

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

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

Dicembre 2002

SALUTI AI LETTORI

BIOETICA
Medici e farmaci

Progetto NIDOT

VIAGGIO SENZA
BAGAGLIO

Antiquariato...
che passione!



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. 19 - Dicembre 2002
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

19

LUX 33 - TRE TIMBRI IN UNO
Autoinchiostro • Portatile • Prestigioso

Novità

*L'unico al mondo che fa da sé
...e fa per TRE*

La DONALUX srl, offre in anteprima la possibilità di **acquistare direttamente in fabbrica** la novità mondiale brevettata **LUX33** tre timbri in uno.

Grazie all'innovativa soluzione del **sistema ruotante** ed autoinchiostro del **LUX 33**, si ha la possibilità di utilizzare 3 timbri personalizzati a seconda delle esigenze, nello stesso supporto. L'elegante e prestigiosa estetica del **LUX 33** ben si concilia con le moderne linee di design, rendendo il prodotto anche un'originale **idea regalo**.

Per ordinare, inviare fax al numero **0732 973333**, indicando le 3 intestazioni da inserire nel timbro.

Consegna a 10gg. gratis e a domicilio in tutta Italia con fattura accompagnatoria.

Il costo di LUX 33 (con tre diciture) è di **€ 60**.

Per chi volesse acquistare il prodotto munito di una sola dicitura (€ 50) o di 2 (€ 55) c'è inoltre la possibilità di aggiungere in un secondo momento la seconda e/o la terza.

Pagamento: - in contrassegno, al netto più IVA;

- ricevuta bancaria a 30gg f.m. (più € 5) indicando la banca di appoggio ABI e CAB.

Spazi Diciture: 2 di 18x55 mm; il terzo di 10x55 mm - tampone intercambiabile standard

Colori: simile-radica marrone, simile-radica verde, nero opaco, ecc...



DONALUX srl

DONALUX srl: Fabriano (AN) Italy
tel. 0721 788381 - 0732 5875 • fax 0732 973333

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

Qirino 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 Bottacchiari

Pag. 5

Editoriale

Pag. 6

Ai lettori

Pag. 7

IL SISTEMA SANITARIO
MARCHIGIANO
E IL RUOLO DEL MEDICO

Pag. 8-10

BIOETICA

Medici & Farmaci

Pag. 11-12

Le variazioni del prontuario

Pag. 13-14

PROGETTO NIDOT

Pag. 15

IL PROGETTO ME.R.I.TO

Pag. 16

Incontro con l'INAIL

Pag. 17

Il certificato di inabilità
al lavoro per l'INPS

Pag. 18

Seminari monotelatici
in Medicina del Lavoro

Pag. 19-22

VIAGGIO SENZA BAGAGLIO

Pag. 23-26

ANTIQUARIATO... che passione!

Pag. 27-31

Dal Ministero della Salute

Pag. 32-33

dalla FNOMCeO

Pag. 34-35

IL BILANCIO PREVENTIVO
dell'ENPAM

Pag. 36

AVVISI



Pag. 37

LEGISLAZIONE

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

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it

Televideo pag. 420 Raitre

In copertina - S. Agata Feltria, storico castello a nord ovest del Monte Carpegna: il suo monumento più importante è la rocca Fregoso imponente opera di architettura militare dovuta a Francesco di Giorgio Martini; è visitabile anche l'interno, adibito a museo storico.

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 10/12/2002



ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Si ricorda agli iscritti che, non essendo stato raggiunto il quorum nel corso delle elezioni di fine novembre, è necessario ricorrere ad una seconda convocazione che avverrà nei giorni:

sabato 11 gennaio 2003 dalle ore 14,00 alle ore 18,00;

domenica 12 gennaio 2003 dalle ore 10,00 alle ore 18,00;

lunedì 13 gennaio 2003 dalle ore 8,00 alle ore 15,00.

In quell'occasione si provvederà all'elezione, qualunque sia il numero degli elettori (*L'Assemblea è valida se vota almeno un decimo degli iscritti e comunque il doppio dei componenti l'organo da eleggere*), del Consiglio Direttivo, della Commissione Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti.

Si ricorda che la scheda per essere considerata valida deve riportare il nome e cognome di tutti gli eleggibili (*15 per il Consiglio Direttivo, 5 per la Commissione Odontoiatri, 3 per il Collegio dei Revisori dei Conti più 1 supplente*).

Non sussiste alcun motivo di ineleggibilità per l'elezione alle cariche ordinistiche.

L'iscritto, per votare, deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di un documento di riconoscimento valido.

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo cognome e nome e numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungere al cognome e nome la data di nascita e/o il luogo di nascita e/o il domicilio risultanti dall'Albo.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine e la Redazione del Bollettino

*A ugurano un sereno Natale
ed un felice Anno Nuovo*



Editoriale

Un cordiale saluto ai colleghi lettori ed un invito

Termina il mio mandato di Presidente dell'Ordine dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri di Ancona e vorrei accomiatarmi da voi con un riconoscente saluto ai molti colleghi che ho incontrato in varie circostanze e occasioni e per l'attenzione dimostrata non solo alla mia persona, ma alla istituzione che ho rappresentato, ed è ciò che mi ha reso felice in quanto ho visto ancora viva la considerazione e la voglia di sentirsi uniti e rappresentati nell'Ordine. Certamente questo sentimento va nutrito e alimentato ed è per questo motivo che ritengo che l'Ordine debba fare un salto di qualità, culturale, politico, organizzativo.

Questo non è un organo burocratico, seppur le leggi e i regolamenti lo governano, ma può rappresentare la punta di diamante nel canalizzare, organizzare tutto quel patrimonio etico e culturale che alberga nella professione, rivitalizzando così quel ruolo politico, etico-deontologico che inevitabilmente si mescola ad ogni scelta organizzativa del sistema in cui operiamo.

Perché ciò accada è necessario che i membri tutti del Consiglio vestano panni propri che si differenziano da altri (seppur impor-

tanti ed essenziali per il progresso professionale), che sviluppino capacità critiche e di giudizio proprie, indipendentemente dalle appartenenze.

Queste appartenenze devono rappresentare un patrimonio che viene messo a disposizione per l'istituzione ordinistica e non il contrario.

Quando penso ad un Ordine futuro, penso anche a questo e spero che questo messaggio e indirizzo venga accolto e sostenuto, sarà comunque parte integrante di un mio progetto di continuità di questa fase che spero sia compreso.

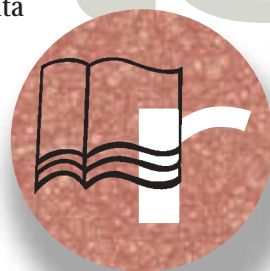
Ora care Colleghe e cari Colleghi spetta a voi esprimere la vostra opinione, io da parte mia mi posso solamente mettere a disposizione di una idealità che ho cercato di esprimere e rappresentare e divulgare in tutto il mio mandato, non altro.

Comunque vi invito a partecipare al prossimo momento elettorale ed esprimere la vostra opinione.

Partecipare è vitale per l'Ordine indipendentemente dal vostro indirizzo.

Grazie per l'esperienza che mi avete permesso di vivere, un saluto cordiale a tutti.

Fulvio Borromei



AI LETTORI

Questo che avete in mano è l'ultimo numero del Bollettino di questa gestione dell'Ordine. Tre anni sono già passati, praticamente volati, ed altri 12 numeri di Medici & Medici sono giunti nelle case degli iscritti, tolti dal cellophane, sfogliati ed esaminati con attenzione (speriamo!) da quasi tremila medici ed odontoiatri. In questo periodo abbiamo cercato di migliorare, per quantità e qualità, un prodotto che è uno dei pochissimi mezzi con cui un Ordine professionale può raggiungere i propri iscritti.

Abbiamo voluto arricchire il Bollettino di notizie provenienti dagli Enti che istituzionalmente fanno da punto di riferimento all'attività professionale medica come il Ministero della Salute, la Federazione degli Ordini e l'ENPAM. Abbiamo riportato, il più esaurientemente possibile, tutta la normativa che riguardava la professione e che ormai quotidianamente ci investe e si modifica ed abbiamo tentato di dare tempestivamente spazio a tutti gli incontri medici di cui venivamo a conoscenza. Abbiamo sollecitato interventi ed articoli che, anche se non giunti numerosi, abbiamo sempre ospitato volentieri con il risalto che meritavano. Si è cercato inoltre di dare notizia ed illustrare le numerose attività che l'Ordine ha sostenuto tanto che abbiamo anche (per la prima volta) realizzato un supplemento che ha raccolto gli atti di una serie di incontri tenuti presso l'Auditorium dell'INRCA riguardanti i tanti aspetti di responsabilità della nostra professione. Il Presidente Borromei, che si è veramente impegnato al massimo nella direzione del nostro Ente sostenendoci in pieno anche nel nostro lavoro, è sempre stato presente su queste pagine ed anche le numerose Commissioni ordinistiche hanno avuto spazio per relazionare sulla propria attività.

Il Bollettino contava 24 pagine all'inizio del mandato di questo Consiglio: in questi ultimi numeri abbiamo raggiunto anche le 48! Ed il merito va ai tanti collaboratori che il nostro foglio vanta.

Un ringraziamento doveroso va quindi a Massimiliano Marinelli (la cui rubrica di bioetica ha ospitato sempre articoli di alto livello) che ci ha con-

sentito di affrontare temi che raramente approfondiamo ma che fanno intrinsecamente parte del nostro operare quotidiano.

Sergio Giustini ci ha consentito di conoscere tanti luoghi sotto casa ma spesso sconosciuti. Con la sua competenza e passione ha risolto i problemi delle gite fuori porta di tanti colleghi! Ed ora è stata pubblicata una raccolta di tutti i suoi "Viaggi senza bagaglio". Gianfranco Curzi ha affrontato invece con perizia ed esperienza un argomento che interessa molti colleghi, l'antiquariato, consentendoci anche di attirare l'attenzione di tante signore! Queste due rubriche hanno rappresentato un momento di alleggerimento in un notiziario che rischia purtroppo di essere sempre troppo pesante.

Un grazie a Tiziana Giampaoli e Tiziana Pierangeli, componenti del Comitato di Redazione, per la collaborazione che hanno offerto soprattutto negli iniziali comprensibili momenti di difficoltà.

Occorre poi ricordare il nostro sito Internet sempre più ammirato per la quantità di informazioni che fornisce e per l'aggiornamento costante, opera competente del nostro funzionario Mario Massaccesi. Questo mezzo di comunicazione ormai si appresta a sostituire tutti gli altri e noi ci siamo attrezzati.

Quindi, a conclusione di questo mandato, credo che chi si occuperà del prossimo Bollettino (noi od altri) troverà un prodotto di buon livello che potrà costituire un discreto punto di partenza per migliorare ancora. Personalmente sono entusiasta di questo lavoro che ho cercato di svolgere con passione ed impegno e che ha significato per me un notevole arricchimento professionale ed umano. Spero che i lettori siano altrettanto soddisfatti del risultato ottenuto ed a loro va il ringraziamento principale per l'attenzione che hanno sempre riservato a queste pagine.

Giorgio Fanesi



IL SISTEMA SANITARIO MARCHIGIANO E IL RUOLO DEL MEDICO

di Augusto Melappioni
Assessore Regionale alla Sanità

La proposta di riorganizzazione della sanità marchigiana è ormai giunta al giro di boa dell'approvazione da parte della Giunta Regionale. Sarà poi il Consiglio Regionale con un lungo lavoro di commissione e poi di aula a varare la versione definitiva di questo cambiamento che riguarda e l'articolazione dei servizi e il modello organizzativo.

Fino ad oggi il percorso è stato complesso, difficile, pieno di contrasti e talora incomprensioni ma era comunque necessario per rilanciare un sistema sanitario, quello marchigiano, di buon livello ma non adeguato per le sfide future. Sfide relative alla nuova medicina, alle fragilità presenti nel nostro sistema (ad iniziare dalla non autosufficienza) sfide collegate al federalismo (in un'ottica meno illusionistica e più concreta) ed alle gravissime ristrettezze economiche.

La riorganizzazione del sistema una volta esaurito il percorso istituzionale (e non sarà facile!) ha bisogno di gambe e di cervelli. E' qui che entra in gioco fortemente il ruolo dei professionisti del sistema, una riforma senza il coinvolgimento dei protagonisti rischia di essere solo un libro dei sogni.

Il tutto passa per una difficile reingegnerizzazione dei processi assistenziali e per una costante qualificazione culturale e professionale in una logica di "rete integrate" rifuggendo dal-

la concorrenza commerciale, verso una concorrenza professionale.

Anche questa proposta del piano sanitario, come la precedente, si basa sui tre grandi capitoli:



- ospedale inteso sempre più come luogo dell'acuzia, della diagnostica complessa e della terapia e con forte ruolo degli ospedali di rete e delle aziende ospedaliere limitando invece fortemente, salvo eccezioni, l'acuzie negli ospedali di polo e vocando queste strutture ad un ruolo crescente per la post acuzie;

- il territorio centrato su una forte sintonia e collaborazione tra distretti e medici di medicina generale e nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria;

- la prevenzione a cui vengono riservate risorse crescenti e vincolate cercando di farla uscire da quel ruolo di cenerentola che senz'altro non qualifica la nostra regione.

Per favorire questo percorso anche la deburocratizzazione del ruolo del medico che il Presidente Fulvio Borromei propone rappresenta un valido contributo per aumentare le energie professionali per la cura e la prevenzione.

E' in questo contesto che è opportuno far crescere quel livello di collaborazione, già attivo, tra l'istituzione regionale e l'istituzione ordinistica ad iniziare dai primi mesi del 2003.

Occorre quindi passare da una logica burocratica ad una basata sul governo clinico dove sia centrale il ruolo delle rappresentanze professionali sia scientifiche che sindacali ma anche ordinistiche. Sono certo che su questa strada i colleghi medici continueranno a dare quel fondamentale contributo che è indispensabile per farci crescere come sistema sanitario regionale.

BIOETICA

MEDICI & FARMACI

di Massimiliano Marinelli



La spesa farmaceutica del Sistema Sanitario italiano nel primo quadrimestre del 2002 è stata di 4.229 milioni di €, con un incremento del 9% rispetto allo stesso periodo del 2001. (vedi Fig 1)

Il ticket, introdotto da alcune regioni, è passato da 2 a 51 milioni di €. Le ricette sono aumentate del 14%. La spesa farmaceutica complessiva pubblica e privata (6.198 milioni €) ha registrato un incremento del 7%.¹ Di fronte a questi dati le amministrazioni sanitarie sono impegnate nel tentativo di riduzione e di razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Le modalità con le quali si può tentare di ridurre la spesa sanitaria sono tre: economica, scientifica, etica.

C'è una differenza sostanziale tra la modalità economica e le altre due. Mentre nel primo caso, si aggredisce direttamente l'obiettivo principale, nella modalità etico-scientifica la riduzione della spesa è un *portato* dell'azione avviata, ma non ne rappresenta lo scopo.

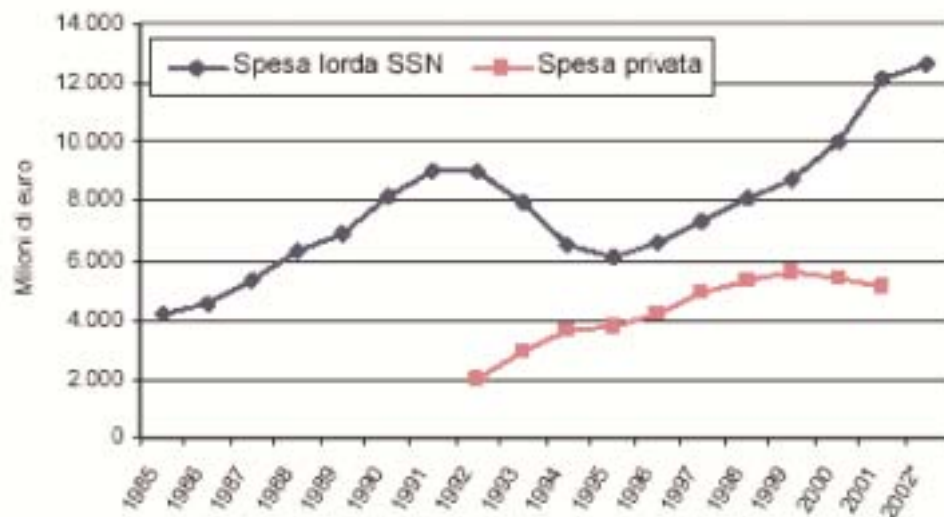
L'obiettivo della modalità etico-scientifica è quello di condurre, attraverso le evidenze scientifiche e la riflessione etica, ad un uso corretto delle risorse sanitarie, rapportandole ai bisogni di

salute dei cittadini. Si ritiene, infatti, che la spesa sanitaria, originata dalla prescrizione farmacologica, dalle richieste di esami diagnostici e dalle proposte di consulenze specialistiche, derivi da un insieme di variabili, delle quali solo alcune sono riconducibili ad un corretto approccio etico e scientifico.

Si tratta, quindi, in primo luogo di individuare tali variabili e successivamente di intervenire analiticamente.

Nell'ambito della riflessione etica può essere utile considerare la spesa sanitaria un *insieme limitato dinamico*. La spesa sanitaria è l'*insieme* degli ap-

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia nel periodo 1985 - 2002



* previsione

Fonte: elaborazione OsMed su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze e IMS Health

procci preventivi, sperimentali, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e assistenziali che hanno a che fare con la salute dei cittadini.

Essa è un insieme *economicamente limitato* non perché abbia uno stanziamento fissato una volta per sempre, ma perché esiste una sproporzione tra le limitate risorse impiegabili e le illimitate possibilità operative offerte dalla biotecnologia. E' l'enorme dispiegamento della potenza biotecnologica a rendere limitato *qualsiasi* stanziamento sanitario si decida di impiegare e non viceversa. Nessuna cifra a priori può essere in grado di contenere l'insieme di tutti i mondi possibili diagnostico-terapeutici, in quanto la cifra è per definizione un limite, mentre sono continuamente scoperti nuovi mondi.

Per riflettere efficacemente sulle variabili che costruiscono la spesa farmaceutica, sono necessari momenti di comunicazione multidisciplinare nei quali possano incontrarsi i differenti linguaggi che hanno a che fare con la Medicina.

Tra questi convegni emerge per importanza il III° Congresso Nazionale della Società italiana di Storia delle Scienze Biomediche e delle Istituzioni Sanitarie che questo anno ha come tema **Antropologia e Storia del Farmaco**.

Riportiamo la breve relazione del bioeticista

Medici e farmaci etica e filosofia

L'obiettivo di questa breve relazione è riflettere sui cambia-

menti del rapporto tra medici e farmaci causato dall'avvento della Tecnologia in Medicina.

L'ipotesi di lavoro è che l'introduzione della Tecnologia instauri un rapporto diverso tra il farmaco e il medico in ogni dimensione della sua attività: antropologica, epistemologica ed, infine, etica.

La Tecnologia in Medicina rafforza linee di forza già presenti, affrettando il processo di medicalizzazione, decretando il successo della Medicina e l'importanza della salute, stimolando il processo di specializzazione e acuendo la distanza tra medico e paziente.

Inoltre la Tecnologia introduce l'economia di tipo industriale e nuovi problemi etici.

Per quanto concerne la riflessione odierna, è sufficiente appuntare lo sguardo su tre effetti tecnologici capaci di un effetto dirompente sul tradizionale rapporto tra medico e farmaco. Essi sono: l'allontanamento del medico dal farmaco, la prevalenza dell'economia come propulsore della medicina e l'incremento della conoscenza scientifica che si ottiene utilizzando le piattaforme tecnologiche nella ricerca clinica.

Allontanamento del medico dal farmaco

La Medicina, in gran parte domiciliare, diviene ospedaliera: il medico perde il vecchio ruolo di generico per assumere quello di specialista².

Nell'ambito della farmacoterapia, la specializzazione della medicina produce, in breve tempo, un aumento enorme di

sostanze terapeutiche ritenute efficaci per aspetti patologici sempre più circoscritti.

Poiché si verifica spesso che il medico *tecnologicus*, addetto ai nuovi strumenti diagnostico-terapeutici, non sia la stessa persona che *prescrive la tecnologia* per i malati, si crea uno scollamento tra chi parla quel determinato linguaggio tecnologico e chi, pur considerandolo una lingua straniera, deve pur utilizzarlo per i propri pazienti.

Sorge, allora, una difficoltà di comunicazione che può portare all'uso non idoneo della tecnica medica (un uso indiscriminato, per esempio), o al contrario, a non utilizzare le valide opportunità diagnostiche e terapeutiche presenti nel territorio.

Inoltre si verifica sempre più spesso che lo specialista, che studia il particolare e individua il farmaco, non sia poi il medico che ha in cura la persona e che dovrà prescrivere ed usare il farmaco in questione.

Ambedue i professionisti non sono poi i diretti responsabili della spesa sanitaria farmacologica.

Si assiste, quindi, ad un progressivo distacco tra il tecnico che ricerca il farmaco e il medico che lo prescrive.

L'allontanamento del medico dal farmaco contribuisce a separare nella percezione del paziente una diade: medico/farmaco che sembrava funzionare come una singola unità.

Nella valutazione del risultato terapeutico per lungo tempo non è stato possibile discriminare *l'effetto del medico* da

1- Ministero della Salute. L'uso dei farmaci in Italia, rapporto quadrimestrale 2002 pag 2

2- Severino E., *La Filosofia Futura*, Rizzoli, Milano, 1989 35.

quello del medicinale.

La presenza di un numero elevato di sostanze con un profilo di efficacia e di sicurezza conosciuto, spesso propagandato attraverso i mezzi di comunicazione, e l'aumento del numero di medici che si occupano di un determinato problema di salute del paziente ha finito per ridurre l'effetto del medico (*il medico come farmaco*) per appuntarsi sull'efficacia farmacologica.

Tuttavia, l'aumento delle opzioni terapeutiche e la presenza di una politerapia farmacologica associata alla percezione dei possibili effetti collaterali contribuiscono ad un effetto paradosso della potenza farmacologica: più numerosi sono i farmaci che assume il soggetto e più si diluisce l'effetto *magico* della singola sostanza e del medico che la prescrive.

Prevalenza dell'Economia

La tecnologia privilegia la ricerca di un numero elevato di molecole che vengono poi testate e solo una minima parte di queste supera la fase della sperimentazione farmacologica per approdare alla fase clinica. Solo pochissime molecole poi raggiungono il sospirato *status* di farmaco dispensato dal SSN.

L'attività della ricerca scientifica è molto onerosa e alla portata di poche società. Si assiste, quindi, al progressivo allontanamento del medico dalla prima fase della ricerca farmacologica, mentre è del tutto estraneo alle strategie commerciali.

Gli elevati profitti dell'industria del farmaco portano na-

turalmente a privilegiare l'interesse commerciale rispetto alla mera conoscenza scientifica. (es. farmaci orfani).

In tal modo si assiste alla nascita di famiglie numerose di sostanze simili partorite da aziende farmaceutiche diverse e in stretta concorrenza tra loro.

La diade economico-tecnologica, infine, in quanto massimo propulsore della ricerca scientifica sceglie i fini da perseguire ritagliando così dall'insieme di tutti i mondi possibili il mondo in cui vivremo e i farmaci che potremo usare.

Incremento della conoscenza scientifica

L'avvento della tecnologia produce in breve tempo un numero elevato di sostanze efficaci e contribuisce ad un decisivo incremento della conoscenza scientifica farmacologica.

Tuttavia, si è visto come con l'aumento del numero dei medicinali e lo scollamento tra lo sperimentatore e il prescrittore, la conoscenza dei farmaci diviene sempre più indiretta, affidata a differenti canali informativi e alla esperienza personale.

La conoscenza di un farmaco, naturalmente, non è mai completa: non conosceremo mai un farmaco *ontologicamente*, ma solo mediante le sue sperimentazioni e le sue applicazioni. Eppure la medicina ritiene, a ragione, di possedere di molti farmaci delle conoscenze certe (accertate) che, in qualche modo, ne esprimono la loro verità. E non si tratta di *endoxa* (opinioni autorevoli), ma di *episteme*: una verità accertata.

Nell'ambito della medicina tecnologica, lo statuto epistemologico di un farmaco proviene dalle evidenze scientifiche che possiede. Esse scaturiscono dagli studi clinici randomizzati, preferibilmente, in doppio cieco.

Il profilo di efficacia e di sicurezza di un farmaco proviene, quindi, dal migliore dei mondi possibili: quello virtuale del protocollo sperimentale.

La medicina delle evidenze cliniche (evidence based medicine) consegna la conoscenza scientifica del farmaco all'apparato sperimentale che, attraverso i trials clinici, sancisce la verità (efficacia, effetti collaterali) di quella particolare molecola.

Tuttavia, gli studi si svolgono nel mondo ben costruito e ben controllato dei protocolli sperimentali, i cui risultati non sempre possono essere riversati nel caotico territorio del mondo *reale*.

Si assiste, quindi, ad una conoscenza scientifica del farmaco che *destoricizza*, per quanto possibile, l'intersoggettività del rapporto tra medico e curante e il contesto antropologico e ambientale per affidarla alla significatività oggettiva della biostatistica.

Tale frattura tra il mondo analitico delle percentuali e l'ermeneutica del rapporto tra curatore e cittadino può determinare fallimenti terapeutici o inappropriate prescrizioni.

Il medico alla fine conosce gli effetti del suo rapporto terapeutico sul singolo paziente che non può essere ridotto alla sommatoria dei risultati farmaceutici delle sostanze medicinali prescritte.

LE VARIAZIONI DEL PRONTUARIO



Lo scorso 7 novembre molti medici si sono quasi inaspettatamente trovati di fronte a molte variazioni del prontuario farmaceutico che hanno creato non pochi problemi nei rapporti con le farmacie e con i pazienti stessi. Altre modifiche sono alle porte ma intanto vogliamo riportare alcune circolari della Regione che rendono più chiari alcuni aspetti della nuova normativa.

Come è noto nel Supplemento Ordinario n. 200 alla G. U. n. 249 del 23.10.2002 è stato pubblicato il D.M. 27.09.2002 avente per oggetto: "Riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art. 9, commi 2 e 3, della legge 8 agosto n. 178".

Il suddetto Decreto Ministeriale, al quale si rimanda per la visione dei vari allegati che vengono di seguito richiamati, ha stabilito i criteri per la predisposizione del nuovo prontuario ovvero l'individuazione, sulla base del criterio costo-efficacia (cut-off SSN), di un prezzo massimo di rimborso per le categorie terapeutiche elencate nell'allegato 4 al D.M., ritenuto compatibile ai fini della rimborsabilità, al quale le aziende farmaceutiche dovranno adeguarsi.

Acquisite le comunicazioni di riduzione dei prezzi da parte dalle aziende farmaceutiche interessate, il Ministero della Salute pubblicherà un nuovo provvedimento recante la lista definitiva dei medicinali a carico del SSN che, come previsto al comma 3 dell'art. 4 del D.M. in parola, dovrà essere emanato entro il prossimo 30 novembre.

Dal 7 novembre entrano comunque in vigore le seguenti misure previste dal D.M. medesimo:

- I) Abrogazione del provvedimento CUF 4.12.2001 recante l'individuazione dei farmaci aventi un ruolo non essenziale (classi B1 e B2 ovvero il delisting, non adottato dalla Regione Marche) con conseguente riclassificazione delle relative categorie terapeutiche parte in classe C (allegato 7 al D.M.) e parte in classe A (allegato 3 al D.M.).
- II) Conferma delle note CUF di cui al D.M. 22.12.2000, integrate con la riformulazione della nota 66 relativa ai farmaci antinfiammatori (FANS) non selettivi e i farmaci antinfiammatori inibitori selettivi della cicloossigenasi 2 (COX 2) e con una nuova nota relativa ai cortisonici per uso topico (allegato 6 al D.M.). Si evidenzia al riguardo che la nuova nota CUF classifica in classe A i cortisonici per uso topico limitatamente a patologie gravi e croniche, solo su diagnosi e piano terapeutico di centri individuati dalle Regioni. In sede di prima applicazione, con Decreto del Dirigente del Servizio Sanità (D.D.S.S.) n. 747 del 07.11.2002, è stato stabilito che il piano terapeutico necessario per la prescrizione degli stessi farmaci debba essere formulato dalle Unità Operative (U.O.) e gli ambulatori specialistici di Dermatologia, Universitari e delle Az. Sanitarie. La prescrizione del medico di base, sulla base del

piano terapeutico redatto dai suddetti centri, dovrà riportare l'indicazione "classe A". Accanto a tale indicazione deve essere apposta la controfirma dello stesso prescrittore solo nel caso in cui la ricetta venga compilata manualmente;

III) Conferma delle vigenti modalità di rimborso dei farmaci generici, il cui elenco è pubblicato nel sito internet del Ministero della Salute (allegato 5 al D.M.).

Con lo stesso D.D.S.S. n. 747 dal 07.11.2002 vengono autorizzate le U.V.A. (Unità di Valutazione per l'Alzheimer) alla prescrizione dei farmaci antipsicotici atipici (clozapina, risperidone, olanzapina e quetiapina) nel rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate dal Ministero della Salute.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA' DECRETA

1) di individuare, le Unità Operative (U.O.) e gli ambulatori specialistici di Dermatologia, Universitari e delle Aziende sanitarie quali centri competenti alla prescrizione dei farmaci cortisonici per uso topico di cui all'allegato 6 del

decreto del Ministero della Sanità del 27 settembre 2002;

- 2) di disporre che la prescrizione del medico di medicina generale, sulla base del piano terapeutico redatto dai suddetti centri, deve riportare l'indicazione "classe A". Accanto a tale indicazione deve essere apposta la controfirma dello stesso prescrittore solo nel caso in cui la ricetta non venga compilata con sistemi informatici;
- 3) di autorizzare le Unità di Valutazione per l'Alzheimer, istituite presso e Az. U.U.S.S.LL. e I.N.R.C.A., nell'ambito del progetto Cronos, di cui al D.M. 20.07.2000 per la prescrizione dei farmaci a base di clozapina, risperidone, olanzapina, e quetiapina ex nota CUF n. 71 e 71 bis, ora allegato 2 al D.M. 22.12.2000;
- 4) di confermare i centri già autorizzati con D.G.R.M. n. 1898/2001, per la prescrizione dell' Interferone beta per la sclerosi multipla, nota CUF n. 65 di cui all'allegato " A", parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 5) di trasmettere la presente deliberazione a tutte le Aziende Sanitarie delle Marche, all'I.N.R.C.A., per gli adempimenti di competenza, nonché alle Regioni e al Ministero della Salute.

COMMISSIONE RAPPORTI FRA LE VARIE FIGURE PROFESSIONALI MEDICHE

Dal 12 Ottobre 2000 la COMMISSIONE OSSERVATORIO per i rapporti professionali tra i M.O. e M.M.G-M.P.L.S. si è più volte riunita, talora a ritmo serrato per verificare (rispetto ed adeguatezze) ed eventualmente perfezionare le linee guida comportamentali, già definite nel documento firmato durante il mandato del precedente Consiglio ordinistico (Presidente Dr.ssa Maria Del Pesce) dai rappresentanti degli organismi istitutivi, sindacali e del Tribunale del Malato.

Con soddisfazione personale posso confermare la buona partecipazione di tutte le figure sanitarie di volta in volta invitate (Direttori Sanitari, Direttori di dipartimento, Rappresentanti delle Case di Cura, Rappresentanti Sindacali e del Tribunale del Malato) e la loro sensibilità ai problemi posti. Si sono ovviamente manifestate divergenze e talora incomprensioni, ma comunque alla fine tutti concordi che il vero obiettivo fosse quello di evitare il più possibile disagi alle persone malate ed indicare loro il percorso investigativo e terapeutico più breve.

Il risultato di tutto ciò si condensa ed evidenzia nell'articolo "Il Nuovo modo di prescrivere i Farmaci" apparso nel numero 18 del nostro Bollettino.

L'augurio è dunque ora quello di un lavoro proficuo e collaborativo nel rispetto della propria ed altrui intelligenza.

Quirino Massimo Ricci
(Referente Coordinamento Tra Varie Figure Professionali)

PROGETTO NIDOT

Nuclear Imaging nel DOlore Toracico

L'incremento costante in tutto il mondo del numero di morti per accidenti cardiovascolari imputabili ad aterosclerosi coronarica e il dovere di razionalizzare le risorse economiche sanitarie assai limitate hanno favorito, in seno alla comunità scientifica internazionale, lo studio di metodiche sempre più fini e non invasive per una diagnosi precoce della malattia. Va altrettanto precisato però che l'utilizzo di tecniche diagnostiche non invasive quando applicato in una ampia popolazione di soggetti a rischio, come nel progetto NIDOT, deve essere giustificata dalla dimostrazione che esiste un "valore aggiunto" del nuovo algoritmo diagnostico anche in termini di prognosi ovvero di stratificazione del rischio di eventi e anche di riduzione dei costi. NIDOT si propone di implementare e diffondere un approccio selezionato di diagnosi precoce della malattia coronarica utilizzando tecniche avanzate di imaging non invasivo e ambulatoriale: la "gated-SPECT", ovvero tomografia ad emissione di singolo fotone per "Scintigrafia miocardica di perfusione-funzione", una "Fast Multi-slice" TC e Risonanza Magnetica Nucleare "RMN".

RAZIONALE E OBIETTIVI DEL PROGETTO:

Soggetti apparentemente normali ovvero con una bassa probabilità pre-test di CAD e un ECG basale normale hanno



una frequenza di eventi cardiaci "hard" (morte cardiaca e infarto miocardico acuto) pari allo 0,4% - 0,8% per anno. Se la probabilità pre-test di CAD e' intermedia la frequenza di eventi "hard" diventa 8 volte più elevata (3,2% per anno). E' anche vero che se questi ultimi soggetti presentano una prova ergometrica assolutamente normale essi vedono ridurre la propria % di eventi di oltre la metà (1,3% per anno) e comunque per i limiti intrinseci che la stessa prova ergometrica presenta, ben al di là del

risultato di limite auspicabile dello 0,4-0,8%.

La scintigrafia miocardica SPECT, dopo stressor e a riposo, applicata a soggetti con probabilità pre-test di CAD intermedia è, a tutt'oggi, l'unico test che prognosticamente permette, quando normale, di identificare in primo approccio la probabilità di eventi cardiaci a livelli < 1% per anno (nel range cioè del livello auspicabile) e di

identificare, invece, quando anormale pazienti con elevata probabilità di eventi gravi (range pari a 2,5% - 6,4% per anno) e, quindi, meritevoli di un management più aggressivo.

La semplice applicazione del teorema di Bayes (secondo sesso, età, fattori di rischio, ecc) porta ad identificare la probabilità clinica pre-test di CAD in ogni singolo soggetto. NIDOT ha sviluppato algoritmi per la valutazione del Rischio Cardiovascolare Assoluto (RCVA) in Prevenzione Primaria traducendo in software le applicazio-

ni già note in letteratura che si rifanno, inoltre, alle linee guida emanate dal Ministero della Salute in termini di prevenzione primaria e secondaria.

Recenti studi pubblicati in letteratura come l'END (Economics of Non-Invasive Diagnostic Study) mostrano che soggetti a probabilità clinica pre-test "intermedia" di CAD (11%-49%) possono direttamente beneficiare di un esame costo-efficace in primo approccio come la Scintigrafia Miocardica SPECT.

Grazie alla sincronizzazione con l'ECG dell'acquisizione SPECT creando cioè la "gated-SPECT" si è consentito di unire le informazioni SPECT di natura perfusionale già note alla scintigrafia standard con quelle di natura funzionale. Il risultato dello scan è una immagine in cine-loop che rappresenta in unico esame e combinatamente perfusione e funzione ventricolare sinistra.

Non esistono studi in letteratura che abbiano dimostrato, oltre all'identificazione di coronaropatia severa, il valore prognostico incrementale (ovvero la predittività di eventi "hard" e "soft" a distanza) della gated-SPECT nei soggetti a più elevato rischio di CAD anche in presenza di ECG basale normale senza sintomi.

NIDOT ha lo scopo di applicare la gated-SPECT come primo approccio nei soggetti a più elevato rischio di CAD (anche asintomatici e con ECG normale) per determinare:

- il suo valore incrementale a fini diagnostici e prognostici,
- la sua abilità a stratificare il rischio
- un favorevole rapporto co-

sto-efficacia (inteso come la determinazione del costo per evento cardiaco evitato. Ad es. oggi giorno il range accettato di costi per eventi come morte cardiaca o infarto miocardico acuto è dell'ordine di _ 25.000,00 - _ 35.000,00 per evento stesso). Verra' aggiunta al percorso diagnostico tecnologia più avanzata come la multi-slice TC fino alla RMN nei casi necessari, per rafforzare l'evidenza scientifica sull'appropriatezza di tali tecnologie non invasive e a più basso costo già in una Prevenzione Primaria,

- un modello appropriato per la diagnosi precoce di coronaropatia.

E' disponibile oggi la "Fast Multi-Slice TC" che permette, in modo molto rapido, non invasivo e con elevata risoluzione temporale, di determinare la quantità di calcio presente sulle placche aterosclerotiche delle arterie dell'organismo, con particolare interesse per il distretto coronarico, al fine di valutare il grado di stenosi oltre che la tipologia delle placche intra-coronariche. In questo caso la differenziazione della morfologia della placca (calcifica o "soft" non calcifica) è ottenuta in base ai valori di densità della placca stessa. La visualizzazione di una placca calcifica, ricca in lipidi, e' di enorme utilità clinica, in quanto può essere più critica di una calcificata nel predire il rischio del paziente, in quanto può portarsi nel tempo alla rottura con conseguente evoluzione clinica in sindrome coronarica acuta.

NIDOT e' un progetto quinquennale che si svolge su:

- fase educativa sugli operatori abilitati (medici di medicina generale, cardiologi, farmacisti, ecc.);
- fase di reclutamento ed esecuzione esami sul campione stimato (durata: 3 anni);
- fase di follow up per monitorare gli eventi.

Il risultato del primo test permetterà di stratificare i soggetti secondo lo schema riassuntivo sotto riportato:

- stress/rest gated-SPECT normale: bassa probabilità di CAD e di eventi (<1% per anno), quindi, Follow UP (controllo fattori di rischio anche con terapia medica se necessaria e non attuata);
- stress/rest gated-SPECT moderatamente o severamente anormale: Multi-slice TC aggiuntiva (+ RMN e coronarografia se Multi-slice TC patologica) + terapia conseguente (Medica/PTCA/CABG).

GICN (Gruppo Italiano di Cardiologia Nucleare)

ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)

SIC (Società Italiana di Cardiologia)

AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare)

Corrispondenza:

Dr Marco MAZZANTI, FESC
 NIDOT Project Leader
 Responsabile "Cardiologia Nucleare Clinica ed Imaging Integrato"
 Az. Ospedaliera "G.M.Lancisi", Ancona
 Tel. 071-5965085
 Cell. 335-426751
 Fax 071-2081700
 e-mail: marcomazzanti@yahoo.com

IL PROGETTO ME.R.I.TO

E' ormai attivo da alcuni mesi nel territorio della ASL 7 di Ancona il Progetto ME.R.I.TO (Medici in rete integrata nel territorio) nato da un progetto dei medici di famiglia iscritti alla FIMMG dell'ASL 7 e realizzata grazie alla disponibilità e capacità dell'ASL 7 diretta dal dr. Antonio Aprile.

Ma di che si tratta? Grazie alla realizzazione di questo progetto informatico è ormai possibile effettuare dagli ambulatori dei medici di famiglia che aderiscono al progetto la prenotazione degli esami e degli accertamenti specialistici presso tutte le strutture della ASL 7. Ma non solo, perché è anche possibile accedere alla banca dati delle radiologie e dei laboratori analisi per prendere visione dei referti degli esami svolti dai propri pazienti.

Per la realizzazione di tutto ciò è stato necessario che i medici si dotassero di tutta la strumentazione e che la ASL realizzasse un sistema informatico molto complesso soprattutto perché deve garantire la massima riservatezza dei dati che viaggiano sulla rete Internet. La ASL ha poi fornito ai medici una linea ADSL (o ISDN ove non possibile) ed un accesso riservato tramite password di protezione nel portale della stessa ASL. Da lì è possibile accedere ad una casella di posta elettronica aziendale, ai laboratori analisi, alle radiologie ed al CUP attraverso il quale è possibile effettuare direttamente le prenotazioni presso tutte le strutture (ospedali e poliambulatori) gestite dall'ASL 7, avere accesso alla lista dei pro-

pri assistiti ed anche alla situazione dei ricoveri nelle strutture ASL, il tutto aggiornato in tempo reale. Naturalmente ogni medico di famiglia può prendere visione solamente dei dati dei propri assistiti.

Attualmente il servizio viene costantemente implementato e modificato dal servizio informatico della ASL attraverso le segnalazioni ed i suggerimenti che giungono dai medici utilizzatori e viene sempre più gradito dagli utenti.

Come è possibile comprendere, il servizio che la ASL 7 ed i medici di famiglia si sono presi in carico rende più agevole la vita al

cittadino e rende possibile per lui un risparmio di tempo e di spostamenti. Immaginate infatti che il paziente si rivolga al proprio medico il quale dopo la visita riterrà necessaria una consulenza specialistica od un indagine radiologica. Prenderà direttamente l'appuntamento consegnando al paziente la ricevuta della prenotazione. Questi dovrà quindi spostarsi esclusivamente per l'esecuzione dell'indagine richiesta e poi ritornerà dal medico il quale potrà prendere visione direttamente del referto. Sicuramente si tratta di un notevole risparmio di tempo e di problemi per il cittadino e se il tempo è denaro..... Sicuramente si tratta però di un risparmio non facilmente quantificabile come un'eventuale riduzione della spesa farmaceutica ma forse ben più importante e corposo.



INCONTRO CON L' INAIL

inailinailinail



Lo scorso 10 ottobre presso la sede dell'Ordine si è svolto un incontro con alcuni responsabili della sede INAIL di Ancona. Erano Presenti il dott. Giuseppe Mariotti (Direttore della sede di Ancona), Il dr. Sauro Nicolini (Primario Provinciale e Regionale) ed il dott. Loris Greganti (Responsabile dell'area Lavoratori); per l'Ordine erano presenti il Presidente Borromei, Il Vice Presidente Polonara, il Consigliere Fanesi ed il Revisore Giustini.

L'incontro era stato richiesto dall'Ordine a seguito di una comunicazione dell'INAIL nella quale si poneva l'attenzione sulla compilazione dei certificati di malattia che, a detta dell'Ente assicurativo, non sempre sono redatti a regola d'arte. Nel corso dell'incontro si è avuto quindi uno scambio di idee molto proficuo su tanti temi ad iniziare dalla necessità di valutare da parte del medico certificatore (molto spesso presso i patronati) il nesso di causalità in caso di malattia professionale. Si è poi ricordato che per molte tecnopatie è necessaria una denuncia anche alla Direzione Provinciale del Lavoro e come sia indispensabile riconoscere molte malattie legate al lavoro svolto

dall'ammalato e che molto spesso non vengono diagnosticate come malattie professionali.

Si è ricordato che ormai anche le casalinghe e gli sportivi possono avere una risposta assicurativa dall'INAIL e si è ipotizzato di realizzare una linea telefonica diretta riservata per consulenze a medici. L'Ente ha poi invitato i medici a fare diagnosi il più possibile complete ed esaurienti senza soffermarsi a compilare la prima parte del certificato di pertinenza dell'assicurato ed ha inoltre chiesto la

disponibilità dell'Ordine per realizzare corsi di aggiornamento per medici in materia di infortunistica sul lavoro anche al fine di realizzare una collaborazione più tecnica fra medici. Riguardo questo tema si è rimandato tutto ad un incontro con l'Assessorato Regionale alla Sanità che l'Ordine si è impegnato a promuovere. Si è anche affrontato lo spinoso problema dei rapporti economici principalmente con i medici di famiglia la cui convenzione con l'INAIL è scaduta da tempo. L'Ente ha affermato di provvedere regolarmente al pagamento dell'onorario a quei medici che registrano sul certificato il proprio codice INAIL ed ha ricordato che gli assicurati hanno diritto al rimborso (30.000 delle vecchie lire per 3 certificati al massimo) in caso di pagamento della prestazione al medico certificatore. L'incontro si è poi concluso con un progetto molto interessante che ha visto sia l'INAIL che l'Ordine molto disponibili. Si tratta dell'invio della certificazione per via telematica che ormai è facilmente realizzabile. Per ora è possibile consultare il sito www.inail.it

Giorgio Fanesi

IL CERTIFICATO DI INABILITA' AL LAVORO PER L'INPS

Molti colleghi di Medicina Generale ci avevano fatto notare la inutilità, con inevitabile perdita di tempo (per il medico e per il paziente) che comporta ripetere la prescrizione dei giorni di inabilità INPS quando la diagnosi e la prognosi vengano poste da sanitari diversi dal medico di famiglia. A ulteriore chiarimento intendiamo quindi riproporre la circolare INPS del '96 che chiarisce tali aspetti evitando ulteriori aggravii burocratici al medico di famiglia e perdite di tempo al cittadino. Invitiamo quindi tutti i medici ad applicare e diffondere tale normativa.



Circolare INPS n.99 del 13 maggio 1996

CERTIFICAZIONE DI MALATTIA

La normativa chiarisce che la certificazione per la concessione dell'indennità economica di malattia in favore dei lavoratori dipendenti di cui alla legge 33/80, può essere rilasciata anche su moduli diversi da quello standard e da medici diversi da quello di libera scelta, che hanno prestato assistenza per motivi di urgenza o per specifiche esigenze connesse con la patologia sofferta. In tale ottica sono da considerare validi anche i certificati rilasciati delle Strutture Ospedaliere (Pronto

Soccorso, dimissione dai reparti di ricovero, prestazioni ambulatoriali) o dai Servizi territoriali ivi compresi quelli di libero accesso (Salute Mentale, Ostetricia ginecologia, ecc.), oltre naturalmente quelli dei liberi professionisti. I requisiti sostanziali richiesti per la validità della certificazione, nel caso in cui essi siano rilasciati su moduli diversi da quelli standard sono:

1. **INTESTAZIONE** (struttura o medico certificatore)
2. **NOMINATIVO DEL LAVORATORE**
3. **DIAGNOSI**
4. **PROGNOSI ESPRESSA IN GIORNI**, da intendersi sempre (salvo diversa puntualizzazione del medico certificatore) come periodo di incapacità al lavoro.
5. **DATA**
6. **TIMBRO E FIRMA O COMUNQUE FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO CERTIFICATORE.**

La circolare precisa inoltre:

- 1) Per i certificati rilasciati su moduli non regolamentari, al datore di lavoro può essere inoltrata la fotocopia dell'originale (in tal caso sarà cura del lavoratore di cancellare la diagnosi)
 - 2) In caso di certificazione incompleta, ivi compresa una prognosi non definita, la necessaria regolarizzazione della stessa deve essere operata, tramite l'interessato, sempre dal medico redattore, in capo al quale va ricondotta la responsabilità dell'atto certificatorio. Eventuali richieste o rinvii al medico di scelta per il completamento o regolarizzazione o addirittura ricompilazione su modello standard sono ingiustificati e, conseguentemente, dallo stesso non dovuti.
- Nota Inviata a tutti gli Enti, Associazioni (imprenditori e lavoratori) Ordini dei Medici, per l'informazione e sensibilizzazione al cittadino ed ai medici tesa ad evitare situazioni di disagio e turbativa. (<http://www.simg.it/download/cm.zip>)

Seminari Monotematici di Aggiornamento in Medicina del Lavoro



Linea galvanica a telaio - 1988 (dall'archivio del SPASL ASL 7 - Ancona)

ANCONA Novembre 2002 - Marzo 2003

Sala Riunioni Giunta Regionale Via Gentile da Fabriano - Ancona

PROGRAMMA

Venerdì 24 gennaio 2003 • ore 17-20

dott. Sandro Gubbi

Lavori atipici:

internale, domiciliare, collaborazioni, ecc.

MODERATORE: dott. Marcello Comai

Venerdì 21 febbraio 2003 • ore 17-20

prof. Marcello D'Errico

prof. Mario Governa

prof. Adriano Tagliabracci

Il nuovo MC:

integrazione tra culture specialistiche?

MODERATORE: dott. Roberto Scielzo

Venerdì 24 marzo 2003 • ore 17-20

dott. Aldo Pettinari

Tutela della salute riproduttiva e dei minori

MODERATORE: dott. Gianluca Ceccarelli

dott. Fulvio Borromei

Presidente Ordine Medici ed Odontoiatri - Ancona

Consegna degli attestati finali

Rinfresco di commiato

Viaggio
senza
baqqa-
glio

Viaggio senza bagaglio

A cura di **Sergio Giustini**

Console del Touring Club Italiano

I luoghi ed i personaggi marchigiani della Divina Commedia

Essendo giunti al termine delle mie proposte di itinerari “senza bagaglio” desidero accompagnare stavolta il paziente lettore in un viaggio ben più ampio, non solo in senso geografico, esteso alla realtà regionale; è mia volontà rammentare, sia pure sommariamente, i numerosi luoghi e personaggi evocati dal “poeta divino ed universale” nella Divina Com-

quale non può essere compiutamente intesa; e la storia è composta anche da uomini e luoghi per cui l'Alighieri ebbe ben presente nel suo poema tutta l'Italia con i suoi confini, di allora, le sue regioni, la varietà degli abitanti, le sue bellezze naturali, insomma egli si può ben considerare un attento e colto viaggiatore “ante litteram”.



Lapide posta all'ingresso dell'abitato di Fiorenzuola che ricorda i celebri versi danteschi.

dia che hanno riferimenti più o meno ampi nella nostra regione. Queste Marche, sempre sorprendenti e discrete ma anche serene e composte, alle quali sovente si può riservare un onesto titolo d'onore e di inusuale privilegio talché mi permetto di divulgare eventi letterari, storici ed artistici di loro “spettanza”.

La Divina Commedia è naturalmente e soprattutto un'opera di alta poesia però è stato giustamente rilevato che essa è fortemente ispirata ed intessuta di storia al di fuori della

sa del monastero. Altrettanto si può affermare per una sua pur breve permanenza presso la corte di Urbino o il castello di San Leo. Lo spazio della antica Marca superiore, tra la cerchia dei monti ed il litorale adriatico, presenta una evidente corrispondenza con molti elementi della Divina Commedia.

Sette volte nella dannazione eterna, cinque nel secondo regno e sei nel Paradiso per immortalare modelli marchigiani; le maggiori rappresentazioni concernono personaggi e



Gradara: scorcio delle mura della quadrilatera rocca al cui interno vi è la stanza di Francesca da Rimini con il letto ed il leggio del "libro galeotto"

luoghi vicini alla Toscana e alla Romagna e cioè il Montefeltro, quella montuosa regione dominata dal monte Carpegna e che non ha rispondenza amministrativa né confini ben precisi essendo un nome storico dell'antico mons Feretrius, l'attuale San Leo a sua volta di provata origine agionimica.

Dante aveva contratto rapporti, in occasione della discesa di Arrigo VII, con due potenti capi ghibellini del Montefeltro tra cui Federico, figlio di Guido, che con le sue milizie appoggiava la spedizione dell'imperatore; ancora, la figlia di Bonconte era andata sposa a G.Selvatico nel Casentino presso il quale il poeta era stato ospite; nella nota battaglia di Campaldino si scontrarono le insegne guelfe di Jacopo del Cassero e quelle ghibelline di Bonconte ed infine anche motivi di natura spirituale e religiosa dovevano attrarre l'Alighieri, pervaso dall'ideale francescano e pro-

pugnatore di uno strenuo rinnovamento della Chiesa, perché egli menzionasse quella regione con i suoi importanti personaggi.

Solo due citazioni ricorrono invece per la Marca inferiore o del Piceno, allorché parla del fiume Tronto esclusivamente come confine geografico est del regno di Napoli e della diruta e già gloriosa Urbisaglia situata, come noto, a breve distanza dalla abbazia di Fiastra, allora dipendenza avellanita. Per ciò che afferisce alla marca anconitana essa, oltre a Senigallia, è indirettamente citata allorché nel canto V del Purgatorio fa parlare Jacopo del Cassero (... "se mai vedi quel paese che siede tra Romagna e quel di Carlo"...) da Fano, città questa inclusa con Rimini, Pesaro, Senigallia, Numana, Osimo ed Ancona nella cosiddetta Pentapoli marittima, quel territorio posto cioè tra il Marecchia e l'Esino. Una precisazione doverosa: non è assolutamente possibile operare in codesta sede una compiuta descrizione di tutte le vaste referenze dantesche, molto maggior spazio e competenza sarebbero necessarie, tuttavia posso indicare con assoluta certezza una utilissima fonte bibliografica espressa dal volume del compianto prof. M. Natalucci che nel 1967 diede alla luce un esauriente scritto per la Deputazione di storia Patria (Patron ed.).

Fra le varie, una località in particolare intendo ricordare, visitata con emozione ed interesse: si tratta di Fiorenzuola di Focara situata all'interno del valido parco regionale del monte San Bartolo, a nord di Pesaro. L'agglomerato è un lindo borgo medioevale posto su di un promontorio che si stacca dalla prossima dorsale appenninica e che possiede la peculiarità di dare origine a venti procellosi noti da molto tempo.

Chi si avventurava in viaggi per mare era a conoscenza che in quel tratto di costa si metteva in serio pericolo ed elevava preghiere al cielo per scampare a facili naufragi per cui venivano accesi dei fuochi ad ausilio dei naviganti. Ed ecco i versi, nel XXVIII canto del-

LUOGHI

GRADARA (Inf V)
 IL MONTEFELTRO (Inf XXVII - 29)
 URBINO (Inf XXVII - 29)
 FANO (Inf XXVIII - 76)
 FOCARA (Inf XXVIII - 84)
 SAN LEO (Purg IV - 25)
 IL TRONTO (Parad VIII - 63)
 LA MARCA ANCONITANA (Purg V - 68)
 URBISAGLIA, SENIGALLIA (Parad XVI - 73)
 IL MONTE CATRIA, FONTE AVELLANA
 S. MARIA DI PORTONOVO (?) (Parad XXI - 109 e seguenti)

PERSONAGGI

GUIDO DA MONTEFELTRO (Inf XXVII - 67)
 BONCONTE DA MONTEFELTRO (Purg V - 85)
 GUIDO DEL CASSERO e ANGIOLELLO DA CARIGNANO (Inf XXVIII - 77)
 JACOPO DEL CASSERO (Purg V - 64)
 GUIDO DA CARPIGNA (Purg XIV - 68)

l'Inferno: ... “e fa sapere a due miglior da Fano, a messer Guido e anco ad Angiolello, che se l'antiveder qui non è vano, gittati saran fuori di lor vasello e mazzerati presso a la Cattolica per tradimento d'un tiranno fello... quel traditor che vede pur con l'uno farà venirli a parlamento seco; poi farà sì, ch'al vento



Il forte di S.Leo: in posizione inespugnabile ad oltre 600 metri di altezza veglia lo strapiombo sulla valle del Marecchia. Fu una delle massime fortezze d'Italia per tutto il Medioevo e il Rinascimento.

di Focara non sarà lor mestier voto né pre-co...” Si fa qui riferimento ai Malatesta di Rimini e a Malatestino, noto esponente della casata, “manco di un occhio”, che agognava al possesso della città di Fano e mazzerò a tradimento Guido del Cassero ed Angiolello da Carignano, capi ghibellini e guelfi che dopo varie lotte intestine, unirono le loro famiglie con il motto “ex concordia felicitas”, l'attuale emblema di Fano. Accanto dunque a questi personaggi e agli altri che ho ricordato, Guido da Montefeltro e suo figlio Bonconte, Jacopo del Cassero, ne richiamerò un altro, forse meno noto ma significativo e cioè Guido di Carpegna: egli appare nel Purgatorio e viene additato, insieme ad altri, come esempio di uomo forte e valoroso cui debbono ispirarsi i riottosi cittadini della Romagna: guelfo, dotato di sentimenti liberali ed onesti costumi e buon valore militare; dal suo ramo originario, diviso in quello di San Leo ed Urbino, derivarono i conti di Montefeltro che aderirono al partito ghibellino. A conclusione della mia breve ricerca storica non posso non fornire al lettore l'elenco completo di tutti i luoghi e personaggi del “bel paese da li dolci colli” che compaiono nel poema, con l'invito ad approfondire magari solo uno di essi, durante un rilassante viaggio senza bagaglio!

A ntiquariato ... *... CHE PASSIONE !*

A cura di Gianfranco Curzi



La bottega del restauratore

IL RESTAURO DEL MOBILE ANTICO

Anche se può suonare inappropriato, posso dire che il restauro del mobile antico è simile alle cure che un medico presta ad un paziente.

Infatti, in ambedue i casi, si tenta di ripristinare una cosa persa: la salute nel caso del paziente e l'integrità nel caso del mobile; ed in ambedue i casi, nell'eventualità di un risultato positivo, la soddisfazione dell'operatore sarà grande.

I tempi del restauro sono sei:

- Osservazione del mobile
- Progettazione del restauro
- Pulizia e disinfestazione
- Opere di falegnameria
- Levigatura
- Finissaggio

Di questi punti parlerò a grandi linee, cercando di esporre i concetti fondamentali, e tralasciando i particolari, per i quali ci vorrebbe molto più spazio a disposizione.

OSSERVAZIONE DEL MOBILE

Corrisponde all'anamnesi, esame obiettivo e diagnosi del medico.

Il mobile deve essere osservato relativamente al tipo, provenienza, stile, legni usati, ferramenta (cerniere, maniglie, chiodi, viti, serrature, chiavi), lavorazione, parti rovinate o mancanti, presenza o assenza di patina, stato generale di conservazione.

Questa prima investigazione darà informazioni sul valore del mobile, entità del restauro, tempo necessario per realizzarlo e costo dello stesso. Al termine si potrà anche concludere che il restauro non conviene.



PROGETTAZIONE DEL RESTAURO

Corrisponde al programma terapeutico di massima che si propone il medico.

Si decide quali parti siano da sostituire e quali da conservare, come rinforzare il mobile, quali ferramenta utilizzare, e se sia presente una patina da rispettare.

PULIZIA E DISINFESTAZIONE

Questo, ed i punti successivi, equivalgono alle diverse fasi dell'iter medico.

La *pulizia* consiste nel togliere polvere, ragnatele, ed ogni residuo di sporcizia dovuto all'uso o disuso del mobile nel corso del tempo.

Se la sporcizia si manifesta come "patina", questa dovrà essere valorizzata e rispettata. Polvere e ragnatele verranno rimosse con spazzole ed aria compressa. La sporcizia esterna sarà rimossa mediante diversi sistemi. Io uso l'alcool denaturato normalmente in commercio, profuso in abbondanza e strofinato con retina metallica

.....
 fino sul mobile. Lo sporco liquefatto da tale
 procedura verrà tolto con panni assorbenti.
 Questa fase va fatta a mano, in tempi successivi
 e numerosi, ed è quindi necessario molto "olio
 di gomito".

.....
 Quando i panni assorbenti non saranno più neri
 di sporco, avremo raggiunto l'obiettivo: sarà
 stato tolto lo sporco ed evidenziata contempo-
 raneamente la patina, ove esista.

.....
 La *disinfestazione* si propone di eliminare tutti
 gli insetti contenuti nel mobile che sono sempre
 tanti ed invisibili.

.....
 Questi non sono soltanto i tarli, ma le formiche,
 i ragni, i vermi, ed i coleotteri che si nascondono
 nelle fessure del legno.

.....
 Per due o tre volte di seguito si irriterà il mo-
 bile con insetticida, stando attenti a non intossi-
 carsi. Dopo ogni irrigazione, il mobile sarà av-
 volto con teli di plastica, e sigillato, per un pe-
 riodo di tre-quattro giorni. Al termine il mobile
 verrà lasciato all'aria aperta per un giorno.



OPERE DI FALEGNAMERIA

Saranno sostituiti i pezzi rotti, rovinati e mancanti. Saranno restaurate le parti riparabili. Tutto il mobile verrà rinforzato con colle e chiodi, fino a renderlo stabile, forte ed utilizzabile. I legni usati per le sostituzioni saranno scelti attentamente e dello stesso tipo del pezzo sostituito, comunque di legno vecchio e, se necessario, patinato.

I chiodi utilizzati saranno obbligatoriamente fatti a mano (di recupero) per i mobili di alta epoca mentre per gli altri potranno essere usati chiodi e viti normali, facendo attenzione a nascondere la loro testa in profondità in maniera che non si veda.

A questo punto il mobile sarà pronto ma ancora grezzo.



LEVIGATURA

Tutte le fessure e buchi dovranno essere chiusi con stucco adatto e ben colorato a seconda del colore del mobile. Con carta vetrata sempre più fina e con resinatura finale, verrà tolto ogni residuo di stucco che alla fine dovrà essere simile al legno che lo circonda. Talvolta sono necessarie tre-quattro stuccature successive sempre più delicate e particolareggiate.

FINISSAGGIO O LUCIDATURA

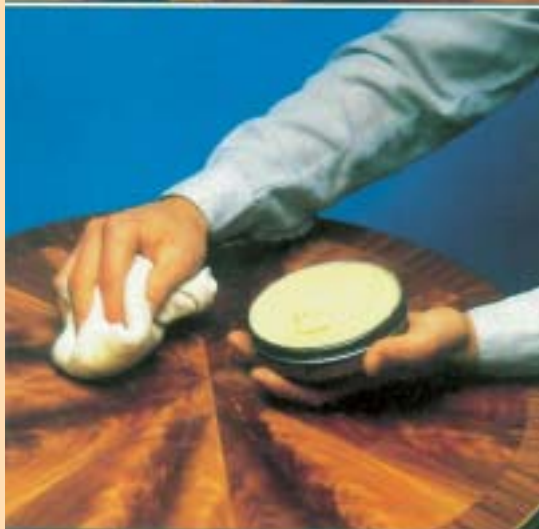
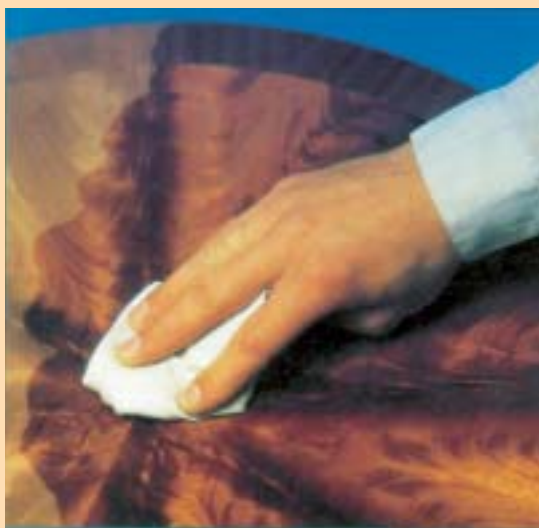
Rappresenta l'operazione più delicata ed è quella che può

Esempio di restauro: prima, durante e dopo il restauro di una scrivania in legno povero

esaltare o rovinare il mobile. Essa varia in rapporto all'epoca del mobile da restaurare. Per tutti i mobili, prima della lucidatura finale, talvolta è necessaria una lieve tinteggiatura al fine di rendere omogenei nel colore al mobile i legni e gli stucchi aggiunti. Per questa operazione sono consigliabili tinte ad acqua od olio, mentre sono assolutamente da evitare quelle ad alcool con aniline. Il tipo di lucidatura varia in rapporto all'epoca dei singoli mobili e per quelli di alta epoca si usa sempre l'encausto a cera. Io uso cera d'api sciolta a "bagno maria" con trementina, distribuendo la soluzione a caldo con pennello. Dopo circa dodici ore si lucida con panno di cotone spesso e se necessario verranno date altre mani di cera in rapporto al suo assorbimento da parte del legno.

Per i mobili di epoca più recente (ottocento-novecento), si usa la lucidatura a gomma lacca. Questa si attua sciogliendo le scaglie di gomma lacca in alcool a 95° e distribuendo la soluzione con il "pomacciolo o stoppino" che confeziono con cotone idrofilo racchiuso da una grande garza. La lucidatura verrà fatta a temperatura ambiente superiore a 25° altrimenti non viene bene o si rovina. Saranno necessarie diverse mani successive con leggera resinatura finale.

A questo punto il mobile è pronto, e se mancanti, dovranno essere scelte le ferramenta e l'eventuale tappezzeria per gli interni. Le ferramenta dovranno essere acquistate presso negozi specializzati e comunque sono costose. Esse saranno sempre riportate all'epoca del mobile e comunque in sua sintonia.



Lucidatura con gomma-lacca

CONCLUSIONI

Il mobile da restaurare dovrà essere sempre rispettato nelle sue caratteristiche architettoniche e non dovrà mai essere rimaneggiato se si vuole ottenere un buon risultato ed un a sua valorizzazione. Restaurare un mobile rappresenta un'operazione complicata e delicata: il restauro se fatto bene può esaltare la bellezza del mobile mentre lo può rovinare se fatto male.

Il restauratore va scelto con cura soprattutto quando il mobile è di valore e certamente conviene spendere un po' di più per aver garantito un buon risultato. Molti sono i restauratori improvvisati ed incolti perché molti di questi sono ex falegnami che di solito non sanno rispettare il mobile antico.



DAL MINISTERO DELLA SALUTE

Sicurezza d'impiego dei prodotti a base di epoetina-alfa

Il Ministero della Salute sollecita l'attenzione, in primo luogo degli operatori sanitari, sui nuovi elementi emersi dalla discussione tra le Autorità Europee circa la sicurezza d'impiego dei prodotti a base di epoetina-alfa (Eprex, Epopurin e Globuren).

In due precedenti note (novembre 2001, luglio 2002) era già stata espressa con chiarezza la raccomandazione di non utilizzare la via di somministrazione sottocutanea in pazienti affetti da insufficienza renale cronica (IRC, in predialisi, dialisi peritoneale ed emodialisi). Questo a seguito di segnalazioni concernenti la comparsa di aplasia pura delle cellule della serie rossa (PRCA) in questo tipo di pazienti utilizzando quella via di somministrazione.

A seguito di ulteriore discussione fra le Autorità Europee si è infine deciso di restringere ulteriormente l'uso di tali prodotti, tramutando la raccomandazione di cui sopra in una vera e propria controindicazione, riportata al paragrafo 4.3 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e nella sezione corrispondente del foglietto illustrativo.

Pertanto l'uso sottocutaneo di prodotti a base epoetina-alfa in pazienti con IRC è d'ora in poi una controindicazione assoluta che è in corso d'implementazione attraverso una procedura ur-

gente di sicurezza. Tutti gli operatori sanitari riceveranno informazioni più dettagliate attraverso una Dear Doctor Letter che verrà loro inviata dalle aziende titolari al termine della procedura urgente. Questi sono tuttavia fin d'ora invitati ad informare i propri pazienti della modifica che il loro trattamento potrà subire, così come si invitano i pazienti a contattare i propri medici e i centri di trattamento.

Va sottolineato che tale ulteriore restrizione non è stata determinata da un incremento delle segnalazioni di PRCA, bensì dalla necessità di adottare un provvedimento di sanità pubblica che renda pressoché certo l'abbandono della via di somministrazione sottocutanea nei pazienti affetti da IRC. Tale provvedimento non influenza in alcun modo l'uso della via sottocutanea nelle altre indicazioni approvate.

I Ministri dell'Unione Europea approvano direttiva sul divieto della pubblicità tabacco

I Ministri della Salute del Consiglio dell'Unione Europea, hanno approvato oggi la Direttiva che vieta la pubblicità diretta e la sponsorizzazione dei prodotti del tabacco. L'approvazione della proposta della Commissione con l'aggiunta dei due emendamenti approvati dal Parlamento europeo è avvenuta a maggioranza qualificata con il voto

contrario del Regno Unito e della Germania. La decisione fa seguito alle note vicende di annullamento da parte della Corte di Giustizia, sul ricorso della Germania, della precedente Direttiva approvata nel 1997, che includeva anche il divieto della pubblicità indiretta, e dimostra la sensibilità e l'impegno che i Ministri della Salute dell'Unione Europea hanno assunto in questo delicato settore della salute pubblica.

Secondo il Ministro Girolamo Sirchia, la proposta rappresenta solo il primo passo nella lotta contro il fumo, che dovrà prevedere azioni di contrasto più decise, comprendenti anche la proibizione della pubblicità indiretta. Abbiamo ormai dati scientifici sufficienti ha detto il Ministro, per affermare che il fumo attivo e passivo comporta un danno grave per la salute, per cui sui Ministri grava tutta la responsabilità di contrastare questa abitudine.

Il Consiglio ha anche adottato una raccomandazione sulla prevenzione del fumo e su nuove iniziative per migliorare il controllo del consumo di tabacco. In particolare, sono state individuate alcune misure riguardanti il monitoraggio che gli Stati membri dovrebbero effettuare sulla spesa sostenuta dall'industria del tabacco per la promozione dei suoi prodotti e la limitazione dell'accesso dei bambini e degli adolescenti ai prodotti del tabacco soprattutto attraverso

so i distributori automatici, nonché la tutela dal fumo passivo e la vendita a distanza, via internet.

Medici di famiglia contro il mal di traffico

L'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente, affiliata all'Isde (International Society of Doctors for the Environment), ha deciso di promuovere alcune iniziative in collaborazione con la Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg) per sensibilizzare i medici italiani sui problemi che derivano dall'inquinamento da traffico.

Infatti, ogni anno il Servizio Sanitario Nazionale deve fronteggiare gli effetti che il mal di traffico provoca sulla salute degli italiani: ogni anno negli ospedali si verificano 1.900 ricoveri per disturbi respiratori, 2700 ricoveri per disturbi cardiovascolari. I bambini poi sono i soggetti più a rischio dato che sono colpiti da bronchite acuta (31.500 casi) e da attacchi di asma (30.000 casi). Senza considerare gli enormi costi in termini socio-sanitari sostenuti ogni anno per gli incidenti stradali che rappresentano, nel nostro Paese, come nel resto della Comunità Europea, la prima causa di morte tra i 15 ed i 35 anni.

Diventa, quindi, fondamentale il coinvolgimento dei medici di famiglia sull'emergenza traffico perché possano agire di conseguenza nei confronti dei propri assistiti nella prevenzione degli incidenti stradali e dell'inquinamento atmosferico provocato dalla circolazione degli autoveicoli. A tale scopo l'Isde Italia, la cui missione è quella di stimolare l'impegno dei medici per la salvaguardia dell'ambiente sia in

quanto professionisti della sanità, sia in quanto comuni cittadini, ha predisposto il questionario "Comportamento dei medici di medicina generale nei confronti dei mezzi di trasporto" alla cui compilazione sono stati invitati i medici di famiglia.

Inoltre, l'Isde ha deciso che il tema trasporti e salute sarà anche al centro delle iniziative nell'ambito del Congresso Nazionale, che si terrà il prossimo gennaio in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, sulla prevenzione degli incidenti, in considerazione del ruolo specifico che i medici giocano nel collegare il sistema sanitario, la popolazione ed il mondo scientifico.

Presto le pagelle per la cardiocirurgia italiana

Nel 2003, sarà possibile avere le prime pagelle sulla cardiocirurgia italiana.

Ad annunciarlo, lo scorso 26 novembre, è stato il Ministro della salute, Girolamo Sirchia, in occasione del convegno della Società italiana di cardiocirurgia. Le pagelle saranno il risultato delle verifiche di qualità volute dal Ministero della salute e coordinate dall'Istituto superiore di sanità (ISS).

Si tratta di un altro controllo di qualità promosso dal Ministero, dopo quello già portato avanti sui trapianti per i quali, è previsto che, da gennaio 2003, siano resi pubblici, sul portale www.ministerosalute.it, i dati relativi ai risultati degli interventi, alla disponibilità di organi e alle liste d'attesa dei pazienti.

«I risultati della cardiocirurgia italiana - ha detto Sirchia - sono un vanto per il Paese e non devono essere offuscati da incidenti di percorso che, per quan-

to gravi, non devono travolgere l'immagine altissima della cardiocirurgia italiana». Parallelamente, è stato firmato un accordo tra ISS e Società italiana di cardiocirurgia, in base al quale, circa il 70-80% dei reparti di cardiocirurgia ha aderito all'iniziativa per il controllo della qualità su base volontaria (in particolare dell'impianto di bypass aorto-coronarici).

Primi risultati di un progetto per limitare gli errori in corsia

"Clinical Risk Management" è il nome di un progetto avviato presso l'ospedale romano San Filippo Neri, con lo scopo di evidenziare e porre rimedio agli errori occorsi in campo ospedaliero.

Con i dati di questo programma, avviato circa due anni fa, si è riusciti a ridurre le imprecisioni del 60% spiega Quirino Piacevoli ideatore del progetto e primario del servizio di Anestesiologia del suddetto Ospedale. Gli errori sono emersi grazie un sistema di autodenuce eseguite da medici e infermieri tramite l'utilizzo di un modulo apposito, riposto in caselle postali dislocate all'interno dell'ospedale. L'analisi delle segnalazioni, fatte tutte con la garanzia dell'anonimato, è stata realizzata utilizzando parametri internazionali di valutazione. "E' così che possono venire alla luce situazioni non conformi ai protocolli - dichiara Piacevoli - o che hanno creato momenti di pericolo o lesioni al malato. Incidenti che, altrimenti sarebbero passati sotto silenzio e soprattutto sarebbero rimasti irrisolti. La cosa più importante emersa dallo studio - continua Piacevoli - è che gli er-

rori in medicina non vengono commessi né su pazienti in gravi condizioni né in interventi complessi. Dipendono invece dal volume dell'attività e dalla ripetitività delle procedure nei casi di lieve o media gravità”.

Approvazione della Direttiva fumo

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia esprime soddisfazione per l'approvazione del recepimento della Direttiva comunitaria 2001/37/CE da parte del Consiglio dei Ministri odierno, che prevede restrizioni significative nella lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti da tabacco.

Tra l'altro, la Direttiva prevede una maggiore visibilità delle avvertenze relative alla pericolosità per la salute da far figurare sui pacchetti dei prodotti nonché l'eliminazione delle diciture “light” ed “extra light” che non hanno evidenza scientifica. Il Consiglio dei Ministri, inoltre, ha approvato l'adozione di ulteriori restrizioni, previste dalla Direttiva a discrezione dei Paesi Ue.

Insediato il tavolo tecnico su inquinanti ambientali e salute riproduttiva umana

Presso il Ministero della Salute si è insediato un “tavolo tecnico” sugli inquinanti ambientali e la salute riproduttiva umana presieduto dal Sottosegretario Antonio Guidi. Lo scopo è quello di rispondere alle crescenti preoccupazioni, anche a livello internazionale, sui rischi per la riproduzione umana derivanti da contaminanti che possono interferire con il fun-

zionamento ormonale e presenti nell'ambiente e in numerosi prodotti di consumo.

Il gruppo di lavoro, che opererà in stretta collaborazione con la Commissione Salute Donna, è coordinato dal Prof. Leopoldo Silvestroni e riunisce esperti del Ministero della Salute, del Servizio Sanitario Nazionale, dell'Università e dell'Istituto Superiore di Sanità assieme a rappresentanti dell'industria chimica, dell'impresa agricola e dei consumatori.

Obiettivi prioritari del tavolo tecnico sono la definizione delle condizioni di esposizione della popolazione generale e la elaborazione di dati, informazioni e linee guida per la valutazione, gestione e comunicazione del rischio.

Al riguardo, il Sottosegretario Guidi ha sottolineato l'esigenza di una corretta comunicazione che, senza allarmismi, orienti il cittadino nel compiere scelte consapevoli e sostenibili in termini di consumi e di stili di vita attraverso la stesura di un documento propositivo da presentare nel corso del semestre di Presidenza italiana della Commissione Europea.

Terapia del dolore, nessun freno alla formazione dei medici

In merito alle notizie sui ritardi nella formazione professionale dei medici in materia di terapia del dolore e mancato utilizzo dei fondi previsti dalla Legge 12 dell'8 febbraio 2001, il Ministero della Salute precisa di aver intrapreso una serie di iniziative per la sensibilizzazione degli operatori fin dal giugno 2001, quando è stato inviato a tutti i

300mila medici e 60mila farmacisti un numero speciale del “Bollettino di informazione dei farmaci” del Ministero della Salute. Un ulteriore numero monografico di aggiornamento sta per essere inviato.

Con i fondi previsti dalla Legge 12, il 26 maggio 2002 è stata celebrata la prima “Giornata nazionale del sollievo”, indetta dal Presidente del Consiglio dei Ministri e organizzata dal Ministero della Salute insieme alla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e alla Fondazione Gigi Ghirotti, con l'obiettivo di sensibilizzare le istituzioni, gli operatori sanitari, i malati e i cittadini sul tema del dolore, sui progressi legislativi compiuti, sul valore scientifico ed etico di un suo controllo adeguato. La Giornata ha segnato l'avvio di una campagna di informazione su questi temi.

In occasione della Giornata, a medici, farmacisti ed infermieri è stato distribuito l'opuscolo, predisposto dal Ministero della Salute, “Approccio globale al dolore cronico” allo scopo di fornire tutte le informazioni utili ad assicurare un impiego razionale ed efficace dei farmaci per il controllo del dolore, quali ad esempio scelta dei farmaci, dosaggi, precauzioni ed avvertenze. Inoltre, le Asl e le Aziende Ospedaliere, su sollecitazione delle Regioni, hanno curato la distribuzione, per una settimana, a tutti i pazienti ricoverati di un questionario predisposto dal Comitato Gigi Ghirotti e stampato dal Ministero della Salute, con una scala per l'autovalutazione dell'intensità del dolore avvertito dal paziente.

Cure palliative, on line il documento conclusivo del gruppo di esperti

Sul portale www.ministerosalute.it è stato pubblicato il documento conclusivo sui lavori del "Comitato per le cure palliative", diretto dal professor Vittorio Ventafridda. La task force è stata istituita l'aprile scorso dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia con il compito di proporre un modello assistenziale in grado di garantire alle persone affette dalla malattia neoplastica in fase terminale Livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese e allo stesso tempo duttilità nella scelta dei modelli organizzativi da parte delle Regioni e delle Province autonome.

Campagna "Donare il Sangue": 100mila donatori in più e niente crisi estiva

Oltre 100mila donatori di sangue in più sono il risultato della Campagna "Donare il sangue 2002", varata dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia con la collaborazione delle Associazioni dei donatori volontari maggiormente rappresentative, Avis, Cri, Fidas, e Fratres, nel luglio scorso. I dati sono stati presentati questo pomeriggio in una riunione al Ministero.

La campagna, con iniziative di sensibilizzazione e informazione, attraverso pagine sui principali quotidiani nazionali che hanno visto Gianni Morandi e Laura Fogli come testimonial, il sito internet www.donareilsangue.it (attraverso cui almeno un visitatore su tre è diventato donatore) e la mobilitazione di 300 centri trasfusionali, ha permesso di evitare l'emergenza

estiva di mancanza di sangue. Il risultato positivo nasce dalla metodologia con cui, per la prima volta, è stata concertata una campagna di comunicazione sulle donazioni di sangue: il coordinamento e il finanziamento del Ministero accanto all'impegno strutturato e unitario delle Associazioni secondo il principio della sussidiarietà. Un metodo di lavoro che sarà utilizzato anche per la campagna donare il sangue 2003 nonché per iniziative di comunicazione su altri temi, insieme ad altre Associazioni.

Seminario sulla gestione delle maxiemergenze

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia esprime vivo apprezzamento per l'iniziativa promossa dal Presidente della Regione Lazio Francesco Storace, in collaborazione con le autorità israeliane, del seminario "La gestione delle maxiemergenze: dal disastro naturale o incidente aereo all'attacco terroristico". Negli ultimi anni, ed in particolare nel corso del 2001, si è presentata in forme nuove la minaccia del terrorismo con uso di armi non convenzionali. Gli episodi di bioterrorismo sono diventati un rischio più plausibile per molti Paesi occidentali, ivi inclusa l'Italia. Risposte rapide ed efficaci a questo tipo di emergenze, come d'altra parte ad altre emergenze associate, ad esempio a gravi incidenti chimici o a disastri naturali, non possono essere assicurate se non esiste un'attività di preparazione continua a monte dell'evento. Questo è particolarmente vero per il Ser-

vizio sanitario, specie nelle grandi città ove è più elevato il rischio, e dove i servizi sono, di norma, già saturi di richieste e spesso troppo rigidi per adattarsi in tempi brevi alle emergenze. Occorrerà quindi programmare le misure preventive e definire le misure di sorveglianza; pianificare le misure di soccorso e trattamento al fine di ripristinare le condizioni di salute dei soggetti eventualmente colpiti, bonificare gli ambienti colpiti e/o i materiali contaminati nonché contenere e/o inattivare il rischio residuo. E' necessario contemporaneamente diffondere la cultura dell'emergenza e migliorare la capacità degli operatori a risposte pronte ed adeguate, intensificando l'aggiornamento e la formazione, e incrementare la capacità informativa a favore della popolazione al fine di accrescere la fiducia del cittadino e la conoscenza dei comportamenti più opportuni da adottare.

Sospensione delle sperimentazioni di terapia genetica

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha disposto con un'ordinanza contingibile e urgente la sospensione su tutto il territorio nazionale delle sperimentazioni cliniche con prodotti per terapia genica, che prevedono l'impiego di vettori retrovirali.

L'Istituto Superiore di Sanità ha la facoltà di approvare, previa valutazione del rapporto rischio-beneficio, la prosecuzione del trattamento ai pazienti sottoposti a sperimentazioni. L'approvazione è subordinata alla presentazione di un docu-

mento comprovante l'avvenuta informazione sui rischi della terapia - in presenza di un esperto, come specifica l'ordinanza - da rendere al paziente o, nel caso di minori, ai soggetti che esercitano la potestà parentale, con conseguente sottoscrizione del consenso.

L'ordinanza, trasmessa per il visto alla Corte dei Conti, sarà valida fino al 31 gennaio 2003.

Malati oncologici: approvati i progetti hospice per 14 Regioni

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha firmato i decreti ministeriali di approvazione dei progetti regionali, ai fini dell'erogazione del secondo finanziamento, per la realizzazione di strutture residenziali pubbliche per i malati terminali (hospice) nelle regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sicilia. Per le restanti 7 regioni i progetti sono in fase di perfezionamento della documentazione e saranno approvati al più presto. In particolare, per la regione Friuli Venezia Giulia sono stati assegnati entrambi i finanziamenti per un totale di 45 posti letto. Si prevede così la creazione di ulteriori 39 strutture con 381 posti letto. Verrà in tal modo a completarsi il programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione o provincia autonoma di una o più strutture dedicate all'assistenza palliativa che vede un totale di circa 184 strutture con una dotazione di circa 2000 posti letto per i quali, a livello



regionale, si ottiene una corrispondenza di posti letto per 10000 abitanti in linea con lo standard previsto (0,4-0,5 posti letto per 10000 abitanti) per la maggior parte di esse. I programmi prevedono oltre alla realizzazione delle strutture di cure palliative, la rete di assistenza integrata con gli altri servizi del territorio e con l'ospedale, la formazione del personale e il piano di comunicazione alla cittadinanza finalizzato alla corretta divulgazione del nuovo servizio. I finanziamenti erogati alle regioni per gli anni 2000/2002 (secondo finanziamento) per il completamento del programma ammontano a 74.128.091,64 euro che sommati ai precedenti 132.476.875,64 euro degli anni 1998/1999, alcuni dei quali assegnati dal Ministro Sirchia nel dicembre 2001, raggiungono un totale di 206.604.967,28 euro.

Si riunisce la Commissione Salute Donna

Si è riunita oggi presso il Ministero della Salute la Commissione Salute Donna, presieduta dal Sottosegretario Antonio Guidi alla quale è intervenuto il Ministro Girolamo Sirchia.

La Commissione, che già nel corso della seduta di insediamento aveva tracciato una prima ipotesi di lavoro, individuando una serie di punti critici sui quali puntare maggiormente la propria attenzione, ha iniziato l'analisi e l'approfondimento

delle diverse problematiche emerse, dando corpo alle prime proposte operative e metodologiche.

Sono stati inoltre definiti tre grandi ambiti di approfondimento, affidati ad altrettanti gruppi di lavoro interni alla Commissione, sui quali costruire e sviluppare un percorso organico mirato: organizzazione dei servizi, prevenzione e comunicazione.

Una ulteriore discussione nel corso della riunione ha riguardato la decisione unanime di pervenire, entro breve, a due importanti appuntamenti, dove portare anche il frutto del lavoro e delle esperienze della Commissione: il Convegno nazionale per la salute donna ed il Convegno sui disturbi alimentari come anoressia e bulimia, entrambi con grande valenza al femminile.

dalla FNOMCeO

LA FNOMCeO CONDIVIDE LA LOTTA DEGLI SPECIALIZZANDI

Dopo che delegazioni degli specializzandi erano state ricevute a Roma dal Presidente del Barone ed a Torino dal Vice-Presidente Amedeo Bianco, il Presidente della FNOMCeO, è intervenuto sulle questioni sollevate dalla protesta dei medici specializzandi. "Il Governo e il Parlamento italiano non possono rinviare ancora una volta l'impegno assunto con il D.L. 368/99 che recepisce una specifica direttiva europea, di finanziare la trasformazione delle borse di studio in contratti di formazione lavoro per i Medici in formazione specialistica. La Finanziaria in discussione deve quindi prevedere risorse finanziarie che costituiscano un segno inequivocabile della volontà di applicare la legge italiana e la normativa europea. La situazione professionale ed economica di questi Colleghi, prosegue del Barone, è per loro insostenibile, per noi inaccettabile: non hanno status giuridico né professionale visto che sono considerati "studenti", non hanno garanzie previdenziali né un riconoscimento economico adeguato alla qualità e quantità di lavoro che svolgono garantendo significative quote di prestazioni sanitarie all'interno dei Policlinici e delle Aziende Ospedaliere. Molti Ordini provinciali hanno

già assunto iniziative di sostegno alle legittime rivendicazioni dei Medici specializzandi; anche la FNOMCeO dichiara di essere al loro fianco perché le questioni che pongono riguardano il profilo della dignità e del decoro dell'esercizio professionale".

INCONTRO FNOMCeO - AVIS: ACCRESCERE LA CULTURA DELLA DONAZIONE DEL SANGUE

Il Presidente della FNOMCeO dr. Giuseppe del Barone ha ricevuto il Presidente dell'AVIS Naz.le dr. Andrea Tieghi e il referente delle politiche sanitarie dr. Paolo Marciano.

In un clima di grande cordialità si è giunti ad una intesa di collaborazione tesa ad accrescere in Italia la cultura della donazione del sangue sia all'interno della classe medica che nella popolazione.

I rappresentanti dell'AVIS hanno evidenziato come nel nostro Paese, mentre siamo quasi autosufficienti relativamente alla quantità di sangue necessaria annualmente, per gli emoderivati dipendiamo, per almeno il 70% del fabbisogno, dai Paesi esteri, il che pone talvolta problemi di sicurezza trasfusionale. Il dr. del Barone ha assicurato il proprio impegno nel cercare di far avanzare un provvedimento di legge fermo da tempo in Commissione Igiene e Sanità del Senato, che do-

vrebbe apportare nel settore alcune innovazioni rispetto alla L. 107/90 che appare ormai superata.

Tutti hanno concordato nel riconoscere che, pur in tempi di devolution, non può esistere regionalizzazione nel campo della donazione del sangue, che deve rimanere un fatto a carattere nazionale con il coinvolgimento delle istituzioni unitamente al volontariato e alla solidarietà.

L'IRPEF SULLE BORSE DI STUDIO? UNA GRAVE FORMA DI SPEREQUAZIONE

Una grave sperequazione a carico dei medici che partecipano ai Corsi di Formazione specifica in Medicina Generale è stata attuata dall'Agenzia delle Entrate che ha ritenuto di applicare l'IRPEF sulle Borse di Studio ad essi corrisposte, contrariamente a quanto avviene per le Borse di Studio dei medici che partecipano ai Corsi di specializzazione, questi ultimi ancora in attesa di un segno tangibile del loro mutato "status", da studenti a lavoratori con contratto di formazione.

E' la segnalazione che ha rivolto alle Autorità competenti il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone.

"Come Presidente di tutti i medici italiani - scrive del Barone

nella lettera al Ministro Tremonti - sono costretto a rappresentareLe la pesante situazione creatasi con la determinazione suddetta che di fatto attua una grave disparità di trattamento tra medici che, pur seguendo diversi percorsi formativi, sottostanno tutti ai medesimi vincoli e agli stessi obblighi previsti dal D.Lgs.368/99."

"A questo proposito - ha aggiunto il Presidente della FNOMCeO - chiedo un incontro urgente per illustrarLe le ragioni dei colleghi medici interessati, ragioni che, a mio avviso, non sono state oggetto della dovuta valutazione da parte dell'Agenzia delle Entrate e per poter intervenire al fine di non rendere ulteriormente irrisoria l'entità degli assegni corrisposti".

IL PRESIDENTE DELLA FNOMCeO SI PRO-NUNCIA SULLA RU486

"Non riesco a considerare l'adozione della pillola abortiva come una conquista o un segno di evoluzione e di modernità" dichiara Giuseppe Del Barone, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di fronte alla notizia del "via libera" alla pillola che provoca l'aborto, la RU486, dato dal Comitato Bioetico piemontese.

"Lasciando da parte per un attimo il punto di vista etico - che comunque non è secondario - e volendo limitare l'attenzione all'aspetto medico, il fatto che si usi un mezzo chimico invece di un intervento chirurgico, non sposta assolutamente i termini della questione: sempre di aborto si tratta. E il fatto

che la pillola abortiva sia usata da anni negli Stati Uniti e in quasi tutti i Paesi Europei non rende meno penoso il suo uso". Il Dr. Del Barone ribadisce la propria ferma contrarietà ad ogni forma di interruzione di gravidanza "non per sterile bigottismo - precisa - ma per ferma convinzione del rispetto della vita e della salvaguardia della salute fisica e psichica delle donne" e conclude invitando al rispetto della Legge 194 laddove afferma che le istituzioni devono adoperarsi per rimuovere le motivazioni alla base della interruzione di gravidanza.

IL PRESIDENTE DELLA FNOMCeO COMMENTA I RECENTI DATI DIFFUSI DAL TRIBUNALE DEL MALATO

"Ancora una volta i medici italiani sono costretti a registrare un attacco ingiustificato alla loro professionalità" - ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone, di fronte ai dati, del tutto opinabili, diffusi dal Tribunale dei Diritti del Malato secondo i quali dal '97 si registra un forte aumento delle segnalazioni di sospetti errori medici.

"L'incremento del contenzioso da parte dei cittadini per veri ma il più delle volte presunti casi di malasanità - ha detto Del Barone - se confermato, non sta in ogni caso a significare una reale lievitazione dei casi di malpractice. Più verosimilmente può essere considerato la logica conseguenza di un rapporto medico-paziente

in parte deteriorato perché insediato dal sospetto e sempre meno basato sulla fiducia reciproca, dove i pazienti troppo spesso illusi dai progressi registrati negli ultimi anni dalla medicina sono convinti che di fronte ad un insuccesso occorra sempre e comunque ricercare un colpevole.

A tale riguardo - ha continuato il Presidente della FNOMCeO - non posso fare a meno di ricordare il caso emblematico del collega Costanzo Catuogno, primario urologo di Vibo Valentia crudelmente ucciso perché ritenuto colpevole della morte di una paziente, salvo poi essere riabilitato dalla autopsia che ha dimostrato la correttezza dell'intervento chirurgico.

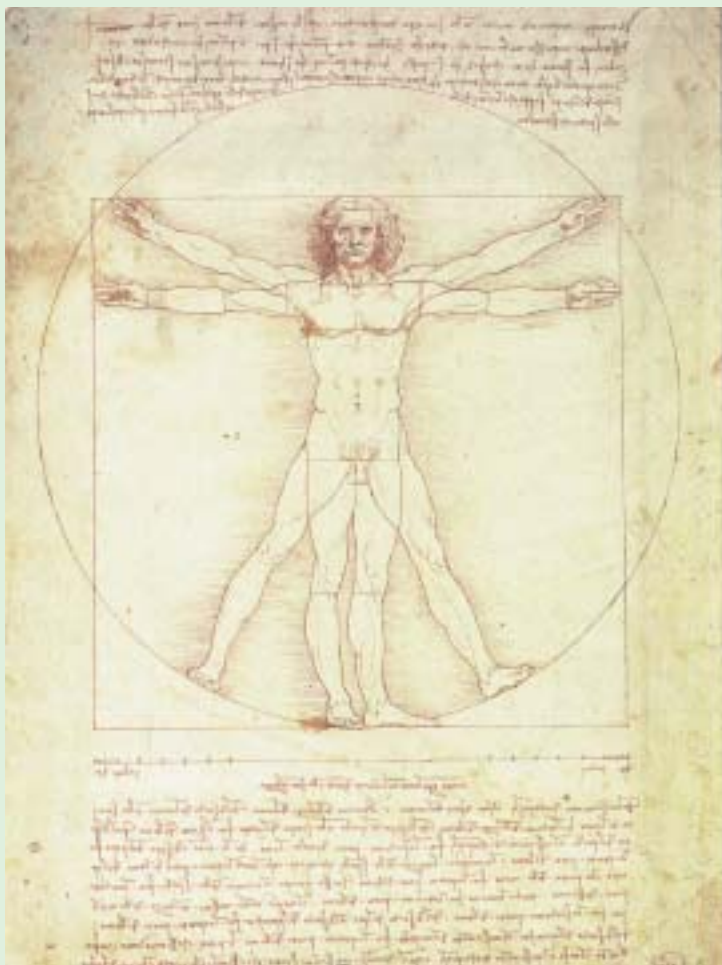
Quindi - ha ammonito Del Barone - prima di diffondere dati allarmanti che inevitabilmente contribuiscono ad alimentare la sfiducia e il sospetto dei cittadini nei confronti di tutto il sistema sanitario, sarebbe opportuna una attenta riflessione sul significato stesso di malattia, da non considerare come disfunzione ben definita bensì il risultato di una interazione complessa di diversi fattori. E riflettere sul fatto che la medicina non è una scienza esatta e che anche il medico, come tutti, può essere indotto all'errore. Ma soprattutto - ha concluso il presidente dei medici - occorre tener presente che le segnalazioni vengono fatte da persone non competenti, senza dimenticare che il numero di errori diventa infinitesimale se confrontato con le centinaia di migliaia di prestazioni che vengono effettuate ogni anno dai medici italiani.

IL BILANCIO PREVENTIVO 2003 DELL'ENPAM



Lo scorso 30 novembre si è riunito il Consiglio Nazionale della Fondazione ENPAM per il consueto esame del bilancio preventivo che è poi stato approvato all'unanimità. Il Presidente Eolo Parodi ha tenuto a sottolineare il buono stato di salute dell'Ente ed ha illustrato le varie voci del bilancio che rappresentano anche la strategia che la Fondazione ha deciso di attuare nel prossimo anno. Nel bilancio della Fondazione le entrate sono costituite dai contributi degli iscritti e dai

proventi per patrimonio da reddito. Le spese sono determinate dalle prestazioni previdenziali ed assistenziali, dalle spese generali di gestione, dalle spese di mantenimento e amministrazione del patrimonio da reddito e dalle imposte. L'avanzo economico previsto per il 2003 è di € 253.225.000, in miglioramento rispetto al 2002 e ciò è dovuto all'incremento dei redditi patrimoniali e finanziari rispettivamente di circa il 7% e di circa il 34% ed a un sostanziale complessivo contenimento delle spese non previdenziali entro i limiti di quanto già stanziato nel 2002. Il totale quindi da investire nel 2003 sarà superiore a 458 milioni di € in gran parte utilizzati in investimenti mobiliari ed anche per la costituzione di una società immobiliare (NewCo) che si occuperà della gestione del patrimonio immobiliare dell'Ente. Il reddito degli investimenti mobiliari previsto per il 2003 supera i 55 milioni di € mentre il preconsuntivo 2002 supera i 43. I buoni risultati degli investimenti mobiliari sono sicuramente il frutto del buon operato del Consiglio in un momento insolitamente lungo di forte depressione dei mercati. D'altronde la funzione del patrimonio, che è strumentale all'offerta di prestazioni previdenziali, richiede di impostare la gestione di tali beni in un'ottica di medio lungo periodo, cercando anche di riequilibrare sempre più il patrimonio vista



la ancora grande preponderanza della quota immobiliare che rappresenta tuttora il 67% dell'intero patrimonio (nel 1996 era del 90%). La redditività degli immobili di proprietà ENPAM è nettamente migliorata e sono previsti interventi di riqualificazione quantificati in oltre 72 milioni di €. Inoltre si darà l'avvio ad un ampio programma pluriennale di riassetto di tutto il patrimonio immobiliare che punta ad una cessione dei cespiti non più strategici ed alla riqualificazione degli immobili con potenziale di reddito inespresso. Per questo si è costituita una società, la NewCo, che gestirà il patrimonio immobiliare consentendo anche un risparmio fiscale valutato in oltre 78 milioni di €.

Si andrà poi verso una ristrutturazione dell'Ente cercando di eliminare le ingessature derivanti dall'appartenenza al settore pubblico valorizzando le potenzialità e garantendo servizi più rapidi ed efficienti. Per questo è stato costituito il Dipartimento dell'Innovazione che cercherà un nuovo modello organizzativo soprattutto nel settore delle comunicazioni.

Il Presidente Parodi ha poi espresso stupore per il calo delle iscrizioni alla polizza sanitaria annualmente proposta dall'ENPAM ed ha comunicato che sono allo studio polizze per la responsabilità professionale e per la tutela giudiziaria degli iscritti. Inoltre sarà presto inaugurato un nuovo portale internet e saranno realizzati sportelli informatici presso gli Ordini a cui potranno accedere tutti gli iscritti grazie ad una personale smart card che consentirà loro di avere accesso a numerose funzioni.

Per quanto riguarda la previdenza è stato comunicato che il gettito contributivo e l'importo delle prestazioni subiscono incrementi che sostanzialmente si compensano. E' stata poi introdotta una modifica dei regolamenti (tuttora in attesa dell'approvazione ministeriale) che garantirà a tutti gli iscritti in caso di premorienza o di invalidità permanente un trattamento di pensione minima di € 10.845,59. Il contributo di maternità ha subito una riduzione da € 52,68 a € 41,11 e questa differenza è stata posta a carico del bilancio dello Stato in forza di uno specifico decreto legislativo.

L'ENPAM ha poi stilato un protocollo d'intesa con il Coordinamento delle Regioni per risolvere il problema della contribuzione degli specialisti esterni e per rivedere la normativa inerente gli

aspetti previdenziali delle società di capitali accreditate.

La riscossione dei contributi tramite l'ESATRI ha dato ottimi risultati ed è ora possibile procedere alla domiciliazione bancaria dei versamenti tramite RID. Inoltre è stata data notizia della riforma del sistema di riscossione del contributo proporzionale al reddito libero professionale (quota B del Fondo generale). Infatti dal prossimo anno gli iscritti comunicheranno all'Ente il reddito derivante dalla libera professione e, qualora ne ricorrano i presupposti, la richiesta di contribuzione ridotta. Dall'Ente verranno poi inviati i prospetti con i calcoli ed i bollettini MAV pre-stampati. Il tutto per limitare gli errori e velocizzare la procedura esonerando l'iscritto da calcoli spesso complessi.

Sono cambiate le norme per il riscatto degli anni di laurea degli odontoiatri che potranno ora accedere a questa procedura dopo 10 anni di iscrizione all'albo e dopo 5 anni di anzianità contributiva. Le domande presentate per questo tipo di riscatto entro il 7 febbraio 2003 saranno convenzionalmente considerate come prodotte il 1° gennaio dell'anno successivo a quello del conseguimento dei requisiti.

Sarà poi introdotto il riscatto del servizio militare o civile presso il Fondo della libera professione e presso i Fondi speciali dei medici convenzionati ed accreditati (questa deliberazione è ora all'esame dei Ministeri vigilanti). Sono poi allo studio altre forme di riscatto di allineamento per tutti i Fondi di previdenza al fine di sfruttare la defiscalizzazione e consentire agli iscritti di migliorare la propria posizione pensionistica.

Saranno poi necessarie alcune modifiche del Regolamento per determinare le prestazioni a favore di chi, passando dalla convenzione alla dipendenza, ha optato per il mantenimento della posizione contributiva presso l'ENPAM (specialisti ambulatoriali, medici dei servizi e dell'emergenza territoriale).

Infine ricordiamo che il prossimo 27 dicembre scade il termine per il condono per le inadempienza contributive alla Quota A e B del Fondo Generale e che tale condono ha una totale deducibilità fiscale.

Insomma il nostro Ente gode un'ottima salute finanziaria e si prepara ad offrire sempre servizi più completi a tutti i medici italiani.

Giorgio Fanesi

Comunicazioni Avvisi



L'Ordine dei Medici di Campobasso ha avviato una campagna per la raccolta di fondi a favore delle vittime del recente terremoto che ha colpito la sua provincia. L'iniziativa, chiamata "Medici per il Molise" vedrà la gestione diretta dell'Ordine dei fondi raccolti che saranno utilizzati per la realizzazione di un progetto mirato che resti nel tempo a favore soprattutto dei bambini delle zone colpite. Per le contribuzioni è stato aperto un C.C bancario n° 1500059 presso la Filiale di Campobasso del Monte dei Paschi di Siena ABI 01030 - CAB 03800 intestato alla iniziativa "I Medici per il Molise" che potrà essere utilizzato da tutti i medici.

E' stata pubblicata ed è disponibile per gli iscritti presso la Segreteria dell'Ordine la raccolta degli articoli di Sergio Giustini pubblicati nella rubrica "Viaggio senza bagaglio" in questi 12 numeri del Bollettino dell'Ordine. Si tratta di un'iniziativa interessante che non mancherà di raccogliere il gradimento dei lettori.



Il nuovo Albo dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Ancona è stato pubblicato ed è disponibile presso la Segreteria dell'Ordine. In quest'occasione il Consiglio Direttivo ha deciso di realizzare anche il relativo CD che è disponibile insieme alla edizione cartacea.



Il Consulente dell'Ordine Dott. Luigi Scoconi comunica che "con Risoluzione ministeriale n. 338/E del 30 ottobre 2002, l'Agenzia delle Entrate ha ritenuto che la borsa di studio corrisposta nei confronti di medici che partecipino ai corsi di formazione specifica in Medicina Generale, così come istituiti dal D.l. n° 325 del 1994, debba essere assoggettata ad Irpef come reddito assimilato a quello di lavoro dipendente applicando i criteri ordinari (art. 47, comma 1, lettera c, T.U.I.R.)."

Il dr. Marco Esposito del Gruppo Regionale Marche ATLS informa si svolgeranno ad Ancona nel corso del 2003 dei corsi ATLS (Advanced Trauma Life Support). Il corso, accreditato ECM, è destinato ai medici coinvolti nella gestione del paziente politraumatizzato e si sviluppa in due giornate e mezzo per un totale di 22 ore con esecuzione di lezioni frontali e prove pratiche ed è inserito nel programma formativo per le figure professionali del sistema per l'emergenza sanitaria della Regione Marche.

Per informazioni formed_marche@hotmail.com

La dr.ssa Francesca Caldarelli comunica che nella Città di Ancona è sorta la Scuola di Psicoterapia Cognitiva riconosciuta con Decreto Dirigenziale del 26.06.02 ai sensi dell'articolo 3 della legge 56/89 (G.U. del 12.0702, n° 162 Serie Generale) per l'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica. E' già in preparazione il corso di specializzazione. Per informazioni www.scuola-spc.it

L'Istituto Superiore di Agopuntura, membro del Forum per le medicine non Convenzionali dell'Ordine di Roma, con il patrocinio dell'Ordine di Sassari comunica che sono aperte le iscrizioni ai corsi di agopuntura e laserterapia. Per informazioni www.isagopuntura.org

Legislazione



B.U.R.M 121 del 20/11/2002

Deliberazione della G.R. n. 1880 ME/SAN del 29/10/2002.

DPR n. 270/2000 - Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale - proroga dei termini per l'approvazione della graduatoria relativa all'anno 2003 e per la pubblicazione delle località carenti.

- pubblicazione graduatoria provvisoria entro: 30/04/2003;
- approvazione graduatoria definitiva entro: 30/06/2003;
- pubblicazione delle località carenti relative al 1° semestre entro: 30/06/2003;
- pubblicazione delle località carenti relative al 2° semestre entro: 30/11/2003.

B.U.R.M. 113 del 24/10/2002

Decreto del Dirigente del Servizio n. 701 del 14/10/2002.

D.P.R. 270/2000 - Località carenti rilevate alla data del 01/03/02 e pubblicate sul B.U.R. n. 75 del 27/06/02 - Graduatorie dei medici che hanno presentato domanda di trasferimento per l'assistenza primaria (art. 20, comma 4, lett. A) e per la continuità assistenziale (art. 49, comma 2, lett. A)

B.U.R.M. n° 98 del 09/09/2002

D.P.C.M. 29/11/2001 - indirizzi per l'attuazione della disciplina dei livelli essenziali di assistenza del S.S.N. - certificazioni idoneità pratica sporti va agonistica

B.U.R.M. n° 98 del 09/09/2002

D.P.C.M. 29/11/2001 - indirizzi per l'attuazione della disciplina dei livelli essenziali di assistenza del S.S.N

B.U.R.M. n° 98 del 09/09/2002

Revoca della D.G.R. 2090/2000 nella parte in cui si determina il fabbisogno di strutture sanitarie a carattere ospedaliero e residenziale

B.U.R.M. n° 98 del 09/09/2002

L.R. 34/98 - ratifica dell'intesa sottoscritta tra l'assessore alla sanità ed i rappresentanti dei presidi di riabilitazione per la definizione delle tariffe da valere dal 01/01/02

B.U.R.M. n° 98 del 09/09/2002

Direttive per il processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 15 ottobre 2002

Approvazione della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego e' considerato doping, ai sensi della legge 14 dicembre 2000, n. 376. (GU n. 278 del 27-11-2002- Suppl. Ordinario n.217)

MINISTERO DELLA SALUTE

ORDINANZA 27 settembre 2002

Proroga delle misure sanitarie di pro

tezione contro le encefalopatie spongiformi trasmissibili. (GU n. 270 del 18-11-2002)

MINISTERO DELLA SALUTE COMUNICATO

Ricostituzione della Commissione nazionale per la formazione continua (GU n. 267 del 14-11-2002)

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 26 settembre 2002, n.252

Regolamento recante modifiche al regio decreto 7 ottobre 1926, n. 2410, concernente il servizio sanitario aeronautico. (GU n. 265 del 12-11-2002)

MINISTERO DELLA SALUTE ORDINANZA 10 ottobre 2002

Sospensione su tutto il territorio nazionale delle sperimentazioni cliniche con prodotti per terapia genica, che prevedono l'impiego di vettori retrovirali. (GU n. 264 del 11-11-2002)



Cos'è l'Ordine dei Medici e quali sono i suoi obiettivi

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è l'organismo istituzionale cui spetta essenzialmente il compito di:

- Vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine;
- Designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- Compilare, aggiornare e pubblicare l'albo dell'Ordine;
- Promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- Dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine dei Medici;
- Esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti all'albo, salvo, in ogni caso, le altre disposizioni a carattere disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- Interporvi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari o per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.

La **mente** umana produce piccole e grandi **idee**.

Le **idee** per crescere vanno divulgate ad altri **uomini**.

Humana cerca piccole e grandi **idee**
e le trasforma in piccole e grandi **edizioni**.

**EDITORIA D'ARTE,
EDIZIONI MEDICO-SCIENTIFICHE,
COMUNICAZIONE COMPLETA PER I CONVEGNI**


Humana

Via Caduti del Lavoro, 12 • 60131 Ancona • Tel. 071/2861404 • Fax 071/2861424

Studi Medici

*disponibili
anche per frazioni
di giornata
o prestazioni singole*



Uscita A14 Ancona Sud

(vicino Hotel Palace)

Si offre:

- Servizio di prenotazione telefonica orario continuato 8-20
- Servizio di segreteria - fax - e-mail
- Sala riunioni 15-20 posti
- Ampio parcheggio gratuito
- Accesso e servizi handicap
- Aria condizionata

Per informazioni

Salute 2000 srl

Via Loretana, 190 - 60021 - Camerano (AN)

tel. 0717302251 - Fax 071732455

<http://www.saluteduemila.it>

E-mail: info@saluteduemila.it

*Sorveglianza Sanitaria per Aziende
Consulenza per Certificazione ISO 9001 e ISO 14001
Servizi di Supporto dell'Attività Medica
Vendita Apparecchi ed Articoli per Medicina*

