

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

Ottobre 2000

Medici & Antitrust

BIOETICA

ENPAM

Riscatto anni di laurea

VIAGGIO

senza bagaglio

INCONTRI
DI STUDIO:

- Medicina del lavoro
- Responsabilità professionale
- VRQ

Periodico Trimestrale dell'Ordine
dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona
Direttore Responsabile: Fulvio Borromei
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona
N. 10 - Ottobre 2000
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

10

pubblicità
HUMANA

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitario

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

Via Buonarroti, 1 - 60125 Ancona - Tel. 071/200266 - Fax 071/200360

Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Coordinatore di Redazione

Giorgio Fanesi

Redazione

Tiziana Giampaoli
Tiziana Pierangeli
Sergio Giustini

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Stefano Polonara

Segretario

Maurizio Memè

Tesoriere

Oriano Mercante

Consiglieri

Nicola Battelli

Giambattista Catalini

Maria Del Pesce

Giorgio Fanesi
M. Giovanna Magiera
Mario Perli
Tiziana Pierangeli
Quirino Massimo Ricci
Riccardo Sestili
M. Antonietta Tavoni
Federico Fabbri (od.)
Stefano Tucci (od.)

Revisori dei Conti Effettivi:

Francesco Lattanzi

Sergio Giustini

Giuliano Rocchetti

Revisore dei Conti Supplente:

Piero Donati

Commissione Odontoiatrica:

Federico Fabbri

Stefano Tucci

Augusto Sertori

Lamberto Lombardi

Stefano Bottacchiarri

<http://www.ordinemedici.ancona.it>

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it

Televideo pag. 420 Raitre

In copertina: L'atterrato di Villa Perozzi a Macerata (foto dell'Autore)

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 10/10/2000

Pag. 5-6

Editoriale

UNA STORIA

CHE CI RIGUARDA DA VICINO

di Fulvio Borromei



Pag. 7-10

BIOETICA. La clonazione
nell'embrione umano

Pag. 11

FARMACI

Quante note dolenti!

Pag. 12 e 13

VIAGGIO

SENZA BAGAGLIO

Pag. 14-16

eenpam

Riscatto

degli anni di laurea

Pag. 17

Strategie terapeutiche
innovative nelle epilessie

farmacoresistenti:
stimolazione vagale intermittente

Pag. 18

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria (SIVRQ)

Pag. 19

La nuova legge sui trapianti

Pag. 20

Costituita l'associazione italiana
giovani medici (AIGM)

Pag. 21-22

Notizie in breve

Pag. 23

Versamenti previdenziali
dell'INPS



**Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Ancona**

Seminari Monotematici di Aggiornamento in Medicina del Lavoro



ANCONA
Novembre 2000 - Marzo 2001

In collaborazione con:

ASL 7 Ancona - *Servizio Prevenzione e
Sicurezza Ambiente di Lavoro*
Università degli Studi - Ancona
Scuola di Spec. in Medicina del Lavoro

Con il patrocinio di:

Assessorato Sanità Regione Marche

SEGRETERIA SCIENTIFICA ED ORGANIZZATIVA:

Dott. Oriano Mercante
Tel. 0336631167 Fax 071732455
E-Mail: o.mercante@fastnet.it

Segreteria Ordine dei Medici - Ancona
Via Buonarroti, 1 - 60100 Ancona
Tel. 071200266 Fax 071200360
E-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it

Editoriale

UNA STORIA CHE CI RIGUARDA DA VICINO

Certamente l'istituzione ordinistica medica-odontoiatrica vive un momento difficile e di transizione, del quale non siamo ancora in grado di prevedere completamente l'evoluzione.

La vicenda dell'Antitrust rappresenta in maniera emblematica questa fase critica della nostra istituzione. Quando la FNOMCeO propose tramite sue deliberazioni 08/11/1985 e 03/10/1997 le linee-guida di comportamento per gli Ordini e i medici nei rapporti con le mutualità volontarie, una parte degli Ordini seguì queste indicazioni, tra questi anche quello di Ancona.

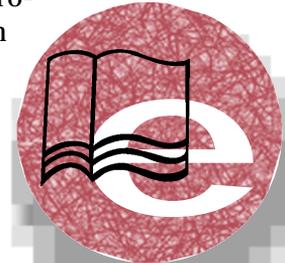
Con ciò si intendeva regolamentare il rapporto tra medici e odontoiatri e le associazioni mutualistiche, nel rispetto della congruità e della decorosità delle tariffe, garantendo uguali opportunità per tutti i medici ed odontoiatri iscritti all'albo con i requisiti richiesti, evitando inoltre forme di accaparramento di clientela e di sleale concorrenza tra colleghi, ma con garanzia di libera scelta del medico da parte del cittadino. La deliberazione oltre che su altri principi si poggiava anche sul principio dell'albo aperto (elenco di medici e odontoiatri, aggiornabile formato in base alle domande di partecipazione dei professionisti che avevano i requisiti necessari) e dell'osservanza di onorari non inferiori alla tariffa minima professionale.

L'Antitrust considerando il medico come una impresa, ritenne che queste deliberazioni fossero di impedimento alle regole del libero mercato ed aprì una istruttoria nei confronti della FNOMCeO e di tutti gli Ordini firmatari di delibere conseguenti. Tale provvedi-

mento venne adottato ai sensi della L. 287/90 (che vieta accordi tra imprese finalizzati a restringere la concorrenza all'interno del mercato) sul presupposto che i medici possono essere qualificati come impresa, ai fini delle norme sulla concorrenza. La stessa Autorità quindi qualifica la FNOMCeO e gli Ordini provinciali come associazioni di imprese.

Ciò portò la FNOMCeO ad adottare una nuova deliberazione n. 180 in data 15 luglio 2000, revocando la precedente del 1997, ma ribadendo i principi che comunque avevano ispirato il precedente atto. Il Consiglio dell'Ordine di Ancona affrontando tale problematica, in quanto sottoposto a procedimento dell'Antitrust, presentava, con la consulenza del proprio legale, una difensiva dove veniva messa in evidenza la natura del tutto peculiare della Professione Medica-Odontoiatrica, l'importanza della tutela della salute richiamando l'articolo 32 della Costituzione, ma anche come l'iniziativa economica non possa svolgersi in contrasto con l'utilità sociale, come ricordato nell'art. 41 sempre della Costituzione.

Questi principi li riteniamo importanti e seppure attenti alle evoluzioni giuridiche attuali dobbiamo comunque far riferimento al nostro patrimonio etico-deontologico che ci caratterizza e difenderlo.



Proprio in questi giorni veniamo a conoscenza delle decisioni dell'Antitrust che considera grave la condotta della FNOMCeO e non considera idoneo il comportamento della stessa Federazione, pur avendo revocato la deliberazione del 1997, ad evitarle sanzioni, considerando che la nuova deliberazione mantiene in essere la violazione ascrivibile alla precedente.

Per tale motivo le viene comminata una sanzione pecuniaria di 122.637.994 pari all'1,5% delle entrate contributive per l'anno 1999.

Certamente la Federazione potrà presentare ricorso al TAR Lazio e difendere ancora i principi che l'hanno animata, ma non possiamo esimerci da alcune riflessioni amare che ci vedono paragonati ad altre entità economiche di cui non abbiamo né la struttura

né le finalità e non tiene conto della nostra storia, anzi tende a stravolgerla ed a negarla.

Questa vicenda ha provocato anche lacerazioni interne al Comitato Centrale della FNOMCeO, di difficile ricomposizione, con la sfiducia al Presidente Pagni, inoltre tutto ciò dovrebbe farci comprendere quanto la Professione sia vessata ingiustamente e per tale motivo dobbiamo essere promotori e sostenitori di progetti a valenza politica che ci riportino ad occupare quello spazio nella società che ci compete meritatamente a cominciare da una reale ed efficace riforma degli Ordini che ci dia quegli strumenti appropriati e necessari per progettare il nostro futuro che è strettamente legato a quello della salute dei cittadini.

Fulvio Borromei

Consulenze

FISCALE

La consulenza (gratuita per tutti gli iscritti) è offerta nei seguenti giorni:

5 e 19 ottobre 2000,

9 e 23 novembre 2000,

7 e 21 dicembre 2000

dalle ore 15.00 alle ore 16.30.

Per consigli telefonici rivolgersi al Commercialista, tutti i lunedì dalle ore 9.00 alle ore 10.30 - Tel 0712071243

ENPAM

La consulenza (gratuita per tutti gli iscritti) è offerta il martedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00

LEGALE

La consulenza (gratuita per tutti gli iscritti) è offerta il 2° ed il 4° martedì del mese previo appuntamento con la Segreteria dell'Ordine

responsabilità professionale

L'Ordine, in collaborazione con l'Accademia Marchigiana di Logica Giuridica, organizza una serie di tavole rotonde su argomenti giuridici di interesse medico.

Le date stabilite sono le seguenti:

24/10/2000 (vedi avviso a pag. 22):

"Temi di responsabilità penale dei medici";

21/11/2000:

"Temi di responsabilità civile dei medici";

12/12/2000:

"Temi di responsabilità amministrativa dei medici";

23/01/2001:

"Consenso informato".

Si pregano coloro che fossero interessati a partecipare di inviare tramite fax (071-200360) o e-mail segreteria@ordinemedici.ancona.it una adesione preliminare. Sarà cura della segreteria dell'Ordine comunicare attraverso il televideo e sito internet il programma dettagliato ed il luogo degli incontri.

BIOETICA

La clonazione dell'embrione umano

La possibilità di clonare un'embrione umano e di utilizzare delle cellule staminali embrionali totipotenti ha sollevato un dibattito scientifico ed etico, che è culminato nell'annuncio di Blair del via libera alla clonazione degli embrioni umani per scopi scientifici, sulla base di un rapporto del Dipartimento della Salute inglese. A tale possibilità il Parlamento europeo ha espresso parere negativo, seppure risicato, nella seduta del 7.9.00. L'argomento è molto importante sia per gli aspetti etici che solleva, sia per le inedite possibilità terapeutiche che prospetta. Può essere utile tracciarne in questa puntata la storia, tentando in seguito di riflettere sulle problematiche in questione. Questa metodologia è, infatti, particolarmente indicata nei dibattiti bioetici caratterizzati da una presenza variegata di valori in gioco. In tal modo, presentando prima i fatti e successivamente le prospettive etiche, ogni collega può avere l'idea dei valori presenti e delle diverse posizioni etiche. La storia della clonazione dell'embrione umano e dell'uso delle cellule staminali è un bel'esempio della multidisciplinarietà della scienza e di come sperimentazioni differenti possano approdare a programmi di ricerca comuni. Esistono, infatti, tre filoni di ricerca scien-

tifica che si sono intrecciati negli anni ed oggi convergono in un progetto comune. Essi sono la fecondazione in vitro, la clonazione di animali, la scoperta di cellule staminali embrionali totipotenti.

La fecondazione assistita.

Dal punto di vista cronologico, possiamo far iniziare la storia con la nascita della prima bambina *concepita in pro-*

vetta. Louise Brown, con i suoi vagiti, ha annunciato al mondo la possibilità di manipolare l'embrione umano, inaugurando la lunga stagione delle fecondazioni assistite. Si ritiene di non spendere molto spazio, descrivendo le tecniche di fecondazione assistita che si sono succedute negli ultimi venti anni. Esse sono note, almeno a grandi linee, a tutti i colleghi.

Per quanto riguarda i nostri obiettivi, si segnalano due fatti: in primo luogo, la Fecondazione in vitro con embrio transfer (FIVET) e le sue varianti sono state proposte all'inizio come terapia per la sterilità di coppia altrimenti non risolvibile. Oggi tendono a presentarsi come una modalità del *normale* nascere umano.

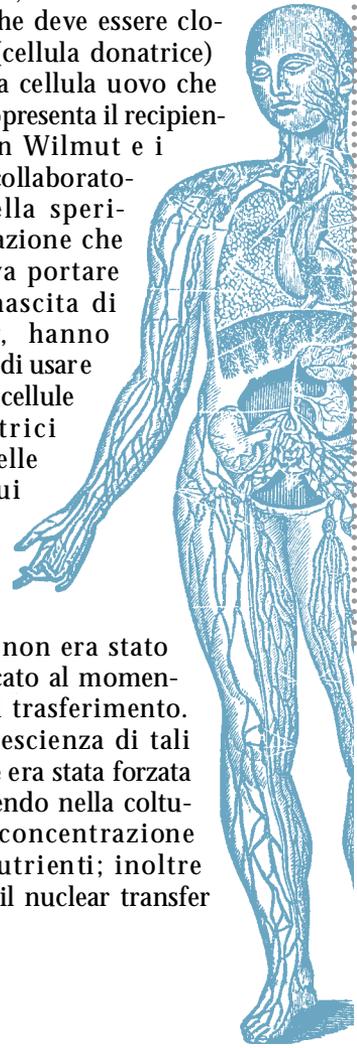
In secondo luogo, con la fecondazione assistita per la prima volta si è potuto manipolare l'embrione umano ed acquisire in breve tempo una

manualità operativa alla portata di molti laboratori e centri di ricerca.

La clonazione di animali

L'altro evento, vera e propria pietra miliare del progresso biotecnologico, è stato la nascita di Dolly, il primo mammifero clonato da una cellula adulta. La clonazione praticata si basa sulla tecnologia del *nuclear transfer*: sul trasferimento, cioè, del dna della cellula che deve essere clonata (cellula donatrice) in una cellula uovo che ne rappresenta il recipiente. Jan Wilmut e i suoi collaboratori, nella sperimentazione che doveva portare alla nascita di Dolly, hanno scelto di usare come cellule donatrici di quelle il cui

DNA non era stato duplicato al momento del trasferimento. La quiescenza di tali cellule era stata forzata riducendo nella coltura la concentrazione dei nutrienti; inoltre dopo il nuclear transfer



l'uovo era stato sottoposto ad impulsi elettrici per mimare la fisiologica stimolazione causata dallo spermatozoo. I tentativi furono praticati su fibroblasti fetali e su cellule provenienti dalle ghiandole mammarie di una pecora al terzo mese e mezzo di gravidanza.

La scelta era motivata dal fatto che in tale stato le cellule mammarie crescono vigorosamente aumentando così le possibilità di una buona coltura.

Il successo della clonazione di Dolly e di altri agnelli nati utilizzando i fibroblasti fetali dimostrò che i protocolli praticati presso l'Istituto di Roslin erano riproducibili. Con Dolly, la manipolazione dell'embrione giunge a tal punto da poter deciderne l'intero patrimonio genetico.

Il problema della clonazione umana

La nascita di Dolly, immediatamente, ha aperto la porta alla possibilità di clonare un essere umano e il dibattito si è spostato rapidamente su questo fronte. Il 12 marzo con 457 voti a favore, 6 contrari e 25 astensioni il Parlamento Europeo approva a Strasburgo l'adozione di un bando mondiale della clonazione umana e si pronuncia per l'istituzione di un comitato etico dell'Unione Europea. Il Parlamento Europeo (PE) nella Risoluzione B4-209/97 esprime la sua ferma condanna ritenendo che: la clonazione di esseri umani non può essere assolutamente giustificata o tollerata dalla società in quanto essa rappre-

senta una grave violazione dei diritti umani fondamentali, ed è contraria al principio di parità tra gli esseri umani poiché permette una selezione eugenetica e razzista della specie umana, offende la dignità dell'essere umano e richiede una sperimentazione sull'uomo.

Anche per questi motivi il PE vieta nell'Unione Europea la clonazione di esseri umani, per qualunque scopo, venisse attuata. Il Parlamento europeo, inoltre, considerando che si rende necessaria un'azione internazionale,

1. sottolinea che ogni individuo ha diritto alla sua specifica identità genetica e che la clonazione umana è e deve continuare ad essere vietata;
2. chiede un'esplicita messa al bando, a livello mondiale, della clonazione di esseri umani.

Il 18 marzo 1997 L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) emette una Dichiarazione sulla Clonazione (Rapp. N. 756_CR/97) che vieta la clonazione umana. Nell'ambito laico dei diritti e della dignità umana, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene che la clonazione umana

- a) Non sia accettabile sul piano etico, perché violerebbe alcuni dei principi fondamentali della procreazione medicalmente assistita. Questi principi includono in modo particolare il rispetto della dignità della persona umana e la protezione della sicurezza del materiale genetico umano.
- Il Comitato nazionale ita-

liano per la bioetica, (CNB) muovendosi nelle posizioni espresse dalle dichiarazioni sino ad ora presentate afferma: la clonazione di individui umani non è condannabile eticamente per una pretesa violazione da parte della scienza e degli scienziati di limiti che la conoscenza umana non dovrebbe mai avere il permesso di valicare. La clonazione di individui umani è invece da condannare:

- a) per le finalità per cui venga posta in essere, e cioè:
 - a') in quanto costituisce un attentato alla unicità biologica del soggetto umano, generato tramite clonazione.
 - a") in quanto lede il diritto di ciascun essere umano alla propria dignità, nella misura in cui può essere messo in crisi il diritto di autodeterminazione.
- b) per le modalità con cui può manifestarsi, qualora queste modalità implicino manipolazione e/o commercializzazione del corpo umano o di sue parti, o commistione di geni di specie diverse al fine di generare chimere, e in particolare quando ciò avvenga a fine di lucro.

E infine la clonazione appare condannabile per il rischio che tale pratica possa mettere in crisi gli equilibri fondati sulla diversità biologica, provocando nel medio e nel lungo periodo conseguenze non intenzionali, ma estremamente pericolose per le generazioni future.

Dopo meno di tre anni dalla ferma condanna della clonazione umana, i pareri appaiono modificarsi, Blair e Clinton seppure, con modalità differenti, aprono la strada alla clonazione dell'embrione umano. La ragione di tale cambiamento, può essere ricercata nella scoperta che segue.

La scoperta delle cellule staminali embrionali

L'ultimo evento può essere letto attraverso i suggestivi articoli della stampa internazionale. Il 5 novembre '98 ABC-NEWS inizia così l'articolo:

"immagina un giorno quando i medici potranno ordinare ad un laboratorio parti del corpo per riparare organi ammalati, o quando potranno iniettare cellule speciali nel cuore ammalato di soggetti per ripristinare i tessuti morti. Quel giorno è oggi un gradino più vicino"

L'8 novembre l'ANSA Italia scrive: *"GB: a ciascuno un gemello congelato che fornisca gli organi. In un futuro non lontano ogni bambino potrebbe avere in regalo alla nascita una specie di gemello allo stato embrionale usabile da "kit genetico" con organi di ricambio se nel corso della vita fossero necessari trapianti"*.

Cosa è accaduto? La Geron Corporation, nota per i suoi lavori sulla telomerasi, il 5 novembre 1998, annuncia la prima derivazione di stem cells embrionali umane.

I programmi sperimentali che hanno portato a tale scoperta sono due e i risultati sono sta-

ti pubblicati il 6 novembre su Science e il 10 novembre su Proceedings of the National Academy of Sciences. Nel primo articolo viene pubblicata la ricerca praticata presso l'Università del Wisconsin da parte di James Thomson e dei suoi collaboratori.

I ricercatori sono riusciti, per la prima volta, a derivare delle cellule staminali embrionali umane (hES) e a mantenerle indefinitamente in coltura.

La ricerca pubblicata da *Proceedings of the National Academy of Sciences*, invece, è stata effettuata presso il Johns Hopkins University School of Medicine dall'équipe diretta dal Prof. John Gerhart, docente di Ostetricia/Ginecologia e di Fisiologia umana. Nella ricerca praticata presso la Facoltà di Medicina Hopkins sono state isolate dal tessuto fetale umano le cellule germinali primordiali (PGCs) che formeranno ovuli e spermatozoi. Le PGCs sono state successivamente coltivate su terreni di coltura addizionati con fattori di crescita. Dopo successivi passaggi in coltura, le PGCs si sono sviluppate in cellule staminali totipotenti capaci di differenziarsi nelle tre linee tessutali: endoderma, mesoderma ed ectoderma. Tale ricerca è stata sponsorizzata dalla Geron Corporation. Il vice presidente della Geron, Thomas B Okarma sottolinea come la propria industria abbia sponsorizzato e autorizzato entrambi i lavori sperimentali: "con questi collaboratori la Geron ha ottenuto la deri-

vazione delle cellule staminali umane per mezzo di due differenti strategie: le cellule staminali embrionali (hES) derivate da blastocisti fertilizzati in vitro e donati per la ricerca scientifica e le cellule germinali embrionali (hEG) provenienti, mediante un differente processo, dal tessuto fetale umano. Entrambi gli approcci comunque hanno portato con successo alle cellule staminali totipotenti"

Nello stesso comunicato stampa David L. Greenwood, il direttore dell'ufficio finanziario, annuncia i brevetti di entrambe le procedure sperimentali e l'obiettivo strategico di stabilire e mantenere la supremazia in tale campo. Per la comprensione della portata di tale notizia, è necessario seguire la sperimentazione pratica dal Dott. James Thomson presso l'Università del Wisconsin.

Le informazioni seguenti provengono dallo stesso Thomson e dalla Geron Corporation e servono, in primo luogo per capire il lavoro del medico americano e, in secondo luogo, per analizzare successivamente la modalità di presentazione dei dati sperimentali e delle possibili applicazioni nelle scienze mediche e biologiche. Le hES derivano da blastocisti fertilizzati in vitro, donati con il consenso informato del soggetto. Esse sono differenti tra tutte le cellule staminali umane isolate precedentemente e possiedono delle caratteristiche che le rendono utili per nuove applicazioni terapeutiche, farmaceutiche e

scientifiche. Le caratteristiche delle hES sono:

1. totipotenza
2. *self-renewing capacity*
3. espressione della telomerasi
4. normale cariotipo

Le cellule hES sono totipotenti: esse possono costituire virtualmente ogni cellula del corpo. In particolare esse sono in grado di formare ognuna delle linee cellulari, includendo l'epitelio cutaneo (endoderma), il tessuto cartilagineo, l'osso e quello muscolare liscio e striato (mesoderma), il tubo neurale, i gangli embrionali e l'epitelio squamoso stratificato (ectoderma). Le altre cellule staminali umane, appartenenti ad uno stadio più avanzato di maturazione cellulare, possiedono solo una limitata capacità di formare alcune cellule: come le cellule del tessuto sanguigno (CD34+ stem cells) o il tessuto connettivo. Le cellule hES, sotto appropriate condizioni in vitro, sono in grado di ripopolare se stesse mentre rimangono in uno stadio indifferenziato. Non è possibile mantenere a lungo questa capacità di autoripopolazione nelle colture delle altre cellule staminali umane. L'abilità delle cellule hES di propagarsi indefinitamente nello stadio indifferenziato, senza perdere la loro totipotenza le distingue dalle altre cellule staminali multipotenti ritrovate nell'uomo. La telomerasi è una *DNA polimerasi* ed è l'enzima che una volta riattivato nelle cellule normali ne permette la continua prolife-

razione. Le cellule hES esprimono normalmente l'enzima telomerasi. La continua attività della telomerasi dà alle cellule hES la loro immortalità replicativa. Le altre cellule staminali esprimono la telomerasi a bassi livelli o solo periodicamente e, quindi, tali cellule invecchiano e smettono di dividersi con il tempo.

Le cellule hES mantengono un corredo cromosomico stabile, includendo i cromosomi sessuali, anche dopo una prolungata crescita in vitro. Non presentano, per esempio, alterazioni del DNA quali addizioni, delezioni, o riarrangiamenti cromosomiali, come invece accade nelle linee cellulari rese immortali da virus e nelle cellule tumorali.

Per queste caratteristiche le cellule hES sono uniche. Nessun'altra cellula, secondo quanto afferma l'articolo di Thomson, ha le stesse potenzialità nello sviluppo delle terapie dei trapianti, nelle ricerche farmaceutiche e della biologia. L'autore procede, enumerando i possibili benefici che tale scoperta può arrecare alla scienza e in particolare alla medicina.

Le aree applicative più promettenti sono:

1. La medicina dei trapianti di organi.
2. Lo sviluppo della ricerca farmaceutica.
3. La biologia dello sviluppo umano.

Dalla fine del '98 ad oggi, le ricerche si sono succedute, ribadendo le enormi possibilità delle cellule staminali totipotenti.

Le cellule staminali possono derivare da fonti differenti:

- 1 Da embrioni ad uno stadio precoce di sviluppo (blastocisti) creati dalla fecondazione in vitro, utilizzando sia quelli non più necessari per il trattamento della sterilità, oppure creandoli specificatamente per la ricerca scientifica;
- 2 Da blastocisti creati inserendo il nucleo proveniente da una cellula adulta in un cellula uovo dalla quale sia stata rimosso il suo nucleo.
- 3 Da cellule germinali o da tessuti di feti abortiti
- 4 Dalle cellule del sangue del cordone ombelicale alla nascita
- 5 Da alcuni tessuti adulti come il midollo osseo
- 6 Da cellule mature, riprogrammate come cellule staminali.

I punti 1 e 2 rappresenterebbero le fonti più efficaci da un punto di vista industriale.

E' evidente come la fecondazione in vivo provveda alla manipolazione dell'embrione, mentre la tecnica della clonazione animale risolve il punto due, portando alla clonazione di un embrione umano dal quale prelevare le cellule staminali identiche geneticamente a quelle del donatore.

Questa è, in grandi linee, la storia di tre progetti di ricerca scientifici che intersecandosi hanno portato alla possibilità attuale di clonare un embrione umano per scopi scientifici. Nella seconda puntata valuteremo le differenti prospettive etiche.

Massimiliano Marinelli

FARMACI: quante "note" dolenti!

Puntuale come l'influenza anche quest'anno è giunto l'allarme per l'aumento della spesa farmaceutica nel primo trimestre dell'anno. Dal Ministero della Sanità giù, giù, fino alle Regioni, alle Aziende ed ai Distretti, tutti si sono preoccupati per l'aumento diffuso ovunque della quota di risorse economiche impegnata per la cura chimica dei cittadini. E sono ricominciate le solite discussioni intorno a questo argomento: come si misura l'efficienza di un'azienda che si occupa di sanità? Chi sono i veri prescrittori di farmaci? E' più utile spendere in farmaci per fare a meno di qualche ricovero? Occorre realmente pensare ad un budget farmaceutico personalizzato? E' giusto "contingentare" le ricette a disposizione di ogni medico come hanno tentato, inutilmente, di fare in Campania? Se è vero che la spesa farmaceutica rappresenta una percentuale non eccessivamente rilevante della spesa sanitaria globale, è logico puntare gli occhi così pesantemente su di essa? E tanti altri interrogativi che ormai da anni ci accompagnano costantemente senza trovare risposta e che ormai siamo abituati a considerare come uno dei tanti problemi di tipo non prettamente medico che assediano la nostra professione. Certamente questo non è un argomento da snobbare: la limitatezza delle risorse (sia pure in un sistema che impegna nella sanità una delle più piccole percentuali di PIL di tutti i paesi occidentali) obbliga tutti i medici ad una prescrizione attenta ed oculata, ma non ci sembra che questa volta ci siano rimproveri particolari da fare alla categoria. Non c'è da stupirsi se all'inizio di quest'anno la spesa è aumentata. Forse ci sarebbe stato da stupirsi del contrario visto che nel corso del 2000 si è avuto l'aumento del prezzo dei farmaci per l'adeguamento alla media europea, visto che sono stati ammessi alla rimborsabilità tanti principi attivi che ne erano esclusi e visto che si è avuta l'introduzione delle nuove norme sulle esenzioni dal ticket che hanno ampliato il numero di patologie interessate.

E come se non bastasse incombono su tutti noi le "Note" che spesso però suonano una melodia poco orecchiabile. Hanno ormai superato il numero 80 e subiscono costantemente modifiche, anche repentine, con grosse difficoltà di adattamento del sanitario stesso. Per il medico non è

facile spiegare al cittadino il senso di alcune scelte ministeriali e spesso da questo nascono anche situazioni conflittuali alimentate occasionalmente anche da comportamenti per lo meno poco informati da parte di altre figure professionali interessate alla prescrizione farmaceutica. Tutto questo naturalmente pende come una spada di Damocle sulla testa dei Medici di Famiglia, come al solito ultimi anelli della catena, i quali vivono tutti questi problemi in prima persona. Ma la burocratizzazione della sanità non risparmia proprio nessuno e così neanche gli specialisti ambulatoriali, gli ospedalieri, gli universitari, insomma tutti i colleghi, sono esclusi da questa musica. Leggiamo infatti cosa dice a proposito di farmaci il DL 229, all'articolo 15 - decies (Obbligo di appropriatezza):

1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili in onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.
2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di farmaci non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dalla Commissione unica del Farmaco e prevedono conseguenze in caso di infrazione.
3. Le attività delle Unità Sanitarie Locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n.449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1.

Siamo proprio tutti sulla stessa barca!

Giorgio Fanesi

Viaggio senza bagaglio

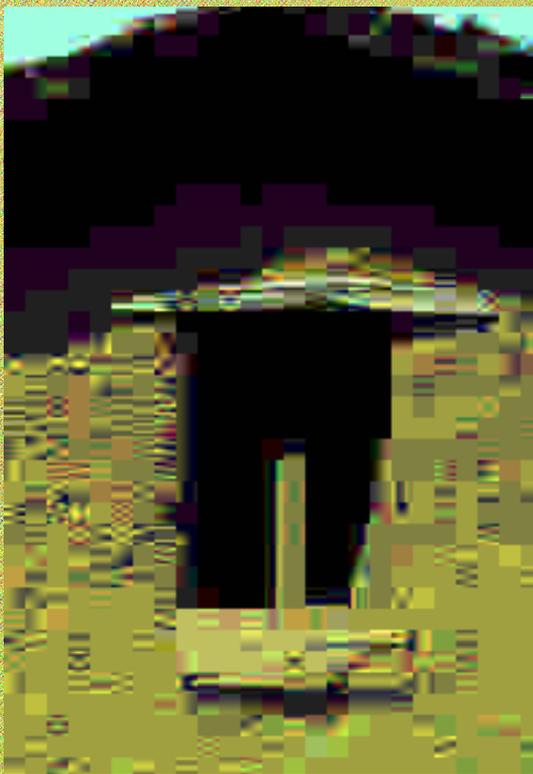
A cura di Sergio Giustini

Console del Touring Club Italiano

La casa di terra nelle Marche

Una pregevole realizzazione editoriale della Laterza dal titolo "L'architettura popolare in Italia" ha dedicato anche alla nostra regione un volume che reputo uno dei più interessanti studi sulla cultura della casa e del lavoro.

L'architettura popolare si intende come la costruzione e trasformazione dello spazio



Particolare di finestra

abitato in stretto rapporto con le forme più semplici della quotidianità, documentare e valorizzare tale realtà è premessa indispensabile per il recupero e la salvaguardia di molte tradizioni originali da secoli radicate sull'intero territorio nazionale. Accanto ai mulini, alle grotte artificiali, alle car bonaie, alle case con verdesca, alle case slitta, compaiono le caratteristiche case di terra. Queste sono dimore con mura realizzate dall'impasto tra il "cerretano" e la paglia triturrata alla quale si può aggiungere letame o ghiaia, mescolati con acqua e pigiati finché non risulti un composto duttile ed elastico. Il cerretano o "carginellu" è il nome che indica il territorio alluvionale argilloso dalla proprietà di assorbire acqua in quantità e facile da plasmarsi in varie forme. Tali costruzioni sono conosciute anche con il nome di atterrati (specie nel Fermano) lemma che, come "ad terratum", si trova citato in una delle prime manifestazioni del volgare italiano nella Canzone del Castra; anche il termine pagliare le identifica (in Abruzzo) per via della copertura del tetto, fatto appunto di paglia; infine più semplicemente casette per le loro ridotte dimensioni in ampiezza ed altezza.

L'indagine sulle case rurali in Italia, del 1934, annoverava oltre 1400 abitazioni di terra nelle Marche (14 in Provincia di Pesaro, 95 in quella di Ancona, 360 nell'Ascolano e ben 950 in provincia di Macerata). In poco più di cinquant'anni tale numero si è contratto a qualche decina di unità, le altre essendo state sgretolate non solo dal tempo e dagli agenti atmosferici ma soprattutto dal desiderio propriamente umano di disfarsi del simbolo di un passato di miseria e di emarginazione. Si ricorda infatti quando Mussolini recandosi a Corridonia per inaugurare il monumento a Filippo Corridoni e dovendo egli percorrere



Scorcio di casette nel Borgo S. Croce a Macerata

una strada popolata di casette esse vennero camuffate con cartelloni propagandistici di salute per celare la miseria di molti coloni di una terra agricola pur ricca come le Marche. L'attuale presenza delle casette nella provincia di Ancona si limita a qualche esemplare sito nel territorio di Ostra Vetere, in contrada Molino nei pressi della zona archeologica, e in contrada Pontemagno, all'inizio della salita Guzzana, nel comune di Cupramontana. L'ultima casetta, o una delle ultime, risale al 1926 ed era nella frazione Case nuove di Osimo, demolita una decina di anni or sono e al suo posto è sorta una costruzione in muratura. Il patrimonio più rilevante lo possiamo invece reperire nel Maceratese per cui ai cortesi lettori questa volta chiedo un "allungo" del viaggio senza bagaglio.

La zona di Treia è assai dotata ma intendo soffermarmi su due esempi più urbani e quindi facilmente accessibili; il primo di essi si trova addirittura nel centro storico, nel quartiere Santa Croce, ove insiste un intero nucleo di casette sorto intorno al 1860 su di un'area di un ettaro e che comprende 50 abitazioni: sono delle schiere di 4-5 unità, a un

piano, a pianta quadrata o rettangolare ed alcune tuttora abitate. Pur avendo subito la maggior parte di loro rimaneggiamenti, per rinforzarle, sono tuttavia ancora ben evidenti. Un altro modello, esempio di "bello internazionale", è quello di Via dei Velini, nei pressi di Villa Perozzi: qui ci troviamo realmente di fronte ad un unicum nel suo

genere, la dimora è a due piani con geometrica pianta rettangolare e sui lati più lunghi, delle ali che nell'insieme rendono la costruzione mezzadrile completa nelle funzionalità e nell'estetica. Si notano comunque le finestre molto piccole, gli spioventi del tetto ben pronunciati, all'interno anche il pavimento in terra cruda e in ordine l'intonaco in calce e gesso che veniva peraltro rinnovato di frequente per una migliore conservazione della casa. Naturalmente si può immaginare come le condizioni igieniche fossero alquanto precarie: elevata umidità, scarsa aerazione e luminosità, infiltrazioni pluviali e dal sottosuolo, elementi che nel complesso rendevano ragione di un'alta influenza di patologie in specie bronco-polmonari. Infine un cenno alla tipologia della unità abitativa: vi era la casa isolata e quella a schiera, la prima tipica del coltivatore diretto con i caratteri propri delle case coloniche di un tempo, nell'altro caso era riservata al bracciante agricolo, al casanolante, al giornaliero, che corrispondeva peraltro affitti elevati oltre al dovere di ingrassare il o i maiali da dividere con il padrone.



e riscatto degli anni di laurea

La convenienza del riscatto degli anni di laurea è un tema che interessa sempre più gli iscritti ai fondi speciali di previdenza gestiti dalla Fondazione Enpam soprattutto in rapporto all'offerta di opzioni alternative di investimento a fini previdenziali. Obiettivo di questo articolo è quindi fornire, con domanda e risposta, alcuni strumenti utili alla comprensione della materia per agevolare, poi, una scelta quanto più autonoma e consapevole possibile.

1. Cosa si può riscattare e quando lo si può fare?

Tutti i fondi di previdenza gestiti dalla Fondazione Enpam prevedono la possibilità di riscattare gli anni del corso di laurea e specializzazione, sino ad un massimo di dieci anni. La specializzazione in possesso dei medici di medicina generale od addetti alla continuità assistenziale non è riscattabile nel fondo generici in quanto non è un requisito necessario per ottenere la convenzione in medicina generale: è invece riscattabile il tirocinio biennale di formazione, appunto perché indispensabile per poter entrare in convenzione. Per poter validamente presentare la domanda, il medico deve poter contare su almeno dieci anni di anzianità contributiva effettiva al Fondo ed avere meno di 65 anni.

2. A cosa serve il riscatto?

Serve sostanzialmente a due cose: ad aumentare l'entità della propria pensione di vecchiaia sempre, ed in più, può essere talvolta utilizzato per anticipare la decorrenza della propria pensione di anzianità contributiva. In realtà quest'ultimo obiettivo appare sempre più marginale non solo alla luce dei recenti inasprimenti legislativi dei requisiti minimi per la pensione di anzianità - oggi sono necessari 30 anni di laurea e 35 di versamenti effettivi o riscattati con almeno 58 anni di età, oppure 40 anni di versamenti a prescindere dall'età - ma anche per il progressivo ritardato ingresso dei colleghi nella professione e per le penalizzazioni che la normativa dei Fondi prevede per la pensione anticipata di anzianità contributiva.

3. Qual'è il beneficio pensionistico che deriva dal riscatto?

Il calcolo della pensione nei Fondi Speciali è basato sul metodo retributivo indiretto dei contributi versati in tutta la vita lavorativa che permettono la ricostruzione della retribuzione media annua base rivalutata: su tale retribuzione si applica una percentuale ricavata dalla somma delle aliquote relative agli anni di contribuzione effettiva e riscattata e si ottiene l'entità della pensione annua. Ogni anno riscattato dopo il 98 corrisponde ad un aumento di detta percentuale del 1,4% annuo (o frazioni per periodi inferiori all'anno), mentre per il periodo precedente corrisponde ad un 1,65%. Tutto ovviamente reversibile in favore dei superstiti.

4. Come si calcola l'importo del riscatto?

Il riscatto viene effettuato mediante versamento di un contributo di importo pari alla RISERVA MATEMATICA necessaria per al copertura assicurativa del periodo da riscattare: tale riserva matematica si calcola moltiplicando il valore della maggior quota di pensione annua conseguibile con il riscatto a 65 anni di età per un particolare coefficiente di capitalizzazione, che tiene conto del sesso, dell'età e dell'anzianità contributiva dell'iscritto alla data di presentazione della domanda di riscatto. In pratica con il meccanismo della riserva matematica, il soggetto paga anticipatamente il maggior vantaggio in termini di prestazione finale ottenuto con il riscatto, in una misura che tiene conto di quanto ha già versato e della sua aspettativa di vita statisticamente determinata per età e sesso al momento della domanda.

5. Quando è conveniente il riscatto ?

La convenienza del riscatto in termini economici è direttamente proporzionale alla tempestività della presentazione della relativa domanda, ammessa fino al compimento dei 65 anni. Infatti, richiedendo il riscatto appena compiuti i prescritti dieci anni di anzianità contributiva, all'atto del calcolo non solo si potrà contare su coefficienti di capitalizzazione molto bassi (in quanto

appunto riferiti ad un'età e ad una anzianità contributiva limitata), ma soprattutto sulla contribuzione - di solito piuttosto contenuta - dei primi anni di attività, che è l'elemento su cui si basa il conteggio dell'incremento della prestazione pensionistica dei 65 anni e conseguentemente la quantificazione del contributo dovuto. Per questo il riscatto potrà risultare particolarmente conveniente in caso di modificazioni positive della propria realtà lavorativa, cioè quanto più il reddito medio annuale dei primi dieci anni di lavoro sia risultato inferiore a quello di tutta l'intera vita lavorativa. Ciò perché, a differenza di quanto accade nel sistema contributivo pubblico, all'atto del pensionamento Enpam il riscatto non ha un valore pari ai contributi versati e rivalutati, ma dà diritto ad un incremento della prestazione finale, ovviamente commisurato agli anni riscattati, ma calcolato sull'intera base pensionabile, costituita dalla media dei redditi contributivi di tutta la vita professionale.

Dal punto di vista della aspettativa di vita, non potendosi ovviamente prevedere il futuro, la convenienza del riscatto razionalmente si deve confrontare sulla durata della propria vita residua, se superiore od inferiore alla media attesa per età e sesso: più si sarà vissuto oltre la media più si sarà stati previdenti a riscattare; inoltre a qualsiasi età sarà risultata una scelta previdente nello sfortunato caso di invalidità totale del medico o di sua premorienza, con vantaggio a favore dei superstiti.

6. Qual è il trattamento fiscale del versamento?

I versamenti per contributo di riscatto nell'attuale dichiarazione dei redditi rientrano nella disciplina dei contributi VOLONTARI, e sono pertanto soggetti ad una detrazione d'imposta del 19% entro il limite di 2 milioni e 500 mila lire annue. In sostanza, la massima detrazione consentita su questi importi era di L. 475.000 all'anno, che non rappresentano un buon incentivo fiscale, specie se si considera che, con il minimo di dieci anni di contributi per l'accesso all'istituto ed il criterio della riserva matematica, l'importo annuo versato da chi sceglie di riscattare il corso di studi è normalmente molto superiore al tetto massimo fissato dalla legge. Ad ulteriore svantaggio va considerato che nel tetto dei due milioni e mezzo sono compresi tutti i versamenti aventi natura volontaria, come i premi per le assicurazioni sulla vita od infortuni, per cui l'adesione al riscatto potrebbe in certi casi non portare alcun beneficio fiscale.

Dal 1° gennaio 2001 tutto cambia: il decreto legislativo n.47 del 18 febbraio 2000 che prende in

esame il trattamento fiscale delle varie forme di previdenza integrativa, ha stabilito che i versamenti facoltativi per riscatti o ricongiunzioni alle gestioni pensionistiche obbligatorie siano INTEGRALMENTE deducibili dal reddito imponibile e che non vi sia alcun divieto di cumulo, per la deducibilità fiscale, tra questi versamenti ed i contributi versati alle forme previdenziali complementari, nel limite, per questi ultimi, del 12% del reddito fino a 10 milioni annui. Per cui nel 2002, con la presentazione della dichiarazione dei redditi per il 2001, grazie alla totale deduzione dal proprio reddito imponibile (e quindi dall'aliquota più alta di tassazione, cd. aliquota marginale) dei costi del riscatto e sfruttando al meglio le nuove modalità di rateizzazione dello stesso, sarà possibile usufruire di un trattamento fiscale più vantaggioso che in passato.



7. Com'è cambiata la disciplina dei versamenti rateali?

Recentemente l'Enpam ha modificato il periodo massimo di rateizzazione, sinora coincidente con gli anni da riscattare, aumentandolo del 50%: se prima i sei anni del corso di laurea potevano essere pagati al massimo in sei anni con dodici rate semestrali, è ora possibile un pagamento diluito in nove anni con diciotto rate semestrali.

Inoltre, se prima per alcuni Fondi (particolarmente il Fondo medici generici, pediatri e guardia medica ed il Fondo specialisti esterni) il piano di ammortamento veniva determinato sulla base di un tasso di interesse del 10% annuo, ora esso segue il tasso di interesse legale (attualmente pari al 2,5%), sicché il costo del pagamento differito si mantiene piuttosto limitato, e comunque inferiore ai rendimenti medi assicurati dai diversi investimenti finanziari. Anche per le rate in corso da precedenti domande di riscatto si è passati dal 10% all'interesse legale corrente.

In caso di invalidità o premorienza in corso di effettuazione di riscatto, il calcolo della prestazione viene fatto come se il riscatto sia avvenuto integralmente, pur che ne sia stata pagata almeno una rata: il contributo residuo viene trattenuto dalla pensione per un massimo del 20% del suo importo senza aggiunta di interessi.

8. E' possibile riscattare solo una parte degli anni di laurea?

E' senz'altro possibile riscattare i soli anni o mesi utili per il conseguimento contemporaneo dei requisiti di età e di anzianità contributiva necessari per maturare il diritto alla pensione di anzianità, nel caso si vogliano al più presto sfruttare le opportune finestre di uscita, visto anche che questa tipologia di prestazione, stante l'attuale dibattito, potrebbe essere abolita dall'ordinamento generale della previdenza pubblica. Qui ovviamente il beneficio economico viene ad identificarsi con la possibilità di ottenere per un periodo verosimilmente più lungo il trattamento previdenziale per sé e per i propri superstiti, anche se naturalmente il costo del riscatto sarà sensibilmente più elevato rispetto a quello imputato ad un collega più giovane.

9. Presentare la domanda di riscatto è vincolante?

La presentazione della domanda di riscatto agli appositi uffici dell' ENPAM, su modulistica disponibile presso gli Ordini Provinciali, va inoltrata direttamente o tramite raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite il proprio Ordine e non è assolutamente impegnativa; l'unica conseguenza di una rinuncia alla susseguente proposta dell'Ufficio competente sarà l'impossibilità di ripresentare la domanda nei due anni successivi la presentazione. Per cui, nell'incertezza, e visto che la domanda di riscatto è tanto più conveniente quanto più precocemente viene fatta, è sempre meglio presentare la domanda per fissare i requisiti per il calcolo del contributo dovuto, riservandosi in un secondo tempo di accettare la proposta dell' Enpam. Il mancato inizio dei versamenti nei termini del prospetto comporterà la rinuncia del riscatto.

10. Sono previste altre forme di riscatto all'Enpam?

Il Fondo Generale "Quota A" prevede un riscatto di ALLINEAMENTO della contribuzione minima obbligatoria (quella riscossa con i ruoli esattoriali) versata in forma ridotta fra i 35 ed i 39 anni di età, con il contributo ordinario previsto dal 40° anno di età in poi. La "quota B" del Fondo Generale, denominata Fondo Speciale per

la Libera Professione, contempla sia il riscatto degli anni di attività libero professionale svolta in epoca precedente all'inizio della contribuzione al fondo (il 1990 per i medici ed il 1995 per gli odontoiatri) che il riscatto degli anni di laurea e di una sola specializzazione per un totale massimo di dieci anni per quei medici che non risultino iscritti ad altre forme di previdenza obbligatoria, compresi gli altri fondi speciali. Il Fondo Specialisti Ambulatoriali prevede, per i periodi di attività in cui l'orario di servizio che ha dato luogo a contribuzione sia stato inferiore a quello medio tenuto durante l'attività coperta da contribuzione effettiva, il riscatto delle ore utili all'allineamento con quest'ultimo orario medio.

11. Per un medico di medicina generale, è possibile riscattare una o più specializzazioni?

Ed il servizio militare?

Gli anni relativi alla durata legale di una sola specializzazione, unitamente a quelli relativi al corso di laurea, per un massimo di 10 anni, sono riscattabili presso il Fondo Generale "Quota B" o Fondo speciale per la libera professione solo per quei medici che non risultino iscritti ad altre forme di previdenza obbligatoria, compresi i Fondi Speciali: per cui un medico di medicina generale, in quanto iscritto al suo Fondo Speciale, non può accedere a questo istituto. Parimenti, non è possibile il riscatto del periodo del servizio militare, in qualsiasi forma espletato.

12. Quali sono le opzioni di riscatto in tema di investimenti a finalità previdenziali?

Attualmente le opzioni sono sostanzialmente due, entrambe agevolate dalla riforma fiscale del 2001 dall'incremento del tetto di deducibilità fiscale al 12% del reddito imponibile per un massimo di 10 milioni annui: il cosiddetto terzo pilastro della previdenza, quello volontario individuale delle polizze vita e dei piani di accumulo dei fondi comuni, che presenta una grande varietà di prodotti e che, per giovare del vantaggio fiscale summenzionato, dovrà avere una specifica finalità previdenziale ed i Fondi pensione della previdenza complementare, cosiddetto secondo pilastro, sia sotto forma di Fondi aperti, promossi da istituti abilitati alla gestione finanziaria (banche, assicurazioni, società di intermediazione mobiliare), che di Fondi chiusi promossi dalle categorie professionali, entrambi basati sulla capitalizzazione dei versamenti nel mercato finanziario.

Alberto Oliveti

(Cons. d' Amministrazione - Esecutivo ENPAM)

Strategie terapeutiche innovative nelle epilessie farmacoresistenti: stimolazione vagale intermittente

di C. Cardinali (Responsabile U.O. NPI)

L'epilessia ha una prevalenza nella popolazione generale di circa l'1%: il 60-70% dei pazienti riesce ad essere libero da crisi con la terapia farmacologica. Il 7-10% di tutti i casi ha una epilessia farmacoresistente grave con crisi anche pluriquotidiane che, associate all'eventuale danno neurologico di base, configurano quadri di encefalopatie epilettiche difficilmente gestibili dal punto di vista medico e assistenziale. In caso di fallimento dei trials terapeutici con i farmaci tradizionalmente usati, molti di questi pazienti possono giovare di approcci terapeutici diversi, in primo luogo di terapia neurochirurgica e/o di speciali metodiche di stimolazione elettrica del SNC.

Negli ultimi anni è stato introdotto sul mercato un apparecchio in grado di stimolare selettivamente il nervo vago di sinistra e, attraverso questa stimolazione, inibire le scariche elettriche cerebrali e, conseguentemente, ridurre il numero di crisi convulsive. L'apparecchio deve essere impiantato sottocute a livello toracico attraverso un intervento chirurgico relativamente agevole e povero di rischi. In caso di risposta positiva, la terapia medica può essere ridotta; in caso di inefficacia lo stimolatore può essere rimosso. La difficoltà maggiore consiste nel costo dell'apparecchio (circa £ 30.000.000) che deve essere totalmente a carico del paziente, creando pertanto notevoli difficoltà alle famiglie che si trovano a dover affrontare una spesa spesso insostenibile.

Presso il Centro Regionale contro l'Epilessia infantile dell'Azienda "G Salesi" di Ancona (Resp.le Dott.ssa N. Zamponi), in collaborazione con la Clinica di NCH dell'Università

di Ancona (Dir. Prof. A. Ducati), nei primi mesi dell'anno 2000 sono stati impiantati otto stimolatori vagali ottenuti grazie ad una donazione delle Fondazioni delle Casse di Risparmio Marchigiane. Gli impianti si sono svolti senza alcuna complicazione, i pazienti stanno dimostrando una buona risposta terapeutica con una riduzione delle crisi che in alcuni casi ha raggiunto il 90% e un miglioramento significativo delle performances psicomotorie e della qualità della vita. Nell'immediato, sarà possibile proseguire l'attività di impianto grazie ad alcuni apparecchi acquistati dall'Azienda Salesi.

Per il futuro, ci auguriamo che l'intervento delle Autorità competenti regionali possa metterci nelle condizioni di proseguire e ampliare questa esperienza che pone il nostro Ospedale e la nostra Regione all'avanguardia nell'applicazione di strategie terapeutiche innovative evitando nel contempo ai bambini malati inutili e costosi viaggi della speranza.

Per informazioni rivolgersi a

Dr.ssa N. ZAMPONI

Dr. C. CARDINALI

U.O. NPI

Centro Regionale contro l'Epilessia Infantile

Azienda G. Salesi ANCONA

Via Corridoni, 11

Ancona

Tel 071 5962526-2507

Fax 071 5962502

E-mail: npisalesi@libero.it

Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIVRQ)

La Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria è una società scientifica con scopi culturali ed etici senza fini di lucro. Si è costituita ad Udine il 1° giugno 1984 con lo scopo di promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in linea con i principi dettati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed in particolare con i programmi "Salute per tutti". La SIVRQ si rivolge ai singoli ed alle istituzioni, organizzazioni, associazioni pubbliche e private, che operano nel sociale o usufruiscono del Sistema Socio Sanitario, per sensibilizzarli e coinvolgerli nel perseguire l'obiettivo nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria.

Obiettivi

- Promuovere il miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria sia pubblica sia privata;
- Favorire la creazione di una rete di persone ed enti finalizzati alla creazione e divulgazione di informazioni e progetti utili al miglioramento della qualità dell'assistenza socio-sanitaria;
- Promuovere e sostenere iniziative formative, di qualificazione e conoscenza a diversi livelli, per migliorare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria;
- Definire i criteri e gli standards di accreditamento dei corsi;
- Organizzare incontri, seminari, convegni a livello locale, nazionale, internazionale;
- Promuovere la ricerca per il miglioramento della qualità orientata sia alla qualità tecnico-professionale che alla gestionale e alla percepita;
- Sviluppare e mantenere un accordo sul significato delle terminologie utilizzate nel settore del miglioramento della qualità;
- Pubblicare l'organo ufficiale della società "QA";
- Favorire e sostenere iniziative editoriali sul tema della qualità;
- Istituire premi nazionali per la qualità;
- Garantire buoni rapporti con le società scientifiche, associazioni professionali e degli utenti, organizzazioni pubbliche o private italiane e straniere interessate al miglioramento continuo della qualità contribuendo tra l'altro alla progettazione ed attuazione di programmi d'accre-

ditamento dei servizi sanitari;

- Garantire standards ottimali di assistenza sanitaria.

La Sezione SIVRQ Marche, in collaborazione con la **Commissione Formazione - VRQ** dell'**Ordine dei Medici di Ancona**, organizza, con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Ancona, un Convegno sulle infezioni medico-chirurgiche presso l'Ostello della Gioventù di Loreto nei giorni di Venerdì 1 e Sabato 2 Dicembre 2000. Tale Convegno vede la partecipazione di tutti gli Operatori Sanitari coinvolti nella terapia delle infezioni nelle pratiche medico-chirurgiche. La esclusiva presenza di medici universitari-ospedalieri-odontoiatri-medici di medicina generale ed infermieri professionali ne fanno un incontro pressoché unico. E' prevista la valutazione finale dei partecipanti al Convegno. Il tema delle infezioni, in prevalenza in ambito ospedaliero, ma che comunque riguardino le procedure medico-chirurgiche, rappresentano, un tema di vasto interesse, per l'elevato costo umano, sociale ed economico, che comportano. Anche in assenza di dati italiani probanti non è azzardato ritenere che il ricovero in ambiente ospedaliero causi ogni anno in Italia circa 900.000 nuovi casi di infezione.

Il paziente che acquisisce l'infezione in Ospedale paga "un costo", che può variare da un modesto disagio fino a conseguenze gravi, a volte fatali. Inoltre tutta la comunità paga "un costo" in giornate di lavoro perse ed in allungamento delle liste di attesa per il ricovero.

Agli operatori di sala operatoria come a tanti altri operatori che svolgono attività in settori comunque a forte pressione tecnologica sta oggi, dunque, di fronte un nuovo compito: selezionare bene ciò che serve, ed altrettanto bene sceglierlo sul mercato, puntando alla qualità e contemporaneamente alla razionalizzazione dei costi, nell'interesse del cittadino-paziente.

Gianni Catalini

(Presidente Sez. Marche SIVRQ - Referente Comm. Ordine Linee Guida - Qualità Professionale - Formazione - VRQ)

LE INFEZIONI NELLA PRATICA MEDICO - CHIRURGICA (Loreto - Ostello della Gioventù)

TEMI TRATTATI:

- Rilevazione delle infezioni ospedaliere in Italia e nelle Marche
- Rischio infettivo in ospedale (sito operatorio)
- Terapia antibiotica pre e post-operatoria
- Tecniche di sanificazione e sterilizzazione in sala operatoria
- Formazione del personale sanitario infermieristico in ospedale

VENERDI' 1/12/2000 - ore 16,30

APERTURA CONVEGNO (Iscrizioni) -
SALUTI AUTORIZITA'

Relazioni di: Dr.ssa M.L. Moro (ISS ROMA,
Prof F. Di Stanislao e Dr.ssa G. De Giacomi
(ARS MARCHE)

SABATO 2/12/2000

Prima Sessione - ore 9

MODERATORI:

Prof. A. Fianchini (Ancona)
e Dr. G. Corradini (Recanati)

Partecipano:

Prof. P. Orlando (Genova), Prof.ssa Perdelli
(Genova), Prof. M. M. D'Errico (Ancona),
Dr. C. Maffei (Ancona), Dr. M. Palazzo
(Civitanova M.)

Seconda Sessione - ore 11

MODERATORI:

Prof. G. Scalise (Ancona) e Dr. G. Cutini
(Macerata)

Partecipano:

Dr. Petrelli (Pesaro), Dr.ssa E. Manso
(Ancona), Dr.ssa M. Calducci (Pesaro),
Dr. U. Braccioni (Ancona), Dr. G. Romani
(Ascoli Piceno)

SEZIONE ODONTOIATRICA - ore 14,30

MODERATORI:

Prof. M. Procaccini (Ancona) e Prof. D.
Romagnoli (Ancona)

Partecipano:

Dr. R. Mazzanti (Fabriano), Dr. A. Sertori
(Ancona), Dr. S. Centini (Ancona), Dr. V.
Zavaglia (Ancona), Dr.ssa A. Nori (Ancona)

SEZIONE INFERMIERISTICA - ore 16,30

MODERATORI:

Dott. G. Serafini (Ancona) e Dr. M. Marconi
(Loreto)

Partecipano:

A.F.D. G. Mancini (Ancona), D.D.S.I. A.
Magini (Ancona), A.F.D. B. Benedetti
Michelangeletti (Ancona), Dr. M. Bozzi
(Jesi), D.A.I. R. Mercanti
(Osimo).

La nuova legge sui trapianti

(g.f.) La nuova legge sulle modalità dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti assegna un ruolo importante al medico, in particolare a quello di famiglia, nella informazione ai cittadini. Riportiamo quindi un primo sunto delle nuove disposizioni affinché tutti i colleghi siano pronti a rispondere esaurientemente alle domande dei cittadini.

Il Ministero, come specificato nella legge, si impegnerà, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa a disciplinare con apposito decreto:

1. I termini, le forme e le modalità attraverso i quali le aziende unità sanitarie locali sono tenute a notificare agli assistiti di propria competenza, secondo le modalità stabilite dalla legge, la richiesta di dichiarare la propria libera volontà in merito alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, a scopo di trapianto, secondo modalità tali da garantire l'effettiva conoscenza della richiesta da parte di ciascun assistito (in pratica gli assistiti dovrebbero ricevere un modulo per l'informazione e la notifica, senza il quale non potrà essere considerato valido un eventuale futuro provvedimento di espianto).
2. Le modalità attraverso le quali accertare se la richiesta di cui alla lettera a) sia stata effettivamente notificata.
3. Le modalità attraverso le quali ciascun oggetto di cui alla lettera a) è tenuto a dichiarare la propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte, prevedendo che la dichiarazione debba essere resa entro novanta giorni dalla data di notifica della richiesta ai sensi della lettera a).
4. Le modalità attraverso le quali i soggetti che non hanno dichiarato alcuna volontà in ordine alla donazione di organi e tessuto successivamente alla morte, sono sollecitati periodicamente a rendere ufficialmente tale dichiarazione di volontà, anche attraverso l'azione dei medici di medicina generale e degli uffici della pubblica amministrazione nei casi di richiesta dei documenti personali di identità.
5. I termini e le modalità attraverso i quali modificare la dichiarazione di volontà resa; le modalità di conservazione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà, ai non donatori presso le aziende unità sanitarie locali, nonché di registrazione dei medesimi dati sui documenti sanitari personali.
6. Le modalità di trasmissione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà ed ai non donatori dalle aziende unità sanitarie locali al Centro nazionale per i trapianti, ai centri regionali o interregionali per i trapianti e alle strutture per i prelievi; le modalità attraverso i comuni trasmettono alle aziende unità sanitarie locali i dati relativi ai residenti.

Occorre tenere presente che i cittadini saranno tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo, solo dopo essere stati informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione.

Coloro i quali però non sono stati informati secondo le presenti modalità sono da considerare non donatori.

Le aziende saranno tenute ad informare i cittadini che dovranno presentare le dichiarazioni di volontà in merito alle donazioni. Le dichiarazioni dovranno essere presentate entro 90 giorni dall'informativa. Il medico di famiglia si prenderà poi cura di sollecitare periodicamente coloro che non hanno presentato la dichiarazione. Solo a questo punto tutti coloro che non presenteranno alcuna dichiarazione saranno considerati come donatori.

(da Avvenire Medico - Giugno 2000)



COSTITUITA L'ASSOCIAZIONE ITALIANA GIOVANI MEDICI (AIGM)

Nel luglio '99 è nata a Palermo l'Associazione Italiana Giovani Medici (A.I.G.M.) con lo scopo di tutelare e garantire gli interessi dei giovani medici (art. 3 dello statuto), in particolare di quelli laureati e/o abilitati dopo il 31/12/94, che a causa dell'errata applicazione da parte dello stato Italiano delle Direttive Europee in materia di formazione, sono stati esclusi dalle graduatorie regionali di medicina generale. Infatti lo stato italiano con il D.L.256/91 dell'8/8/91 e il D.M. del 15/12/94 (c.d. decreto Costa) ha istituito il Corso biennale di Formazione in Medicina Generale (C.d.F.) con il quale si consegue un attestato indispensabile per essere ammessi nelle graduatorie regionali: in questo modo tutti i laureati e/o abilitati dopo il 31/12/94 in un colpo solo sono stati esclusi. Quindi esemplificando, colleghi che al 31/12/91 (anno di promulgazione della 256/91) erano studenti in medicina e chirurgia e che si erano immatricolati sapendo che con la sola laurea ed abilitazione si potevano iscrivere alle graduatorie regionali per divenire, poi, medici di guardia medica, di base, o della medicina dei servizi, hanno visto svanire questi sbocchi occupazionali solo perché laureati e/o abilitati dopo il 31/12/94.

Tra l'altro negli anni successivi lo stato a continuato ad inferire in quanto:

1) I concorsi per il C.d.F. riservati solo ai laureati dopo il 31/12/94, sono stati aperti a tutti i medici anche quelli già inseriti nelle graduatorie regionali.

2) Il D.M. del ministro Bindi del 23/12/96 ha reso incompatibile a partire da tale data il diploma di specializzazione ed il C.d.F., ma non viceversa. La reciprocità si è avuta solo con il D.L. 368/99 del 17/08/99 .

Ecco quindi che gli specialisti e specializzandi hanno potuto negli anni compresi tra il '91 ed il '96 accedere al C.d.F., vista l'assenza di qualsiasi incompatibilità, mentre i possessori dell'

attestato hanno potuto fino al '99 accedere ai corsi di specializzazione. Tutto questo evidenzia una grossa confusione da parte dei ministeri competenti in tema di formazione del giovane medico ed ha diviso la categoria in tre nicchie (neo laureati, specializzandi e specialisti, possessori dell'attestato del C.d.F.) innescando lotte fratricide che altro non sono che "una guerra tra poveri".

Esiste un D.L. che grazie agli sforzi dell' A.I.G.M. è stato approvato il 12/07/00 dalla Camera dei Deputati ed è ora al vaglio della Commissione Igiene e Sanità del Senato che all'art. 3 cita:

"I laureati in medicina e chirurgia iscritti al corso universitario prima del 31/12/91 ed abilitati all'esercizio professionale sono ammessi a domanda in soprannumero ai corsi di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo 8/8/91, n 256. I medici ammessi in soprannumero non hanno diritto alla borsa di studio e possono svolgere attività libero-professionale compatibile con gli obblighi formativi".

La definitiva approvazione di questo D.L. sarebbe la parziale soluzione ai problemi sopra elencati.

L'A.I.G.M. che ha recentemente tenuto il suo I° Congresso Nazionale (24-25 Giugno u.s. a Bagheria - PA) si propone la ridiscussione di tutte queste leggi ed ha bisogno del tuo aiuto per farlo. Presente con più di 600 soci in circa 50 province italiane siamo ancora pochi: vogliamo essere più numerosi per riuscire meglio nei nostri programmi.

Tutti i colleghi interessati alle iniziative dell' A.I.G.M. possono ricevere ulteriori informazioni telefonando allo 0347-2637825 dott.ssa Catia Guerrini (Coordinatrice della Provincia di Ancona) e allo 0347-7280747 dott. Angelo Di Salvo (Presidente Nazionale).

Catia Guerrini

notizie in breve

Legislazione

- **Circolare Ordine Settembre 2000**

Procedura concernente la prova attitudinale, prevista dall'art.1, commi 1 e 3, del Decreto Legislativo 13 ottobre 1998, n.386, per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri.

- **Bollettino Ufficiale Regione Marche n.86 del 30 agosto 2000**

Deliberazione della G.R n. 1668 ME/SAN del 1/08/2000. L. 449/97 e D.Lgs 229/99 - inquadramento nei ruoli del personale dipendente dei medici specialisti ambulatoriali e di quelli addetti alle attività di emergenza territoriale e della medicina dei servizi ora convenzionati

- **Gazzetta Ufficiale n°193 del 19 agosto 2000**

MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 2 agosto 2000. Modificazioni ed integrazioni alle tabelle delle equipollenze e delle affinità previste, rispettivamente, dal decreto ministeriale 30 gennaio 1998 per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario e dal decreto ministeriale 31 gennaio 1998 per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale.

- **Gazzetta Ufficiale n°181 del 4 agosto 2000**

Decreto 26 giugno 2000 n.219
Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'articolo 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n.22.

- **Gazzetta Ufficiale n°170 del 22 luglio 2000 - supplemento n°117**

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Funzione Pubblica. Contratto collettivo nazionale di lavoro quadriennio 1998-2001 dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale. Contratto collettivo nazionale di lavoro qua-

driennio 1998-2001 dell'area della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa del Servizio sanitario nazionale

- **Gazzetta Ufficiale n°157 del 7 luglio 2000 - supplemento n°105/L**

Decreto Legislativo 26 maggio 2000 n.187
Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche

- **F.N.O.M.C.eO. Comunicazione n°94: Direttiva 2000/31/CE sul commercio elettronico.**

- **F.N.O.M.C.eO. Comunicazione n°87: Morfina nel trattamento del dolore dei pazienti terminali - Interpretazione e applicazione delle linee-guida.**

- **Bollettino Ufficiale Regione Marche n.69 del 6 luglio 2000**

Deliberazione della G.R. n. 1279 ME/SAN del 20/06/2000. LR 20/2000 - art. 6 - approvazione delle linee-guida per l'attuazione delle procedure di autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e dei modelli per la presentazione delle relative domande.

TUTTI I DETTAGLI POSSONO ESSERE CONSULTATI PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ORDINE O PRESSO IL SITO INTERNET <http://www.ordinemedici.ancona.it>.

Congressi e Corsi

- **L'Azienda USL 7 di Ancona organizza due interessanti seminari di studi.** Il primo si svolgerà sabato 21 ottobre presso la Sala Consiliare del Comune di Ancona alle ore 9 ed avrà per tema "Il ruolo dei farmaci generici - La qualificazione dell'assistenza farmaceutica". Il secondo sabato 28 ottobre

- su "Lo sviluppo di reti e network tra le Aziende sanitarie pubbliche"
- Presso l'Auditorium della Fiera della Pesca di Ancona avrà luogo dal 19 al 21 ottobre prossimi il **XXVI° Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropediatria**. L'organizzazione è a cura dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile dell'A.O. Salesi di Ancona. Il Congresso, che vedrà la partecipazione di numerosi ed illustri relatori italiani, spazierà sulle più recenti acquisizioni in campo neuropediatrico.
 - Il **18 novembre 2000** si svolgerà ad Ancona presso l'A.O. Salesi, organizzato dalla Divisione di Medicina Pediatrica diretta dal Prof. Giuseppe Caramia, il Convegno "Aggiornamento in tema di Fibrosi Cistica e Pneumologia Pediatrica. Aspetti genetici e clinici". Il Convegno, a carattere regionale, vede la collaborazione del Centro Regionale Fibrosi Cistica e del Centro Regionale di Citogenetica e Diagnosi prenatale.
 - Dal **14 al 17 febbraio 2001** si svolgerà ad Ancona il **Congresso nazionale SIS-DCA** (Anoressia, Bulimia, Obesità). Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Scientifica ed Organizzativa presso l'Istituto di Biochimica di Ancona.
 - Si svolgerà a Roma nei mesi di marzo, aprile e maggio, il **7° Corso di Perfezionamento in Geriatria**. Inoltre dal 28 maggio al 1° giugno e dal 18 al 22 giugno 2001 si svolgerà il 1° Corso di Perfezionamento in Riabilitazione Geriatrica. Entrambe le iniziative avranno luogo presso il Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento dell'Università La Sapienza. Per informazioni www.geriatriaonline.net.
 - Il Dipartimento Discipline Chirurgiche Riabilitative e dei Trapianti dell'Università di Bologna "A.Valsalva", organizza un **Corso di Chirurgia Laparoscopica e Laser**. Le domande d'iscrizione devono pervenire entro il 30 novembre p.v. Informazioni presso usiaexp@alma.unibo.it.
 - L'**Istituto di Igiene dell'Università di Siena** annuncia l'organizzazione di Corsi di Perfezionamento in "Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari" e "Direzione Gestionale delle Strutture sanitarie". Scadenza per l'iscrizione 31 ottobre 2000. Informazioni a <http://www.unisi.it/ricerca/ist/igiene/corsi.htm>

Temi di responsabilità penale dei medici

martedì 24 ottobre 2000 ore 21

sala Auditorium I.N.R.C.A. - Via della Montagnola ANCONA

Interverranno:

Avv. Annalisa Marinelli

Avv. M. Cristina Giuliodori

Avv. Monica De Feo

Versamenti previdenziali dell'INPS

(a cura dello Studio Falorni)

L'ente previdenziale dei medici ed odontoiatri è l'ENPAM e pertanto i contributi previdenziali per l'attività medica – odontoiatrica vanno versati all'ENPAM. In che modo?

- tramite la cartella esattoriale per il pagamento dei contributi minimi fissi;
- tramite gli enti datori di lavoro (ASL, CASSA MARITTIMA, INAIL per certificazioni etc.) per le attività convenzionate col SSN;
- tramite autotassazione (12,50%) per l'attività libero professionale.

Qualora invece si eserciti una attività (non occasionale) non discendente dall'obbligo di iscrizione all'ordine (ad esempio: rapporto di collaborazione coordinata e continuativa con un conservatorio o quale amministratore di società, associazione o ente (Ordine, Sindacato...) il relativo contributo previdenziale compete all'INPS nella misura del 10% di cui il 3.33% a carico del medico ed il 6.67% a carico del erogatore dei compensi cui è addossata anche l'incombenza del versamento all'INPS dell'intera somma.

Tali contributi versati all'INPS, per un periodo non inferiore a 5 annualità o da riportarsi a 5 annualità se di ammontare inferiore al minimo stabilito dall'INPS, consentono di ottenere una pensione calcolata secondo il sistema del "METODO CONTRIBUTIVO".

E' prevista la restituzione dei contributi versati qualora non si raggiungano i requisiti per la loro trasformazione in rendita.

Avviso



Tutti gli iscritti dotati di casella di posta elettronica sono pregati di comunicare alla Segreteria (segreteria@ordinemedici.ancona.it) il proprio indirizzo e-mail per ricevere in questo modo avvisi o comunicazioni.



SERVIZI
INTEGRATI
PER
PROFESSIONISTI
E IMPRESE

LA TUA SEGRETARIA HA
SEMPRE LA RISPOSTA PRONTA.



BETA
SERVICE
[call-in]

**Il vostro telefono squilla
sempre e non riuscite
a rispondere?**

**Quando siete in ufficio
avete la segretaria
che risponde,
e quando non ci siete?**

**I costi di gestione
del vostro studio
sono troppo alti e avete
più di uno studio?**

**Volete sempre essere
reperibili per offrire
un'immagine di
efficienza e disponibilità?**

**Desiderate
una linea riservata?**

**L'utilizzo delle segretarie
telefoniche computerizzate
potrebbe essere
non ben accetto
dei vostri pazienti?**

*Beta Service Call In
ha sempre la risposta
pronta.*

*CALL IN è la prima
segretaria telefonica
personalizzata
che permette
a te professionista,
di essere rintracciato
dai tuoi pazienti, con
facilità e riservatezza,
dal lunedì al sabato,
dalle 8,30 alle 18,30,
per 12 mesi all'anno.*

*Telefonaci o contattaci
via e-mail, ti forniremo
informazioni e tariffe
sul servizio più consono
alla tua attività.*