con alcune imperfezioni, a cui si potrebbe in futuro rimediare, debba essere nel suo complesso salvaguardata nel rispetto di una libertà di scelta cui le donne hanno diritto, perché credo sia difficilmente sostenibile la tesi secondo la quale la "194" sia ormai divenuta una forma di contraccezione a cui ricorrere con leggerezza. L'aborto, è bene ricordarlo, rappresenta sempre un momento di grande coinvolgimento psico-fisico per chi vi ricorre".

"L'iniziativa del Ministro Storace, a mio avviso, è rivolta a fornire informazioni più complete alle donne, nella logica di quanto contenuto nella 194. In questa ottica, pertanto, non può che essere giudicata positivamente".



DISTINTIVO CON LOGO DELL'ORDINE

Si ricorda agli iscritti che è in distribuzione presso gli Uffici il distintivo con il logo dell'Ordine.

Tale distintivo è stato fortemente voluto dal Consiglio Direttivo per sottolineare il senso di appartenenza e l'orgoglio di una professione di così alto e nobile profilo.

La formazione professionale necessaria per essere buon ed aggiornato medico

di GIUSEPPE DEL BARONE



In questo che sarà l'ultimo articolo sul nostro Bollettino, anche se delle mie idee ne parlerò altrove ed abbondantemente, ho pensato cosa buona e giusta trattare l'argomento della formazione professionale, data la sua importanza per chi esercita l'arte medica.

E' noto che con il decreto 299/'99 l'allora ministro della Sanità Rosy Bindi, stabilì, nell'ambito di una generale revisione del Servizio Sanitario Nazionale, "riforma ter", che "la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale".

E' doveroso, però sottolineare che noi medici abbiamo da sempre considerato l'aggiornamento parte integrante della nostra attività professionale.

Il Codice di Deontologia Medica infatti all'art. 16 stabilisce che "il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico".

Il programma di ECM pertanto, al di là dell'obbligatorietà - da noi contestata doveva rappresentare per i professionisti della salute un diritto/dovere, quale momento di crescita culturale in un settore, quello medico, in rapida e costante evoluzione conoscitiva e tecnologica. Al tempo stesso doveva rappresentare un "diritto" del cittadino ad avere prestazioni aggiornate e al passo con le ultime acquisizioni della medicina. Ma così non è stato.

Il medico, come già detto, si è sempre aggiornato volontariamente e secondo le proprie necessità professionali, ma oggi tutto ciò non è più sufficiente a garantire gli stessi standard professionali presenti nei Paesi più avanzati.

I continui progressi della ricerca che, secondo molti osservatori, rendono obsolete le conoscenze del medico dopo solo cinque anni dal conseguimento della laurea, hanno reso più problematico il percorso culturale auto gestito dal medico ed avanzata l'esigenza di modelli di aggiornamento capaci di garantire la qualità dei "contenuti", attraverso strumenti didattici appropriati e di rispondere alle esigenze di salute e agli obiettivi fissati a livello nazionale e regionale.

Il bisogno di un aggiornamento costante in ogni caso, non nasce - a mio avviso - esclusivamente dalle esigenze professionali, indispensabili per garantire prestazioni al passo con i tempi. Oggi più di ieri entrano in gioco altri fattori che traggono origine dalle mutate condizioni socio-economiche e culturali della Società:

- a) La Magistratura appare sempre più severa nei confronti di una vera o presunta "malpractice sanitaria", sostenuta da una opinione pubblica sempre più "giustizialista" alimentata dai mass media.*
- b) Il cittadino rivendica un ruolo attivo nella gestione della propria salute e nelle decisioni del medico che lo riguardano ed è sempre più attento alla loro qualità ed efficacia.*
- c) E' in rapido aumento in tutti i paesi industrializzati la consultazione dei siti medici di Internet da parte dei cittadini, prima di recarsi dal medico.*
- d) I mass media sempre più spesso pubblicano inchieste e discutibili graduatorie di merito sui medici migliori, basate su criteri discrezionali e non verificati.*

Tale realtà richiede un medico aggiornato e competente, che oltre a far propri i nuovi orientamenti nell'organizzazione del lavoro, nati dall'ingresso di nuove tecnologie, deve possedere conoscenze teoriche aggiornate (sapere), nuove abilità tecniche o manuali (saper fare), e capacità comunicative e relazionali con il paziente, sicuramente autorevoli ma diverse da quelle di un recente passato (saper essere), periodo in cui il cittadino/paziente si affidava al sanitario con fiducia ed obbedienza ed in modo passivo di fronte all'autorità, quasi sempre paternalistica, del medico.

Non saremmo - in ogni caso - attenti osservatori se non ci rendessimo conto che il programma ECM presenta a tutt'oggi ampie zone di ombra su cui occorrerà far luce. Ad iniziare dall'incertezza, sull'omogenea applicazione del programma su tutto il territorio nazionale, dai finanziamenti inappropriati, senza contare le perplessità suscitate tra i medici dall'intervento massiccio delle Regioni in tema di sanità ("deregulation"), che con ogni probabilità darà vita a realtà assistenziali difformi e inciderà anche sull'uniformità degli standard formativi.

L'area libero professionale vive ancora nell'incertezza. A fronte di una legge che non fa distinzione tra medici dipendenti, convenzionati o liberi professionisti e che obbliga tutti i medici ad acquisire i 150 crediti entro il 2006, i liberi professionisti, (medici e in misura maggiore gli odontoiatri) ancora non sanno se dovranno auto finanziarsi l'aggiornamento ECM o se potranno contare su appositi sgravi fiscali, come a suo tempo ipotizzato.

Non solo. Ancora oggi si ha netta la sensazione che molti medici non abbiano preso piena coscienza del programma ECM, che non sanno come orientarsi per definire il loro percorso culturale o che hanno difficoltà a ricevere informazioni sugli eventi formativi "offerta" dai vari providers. Questa carenza nella circolazione delle informazioni può in parte derivare - a mio avviso - da una cultura informatica ancora non ben radicata tra i colleghi medici meno giovani, che non consente loro un uso appropriato della rete INTERNET, ma anche dalla mancanza di una "via di comunicazione istituzionale", in grado di fornire ad ogni medico tutti gli elementi utili per mettersi in regola con il programma obbligatorio di Formazione.

Una carenza questa ancor più penalizzante per tutti quei colleghi che svolgono la loro attività in zone disagiate, lontane dai grandi centri, dove risulta problematico ricevere informazioni e mantenere contatti con i providers. Aspetti negativi che non ho mancato di portare all'attenzione del Ministro della Salute Storace, tanto che sono convinto che egli stesso sia pienamente consapevole del fatto che il programma di Educazione Medica Continua, avviato con l'ambizione condivisa di migliorare la qualità delle prestazioni, a tutt'oggi non abbia rispettato le attese.

Una lunga fase di sperimentazione non è servita a mettere a punto un progetto efficace, in grado di far fronte alle esigenze professionali di noi medici a tutto vantaggio della collettività.

Il risultato è che siamo di fronte ad un programma farraginoso, intriso di burocrazia, che costringe tutti noi a partecipare a qual si voglia evento formativo, purché utile a conseguire il numero dei crediti previsto. Non erano certamente queste le finalità per cui il programma era stato concepito.

Fin dall'inizio i medici si sono resi disponibili a collaborare, mettendo in campo la loro esperienza di addetti ai lavori, per quanto riguarda la valutazione degli eventi formativi e le capacità didattiche dei tanti, troppi provider privati, nati come funghi sotto la spinta dei facili guadagni che il progetto ha lasciato intravedere. Ma il Ministero ha ritenuto più opportuno continuare sulla propria strada, lasciando alle rappresentanze delle professioni sanitarie il compito meramente notarile della registrazione e certificazione dei crediti. Un ruolo che certo non soddisfa chi, come gli Ordini, deve garantire per legge la qualità professionale dei propri iscritti.

Ecco spiegato il motivo per cui la FNOMCeO ha deciso di ritirare, in segno di protesta, i propri rappresentanti dalla Commissione Nazionale ECM.

Oggi viviamo in un momento di attesa. La Commissione ECM, dopo un lungo letargo, dovrebbe di nuovo dare dei segnali di vita.

Ho motivo di ritenere, in ogni caso, che il Ministero della Salute sia orientato a rivedere l'intero progetto anche alla luce delle criticità sottolineate dai rappresentanti delle professioni interessate.

L'auspicio è che al momento di mettere mano ad un nuovo progetto di formazione non si dimentichi nuovamente del ruolo degli Ordini, unici soggetti delegati a garantire la qualità professionale dei loro iscritti. Mi sembra di poter dire, quasi ovviamente, che sarebbe impossibile non attribuire all'Università un ruolo importante nel campo della formazione.

E con ciò, augurando a tutti lunga vita, buon lavoro e sicura prosperità, chiudo una collaborazione che, senza presunzione, ho considerato valida non fosse altro che per la grande passionalità che in essa ho profuso.

Cosa abbiamo fatto nel triennio 2003/2005

Cari Colleghi, Prima di “passare il testimone” ai colleghi che guideranno l’Ordine dal 1° Gennaio 2006 abbiamo ritenuto necessario e doveroso informarVi, anche se in modo estremamente sintetico, sulla situazione complessiva dell’Ordine e sulle attività svolte nel triennio 2003/2005.

Le formali e dettagliate consegne saranno ovviamente oggetto di apposita e formale relazione che sarà consegnata al nuovo Presidente.

Intendiamo comunque sottolineare che siamo orgogliosi di poter dichiarare che lasciamo ai nostri successori una situazione patrimoniale attiva (I dati contabili saranno pubblicati all’atto dell’approvazione del conto consuntivo da parte dell’Assemblea) nonostante l’Ordine abbia mantenuto una quota annua di iscrizione (**Euro 67,14**), che è la più bassa d’Italia.

Per quanto riguarda l’attività svolta riportiamo qui di seguito i dati più significativi:

a) Attività verso Enti ed Autorità

Temi di maggior rilievo affrontati:

Piano Sanitario Regionale,
Utilizzo titoli di studio e accademici,
abusivismo,
comparaggio,
situazione organizzativa e funzionale della rete ospedaliera,
liste di attesa,
SARS,
accreditamento strutture,
lauree false,
Pubblicità sanitaria,
interventi a favore di medici ingiustamente attaccati (sono stati affrontati e tutelati casi in cui dirigenti medici sono stati addirittura “licenziati” dai Direttori Generali delle strutture pubbliche di appartenenza, che hanno visto riconosciuta dall’AG la loro estraneità ai fatti loro contestati, con pieno riconoscimento, quindi della linea espressa dall’Ordine)
Nomine primariali,
rapporti con Direttori Generali AASSLL e AAOO,
Collegi Arbitrali,
Medicine non convenzionali,
Sicurezza Ospedali e strutture sanitarie,
corsi biennali di medicina ,
ECM , formazione e fabbisogno formativo
Previdenza medici e odontoiatri,
Privacy,
Servizi ospedalieri di emergenza,
Policlinici,
Specializzazioni,
Etc.

b) Attività verso gli Iscritti:

Consulenza giuridica, amministrativa e fiscale,
Consulenza e supporto per problemi ENPAM, ONAOSI etc.

Organizzazione annuale del Cerimonia del “Giuramento d’Ippocrate” per i neo iscritti

Organizzazione annuale della Cerimonia della consegna delle Medaglie d’oro agli iscritti con 50 anni laurea

c) Attività Formativa:

Eventi formativi organizzati direttamente e gratuitamente dall’Ordine:

ANNO 2003 (tot. partecipanti N. 1400)

Corso di Ematologia (4gg)	(circa 100 partecipanti)
N. 18 Corsi (2gg) ECM con LUISS Management	(Circa 1000 Partecipanti)
N. 2 Corsi x Odontoiatri	(circa 300 partecipanti)

ANNO 2004 (tot. partecipanti N. 1800)

N.18 Corsi (2 gg) ECM con LUISS Management	(Circa 1000 partecipanti)
N. 1 Corso ECM in Oncologia mammaria (1g)	(circa 150 partecipanti)
N. 2 Corsi ECM (1g) x Odontoiatri	(circa 650 partecipanti)

ANNO 2005 (tot. partecipanti n. 850)

N.3 Corsi x odontoiatri	(circa 850 partecipanti)
-------------------------	--------------------------

Nel triennio pertanto sono stati organizzati eventi formativi che hanno visto la partecipazione complessiva di N. 4.050 iscritti

Eventi formativi organizzati da iscritti o da associazioni di iscritti presso l’Auditorium dell’Ordine:

Anno 2003:	N. 61 gg di Aula
Anno 2004:	N. 60 gg di Aula
Anno 2005:	N. 50 gg di Aula

Nel triennio pertanto l’Auditorium è stato impegnato per attività formativa per complessivi n. 171 gg

d) Attività disciplinare:**Commissione ex art 6 legge 409/85 Anno 2003**

PROVVEDIMENTO	C.M 17/02	C.M 03/03	C.M 12/05	C.M 17/06	C.M 22/09	C.M 04/11	C.M 24/11	C.M 15/12	TOT.
ARCHIVIAZIONI	26		2	5	2	8	4	2	
ARCHIVIAZIONI E NOTA	2		3	12			5	1	
AVVIO	14	1	3	5	2		3	3	
SUPP.ISTRUTTORIA	1		1				2	1	
ATTESA SENTENZA	3		4	5	2		3		
RINVIO	5								

Commissione ex art. 6 legge 409/85 Anno 2004

PROVVEDIMENTO	C.M 26/01	C.M 01/03	C.M 24/05	C.M 06/07	C.M 20/09	C.M 22/11	TOT.
ARCHIVIAZIONI	3	27	17	2	8	5	
ARCHIVIAZIONI E NOTA			1	2	4	2	
AVVIO		5		3	2	6	
SUPP.ISTRUTTORIA		1				2	
ATTESA SENTENZA		3		1	2		
RINVIO	1		2	4			

Commissione ex art 6 legge 409/85 Anno 2005

PROVVEDIMENTO	C.M 18/04	C.M 08/06	C.M 18/07	C.M 07/11	TOT.
ARCHIVIAZIONI	3	9	10	13	
ARCHIVIAZIONI E NOTA	6	3		7	
AVVIO	2	2	2	9	
SUPP.ISTRUTTORIA				6	
ATTESA SENTENZA				4	
RINVIO		2		2	

Commissione Disciplina Anno 2003

PROVVEDIMENTO	C.M 24/03	C.M 09/06	C.M 23/10	TOT.
ARCHIVIAZIONE	1	5	1	
ARCHIVIAZIONE E NOTA				
AVVIO				
SUPP.ISTRUTTORIA				
ATTESA SENTENZA				
RIPRISTINO				
AVVERTIMENTO	1	3	2	
SOSPENSIONE		2	2	
CENSURA			2	
RINVIO		2		

Commissione Disciplina Anno 2004

PROVVEDIMENTO	C.M 04/05	C.M 08/11	TOT.
ARCHIVIAZIONE	2	6	
ARCHIVIAZIONE E NOTA AVVIO		1	
SUPP.ISTRUTTORIA	1	1	
ATTESA SENTENZA			
RIPRISTINO			
AVVERTIMENTO	1		
SOSPENSIONE	2		
CENSURA			
RINVIO	1	1	

Commissione Disciplina Anno 2005

PROVVEDIMENTO	C.M 14/03	C.M 30/05	TOT.
ARCHIVIAZIONE	4	6	
ARCHIVIAZIONE E NOTA AVVIO		1	
SUPP.ISTRUTTORIA			
ATTESA SENTENZA			
RIPRISTINO		1	
AVVERTIMENTO	1		
SOSPENSIONE	1		
CENSURA		1	
RINVIO			

Iscritti nei confronti dei quali è in corso proc. penale

2003	2004	2005
16	7	5

Iscritti destinatari di misura cautelare disposta dalla AG

2003	2004	2005
4		13

Dati ed informazioni di sintesi riguardanti l'attività Disciplinare:

- Convocazioni ex art. 39 DPR 221/50:
n. 130 Anno 2003
n. 104 Anno 2004
n. 81 Anno 2005
- Convocazioni ex art. 39 in itinere:
n. 23
- Procedimenti disciplinari in corso:
n.24

Dati ed informazioni di sintesi riguardanti l'attività disciplinare conclusa:

Anno 2003:

- n. 7 Archiviazioni
- n. 6 Avvertimenti
- n. 4 Sospensioni
- n. 2 Censure
- n. 4 Sospensioni ex art. 43 DPR 221/1950
- n. 1 Radiazione

Anno 2004:

- n. 8 Archiviazioni
- n. 1 Avvertimento
- n. 2 Sospensioni

Anno 2005:

- n. 10 Archiviazioni
- n. 1 Avvertimento
- n. 1 Censura

- n. 1 Sospensione
- n. 13 Sospensioni ex art. 43 DPR 221/1950

Dati ed informazioni riguardanti iscritti, la cui posizione disciplinare è sospesa in attesa esito procedimento penale in itinere:

- Anno 2003: n. 20 iscritti
 - Anno 2004: n. 7 iscritti
 - Anno 2005: n. 18 iscritti
 - Anni pregressi: n. 156 iscritti
- (I dati sono aggiornati al 5.11.05)

Iniziative dell'Ordine di particolare rilevanza istituzionale e strategica:

- **Impugnativa dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (in corso)**

- **Ricorso al Tar Lazio ed al Consiglio di Stato contro la GR Campania, il Ministero della Salute e l'Ordine dei Biologi avverso il provvedimento regionale, che consente ai Biologi l'attività di prelievo capillare e venoso (In corso. Si è in attesa di conoscere l'esito del ricorso al C.d.S.)**

Sono state inoltre molto attive le due commissioni istituite dal Consiglio Direttivo:

1) La Commissione per le attività Formative (Pres. Bruno Zuccarelli. Componenti: Saverio Annunziata, Ottavio Delfino, Gabriele Peperoni, Luigi Sparano, Maria Triassi, Umberto Zito). La suddetta commissione nell'ambito dei propri compiti istituzionali ha organizzato, con riconoscimento di crediti, corsi ECM, destinati

al più ampio numero di iscritti. I corsi sono stati indirizzati e selezionati per tutte le varie categorie dei medici e sono stati tenuti dalla LUISS Management, una delle migliori strutture di formazione a livello internazionale, coprendo, nel triennio, oltre il 40% degli iscritti che avevano esigenze formative in campo ECM. Il tema affrontato è stato: " Etica degli interventi assistenziali".

Sul fronte della formazione più in generale l'Ordine, attraverso il suo rappresentante- Dr. Zuccarelli-, ha promosso nell'ambito della apposita Commissione regionale la realizzazione della rete formativa delle Scuole di Specializzazione Universitarie con le strutture Ospedaliere e Distrettuali della Campania. Ciò ha consentito di portare gli specializzandi ad integrare il percorso formativo nelle A.S.L e nelle A.O. concretizzando di fatto ed in modo innovativo l'Ospedale di formazione. La stessa

Commissione ha inoltre iniziato il monitoraggio del percorso formativo.

L'Ordine ha fatto attiva parte, con lo stesso Dr. Zuccarelli, anche della Commissione ECM regionale che ha elaborato linee guida per le Amministrazioni al fine di garantire l'ECM a tutti i dipendenti delle strutture accreditate (pubbliche e private)

1) La Commissione per le pari Opportunità (Coord. Elena Capriola. Componenti: Roberta Arsieri, Loredana Baldini, Anna Castellano, Susy Cecchi, Mario Donisi e Maria Triassi). La Commissione è stata costituita nel 2004. Nella prima fase, ha lavorato raccogliendo normative, regolamenti in materia ed ha svolto un'indagine conoscitiva per rilevare la presenza sul Territorio di Comitati Pari Opportunità presso le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, sollecitandone la costituzione laddove non presenti, ponendosi come interlocutore con i Comitati Periferici e con la Commissione Nazionale istituita presso la sede FNOM-CeO .

E' stato redatto un regolamento di funzionamento. Sono stati individuati dei gruppi di studio finalizzati all'organizzazione di un convegno.

L'Ordine, infine ha fatto parte della Consulta Interprofessionale, nella quale, attraverso il forte e qualifica-

Del Barone presidente UNAMEF

Giuseppe Del Barone è stato eletto per acclamazione presidente dell'UNAMEF (Sindacato Nazionale di Medicina Generale). La nomina è avvenuta in seno all'Assemblea degli Iscritti che ha approvato la costituzione dell'unione tra UNAMEF e CUMI-AISS, che lavoreranno in sintonia, come sostenuto dal segretario nazionale UNAMEF, Tortora e dal segretario CUMI, Cali per la tutela della medicina tutta.

to impegno del proprio rappresentante- Dr. Alfonso Bizzarri-, ha svolto un intenso ruolo propositivo. E' stato organizzato un corso sulla consulenza tecnica civile, penale e nella Pubblica Amministrazione ed è in preparazione un altro corso riguardante alcune problematiche della Consulenza.

L'Ordine ha altresì organizzato, in collaborazione con la Provincia di Napoli, numerosi stages di orientamento per i maturandi presso la propria Sede, con la presenza di numerosi colleghi della varie branche specialistiche

Nell'augurare buon lavoro al Presidente, all'Esecutivo ed a tutti i componenti dei nuovi organismi ordinistici, cogliamo l'occasione per ringraziare gli iscritti e per formulare loro i più vivi, sentiti e collegiali auguri di Buone Feste.

Giuseppe Del Barone, Saverio Annunziata, Salvatore Cicale, Antonio De Falco, Vincenzo Del Vecchio, Luigi De Lucia, Mario Donisi, Mario Iovane, Carlo Melchionna, Santo Monastra, Francesco Raia, Giovanni Russo, Maria Triassi, Franco Verde e Bruno Zuccarelli.

Il Presidente, il Consiglio Direttivo,
il Direttore ed il personale tutto
dell'Ordine dei Medici di Napoli
formulano agli iscritti ed alle loro
famiglie gli auguri più sinceri di
Buon Natale e Felice Anno Nuovo



Bilancio del sodalizio professionale campano

Un anno di AMEC

Anche il 2005, quinto anno di attività dell'AMEC, l'Associazione nata nel novembre del 2000 che riunisce i medici ospedalieri che hanno svolto il loro iter professionale al Cardarelli e negli altri Ospedali napoletani, è stato denso di avvenimenti che voglio ricordare in questo breve riassunto.

Si è iniziato il 13 gennaio, nell'auditorium dell'Ordine dei Medici, con un interessante aggiornamento sulle "Patologie cerebrali vascolari acute", relatori colleghi Renato Apolito e Antonio Franco dell'Ospedale Nuovo Pellegrini.

Due giorni dopo, sabato 15, visita alla Mostra di Caravaggio a Capodimonte ed il 26 nella bella Sala, dei Padri Vocazionisti in Via Manzoni, Gennaro Rispoli, "Cardarelliano" di vecchia data e attuale Primario Chirurgo dell'Ascalesi ci ha deliziato con il ricordo degli antichi ospedali di Napoli Capitale. Il 2 marzo, ancora nella sala dell'Ordine, Gennaro d'Amato ci ha aggiornato sull'inquinamento atmosferico e sul conseguente aumento delle patologie respiratorie.

Una interessante conferenza sul nostro Pianeta e l'Energia è stata tenuta al Circolo Posillipo il 10 marzo. Il 5 aprile, su iniziativa dei Soci Cimino e Caivano riuscitissima visita dell'Eremo dei Camaldoli con squisito pranzo preparato dalle Suore Brigidine.

Il 13 aprile nell'auditorium dell'Ordine Franco Maglione ha illustrato ai colleghi dell'AMEC le nuove frontiere della radiologia interventistica ed il 30 dello stesso mese c'è stata la vista alla mostra di Velasquez.

Il 5 maggio il Direttore dell'Ordine dei Medici Umberto Zito, socio onorario e grande amico dell'AMEC ha tenuto al Circolo Posillipo una bellissima conversazione su "Campi Flegrei: dalle radici al mito". Sempre al Circolo Posillipo il



L'AMEC in una delle sue riuscitissime manifestazioni

19 dello stesso mese, su iniziativa del dinamico dr. Mario De Rossi si è tenuta una serata dedicata a Posillipo: parole e musica con un concerto di canzoni napoletane nel quale, accanto ad altri artisti si è esibito un altro grande amico dell'AMEC, l'avvocato Alessandro Sacchi. E' seguita la cena sociale. A fine maggio, gita a Caizzo con ricevimento del Sindaco. Il 16 giugno Renato Cimino ha ricordato, nella bella sala dei fratelli Ascione in Galleria: "Francesco II e Garibaldi: la fine di un regno".

Nella stessa Sala, il 30 settembre Alfonso Zarone ha presentato l'illustre Avvocato Generale presso la Corte di Appello dr. Roberto d' Ajello del quale ha illustrato la figura di uomo, di magistrato, di letterato e poeta di lingua napoletana, con successiva lettura di alcuni brani e poesie dell'autore.

Il 15 ottobre, riuscitissima gita a Cava dei Tirreni con visita all'Abbazia organizzata da Pasquale Saraceno ex allievo, con Clemente Vacca, del Collegio tenuto dai Padri Benedettini.

Il 21 Ottobre, ancora nella Sala Ascione il dr. Franco Roberti ha parlato di "Giustizia e Criminalità"

Grande rientro di Peppino Mancini al Circolo Posillipo il 3 novembre con una simpatica conversazione sulla Napoli del '600.

Sabato 5 novembre si è celebrata nella chiesa del Gesù Nuovo una messa in ricordo dei Colleghi scomparsi nei cinque anni di attività dell'AMEC.

Giovedì 17, al Circolo Posillipo l'AMEC ha organizzato la presentazione del libro di Innocenzo Militerni "La giustizia ed il cittadino: un rapporto difficile" con un simpaticissimo intervento del "cittadino" Benedetto Casillo.

Chiuderemo il 2005 con una conversazione della Prof.ssa Caterina Ascione su "Il corallo: dall'amuleto all'ornamento (9 dicembre) e con gli auguri di Natale (Messa e pranzo all'Eremo dei Camaldoli il 19 dicembre). In chiusura, voglio preannunciare ai colleghi ospedalieri che nella prossima Assemblea del 2006 il Consiglio Direttivo proporrà di aprire una sezione AMEC riservata ai medici ospedalieri ancora servizio che desiderino partecipare alle nostre iniziative culturali e ricreative.

Ad maiora!!!

Vanni Russo

Organizzazione e programmazione alla Fondazione

ENPAM: presentati il programma di legislatura e il nuovo Direttore Generale

◀ / Ente di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri italiani affronta il prossimo quinquennio con un Consiglio di Amministrazione parzialmente rinnovato.

Riconfermati il Presidente Eolo Parodi e il Vice Presidente dottor Giovanni Pietro Malagnino.

Nuovi eletti, invece, sono stati nominati il Vice Presidente Vicario, dottor Mario Falconi, e il dottor Alberto Volponi che, dopo diversi anni di partecipazione al Consiglio Nazionale, dal 1 dicembre 2005 assume il ruolo di Direttore Generale.

La nuova squadra ha illustrato nel corso dell'ultimo Consiglio Nazionale il programma di legislatura che, secondo il Presidente Parodi, evidenzia significative novità: "L'Ente ha bisogno di strumenti operativi più incisivi, snelli con cui rispondere meglio a logiche di gestione più marcatamente aziendalistiche e quindi di massima efficienza, con piena ed effettiva valorizzazione del personale.

Lo strumento principe che pensiamo di rinnovare è lo Statuto che dovrà, attraverso una riattribuzione dei poteri fra i vari Organi, conferire maggiore rapidità alle decisioni dell'Ente e nel contempo valorizzare l'attività delle Consulte e Commissioni, sia quelle "permanenti", sia quelle "specialistiche".

La stesura di un nuovo Statuto è per noi il banco di prova per verificare la volontà di ognuno a perseguire in maniera solidaristica, superando quindi interessi di parte o egoismi associativi, le finalità della Fondazione, che

sono, in primo luogo, le garanzie previdenziali".

"A tal fine - ha concluso il Presidente Parodi - il nostro ottimismo si identifica proprio nella scelta del nuovo Direttore Generale, Alberto Volponi, un uomo di grande esperienza professionale e politica che ci aiuterà a con-

solidare la missione istituzionale dell'ENPAM".

Nella stessa occasione, il Presidente Parodi ha espresso tutta la sua gratitudine al dotto Leonardo Zongoli, Direttore Generale uscente, per l'importante lavoro svolto all'interno della Fondazione.

Rinnovo cariche elettive in seno all'A.I.Pa.C.Me.M.



Nei giorni scorsi è stata convocata in Roma, l'Assemblea Nazionale dell'Associazione Italiana di Patologia Clinica e Medicina Molecolare (A.I.Pa.C.Me.M) per procedere al rinnovo delle cariche elettive. Ad acclamazione è stato per la terza volta rieletto il Prof. Enrico De Simone, Capo Dipartimento di Medicina di Laboratorio ed Anatomia Patologica dell'A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli. Tesoriere è stato riconfermato il Dr. Gaetano Danzi, Direttore del Laboratorio di Patologia Clinica dell'Ospedale Civile di Aversa.

Al Prof. De Simone già presidente nazionale della F.I.S.Me.Lab (Federazione Italiana delle Società di Medicina di Laboratorio) ed al Dott. Danzi le nostre congratulazioni e auguri di proficuo lavoro.

La Giunta Regionale della Campania invia una nuova comunicazione

Precisazioni in merito alla compilazione delle nuove ricette



Si fa seguito alle note n. 93613 del 2.2.2005 e n. 111545 dell'8.2.2005, di pari oggetto, per fornire alle SS.LL. indicazioni in merito alla compilazione delle ricette, in relazione alle problematiche sottoposte all'attenzione dello Scrivente dal Settore Programmazione Sanitaria in merito all'istituto della compensazione interaziendale.

Come da intesa, raggiunta con le Associazione dei MMG e PLS e dei farmacisti (giusto verbali del 26.10.2005 e del 27.10.2005 agli atti del Settore) è necessario ripristinare l'obbligo:

1. per i medici prescrittori a compilare nella ricetta l'area, sigla provincia codice ASL, anche nel caso in cui la ASL di competenza dell'assistito coincide con quella del medico prescrittore". Non deve essere compilata nel caso di assistiti STP, personale navigante iscritto al SASN o assicurati da istituzioni estere.
2. per farmacisti a suddividere le ricette per ciascuna ASL di residenza dell'assistito, fatto salvo che il medico prescrittore provveda all'inserimento del codice dell'ASL. Qualora il medico non ottemperi a quanto sopra previsto la ricetta è comunque spedibile e il farmacista provvederà ad evidenziarle a fine mazzetta .

*Il Dirigente
del Settore ACG Sanitaria
Dr Antonio Gambacorta*

Maurizio Mottola designato rappresentante della FNOMCeO nella Commissione di formazione in Psicoterapia del MIUR

Venerdì 4 novembre 2005 il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha designato lo psichiatra e psicoterapeuta napoletano (ASL Napoli 1) MAURIZIO MOTTOLA quale rappresentante della FNOMCeO nella Commissione per la valutazione dell'idoneità delle scuole di formazione in Psicoterapia del Ministero dell'Istruzione Università Ricerca (MIUR).

Tale nomina fa parte delle articolate procedure di composizione della nuova Commissione Psicoterapia del MIUR, procedure che prevedono la nomina di esperti scelti direttamente dal Ministro ed esperti

scelti tra la rosa dei nominativi designati dal Consiglio Universitario Nazionale (CUN), dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP), dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ed inoltre di 1 componente in rappresentanza del CNOP, di 1 componente in rappresentanza della FNOMCeO (per l'appunto nella persona di Maurizio Mottola), di 1 componente in rappresentanza del Ministero della Salute e di 1 dirigente in rappresentanza del MIUR.

Al collega Maurizio Mottola tanti auguri per l'impegnativo incarico.

Grande successo di pubblico al 3° Corso di Formazione ECM sulle Cellule Staminali

L'A.I.D.M. sez. Napoli "Polimnia Marconi" promuove l'informazione di una delle recenti scoperte della medicina: "le Cellule Staminali"

Nei giorni 7-8 Novembre 2005, nella sala dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Napoli, si è svolto il III Corso di Formazione ECM dal titolo: "Cellule staminali: dalla biologia alla clinica". Il Convegno è stato organizzato dalla Sezione di Napoli "Polimnia Marconi" dell'Associazione Italiana Donne Medico.

Tale evento rientra nel "Programma A.L.O.M." di formazione dei Medici, obbiettivo dell'associazione Polimnia Marconi En dal 2003. Il Corso è stato suddiviso in 3 sessioni, in ognuna delle quali si sono avvicendati illustri relatori ed esperti della materia sia del mondo Universitario che Ospedaliero.

La presidente dell'A.I.D.M. sez. Napoli "Polimnia Marconi" dott.ssa Mariassunta Cecchi, ha inaugurato il Convegno rivolgendo parole di saluto a tutti i presenti e parole di ringraziamento alle socie, ribadendo che senza il loro sostegno e il loro entusiasmo non si sarebbero potute organizzare manifestazioni di tale risoranza. A seguire il Presidente dell'Ordine dei Medici, Prof. Giuseppe del Barone, ha rivolto parole di incoraggiamento e di augurio per una fervida attività sia presente che futura dell'Associazione, manifestando pienamente una collaborazione per tali interessanti iniziative.

La prima Sessione dal titolo: "Cellule staminali e donazioni", è stata aperta dal prof. Rotoli, ordinario di Ematologia della Facoltà di Medicina - Federico II di Napo-



li. Dopo aver fornito una definizione corretta delle cellule staminali e delle loro proprietà, ha illustrato quali sono le fonti dove poter reperire queste cellule e quali sono i metodi più idonei di raccolta. Altro argomento di grande interesse è stato quello dei fattori di crescita e della loro interazione con le cellule staminali. La relazione è stata brillantemente esposta dalla dottoressa Villa afferente al reparto di Ematologia dell'Ospedale S.Gennaro-ASLNa1.

La dott.ssa Cosentini del Servizio di Immunoematologia della Facoltà di Medicina - Federico II ha definito la figura del donatore di cellule staminali emopoietiche, illustrando qual è lo scopo del trapianto di tali cellule, ed ha informato la platea sull'esistenza in Italia di un "Registro" dei

donatori di midollo osseo.

Il dott. Schiavulli della Banca Sangue Cordone Ombelicale dell'AORN Santobono - Pausilipon ha illustrato le caratteristiche delle cellule staminali cordonali, la loro plasticità, il metodo di raccolta, concludendo che l'utilizzo non emopoietico diventa sempre più consistente e rappresenta un elemento stimolante per la ricerca.

Nella seconda Sessione dal titolo: "Uso emopoietico delle cellule staminali" il dott. Sellcri e il dott. De Rosa della Divisione di Ematologia dell'Università Federico II hanno illustrato i due diversi tipi di trapianto delle cellule staminali, quello autologo (cioè dallo stesso paziente), e quello allogeneico (tra due persone diverse).

La dott.ssa Cacciapuoti inoltre,

Espressioni e soddisfazione del Presidente Del Barone

Solidarietà a colleghi ingiustamente accusati

Apprendo con compiacimento e soddisfazione che la Corte di Appello di Napoli con sentenza del 10 Ottobre 2005 ha assolto con formula piena i colleghi ginecologi dottori Domenico Antonio Maffeo e Maurizio Garruto Campanile dai reati loro ascritti.

La vicenda, che li ha visti soffrire per anni (Nel 1999 Il Dr. Maffeo è stato addirittura licenziato dall'Istituto "Pascale", dal quale dipendeva, sulla base del semplice rinvio a giudizio!), si è finalmente conclusa con il pieno riconoscimento della loro estraneità.

Sin dall'inizio ho creduto fermamente nella loro innocenza chiedendo, purtroppo inutilmente, al rappresentante legale pro-tempore dell' Istituto Pascale, di non attivare (come era giuridicamente possibile) l'ingiusta procedura del licenziamento.

Feci anche un'interrogazione parlamentare (all'epoca ero deputato) al Ministro Rosy Bindi.

Nel ribadire ai colleghi la più affettuosa solidarietà, formulo loro gli auguri più vivi perchè recuperino il tempo perduto sia sul piano professionale e, soprattutto, su quello umano ed esistenziale.

Giuseppe Del Barone



del Servizio di Immunoematologia della Federico II ha erudito il pubblico sulla manipolazione e conservazione delle cellule staminali, concludendo che le cellule sottoposte a "manipolazione estensiva" e le cellule minimamente manipolate sono considerati prodotti per terapie cellulari.

Il Prof. Crisci, professore Associato di Medicina Legale della Seconda Università di Napoli, ha concluso la sessione illustrando gli aspetti etico-giuridici circa l'utilizzo delle cellule staminali. La III Sessione, dal titolo: "Uso topico delle cellule staminali: aspetti attuali e prospettive future", ha concluso il Convegno. Numerosi esperti del settore hanno riferito sull'utilizzo clinico delle cellule staminali ed ognuno di essi ha riportato l'esperienza nel proprio campo.

Il Prof. Laino, Ordinario di Chirurgia Speciale Odontostomatologica nel corso di laurea CLOPD della S.U.N. ha illustrato l'utilizzo delle cellule staminali in campo odontostomatologico; il dottor Russo, della Clinica Ortopedica della Federico II di Napoli, invece, ha chiarito l'impiego delle cellule staminali autologhe per la riparazione del danno muscoloscheletrico, ed in particolare ha riportato la sua esperienza in merito alle applicazioni nella necrosi della testa del femore.

Il dottor Sbordone, della Clinica Oculistica della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università di Napoli, ha posto l'attenzione sulle procedure di trapianto di cellule staminali nei deficit limbari; infine il dottor Esposito, della Cattedra di Cardiologia dell'Università Federico

II, ha parlato delle cellule staminali nella terapia delle malattie cardiovascolari, dimostrando come in un recente studio si è trovato una correlazione tra livello delle cellule progenitrici endoteliali circolanti e probabilità di accidenti cardiovascolari.

La consistenza dell'affluenza di colleghi medici di tutte le branche, tale da rendere insufficienti i posti a sedere, è stata la testimonianza della validità del Corso sia per la scelta dell'argomento, di grande attualità e di interesse tra i "media", sia per l'elevata competenza dei Relatori.

L'A.I.O.M. sez. Napoli "Polimnia Marconi" con l'entusiasmo di sempre invita i colleghi al 4° Corso di Formazione ECM che si svolgerà a Napoli nel novembre 2006.

Innovativi protocolli di intervento di defibrillazione in volo

Trasporto in eliambulanza di pazienti con gravi aritmie cardiache: proposta di modifica della normativa

di Maurizio Santomauro, *Dante Lo Pardo, Enrico Febbraro, Carmine Liguori,
*Maria Rosaria Rondinella, Salvatore Buonerba, Massimo Chiariello

Per i pazienti critici, soprattutto per quelli che rientrano in un codice giallo per una sindrome coronarica acuta, si fa oggi ricorso sempre più spesso al trasporto mediante eliambulanza. Basti pensare ai pazienti che necessitano di una PTCA primaria e devono essere trasferiti in breve tempo in un ospedale fornito di sala di emodinamica h24. Per questi pazienti il trasporto deve avvenire in massima sicurezza, con lo stesso livello di assistenza (strumentale e professionale) che il paziente riceve nella terapia intensiva di provenienza. Tra gli strumenti di cui oggi sono dotate le eliambulanze rientrano anche i defibrillatori manuali, forniti di monitor ECG e pacing tratoracico. Si tratta di apparecchi salvavita dotati di più funzioni che possono fronteggiare sia le aritmie ipercinetiche che quelle ipocinetiche. Possono essere utilizzati sia su pazienti adulti sia sui bambini, sono muniti di piastre per adulti e pediatriche e possono erogare energie diverse secondo il peso e l'età. Un paziente critico con una sindrome coronarica acuta trasportato con questo mezzo veloce dovrebbe avere una continuità assistenziale senza pericolose interruzioni di monitoraggio. Infatti il trasporto



Un momento della simulazione a bordo dell'elicottero

avviene in genere alla presenza di un rianimatore e di un infermiere di area critica. In alcune circostanze durante il volo il paziente potrebbe andare incontro ad un arresto cardiaco a causa di una fibrillazione ventricolare e si potrebbe rendere necessario l'uso del defibrillatore. Tuttavia in Italia attualmente durante il volo in elicottero non è possibile utilizzare il defibrillatore. Quindi paradossalmente se durante il trasporto il paziente ha una aritmia minacciosa come la fibrillazione ventricolare o la tachicardia ventricolare senza polso il medico non può defibrillare. In questi casi quindi il medico dovrebbe aspettare che il pilota trovi un posto per

atterrare per poter effettuare la defibrillazione. Tale procedura se si svolge un tratto di mare o di montagna diventa praticamente impossibile in pochi minuti e questo ritardo potrebbe costare la vita al paziente. Questa prassi incredibile si è erroneamente sviluppata sulla base di possibili rischi sulla strumentazione di bordo causabili da interferenze elettromagnetiche durante l'erogazione di shock elettrici. In realtà la defibrillazione in volo è possibile sempre che si rispettino le norme di sicurezza e si mettano in atto le procedure di isolamento elettrico del paziente. Questo pericoloso atteggiamento nel trasporto con elicottero trova la

Cattedra di Cardiologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Federico II, Napoli

**Centrale Operativa Regionale 118 -Eliambulanza, Regione Campania*

sua giustificazione nel vecchio regolamento dell'ENAC (Ente Nazionale Aviazione Civile) (41/6821/M3 del 8/11/1994) e nella successiva modifica della circolare 40/247/CIR del 18.12.1998, secondo la quale l'operatore che intende impiegare a bordo di elicotteri apparecchiature elettromedicali (Es il defibrillatore) deve eseguire prioritariamente la verifica di quel singolo modello per ciascun tipo di apparecchiatura su ciascun elicottero in servizio. Dal 1977 in poi numerose sono le esperienze eseguite sulla compatibilità elettromagnetica dei defibrillatori usati in volo su elicotteri e tutte hanno dimostrato la assoluta sicurezza e regolarità degli strumenti. Recentemente è stato approvato un nuovo regolamento dell'ENAC per l'Elisoccorso in Italia che è entrato in vigore il 20/6/2004. Il nuovo regolamento ha introdotto aspetti innovativi sui requisiti, le basi operative, i limiti di impiego degli equipaggi in volo, la qualificazione degli equipaggi, le operazioni notturne, le operazioni con verricello di recupero, lo sbarco e imbarco di membri dell'equipaggio di missioni da volo stazionario e recupero infortunati e i servizi HEMS forniti da operatori non nazionali. Non facendo alcun riferimento alla compatibilità delle apparecchiature elettromedicali da usare in volo è rimasto pertanto in vigore, per questo aspetto, la precedente normativa. L'unica regione che ha recentemente introdotto adeguamenti normativi con il rinnovo della convenzione è stata la regione Toscana. Nel febbraio 2005 la conferenza Stato Regioni ha emanato le nuove "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di elisoccorso" che sono servite di base per il rinnovo della convenzione per il servizio di elisoccorso della Toscana in scadenza il 29.7.2005. In particolare la regione Toscana partendo dal quadro normativo nazionale ha introdotto adeguamenti anche sulle approvazioni aeronautiche delle dotazioni sanitarie di bordo. " ... il kit sanitario dovrà essere idoneo per consentire al personale sanitario di effettuare trattamenti di defibrillazione, anche durante il volo, senza inter-



La simulazione del soccorso "a terra"

ferire con la sicurezza di quest'ultimo. Tale kit e le relative modalità di utilizzo devono essere approvate dall'ENAC ed indicati nel supplemento al manuale di volo ..."

Al fine di rafforzare la possibilità della procedura di defibrillazione in volo in caso necessità, il nostro gruppo di ricerca dell'Università Federico II, ha svolto una serie di prove di compatibilità elettromagnetica su elicotteri presso l'eliporto di Pontecagnano (Salerno), in collaborazione con il Sistema 118 e l'Alidaunia. Il protocollo utilizzato ha avuto lo scopo di stabilire una procedura affinché il paziente a rischio di gravi aritmie cardiache possa essere condotto dal territorio all'ospedale garantendo in ogni fase del trasporto la possibilità di defibrillare o di effettuare una stimolazione transtoracica in caso di necessità. Le prove di compatibilità elettromagnetica sono state svolte su un elicottero a/m Agusta Al 09E "Power" versione eliambulanza/soccorso. Sono stati testati 6 modelli di defibrillatore manuali autoalimentati: Laerdal 4000, MRX Philips, Freud Schiller Esaote, Zoll Seda Serie M, Life Pak12 Medtronic, PIC 50 Wech Allyn.

Le prove sono state effettuate con elicottero a terra e motori in posizione flight, in hovering, in volo livellato a 1000 f1. I test sono stati eseguiti con manichino di prova

ALS Skill Trainer Laerdal completo di simulatore di ritmi cardiaci modello Heart SIM 200. Sono stati controllati gli strumenti di bordo e in particolare: bussola magnetica, indicatori motori/trasmissioni, Impianti NA V, Radio VHF 1 e VHF2, trasportatore, GPS, Radar, Autopilota, Flight director, Radar altimetro, impianti SAS e monitor EDU. Tutte le prove sono state eseguite con 3 scariche ai valori di 50 J, 150 J e 200 J. In totale sono stati erogati 54 Shock a energie crescenti. Durante tutti i test non si è osservata nessuna interferenza alle apparecchiature di bordo né durante l'erogazione degli shock né durante la stimolazione di pacing alla massima ampiezza (100-140 mA).

Un particolare aspetto inoltre che è stato verificato in tutte le fasi dei test relativo al controllo della sicurezza per gli operatori. Le manovre che si effettuano in una cabina dell'eliambulanza costringono ad agire in uno spazio molto ristretto e in condizioni non favorevoli per una rianimazione cardiopolmonare avanzata. Va quindi verificata la non conduttività della lettiga su cui è posizionato il paziente. Inoltre è necessario bloccare gli arti del paziente con delle fasce per evitare movimenti improvvisi e pericolosi per gli operatori. Accertarsi che non vi sia alcun contatto del paziente con altri strumenti o apparecchi

Si richiede un pediatra ospedaliero in Regione Veneto

Gentile presidente, invio questo avviso di ricerca di un pediatra ospedaliero presso l'U.O. di Pediatria dell'ospedale di Pieve di Cadore (Belluno), pregandola di darne diffusione.

Distintamente, Dott. Paolo Grotta

Ricerca di pediatra ospedaliero presso l'Unità di Pediatria - Ospedale di Pieve di Cadore (Belluno).

Il richiedente si unirà al gruppo di tre pediatri che già assistono piccoli pazienti ricoverati e ambulatoriali presso l'unità di pediatria dell'ospedale di Pieve di Cadore, piccolo ospedale nel cuore delle Dolomiti bellunesi., ambiente ideale per gli amanti di sport di montagna, a 30 Km. da Cortina d'Ampezzo e a 90' di auto dall'Aeroporto di Venezia.

L'attività di assistenza. è divisa tra servizio di guardia attiva e servizio di reperibilità. notturna e festiva.

I richiedenti devono essere cittadini italiani o di un paese aderente alla comunità

europea, devono essere in possesso del diploma di specializzazione in Pediatria ed essere iscritti ad ordine professionale. E' richiesto un curriculum vita aggiornato da inviare a questa E-mail:

uoa.pediatria.bl@ulss.belluno.it.

I requisiti di ammissione ed il modulo per la domanda saranno pubblicati sul bollettino ufficiale della regione Veneto nella prima settimana di gennaio 2006 e saranno consultabili sul sito web dell'azienda (www.ulss.belluno.it).

Per altre informazioni o per organizzare una visita si prega di inoltrare una richiesta al seguente indirizzo di posta elettronica: uoa. Pediatria.bl@ulss.belluno.it. Tel 0347.216231



presenti nella cabina. In particolare le fonti di ossigeno devono essere allocate lontano dal torace e bloccate prima della erogazione degli shock. Nel modello di elicottero Augusta AI09E Power la lettiga utilizzata è di materiale plastico e isolante e quindi idonea alle procedure di defibrillazione in Sicurezza.

Il Protocollo di intervento di defibrillazione in volo utilizzato è stato il seguente:

1. Avvisare il pilota che il paziente presenta una aritmia che necessita di shock immediato.
2. Il pilota stima e dichiara il tempo di atterraggio e il medico decide se aspettare l'atterraggio o se proseguire con l'esecuzione

immediata della defibrillazione.

3. Si chiude l'Ossigeno e si allontana la fonte dal paziente. Se il paziente è intubato si spegne il ventilatore.
4. Si aprono i finestrini
5. Si carica il defibrillatore secondo il protocollo di energia previsto da AHA per i modelli monofasici (200J-250J-360J) o bifasici (150J-150J-200J).
6. Il pilota aspetta l'avviso da parte del personale sanitario in cuffia.
7. Il pilota conferma il comando.
8. L'equipaggio sanitario conferma e il medico prima di scaricare si accerta dell'isolamento elettrico del paziente e invia lo shock.

In conclusione anche la nostra

esperienza con i 6 modelli di defibrillatore testati ha dimostrato che non si verificano anomalie di funzionamento alle strumentazioni di bordo dell'elicottero.

Attualmente tutti i defibrillatori sono stati costruiti per l'impiego stazionario o veicolare terrestre e nessuno risponde ai criteri del DO 160D. In attesa che i nuovi apparecchi vengano costruiti secondo gli standard RTCA/EUROCAE con criteri rispondenti al DO-160D è necessario autorizzare in tutte le regioni italiane al più presto l'uso di tutti i defibrillatori anche in volo, purchè muniti del marchio CE.

Intervento del Presidente della FNOMCeO rivolto ai Colleghi europei

Del Barone a Stoccolma in occasione del Convegno Europeo C.P.M.E.

Cari Colleghi e Amici,
C'era mio desiderio da tempo poter partecipare a questo Consenso, unitamente a voi Colleghi provenienti da tutti i Paesi europei, ed è un onore per me poter esprimere il mio compiacimento per l'attività in continua crescita degli Organismi professionali europei i quali hanno sviluppato e reso possibile, nel loro costante lavoro di lobbying, contatti più stretti con le istituzioni europee.

Tengo a precisare che è in scadenza il mio mandato alla Presidenza della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e quindi anche il mio impegno a carattere nazionale, impegno a cui ho sempre fattivamente partecipato.

In primo luogo, Cari Colleghi, vorrei, insieme a voi, fare una riflessione sull'iniziativa della FNOMCeO in merito alla Consen-



sus Conference dal tema "Per un codice deontologico europeo: utopia o realtà" svoltasi nel mese di

aprile a Sanremo, alla quale avete aderito con interesse e numerosi e che la FNOMCeO auspica si riveli spinta propulsiva per il futuro.

Infatti, il Convegno, nato al fine di favorire un dibattito, ha proposto un primo percorso di valutazione sulla diversa natura giuridica degli Ordini e delle Associazioni professionali in Europa ed ha, al tempo stesso, proposto un confronto importante sul ruolo della professione medica europea.

Compiere una rilevazione dei Codici deontologici nei vari Paesi europei verificando ne il diverso impatto nell'odierna società, è stato motivo di confronto e al tempo stesso constatazione dell'importanza, quale guida etica, dell'operato del professionista. Ma, a mio avviso, la FNOMCeO ispirandosi a questo, ha fatto apparire palese la volontà dei medici europei nella partecipazio-

Il Prof Grella nominato Presidente del Comitato Atenei Campani

Importante nomina per il rettore della SUN, Prof. Antonio Grella; difatti all'unanimità è stato eletto presidente del Comitato di Coordinamento regionale delle Università della Campania.

Il prof Grella ha ribadito il suo personale impegno in un momento delicatissimo per l'Università Italiana che soffre dei tagli previsti dalla Finanziaria e che pertanto rischia di essere penalizzata nella struttura e nella funzione dello sviluppo dei saperi e nella continuazione di una tradizione di elevato impegno morale e civile per la formazione delle nuove leve della società.

Il Prof. Grella subentra nell'incarico al Rettore dell'Università Orientale, Prof. Pasquale Ciriello.

(n.d.r.) All'amico illustre prof Grella le più vive felicitazioni dei colleghi napoletani per il prestigioso incarico *(G.d.B.)*

ne attiva alla costruzione dialettica di un'Europa unita.

Vorrei inoltre rammentarvi la recente approvazione della direttiva relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali che entrerà in vigore nel 2007 e che ogni Paese membro dell'UE dovrà provvedere a recepire, per la quale abbiamo in Italia avuto già incontri con le autorità competenti.

A tale proposito voglio sottolineare il sostanziale apporto degli organismi europei, in particolare del CPME, che ha permesso di seguire il completo iter di detta direttiva influenzando positivamente le istituzioni europee. Molti progressi nella elaborazione del testo sono stati ottenuti anche grazie al supporto del relatore italiano, On. Zappalà, più volte sollecitato anche dalla FNOMCeO. Ma ciò che ha creato le migliori condizioni per giungere all'approvazione di un testo favorevole alla classe medica è stato presentare i problemi nei confronti delle istituzioni europee con voce unica della professione.

Progressi sono stati anche compiuti, nei recenti anni, relativamente al problema dei pazienti e dei professionisti che possono circolare liberamente nell'ambito

dell'UE. Infatti, la libera circolazione dei professionisti è ormai una realtà. L'assistenza sanitaria deve raggiungere un livello sempre più elevato e di qualità eccellente, ma è anche vero che il progresso inarrestabile delle scienze mediche e i relativi cambiamenti continui nell'attività professionale rendono difficile prevedere il futuro sviluppo della medicina e di conseguenza quale sarà il ruolo del medico negli anni a venire. Pertanto ritengo che focalizzare il nostro interesse sulla formazione medica, sull'aggiornamento e sulle competenze professionali possa essere l'unica-sfida CM ci attende al fine di fornire servizi sanitari efficienti a tutela della salute della collettività.

Lo scambio di informazioni sui medici migranti e la relativa comunicazione tra Autorità competenti dei diversi Paesi divengono, anche questi, elementi essenziali per preservare la qualità delle cure. L'iniziativa del semestre della presidenza inglese all'UE di organizzare uno specifico Simposio svoltosi ad Edimburgo nel mese di Ottobre al quale i medici europei, e tra questi anche i rappresentanti della FNOMCeO, hanno dato il loro attivo contributo ne è stato un pri-

mo lodevole esempio. Altri temi chiave che la presidenza inglese all'Unione Europea sta affrontando prioritariamente riguardano la sicurezza del paziente e le in eguaglianze nei sistemi sanitari, temi già da tempo allo studio degli organismi professionali europei ai quali aderiamo.

In relazione al futuro degli Organismi medici europei, la FNOMCeO auspica che ci sia una ferma volontà di tutti noi per giungere ad una reciproca e proficua collaborazione tra i numerosi organismi professionali esistenti, così da consentire l'articolazione in un unico organismo rappresentativo, che permetta nel contempo la riduzione delle spese e la migliore efficacia nel raggiungere gli obiettivi a difesa della professione nei riguardi delle istituzioni europee.

E' questo il mio auspicio perché lo spirito che deve animare la classe medica europea possa rispecchiare ciò che la nostra deontologia ci insegna, anche in una società globalizzata, dove il ruolo del medico venga valorizzato mantenendo autonomia, indipendenza e responsabilità diretta nella qualità dei servizi e alla sicurezza del paziente.

La Sanità napoletana per l'Africa

Posta la prima pietra dell'Ospedale di Moramanga, nel Madagascar. Per la sua costruzione sono stati raccolti 25 mila euro da parte del personale dell'Azienda ospedaliera Cotugno di Napoli, grazie a donazioni, autotassazioni del personale tutto e sottoscrizioni.



Il Direttore Generale dell'Azienda, Vincenzo Casalino, ha spiegato la necessità del ricorso alle varie opzioni di raccolta in quanto il denaro sufficiente per la costruzione dell'Ospedale, richiedeva necessariamente un intervento deciso e solidale. La stessa Azienda Cotugno, nel tempo sarà vicina al neonato ospedale tramite intervento e presenza di personale medico ed infermieristico che così con la propria presenza testimonierà l'avvenuto gemellaggio con la struttura africana, che sarà anche attrezzata per interventi di piccola chirurgia.

(n.d.r.) il gran cuore di Napoli si è ancora evidenziato. Complimenti agli amici del Cotugno (G.d.B.)

Comunicazione sulle attività sanitarie svolte nei Paesi dell'Unione Europea

Cari Colleghi,
come promesso, continuo a tenervi al corrente sulle attività e sui lavori svolti nel quadro della sanità nei Paesi dell'Unione Europea.

Nel corso del I° semestre della presidenza lussemburghese del Consiglio dell'Unione Europea diversi temi sono stati affrontati e sviluppate svariate iniziative in ambito sanitario.

In particolare, la Commissione Europea (Direzione Generale "Salute e tutela dei consumatori") nell'agenda dei lavori ha organizzato un Forum dedicato alla sicurezza del paziente che si è svolto nel mese di aprile a Lussemburgo, al quale hanno partecipato rappresentanti della Commissione Europea unitamente agli organismi più rappresentativi dei professionisti della salute in ambito ospedaliero, dei pazienti e al Comitato Permanente dei Medici Europei (CPME) al quale la FNOMCeO aderisce.

L'interesse che la Commissione Europea e gli organismi professionali europei hanno dimostrato e l'ampio dibattito registrato, hanno prodotto l'allegato documento. Tale documento sostenuto con forza anche dalla successiva Presidenza inglese alla UE, vuole attirare l'attenzione delle istanze comunitarie sulle autorità nazionali competenti e anche su quelle locali permettendo di individuare su questo tema una piattaforma convergente che definisce punti chiave e azioni da intraprendere al fine di introdurre prioritariamente "una cultura della sicurezza" che viene

Il presidente Del Barone ai presidenti d'Ordine sulla sanità in Europa



definita nel documento quale elemento determinante per assicurare ed ottimizzare i sistemi sanitari nazionali.

Nella dichiarazione, inoltre si richiede con urgenza alla Commissione Europea di istituire una "Task Force" sulla sicurezza del paziente responsabile dell'implementazione delle attività da intraprendere.

Alla luce di quanto esposto, la

Federazione intende sottoporre alle competenti Autorità" la Dichiarazione del Lussemburgo sulla sicurezza del paziente", per dare inizio alla strategia prevista nel documento al fine di promuovere azioni che creino le necessarie premesse per sviluppare condizioni e iniziative atte a migliorare e ottimizzare specifiche misure di sicurezza.

I migliori saluti.

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.

Nuovi dispositivi amministrativi di certificazione per i medici di famiglia

Linee guida per il rilascio da parte dei Medici di Medicina Generale del certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori (Legge n° 168 - 17 agosto 2005)

Le presenti linee guida sono state elaborate dal Gruppo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione, con Decreto Dirigenziale de118.10.2005.

Il decreto legge 30 giugno 2005, n.115 convertito in legge il 17 agosto 2005 n. 168 ha previsto l'obbligo del conseguimento del certificato di idoneità alla guida di ciclomotori anche per i maggiorenni non titolari di patente di guida.

Nella fase di prima applicazione è stato previsto un periodo, fino al 10 gennaio 2008, di deroga dall'obbligo di produzione della certificazione medica per l'accertamento dei requisiti psicofisici prescritti per il rilascio della patente A, compresa quella speciale da parte dei medici pubblici individuati dal comma 2, art 119 del Codice della Strada su prescritto modcllo in bollo.

Per tale periodo di deroga, riguardante veicoli di massa e velocità limitata, a garanzia di una generale tutela della pubblica incolumità e sicurezza dei cittadini, è prevista l'acquisizione da parte dei competenti uffici della Motorizzazione Civile di una certificazione sanitaria, che attesti l'assenza di condizioni psicofisiche tali da risultare di per sé, in maniera assoluta ostative all'utilizzo del ciclomotore.

Il sanitario che svolge funzioni di medico di medicina generale del SSN, in ragione della diretta personale conoscenza delle condizioni anamnestiche e cliniche dei propri assistiti, è stato individuato quale sanitario idoneo a poter certificare l'assenza di condizioni ostative in Var di principio all'uso del ciclomotore.

Al fine di facilitare l'attività di certificazione da parte dei medici di medicina generale sono state elaborate le seguenti linee guida.

Il medico di medicina generale, nel rilasciare la certificazione dovrà tener conto delle seguenti condizioni:

1. Limitare il rilascio dei certificati ai propri assistiti in ragione dei presupposti della conoscenza diretta delle condizioni anamnestiche e cliniche dei richiedenti
2. Costatare l'assenza di condizioni morbose che escludono in via assoluta la possibilità di rilascio di certificato di idoneità alla guida secondo le previsioni del Codice della Strada.

Pertanto, al fine di poter certificare l'assenza di condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclo-



motore, sulla base della sola visita medica e delle informazioni anamnestiche raccolte, il medico di medicina generale dovrà poter escludere la presenza delle seguenti condizioni:

- presenza di deficit visivi ed uditivi, tali da risultare incompatibili con una guida sicura, comportando grave ipovisione o grave ipoacusia non correggibile
- presenza di affezioni cardiovascolari che, in relazione ai rischi e pericoli addizionali connessi alla guida di ciclomotori, risultino per la loro gravità incompatibili con la guida in sicurezza di tali mezzi
- presenza di complicazioni diabetiche oculari, nervose o cardiovascolari, di entità tale da pregiudicare la sicurezza della circolazione
- presenza di gravi malattie endocrine di entità tale da compromettere la sicurezza della guida
- presenza di postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico, di malattie del sistema nervoso centrale e periferico quali: encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave o malattie del sistema nervoso, associate ad atrofia muscolare e/o a disturbi miotonici, se in stato avanzato e con funzio-

ne degli arti compromessa in maniera tale da pregiudicare la sicurezza della guida impedendo l'uso dei comandi del mezzo

- presenza di epilessia che abbia dato luogo a crisi comiziali nell'ultimo biennio
- presenza di malattie psichiche con turbe psichiche in atto, ritardo mentale grave, psicosi o turbe della personalità quando tali condizioni non siano compatibili con la sicurezza della guida.
- sussistenza di stati attuali di dipendenza da alcol, stupefacenti o sostanze psicotrope o da altre sostanze capaci di compromettere l'idoneità alla guida
- presenza di gravi malattie del sangue, di gravità tale da risultare incompatibili con la guida in sicurezza
- presenza di insufficienza renale grave non positivamente corretta a seguito di trattamento dialitico o di trapianto.

Qualora, a seguito di visita medica e dei dati anamnestici raccolti, venga riscontrata la presenza delle sopra richiamate condizioni non potrà essere espresso un giudizio positivo di idoneità alla guida, rientrando le stesse tra le condizioni invalidanti di esclusione previste dal Codice della Strada, (ex Appendice II art 320 del Regolamento attuativo D.P.R. n. 495/92). Nel certificato dovrà essere riportato l'eventuale valutazione di don idoneità, sotto il profilo del pregiudizio per la sicurezza nella guida dei ciclomotori, al fine di consentire nell' ambito delle condizioni generali di garanzia previste dal Codice della Strada, la possibilità di ricorso alla Commissione Medica Provinciale per la revisione del giudizio.

Al solo fine pratico per il medico, quale utile supporto

ALLEGATO 1

Certifico che

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

Nato a

il.....

sulla base delle risultanze anamnestico -cliniche, secondo le linee guida predisposte dal Ministero della Salute, è in possesso delle condizioni psicofisiche di principio non ostantive all'uso del ciclomotore.

Ovvero

presenta un quadro clinico anamnestico tale da non consentire al medico di famiglia di esprimere giudizio di idoneità sulla base delle linee guida predisposte dal Ministero della Salute. Resta salva la possibilità di chiedere la revisione del giudizio secondo la vigente normativa, alla Commissione Provinciale Patenti Speciali.

(Cassare la condizione esclusiva)

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà

Luogo e data

Firma e timbro

facoltativo per facilitare il rilascio del certificato, è stato predisposto il seguente modello di scheda anamnestica, la cui compilazione e tenuta è da ritenere facoltativa, (allegato 1).

In via puramente indicativa, e con le medesime finalità sopra specificate viene proposto l'allegato schema di certificazione quale utile modello di riferimento (allegato 2).

ALLEGATO 2

SCHEDA ANAGRAFICA

Nome.....

Cognome.....

Deficit Visivo

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Deficit uditivo

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Affezioni cardiovascolari

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Complicanze del diabete

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Malattie endocrine

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Malattie del sistema nervoso

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Efficienza degli arti compatibile con l'uso dei comandi del veicolo.

Epilessia

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Malattie psichiche

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Malattie del sangue

[] assente [] presente
[] compatibile con la guida [] incompatibile con la guida

Assunzione di sostanze psicoattive

[] assente [] presente

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà

Definito dall'O.M.S. lo stato della salute dentale un problema globale e insolubile

Progetto sperimentale di assistenza odontoiatrica in età evolutiva nel Servizio Sanitario della Campania

La V Commissione Permanente del Consiglio Regionale della Campania, presieduta dal Presidente Angelo Giusto, ha approvato all'unanimità una Proposta di delibera di indirizzo da trasmettere alla Giunta Regionale, scaturita da un intervento tenuto dal Consigliere Comunale Ignazio Assumma, nella seduta del Consiglio Comunale di Napoli del 10 ottobre u.s..

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito lo stato della salute orale degli abitanti del pianeta come un problema globale ed insolubile.

L'espressione utilizzata ha il compito di ricordare che la salute orale è un obiettivo da perseguire, perché i disturbi che la riguardano sono in grado di influenzare in modo rilevante la qualità della nostra vita.

Una salute orale carente ha conseguenze profonde sulla salute generale.

L'esperienza del dolore, la comparsa di ascessi, la perdita dei denti, le difficoltà di masticare e di alimentarsi, la comparsa di cefalee, di dolori cervicali e vertebrali, un brutto sorriso etc, hanno un impatto sulla qualità della vita anche sotto l'aspetto psicologico che spesso viene sottovalutato.

Per tale motivo il problema odontoiatrico, sia sanitario che economico, ha una valenza talmente ampia da apparire insolubile se non affrontato con la necessità di predisporre interventi efficaci sia sulla prevenzione odontoiatrica che su quella ortodontica.

Una salute orale carente ha conseguenze profonde sulla salute generale. L'esperienza del dolore, la comparsa di ascessi, la perdita dei denti, le difficoltà di masticare



e di alimentarsi, la comparsa di cefalee, di dolori cervicali e vertebrali, un brutto sorriso etc, hanno un impatto sulla qualità della vita anche sotto l'aspetto psicologico che spesso viene sottovalutato. Per tale motivo il problema odontoiatrico, sia sanitario che economico, ha una valenza talmente ampia da apparire insolubile se non affrontato con la necessità di predisporre interventi efficaci sia sulla prevenzione odontoiatrica che su quella ortodontica.

Con questo obiettivo dal maggio 2003 al novembre 2004, il S.U.S.O. (Sindacato Unitario Specialità Ortodonzia), con la collaborazione, integrazione e coordinamento di competenze sociali e professionali diverse ha svolto una campagna di prevenzione primaria nelle scuole del Comune di Napoli.

Questa operazione, patrocinata e sostenuta:

- dall'Assessorato alla Educazione del Comune di Napoli
- dall'Azienda Sanitaria Na 1 ha

visto la partecipazione:

- dei Direttori delle Scuole di specializzazione di Ortodonzia delle due Università di Napoli,
- dei colleghi del Sindacato e dei colleghi della Società Italiana di Ortodonzia,
- dei colleghi dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani della provincia di Napoli,
- dei colleghi liberi professionisti esperti nella disciplina.

Tutti hanno dato la loro adesio-

ne volontariamente ed hanno svolto un lavoro di alto profilo sociale.

Gli obiettivi dell'iniziativa sono stati fondamentalmente due:

- 1) informazione sulle problematiche ortodontiche, sulla figura clinica dell'ortodontista, sui fattori ambientali capaci di creare una malocclusione, sulla metodologia dell'igiene orale, sulle norme nutrizionali.
- 2) esame clinico della bocca, della occlusione e della faccia.

Pertanto, tutti i bambini, che avevano avuto il consenso alla visita da parte dei propri genitori, sono stati visitati rispettando le più elementari norme igieniche, in locali idonei per illuminazione e per igiene (es. locale dell'infermeria). Per tutti è stato compilato un referto, consegnato ai genitori e, ove necessario, è stata consigliata la visita di un otorino, di un odontoiatra, di una igienista, di una logopedista o in presenza dell'inizio di una malocclusione una visita ortodontica. Per tutti i bambini visitati, è stata compilata e registrata una cartella clinica di considerevole valore statistico ed epidemiologico. I destinatari del nostro progetto sono stati

I bambini da sei a dieci anni che, vivendo un momento della crescita importante, possono acquisire quei comportamenti corretti, capaci di incidere poi verosimilmente sulla buona salute orale nell'arco di tutta la loro vita.

Bisogna considerare, inoltre, che l'intercettazione di una malocclusione in età precoce (5-6 anni) e la successiva terapia, ha dei costi sociali molto contenuti, ben tollerati dalla famiglia e limitati nel tempo, mentre l'evoluzione ed il consolidamento di una malocclusione, nella seconda fase di permuto dentaria comporta, quasi costantemente, l'applicazione di apparecchiature ortodontiche fisse per lunghi periodi con costi sociali ragguardevoli e coinvolgendo necessariamente sanitari con elevato grado di specializzazione diagnostica e clinica. Al termine della campagna di prevenzione primaria, sono stati visitati undicimilanovecentocinquanta bambini, sono state

svolte 98 conferenze in 82 scuole che avevano aderito alla iniziativa.

Il programma dell'O.M.S. ci dice, tuttavia, che bisogna insistere sul mantenimento delle iniziative essenziali di prevenzione, per non vanificare i successi raggiunti. Per tale motivo il S.U.S.O ha inteso ripetere la campagna di prevenzione.

Il Progetto "Un Sorriso per la Vita" sarà quindi realizzato anche nell'anno 2005-2006:

- 1) con il patrocinio e il sostegno dell'Azienda Sanitaria Na.1 Direzione Generale.
- 2) con il patrocinio morale
 - a) dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Campania Direzione Regionale,
 - b) dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Napoli.
- 3) con il patrocinio e la partecipazione:
 - a) dell'Assessorato alla Educazione,
 - b) dell'Assessorato alla Tutela dell'infanzia
 - c) del Dipartimento di Ortodonzia della Università Federico 2° di Napoli
 - d) del Dipartimento di Ortodonzia della Seconda Università degli Studi di Napoli
 - e) della Società Italiana di Ortodonzia
 - f) dell'Associazione Nazionale dentisti italiani
 - g) dei Primariati Ospedalieri:
 - ospedale Santobono
 - ospedale Pellegrini
 - ospedale Ascalesi
 - ospedale San Giovanni Bosco
 - ospedale Pausillipon
 - dei Dipartimenti delle Scuole Universitarie di Igiene dentale dei due Policlinici

Forti dell'esperienza del primo anno, e soprattutto amareggiati dall'impossibilità di poter trattare le malocclusioni intercettate in età precoce, in una struttura pubblica della Campania, il Sindacato ha voluto preparare delle linee guida per la realizzazione della terapia prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) anche nelle

strutture pubbliche della nostra Regione.

Ma cosa sono i Livelli Essenziali di Assistenza (codice L.E.A.)?

La riforma sanitaria voluta dal ministro Bindi nella passata legislatura (art. 9 comma 5 del decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502), ha introdotto nel nostro paese il concetto di erogazione dei Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza, in attuazione dei principi della dignità della persona umana, dell'equità di accesso all'assistenza, della soddisfazione dell'utente, della qualità delle cure e della loro appropriatezza rispetto agli specifici bisogni di salute.

I L.E.A. sono identificati:

- nella tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e nell'assistenza odontoiatrica e protesica per gli ultrasessantacinquenni,
- nella densitometria ossea,
- nella medicina fisica riabilitativa ambulatoriale,
- nella chirurgia refrattiva con laser

e sono erogabili secondo specifiche indicazioni e da attuarsi e garantirsi su tutto il territorio nazionale in conformità al dettato normativo dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione. L'impegno del Governo, d'intesa con la conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 1 decr. leg. del 19/6/1999 n. 229 di modifica del decr. leg. n. 502 del 30/12/92, ha portato ad un accordo Stato Regioni per il finanziamento dei L.E.A. da parte del S.S.N. Anche in questa legislatura, il Ministro Sirchia, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/01 allegato 2B, ha individuato i Livelli Essenziali di Assistenza con onere a totale o a parziale carico dello Stato, limitatamente ai programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva, per i disabili, gli anziani e persone con particolari patologie. Considerando che, rispetto al fabbisogno emergente in tema di salute orale, la terapia dei L.E.A., come prevede la legge Bindi, la legge Sirchia e l'articolo 117 della Costituzione comma 2 lettera m, risulta carente o del tutto assente, questo

Sindacato, nel definire le linee guida, ha voluto controllare quanto avviene in Europa e nelle altre regioni italiane. Ma prima di addentrarci nella disamina di quanto avviene fuori della nostra regione occorre chiederci:

la terapia delle malocclusioni è un lusso o una necessità? La tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva è una necessità e non un lusso, come dimostrato a livello mondiale dallo studio condotto in Danimarca e in Norvegia tra il 1983 ed il 1990 che ha messo in evidenza come certe malocclusioni, riscontrate prima dei 15 anni, se non trattate, possano essere correlate, quantomeno come cause, a patologie riscontrate prima dei 30 anni negli stessi individui.

I ricercatori hanno redatto un indice delle malocclusioni in base alla gravità.

Questo indice ha evidenziato:

- patologie severe da curare assolutamente (quinto, quarto e terzo grado) e
- patologie estetiche che non creano disturbi funzionali o di crescita (secondo e primo grado) e quindi non hanno necessità assoluta di trattamento.

Vediamo ora cosa avviene altrove.

In Europa, l'assistenza della salute odontoiatrica in età evolutiva

viene realizzata secondo principi diversi:

- a. con modello interamente pubblico (Gran Bretagna, Danimarca e Svezia), dove la terapia è erogata gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale, prevalentemente all'interno di strutture pubbliche;

Esso garantisce un'assistenza realmente a favore di tutte le fasce sociali, senza alcuna discriminazione di natura economica.

Tra gli svantaggi di questa forma d'assistenza dobbiamo evidenziare gli elevati costi sociali, sotto forma di imposte per il finanziamento di tale sistema, non più sostenibile, ed un'efficacia molto inferiore alle risorse utilizzate, spesso dovuta ad una inadeguata motivazione degli operatori sanitari, del paziente e delle famiglie, talora scarsamente collaboranti, proprio perché il trattamento è completamente gratuito;

- b. con modello misto a rimborso totale (Germania), dove il trattamento è completamente finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale o da altre forme assicurative o previdenziali e viene svolto prevalentemente presso studi privati;

Tra i suoi vantaggi, la possibilità per tutti di poter usufruire di una terapia ortodontica, unitamente all'utilizzo di strutture private, che esentano il Sistema Sanitario da

investimenti in strutture ed in materiali;

Tra i suoi svantaggi, la presenza di costi sociali elevatissimi determinati, sia dalle risorse umane e tecniche necessarie per la terapia, sia dagli elevati costi amministrativi gonfiati da complesse procedure burocratiche di controllo.

Tale situazione ha portato in Germania ad un parziale collasso del sistema e ad una notevole riduzione dei fondi stanziati, con grosso disagio sia degli operatori che dei pazienti, peraltro con risultati spesso non all'altezza dei costi sopportati.

- c. con modello misto a rimborso modulato, utilizzato con diverse forme in Francia, Svizzera, Norvegia ed Olanda, dove l'assistenza è garantita prevalentemente da strutture private, condotte da specialisti in ortodonzia e i pazienti hanno un rimborso parziale, correlato alla gravità della patologia, garantito dal S.S.N.

Questo sistema ha dato buona prova di sé, indipendentemente dal singolo modello nazionale, con buona qualità di risultati clinici e servizi prestati, poiché gli operatori sono di solito specialisti ed esclusivisti ed inoltre perché l'offerta avviene in una situazione di libera concorrenza. Abbiamo studiato anche cosa avviene in Italia e abbiamo evidenziato che l'assistenza in età evolutiva è garantita, in correlazione alle fasce di reddito nella provincia di Trento e Bolzano e in molte altre Regioni Italiane quali le Marche, l'Emilia Romagna e la Toscana.

Partendo da una situazione privilegiata possiamo consigliare per la nostra Regione:

- 1) la costituzione di una Commissione Regionale coordinata dall'Assessore Regionale alla Sanità o da un suo delegato e dai rappresentanti della Pubblica Sanità Regionale, per studiare quanto realizzato nelle altre Regioni ed in Europa e definire un piano per la nostra Campania senza spreco di denaro.
- 2) L'inserimento nel piano sani-

I Medici Pittori e le attività del sodalizio

∠ / associazione "Medici Pittori" avrà il suo primo incontro presso l'Ordine dei Medici il giorno 07 dicembre '05 alle 16:30. In tale occasione verranno discusse le date e gli eventi dell'anno 2006. Il 6 gennaio alle 18:30 avrà luogo l'inaugurazione dell'anno sociale presso l'Hotel "Palazzo Alabardieri" in via Alabardieri n. 38.

Nella stessa sede gli artisti saranno in Mostra con le loro opere il 6, 7 e 8 gennaio.

L'iscrizione potrà essere effettuata presso l'Ordine il giorno 7 dicembre oppure tramite bonifico a favore dei Medici Pittori abi 1030 cab 3424 C/C1294/69.

Informazioni 3204575225-3472602283 www.artperry.it

tario della figura professionale dello specialista in Ortodonzia, figura riconosciuta a livello internazionale, ma assente nel nostro ordinamento sanitario regionale.

Desidero evidenziare che la delicatezza dei problemi e l'età dei piccoli pazienti (un errore può essere molto grave per la salute e lo sviluppo psicofisico!) impongono che la terapia venga eseguita da specialisti in ortodonzia o medici od odontoiatri che esercitano esclusivamente la disciplina e non da abusivi, odontotecnici e prestanomi.

- 3) Il potenziamento degli insediamenti odontoiatrici intraospedalieri del S.S.Regionale.

E' necessario riqualificare e potenziare tutte le strutture odontoiatriche sia sotto l'aspetto tecnologico che logistico, eliminando le barriere architettoniche ove presenti, garantendo la presenza delle igieniste dentali (figura professionale assente nel nostro piano sanitario regionale), necessarie per attuare la prevenzione primaria contro la carie, garantendo la presenza di esperti in pedodonzia, ortodonzia e quando necessario di altri specialisti. I destinatari del programma di terapia nelle strutture pubbliche saranno tutti i cittadini assistiti ma soprattutto quelle persone vulnerabili dal punto di vista sanitario e sociale. La vulnerabilità sanitaria si identifica in una condizione per la quale è necessaria la cura odontoiatrica in quanto correlata ad altre malattie e nelle condizioni cliniche che rientrano nelle categorie di esenzione per patologia (Dec. Min. 28/05/2001) quali la displasia ectodermica, la cardiopatia congenita cianogena, la neuroencefalopatia con epilessia, i sieropositivi, etc. La vulnerabilità sociale identifica quelle condizioni di svantaggio sociale ed economico correlate di norma a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale. Rientra nella definizione di esclusione sociale un reddito inferiore a Euro 7.500,00. in questo caso le terapie sono a totale carico del fondo sani-



tario regionale. Le indicazioni di svantaggio economico sono definite dall'indicatore della Situazione Economica equivalente "I.S.E.E." che si basa sul reddito da attività lavorativa e finanziaria, tenendo conto del numero dei componenti il nucleo familiare. Per quanto riguarda la partecipazione alle spese per i cittadini con un reddito superiore ad Euro 7.500,00 ed in presenza di patologie del terzo, quarto e quinto grado della scala I.O.T.N possiamo prendere in esame il tariffario dell'Emilia Romagna (delibera approvata il 20 dicembre 2004), dove, per la cura di una terapia ortodontica, si ritiene congrua una partecipazione alla spesa prevista da un minimo di 45,00 ad un massimo di 60,00 euro mensili, per due o tre anni secondo il grado di difficoltà, risorse economiche necessarie per finanziare le terapie gratuite.

Il potenziamento degli insediamenti odontoiatrici extraospedalieri, anche ricorrendo alle previste sperimentazioni gestionali pubblico-privato, per la conduzione di insediamenti pubblici già presenti sul territorio e/o ad accordi contrattuali con strutture odontoiatriche private autorizzate ed accreditate. In

relazione all'indagine epidemiologica svolta dal Comune di Napoli nell'anno 2004, il 29% dei dodicimila ragazzi visitati nelle scuole elementari, presentava una malocclusione. Considerando che nella Regione Campania sono presenti circa 350.000 ragazzi da sei a dieci anni, e quindi il numero di malocclusioni potrebbe essere di circa centomila, riesce facilmente comprensibile che non è possibile affrontare un impegno così gravoso solo con le strutture pubbliche e che diventa necessario coinvolgere anche il settore privato, per soddisfare il fabbisogno emergente di sussidiarietà e assistenza integrativa, attraverso uno standard di servizio clinico e organizzativo odontoiatrico sotto il controllo del S. S. Regionale. Purtroppo, in ambito odontoiatrico è diffuso il fenomeno dell'abusivismo. Una larga fascia di popolazione, infatti, si rivolge a soggetti privi dei titoli e delle conoscenze in materia igienico sanitaria, con il rischio reale d'infezioni crociate (AIDS, epatite, ecc) spesso determinate dal fatto che gli studi, gli ambulatori sono carenti dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti obbligatoriamente dal DPR 14/01/97 in materia

di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie

In particolare la popolazione dell'età evolutiva va adeguatamente tutelata tramite la semplificazione dell'accesso dei servizi rendendo più visibili i percorsi assistenziali disponibili, eliminando ogni forma di burocratizzazione e dando una chiara ed adeguata informazione e comunicazione agli interessati e alle loro famiglie.

E' necessario orientare il sistema dell'offerta di prestazioni pedodontiche guardando a ciò che avviene nelle altre nazioni Europee e nelle altre Regioni Italiane (vedi Toscana dove il 3 luglio 2003 è stato firmato un accordo tra la Regione Toscana e l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani), puntando soprattutto ad instaurare attraverso il S.S.R. quella rete di assistenza di primo livello atta a tutelare le categorie più deboli, ad elevare lo stato di salute orale dei nostri ragazzi ed a ridurre le liste di attesa.

Per realizzare questo programma è necessario instaurare strutture idonee per percorsi di cura e assistenza che non solo svolgono funzione di base delle prestazioni odontoiatriche ma anche funzioni specialistiche di eccellenza.

Alcune di queste strutture saranno realizzate e gestite dal S. S. R., direttamente o indirettamente, anche attraverso sperimentazioni gestionali pubblico-private, così come prevede e auspica la legge. Altre, per coprire quelle aree del territorio attualmente scoperte dei servizi indispensabili, saranno gestite dai privati, sotto il controllo del S.S.R. attraverso una rete di servizi funzionali collegati tra di loro, per il controllo delle linee operative e della qualità delle prestazioni stesse, attuando così quel principio di esternalizzazione che si rende indispensabile per la pubblica amministrazione. Sarà inoltre necessario:

determinare, per le strutture private accreditate, un tariffario calmierato a favore di quei cittadini che abbiano un reddito fino ad euro 16.000,00 ;
istituire la compilazione di una

documentazione iniziale e finale a cura completata, secondo le linee guida scientifiche, per le terapie eseguite sia nelle strutture pubbliche che in quelle convenzionate.

Prevenzione: lo stato della salute orale ha una valenza talmente ampia da apparire insolubile, sia sotto l'aspetto sanitario che economico, se non affrontato con la necessità di predisporre interventi efficaci sia sulla prevenzione odontoiatrica che su quella ortodontica, per cui necessita un impegno, da parte degli specialisti odontoiatri od ortodontisti, appartenenti sia alle strutture accreditate che a quelle pubbliche del Sistema Sanitario Regionale, delle Università e degli Ospedali a svolgere su tutto il territorio regionale interventi di prevenzione mirata ai soggetti in età evolutiva (0-14 anni) ed articolata in diverse azioni concernenti la prevenzione prenatale, la prevenzione primaria e la prevenzione secondaria.

- Prevenzione prenatale: iniziative di educazione all'igiene orale e fluoroprofilassi da effettuarsi alle donne gravide ivi compreso l'esecuzione delle prestazioni di individuazione del rischio prenatale (ricerca dello streptococco viridans).
- Prevenzione primaria:
 - a) interventi di educazione alla salute con una campagna di informazione mirata alla popolazione della scuola materna ed elementare, ai genitori e al personale docente, da effettuarsi in tutti i plessi scolastici della Regione con l'uso di apposito materiale informativo;
 - b) interventi specifici attraverso il pediatra che provvede alla esecuzione dei bilanci di salute dentale e scheletrico facciale, segnalando immediatamente allo specialista il problema evidenziato.
- Prevenzione secondaria: con visita specialistica gratuita, da effettuarsi nei centri privati convenzionati o nelle strutture pubbli-

che, dai sette anni in poi ed obbligatoria ogni 12 mesi (come avviene in Belgio), pena la decadenza dell'assistenza, con la predisposizione di un apposito libretto inerente la salute orale, le regole igieniche ed alimentari, da consegnare a tutti i bambini all'atto della visita.

5) La costituzione di un Fondo integrativo odontoiatrico è auspicabile per creare risorse autonome e aggiuntive a quelle messe a disposizione dal S.S. Nazionale.

In tale fondo, cosiddetto DOC, gestito da odontoiatri ed esperti in gestione e organizzazione, potrebbero affluire quote per i previsti livelli aggiuntivi di assistenza integrativa del S.S. Nazionale da parte:

- dei Comuni
- della Provincia;
- degli specialisti che intendono convenzionarsi e che si iscrivono al fondo;
- degli odontotecnici che intendono collaborare a tariffe calmierate e che si iscrivono al fondo;
- dei cittadini che ricevono le prestazioni e che non si trovano in condizioni di disagio sociale;
- dei fornitori dentali e della aziende farmaceutiche;
- delle Associazioni, Aziende private, Industria, Commercio, Assicurazioni che intendono convenzionarsi;
- dei fondi nazionali destinati alla prevenzione.

Il fondo dovrà controllare, secondo le linee guida scientifiche internazionali, la qualità delle prestazioni stesse e monitorare continuamente i bisogni degli utenti, adeguando ad essi l'erogazione delle prestazioni.

E' indispensabile dare prestazioni di alta qualità a prezzi contenuti per poter usufruire del principio del trasferimento delle risorse (principio dei vasi comunicanti) dai cittadini che possono permettersi il pagamento di determinate prestazioni ai cittadini della fasce deboli, applicando il principio di una corretta economia di scala.

L'obiettivo è spendere meglio, senza spendere di più, migliorando la salute.

Importanti riferimenti normativi in merito alla sicurezza sul lavoro

Aspetti della Sicurezza sul Lavoro in materia di Noleggiatori, concedenti in uso o in leasing di apparecchiature

di Gaetano Iannuzzelli *

Nel presente articolo si vogliono evidenziare i vari aspetti della sicurezza sul lavoro per quanto concerne il noleggio, la concessione in uso, a locazione finanziaria di apparecchiature e/o strumentazione.

Obblighi del noleggiatore e del concedente in uso

Sono vietati la fabbricazione, la vendita, il noleggio, la concessione in uso di macchine, attrezzature di lavoro e di impianti non rispondenti alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti (art. 6, secondo comma, D.Lgs. n. 626/1994).

Rispetto alle norme già in vigore si rileva che:

- è stato riconosciuto in capo ai concedenti in locazione finanziaria l'obbligo di osservare la "vigente legislazione"
- è stato eliminato il riferimento alla circostanza della "destinazione al mercato interno" alla quale, secondo le norme già in vigore era subordinata l'insorgenza del divieto.

Chiunque concede in locazione finanziaria beni assoggettati a forme di certificazione o omologazione obbligatoria è tenuto a che essi siano accompagnati dalle previste certificazioni o dagli altri documenti previsti dalla legge (art. 7 cit.). Fatte salve le definizioni di cui al terzo comma dell'art. 1 del D.P.R.

n. 459/1996, in caso di modifiche costruttive, chiunque venda, noleggi o conceda in uso o in locazione finanziaria macchine o componenti di sicurezza già immessi sul mercato o già in servizio alla data del 21 settembre 1996, privi di marcatura CE, deve attestare, sotto la propria responsabilità, che gli stessi sono conformi, al momento della consegna a chi acquisti, riceva in uso, noleggio o locazione finanziaria, alla legislazione previgente al D.P.R. n. 459/1996.

La locazione finanziaria

L'ordinamento giuridico non reca una disposizione espressa di locazione finanziaria (c.d. leasing).

Secondo l'elaborazione giurisprudenziale il contratto di locazione finanziaria è il contratto con il quale una parte (generalmente un terzo nel così detto leasing finanziario, ma può essere lo stesso costruttore e, in tal caso, è detto di leasing operativo), dietro corrispettivo di un canone periodico determinato in relazione al recupero del prezzo del bene e al conseguimento di un utile, concede in godimento il bene all'altra, con facoltà di questa, alla scadenza del termine fissato, di restituirlo ovvero di acquistarlo (c.d. riscatto) per una specifica somma residua. Con particolare riferimento all'igiene e alla sicurezza del lavoro l'art. 7 del D.P.R. n. 547/1955, nei commi 2 e 3 aggiunti



dalla legge 2 maggio 1983, n. 178 e l'art. 6 del D.Lgs. n. 626 del 1994 - come modificato dal D.Lgs. n. 242 del 1996 - stabiliscono che i locatori finanziari non sono tenuti - a differenza dei concedenti in uso - a garantire il rispetto dello stesso D.P.R. n. 547/1955, ma solo che i beni assoggettati ad omologazione obbligatoria concessi in locazione finanziaria devono essere accompagnati dalle certificazioni e dagli altri documenti previsti dalla legge. Al riguardo il Ministero del lavoro ha precisato che tali commi trovano applicazione al c.d. leasing finanziario in senso stretto mentre al leasing operativo (cioè al contratto in cui il soggetto che dà in leasing il bene è anche produttore dello stesso) si applica il primo comma del suddetto art. 7.

Nota dell'autore: Articolo redatto dalla consultazione della vigente legislazione e da "Tutto Sicurezza e ambiente".

(*) Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli e Provincia.

Istituito il libretto sanitario dell'atleta agonista

Come noto, con D.G.R. 1143/05, la Giunta Regionale della Campania ha istituito il libretto sanitario dell'atleta agonista.

Nella riunione del 19/10/2005, tenutasi presso questo Settore, cui hanno partecipato i rappresentanti delle AA. SS. LL. ed il Presidente del CONI Regionale, è stato precisato che il libretto in argomento si compone di due sezioni. la prima relativa alle generalità dell'Atleta, ai dati relativi allo sport praticato, alla società sportiva di appartenenza al giudizio complessivo della visita, agli ulteriori accertamenti ed infine al giudizio complessivo di eventuale ricorso presentato alla Commissione di Appello ex art. 6 D.M. 18/02/02.

Nella seconda parte, invece, da compilarsi a discrezione del medico visitatore, sono indicati anamnesi, dati antropometrici, psicomotricità parametri clinici, cardio respiratori ed esami integrativi.

Al riguardo si ritiene opportuno suggerire di compilare anche questa seconda parte del libretto, in modo da disporre di un certo numero di dati che potranno essere utilizzati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale della Medicina dello Sport, per gli studi e valutazioni di carattere scientifico e per le statistiche che potranno essere elaborate ed utilizzate a scopi scientifici.

Pertanto le SS.LL. sono pregate voler sensibilizzare i medici dello sport, a riempire il libretto in parola in tutte le sue parti.

Il Presidente Regionale del CONI, inoltre, è pregato voler informare le Federazioni Sportive affinché gli atleti agonisti inseriti nelle varie società si portino presso la propria ASL di residenza, a ritirare il libretto sanitario, precisando che se trattasi di minore debbono essere accompagnati da uno dei genitori.

Per quanto concerne, inoltre, la distribuzione del



libretto in parola viene consegnata ciascuna ASL, unitamente alla presente, un floppy disk, contenente il testo del libretto ed il relativo formato.

Pertanto, le AA.SS.LL., dovranno provvedere alla relativa stampa, avendo cura di racchiudere il tutto in un cartoncino sottile sul quale riportare tutto quanto indicato nella pagina I del libretto ad esclusione dello spazio riservato al timbro ed alla dicitura dello stesso.

Per motivi di uniformità, si raccomanda di usare un cartoncino di colore bianco lucido e riportare: in alto il logo della Regione con la fascia centrale di colore rosso.

Per ogni eventuale chiarimento le SS.LL. potranno contattare direttamente il Servizio Medicina Sociale e dello Sport di questo Settore al seguente numero telefonico 081 7969363.

Si confida in una fattiva e sollecita collaborazione.

*Il Dirigente del Settore
Dr. Antonio Gambacorta*

Riforma delle riscossioni: dalla FNOMCeO riceviamo:

Si porta a conoscenza che, sulla Gazzetta Ufficiale -serie generale- n° 230 del 3.10.2005 è stato pubblicato il Decreto Legge 30 settembre 2005, n° 203 Misure di contrasto all'evasione fiscale e disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria, sottolineando l'importanza del Titolo II "Riforma della riscossione" art. 3 recante "Disposizioni in materia di servizio nazionale della riscossione".

Il suddetto articolo prevede, a far data dal 1° ottobre 2006, la soppressione del sistema di affidamento in concessione del servizio nazionale della riscossione.

Tali funzioni saranno attribuite all'Agenzia delle entrate che le eserciterà mediante la società "Riscossioni S.p.a."

Quanto sopra citato è di sicuro interesse per gli Ordini Provinciali ai fini della riscossione dei ruoli esattoriali.

Iniziativa regionale in campo farmaceutico

Un portale per la farmacovigilanza

Il Settore Farmaceutico regionale, in esecuzione degli orientamenti programmatici dell'Assessorato alla Sanità e quindi della Giunta regionale della Campania ha sempre posto particolare attenzione a tutte le problematiche connesse con il farmaco o con prodotti similari e con il loro utilizzo in sicurezza con interventi orientati:

- alla valutazione e alla riduzione del rischio terapeutico;
- alla adozione di misure per il governo della spesa farmaceutica (ex DGRC n° 3613 del 2/6/99);
- alla predisposizione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale e relativa adozione;
- alla farmacovigilanza e all'educazione per il corretto uso del farmaco L.R. non del 417/91.

Un tale molteplicità di funzioni necessita di un unico sistema di vigilanza; un sistema di Farmacovigilanza Regionale.

Tale sistema trova la sua naturale sede istituzionale nell'omonimo Servizio Farmacovigilanza del Settore Farmaceutico regionale, che ha tra le sue varie competenze, quella di coordinare tutte le attività dei responsabili aziendali di farmacovigilanza, in linea con l'organizzazione nazionale, disposta dal Ministero della Salute. La valenza delle attività svolte sinora dal servizio Farmacovigilanza regionale, è testimoniata dall'incremento delle segnalazioni che sono passate dalle 22 del 1997 alle 102 del 1998 alle 213 del 1999.

Affinché si realizzi un'attenta e completa vigilanza sugli effetti previsti e non previsti, conseguenti alla somministrazione di farmaci o vaccini, lo scrivente Settore è attualmente impegnato a sviluppare iniziative in collaborazione con la Facoltà di Medicina della Seconda Università degli studi di Napoli e con la Facoltà di Farmacia della Università "Federico II" di Napoli.

Alla Facoltà di Medicina della Seconda Università degli studi di

Napoli e precisamente con la Sezione di Farmacologia "L. Donatelli" del Dipartimento di Medicina sperimentale, la Giunta Regionale della Campania con DGRC n. 2530 del 06.08.2003 ha riconosciuto come Centro di Rilevanza Regionale il Centro di Farmacovigilanza esistente, con la motivazione che ciò possa risultare funzionale allo sviluppo delle iniziative finalizzate alla piena attuazione di un efficace ed efficiente sistema di Farmacovigilanza Regionale in collaborazione con il Settore Farmaceutico regionale ...

Un primo concreto risultato, che si intende presentare con questa comunicazione, di tale fattiva collaborazione tra la Facoltà di Medicina della Seconda Università degli studi di Napoli-Sezione di Farmacologia "L. Donatelli" e la Regione Campania è la creazione del Portale di Farmacovigilanza <http://farmacovigilanzasun.unina2.it/>.

Tale iniziativa ha l'obiettivo di offrire uno strumento utile agli operatori sanitari, 3. medici che farmacisti, nell'ambito della vigilanza ai farmaci, cosmetici o prodotti Itoterapici.

Ancora molto c'è da fare se si considera che la Regione Campania risulta essere in Italia, ancora oggi, una delle regioni in cui vengono registrate il minor numero di reazioni avverse a farmaci: per citare qualche esempio, basti pensare che in tutto il 2004 le segnalazioni registrate in Lombardia e nel Veneto sono state, rispettivamente, 1393 e 1028.

La sorveglianza post-marketing dei benefici e dei rischi derivanti dall'uso dei farmaci in commercio coinvolge non solo i medici, ma, secondo quanto disposto dai punti 2 e 4 comma c del Decreto legislativo n.95 del 08.04.2003, anche i farmacisti che vengono chiamati ad un'assidua e attenta valutazione delle reazioni avverse insorte nei pazienti in seguito all'impiego di farmaci. Tale problematica interessa, invero, anche i prodotti fitoterapici e i cosmetici, che sempre

più frequentemente sono causa di reazioni avverse gravi. In questo contesto si inserisce il nostro Portale, che ha lo scopo di fornire agli operatori sanitari (medici e farmacisti) e ai cittadini i giusti contatti con il personale specializzato, le health warning, lettere agli operatori del settore, gli articoli della letteratura internazionale concernenti la sicurezza dei farmaci, un bollettino di informazione sui farmaci, nonché consultazione di banche dati mediche e possibilità di reperire in rete il Modello di scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini del Ministero della Salute, modello previsto dal decreto ministeriale del 12.12.2003 pubblicato sulla G.D. del 13.02.2004.

A tale proposito, oltre alla classica scheda di segnalazione per reazioni avverse a farmaci e vaccini, che il farmacista o il medico dovrà sempre trasmettere al responsabile farmacovigilanza della sua ASL di appartenenza, nel Portale è stata sviluppata una sezione riservata alla cosmetovigilanza e alla fitovigilanza in cui gli utenti possono:

- Effettuare la segnalazione on line tramite scheda di segnalazione specifica.
- Consultare gratuitamente la letteratura scientifica più recente su quel tipo di reazione.
- Partecipare al FORUM di discussione sull'argomento con altri operatori sanitari.
- Chiedere qualsiasi chiarimento al personale specializzato del Centro.

La collaborazione delle associazioni professionali in indirizzo risulterà preziosa e fondamentale in questa fase, se per la massima diffusione di queste informative presso tutti i propri iscritti, i quali in qualità di professionisti del settore, avranno un ruolo preminente in questa fase di ulteriore miglioramento della qualità dei servizi regionali.

Per maggiori informazioni si consulti il sito ufficiale del Centro: <http://farmacovigilanzasun.unina2.it>

Una proposta per la prevenzione

Rischi biologici nei luoghi di lavoro

Lunedì 14 novembre si è riunito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il gruppo di lavoro, presieduto dalla Prof.ssa Isabella De Martini, sui rischi da agenti biologici nei luoghi di lavoro con la partecipazione dei rappresentanti della FNOMCeO.

Il gruppo di lavoro, in particolare, ha esaminato un documento predisposto dall'Avv. Carosi inerente agli aspetti legali nell'ambito della prevenzione e sicurezza da rischio biologico in ambiente lavoro, specificatamente in tema di punture accidentali con aghi infetti nell'ambito ospedaliero, ed ha convenuto sulla opportunità di un intervento legislativo nella forma possibilmente di decreto interministeriale, al fine di dettare le linee guida nazionali in materia. In questa occasione è stato presentato (dal Prof. Romano Spica) un documento relativo ai



rischi biotecnologici legati alla produzione e manipolazione di farmaci ricombinanti. Su proposta dei rappresentanti della FNOMCeO è stata avviata la preparazione di Corsi di Formazione/aggior-

namento e Master diretti a Medici Competenti e operatori coinvolti nella gestione di queste nuove e delicate problematiche relative alla biosicurezza in ambito occupazionale.

Colleghi Scomparsi

In ricordo del prof. Pier Giorgio Datazione

Il giorno 9/11/05 è venuto a mancare un eminente scienziato che per oltre 40 anni si è dedicato allo studio e alla sperimentazione dell'uomo in mare, in qualsiasi ricerca, manifestazione, tentativi di record o performance la sua personalità è stata sempre presente e coinvolta; perfino un recente film che ripercorre le dispute dei due grandi della "subacquea": J-Maiol e E.Maiorca, lo raffigura come un ricercatore dei limiti delle prestazioni fisiche nelle immersioni in ambienti estremi.

Il suo Istituto laboratorio di Chieti è pieno di reperti ed immagini delle spedizioni compiute in 40 anni di attività, in tutto il mondo, dal Perù alle Molucche insieme ai suoi allievi e ai subacquei che si prestavano alle sperimentazioni pionieristiche.

Con la sua figura carismatica onnipresente scompare un tipo di scienziato dal volto umano, ma anche con grande competenza tecnologica, la sua formazione fisiologica è stata permeata dalla sua militanza nell'Università di Torino con precursori della sperimentazione in ambito fisiologico come del Professore Margaria che hanno lasciato solchi indelebili nel suo bagaglio scientifico tramandata ai suoi allievi.

La creazione della scuola di specializzazione del Nuoto e delle attività subacquee presso l'università di Chieti, unica in Europa, ha forgiato centinaia di specialisti che hanno ricoperto e ricoprono la direzione di importanti centri iperbarici nazionali.

Con affetto a Pier Giorgio

Paolo Marcolin

Meritato riconoscimento al Prof. Vincenzo Guarino

Il Consiglio di Facoltà ha conferito il titolo di Primario Emerito di Medicina dello Sport al prof. Vincenzo Guarino. Si comunica, inoltre che il Consiglio di Facoltà, nella stessa adunanza, ha rivolto notevole apprezzamento per l'attività svolta in qualità di didatta e di primario del Servizio di Medicina dello Sport nonché per l'impegno rivolto al riconoscimento dell'importanza di questa disciplina in campo nazionale ed internazionale.



(n.d.r.) All'amico Guarino i complimenti più affettuosi e sentiti ricordando succintamente quanto dato alla classe in un curriculum denso di titoli e realizzazioni
(G.d.B.)

Titolare dell'Insegnamento di Medicina dello Sport della Facoltà di Medicina e Chirurgia della II Università degli Studi di Napoli.

Vincenzo Guarino nato a Melito di Napoli il 1/8/1931, laureato in Medicina e Chirurgia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli. Idoneo, con giudizio unanime, a ricoprire il posto di professore associato per il raggruppamento disciplinare n. 107 Fu chiamato dalla I Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli a ricoprire il posto unico di Professore Associato nella disciplina di "Medicina dello Sport" nell'adunanza del 20/12/1984; in servizio dal 26/10/1985, come tale. Da allora ha continuato a svolgere intensa attività scientifica documentata da n. 42 pubblicazioni su riviste italiane e straniere internazionalmente qualificate.

Si è occupato prevalentemente di Clinica e di Farmacologia in rapporto allo sviluppo della Medicina dello Sport. È redattore della rivista "La Riforma Medica".

È stato membro del XXVI Congresso della Società Italiana di Farmacologia 1992.

È membro della commissione regionale per la nuova legge di Medicina per lo Sport per la Campania.

Fa parte di un progetto di ricerca nazionale (CITFI) sull'invecchiamento cardiovascolare.

Collabora ad un progetto di ricerca IMI sullo studio dei nuovi farmaci ad attività Calcio-antagonistica.

È responsabile di un progetto di ricerca CNR nell'ambito del Comitato Nazionale delle Scienze ambiente ed habitat.

Fa parte delle unità di ricerca di un progetto per la quota del 40% (progetto nazionale: nuovi approcci valutativi in Tossicologia) e di un progetto per la quota del 60% (Comitato05) del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica.

È socio della Federazione Medico Sportiva Italiana - FMSI - CONI.

È autore in toto di 113 pubblicazioni scientifiche di cui 71 fino al 1983 e 42 dal 1984 al 1993 di cui tre in corso di stampa.

Chiarimenti sulle prestazioni FKT

Riceviamo e volentieri pubblichiamo una missiva del Prof. Nicola Pomponio in merito ai chiarimenti in relazione alle prestazioni di FKT

La nota di cui all'oggetto, che fa espresso riferimento alla legge ospedaliera 23/12/1978 n° 833 pubblicata nel supplemento ordinario della G.U. n. 360 del 23/12/1978 con decorrenza della medesima data - legge peraltro di mia buona conoscenza da "Primario ospedaliero di lungo corso" e di cui tuttora conservo il relativo fascicolo, pur essendo "alquanto lacunosa" nella sua prima parte ("...abbiamo da qualche tempo richiesto il parere ai competenti organi della regione Campania senza ricevere ancora oggi risposta..."), è in seguito, invece, molto chiara nella terminologia, lessicale e pertanto, come tale, per nulla abbisog-

nevole di qualsivoglia interpretazione semantica. E ciò più precisamente, per carenza "superiore", laddove "... chiarisce che è possibile prescrivere sulle stessa ricetta un massimo di 10+10 mobilizzazioni per segmenti non contigui della CV riducendo ad un massimo di 3 ricette la proposta terapeutica per lo stesso paziente ..."

Tale siffatta limitazione terapeutica, quindi, riguarda inequivocabilmente soltanto i 5 segmenti non contigui dell' "unicum" colonna vertebrale (sic!) - vale a dire i 5 gruppi anatomici non contigui rispettivamente delle 7 vertebre cervicali, delle successive 12 vertebre dorsali, delle ulteriori successive 5 vertebre lombari, delle ancora successive 5 vertebre sacrali e delle successive rudimentali vertebre cocci-gee; e pertanto essa limitazione non riguarda, invece, le altre rimanenti

parti del corpo umano (altri organi e/o apparati e/o segmenti relativi). Ed essa medesima, d'altronde, risulta avere ed avrà valore fino all'emanazione eventuale di una nuova norma contraria in proposito per iscritto ("Verba volant, scripta manent!")

Tanto premesso: La invito cortesemente a dare legittimo e concreto corso, per non incorrere in "omissioni", pure alla mia 4^a prescrizione allegata alla presente, riguardante la "osteoartrite alla mano sn" e non accettata dalla Reception lo scorso venerdì 9.9.05 per un erroneo presupposto; nel mentre venivano accettate le mie altre 3 prescrizioni ritenute valide e riguardanti rispettivamente la osteoartrite alla mano dx, la osteoartrite al piede sn e la osteoartrite al piede dx.

Con i più vivi e sentiti ossequi.

(l'originale è stato consegnato nelle mani dell'Amministratore Delegato del Centro Fisioterapico Mediterraneo s.r.l.)

Un nuovo lavoro sulla Medicina di Famiglia Argomenti di Medicina Generale

di Giuseppe Del Barone e Salvatore Marotta

GIUSEPPE DEL BARONE
SALVATORE MAROTTA

ARGOMENTI
di
MEDICINA GENERALE

Percorsi e tematiche
per una nuova disciplina

Edizione del 2005

Si riporta la prefazione al lavoro del Prof. Mario Condorelli

Con la esauriente panoramica della Medicina Generale, Del Barone e Marotta ci offrono un libro nuovo, ricco ed anche vivo che sicuramente sarà capace di suscitare un interesse notevole.

Vale la pena di riflettere sulle ragioni che hanno permesso a questo libro di venire alla luce.

Nel panorama sanitario in cui oggi tutti viviamo sembra che la medicina abbia trovato, con i progressi e le acquisizioni scientifiche, applicazioni divergenti e addirittura contrarie: le une foriere di scontri anche a livello teorico sui ruoli e le competenze delle varie branche della medicina e le altre felici e benefiche in quanto capaci di offrire all'utenza dei percorsi razionali sui vari percorsi diagnostici e terapeutici.

Fra queste due tendenze gli Autori del lavoro auspicano una terza via, ovvero ricercano all'interno della stessa strutturazione per discipline e specializzazioni di cui è ricca la nostra sanità una nuova ipotesi progettuale per una branca che tuttora risulta "non

specialistica": la Medicina Generale.

Presentazione di un "corpus dottrinario" che non invada assolutamente le altre branche specialistiche, ma che esalti la peculiarità di una disciplina che sul territorio, a casa del paziente possa interagire con le altre realtà sanitarie nell'ottica della globalizzazione del malato inteso come persona e non come patologia.

Anche la stessa strutturazione del lavoro che può anche essere strumento di utile consultazione per studenti interessati a comprendere al meglio i ruoli ed i limiti della medicina generalista configura come un "percorso" ragionato alla "creazione" di una nuova disciplina che abbia dietro di sé una "validazione storica" ed un ben preciso campo di azione.

Gli argomenti tracciati, quali quello sulle problematiche bioetiche in medicina generale, sviluppano il nocciolo che è da tempo alla base dell'ottimo lavoro di Del Barone alla Presidenza della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, che ha fortemente sensibilizzato la categoria tutta ai dettami della etica e della deontologia professionale per il recupero di quella "autorità morale" che troppo spesso è strappata alla professione.

Anche lo sviluppo in proiezione delle conoscenze in campo epidemiologico e statistico hanno, credo, centrato l'obiettivo prefissato dagli Autori nell'identificare un nuovo ruolo del medico di medicina generale.

Si parla molto delle banche dati ed anche della ricerca territoriale; una utile integrazione tra le Istituzioni di Ricerca e le banche dati del territorio è certamente auspicabile in quanto migliore potrebbe essere la configurazione del servizio sanitario nazionale che possa rispondere alle domande di salute specifiche per ogni territorio e, quindi, in tempo abbastanza utile avere la possibilità della fruizione di dati che possano orientare l'investimento sanitario laddove ce ne sia bisogno e con le diversificazioni del caso.

Ma, preme in questa affettuosa premessa, essere grato agli Autori, entrambi Medici di Medicina Generale e su vari fronti impegnati alla promozione di questa che ormai desidero già chiamare "disciplina", l'aver sottolineato la possibile, necessaria integrazione con gli altri settori della Sanità e non aver, come a volte accade in altri lavori, innescato una insana "battaglia di competenze" che fa molto male a tutta la sanità; invece con il libro si vede come Del Barone e Marotta abbiano voluto incentrare in modo sereno, ed equilibrato un algoritmo ideale fra, come loro la definiscono, "la specialistica d'organo", ovvero le varie specialità medico-chirurgiche, e la medicina generale. Tentativo, a mio parere, pienamente riuscito.

Sono convinto che questo lavoro potrà essere utile a quanti vogliano da un lato acquisire il titolo in medicina generale, per poterne comprendere appieno i temi e i problemi, agli studenti delle nostre Facoltà perché possano sapere che sul territorio esiste una ben precisata figura di operatore sanitario, ed a quanti vorranno incominciare a ragionare su proposte globali che possano rendere ragione ad una attività, come quella del medico generale, che da tanto tempo incentra la sua professionalità sul rapporto con la persona ammalata nella sua interezza di vita e di relazioni (ambiente, famiglia, lavoro) e che finalmente attraverso un lavoro di restyling possano renderla non tanto o solo "centrale" quanto "funzionale" alla nostra Società e ai suoi intrinseci bisogni umani e sociali.

Sosteneva J.W.Goethe "Non basta sapere, bisogna anche applicare, non basta volere, bisogna anche fare".

E' questo che hanno incominciato a fare, aprendo un nuovo percorso, Giuseppe Del Barone e Salvatore Marotta; a loro gli auspici più sinceri di un fecondo e duraturo lavoro in questo campo.

Mario Condorelli
Presidente Consiglio Superiore di Sanità