

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

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

Marzo 2001

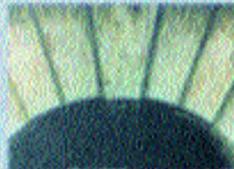
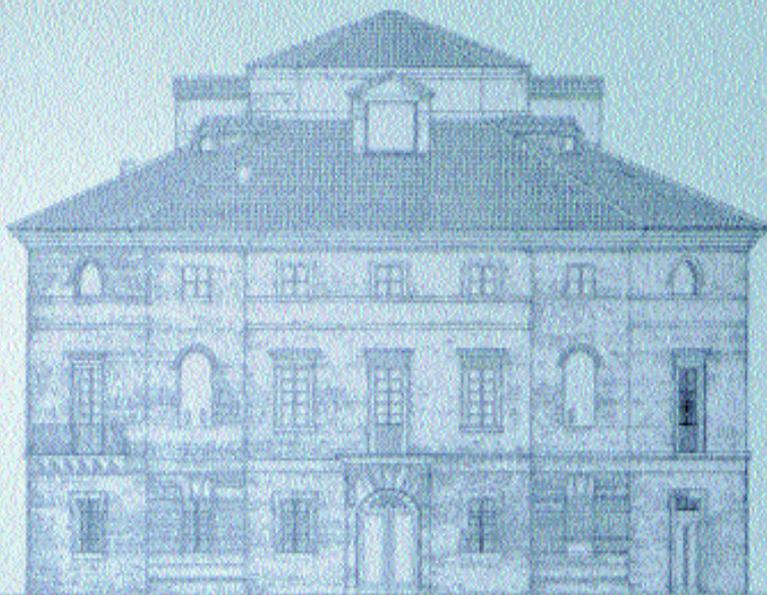
LA FORMAZIONE MEDICA

**ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

BIOETICA

**VIAGGIO
senza bagaglio**

**CONDONO PREVIDENZIALE
ENPAM**



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. 12 - Marzo 2001
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

12

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:

Disegno del restauro di Villa Favorita

Questo numero è stato chiuso in tipografia l'8 Marzo



Pag. 4

CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA

Pag. 5

Editoriale

LA FORMAZIONE MEDICA

di Fulvio Borromei

Pag. 6

UN ANNO DI BOLLETTINO

Pag. 8-9-10-11

Bioetica:

**ATTORNO AL PAZIENTE
IN STATO TERMINALE**

Pag. 12-13

**Viaggio senza bagaglio
VILLA FAVORITA**

Pag. 14

LA LEGGE FINANZIARIA 2001

Pag. 15

REVISIONE DELLE NOTE CUF

Pag. 15-16

DALLA FNOMCeO

Pag. 17

INCONTRI CON L'ACCADEMIA

Pag. 18-19



CONDONO PREVIDENZIALE

Pag. 20

**LEGISLAZIONE
CONGRESSI E CORSI**

Pag. 21

NOTIZIE IN BREVE

Pag. 22-23

ATTIVITA' DELL'ARES

A tutti gli iscritti all'Ordine
LORO SEDI

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE
Sabato 7 aprile 2001 ore 10,00

Come disposto dall'art. 23 del D.P.R. n°221 del 5/4/1950, il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di indire l'assemblea annuale degli iscritti per venerdì 6 aprile p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

SABATO 7 APRILE 2001 ORE 10.30 , IN SECONDA CONVOCAZIONE
presso il GRAND HOTEL PASSETTO – Via Thaon de Revel, 1 - ANCONA
con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul bilancio consuntivo anno 2000;
- 3) Bilancio preventivo 2001;
- 5) Premiazione per il 50° e 60° anno di laurea;
- 6) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 7) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea in prima convocazione è valida se interviene almeno un quarto degli iscritti; in seconda convocazione, è valida qualunque sia il numero degli intervenuti (presenti, o rappresentati per delega), purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio.

E' consentita la delega, da apporre in calce al presente avviso e da consegnare al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

Fiducioso di una partecipazione numerosa, invio cordiali saluti.

Il Presidente
Dr. Fulvio Borromei

P.S. I BILANCI SONO IN VISIONE PRESSO L'ORDINE



Tagliando per delega

*Il sottoscritto dott./prof.
delega a rappresentarlo, nell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona del giorno 7 aprile 2001
il dott./prof.*

data

firma

Editoriale

LA FORMAZIONE MEDICA

Ancora una occasione per unire la professione

Il continuo evolversi delle conoscenze in campo medico rende indispensabile lo SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE (che include il concetto di aggiornamento, di formazione complementare e continua) per mantenere aggiornate le nostre conoscenze professionali e le nostre abilità in funzione di una sempre migliore cura dei nostri pazienti.

La proposta del Ministro della Sanità di lanciare l'Educazione Continua in Medicina ECM, ha sicuramente suscitato attenzioni, perplessità, ansie e timori.

Il processo comunque si trova in fase di avvio sperimentale e necessita di un rodaggio attento e costruttivo se lo si vuole migliorare e se non si vogliono disperdere le esperienze già maturate negli anni precedenti.

Questo sistema che prevede che gli organizzatori degli eventi formativi richiedano per i loro corsi, master, congressi, un ACCREDITAMENTO, potrà avere un duplice e contrapposto effetto:

- da una parte si potrebbe verificare che soggetti che mai hanno considerato la formazione un evento importante e che quindi non sono attrezzati a realizzarla, ad un certo punto se ne interessino senza la serietà dovuta e ciò potrebbe creare situazioni culturali qualitativamente non appropriate;

- dall'altra questa proposta stimolerà sicuramente una miriade di organizzatori (sperando i più qualificati possibile) a mobilitarsi e ad operare a vantaggio dello Sviluppo Continuo Professionale.

E' da tenere presente che non necessariamente gli organizzatori di eventi formativi, debbano essere medici, possono nascere agenzie, associazioni che magari utilizzano medici come docenti ma che non abbiano nella professione la loro matrice. Ciò potrebbe portare a realizzare una formazione avulsa dalla realtà in cui il medico opera con un conseguente scadimento culturale, ma anche etico professionale.

E' in questo scenario che a mio avviso le forze

culturali e politiche della medicina ed odontoiatria in tutte le loro componenti debbono lavorare in complementarietà ed integrazione. La crescita culturale di una componente professionale medica rafforza tutta la professione ed è per questo che gli steccati, le barriere debbono cadere lasciando il posto ad una collaborazione fattiva affinché tutte le istanze possano trovare un terreno su cui attecchire e crescere. Per realizzare ciò è necessario che vi sia il rispetto dei ruoli, senza che però questi esautorino e limitino le giuste istanze di crescita di ognuno sia in campo formativo che politico. Saranno le peculiarità, la storia, le strategie e gli obiettivi a creare quel variegato quadro tipico della nostra professione, sul

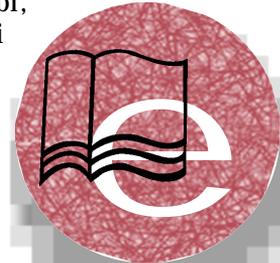
quale non dovrebbero

esistere nubi, ma orizzonti spaziosi e incoraggianti, dove il comune denominatore è il confronto tra pari.

Se saranno queste le idealità allora la professione

potrà far fronte con ottimismo a tutte quelle gravi difficoltà che l'aspettano dietro l'angolo, come i contrasti all'interno della FNOMCeO, le rivalità e incomprensioni mai sopite tra categorie mediche, i contrasti tra le Società Scientifiche e i Sindacati, le future problematiche di confronto con le nuove professioni sanitarie.

Ai leaders dei medici ed odontoiatri questo alquanto arduo, ma altrettanto vitale compito di ricomposizione, con tutte le responsabilità che ne derivano se non vi riusciranno.



Fulvio Borromei

UN ANNO DI BOLLETTINO

Questo numero del Bollettino coincide con lo scadere del primo anno di mandato per il Consiglio dell'Ordine eletto nel gennaio del 2000. Molto lavoro è stato fatto e, visto che gran parte dei Consiglieri era alla sua prima esperienza, si è trattato di un vero e proprio anno di apprendistato. In questo periodo ci siamo trovati di fronte a tanti e tali problemi che forse ci hanno impedito di affrontare i più importanti temi di politica professionale che ritengo siano di primaria importanza per un Ente come il nostro. Abbiamo dovuto privilegiare infatti argomenti di natura legale ed anche di spicciola amministrazione diventati chissà come di vitale importanza. E la crisi che sta attraversando la Federazione non aiuta certamente a ritrovare serenità ed unità d'intenti. Si conferma inoltre ancora una volta – purtroppo – che quando alla normale e costruttiva dialettica subentrano interessi e contrasti personali non si va lontano.

Si è cercato comunque con tanto impegno di costruire qualcosa di importante. Tantissimi sono stati gli incontri organizzati dall'Ordine su tanti temi di

vasto interesse per i nostri iscritti. Questo Bollettino (che ci auguriamo venga letto, magari con interesse) vuole essere il megafono di queste attività cercando di portare a conoscenza di tutti gli iscritti (anche quelli che si trovano negli angoli più nascosti della provincia) ciò che si sta concretamente realizzando e quali sono i temi sul tappeto su cui inevitabilmente si gioca il futuro della nostra Professione. Anche il sito Internet (fatto in casa) è stato rinnovato ed è costantemente aggiornato e credo realmente che si tratti di uno dei siti più completi in ambito medico con informazioni e link sia di carattere scientifico che, soprattutto, normativo. Lo strumento della posta elettronica comincia poi ad essere utilizzato dagli iscritti è questo può contribuire ad avvicinare l'Ordine a tutti noi.

Ecco forse è proprio questo quello che manca ancora: la vicinanza dei Medici a questo Ente che non deve, a mio avviso, svolgere solo compiti di pura burocrazia ma deve soprattutto vigilare sulla qualità della professione medica e contribuire anche ad indirizzare la politica sanitaria sia nazionale che locale. Certamente non è

facile recuperare completamente la fiducia degli iscritti minata da decenni, diciamo pure, di abbandono e di trascuratezza ma occorre tentare e lavorare per eliminare questa barriera. Partecipazione, ecco cosa occorre perché è abbastanza deprimente vedere incontri e conferenze in cui il numero dei Medici raramente supera la decina. Occorre recuperare la consapevolezza di appartenere ad una categoria importante ed anche se il medico è per sua natura un individualista, dobbiamo renderci conto che senza l'unione ed il lavoro di tutti, gli "attentati" che anche adesso si stanno portando alla nostra professione si moltiplicheranno negli anni a venire. Con quest'obbiettivo quindi il Bollettino (anche attraverso il sito Internet) si mette a disposizione degli iscritti che vorranno farci pervenire le loro opinioni su temi di interesse generale ed anche suggerimenti e proposte per un migliore funzionamento dell'Ordine. Da parte nostra cercheremo di fornire risposte rapide e certe impegnandoci al massimo e scusandoci fin d'ora per quanto non riusciremo a fare.

Giorgio Fanesi

"Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" **Legge 8 febbraio 2001, n. 12, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19 febbraio 2001**

(N.d.R) Annunciata da tempo è finalmente giunta in porto la nuova normativa per la prescrizione degli oppiacei. Tale novità doveva principalmente favorire l'utilizzazione di questi farmaci nella terapia del dolore in malati terminali, terapia spesso di difficile attuazione proprio per la complessità delle pratiche burocratiche connesse all'utilizzo dei farmaci stupefacenti. Come spesso accade mancano ancora le possibilità pratiche di applicazione della Legge, ma credo che sia utile a tutti conoscerne i contenuti.

Art. 1.

1. Al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 41, dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1-bis. In deroga alle disposizioni di cui al comma 1, la consegna di sostanze sottoposte a controllo può essere fatta anche da parte di operatori sanitari, per quantità terapeutiche di farmaci di cui all'allegato III-bis, accompagnate da dichiarazione sottoscritta dal medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal medico ospedaliero che ha in cura il paziente, che ne prescrive l'utilizzazione anche nell'assistenza domiciliare di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei»;

b) all'articolo 43:

1) dopo il comma 2, è inserito il seguente:

«2-bis. Le ricette per le prescrizioni dei farmaci di cui all'allegato III-bis sono compilate in duplice copia a ricalco per i farmaci non forniti dal Servizio sanitario nazionale, ed in triplice copia a ricalco per i farmaci forniti dal Servizio sanitario nazionale, su modello predisposto dal Ministero della sanità, completato con il timbro personale del medico»;

2) dopo il comma 3 è inserito il seguente:

«3-bis. La prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis può comprendere fino a due preparazioni o dosaggi per cura di durata non superiore a trenta giorni. La ricetta deve contenere l'indicazione del domicilio professionale e del numero di telefono professionale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata»;

3) i commi 4 e 5 sono sostituiti dai seguenti:

4. Il Ministero della sanità stabilisce con proprio decreto la forma ed il contenuto dei ricettari idonei alla prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis. L'elenco dei farmaci di cui all'allegato III-bis è modificato con decreto del Ministro della sanità emanato, in conformità a nuove disposizioni di modifica della disciplina comunitaria, sentiti l'Istituto superiore di sanità e il Consiglio superiore di sanità, per l'inserimento di nuovi farmaci contenenti le sostanze di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14, aventi una comprovata azione narcotico-analgésica.

5. I medici chirurghi e i medici veterinari sono autorizzati ad approvvigionarsi dei farmaci di cui all'allegato III-bis attraverso autorizzazione, secondo quanto disposto dal presente articolo, e ad approvvigionarsi, mediante autorizzazione, a detenere nonché a trasportare la quantità necessaria di sostanze di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 per uso professionale urgente. Copia dell'autorizzazione è conservata per due anni a cura del medico, che tiene un registro delle prestazioni effettuate, per uso professionale urgente, con i farmaci di cui all'allegato III-bis.

5-bis. Il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati delle aziende sanitarie locali è autorizzato a consegnare al domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei, le quantità terapeutiche dei farmaci di cui all'allegato III-bis, accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare.

5-ter. Gli infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei

servizi territoriali delle aziende sanitarie locali e i familiari dei pazienti, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista, sono autorizzati a trasportare le quantità terapeutiche dei farmaci di cui all'allegato III-bis, accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione a domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei»;

4) il comma 6 è abrogato con effetto dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro della sanità di cui al primo periodo del comma 4, come sostituito dal numero 3) della presente lettera;

c) all'articolo 45:

1) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Il farmacista deve vendere i farmaci e le preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 soltanto su presentazione di prescrizione medica sulle ricette previste dai commi 2 e 2-bis dell'articolo 43 e nella quantità e nella forma prescritta»;

2) i commi 4 e 5 sono sostituiti dai seguenti:

«4. Decorsi trenta giorni dalla data del rilascio la prescrizione medica non può essere più spedita.

5. Salvo che il fatto costituisca reato, il contravventore alle disposizioni del presente articolo è soggetto alla sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 200.000 a lire 1.000.000»;

d) gli articoli 46, 47 e 48 sono abrogati;

e) all'articolo 60, dopo il comma 2, sono aggiunti i seguenti:

«2-bis. Le unità operative delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché le unità operative dei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali sono dotate di registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14.

2-ter. Il registro di carico e scarico deve essere conforme al modello di cui al comma 2 ed è vidimato dal direttore sanitario, o da un suo delegato, che provvede alla sua distribuzione. Il registro di carico e scarico è conservato, in ciascuna unità operativa, dal responsabile dell'assistenza infermieristica per due anni dalla data dell'ultima registrazione.

2-quater. Il dirigente medico preposto all'unità operativa è responsabile della effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14.

2-quinquies. Il direttore responsabile del servizio farmaceutico compie periodiche ispezioni per accertare la corretta tenuta dei registri di carico e scarico di reparto e redige apposito verbale da trasmettere alla direzione sanitaria».

2. Al citato testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309, è aggiunto, in fine, il seguente allegato:

«Allegato III-bis (articoli 41 e 43)

Farmaci che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanyl, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone».

3. Il decreto di cui al primo periodo del comma 4 dell'articolo 43 del citato testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309, come sostituito dal comma 1, lettera b), numero 3), del presente articolo, è emanato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. All'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 539, le parole: «hanno validità limitata a dieci giorni» sono sostituite dalle seguenti: «hanno validità limitata a trenta giorni».

BIOETICA:

Attorno al paziente in stato terminale

Che cosa si dice a un paziente affetto da una malattia allo stato terminale? Qual è la modalità terapeutica più efficace? Qual è l'ambiente più idoneo per le cure? Quando si può parlare di accanimento terapeutico? Che fare se il paziente chiede di essere aiutato a morire?

Queste sono solo alcune delle domande alle quali ognuno di noi può essere chiamato a rispondere quando il malato è affetto da malattia allo stato terminale. Il modo di trattare i soggetti affetti da una malattia allo stato terminale, infatti è difficile, e spesso appare faticoso e poco gratificante.

Tali pazienti, inoltre, rappresentano, oggi, un grave problema di ordine sociale, prima ancora che di tipo bioetico. Si tratta di un problema sociale, sia perché il suo peso grava sulle famiglie e sulle finanze italiane, sia perché la struttura della società rende molto difficile stare accanto al morente e impedisce un atteggiamento adeguato.

Tali pazienti, inoltre, rappresentano, oggi, un grave problema di ordine sociale, prima ancora che di tipo bioetico. Si tratta di un problema sociale, sia perché il suo peso grava sulle famiglie e sulle finanze italiane, sia perché la struttura della società rende molto difficile stare accanto al morente e impedisce un atteggiamento adeguato. Si tratta, infine, di un problema bioetico, poiché, nel trattamento di questo tipo di paziente, il medico ha a che fare con dilemmi morali che possono rinviare a concetti come quelli dell'eutanasia e dell'accanimento medico. L'alterato rapporto che si instaura tra la società attuale e i pazienti in stato di malattia terminale produce un decadimento della tensione etica che dovrebbe informare il comportamento dell'operatore sanitario, con il risultato di disumanizzare un momento fondamentale della relazione medico-paziente.

L'obiettivo di questa breve serie di articoli è tentare di spiegare le cause di una tale disumanizzazione, chiarendo, successivamente, i concetti di accanimento medico, eutanasia attiva e passiva i cui significati talvolta pos-

sono confondere gli stessi operatori sanitari.

Il medico e il paziente affetto da malattia allo stato terminale

Per chiarezza espositiva, si è scelto di differenziare i principali eventi che connotano l'atteggiamento dell'operatore sanitario nei confronti del paziente morente in tre punti:

- 1 la medicalizzazione della società
- 2 la tecnologizzazione della Medicina
- 3 il problema della sofferenza e della morte.

La medicalizzazione della società

Negli ultimi secoli la Scienza ha esteso il proprio dominio in ogni campo della natura. La scienza medica, anch'essa impegnata in questo sforzo, ha allargato i suoi confini, sino quasi ad impossessarsi dei tre eventi fondamentali dell'uomo: il nascere, il soffrire, il morire. La medicalizzazione della società è la certificazione del risultato di questo sforzo.

Essa si avvera quando ogni atto significativo della vita umana diviene un atto medico, un avvenimento, cioè, iscritto nei domini della Medicina.

Le tecniche di fecondazione assistita, le modifiche del processo di morte sono elementi che testimoniano i risultati inauditi e inediti di tale medicalizzazione. L'annessione di zone sempre più ampie di antiche responsabilità umane non sarebbe potuta avvenire senza la delega che il cittadino ha dato alla Medicina stessa. La vittoria della Medicina avviene con la resa del singolo, che si illude di alienare il suo soffrire, riponendolo totalmente nelle mani efficaci e sicure dei camici bianchi.

Il paradosso della medicalizzazione è che essa non produce una comunità sana, ma una società malata. Una società medicalizzata

è automaticamente malata: una comunità costituita da potenziali ammalati! Infatti, quando ogni atto rilevante è iscritto nel dominio della medicina e diviene un atto medico, esso porta dentro di sé, costitutivamente e irriducibilmente, un'ipotesi di malattia.

Gli eventi sociali, visti attraverso gli occhi dei medici, assumono un colore patologico.

Essi si situano in un panorama concettuale pronto a discriminare la malattia dalla salute, allenato a cogliere in ogni gesto un segno, il quale assume il vero significato se è interpretato attraverso il linguaggio medico. La vista acuta, del medico, affilata da una tradizione millenaria, non è neutra, ma è deformata in un pre-giudizio che amplifica di ogni elemento visivo il suo possibile carattere patologico. Anche il morire, quindi, entra nella semiologia e nella sintattica della Medicina ed è trattato come una malattia. La morte è vista come un processo che scandisce se stesso nel tempo e che se non può essere sconfitto, può ben essere differito!

Ecco perché, di fronte allo scacco della morte che non si può fuggire, è possibile che il medico tenti di ottundere il dolore, di narcotizzare la coscienza in un'ulteriore, ultimativa medicalizzazione.

Si tratta di attuare un fare efficiente, tanto più programmato, regolarizzato, determinato, calcolato, quanto più misterioso, sfuggente, indefinibile è l'oggetto.

Lo strumento per un tale fare efficiente è offerto dalla Biotecnologia.

La Tecnologizzazione della sanità

L'Era biotecnologica inaugura, nel mondo occidentale, l'epoca delle infinite possibilità del fare e delle speranze legate a questo fare efficace. La Biotecnologia, inoltre, è strettamente legata all'economia, tanto da configurare una triade: bio-tecno-economica che si muove ed opera sinergicamente: l'economia rende possibile il costoso sviluppo biotecnologico e, viceversa, l'efficacia produttiva della Biotecnologia incrementa il quantum econo-

mico.

Una tale triade non è moralmente neutra, perché non fornisce esclusivamente i mezzi che possono fare bene o male secondo l'uso che se ne fa, ma crea un mondo della Medicina con caratteristiche ben determinate che non possiamo fare a meno di abitare. In questo mondo la Biotecnologia non rappresenta una scelta come altre, ma costituisce il paradigma dove ogni opzione è possibile. La biotecnologia rende disponibili molti fini e differenti strade per raggiungere lo stesso fine.

La scelta della strada migliore, lasciata alla sola impresa biotecnologica, è fatta attraverso la ragione strumentale che decide ciò che è adeguato per raggiungere il fine. Essa opera con gli indicatori dell'efficacia e dell'efficienza e dell'appropriatezza.

Nell'ambito sanitario, nel trattamento di un paziente, spesso, ci si trova di fronte alla questione su quali siano le esigenze da soddisfare e quali, invece, i bisogni sanitari sacrificabili. La tecnologia preferisce, logicamente, l'efficacia diagnostico-terapeutica e l'efficienza della struttura sanitaria, che rappresentano i principi regolatori della ragione strumentale: unica legge oggettiva della tecnologia. Tutto ciò avviene a scapito delle esigenze assistenziali, le quali, essendo personali e soggettive, sono mal definibili con le categorie d'efficacia e d'efficienza. Il paziente affetto da malattia allo stato terminale, nella maggior parte dei casi, tuttavia, non necessita più di sofisticati standard diagnostico-terapeutici, capaci di ragionare in percentuali di sopravvivenza, di remissione e di eradicazione. Un tale paziente necessita solo di essere riconosciuto nella sua essenza. Egli è un essere umano che ha vissuto tutta la sua vita e che deve essere accompagnato per il breve tratto che lo separa dalla morte. La biotecnologia non può accompagnarlo in quel tratto di strada, o, comunque, non può scortarlo da sola. L'esigenza di avere qualcuno accanto nel periodo della morte, il bisogno di conforto, di empatia, di dignità sono

al di fuori della portata della tecnologia, tuttavia rappresentano ciò che realmente necessita al paziente.

Nell'ambito delle risorse da allocare e delle strategie da perseguire nei confronti dei soggetti allo stato terminale, quindi, se non si prende in considerazione anche il fattore D che rappresenta l'aspetto propriamente etico della dignità, della salvaguardia dei diritti e della dimensione spirituale umana, si introduce nell'analisi della ragione strumentale ciò che i biostatistici chiamano errore sistematico.

I calcoli della ragione saranno certamente esatti: ottenuti, vale a dire, dalle anticipazioni matematiche, ma non saranno veri, perché, a causa dell'errore sistematico, trascurano la verità che non è unilaterale, ma proviene da tutte le dimensioni umane.

Elogio del fallimento in Medicina

L'enorme disponibilità biotecnologica impone la necessità del fare che prevale di gran lunga sull'agire. La Medicina tecnologica non può stare senza fare, perché nel momento in cui si dicesse "non c'è più niente da fare" essa decreterebbe il suo fallimento. Ma ciò che sembra un fallimento in realtà è solo incomprendimento del limite che naturalmente ogni Medicina dovrebbe conoscere.

Nella sua lunga storia la Medicina raramente ha conosciuto i propri limiti, attribuendo, di volta in volta, al volere degli dei, alla collera di un Dio, alla giusta pena, al Fato i propri insuccessi e l'ineluttabilità del morire. Dissolti gli alibi e assunta pienamente ogni responsabilità nei confronti della salute e della malattia, la medicina dovrebbe riflettere sugli scopi del suo agire, includendo il limite come una necessità scientifica. La tecnologia con la sua smisurata disponibilità, tuttavia, appare senza limiti e quindi non può fallire.

E' questa condanna all'infalibilità che, talvolta, porta a non riconoscere lo status di paziente affetto da malattia terminale.

La tecnologia e l'etica medica

Con l'ingresso della tecnologia nella Medicina, il processo di matematizzazione della realtà annette nuovi regni: anche l'etica medica, una volta luogo incontrastato della riflessione antropologica, deve fare i conti con le esigenze economico-scientifiche e il suo linguaggio viene contaminato da nuovi fonemi: rapporto costi-benefici, standard, indicatori, verifica di qualità. Tutti concetti che si rifanno al computo dei valori relativi, quindi misurabili e confrontabili, dell'economia, piuttosto che ai luoghi del valore assoluto della vita e della salute del soggetto, nei quali il medico era stato abitualmente allevato ed educato.

L'etica medica, disorientata di fronte alla babele linguistica, non appare più in grado di scegliere i fini che la tecnologia dovrà conseguire, ma è la stessa tecnologia, assumendo come fini i risultati delle sue procedure a condizionare l'etica, obbligandola a prendere posizione in una realtà, non più naturale, ma artificiale che la tecnica non cessa di costruire e di rendere possibile, qualunque sia la posizione assunta dall'etica.

Il rapporto fra l'esigenza antropologica e quella scientifica, elemento costitutivo della Medicina, si è andato evolvendo nel tempo modificandosi ampiamente negli ultimi trenta-quaranta anni.

Oggi si avverte la sproporzione di tale rapporto a favore della parte scientifica che si esprime con gli apparati tecnologici della diagnosi e della terapia, rispetto alla componente antropologica che esigerebbe assistenza e comprensione. Un rapporto distorto tende a perdere la sua dialettica per divenire conflittuale e il termine, noto a tutti, disumanizzazione della medicina, indica chiaramente la perdita di quel tantum antropologico necessario affinché l'atto medico non sia solo un atto diagnostico, ma un atto umano tra uomini. Questo meccanismo è alla base del "sentire comune" che l'assistenza sanitaria spesso non è a misura d'uomo e che si è perso qualcosa di quel rapporto tra

"una fiducia e una coscienza" che caratterizzava l'incontro tra operatore sanitario e malato.

La parola disumanizzazione ha un significato profondo: seppure si indirizzi in un mondo di malattie e di dolori non ha a che fare con la sofferenza in quanto tale; l'uomo, infatti, è vissuto da sempre con essa. Il termine disumanizzazione ha a che fare con il concetto di dignità umana: indica un'irruzione nel nucleo intimo della propria dignità.

CONCLUSIONI

L'assistenza al paziente affetto da malattia terminale fa emergere i limiti e i difetti assistenziali della medicina biotecnologica. Il malato terminale è, oggi, una sorta di rivelatore, un criterio di distinzione tra due modi di socialità. C'è chi, dopo aver compreso ed accettato la convivenza e il confronto con il dolore e la morte, si avvicina al malato e c'è chi fugge e si allontana. Gli operatori sanitari non sono estranei a tale cultura e mettono in campo nel loro lavoro i propri atteggiamenti verso la morte.

Il primo problema da risolvere è quello del riconoscimento. Riconoscendo il soggetto come un essere umano avviato in tempi

brevi verso la morte, è possibile mutare prospettiva terapeutica. L'obiettivo non sarà più quello di intraprendere una lotta senza quartiere con la malattia, pur di aumentare il numero dei giorni di vita residua come se riuscire ad allungare la vita di qualche mese fosse il migliore dei traguardi possibili. Quella persona ha già vissuto tutta la vita possibile che, l'unicità del suo genoma ha manifestato nella rete esistenziale delle relazioni ambientali e sociali. Si tratta di accompagnarlo in modo che la sua dignità di essere umano non sia mai messa in pericolo.

Il fatto stesso di concepire la morte non più solo come evento biologico, ma come realtà che riguarda l'intera persona e tutta la famiglia, è un passo decisivo per poter aver cura di un essere umano sofferente e per comprendere come ogni malato ha il diritto di morire nel modo più sereno e dignitoso possibile, con l'aiuto terapeutico e in un contesto familiare.

Assistere un malato in fase terminale significa, allora aiutarlo, a restare sino alla fine, per se stesso e per i suoi, un uomo o una donna vivente, cioè un essere umano capace di un desiderio che bisogna capire e soddisfare, di una dignità che è necessario rispettare.

Massimiliano Marinelli



MERCOLEDÌ 28 MARZO 2001 ore 21

Sala delle Colonne - Palazzo Campana
(P.zza Dante) - Osimo

Incontro sul tema:

ENPAM: la previdenza dei Medici

Intervento di

Alberto Oliveti

(Consigliere d'Amministrazione e Componente
del Comitato Esecutivo della Fondazione ENPAM)

Viaggio senza bagaglio

A cura di Sergio Giustini

Console del Touring Club Italiano

Villa Favorita

Si trova alla periferia sud di Ancona in località Baraccola ed è monumento nazionale; tra le sue mura all'indomani della battaglia di Castelfidardo (29 Settembre 1860) alla presenza dei generali Cialdini e Lamoricière Ancona vide sancita la sua annessione al Regno d'Italia. In una pubblicazione del 1986 si parlava peraltro di essa in toni alquanto sconfortanti "...una costruzione ridotta al lumicino, tutto è cadente e sa di muffa, rifugio di vagabondi e tossici, regna una malinconica solitudine...". A distanza di poco più di un decennio si può invece constatare con piena convinzione come le soluzioni di recupero adottate abbiano di nuovo restituito all'antico splendore una notevole realtà storica ed artistica. Nel 1989 l'ISTAO, presente ad Ancona fin dal 1967, sostenuto da un finanziamento comunale decise di acquistare il complesso per trasferirvi la sua sede, già ospitata in un'altra rilevante villa settecentesca, la Beer alla Grazie; fu avviata una fondamentale azione di restauro del complesso e dei suoi episodi architettonici minori (la scuderia, la limonaia e il giardino d'inverno, quest'ultimo di prossima apertura)

che condussero nella primavera del 1998 all'inaugurazione definitiva. Sicuramente ai gentili lettori saranno gradite anche notizie sulle vicende storiche dell'edificio, a cominciare dalla datazione che risulta, come in altri casi consimili, alquanto incerta. Dagli atti notarili di A. Pratelli si sa che nel 1843 era certamente completata, come bene di maggiorascato e nel catasto rustico del 1801 compare il nucleo centrale per cui si può ragionevolmente inferire che Luigi Ricotti abbia



La scuderia ora adibita a biblioteca

edificato la dimora tra il 1801 e il 1830, parlandosi di essa come opera muraria senza le decorazioni interne. Un'altra ipotesi la vorrebbe sorta nel 1793, ad opera di Carlo (padre di Luigi) insieme alla costruzione di varie case coloniche circostanti. La proprietà nasce dunque come bene dei Ricotti: era questa una prosperosa famiglia anconitana che nel 1776 figurava tra le prime contribuenti come pubblici negozianti e che vedeva in Tommaso il più potente esponente di una stirpe che vantava ben due palazzi in Piazza S. Maria che saliranno a quattro ai primi dell'Ottocento. Egli, nel 1792, insieme al fratello Carlo, ottenne di essere ascritto alla nobiltà cittadina per cui si fregiarono del titolo comitale e ciò comportò un importante cambiamento dello status sociale con ripercussioni notevoli nella gestione del patrimonio e dell'azienda: Tommaso redasse testamento in favore dei figli di suo fratello Carlo, il cui primogenito era Luigi (1773-1853). I Ricotti nella contrada Baraccola, così denominata per l'esistenza di un'osteria fin dal 1739 e che con una chiesetta rurale era tutto ciò che formava "il sobborgo", possedevano già terreni acquistati anche dai Ferretti e dai Benincasa e l'edificazione della villa completò dignitosamente il quadro della fiorentina tenuta agricola. La dimora, definita "casa per villeggiatura con corte", divenne il segno evidente di una dinastia che diede mostra di sé con una austera committenza artistica che non era riuscita o non aveva voluto produrre in città. La costruzione è a pianta centrale, ottagonale, con quattro lati principali e altrettanti secondari; centro architettonico e ambiente principale è il grande salone al piano nobile, alto più di dieci metri al sommo della sua cupola di copertura, impreziosito

da un pavimento decorato con una veneziana e da affreschi sulle pareti. L'impianto architettonico non ha somiglianza o rapporti diretti con alcuna altra villa realizzata nella nostra Provincia, ravvisandosi peraltro un accostamento tra il grande androne centrale a piano terra e gli analoghi spazi nella villa Gallo a S. Stefano di Osimo o a Montegalgo di Offagna. Per ciò che concerne lo stile è arduo affermare che appartenga al neoclassico se



Veduta d'insieme

non come interpretazione del tutto originale, nonostante esso imperasse all'epoca nelle chiese, nei teatri e nei palazzi urbani; gli storici dell'arte hanno parlato della villa Favorita come esempio di concezione geometrica di stile tardo barocco. Comunque alcuni elementi quali la forma semplificata, una relativa povertà di esecuzione, la cortina laterizia a vista e la mostra in pietra d'Istria la rendono del tutto congrua all'aspetto delle ville anconitane e pesaresi sorte tra Settecento e Ottocento. Soprattutto è da rimarcare l'ottimo esempio di convivenza tra le esigenze del restauro dei monumenti e quelle di una loro "rifunzionalizzazione" in ragione di attività culturali, nel nostro caso didattiche. La villa è visitabile tutti i giorni feriali.

La legge finanziaria 2001

La Finanziaria 2001 composta da ben 158 articoli contiene numerose disposizioni sia di interesse generale sia più strettamente legate alla professione medica. In particolare:

- **ART. 7** - Incentivi per l'incremento dell'occupazione. Datori di lavoro privati possono usufruire di un credito di imposta finalizzato a nuove assunzioni di personale dipendente;
- **ART. 13** - Regime fiscale agevolato per le nuove iniziative imprenditoriali e di lavoro autonomo;
- **ART. 50** - Rinnovi contrattuali. Integrazione per gli anni 2001 2002 delle risorse per il rinnovo dei contratti del personale del pubblico impiego;
- **ART. 51** - Programmazione delle assunzioni e norme interpretative. Riduzione del personale in servizio presso le pubbliche amministrazioni e proroga dei termini di validità delle graduatorie per l'assunzione di personale;
- **ART. 59** - Acquisto di beni e servizi degli enti decentrati di spesa. Il ministero del Tesoro, Bilancio e Programmazione promuove aggregazioni di Enti (Regioni, Enti Locali, Aziende USL ed Ospedaliere, Università) al fine di realizzare l'acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato;
- **ART. 83** - Norme Attuative dell'accordo Governo - Regioni. Dal 1° gennaio viene soppresso il vincolo di destinazione delle risorse destinate al finanziamento del S.S.N. Le Regioni devono provvedere alla copertura di eventuali disavanzi di gestione mediante tributi regionali. In caso di inerzia delle Regioni il Governo adotta le forme di intervento sostitutivo previste dalla legge;
- **ART. 84** - Eliminazione progressiva dei ticket sanitari;
- **ART. 85** - Riduzione dei ticket e disposizioni in materia di spesa farmaceutica. Abolizione del ticket sui farmaci in classe A e B. Dal 1° luglio introduzione del pagamento da parte dei cittadini della quota parte superiore al prezzo medio ponderato dei farmaci non coperti da brevetto (farmaci generici);
- **ART. 86** - Dotazione finanziaria complessiva dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale del distretto. Introduzione del "budget di distretto" che rappresenta un tetto delle spese complessive di tutte le componenti sanitarie di un distretto;
- **ART. 87** - Monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere. Gestione informatizzata delle prescrizioni erogate da soggetti pubblici e privati accreditati;
- **ART. 88** - Disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Riduzione tariffa giornaliera di degenza nei reparti di lungodegenza oltre il 60° giorno. Controllo di almeno il 2% delle cartelle cliniche per verificare la effettiva utilità e congruità dei ricoveri;
- **ART. 92** - Interventi vari di interesse sanitario. Soppressione delle norme per la sperimentazione della tessera sanitaria i cui previsti finanziamenti sono destinati ad altre iniziative come l'attivazione e la gestione del sistema informativo per la formazione continua (ECM). Inoltre l'articolo prevede anche che tutti coloro che intendono chiedere l'accreditamento di specifiche attività formative versino preventivamente allo Stato, quale contributo alle spese, una quota fissata dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua che va da un minimo di lire 500.000 ad un massimo di lire 5.000.000.

REVISIONE delle note CUF

Il Decreto del Ministero della Sanità del 22 dicembre 2000 sostituisce i precedenti provvedimenti di approvazione ed aggiornamento delle "note" relative ai medicinali dispensabili con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale ed è entrato in vigore il 24 febbraio scorso. Il provvedimento ha ridotto il numero totale delle note da 59 a 39, abrogandone alcune o accorpandone altre, mentre altre ancora sono state riscritte per adeguarle all'evoluzione scientifica.

In particolare sono state introdotte 3 nuove note: la 32 bis (lamivudina), la 83 (le "lacrime artificiali" per i pazienti affetti da sindrome di Sjogren) e la 84 (aciclovir e valaciclovir).

L'attivazione del registro USL è stata mantenuta solo per la nota n.8 (levocarnitina), n. 12 (eritropoietina) e n. 39 (GH).

La nota 37 è stata sostituita con l'allegato 2 del suddetto decreto, il quale elenca i principi attivi contenuti nelle specialità medicinali che possono essere prescritti su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle regioni. Per tali farmaci è prevista la duplice via di distribuzione, attraverso le farmacie convenzionate o direttamente da parte della struttura pubblica.

E' superfluo ricordare che sono tenuti all'applicazione delle note tutti i medici del S.S.N..

Dalla FNOMCeO

INFORMAZIONE SCIENTIFICA E CODICE FARMINDUSTRIA

Il 19 gennaio nella sede della FNOMCeO si sono incontrati il Presidente Giuseppe Del Barone e il Direttore Generale di Farmindustria Ivan Cavicchi. Nel corso dell'incontro è stata condivisa la necessità di operare congiuntamente e con l'apporto di tutti i soggetti interessati al fine di accelerare il processo di revisione del D.L.vo 541/92 sull'attività d'informazione scientifica del farmaco e, in conseguenza, di adeguare coerentemente il codice deontologico di Farmindustria.

Piena è stata la condivisione della critica al succitato decreto che soltanto in Italia e in pochissimi altri Paesi del mondo, e non fra i più avanzati, discrimina di fatto alcuni tra i professionisti medici, e in particolare i medici di famiglia, addirittura rinunciando al prezioso e insostituibile apporto di questi ultimi per la sperimentazione farmacologia di fase 3a e 4°, a tutto danno dei cittadini italiani.

Il Presidente della FNOMCeO si è impegna-

to a sottoporre all'attenzione e approvazione del prossimo Comitato Centrale della Federazione stessa, la costituzione di un tavolo di lavoro che, sotto il loro coordinamento e con la partecipazione di tutte le associazioni interessate, crei i presupposti per una rapida e funzionale revisione normativa della D.L.vo 541/92.

FNOMCeO e Farmindustria inizieranno comunque da subito a sensibilizzare i competenti interlocutori istituzionali al fine di garantire una sempre maggiore qualificazione della figura professionale del medico e una più rigorosa attività di informazione scientifica svolta dalle aziende

ISCRIZIONE ALL'ORDINE E SPECIALIZZAZIONE

Alcuni sanitari allorché chiedono l'iscrizione all'Ordine dichiarano contestualmente di essere già in possesso di un titolo di specializzazione. La circostanza risulta difforme ed in contrasto con la normativa vigente (decreto legislativo 17.8.99 n.368) che prevede nel corso della formazione specialistica

dei medici lo svolgimento di attività teorico e pratica prevista dagli ordinamenti e regolamenti didattici. L'art. 8 del DLCPS 233/46 condiziona l'esercizio della professione medica all'iscrizione al rispettivo albo, quindi la mancata iscrizione e la frequenza al corso di specializzazione configurano esercizio abusivo della professione medica-chirurgica perseguibile ai sensi di legge.

AGGIORNAMENTO PROTOCOLLO VACCINAZIONE EPATITE B

La circolare n. 19 del 30 novembre 2000 del Ministero della Sanità, a distanza di circa tre anni dall'ultima revisione del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione nei nuovi nati, negli adolescenti e negli adulti, appartenenti o meno a categorie a maggior rischio di infezione da virus da epatite B, ha aggiornato il protocollo stesso.

PRESCRIZIONE DI NORPSEUDOE-FEDRINA e NOREFEDRINA

Il Ministero della Sanità ha diffuso una nota secondo la quale, anche attraverso la consultazione di siti internet specialistici, sia possi-

bile la spedizione di preparazioni magistrali contenenti come principio attivo la sostanza norpseudofedrina (anoressizzante ad azione centrale). A tale proposito si ricorda che tale sostanza, denominata anche Catina, è una sostanza inserita della Tabella I delle sostanze stupefacenti e psicotrope e pertanto deve essere utilizzata seguendo le norme previste dal DPR 309/90. Tali obblighi vanno estesi analogamente alla sostanza Norefedrina, denominata anche Fenilpropanolamina, in quanto stereoisomero della Norpseudofedrina e quindi compresa anch'essa in Tabella I.

REGISTRAZIONE DIPLOMA DI ABILITAZIONE

La Legge 24 novembre 2000, n. 340, all.B ha abrogato alcuni commi dell'art. 100 del Testo Unico delle Leggi sanitarie. Ciò significa che il medico che intende esercitare in un Comune non è più tenuto alla registrazione presso gli uffici comunali del proprio diploma di abilitazione all'esercizio della professione sanitaria.

SSN: il 45% della spesa è per il personale

Le cifre della Ragioneria Generale dello Stato, elaborate dall'Asi, Agenzia Sanitaria Italiana, indicano che il SSN costa quasi 51 miliardi di lire l'anno per il personale in servizio nella sanità italiana e tale uscita costituisce ben il 45% della intera spesa del Ssn, con una media pro-capite che supera i 73 milioni. A fine dicembre '99, gli addetti alla sanità erano 691.780, con 11.040 nuovi assunti (+1,62% rispetto al '98). Questo numero però non è ancora sufficiente a coprire il fabbisogno delle attuali strutture del territorio nazionale che necessitano di altri 38.265 addetti. Secondo i calcoli, il settore della dirigenza conta 127.405 unità (pari al 18,4% del personale totale): 107.315 medici, 99.932 dei quali a tempo pieno, 14.205 appartenenti alla dirigenza non medica del ruolo sanitario, 5.885 alla dirigenza

amministrativa e tecnico professionale. Gli altri livelli non dirigenziali sono composti da 564.376 addetti, 320.218 dei quali concentrati nel ruolo sanitario.

Una curiosità è quella costituita dall'alto numero di dirigenti in Sicilia, pari al 22,5% del personale Ssn rispetto al 18,3% della media nazionale, ed al 12,7% del Trentino Alto Adige.

L'analisi della spesa per retribuzioni mostra che l'85,2% (31.134 mld) è per le competenze fisse (stipendi, indennità integrativa speciale ecc.) mentre il 13,5% (4.948 mld) è riferita a competenze accessorie (straordinari, indennità di turno ecc.) e l'1,3% (472 mld) agli arretrati. In valore assoluto, le retribuzioni della dirigenza sono costate 13.482 mld nel '99 e quelle degli altri livelli 23.072 mld di lire.

Incontri con **L'ACCADEMIA DI LOGICA GIURIDICA**

RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA DEI MEDICI

Il 12 dicembre 2000 si è tenuto il terzo incontro promosso dall'Ordine in collaborazione con l'Accademia marchigiana di logica giuridica sull'argomento "TEMI DI RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA DEI MEDICI". I relatori sono stati gli avvocati Lia Giuliodori, Claudia Del Savio, Luigi Di Murro e Monica De Feo. Il tema è di importanza rilevante anche perché poco conosciuto ma è stato affrontato dai relatori con chiarezza e praticità. Si parla di responsabilità amministrativa quando vi è un danno all'amministrazione rilevante sul piano economico (danno patrimoniale) da parte di un funzionario, dipendente nell'esercizio delle sue funzioni, trovandosi il fondamento normativo nell'articolo 28 della Costituzione. Gli elementi essenziali per la responsabilità amministrativa sono infatti: il rapporto d'impiego con la pubblica amministrazione, l'elemento oggettivo, cioè il danno, l'elemento soggettivo di colpa grave o dolo ed il nesso di causalità tra condotta del soggetto e il danno. Ha concluso il Prof. Di Murro adducendo una serie di esempi pratici tratti dalla sua vasta esperienza professionale con il consueto vivace dibattito tra i molti presenti.

CONSENSO INFORMATO

Martedì 23 gennaio 2001 si è tenuta presso l'auditorium dell'INRCA l'ultima delle quattro riunioni programmate dall'Ordine di concerto con l'Accademia Marchigiana di logica giuridica. Alla presenza di un numeroso pubblico, specialmente medici, si è trattato il tema del "Consenso informato". Ha aperto l'incontro il Presidente dell'Ordine dr. Fulvio Borromei sottolineando la grande importanza dell'argomento e richiamando in particolare l'articolo 32 del codice deontologico medico. Sono poi intervenuti, moderati dall'avvocato Marinelli, i vari legali presenti: l'avvocato Monica De Feo ha illustrato i principi generali del tema ed ha ricordato gli elementi che rendono valido il consenso: che esso sia libero, informato, reale e specifico. L'avvocato Fesce ha fatto riferimento al paziente psichiatrico ed anziano nei confronti dei quali vi deve essere una ulteriore responsabilizzazione del medico. La dr.ssa Ionna ha poi trattato del consenso informato in materia di chirurgia estetica riferendo sentenze della Cassazione sulla scorta di alcune vicende occorse a specialisti della branca.

Tali sentenze mostrano comunque di privilegiare una più che corretta informativa al paziente.

L'avvocato Tonnarelli ha parlato poi del diritto di rifiutare le cure con una estensione dell'aspetto ai testimoni di Geova. Pur dovendosi sempre salvaguardare la autodeterminazione del soggetto e rispettare la volontà dell'individuo, così come disposto dalla legge, allo stato attuale vi sono state diverse sentenze di proscioglimento nei confronti di sanitari che erano intervenuti contro la volontà degli adepti, esistendo lo stato di necessità.

Assai vivace il dibattito a seguire con interventi di rilievo dei colleghi Sampaolo, Fanesi, Gioacchini e Pigini.

I prossimi appuntamenti riguardano un allargamento degli incontri in alcuni centri della Provincia ed una stampa degli atti dei meetings.

Sergio Giustini

UNA DELEGAZIONE RUSSA STUDIA LA SANITÀ MARCHIGIANA

Una delegazione, in rappresentanza della Federazione Russa e della Regione di Chuvash, ha concluso una visita alla nostra regione. La delegazione, composta da nove donne capitanate dal vicesegretario della Sanità della Federazione Olga Charapova, ha visitato l'ospedale di Torrette, quelli di Urbino e Macerata e l'ASL 7 di Ancona.

Molti elementi dell'organizzazione della nostra sanità (l'integrazione dei vari servizi, il ticket, l'organizzazione in dipartimenti, il legame tra cure mediche e intervento sociale, oltre al rapporto tra struttura pubblica e privata) sono stati giudicati interessanti e saranno inseriti nel Piano Sanitario della Federazione russa e di quello di Chuvash, per il periodo 2001-2005.

L'iniziativa si colloca all'interno del Progetto EUTACIS (Health Care Management in Russian Federation) un progetto di consulenza tecnica-sanitaria alle repubbliche russe finanziato dall'U.E. Anche il Veneto e l'Emilia Romagna sono state oggetto di studio anche se la visita ha interessato solamente le Marche, ritenute simili alla regione russa di Chuvash che si appresta a rivedere completamente il proprio assetto organizzativo sanitario che presenta particolari problemi ad iniziare dall'alto numero di posti letto ospedalieri (11 per mille contro il nostro 5,5). L'Assessore Regionale alla Sanità Augusto Melappioni ha manifestato grande interesse per l'iniziativa che consente un reciproco scambio di informazioni sul modo di gestire la sanità pubblica.



Condono previdenziale

A cura dello Studio Falorni

Sarà tra breve disponibile il modulo per presentare all'Enpam la domanda di condono previdenziale da parte di coloro che abbiano omesso, anche parzialmente, il pagamento dei contributi sia fissi che sulla libera professione esercitata. Il condono prevede altresì la possibilità di inviare la richiesta per l'ammissione al contributo ridotto al 2% in luogo di quello normalmente previsto al 12,50% da parte degli iscritti che, possedendone i requisiti, non hanno mai versato il contributo sui redditi libero professionali (ad esempio gli ospedalieri sull'attività intramuraria) o che hanno versato il contributo del 2% senza però presentare la dovuta istanza di ammissione.

L'onere del condono è dato dal pagamento dei contributi omessi aumentati degli interessi pari ad un tasso semplice del 5% in ragione di anno calcolati a partire dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello nel quale doveva essere effettuato il pagamento del contributo evaso fino alla data dell'effettivo versamento a titolo di condono. Il conteggio dell'importo da versare sarà effettuato dall'Enpam sulla base dei dati che l'interessato fornirà con l'apposito modulo.

Per gli importi complessivamente superiori ai 2 milioni di lire il pagamento potrà essere rateizzato sino a un massimo di 12 rate semestrali.

La mancata adesione al condono comporterà l'applicazione delle sanzioni previste (di norma intorno al 70% dell'accertato contributo evaso)

(g.f.) Nel pieno rispetto della normativa in materia l'ENPAM ha deciso di varare un condono come la maggior parte delle Casse privatizzate dei liberi professionisti. Dopo la consultazione di tutti gli organi collegiali il Consiglio di Amministrazione nella seduta del 15 dicembre 2000 ha approvato il Regolamento di tale manovra i cui dettagli sono sopra riportati. Ora si attende l'approvazione dei Ministeri vigilanti affinché possa entrare subito in vigore.

Possono essere interessati al condono gli iscritti alla "Quota A" che hanno omesso di versare contributi per irreperibilità, per dimenticanza o per effettive difficoltà. Si tratta spesso di versamenti che dovevano essere effettuati molto tempo fa e quindi con sanzioni particolarmente onerose. Grazie al condono gli interessati possono così sanare le proprie inadempienze ad un costo sostenibile garantendosi così il diritto alla pensione della "Quota A". Ma questa norma interessa prevalentemente i liberi

professionisti iscritti alla "Quota B" istituita nel 1990 anche con aspri contrasti di una parte della categoria. Soprattutto nei primi anni non sono quindi affluiti tutti i contributi che era lecito attendersi ed inoltre nel 1995 si creò ulteriore confusione quando, con la riforma del sistema previdenziale, tutti coloro che presentavano redditi non coperti da contributi previdenziali avrebbero dovuto obbligatoriamente versare un contributo all'INPS del 10%. In quell'occasione l'ENPAM, per evitare che questi fondi affluissero all'INPS, istituì l'obbligatorietà del versamento all'Ente anche su quei redditi. Molti tuttavia ignorarono questo cambiamento in corsa e continuarono a non effettuare alcun versamento anche in presenza di redditi da libera professione quali quelli ad esempio derivanti dalle attività cosiddette "intramoenia".

Inoltre coloro che, ai sensi delle norme vigenti fino al 1995, avevano diritto all'esenzione totale del versamento del contributo perché iscritti ad altre

forme di previdenza obbligatoria hanno perduto da tempo questa prerogativa e sono quindi tenuti al pagamento proporzionale.

In tutti questi casi le norme di legge all'epoca vigenti che prevedevano sanzioni pesanti, hanno impedito a molti colleghi di regolarizzare la propria posizione perdendo così anche una buona fetta del loro futuro previdenziale. Il condono è stato quindi istituito proprio per sanare queste inadempienze contributive compiute anche in buona fede. E' importante sottolineare che tutte le somme versate per il condono (compresi gli interessi) sono deducibili dall'imponibile fiscale.

NUOVA DISCIPLINA PER L'ADESIONE AL RISCATTO

Si è convenuto di facilitare l'adesione al riscatto per tutti coloro che ne faranno richiesta proponendo un meccanismo di adesione più elastico che consenta ai medici una scelta più ampia della modalità di contribuzione. Infatti ora dopo la presentazione della domanda da parte dell'iscritto, l'Ente invia al richiedente una proposta che contiene tutte le notizie necessarie a valutare completamente costi e benefici del riscatto ed anche tre ipotesi di rateizzazione dello stesso. Il medico ha la possibilità di scelta od anche quella di versare un acconto chiedendo la rateizzazione della differenza. Il medico ha ora 120 giorni di tempo per comunicare all'ENPAM la sua decisione, scaduti i quali la domanda verrà annullata d'ufficio ma l'iscritto potrà presentarla subito dopo la scadenza del termine di 120 giorni. In caso di adesione l'Ente emetterà avviso di pagamento con l'importo corrispondente alla scelta effettuata. A questo punto il pagamento dovrà avvenire entro il termine perentorio di 60 giorni dalla scadenza indicata sull'avviso (30 giugno o 30 dicembre). Come da regolamento il mancato pagamento entro tale limite comporta una rinuncia al riscatto e l'impossibilità di ripresentare domanda per 2 anni.

Ricordiamo ancora che la contribuzione per il riscatto è ora interamente deducibile dall'imponibile IRPEF.

ABOLIZIONE MARCHE ENPAM

L'articolo 145, comma 65 L. 23 dicembre 2000 (Finanziaria 2001) ha abrogato l'art. 11 della L. 21 febbraio 1963, n° 244. In soldoni, dal 1° gennaio 2001 non è più obbligatoria l'apposizione della marca ENPAM sulle certificazioni ancora non esentate da tale obbligo. Viene così meno un compito burocratico che comportava solo un aggravio di

impegno da parte del medico senza portare alcun beneficio sostanziale alla nostra gestione previdenziale.

MODIFICA DEL SAGGIO DI INTERESSE LEGALE

Con decreto ministeriale dell'11 dicembre 2000 pubblicato nella G.U. del 15 dicembre scorso, è stato modificato il saggio degli interessi legali che sono stati definiti dal 2,5 % precedente al 3,5 % a partire dal 1° gennaio scorso. Ciò ha ovviamente riflessi importanti per tutti coloro che hanno rateizzato, o intendono farlo, contributi all'ENPAM (riscatto o condono). Anche chi ha in corso pagamenti si vedrà rivalutare l'importo delle rate.

MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PENSIONI

La Fondazione ha deciso che le pensioni vengano erogate esclusivamente attraverso accredito in conto corrente bancario ovvero presso un conto bancoposta. Si raccomanda pertanto ai titolari di pensione, nel loro stesso interesse, di fornire puntuale e tempestivi riscontro alla Fondazione ENPAM.

RIVALUTAZIONE DELLE PENSIONI IN GODIMENTO

L'ISTAT ha comunicato la variazione dell'indice dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati". Come prevedono i regolamenti dei Fondi (maggiorazione del 75% di tale indice per tutte le pensioni) dal 1° gennaio 2001 tutte le pensioni sono state incrementate dell'1,92 %. Tale adeguamento verrà effettuato con il rateo del mese di marzo con arretrati che saranno pagati a partire da gennaio

RESTITUZIONE QUOTA FISSA INDIVIDUALE PER L'ASSISTENZA MEDICA DI BASE

Si tratta della famosa "tassa sul medico di famiglia" varata nel 1993 e che verrà ora restituita nella misura dell'80% di quanto pagato. Per chi presenta la denuncia dei redditi tale rimborso verrà effettuato automaticamente all'atto della presentazione. I pensionati che non presentano denuncia possono ottenere tale restituzione richiedendola direttamente all'ENPAM entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge (entro il 9 dicembre 2001). Rivolgersi alla Fondazione - Area della Previdenza - Servizio Prestazioni del Fondo Generale. La restituzione verrà effettuata dall'Ente nel corso dell'anno e non è soggetta a tassazione.

Legislazione

Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19/02/2001

Legge 8 febbraio 2001, n. 12 - Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore

Gazzetta Ufficiale n.5 del 08/01/2001

Legge 29 dicembre 2000 n.401 - Norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario

Gazzetta Ufficiale n.299 del 23/12/2000

Decreto 20 novembre 2000 - Aggiornamento del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B

Gazzetta Ufficiale n.295 del 19/12/2000

Decreto 27 ottobre 2000 n.380 - Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati

Ulteriori informazioni:

www.ordinemedici.ancona.it

Congressi e Corsi

PSICOTERAPIA ED IPNOSI

La SMIPI (Soc. Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi) organizza un "Corso di Psicoterapia ed Ipnosi Medica". Le lezioni si svolgeranno il 24-25 marzo, 7-8 aprile e 21-22 aprile presso l'Hotel Passetto (Ancona). Il corso, a carattere teorico e pratico, è riservato a medici, psicologi o laureandi. Per informazioni rivolgersi al Dr. O. Mercante o.mercante@fastnet.it

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Si svolgerà il 16 e 17 marzo presso l'INRCA di Ancona il 2° Corso Regionale delle Marche sul tema "Le basi della nutrizione artificiale" organizzato in collaborazione con l'Università di Ancona, Patologia Chirurgica.

GINECOLOGIA

Sabato 31 marzo si svolgerà a Senigallia, organizzato dalle U.O. di Ginecologia ed Ostetricia e di Chirurgia Generale dell'ASL n° 4, un convegno sul tema "2001: Andropausa, menopausa e senescenza. Il presente ed il futuro"

PEDIATRIA

Dal 17 al 19 maggio avrà luogo ad Ancona il XVIII° Congresso Internazionale "Bambino Progetto Salute 2001: Realtà e nuove frontiere in Pediatria e Neonatologia"

UROLOGIA

Dal 2 al 6 luglio p.v. si svolgerà ad Ancona, organizzato dalla Clinica Urologica dell'Università e dalla Divisione di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Torrette-Umberto I°, il "2° International Meeting on Urology - Focus on European Urology"

PSICHIATRIA

Ad Ascoli Piceno dal 14 al 16 giugno 2001 si svolgerà il "II° Congresso Nazionale sul Disturbo Borderline di Personalità" organizzato dal Dipartimento di salute Mentale della ASL 13.

Per informazioni picenoeventi@aruba.it

CHIRURGIA ESTETICA

Si svolgerà il prossimo 5 maggio a Brugnello di Senigallia presso la Villa Augusti Castracane un Convegno Nazionale dedicato esclusivamente alle problematiche chirurgico-estetiche maschili. Il Convegno è organizzato dalla SCEI (Società di Chirurgia Estetica Italiana) ed ha come tema "La Chirurgia Estetica Maschile nel terzo millennio. Stato dell'arte".

Per informazioni www.scei.org

MEDICINA PALLIATIVA

La scuola di Formazione ed Aggiornamento in Medicina Palliativa (SFAMP) organizza tre corsi rivolti ai MMG, agli Oncologi, ed a tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle cure palliative dei malati di cancro in fase avanzata e terminale.

Per informazioni sfamp@istitutotumori.mi.it

PSICHIATRIA & MEDICINA GENERALE

La Clinica Psichiatrica Prima dell'Università di Bologna e la Società Italiana di Medicina Generale organizzano un corso di perfezionamento in "Training in tecniche del colloquio psichiatrico ed in comunicazione medica per medici di medicina generale".

Per informazioni psichibo@alma.unibo.it

PSICOLOGIA

Dal 23 al 27 luglio 2001 si svolgerà a Bertinoro (Centro Universitario Residenziale) la Summer School 2001 sul tema "L'intervento di consulenza in Psicologia Clinica" con il patrocinio della Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna.

Per informazioni summerpan@virgilio.it

notizie in breve

RICONOSCIMENTO AL PROF. FUA'

Il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi, su proposta del Ministro della Sanità, ha conferito l'onorificenza di Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica al Prof. Corrado Fuà, già primario in medicina generale, malattie infettive e cardiologia presso l'Ospedale Regionale di Ancona. Al Prof. Fuà, per tanti anni punto di riferimento della sanità anconetana, vadano i più sinceri rallegramenti dell'Ordine Provinciale.

CAMBIO DELLA GUARDIA NELLA CHIRURGIA UNIVERSITARIA

Dopo 10 anni il Prof. Emanuele Lezoche ha lasciato la Direzione della Clinica di Patologia Chirurgica dell'Università di Ancona andando a ricoprire una delle più prestigiose cattedre italiane, quella della Seconda Clinica Chirurgica dell'Università di Roma. Al suo posto ad Ancona, città nella quale ha lasciato un ottimo ricordo, è stato chiamato il Prof. Francesco Feliciotti, da sempre nella facoltà medica anconetana, il quale ha assunto così l'incarico di Direttore della Clinica di Chirurgia Generale e Metodologia Chirurgica. Ai due illustri docenti auguri di proficuo lavoro.

NUOVO DIRETTIVO PROVINCIALE SNAMID

Il 16 dicembre scorso si è tenuto il quarto Congresso Provinciale della Società Nazionale di Aggiornamento Medico Interdisciplinare (SNAMID) nell'ambito del quale si è proceduto alla elezione del nuovo direttivo provinciale che risulta così composto dai seguenti colleghi: Maurizio Diotallevi (Coordinatore), Raffaele Pastore (Vice-coordinatore), Paolo Stronati (Segretario), Andrea Pellonara (Tesoriere), Roberto Porcarelli (Addetto Stampa). Nel corso dell'assemblea è stato anche approvato il nuovo statuto SNAMID.

ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICI PER L'AMBIENTE

Il 31 gennaio scorso si è costituita ad Ancona la Sezione Provinciale dell'Associazione Italiana Medici per l'ambiente. E' stato poi eletto il Consiglio Direttivo Provinciale che risulta com-

posto dai seguenti medici: Luigi Fiordelmondo (Presidente), Marco Faretti (Vice presidente), Emanuele Fiorini (Tesoriere Segretario), Marco Grandi ed Antonio Marracino (Consiglieri). Scopo dell'associazione è quello di promuovere la ricerca, la prevenzione e l'informazione riguardo al rapporto esistente tra alterazioni ambientali e patologie umane correlate o favorite.

DISTROFIA MUSCOLARE

La sezione di Ancona dell'UILDM (Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare) comunica che, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale, è in fase di avvio la costituzione di un Centro Regionale per le Malattie Neuromuscolari che dovrebbe garantire un approccio integrato e completo a questo tipo di patologia. Nel frattempo è attivo presso la Clinica Neurologica di Torrette un ambulatorio affidato al Dr. Dante Paladini ed appositamente dedicato a queste patologie.

PREMIO ALLA RICERCA

Il Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG) istituisce un premio annuale alla ricerca in medicina generale intitolato ad Edoardo Parma, un collega scomparso a soli 43 anni. Il premio (€ 5.000.000) viene assegnato alla ricerca prima classificata, redatta in lingua italiana, inedita al momento della presentazione della domanda e svolta nel campo della Medicina Generale. Possono partecipare MMG, partecipanti del corso di formazione in MG, studenti e neolaureati in medicina. Scadenza delle domande 30 aprile 2001.

Per informazioni <http://www.csermeg.it>

GIOCHI MONDIALI DELLA MEDICINA

Si svolgeranno ad Evian in Francia dal 23 al 30 giugno 2001 i XXII Giochi Mondiali della Medicina che offrono ai medici che praticano sport la possibilità di gareggiare con colleghi di tutto il mondo. Le discipline sportive sono 26. Per informazioni sul programma, modalità di partecipazione, sistemazione logistica ecc... contattare il Dr. Giovanni Giovannini, Delegato Jmm per l'Italia, Tel. 0572 770547 - 78689 Fax 0572771535

Attività dell'



**Associazione Regionale Emergenza Sanitaria e Sociale
Regione Marche**

Centrale Operativa 118

Ospedale Regionale Torrette

Via Conca 60129 ANCONA

Tel.: 800118011 - Fax: 071.9069042

E-mail: ares_marche@virgilio.it

www.regione.marche/ares

**PROGRAMMA DI INCONTRI PER I SOCI ARES
NOZIONI DI MEDICINA DELLE CATASTROFI**

30 marzo 2001 - Psicologia delle catastrofi:
valutazione ed autovalutazione (Claudio Linda)

13 Aprile 2001 - Incontro ARES con Medici
senza Frontiere (Riccardo Grifoni)

27 aprile 2001 - Organizzazione dell'assistenza
sanitaria per grandi raduni di massa. Piani di
emergenza per impianti tecnologici ad alto
rischio. Piani ospedalieri di emergenza
(Riccardo Sestili)

25 maggio 2001 - Tecniche di sopravvivenza ed
autoprotezione. Kit personale del soccorritore.
Nozioni di diritto internazionale e geografia
politica. Nozioni di telecomunicazione (Mirco
Manara)

29 giugno 2001 - Approfondimento su partico-
lari tipologie di scenario incidentale e di lesioni
(guerra, incidente aereo, terremoto, disastri da
fuoco, catastrofi sociali, incidenti nucleari,
attentati terroristici, epidemie, incidenti tecno-
logici (Mario Giusti)

27 luglio 2001 - Addestramento sui materiali a
disposizione del gruppo di intervento ARES

*Gli incontri si svolgono presso la Facoltà di Medicina
e Chirurgia dell'Università di Ancona (palazzo
Aragosta) Torrette di Ancona con inizio alle ore 16.*

SITO INTERNET

Sul nostro sito Internet all'indirizzo
www.regione.marche.it/ares potrai trova-

re tutti gli aggiornamenti relativi alla nostra
associazione, oltre ai programmi dei corsi di
formazione, i verbali del Consiglio Direttivo. Si
può trovare anche il testo completo della
Convenzione con la Regione Marche. Il sito non
è ancora del tutto completo ma rappresenta
comunque un punto di riferimento importante.
Quanto prima sarà arricchito anche con link di
collegamento con siti mondiali che trattano la
medicina delle catastrofi. Visitatelo !!

CONVENZIONE REGIONE MARCHE - ARES

In data 13/12/2000 è stata firmata la convenzio-
ne con la Regione Marche, un atto di fiducia
dell'Istituzione nei confronti della nostra
Associazione a cui possiamo rispondere perse-
guendo i nostri obiettivi con l'impegno e la
determinazione che fin'ora ci hanno contradd-
distinto.

L'esigenza di tempestività negli interventi pone
fortemente il problema della definizione "in
tempo di pace" della composizione delle colone
mobili del volontariato coordinate a livello
regionale, della predisposizione degli strumenti
che consentano l'immediato intervento, quindi
della stipula di apposite convenzioni con le
organizzazioni del volontariato che presentino
le caratteristiche di specializzazione ed affidabi-
lità per la composizione dei singoli moduli della
colonna mobile.

E' noto che i protocolli della medicina delle
catastrofi sono differenti, di necessità, dalle pra-
tiche mediche ordinarie, che i materiali da uti-
lizzare devono rispondere a criteri differenti,
che le stesse specializzazioni richieste sono dif-
ferenti a seconda del genere di evento da fron-
teggiare, e quindi occorre una preparazione
costante.

Pur considerando che tutto il personale appartenente alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere gode dei benefici di Legge di cui al D.P.R.n. 613/94 sul volontariato precedentemente citati, il fatto che lo stesso espletì un servizio di importanza sociale primaria, considerata la rilevanza dell'associazione e il ruolo che la stessa può ricoprire nell'intervento sanitario in caso di calamità, si è ritenuto di formalizzare gli impegni reciproci della Regione Marche, Servizi Sanità, Politiche Comunitarie e Cooperazione allo Sviluppo e Protezione Civile, e dell'ARES mediante convenzione.

Con tale convenzione il Servizio Sanità della Regione garantisce la formazione dei volontari e la possibilità che gli stessi, per una rapida mobilitazione in caso di necessità, siano autorizzati a lasciare i reparti, nel rispetto comune della loro funzionalità.

Il Servizio di Protezione Civile riconosce l'ARES come componente del modulo sanitario della propria colonna mobile e garantisce la disponibilità delle attrezzature logistiche necessarie al funzionamento della stessa.

Il Servizio Politiche Comunitarie e Cooperazione allo Sviluppo offre la propria competenza in caso di missioni all'estero e si impegna ad usufruire dei servizi dell'ARES nei casi di emergenza internazionale in cui sia necessario l'intervento diretto della struttura regionale, garantendo la formazione attraverso l'inserimento dei volontari in corsi di aggiornamento specifici.

L'ARES - ONLUS si impegna a garantire la continuità delle attività ordinarie svolte dai propri associati all'interno delle strutture ospedaliere, a trasferire la professionalità ed esperienza acquisita sia nei corsi di formazione professionale che nelle esercitazioni o nei diretti interventi di emergenza, all'interno delle strutture ospedaliere; a contribuire alla predisposizione dei piani aziendali di massimo afflusso di feriti e di evacuazione ospedaliera; a contribuire al mantenimento in efficienza delle attrezzature sanitarie di pronto impiego utilizzate per il modulo sanitario della colonna mobile.

Questa convenzione pone l'ARES in una posizione di importante riconoscimento Regionale e al contempo l'impegna a prepararsi adeguatamente per rispondere alle aspettative prodotte.

Marco Esposito

SIMULAZIONE DI CATASTROFE

La simulazione del disastro causato da un evento sismico con raggio di azione distruttiva per l'intero territorio comunale di Santa Maria Nuova aveva lo scopo di verificare il piano di emergenza di questo Comune precedentemente approvato dalla Regione Marche. La simulazione della catastrofe, organizzata dall'ANPAS Regionale e sollecitata dall'Amministrazione comunale di Santa Maria Nuova che ha messo a disposizione idonei spazi e strutture adeguate, ha goduto in parte della collaborazione dei cittadini del luogo, ma anche della forza di volontà di persone facenti parte di diverse Associazioni di volontariato. L'Ares, invitata a partecipare nel simulare l'assistenza sanitaria dei disastri, ha accolto di buon grado l'invito ed ha partecipato all'esercitazione usufruendo di materiali e strutture messe a disposizione dall'Anpas. Hanno partecipato all'esercitazione sette infermieri (uno nel posto medico avanzato, uno in astanteria, due sulle ambulanze medicalizzate, tre disponibili per le ambulanze non medicalizzate), quattro medici (uno in centrale operativa, uno nel posto medico avanzato e due nelle ambulanze) ed uno psicologo.

Per il futuro la nostra Associazione può esprimere al meglio le sue peculiari competenze nella programmazione e nella pianificazione di ulteriori esercitazioni e/o simulazioni di catastrofi. Una considerazione essenziale e primaria da fare a proposito delle catastrofi è l'imprevedibilità di tali eventi che risulta essere una caratteristica quasi permanente almeno nel nostro Paese (eventi tellurici, meteorici, terroristici, disastri aerei, ferroviari, stradali, marittimi). Inoltre va considerato che gli eventi catastrofici sono caratterizzati da una serie di variabili che risultano sempre e comunque essenziali per l'efficienza e l'efficacia del soccorso sanitario (tipo di catastrofe, estensione, stato e funzionalità delle infrastrutture, ubicazione e fruibilità delle strutture sanitarie territoriali, supporti logistici, stima della popolazione interessata). In definitiva si può concludere che sulla scorta della prima esperienza sostenuta a Santa Maria Nuova altamente positiva, anche per lo spirito di collaborazione con le altre Associazioni di volontariato, siamo ansiosi di partecipare alla programmazione delle prossime e future esercitazioni sulle simulazioni di catastrofi.

Tommaso Scortichini

SERVIZI
INTEGRATI
PER
PROFESSIONISTI
E IMPRESE

LA TUA SEGRETARIA HA
SEMPRE LA RISPOSTA FRONTE.



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.*