Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

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

Settembre 2001

EDITORIALE

BIOETICA
FARMACI E MEDICI

VIAGGIO
senza bagaglio

IL MMG NELLA SOCIETÀ
IN TRASFORMAZIONE

MONITORAGGIO
DELLA 626

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. 14 - Settembre 2001
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

14

pubblicità
HUMANA

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitario

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

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

Direttore Responsabile
Fulvio Borromei

Coordinatore di Redazione
Giorgio Fanesi

Redazione
Tiziana Giampaoli
Tiziana Pierangeli
Sergio Giustini

Consiglio Direttivo
Presidente
Fulvio Borromei
Vice Presidente
Stefano Polonara
Segretario
Maurizio Memè
Tesoriere
Oriano Mercante

Consiglieri
Nicola Battelli
Giambattista Catalini
Maria Del Pesce
Giorgio Fanesi
M. Giovanna Magiera
Mario Perli
Tiziana Pierangeli
Quirino Massimo Ricci
Riccardo Sestili
M. Antonietta Tavoni
Federico Fabbri (od.)
Stefano Tucci (od.)

Revisori dei Conti Effettivi:
Francesco Lattanzi
Sergio Giustini
Giuliano Rocchetti

Revisore dei Conti Supplente:
Piero Donati

Commissione Odontoiatrica:
Federico Fabbri
Stefano Tucci
Augusto Sertori
Lamberto Lombardi
Stefano Bottacchiari

http://www.ordinemedici.ancona.it
e-mail: **segreteria@ordinemedici.ancona.it**
Televideo pag. **420 Raitre**

In copertina: Il globo di Matelica nel museo Piersanti

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 28/09/2001

Pag. 4
ASSOCIAZIONE MOGLI DEI MEDICI ITALIANI
IL MONDO IN LUTTO

Pag. 5-6
Editoriale
INTERVENTI DEL PRESIDENTE

Pag. 6-7
BUON LAVORO

Pag. 7-10
BIOETICA
Farmaci & medici

Pag. 11-19
Il MMG nella società in trasformazione

Pag. 16 e 17
VIAGGIO SENZA BAGAGLIO

Pag. 20
FARMACOVIGILANZA AVVISI

Pag. 21-25
dalla FNOMCeO

Pag. 26
Decreto Legge per il contenimento della spesa sanitaria

Pag. 27
I FARMACI GENERICI

Pag. 28-29
MEDICINA DEL LAVORO

Pag. 29-30
congressi & convegni

Pag. 31
LEGISLAZIONE

ASSOCIAZIONE MOGLI DEI MEDICI ITALIANI - AMMI

ALLA CORTESE ATTENZIONE DELLA MOGLIE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA O CONVENZIONATO CON IL S.S.N.

Gentile Signora,
questa Associazione, d'intesa con l'ONAOSI, intende farLe conoscere i vantaggi che l'iscrizione volontaria all'Opera, di Suo marito, può comportare per Lei e per i Suoi figli. Il titolo alla fruibilità delle prestazioni previste dallo Statuto si acquisisce con il versamento del terzo contributo annuale consecutivo, purché siano trascorsi almeno 24 mesi dal pagamento del primo.

Le prestazioni a pagamento sono:

AMMISSIONE nei centri Studi Universitari di Torino, Pavia, Padova, Bari, Montebello di Perugia ed in altri Centri sede di prestigiose Università che sono al vaglio del Consiglio di Amministrazione, in camere singole e doppie con una retta annua di £. 4.870.000* comprensiva dell'Assicurazione infortuni. Nei Collegi Universitari di Perugia con una retta annua di £. 7.950.000* comprensiva della Assicurazione infortuni e vitto.

* Importi per l'anno accademico 2001-2002, di norma adeguabili di anno in anno (sia in relazione al tasso inflattivo sia in relazione ai servizi erogabili).

PARTECIPAZIONE AL PROGETTO LOGOS E PROGETTO START PER LAUREATI E LAUREANDI (Corso di Formazione sulla gestione di imprese e percorso formativo di avviamento al lavoro) entrambi della durata di 6 mesi + stage, con un contributo di £. 1.000.000.

VACANZE INVERNALI di una settimana in appartamenti bilocali a Nevegal (località montana in provincia di Belluno) ed a Pre' Saint Didier (nella provincia di Aosta) con un costo, per 4 posti letto, che si aggira da £. 416.000 a £. 511.000, aumentabile per posti letto aggiunti, in percentuale dal 25 al 60%.

VACANZE ESTIVE della durata di due settimane in appartamenti a Torre Normanna di Ispani (località balneare situata nel Golfo di Policastro), a Porto Verde (località balneare nella provincia di Rimini), a Nevegal (località montana in provincia di Belluno), a Prè Saint Didier (località montana in provincia di Aosta), a Montebello (località collinare in provincia di Perugia) con un costo, per quattro posti letto, che si aggira da £. 511.000 a £. 579.000, aumentabile per posti letto aggiunti in percentuale dal 25 al 60%.

LA QUOTA ANNUA DI ISCRIZIONE ALL'ONAOSI E' DI:

fino a 5 anni di iscrizione all'Ordine;	L. 300.000
da 5 a 10 anni di iscrizione all'Ordine;	L. 350.000
da 10 a 15 anni di iscrizione all'Ordine;	L. 400.000
oltre 15 anni di iscrizione all'Ordine.	L. 500.000

Al verificarsi delle condizioni previste dall'art. 6 dello Statuto, gli orfani ed i figli hanno titolo alle prestazioni dell'Opera gratuite (ospitalità nelle strutture dell'Ente oppure contributi in denaro a domicilio).
Certa che non vorrà non considerare questa opportunità, La invitiamo a prendere contatti con l'ONAOSI (Tel. 075.5052045) anche per un più completo ragguaglio su interventi molto più consistenti che l'ONAOSI attua nei confronti dei suoi assistiti.

IL MONDO IN LUTTO

(g.f.) ***Mai come questa volta tutto il mondo è rimasto coinvolto in un atto terroristico per definire il quale non è più possibile trovare parole adatte. Forse la nostra vita, la nostra storia non sarà più la stessa dopo ciò che tutti abbiamo visto e rivisto. Ci auguriamo che le immagini che ci scorrono ancora davanti agli occhi si possano solo rivedere in fiction i cui effetti speciali purtroppo sono stati superati dalla realtà. Ora noi possiamo solo unirci al dolore ed al cordoglio per così tante vittime innocenti e non dimenticare di ringraziare tutti quei nostri colleghi che con dedizione, sacrificio e professionalità hanno cercato di "salvare il salvabile" portando soccorso a chi è stato colpito da questa tragedia.***

Editoriale
INTERVENTI DEL PRESIDENTE

Il Presidente dell'Ordine Fulvio Borromei ha partecipato a numerosi incontri sulla sanità promossi da vari Enti ed Associazioni. Riteniamo di fare cosa gradita ed utile per comprendere il pensiero e l'attività dell'Ordine, riportare i testi di due interventi.

CONFERENZA SULLA SANITA' MARCHIGIANA
(Loreto, 21-22 giugno 2001)

LA SANITÀ MARCHIGIANA VISTA DAGLIOPERATORI

Il SSR Marchigiano occupa un posto di rilievo nel panorama sanitario nazionale grazie alla sua organizzazione, ma anche per l'impegno e la professionalità di tutti gli operatori sanitari
I Medici hanno dato e danno un grande contributo al raggiungimento di questi risultati anche di eccellenza ed affinché persistano le condizioni per sviluppare al massimo le capacità professionali, è necessaria una ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO che rispetti le peculiarità e la storia di questo professionista.
Abbiamo visto che dal 1995 si è sviluppato un sistema di AZIENDALIZZAZIONE, con nuove responsabilità per il Medico che vi opera. L'utilizzo etico delle risorse economiche (in un sistema di risorse limitate) è ormai entrato a far parte del quotidiano professionale. Ma non ha affatto rimosso le antiche responsabilità di diagnosi e cura che ha nei confronti del paziente - cittadino.
La produttività di questa particolare AZIENDA è rappresentata dallo stato di salute dei cittadini per cui l'organizzazione del lavoro deve creare i presupposti perché ciò si realizzi.
Inoltre il vero stato di salute lo si raggiunge anche se vengono fatti salvi i riferimenti etici e deontologici.
Per questo motivo l'Aziendalizzazione non può superare quei limiti che poi creerebbero un DISAGIO PROFESSIONALE che invaliderebbe ogni risultato (disagio che a volte già si registra).
E' chiaro che oggi nel bagaglio professionale del medico, deve esistere anche quello del MANAGEMENT SANITARIO che comunque lasci il tempo e lo spazio a quella riflessione UMANISTICA-DEONTOLOGICA senza la quale non vi è nessun approccio con il malato e la malattia.
Ai politici e agli amministratori la responsabilità e la capacità di lasciare gli spazi necessari per lo sviluppo di questo approccio professionale, ingrediente unico e particolare dell'AZIENDA SANITA' che la differenzia da ogni altra.
Mi auspicherei un SSN come un sistema in continua evoluzione e in continuo rimodellamento in risposta alle esigenze della società che cambia, ma che abbisogna anche di scelte certe e durature affinché i medici possano lavorare con tranquillità e sviluppare così le loro peculiarità professionali nell'ottica della salvaguardia della salute dei cittadini.
I medici hanno anche bisogno di un clima di rispetto e di considerazione per il ruolo che svolgono nella società e va difesa e salvaguardata quella SERENITA' PROFESSIONALE unico argine ad una possibile medicina difensiva, vera metastasi di quel patrimonio STORICO-ETICO che sarebbe veramente difficile da recuperare una volta perduto.
Mi sembra che uno degli intenti di questa conferenza sia anche quello di raccogliere indicazioni e valutare possibili problemi aperti, e proprio in qualità di Presidente di Ordine mi sento di evidenziare queste criticità che oggi interessano maggiormente la parte più esposta della professione (chirurghi,medici dell'urgenza ecc), ma che sta già dilagando.
In futuro non raggiungeremo nessun traguardo di eccellenza e qualità se la politica non progetterà e difenderà un sistema dove la storia della professione si integra e si compenetra con il divenire professionale e si confronta serenamente con i

rappresentanti dei malati, con la stampa e con il mondo della giustizia (avvocati e magistrati).

PRESENTAZIONE CRITERI ORIENTATIVI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI ASL 7

(Ancona,5 luglio 2001)

E' con vero piacere che porto oggi il saluto mio personale e del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Ancona.Questo lavoro oggi realizzato è la prova che quando esistono la volontà di costruire e le condizioni ideali affinché un progetto nasca e si concretizzi, ci si riesce.
Un plauso va a colui/coloro che hanno progettato e che hanno lavorato alacremente credendoci fino in fondo.
Un plauso va anche a chi ha permesso che vi fossero le condizioni ideali perché questa iniziativa prendesse corpo e si delineasse nei suoi aspetti fondamentali.
Ho partecipato di recente alla Conferenza sulla sanità marchigiana a Loreto, si è parlato anche di associazioni mediche ed in un intervento si è sottolineato che in alcune circostanze queste dovrebbero fare un passo indietro a salvaguardia del SSN e SSR, richiamando le loro responsabilità.
Pur essendo questa osservazione meritevole di un migliore approfondimento e inquadramento in un contesto più articolato e complesso che comprenda tutte le responsabilità, ciò mi permette di fare una riflessione.
E' innegabile che anche le associazioni dei medici hanno le loro responsabilità quando sono estremizzanti e strumentali. Quando criticano i progetti che non sono loro o non ritengono che lo siano e quindi non collaborano fattivamente alla loro riuscita, perché appunto provengono dalla elaborazione e progettualità di una associazione piuttosto che da un'altra, oppure perché provengono da un settore della sanità che non è quello che rappresentano.
Avremmo le nostre responsabilità se ci dimenticassimo che tutto questo ricade sulla salute dei cittadini.
Oggi la Medicina Generale (territoriale) e la Medicina Ospedaliera si sono confrontate ed hanno realizzato insieme I CRITERI ORIENTATIVI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI. Non è stato e non è un esercizio culturale-accademico, ma rappresenta l'impegno per realizzare una BUONA MEDICINA al servizio del cittadino, nel rispetto dell'utilizzo etico delle risorse sia umane-professionali che economiche.
Quindi vi invito a riflettere su questi brevi commenti e cerchiamo di non sciupare occasioni come queste che possono rendere meritori la Medicina, i Medici e i Dirigenti che le sostengono e che vi credono.
Se riusciremo veramente a dare questa impronta professionale ed etica a questa nostra iniziativa potremo richiamare con maggiore autorevolezza gli altri attori della Sanità alle loro responsabilità.

Buon lavoro

Beppe Severgnini sul Corriere del 1° settembre affermava che "questa data è il vero Capodanno: tutti lo sanno, ma nessuno lo dice". In effetti è ben vero, le ferie estive rappresentano un vero spartiacque delle nostre attività e mai come quest'anno l'affermazione è profondamente giusta. Sono tante le cose accadute in questo periodo estivo che avranno una profonda impronta sulla nostra professione. Il nuovo Governo, il recentissimo DL, il caso cerivastatina, il nuovo corso della FNOM, sono tutte situazioni che influenzeranno non poco il futuro del Medico.
Ed allora Buon Lavoro al neo Ministro della Salute Sirchia (con una qualifica così roboante si è assunto sicuramente un bell'impegno!) che si è reso conto che il finanziamento pubblico per la sanità in Italia è assolutamente inferiore agli altri Paesi occidentali e speriamo si batta per maggiori investimenti o quanto-

meno per impedire tagli indiscriminati; al Presidente FNOMCeO Del Barone che, con un lavoro impegnativo, sta ricucendo le varie anime della nostra professione cercando di affrontare al meglio i problemi che stanno sul tappeto, dalla riforma degli Ordini alla ECM, al caso Lipobay (del quale ci occupiamo ampiamente in questo numero del nostro Bollettino); all'Assessore Regionale Melappioni che si trova a gestire un panorama marchigiano ogni giorno più complesso e discusso (con vecchi ospedali da chiudere e nuovi da costruire finalmente) ma comunque sempre ricco di risorse e professionalità.
Buon lavoro al nostro Presidente Fulvio Borromei che sta mettendo grande impegno personale nella gestione dell'Ordine cercando di renderlo sempre più efficiente, più vicino alle necessità degli iscritti e capace di adeguarsi a tutte le nuove questioni che quotidianamente si affacciano all'orizzonte; a tutti i Consiglieri che, in questo ultimo periodo di dirigenza, cercheranno di lavorare al massimo al servizio della professione; a Sergio Giustini che, con impegno certosino ed animo da "globe-trotter", sta cercando sempre angoli nuovi della nostra Provincia da illustrare con la consueta competenza in quella che è una delle rubriche innovative del nostro Bollettino.
Ma, soprattutto, Buon Lavoro a tutti i colleghi, sempre e comunque in prima linea nella trincea della sanità. A contatto con i pazienti – è proprio difficile chiamarli "utenti"! – cercheranno come sempre con pazienza, dedizione, professionalità e buon senso di districarsi fra Note CUF, DRG, accuse, avvocati, giornalisti, liste d'attesa e chissà quante altre difficoltà future, nel tentativo di prestare il proprio indispensabile aiuto ai cittadini. Il nostro lavoro è e sarà sempre più importante, anzi fondamentale, in una società nella quale cresce il desiderio di salute ed in cui un Servizio Sanitario Nazionale, molto più efficiente e meno costoso di quello che si voglia far credere, deve vedere conservato il proprio spazio, la propria centralità, aumentando la capacità di integrarsi con tante altre realtà e soggetti e rivalutando sempre più le proprie potenzialità anche territoriali.

Giorgio Fanesi

BIOETICA

Farmaci & medici

di Massimiliano Marinelli

Il ritiro dal mercato della cerivastatina rappresenta l'occasione per riflettere attorno all'utilizzo dei farmaci e ai rapporti che si instaurano tra le aziende produttrici, lo Stato, i medici e la società. La riflessione appare urgente, considerata la tendenza a trattare il caso Lipobay come esclusivo problema medico, addossandone le responsabilità alla multinazionale che lo produce e ai medici che lo hanno prescritto. Circoscrivere il problema dell'utilizzo e degli effetti collaterali dei farmaci solo entro la Medicina è un errore grave e grossolano. L'utilizzo dei farmaci rappresenta, infatti, un fenomeno sociale complesso che può essere trattato adeguatamente solo nell'ambito dell'intera società civile. In una società medicalizzata, una cultura farmacocentrica può essere modificata solo attraverso interventi culturali di largo respiro e non mediante la reazione immediata e dispnoica di un inasprimento del controllo sul prescrittore. D'altra parte, è un sentire comune che il meccanismo propulsivo mediante il quale vengono immesse nel mercato nuove molecole non persegua sempre gli interessi del paziente.
Il rapporto tra Stato, Industrie farmaceutiche, farmaco, farmacista, medico e cittadino, è indubbiamente complesso: investe problematiche e competenze etiche, scientifiche, economiche e politiche. Può essere utile, per tentare di capire meglio, fare un passo indietro, presentando i mutamenti che sono avvenuti nel rapporto farmaco, medico e

cittadino. Invito i colleghi, quindi, ad un velocissimo viaggio nel tempo, partendo dalla Grecia del V° sec a.c.

La concezione classica del farmaco, sin dagli albori del pensiero medico occidentale, ha presentato una caratteristica di ambiguità e di indeterminatezza. Il termine Pharmacos ha sia il significato di veleno, sia quello di sostanza benefica. L'ambivalenza del termine era tale da rendere necessario l'uso di un aggettivo che ne esplicitasse la funzione. Tale significato è giunto sino a noi: ogni farmaco può essere nocivo per la presenza di effetti collaterali. Ciò accade per un altro grande concetto ereditato dai greci: la dynamis. Ogni farmaco ha una sua forza, esprime una potenzialità in grado di produrre grandi effetti.

Forti della dynamis, i farmaci vengono usati dal medico ippocratico in base alla filosofia che ne permeava l'attività. Nella medicina ippocratica il farmaco è tutt'uno con il medico. Questo è un aspetto fondamentale: il medico è il primo farmaco, egli produce e somministra i suoi farmaci, indica minuziosamente la dieta da seguire. Non è possibile separare il medico dal farmaco. Il medico ippocratico cura essenzialmente i cittadini della Polis, mentre, come ci ricorda Platone, medici schiavi curano gli schiavi. Il rapporto medico paziente è personale ed improntato ad un paternalismo forte.

Un salto di millecinquecento anni ci permette di arrivare al medioevo. I farmaci sono per lo più di origine vegetale; nasce la figura del farmacista (1240), il medico cura i nobili, mentre cresce la pratica popolare. Il rapporto è paternalistico, lo

Stato è assente, nascono i primi ospedali cristiani.

Spostiamoci di qualche centinaio d'anni e giungiamo nel XVII° secolo. Nel 1600 le cose per la medicina non cambiano molto. Moliere dipinge in modo magistrale e crudele la figura del medico ciarlatano che doveva circolare nell'epoca. Ne Il Malato Immaginario, il medico cura sempre i nobili, ma soprattutto ama trattare i borghesi: *"il pubblico è comodo; non dovete rispondere a nessuno delle vostre azioni, e purché si segua la corrente, che regola la nostra arte, non occorre preoccuparsi di quanto può succedere; mentre al servizio dei grandi, c'è il guaio che, se si ammalano, essi vogliono assolutamente che i loro medici li guariscano (Atto II scena VI)."*

Al di fuori della medicina, in questo secolo accadono cose importanti per la nostra trattazione: con due filosofi Thomas Hobbes e John Locke compaiono le carte dei diritti umani. Se Hobbes afferma che l'uomo ha il diritto di difendere la propria vita, Locke si spinge a riconoscere per tutti gli uomini il diritto alla vita e il diritto alla salute.

Lo svolgersi coerente di questo pensiero porta nel 1800 alla coscienza comune di due principi fondamentali:

L'evoluzione del diritto naturale sancisce il principio di autonomia secondo il quale ogni essere umano possiede originariamente una completa libertà di agire e di disporre della sua persona nei limiti imposti dalla legge naturale. Nell'ambito del rapporto Stato, Medicina e cittadino la Sanità inizia ad essere vista non solo come attività privata, ma anche come bene pubblico. Nonostante queste affermazioni, il rapporto medico paziente rimane improntato al paternalismo. Non si tratta più del paternalismo forte medioevale, ma di un paternalismo giovanile. Il paziente viene considerato non più come un bambino, ma come un adolescente che può conoscere alcune cose, ma non altre.

Il XIX° secolo è comunque fondamentale anche per l'inizio

della sintesi chimica: non si estraggono più i principi attivi dalle piante (chinino), ma si costruiscono in laboratorio dei composti terapeutici. Le linee di pensiero emerse nel 1600, consolidate dalla Rivoluzione Americana e da quella Francese, elaborate ulteriormente nel 1800 approderanno, nel 1948, nella nascita in Inghilterra del primo Servizio Sanitario Nazionale (SSN) del mondo occidentale. La terapia farmacologica efficace diviene un diritto del malato. La sanità riceverà da allora nei Paesi che costituiranno il SSN una quantità di denaro assolutamente sconosciuta nel corso di tutta la sua storia. L'assicurazione malattie ha favorito interi settori dell'economia, soprattutto quello chimico-farmaceutico.

Negli anni '50 compare, nella scena del mondo della salute, una protagonista assoluta, in grado di imprimere una accelerazione tremenda, modificando in pochi decenni la Medicina, più di quanto era cambiata nel corso di duemilacinquecento anni. Si tratta della Scienza Tecnologica che, applicata nella medicina, produce un numero enorme di strumenti in grado di penetrare nelle realtà più recondite della fisiologia e della patologia umana.

La Tecnologia porta essenzialmente a due grandi conseguenze:

1. L'ospedalizzazione dei malati e la specializzazione della medicina;
2. L'annessione da parte delle industrie della fetta maggiore della ricerca farmacologica.

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

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. 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. Da allora in poi la conoscenza dei farmaci sarà sempre più indiretta, affidata a differenti canali informativi e alla esperienza personale. I canali informativi, tuttavia hanno un peso veritativo e un'efficacia diversi tra loro. I testi di farmacologia stentano a rincorrere l'evoluzione farmacologica, i lavori scientifici non sono sempre facilmente interpretabili e, talvolta, producono risultati poco applicabili nella realtà territoriale, le informazioni che provengono dalle industrie sono più convincenti che vere e l'esperienza personale raramente assume forme statisticamente significative.

Le associazioni professionali, quindi, iniziano a proporre delle linee guida terapeutiche che possono ovviare a tali difficoltà. Il medico, comunque, si trova, talvolta, nella condizione di subire il farmaco, piuttosto che di utilizzarlo.

2. La presenza massiccia della Industria del farmaco contribuisce a considerare la salute un bene di consumo e non un bene di produzione. 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. Gli elevati profitti dell'industria del farmaco portano spesso a privilegiare l'interesse commerciale rispetto alla conoscenza scientifica.

In conclusione, ci troviamo di fronte a una enorme offerta di farmaci spesso indirizzata dalle strategie commerciali.

Il medico, per la prima volta non è il protagonista assoluto. Il cittadino ha acquisito una nuova coscienza sul proprio diritto alle cure. Lo Stato non può oggettivamente sopportare una spesa farmaceutica illimitata.

Come impedire che il farmaco divenga un bene di consumo; come coniugare i diritti del cittadino con le acquisizioni che provengono dal progresso scientifico, come allocare in modo giusto le magre risorse sanitarie? Le risposte a tali domande, rappresentano le sfide

di ogni Servizio Sanitario del mondo occidentale.
È un dato di fatto che se gran parte della ricerca di base sulle ipotesi eziologiche e patogenetiche delle malattie è affidata alle Università, agli Ospedali e a Fondazioni non governative, la maggior parte della ricerca farmacologica di fase I è opera delle Multinazionali del farmaco. Le multinazionali del farmaco sono attualmente una delle lobbies più potenti del mondo economico e le loro fusioni ne hanno accresciuto il potere. Appare poco probabile che tali industrie siano pervase da amore per il prossimo sofferente, ma esse verosimilmente ricercano, come ogni buona azienda, profitti sempre maggiori. D'altra parte, la ricerca di un giusto profitto è del tutto naturale e il criterio etico delle industrie farmaceutiche può essere legittimamente riconosciuto nell'utilità economica della ricerca e solo secondariamente nel bene sociale procurato dal farmaco.

Un esempio emblematico di quanto accennato è rappresentato, usando dei termini demografici, dai farmaci orfani e dalle famiglie troppo numerose.

I farmaci orfani, secondo la definizione dell'OMS, sono quei prodotti che malgrado la loro potenziale utilità rimangono insufficientemente studiati e/o non sono disponibili per i pazienti per il loro limitato interesse commerciale. Tali prodotti abbandonati dalle aziende devono essere adottati dagli Stati o da Agenzie non governative per poter essere utilizzati.
Le famiglie troppo numerose, invece, sono rappresentate da quei farmaci, di elevato interesse commerciale, che derivano da un capostipite e vengono prodotti e immessi nel mercato a ritmo vertiginoso da aziende farmaceutiche differenti, senza che il nuovo prodotto sia, di fatto, significativamente superiore ai precedenti. Tali prodotti, spesso, vengono successivamente dati in co-marketing ad altre aziende con un'amplificazione dell'informazione e della pressione prescrittiva che si traduce, infine, in un aumento dell'uso del farmaco e della spesa farmaceutica correlata.

Conclusioni
Il caso Lipobay evidenza, quindi, l'urgenza di riformulare il rapporto tra Stato, Industrie farmaceutiche, farmaco, farmacista, medico e cittadino. Pur non esistendo scorciatoie miracolistiche capaci di risolvere il problema, è possibile indicare alcuni paletti entro i quali il processo di riformulazione deve necessariamente passare per essere efficace.
In primo luogo, è urgente avviare una progressiva demedicalizzazione della società, riportando il farmaco ad essere un bene di produzione, piuttosto che un bene di consumo. In secondo luogo, è necessario che gli Stati promuovano l'attività di ricerca verso molecole ed aree applicative nuove e riducano l'immissione di cloni di farmaci già in commercio (cfr ace inibitori). A questi indirizzi di politica socio-sanitaria e di macroeconomia si aggiungono responsabilità specifiche della Medicina: è necessario un maggior avvicinamento del medico al sistema della sperimentazione clinica e della farmacovigilanza. Negli ultimi anni sono aumentate le sperimentazioni cliniche che non hanno come Sponsor aziende farmaceutiche, ma singoli sperimentatori, o meglio ancora associazioni di medici specialisti. Tali sperimentazioni tendono ad individuare linee guida terapeutiche comuni che possono essere condivise sulla base di evidenze cliniche.Questo tipo di sperimentazione dovrebbe essere facilitato e promosso.
Il sistema di farmacovigilanza è tipicamente territoriale e dovrebbe essere affidato ai medici che lavorano sul territorio, permettendo sperimentazioni in fase IV° (una legge recente lo prevede) e un sistema di rilevazione snello e in tempo reale (la proposta di un Presidente di categoria sembra andare in tal senso). Lo spazio concesso, infine, non permette di avventurarsi sul singolo rapporto tra farmaco, medico e paziente.
Potrebbe essere interessante parlarne in futuro; per ora, in una medicina plurispecialistica e multipatologica, invito (e, ironicamente, mi invito) ad evitare il rischio della terapia algebrica: di somministrare, cioè, la somma algebrica dei farmaci indicati per trattare ognuna delle patologie di cui il paziente è affetto.

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA SOCIETA' IN TRASFORMAZIONE

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Ancona intende organizzare una serie di incontri sul "Ruolo e futuro della professione medica - odontoiatrica". La prima tavola rotonda si è tenuta il 16 giugno 2001 alle ore 8,30 presso il CONERO BREAK. Il temo discusso è stato: "IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA SOCIETA' IN TRASFORMAZIONE"
Come promesso nello scorso numero del Bolettino riportiamo gli interventi di questo importante e significativo incontro organizzato dall'Ordine.

• Fulvio BORROMEI
Presidente dell'Ordine dei Medici – Chirurghi ed Odontoiatri di Ancona

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Ancona vuole realizzare una serie di incontri (tavole rotonde, seminari) sul tema: RUOLO E FUTURO DELLA PROFESSIONE MEDICO-ODONTOIATRICA. Questi hanno l'obbiettivo di delineare quanto possibile uno spaccato della PROFESSIONE OGGI, con l'intento di informare e formare la società, i cittadini, sul ruolo che questa professione oggi svolge e come sia evoluta nel tempo. Inoltre si prefigge anche l'obbiettivo di far dialogare tra loro le varie categorie professionali, traendone da questo confronto anche spunti organizzativi e di approfondimento professionali.
Sono intervenuti alla prima tavola rotonda sul tema:" Il Medico di Medicina Generale nella società in trasformazione" autorevoli rappresentanti provinciali e regionali dei Sindacati, delle Società Scientifiche e della Scuola Regionale Marchigiana di MG.
Le tematiche affrontate dai diversi relatori vanno:dalla medicina centrata sul malato ai rapporti interprofessionali, ad un equilibrato rapporto con le tecnologie diagnostiche mediche. Dalla formazione del MMG, alla contrattazione nell'ottica della promozione della Medicina di Famiglia. Il MMG e il suo contesto professionale, il ruolo e futuro di questa professione, l'etica e il budget, lo sviluppo, la sua organizzazione sono stati altrettanti momenti di riflessione che poi sono divenuti oggetto di dibattito tra i partecipanti.
La presenza autorevole dell'Assessore Regionale alla Sanità dr Augusto Melappioni, del dr Antonio Aprile Direttore generale asl 07, del dr Romolo Radicioni Direttore Sanitario INRCA e del collega Presidente dell'Ordine di Macerata A. Sbriccoli e di altri ospiti, ha contribuito a dare all'incontro una maggiore valenza sia professionale che politica.
Anche la partecipazione della RAI con il TG3 ha permesso, riprendendo alcune fasi dell'incontro, che questa iniziativa avesse una risonanza maggiore.
Nel pubblicare nel nostro periodico Medici & Medici la sintesi degli interventi crediamo di fare cosa utile a tutti i colleghi cercando di suscitare così una ulteriore riflessione sulle problematiche affrontate.

• Alberto OLIVETI
Segretario Regionale FIMMG - Marche

L'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale (D.P.R. 270/200) e l'Accordo Integrativo Regionale vigente definiscono le condizioni normative per lo sviluppo pieno delle potenzialità della medicina generale: in tal senso si può affermare che questi Accordi non tutelino solo i legittimi interessi economici delle categorie rappresentate, ma anche i valori della professione da queste esercitata. Nelle Marche, anche in riferimento agli obiettivi ed alla realizzazione del Piano sanitario regionale in scadenza, la F.I.M.M.G. ricorda appunto l'importanza dell'Accordo Integrativo Regionale firmato nell'oramai lontano 1997 nel perseguire la realizzazione di una maggiore disponibilità della Medicina Generale attraverso sia l'impegno operativo nell'assistenza domiciliare e residenziale sia con il miglioramento dell'organizzazione del lavoro ambulatoriale - grazie agli incentivi per l'informatizzazione degli studi, per l'associazionismo tra medici e per l'assunzione di personale di studio. In verità, va detto che altri obiettivi dell'Accordo, come la reale integrazione operativa e decisionale nel Distretto e lo sviluppo della potenzialità epidemiologica della M. G. per una raccolta dati clinici ed assistenziali , non sono stati pienamente raggiunti a mio parere perché non sufficientemente perseguiti a livello dirigenziale. Sicuramente li riproporremo di nostra iniziativa per il prossimo Accordo regionale.
Del resto mi preme sottolineare, allo stato delle cose, la originalità della Programmazione Regionale verso la Medicina generale poiché si vincolano le Aziende a progetti di budget etico e di definizione di linee guida e protocolli diagnostico terapeutici per il controllo della spesa,senza preventivamente concordare queste modalità con le categorie in questione, come peraltro previsto e condiviso dagli accordi normativi firmati.
Ma la FIMMG non si ferma al passato, recente o remoto che sia, preferisce guardare avanti e cerca di essere propositiva. Per fare questo chiediamo però confronto, condivisione di scelte e concertazione per obiettivi , non somministrazione di regole o compiti non concordati.
Riteniamo che la "partita" della Sanità marchigiana – schiacciata tra la crescita contemporanea di domanda di salute e costi - si giocherà sulla capacità di coniugare bene le parole chiave che sono APPROPRIATEZZA (..di scelte assistenziali e di prescrizione..), INTEGRAZIONE (..nell'organizzazione complessiva sociosanitaria del territorio..), FORMAZIONE (.. miglioramento dell'efficienza professionale..). Il nostro obiettivo rimane quello di un medico di famiglia come responsabile dello snodo operativo (..non ordinatore di spesa, ma ordinatore di interventi e percorsi assistenziali appropriati..) tra una domanda di salute correttamente espressa ed una offerta quantitativamente adeguata e qualitativamente appropriata. Crediamo che indispensabili strumenti a servizio dell'appropriatezza siano le forme associative integrate, le equipe territoriali, l'utilizzo della valutazione multidimensionale per la corretta ed uniforme definizione dei bisogni di assistenza, il budget etico formativo, per ridurre lo spreco legato al costo della non qualità, la definizione di profili assistenziali sostenibili, la identificazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi dagli operatori.
Siamo convinti che le caratteristiche peculiari del ruolo del medico di famiglia, la fiduciarietà del rapporto con il cittadino, il libero accesso alle sue prestazioni e la continuità assi-

stenziale responsabile siano i motivi che lo fanno - in ogni sondaggio o rilevazione - la figura più gradita all'utenza. Vorremmo che queste caratteristiche diventassero i punti di forza di tutto il sistema sanitario marchigiano e per questo proponiamo la nostra figura e la nostra operatività anche per il governo dell'assistenza territoriale nel Distretto.

• **Italo PAOLINI**
Presidente Regionale Marche SIMG

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ED IL SUO CONTESTO PROFESSIONALE

TRADIZIONE IPPOCRATICA: E' caratterizzata dalla triade costituita da: Medico; Paziente; Malattia. Cerchiamo di analizzare uno per uno i lati di questo triangolo con le modificazioni che nel tempo fino ai giorni nostri questi concetti hanno subito.

Malattia

- Concezione riduzionistica della malattia intesa come danno d'organo o d'apparato propria della medicina specialistica
- Dimensione antropologica coinvolgente la globalità della persona che dovrebbe caratterizzare l'approccio del MMG

Accanto a questo dualismo, sempre esistente, e' da rilevare l'aumento di prevalenza delle malattie croniche a gestione interdisciplinare in cui questi due diversi approcci alla malattia sono chiamati a confrontarsi e integrarsi reciprocamente.

Paziente

- Le peculiarità che caratterizzano il Paziente moderno sono sintetizzabili in:
- Netta riduzione della asimmetria del rapporto tra colui che sa e opera per il bene del pz. e la non conoscenza di quest'ultimo;
- "ridondanza" di informazioni con distorsione dei contenuti educativi;
- Diritto alla salute, alla autonomia, alla autodeterminazione;
- Atteggiamento irrealistico nei confronti delle possibilità della medicina e dei medici.
- Strettamente collegati alla evoluzione del paziente sono i modelli di rapporto Medico-paziente:
- Rapporto genitore-bimbo (attività/passività)
- Rapporto genitore-adolescente (guida/cooperazione)
- Collaborazione quasi-paritaria (partnership tra adulti consapevoli dei propri ruoli e senza intenzioni prevaricanti)
- Modello "professionale" che tende a "compiacere" il Pz. e che può essere considerato una deformazione che purtroppo è presente nell'attuale panoramica della M.G. italiana.

Sempre interessante ed attuale è l'affermazione "la mia tesi è che i mondi separati dell'esperienza e di riferimento (cognitivo) del profano e dell'operatore professionale sono sempre in conflitto potenziale l'uno con l'altro" (Freidson). In questo contesto la Medicina Generale è il luogo della mediazione tra esigenze professionali ed aspettative del Paziente-cliente.

Riguardo al lato che ci riguarda possiamo osservare che:

Il Medico

- L'attenzione alla persona si riduce sempre di più a favore dell'attenzione alla malattia
- Il MMG fatica ad affermare il proprio approccio olistico e globale alla persona per una serie di ostacoli
- La disumanizzazione della professione conduce ad una medicina difensiva che è antieconomica e altera gli obiettivi della professione compromettendo la comunicazione e l'empatia con l'uomo malato
- Il fiorire delle medicine alternative è una spia dell'insuccesso dell'approccio tecnicistico ed iperspecialistico

Un grande cardiologo americano, Bernard Lown, ha ben sintetizzato l'essenza della trasformazione della figura medica attuale:"Il nostro sistema sanitario è in crisi perché la categoria medica non considera più suo obiettivo principale il processo di guarigione che comincia con l'ascolto del Paziente……. Poiché è antieconomico passare molto tempo con i pazienti la diagnosi viene fatta per esclusione, con accertamenti clinici senza fine. Le azioni giudiziarie contro la negligenza medica sono semplici bubboni di un sistema sanitario malato….. Il sistema sanitario non verrà migliorato finchè il Pz. non ritornerà ad essere centrale per i medici.(B.Lown)"

Alla luce di quanto sopra detto proviamo ad analizzare l'evoluzione del rapporto:

- Prevalenza di malattie croniche e tumori con diluizione del rapporto curante-consulente
- Frammentazione competenze specialistiche con difficile individuazione di ruoli e responsabilità nel rapporto curante – consulenti
- La presenza del SSN come terzo pagante e gestore del rapporto tra organizzazione sanitaria e cittadino complica il quadro per l'incremento dilagante di norme verticistiche che ostacolano il lavoro medico privilegiandone la degenerazione in senso burocratico e alterando il rapporto medico-paziente e medico-consulente

In particolare i fattori di distorsione del rapporto curante-consulente rivestono particolare interesse e meritano di essere precisati:

- Ricorso "acritico" da parte del MMG al consulente;
- Inversione del percorso MMG - Specialista
- Scelta tra pubblico e privato
- Liste di attesa
- Non conoscenza o conoscenza parziale note CUF con diffusione di messaggi contrastanti
- Non sufficiente differenziazione tra ruolo del curante e del consulente. Non dimentichiamo infatti che nell'attuale modello organizzativo lo Specialista dovrebbe rappresentare il consulente del MMG nei confronti di patologie e problemi per cui lo stesso MMG richiede di avvalersi del supporto specialistico.

Tale modello e' spesso stravolto in una logica di rapporto centri ospedalieri specialistici–Pazienti che altera profondamente la corretta dinamica del rapporto curante-consulente.

Quali possono essere i CONCETTI CHIAVE nel tentativo di affrontare i problemi sopralencati nell'ottica del MMG?

- Percorsi integrati di cura tra territorio ed ospedale per le patologie croniche a maggior rilevanza
- Autonomia gestionale e risorse certe del distretto con ruolo riconosciuto e chiaro del coordinamento distrettuale
- Potenziamento della assistenza domiciliare con un vero ed omogeneo sistema integrato di cure, che fa perno sul medico della persona
- Assetto organizzativo studio (gestione dedicata patologie croniche, personale di studio, medicina in rete e in gruppo, comunicazione telematica con realtà specialistica ed ospedaliera….)

- Difesa dell'appropriatezza delle cure in sinergia con i cittadini per la tutela del wellfare in sanità
- Passaggio dalla formazione professionale obbligatoria allo sviluppo professionale continuo
- Capacità di produzione autonoma e rapida di dati per l'analisi dei vari aspetti della realtà sanitaria territoriale nelle diverse aree regionali.

A tal proposito la SIMG regionale sta lavorando alla imminente realizzazione di un campione rappresentativo della realtà marchigiana basato sulla omogenea immissione dei dati e sulla comunicazione telematica tra i gruppi di ricercatori presenti in tutte le asl della Regione.(NET-SEARCH MARCHE)

• **Segreteria Provinciale SNAMI** - Ancona

Innanzitutto un caro saluto a tutti i partecipanti ed un doveroso ringraziamento al Presidente dell'Ordine dei Medici di Ancona Dr. Borromei per la sensibilità e la lungimiranza dimostrata nell'organizzare quest'incontro avente per tema "Il MMG nella società in trasformazione" che ci da l'occasione di esporre il punto di vista dello SNAMI relativamente ai possibili ruoli che tale professionista potrà svolgere nei prossimi anni all'interno del SSN.

Non vi è dubbio che a fronte della più volte ribadita "centralità" del MMG all'interno del SSN in qualità di "gate-keeper" della domanda di salute da parte della popolazione, nessun provvedimento legislativo (convenzioni nazionali e regionali per la Medicina Generale comprese) in questi ultimi anni è andato concretamente in questa direzione; si è addirittura ulteriormente appesantito il già insopportabile carico burocratico esistente, e sono intervenuti nuovi provvedimenti (vedi note CUF, livelli di spesa programmati) potenzialmente in grado di minare alla base il patrimonio di credibilità del MMG basato, come tutti sappiamo, sul rapporto di fiducia con l'assistito.

Come uscire quindi da questa situazione vissuta con un notevole grado di frustrazione, insofferenza crescente, tendenza strisciante al disimpegno che si concretizza quindi,inevitabilmente, in una sistematica sottoutilizzazione delle enormi potenzialità insite della medicina generale?

Esistono, secondi noi,almeno 3 aspetti essenziali su cui vale la pena di soffermarsi più approfonditamente:

1.non è più rinviabile la scelta strategica di fondo di introdurre nelle scuole (almeno in quelle secondarie inferiori e superiori) l'educazione sanitaria quale materia di studio obbligatoria, con medici docenti appositamente addestrati alla necessità specifica; proprio a testimonianza del nostro profondo convincimento dell'utilità dell'iniziativa, in grado di formare correttamente durante gli anni dell'adolescenza-giovinezza, i cittadini utenti futuri del SSN, abbiamo promosso, in collaborazione con la AUSL. N° 7 e con alcune scuole secondarie superiori situate nel Distretto nord della AUSL.stessa un progetto di educazione sanitaria avente per oggetto l'educazione alimentare ed i rischi legati all'abitudine tabagica.

2. Il secondo aspetto che và con forza sottolineato, è relativo alla necessità di realizzare una forma, da studiarsi molto attentamente in modo da renderla il più equa possibile, di corresponsabilizzazione del cittadino-utente relativamente alle prestazioni sanitarie erogate da tutti i soggetti presenti all'interno del SSN, politicamente impopolare e quindi difficilmente percorribile, ma indispensabile, a nostro giudizio, per assicurare un concreto "governo della domanda" ed una reale "copertura sanitaria" della stragrande maggioranza della popolazione assistita, non più quindi parziale per troppi cittadini come attualmente si verifica (a questo proposito, basta guardare all'organizzazione della Medicina Generale nei vari paesi europei per accorgersi che non esiste nazione ove la Medicina Generale sia organizzata come lo è attualmente in Italia)

3. quale terzo punto, in questa ottica, non si può sfuggire la necessità per il MMG di riappropriarsi della gestione (o almeno della cogestione) di molte patologie ad alto impatto socio-sanitario (es.: diabete-ipertensione-BPCO) delegate da troppo tempo a "centri" che agiscono, inevitabilmente, come ulteriori moltiplicatori di spesa. E' ovvio che ciò da un lato si scontra con interessi consolidati da molti anni e dall'altro comporta dei significativi investimenti finanziari da destinarsi, particolarmente, all'acquisto di tecnologia da parte dell'amministrazione pubblica, poiché è indispensabile che con l'attuale sistema retributivo basato esclusivamente sulla quota capitarla, il MMG abbia la possibilità concreta di effettuare in proprio gli investimenti indispensabili a determinare quel salto di qualità della medicina territoriale da tutti auspicato (basta pensare, a titolo di esempio, all'indennità informatica annuale riconosciuta dall' ACN vigente e paragonarla al costo di acquisto e di esercizio reali di un computer); saranno quindi i prossimi contratti di lavoro nazionali e regionali a misurare la volontà politica della parte pubblica di puntare realmente sulla medicina del territorio, indicando la direzione da seguire: quella "evolutiva" verso la piena realizzazione di una medicina generale efficace ed efficiente, oppure quella "involutiva", come a nostro giudizio sembra l'attuale,caratterizzata dal cronico sottoutilizzo delle strutture e professionalità esistenti all'interno del settore.

Con la speranza di avere prodotto interessanti spunti di riflessione sul futuro prossimo della medicina territoriale, desideriamo ringraziare sentitamente tutti i convenuti al convegno odierno, con l'auspicio di rincontrarvi in occasione di analoghe manifestazioni future.

• **Raffaele PASTORE**
SNAMID

LA MEDICINA CENTRATA SUL MALATO

In un periodo in cui la tecnologia sta dilagando in ogni settore della conoscenza, la Società Scientifica SNAMID propone un modello di medicina generale centrata sul malato e non sulla malattia. Questo significa non rendere attendibili le diagnosi computerizzate che da qualche parte vengono sbandierate, ma al tempo stesso non significa neanche negare l'utilità delle indagini diagnostiche a nostra disposizione. La differenza sta nel modo di affrontare il problema, ponendo un'attenzione particolare all'uomo, piuttosto che alla malattia. Questo modo di porsi nei confronti dell'uomo malato fa sì che i vari comparti sanitari (Università,Ospedale e Territorio) abbiano l'obbligo di dialogare tra loro e di mettere in sinergia le rispettive competenze. Anche Ippocrate riconosceva la necessità di un medico tecnofilo e filantropo; questo va preso in esame senza, però, rinnegare totalmente la medicina dell'evidenza. Al tempo stesso è indispensabile pensare ad una medicina generale non più strangolata dai tempi strettissimi a cui è costretta da vergognose pastoie burocratiche. La medicina centrata sul malato è un modello alternativo al paradigma biomedico centrato sulla malattia, che semplifica il problema della " malattia" riducendone il significato ad una deviazione dalla norma di variabili biologiche.

Questo modello, nato sul finire degli anni '80, si traduce in

una medicina più attenta all'aspetto relazionale ed alla comunicazione. Riconosce come essenziale, ma non sufficiente l'approccio del modello disease e doctor-centered; il malato viene posto al centro della consultazione anche in qualità di esperto del "vissuto di malattia"; vanno presi in considerazione non solo i sintomi ed i segni di una patologia,ma anche e soprattutto l'esperienza di malattia. Si deve tenere conto dell'interpretazione che ne dà, delle aspettative che si crea e di tutto ciò che, pur fondamentale da un punto di vista clinico per il trattamento e la cura della malattia, non può essere conosciuto attraverso la preparazione scientifica del medico. Al centro si deve porre la persona in quanto malata: si affronta sì la patologia a livello organico, ma non si tralascia di comprenderla anche in senso bio-psico-sociale (olistico), come vissuto di malattia.
Seguire questo percorso può portarci a raggiungere un obbiettivo importante, quello di tornare a fare i medici, cosa per la quale ci siamo impegnati preparandoci per molti anni.

• **Massimo MAGI**
Presidente Scuola Regionale Marchigiana di Medicina Generale

LINEE DI SVILUPPO DELLA MEDICINA GENERALE

Il cambiamento del panorama sociale ha comportato una modificazione degli assetti della sanità. Anche il settore delle cure primarie è sottoposto a diverse ipotesi di cambiamento. È difficile poter dire in questo momento quali saranno i concreti sviluppi futuri di questo settore.
L'idea di massima comunque che sembra essere percepita come più probabile è che la medicina generale dovrà orientarsi in un prossimo futuro tra due sistemi. Quello del controllo della domanda e quello del sistema dell'offerta. Se è l'orientamento sarà verso il controllo della domanda potremmo pensare ad uno sviluppo delle attuali disposizioni di legge ed in particolare della Riforma ter, che vede nel ruolo del distretto e nella integrazione del medico di famiglia all'interno del distretto un punto qualificante di sviluppo delle cure primarie.
Se invece l'orientamento sarà quello del sistema dell'offerta potremmo pensare, tentando di sviluppare scenari peraltro già presenti in alcune regioni d'Italia, che il processo di separazione tra acquirenti e produttori che ha portato all'individuazione di una netta distinzione tra ospedali e aziende sanitarie ad esempio in Lombardia, sia ulteriormente sviluppato ed arrivi ad una separazione ancora più estrema tra le aziende sanitarie e medici di medicina generale, trasformando questi ultimi in erogatori di prestazioni.
Il settore delle cure primarie presenta comunque dei punti di forza che se adeguatamente sviluppati si configurano, seppur con diverse valenze, risorse funzionali al miglioramento dei servizi sanitari, contribuendo non poco a rendere efficaci ed efficienti assetti assistenziali nazionali o regionali il cui funzionamento, in questo momento, sembra essere al di fuori di qualsiasi controllo. Prova ne sia che ad esempio gli Stati Uniti rappresentando uno degli esempi di sistema dell'offerta per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, indicano come elemento critico del loro assetto la scarsa presenza di una figura quale il Medico di Famiglia e le compagnie di assicurazione attraverso l'organizzazione ed il sostegno delle HMO (Health Maintenance Organization) intendono trasferire volumi di prestazioni verso una figura di medico simile a quello della medicina generale, enfatizzando soprattutto il ruolo di medico della persona.
La criticità del nostro Sistema Sanitario Nazionale, in questo momento, solo apparentemente è rappresentata dalla spesa sanitaria farmaceutica. E' una questione strutturale. Infatti il reale meccanismo che non consente una adeguata ottimizzazione delle risorse (peraltro sottodimensionate) in sanità, è rappresentato dal fatto che manca una logica di sistema in grado di render flessibile e funzionale le risposte assistenziali nei confronti dei bisogni dei cittadini, in particolare quelli più fragili. Questo significa che benché esistano delle punte di eccellenza l'assetto della organizzazione dei servizi sanitari è eccessivamente rigido, orientato a logiche di autoreferenzialità che conferisce gradi diversi di inappropriatezze delle sue risposte.
Analizziamo brevemente questi punti di forza della medicina generale che sono rappresentati dalla capacità di organizzazione,l'integrazione con il distretto e dalla originalità dei percorsi formativi dei professionisti.
Il concetto di organizzazione applicato alla medicina generale significa,migliorare la disponibilità delle cure primarie per effetto della integrazione funzionale dell'opera dei professionisti, che ne aumentano la capacità di risposta ai bisogni dei cittadini. Questa capacità non può essere solo teorica ma, affinché dispieghi i suoi effetti positivi deve essere sostenuta dalla individuazione di risorse destinate a tali assetti funzionali. Se consideriamo infatti le cure primarie dal punto di vista dell' insieme delle funzioni che le sono caratteristiche (accessibilità, disponibilità, domiciliarità, flessibilità, intervento primario, ecc.) le capacità di risposta, organizzando ed integrando tali funzioni, aumentano notevolmente rispetto al numero dei singoli componenti/operatori del sistema. Se noi infatti pensiamo ad una organizzazione di tipo "orizzontale" costituita dalle varie forme di associazionismo della medicina generale (la rete, il gruppo, l'associazione semplice), ed una organizzazione "verticale" all'interno dello studio professionale costituita da personale di collaborazione (segretaria, infermiere), individuiamo una "struttura" diffusa nel territorio che costituisce una maglia assistenziale in grado di dare risposte appropriate in relazione alle numerose esigenze clinico assistenziale dei cittadini, conferendo al sistema quella flessibilità che in questo momento rappresenta il suo più evidente elemento di criticità.
Il secondo punto di forza della medicina generale è rappresentato dalla integrazione con il distretto. Attualmente l'orientamento più diffuso è quello di aumentare la partecipazione del medico di famiglia al distretto, in particolare rendendo funzionale la sua presenza alla programmazione e monitoraggio delle attività territoriali e individuando una collocazione "istituzionale" all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, finalizzando la sua presenza alla elaborazione del piano di salute del distretto. Ovvero la programmazione delle risposte ai bisogni di una comunità,individuando la corretta allocazione delle risorse disponibili.
Attualmente il modello individuato dalla Riforma ter conferisce al distretto una autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con risorse assegnate per il perseguimento degli obiettivi di salute ed una contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda. Questo modello sembrerebbe orientato ad una grande autonomia del distretto in capo al quale vengono conferiti i fattori produttivi per perseguire gli obiettivi individuati nel piano di salute. In realtà il problema

è più complesso in quanto nel distretto vanno ad integrarsi attraverso linee gerarchico-funzionali più o meno forti e con funzioni diverse e i dipartimenti i quali nella loro logica funzionale sono dei sistemi che offrono prestazioni, mentre il distretto con la sua funzione di coordinamento e di integrazione, si colloca sul versante del controllo della domanda. Ora questa differenziazione che talvolta raggiunge anche dei livelli critici di fatto conduce a due strategie diverse. La prima, quella del controllo della domanda, è caratteristica delle strutture che si pongono all'interno di logiche di funzionamento di tipo integrativo, di coordinamento oltre che di rete e sono indirizzate al cosiddetto aperte "premio salute" orientato prevalentemente al mantenimento della salute dei cittadini attraverso strategie di prevenzione ed educazione sanitaria, di medicina di iniziativa, di integrazione delle cure, ecc.
I sistemi di offerta di prestazioni invece sono orientati ad aumentare le prestazioni fornite ai cittadini è quindi orientati al cosiddetto "premio malattia" in quanto la logica è quella di intervenire sull'evento patologico attraverso la erogazione di una prestazione semplice o a vario contenuto di complessità Se il primo è un sistema patient-centred il secondo è un sistema desease-centred.
Dunque se in questa rapida analisi abbiamo individuato il bivio di fronte al quale la sanità, si trova in questo momento ovvero se orientare i modelli di funzionamento verso un sistema di controllo della domanda o verso un sistema di offerta di prestazioni, anche lo sviluppo della medicina generale risente di due possibili scelte. Nel sistema della domanda il medico di medicina generale dovrà essere prevalentemente un desease manager, orientato a logiche di integrated care, finalizzate alla formazione della "rete" della medicina generale.
Nel sistema dell'offerta di prestazioni invece il Medico di Famiglia diventa un fornitore di prestazioni dovendo sviluppare caratteristiche a vario contenuto di "imprenditorialità" e di managerialità della sua professione, attraverso la realizzazione non solo di forme associative ma di forme che abbiano attinenza ad un sistema di "impresa" che seppur con le dovute differenze, costituisce la nuova cornice del suo lavoro professionale.
La formazione è il terzo aspetto che rappresenta una ulteriore linea di sviluppo della medicina generale. La formazione è essenzialmente funzionale al miglioramento della professione e rappresenta uno strumento per migliorare la qualità professionale. In medicina generale viene realizzata attorno a tre aree tematiche caratteristiche che sono quelle dei bisogni organizzativi, professionali ed emergenti. In particolare questi percorsi formativi supportono i bisogni di salute individuati dal piano distrettuale e attraverso forme di revisione tra pari o di audit medico individuano percorsi didattici funzionali al raggiungimento di obiettivi di salute per i cittadini. Pertanto la formazione viene realizzata nel distretto, in quanto luogo istituzionalmente deputato all'individuazione dei bisogni che alla formulazione delle risposte commisurate alle risorse disponibili, secondo percorsi di appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse. In relazione a questa riflessione nasce l'esperienza già applicata in molte aziende del cosiddetto budget etico-formativo ovvero una esperienza che altro non è che l'individuazione attraverso le modalità tipiche della formazione in medicina generale di percorsi di appropriatezza, attraverso l'individuazione di strumenti operativi in grado di avviare circoli virtuosi di qualità delle cure (rapporto costi-benefici, criteri orientati,livelli di appropriatezza generale e specifica).
Ora anche la formazione a seconda del contesto nel quale si colloca, presenta caratteristiche diverse. Nel sistema dell'offerta la formazione dovrà puntare a migliorare costantemente la qualità delle prestazioni erogate. Nel sistema del controllo della domanda la formazione dovrà essere orientata alla qualità dei percorsi e dei profili assistenziali.
Ma c'è un altro livello su cui è possibile individuare ulteriori linee di sviluppo per la medicina generale. Se fino ad ora abbiamo parlato di aspetti che riguardano le logiche di funzionamento del "sistema cure primarie", ora va fatto riferimento anche a elementi di coinvolgimento del singolo professionista, medico di famiglia, che in questi anni è stato confermato sempre al primo posto nelle graduatorie di gradimento dei cittadini. Alcuni elementi che lo hanno caratterizzato negli anni passati sono comunque modificati. In particolare il medico di famiglia oggi rappresenta un professionista il cui rapporto con la struttura pubblica non è di tipo gerarchico ma improntato ad un criterio di volontarietà ovvero orientato a sviluppare l'adesione e la condivisione sui progetti di sviluppo delle cure primarie. Adesione volontaria ed incentivata al fine di indurre adeguati atteggiamenti positivi nella condivisione di un progetto.
Inoltre il professionista il Medico di Famiglia deve possedere delle capacità che sono rappresentati dal sapere, dal sapere essere e dal saper fare. Condizioni queste che fanno intendere la complessità del suo ruolo all'interno di una società molto articolata che richiede non solo competenze di base ma un percorso di apprendimento della professione in continua evoluzione,senza schematismi rigidi quanto piuttosto orientato alla flessibilità e multifunzionalità, nella capacità di gestione non solo di questa complessità ma anche dei "numeri" che da questa scaturiscono in termini di accessi, contatti, richieste, ecc.
Ma la caratteristica di centrale importanza e non più rimandabile, per un reale sviluppo del medico di famiglia orientata ad una reale rinnovamento del suo ruolo, all'interno del funzionamento del sistema sanitario è quello della necessità di conferire al medico stesso sia esso associato che singolo la gestione dei fattori produttivi necessari a svolgere con efficacia ed efficienza la sua professione, che in altri termini significa lavorare con più qualità. Il medico di famiglia deve assumere la responsabilità della gestione della struttura della medicina generale e della realizzazione di una maglia assistenziale presente nel territorio fatta di risorse, personale, percorsi di appropriatezza, profili assistenza in grado di assicurare realmente la continuità della cura.
Ora tenendo conto di queste riflessioni sugli assetti futuri che potranno interessare la medicina generale possiamo a ragione sostenere che, solo attraverso la capacità di costruire una rete di assistenza territoriale governata dalla capacità di organizzazione della medicina generale, si potrà scongiurare ogni posizione di residualità nei futuri sviluppi della sanità.

• **Stefano PIERANGELI**
Presidente Provinciale Ancona SIMG

IL RUOLO DEL MMG: PASSATO E FUTURO

Venti anni fa ogni MMG era "isolato" nel suo lavoro e le "informazioni piovevano dall'alto" (Università, Ospedale, Aziende farmaceutiche). Il MMG adempiva alla "medicina di contenimento della patologie e dell'occasione".
Circa dieci anni fa una rivoluzione culturale: i MMG si aggregano a costituire società scientifiche dedicate alla conoscenza profonda della realtà sanitaria con il fine di realizzare forma-

continua a pag. 18

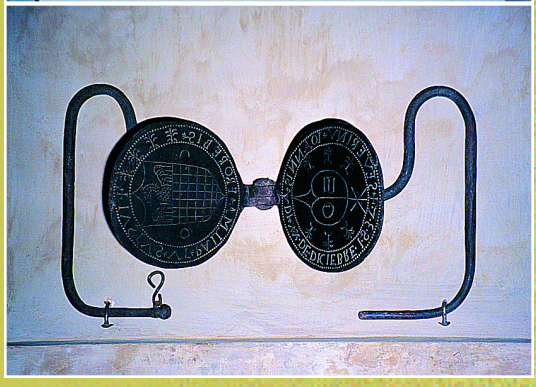
Viaggio senza bagaglio

A cura di Sergio Giustini
Console del Touring Club Italiano

Il globo di Matelica

Nel 1985 a Matelica, nel corso dei lavori di consolidamento delle fondamenta del palazzo Pretorio, fu rinvenuta una sfera di marmo denominata "il globo di Matelica", oggi custodita nel locale museo Piersanti.
L'oggetto, di curvatura pressoché perfetta, è di marmo bianco cristallino con diametro di circa 30 centimetri e del peso di 35 chilogrammi. Il marmo sembra provenga dalla cave di Afrodisias situate vicino Efeso, antica città della Jonia greca, oggi Turchia, ove fiorì una scuola di scultura statuaria e monumentale. La sfera è un esemplare unico di antichissimo strumento per osservazioni e calcoli astronomici e astrologici e al mondo ne esiste solamente un altro modello simile riposto nel museo di Nauplion in Argolide, denominato "globo di Prosymna" perché rinvenuto nel 1939 nel corso di scavi condotti presso le rovine dell'antica rocca micenea; le sue dimensioni sono il doppio del nostro e contiene raffigurazioni diverse, pur essendo preposto alle stesse funzioni. Circa la datazione del globo di Matelica non vi è certezza ma lo si può far risalire al I secolo d.C. e sarebbe giunto a Matelica attraverso Ancona lungo l'importante via di comunicazione del fiume Esino. La sua importanza storica e scientifica è di portata mondiale in quanto costituisce la prova dell'alto livello di conoscenze astronomiche e geometriche raggiunte dall'uomo 2000 anni fa, rappresentando un capolavoro di arte e tecnica espressione del genio di uno o più filosofi-astronomi della antichità classica. La sfera appartiene dunque a quella categoria di strumenti chiamati "orologi solari" poiché fornisce le indicazioni tramite la luce del sole utilizzando, in questo caso, il confine tra la parte illuminata e quella in ombra su un limite definito " terminatore". Per inciso, ad incoraggiare il turista interessato ricordo che un altro perfetto modello di orologio a calendario solare è, nella nostra regione, lo "Scriptorium" di Fonte Avellana ai piedi del monte Catria. Il globo è diviso in due emisferi da una circonferenza massima orizzontale e, perpendicolare ad essa, è incisa nella parte superiore una semicirconferenza con tre cerchi concentrici

L'antichissimo orologio-calendario solare in marmo greco



- Vetrina nella sala detta delle curiosità;
- Cappello di Benedetto XIV, mazza, conca per la calcina e cazzuolausati per l'apertura e chiusura della Porta Santa nel 1750
- stampe per cialde del 1534 con los temma degli otoni, signori di Matelica

orientati verso Nord e la cui funzione è di indicare le stagioni. Guardando la sfera dal lato superiore sinistro compaiono tredici fori del diametro di mezzo centimetro con dodici spazi interposti sui quali passa il terminatore a segnalare le dodici ore temporali dell'arco diurno. La funzione di calendario dei cerchi è confermata dalle dodici parole greche incise lungo la circonferenza che mostrano i segni dello Zodiaco. Accanto ai fori orari se ne rinvengono altri più piccoli relativi alla latitudine di Matelica (43° 30') e uno degli aspetti ancora oscuri riguarda proprio tale misurazione nel senso che non si può arguire se sia stato costruito per una latitudine standard di 45°, più facile, o adattato empiricamente dal committente. Certamente per una migliore comprensione di quanto esposto giova osservarlo in loco con l'ausilio di esperti o interpretare dei disegni esplicativi. Come anticipato il prezioso oggetto si trova nell'importante museo Piersanti che certamente merita qualche ora del nostro viaggio senza bagaglio, a pochi chilometri da Fabriano. Il museo è ospitato nel ragguardevole palazzo rinascimentale fatto erigere dalla famiglia Pellegrini di Gualdo Tadino ed acquistato ad inizio Settecento dai Piersanti di cui Mons. Venanzio Filippo fu uno dei più insigni esponenti: Egli, sesto maestro di cerimonia a 30 anni sotto il Pontificato di Clemente XI ne divenne il primo con Benedetto XIV. Durante la lunga permanenza romana ebbe modo di raccogliere opere d'arte, arazzi, mobili, arredi liturgici realizzando così una rilevante collezione privata che l'ultima discendente nel 1901 donò al capitolo della cattedrale della città.

continua da pag. 15

zione ed aggiornamento continui, "dedicati" ai MMG e calati nella sua realtà lavorativa.
Oggi si lavora "in squadra". SIMG, FIMMG, Associazionismo, Medicina di gruppo, Medicina in rete, che hanno permesso la realizzazione di strumenti avanzatissimi come la cartella clinica orientata per problemi con meccanismi di elaborazione dati interni in SQL ed interfacciabile in rete per videocomunicazioni e videoconferenze (Millenet), il tutto con una semplicità estrema.
Health Search SIMG è un accentratore nazionale che raccoglie i dati completi sul lavoro di 500 MMG italiani, appositamente selezionati e formati con corsi specifici, con un "ritorno" impressionante di informazioni sulla realtà sanitaria italiana.
Qchannel è una "rete" che attualmente collega in sistema ISDN e satellitare 3000 MMG e si prefigge di collegarli "tutti".
Questo in Italia, ma nelle Marche? La nostra regione è la promotrice

- della medicina di associazione;
- dell'Ospedale di Comunità;
- del concetto di Residenzialità;
- dei "Corsi di Formazione per il Personale di Studio dei MMG";
- del "Progetto Villa";
- del "Piano di potenziamento A.D.I.";

alcuni già inseriti nell'ACN ed altri in valutazione per l'inserimento.

- Nelle Marche (Ancona) è stato sviluppato il primo progetto italiano di "budget etico";
- nelle Marche (Ancona) è stato sviluppato il primo accordo per mettere in rete informatica 110 MMG (Progetto MERITO);
- dalle Marche (Ancona) è stato proposto al Ministero della Sanità (che lo ha approvato e finanziato) il primo progetto di gestione informatizzata, in rete tra MMG e INRCA, dei pazienti con ca. prostatico;
- nelle Marche si sta elaborando il primo progetto nazionale di gestione integrata domiciliare (quindi anche riabilitativa) dei pazienti con BPCO;

Ci stiamo quindi movendo sulla cresta dell'onda dei cambiamenti,non trascinati, ma trascinanti.

• **Riccardo Donadio**
CUMI Ancona

LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI M.G. TRA ETICA E BUDGET

Il sindacato che qui rappresento, la CUMI-AISS,ha una congenita particolare sensibilità per i problemi etici della professione medica (qualcuno a Roma al Ministero ci ha soprannominato "i calvinisti"). Per questo abbiamo iniziato ad entrare per cosi dire "in sofferenza" fin da quando nel 1992 l'allora illustre ministro De Lorenzo produsse il primo decreto legislativo in cui iniziò a porre vincoli e a prevedere sistemi premianti per una prescrizione medica che rispettasse una programmazione di economia sanitaria, successivamente denominata budget, sulla falsariga di precedenti esperienze britanniche.
Il nostro timore, che da allora abbiamo avuto e che continuiamo ancora a nutrire, non è tanto che una programmazione, in parte condivisa e in parte calata dall' alto sulle nostre teste, limiti una nostra astratta libertà professionale e il nostro percetto (percezione) di muoverci in un sistema sanitario di tipo tolemaico, con noi al centro e tutti gli altri a ruotarci attorno. Si tratta di qualcosa di diverso e con connotazioni assai più negative: è una pericolosa interferenza nel rapporto fiduciario medico- paziente, che a sua volta sta alla base dell' efficacia dell' atto medico. E' noto da secoli come avviene il processo logico deduttivo che attraverso l' anamnesi, la semeiotica e le indagini strumentali, procedendo per algoritmi (ma anche per intuizioni), conduce alla diagnosi e alla terapia.Questo processo è stato sempre prevalentemente guidato da regole cliniche consolidate ed universalmente condivise. Ma da alcuni anni hanno cominciato ad insinuarsi all'interno di questa "purezza" metodologica le problematiche di tipo economicistico, legate alla crescente limitazione delle risorse che gli stati possono allocare nel comparto sanitario, e quindi alla esigenza di prevedere un tetto limite di spesa.Questo è quindi anche il limite al diritto alla salute comunque garantito dallo stato sociale a tutti i suoi cittadini. Da circa un decennio è quindi cessato in Italia quel costoso meccanismo che consentiva di dare tutto a tutti ed era fonte anche di autentici sperperi di risorse pubbliche. Lo si è sostituito con una serie di correttivi,di freni alla spesa e di tensione (più che tendenza) al risparmio, anche se eufemisticamente mai si è parlato di risparmio sulla salute (concetto semplice che avrebbe scatenato una immediata ondata di proteste), bensì di razionalizzazione o appropriatezza delle cure.Ecco quindi nascere il budget per il medico di Medicina Generale,cioè per colui che, in quanto di volta in volta prescrittore od ordinatore di spesa,è stato anche messo sul banco degli accusati per il costo elevato del Servizio Sanitario.
Che cos'è il budget? E' un processo di definizione degli obiettivi e delle risorse (strutturali e finanziarie) destinate al loro raggiungimento. Durante la precedente fase contrattuale definimmo etico un budget che comunque salvaguardasse prestazioni fondamentali di assistenza ai cittadini, evitando un brutale risparmio con rischio di abbassare i livelli di salute.
Ma perché l'aggettivo "etico" non diventasse una semplice foglia di fico per nascondere la vergogna di certe iniziative, ribadimmo in tutte le sedi, e siamo lieti di ribadirlo anche in quest' occasione di fronte a questo spettabile pubblico, che mai il medico di M. G. avrebbe dovuto essere direttamente e personalmente premiato ovvero sanzionato per aver conseguito ovvero disatteso gli obiettivi del budget. E siamo arrivati al cuore del problema, quello che dà il senso al del nostro intervento qui oggi. Noi consideriamo il rapporto di fiducia con il paziente che ci ha scelto per affidarci la cura della propria salute un bene da tutelare ad ogni costo, contro ogni possibile inquinamento. Noi vogliamo che il paziente che giunge di fronte a noi col suo carico di sofferenze e di problemi non sia neppure lontanamente sfiorato dal sospetto che la cura che ci prendiamo di lui sia influenzata e modificata da una nostra personale ricerca di interesse privato, e che quindi non sia la migliore che noi possiamo offrirgli in quel momento, bensì quella economicamente più opportuna per il medico.
Ed è effettivamente ciò che potrebbe succedere se al momento della prescrizione, sia essa diagnostica o terapeutica, ciò che, come abbiamo detto sopra, doveva restare sullo sfondo, vale a dire il risvolto economico del nostro atto, balzi invece in primo piano: non più quindi un occhio rivolto alla spesa che ordiniamo bensì una grossa preoccupazione che quel nostro atto ci avvicini allo sforamento del budget con relati-

va perdita economica secca. Magari su quel premio ci avevamo contato: e allora perché prescrivere una TAC? Forse è sufficiente una semplice radiografia. Il quadro clinico appare grave? Anziché una cefalosporina di 3 o 4 generazione può bastare la vecchia e risparmiosa penicillina. Ma quanti di noi vorrebbero essere curati da un medico in simili ambasce?
E quando divenisse di pubblico dominio che il medico di famiglia è premiato se risparmia sulla pelle del proprio assistito, che cosa resterebbe del nostro ruolo e della nostra funzione?
Se veramente teniamo alla nostra professione,se ricerchiamo una ragionevole sicurezza di poterlo svolgere in futuro senza che il trascorrere dei vari governi e delle teorie economiche possa stravolgerla, allora abbiamo una sola grande polizza assicurativa: il gradimento di cui il medico di M.G. italiano ancora gode presso la pubblica opinione, che lo considera un indicatore fondamentale della qualità della vita, e probabilmente sarebbe disposta a difenderlo se a qualche parte politica venisse in mente di intaccarlo.
Illusione? Noi riteniamo di no, ed oltre a pensarlo siamo pronti ad agire per ricercare le necessarie sinergie e la indispensabile solidarietà a tutela del nostro ruolo di difesa della salute della popolazione. Ecco perché questo patrimonio di fiducia non saremo mai disposti a giocarcelo "per qualche dollaro in più" messo in tasca oggi.
Dopo anni in cui la nostra vox clamans in deserto è stata più volte tacitata ed o ignorata, oggi ci godiamo la soddisfazione che perfino la Finanziaria 2000-2001 sposando anch'essa la nostra filosofia recita all'art.5 capo V che"...A conclusione di sperimentazione la regione destina il 60% delle minori spese indotte dai medici di M.G. rispetto al budget complessivo individuato...all'erogazione di servizi per i medici di M.G., con esclusione di incentivi a carattere pecuniario".
Una piccola nota etica in un Moloch economico!
A questo punto qualcuno si chiederà molto realisticamente come si possano convincere i medici di M.G., per loro natura individualisti,a condividere e a rispettare con la Regione e/o con le Aziende alcuni tetti programmatici.
La risposta è un uovo di Colombo e non l'abbiamo scoperto noi, è già presente in alcune tipologie di sistemi premianti che varie aziende hanno adottato, e si differenziano sostanzialmente dal premio ad personam presente in altre ipotesi.
Non abbiamo nulla in contrario, anzi riteniamo lodevole un meccanismo che riversi una quota dei costi risparmiati, ad esempio attenendosi per quanto possibile a determinati criteri orientativi nella prescrizione affinché possano essere re investiti ad esempio in attrezzature e/o sistemi organizzativi che promuovano il livello di qualità dello studio medico e/o della Medicina Generale nel Distretto Sanitario. Si pensi, per esempio, alla disponibilità di una cardio-line che colleghi lo studio del medico di M. G. con una unità operativa di Cardiologia, evitando magari un ben più costoso ricovero o un ingresso improprio al Pronto Soccorso.
Forse quanto detto ai più possono essere sembrate banalità, credo anche molto modestamente di aver interpretato il comune sentire di noi medici di M.G. di fronte ad un argomento così attuale e spinoso. E' vero che la società, come evidenziato nel titolo dell' odierno incontro, è in continua trasformazione e che il medico anche deve tenere il passo, forse troppo veloce, di questa società in evoluzione, ma ciò deve avvenire senza che vengano snaturati il ruolo e la veste del medico di M.G., figura centrale del Servizio Sanitario.

• **Guido SAMPAOLO**
Coordinatore Formazione Aziendale per la Medicina Generale - Azienda USL 7Ancona

Nella trasformazione della Società attuale anche il modello di formazione del Medico di Medicina Generale (MMG) si è profondamente trasformato. In passato egli cercava di mantenersi aggiornato mediante la partecipazione a congressi la lettura di riviste mediche, la consultazione dei testi di riferimento, mantenendo contatti personali con Colleghi Ospedalieri o Universitari divenuti suoi referenti. Tuttavia questo modello di aggiornamento aveva dei limiti, era volontaristico, estemporaneo, individuale, privilegia gli interessi e la/le specializzazione/i del singolo MMG a scapito di una formazione organica; soprattutto non era verificabile, certificabile, accreditato e magari non sempre rispondente ai reali bisogni formativi dei medici ed alla esigenze dei pazienti.
Al MMG la Società attualmente richiede non soltanto di affrontare l'evento acuto, ma soprattutto di gestire la salute del cittadino prendendosi cura del paziente e della sua famiglia. Anche per far fronte a questa mutata esigenza si è passati da un modello di formazione organizzato, certificato, accreditato, basato sulla rilevazione dei bisogni formativi dei MMG e degli obiettivi formativi nazionali e regionali.Ora per formazione permanente si intende il complesso delle attività finalizzate a migliorare le competenze cliniche, tecniche e manageriali con l'obiettivo di garantire l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza e l'efficienza del servizio prestato al SSN.
In tal senso l'azienda USL 7 di Ancona ha creato un organismo (Coordinamento Formazione Aziendale per la Medicina Generale) al quale è stato attribuito il compito di attuare l'articolo 8 dell'ACN organizzando la Formazione Permanente per la Medicina Generale. Il Coordinamento svolge tale compito attraverso la realizzazione di un programma formativo che intende rispondere ai bisogni organizzativi del servizio, ai bisogni professionali dei MMG ed ai bisogni emergenti dagli accordi nazionali e regionali ed aziendali. Tutto ciò viene svolto attraverso una serie di iniziative:
• Sessioni di formazione della durata complessiva non inferiore a 40 ore /anno accreditate presso il Ministero della Sanità: ogni sessione permette ai MMG partecipanti di acquisire crediti formativi ECM; i temi delle sessioni vengono individuati attraverso l'analisi dei bisogni formativi sopra descritta. Le sessioni vengono svolte attraverso un modello didattico teso a far acquisire soprattutto competenze manageriali e gestionali al MMG e non soltanto competenze professionali.
• Creazione di CRITERI ORIENTATIVI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI. Si tratta di una serie di percorsi diagnostici e terapeutici che interessano le patologie di più comune riscontro in MG. Sono stati creati con un lavoro congiunto dai MMG e dai Medici Ospedalieri dell'Azienda USL 7 che hanno raggiunto un consenso sull'approccio alle varie patologie. La creazione e l'adozione di tali "Criteri" nella pratica quotidiana del MMG rappresenta un alto momento di formazione: la preparazione,l'analisi, la condivisione con i Colleghi Ospedalieri, la discussione con gli altri Colleghi e l'applicazione quotidiana rappresentano un insieme culturale di altissimo valore per la Medicina Generale. Attraverso questo importante momento formativo l'intera categoria della Medicina Generale è cresciuta ed ha acquisito la consapevolezza di poter fornire ai cittadini prestazioni di elevata qualità con l'offerta del miglior approccio diagnostico e terapeutico.

MINISTERO DELLA SALUTE Comunicato n° 345 del 24 agosto 2001

Farmacovigilanza: consigli e raccomandazioni per le statine

La Commissione di Farmacovigilanza del Ministero della Salute si è riunita, oggi 24 agosto, per valutare complessivamente il problema degli effetti negativi derivanti dall'uso di farmaci contenenti il principio attivo della cerivastatina. La Commissione ha valutato attentamente le 63 segnalazioni di "sospette reazioni avverse da cerivastatina" arrivate fino ad oggi all'Ufficio ministeriale competente. Delle 63 segnalazioni (di cui 3 ad esito letale), oltre il 50% sono pervenute dopo il ritiro dal mercato, avvenuto l'8 agosto scorso, dei tre farmaci a base di cerivastatina (Lipobay, Cervasta e Stativa) . Alla luce della documentazione attualmente disponibile presso la Commissione di Farmacovigilanza del Ministero della Salute sui 3 soggetti deceduti, un solo caso sembra plausibilmente correlato all'uso della cerivastatina in associazione con gemfibrozil. Si ricorda che questa associazione di farmaci è espressamente controindicata nel foglietto illustrativo. Il quadro delle segnalazioni finora pervenute al Ministero è compatibile con l'andamento di quelle registrate dagli organismi sanitari di tutti gli altri Paesi che ha portato al ritiro contemporaneo del prodotto.

La Commissione, di fronte alle preoccupazioni, ai dubbi e alle paure di molti pazienti che fanno uso di altri farmaci contenenti le cosiddette statine (Sinvastatina, Fluvastatina, Atorvastatina e Pravastatina) e alla tendenza ad abbandonare la terapia rende noto che la rabdomiolisi (cioè uno degli effetti collaterali della cerivastatina) è un evento noto e già descritto nei foglietti illustrativi anche per le altre statine, ma l'incidenza di tale effetto risulta molto minore rispetto alla cerivastatina.

Allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, la Commissione precisa che nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare, l'effetto terapeutico delle statine attualmente in commercio (quando prescritte appropriatamente) nel ridurre la mortalità o il ripetersi di eventi cardiovascolari gravi (ictus e infarto) è molto superiore rispetto al rischio di effetti collaterali, inclusa la rabdomiolisi.

La Commissione, pertanto, raccomanda ai pazienti di non interrompere ne' modificare la terapia in corso senza aver prima consultato il medico curante. Un riesame dell'intera materia verrà effettuato, su sollecitazione della Commissione italiana, nell'ambito della Commissione Europea per la Farmacovigilanza convocata per la fine di settembre. La Commissione ha inoltre deciso di inviare, entro i prossimi giorni, un fascicolo contenente l'aggiornamento puntuale a Medici e Farmacisti sulle conoscenze più recenti riguardanti la terapia con le statine per un più corretto ed appropriato impiego di questi farmaci. La Commissione raccomanda agli operatori sanitari l'obbligo di segnalazione degli "eventi avversi" di farmaci agli organi preposti (ASL Regioni e Ministero della Salute) da effettuarsi nei modi e nei tempi specificati dalla normativa attuale.

Avvisi

- L'Associazione Medici Cattolici di Ancona comunica che ***giovedì 18 ottobre 2001***, festa di S. Luca patrono dei Medici, si terrà alle ***ore 18,30*** presso la ***Chiesa di S. Pellegrino agli Scalzi*** (piazza del Senato) ad Ancona una messa celebrata da S.E. Mons. Franco Festorazzi, arcivescovo di Ancona – Osimo. Alla cerimonia parteciperà anche l'AMMI (Ass. Mogli Medici Italiani). Al termine l'Arcivescovo sarà lieto di incontrare i presenti. Inoltre ***sabato 10 novembre alle 18*** sarà celebrata una Messa in suffragio dei colleghi defunti presso la ***Chiesa di S. Giovanni Battista*** (Via Astagno). Tutti i colleghi e le loro famiglie sono invitati a partecipare.

- L'ONAOSI ha emesso alcune circolari che riguardano "Assegnazione a pagamento di alloggi vacanze a sanitari contribuenti obbligatori o volontari ONAOSI". Gli interessati possono prenderne visione presso la Segreteria.

- L'Istituto Auxologico Italiano (istituto di ricovero e cura a carattere scientifico che svolge attività di ricerca ed assistenza nei settori endocrino-metabolico, cardiovascolare e delle neuroscienze) ricerca medici radiologi con competenze sulle diverse metodiche (tradizionale, ecografia, TAC, RMN) da assegnare alla sede di Verbania (Lago Maggiore). Per informazioni goatelli@auxologico.it

- Molti sanitari chiedono se siano effettivamente cambiate le norme per la prescrizione di farmaci stupefacenti alla luce della legge tanto pubblicizzata nei mesi scorsi. Lo scorso maggio il Ministero della Sanità ha approvato le specifico ricettario. Le nuove ricette in triplice copia autoricalcante dovranno essere distribuite dalle AUSL. In attesa che, finalmente, tale procedura diventi operativa occorre ancora utilizzare i vecchi ricettari distribuiti dagli Ordini Provinciali.

dalla FNOMCeO

Denuncia degli archivi magnetici

Il Garante per la protezione dei dati personali ha inviato la nota 31.8.01, che di seguito si trascrive, con preghiera di portarla a conoscenza degli iscritti con i mezzi ritenuti più idonei. "Continuano a pervenire a questa Autorità, da parte di singoli medici, comunicazioni relative al possesso di archivi magnetici ai sensi della norma citata in oggetto. Al riguardo si fa sapere che l'art. 43, comma 1 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, ha abrogato tale adempimento, per cui la denuncia non deve essere più resa al Ministro degli Interni né tantomeno al Garante. La legge 675/86 ha previsto difatti, al comma 7, la notificazione del trattamento dei dati personali – che è cosa diversa dalla denuncia degli archivi magnetici – e comunque, ai sensi del comma 5 ter, lett. F) i liberi professionisti iscritti in alibi o elenchi professionali, qualora utilizzino i dati per le sole finalità strettamente collegate all'adempimento di specifiche prestazioni, sono esonerati anche da quest'ultimo obbligo. Atteso quanto sopra, nell'esclusivo interesse della categoria, si chiede la cortese collaborazione di codesto ordine perché diffonda la presente informazione agli Ordini provinciali ed agli iscritti al fine di sollevarli da adempimenti amministrativi non dovuti."

"No" dei medici italiani alla ripetizione degli esami di stato

"Riscontro nelle dichiarazioni del Ministro Sirchia durante la recente audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera alcuni lati oscuri che reputo opportuno puntualizzare – ha detto il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone . "Giudico infatti improponibile e forse legata ad una esuberanza dialettica, l'ipotesi secondo la quale i crediti formativi costituiranno lo strumento necessario……..per rinnovare l'esame di Stato dei medici, che non può essere indefinito ma deve essere a termine". Come dire che dopo un certo periodo di tempo il medico, quasi costretto a ricominciare da capo, potrebbe dover relegare in soffitta tutto il bagaglio culturale acquisito nel corso di laurea e durante l'attività svolta negli anni. Da queste affermazioni, poco realistiche e punitive per i medici, – ha detto il Presidente della FNOMCeO - ho l'impressione che il responsabile del Dicastero della Salute voglia risolvere a valle un problema che invece va affrontato e in modo serio, a monte e mai, eventualmente, per i soli medici. Riaffermando la necessità di un programma di Educazione Continua, noi medici del resto siamo stati i primi a riconoscerne l'esigenza, occorrerà prima di tutto rendere più attuali i corsi di laurea al fine di formare adeguatamente il medico di domani, studiando e risolvendo il problema della disoccupazione e della pletora, assicurando corsi che diano piena valenza ai crediti formativi, i soli idonei a garantire l'aggiornamento e la preparazione dei medici che, attraverso la continuità dell'acquisizione delle nuove cognizioni, potranno assicurare al paziente una valida prestazione, piena anche di quella umanità propria dei sanitari italiani.

"No" a polveroni sui rapporti tra medici e industria farmaceutica

Dopo il caso Lipobay, le ritardate informazioni sugli effetti collaterali dei prodotti a base di cisapride, arriva oggi, attraverso le pagine del settimanale Panorama un nuovo "scandalo" che investirebbe i medici e farmacisti accusati di comparaggio. L'articolo dal titolo "Uno scandalo in pillole" riporta le dichiarazioni del Presidente dell'Associazione Italiana degli Informatori Scientifici Angelo De Rita, il quale accusa il grave degrado del settore per "attività di marketing esasperato" che troppo spesso sfocerebbero in veri e propri accordi sottobanco tra aziende produttrici di farmaci, medici e farmacisti."Non possiamo generalizzare accuse così gravi - ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone - che se provate potrebbero portare il medico sotto procedimento disciplinare. Ma senza scartare il fatto che anche tra i medici, come in ogni categoria, possano esistere mele marce, non credo sia opportuno e corretto allargare il problema a dismisura come ha fatto il De Rita attraverso le pagine del settimanale. Per questo motivo – ha aggiunto Del Barone – oggi stesso ho chiesto al Ministro della Salute Girolamo Sirchia di riattivare al più presto un tavolo di confronto composto da esponenti del Ministero, da rappresentanti ordinistici e sindacali dei medici e da rappresentanti della Farmindustria, al fine di stabilire, una volta per tutte, regole chiare di comportamento che restituiscano all'intero settore tutta quella serenità indispensabile per bene operare nell'interesse della salute del cittadino, evitando assurdi motivi di destabilizzazione nel rapporto tra medico e malato e nella fiducia di quest'ultimo verso le terapie prescritte.

Con un serio programma di farmacovigilanza farmaci più sicuri e cittadini più sereni

"Questa vicenda del Lipobay ha riconfermato quanto sia improcrastinabile l'avvio di un serio programma di farmacovigilanza tanto più urgente in un momento in cui anche su altri farmaci di uso corrente si sta aprendo la ricerca, a volte forzata, dell'effetto indesiderato, con la conseguenza di ingenerare sospetti tra i cittadini nei confronti dell'intera farmacopea" - ha dichiarato il presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone di fronte alle crescenti richieste di informazioni registrate dalle varie Associazioni dei consumatori.
"Infatti se non si interverrà tempestivamente con una informazione appropriata e capillare il caso Lipobay produrrà alla lunga effetti ben più gravi di quelli fino ad oggi registrati". "A tale proposito è bene ribadire che il ritiro dal mercato del farmaco della Bayer non deve mettere in discussione la validità terapeutica delle statine, sostanze di documentata efficacia nella prevenzione e nella cura della malattia coronarica, arteriosclerotica e nell'azione contro l'aumento del colesterolo e che pertanto la sospensione autonoma della terapia metterebbe in serio rischio la salute dei pazienti. A tale proposito – ha detto Del Barone - più che valorizzare eccessivamente i risultati di mini-casistiche realizzate da più parti, sarebbe opportuno dare il giusto rilievo allo studio condotto da un gruppo di esperti, guidato dal prof. Rodolfo Paoletti, secondo il quale è possibile ipotizzare che su circa 750 mila pazienti oggi in trattamento l'abbandono repentino della terapia causerebbe nei prossimi 5 anni oltre 25 mila infarti di cui circa 10 mila fatali, annullando di fatto il valore preventivo delle statine, senza considerare che autorevoli studi danno per certo che, con l'avvento di tali sostanze, la mortalità per cause cardiovascolari è diminuita del 30 per cento.
"Di fronte a questi dati – ha aggiunto Del Barone – a nome dei medici italiani, che da parte loro sono già impegnati su questo fronte, rivolgo un appello sia al Ministro della Salute, affinché avvii tempestivamente una capillare campagna di informazione rivolta ai cittadini, sia ai mezzi di informazione perché contribuiscano con la loro opera a dar voce alle indicazioni fornite dal Ministero".

I dentisti italiani in difesa della salute dei cittadini: fermo "no" al ruolo sanitario per gli odontotecnici

Per creare nuovi spazi occupazionali il Governo mette in gioco la salute dei cittadini! E' questo il grido di allarme che i rappresentanti della professione odontoiatrica rivolgono al Ministro della Salute e all'opinione pubblica, di fronte alla possibile approvazione di un decreto ministeriale che istituisce il "profilo professionale dell'odontotecnico". "Ciò che crea apprensione – ha dichiarato Giuseppe Renzo, Presidente della Commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri della FNOMCeO – è il punto 3 dell'art.1 della bozza di regolamento che prevede per l'odontotecnico la facoltà di collaborare per interventi, anche se "esclusivamente incruenti", di carattere tecnico nel cavo orale del paziente. E stupisce – ha continuato Renzo – come ciò sia consentito in assenza di specifiche conoscenze in microbiologia e virologia nel momento in cui lo stesso dicastero della salute giustamente pone l'accento sull'emergenza AIDS e sui rischi di epatite."
"Inoltre– ha aggiunto il rappresentante degli odontoiatri – i responsabili della salute dovrebbero essere a conoscenza dell'alta incidenza delle neoplasie del cavo orale registrate negli ultimi anni, patologie spesso a prognosi infausta, che potrebbero non essere rilevate nella fase iniziale da personale non in possesso di specifiche competenze. E che dire degli effetti negativi sulla prevenzione in età pediatrica se il Ministero deciderà di affidare compiti imprecisati a figure che, per ovvi motivi, non possiedono alcuna conoscenza sulle malattie odontostomatologiche?
"Appare chiaro – ha concluso Giuseppe Renzo - che nell'attuale palude legislativa che regola l'attività dei dentisti italiani, l'approvazione del decreto per gli odontotecnici toglierebbe ancor più al cittadino la consapevolezza della figura sanitaria a cui affidarsi per le cure odontoiatriche, senza contare di quale insperata copertura legislativa potrebbero beneficiare i tanti, troppi abusivi, vera e propria piaga dilagante nel panorama odontoiatrico italiano".

" E' opportuno fare chiarezza sul rischio statine"

In merito alla inquietante vicenda del Lipobay e alla notizia riportata oggi dalla stampa seconda la quale altre sostanze sarebbero da aggiungere alla cerivastatina per i loro effetti negativi sulla salute dei cittadini, quali la simvastatina, la atorvastatina, la pravastatina, la lovastatina, la fluvastatina, il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri On. Dr. Giuseppe Del Barone, ha inviato al Ministro della Salute, Prof.Girolamo Sirchia la seguente nota:

Caro Ministro,
Reputo necessario sottoporLe alcune considerazioni su di un argomento che sta ulteriormente dilatando i confini su quanto già detto e scritto sul Lipobay rischiando che i mass-media ipertrofizzino il problema. Oggi la stampa parla anche di altre formule da aggiungere, per la loro negatività sulla salute, alla cerivastatina, formule che si riferiscono alla simvastatina,alla atorvastatina,alla pravastatina,alla lovastatina e alla fluvastatina. Mi pa-

re inutile ricordare che appartengono tutte alla famiglia delle statine, prodotti che oltre all'azione contro l'aumento del colesterolo, vengono adoperati – seguendo studi europei ed americani – in tal senso anche come cardioprotettori se non addirittura come preventivi nelle malattie cardiovascolari.
Pur avendo molto apprezzato la Sua dichiarazione con la quale ha tranquillizzato i pazienti affermando che,sospendendo la cura del Lipobay, cessavano anche gli effetti indesiderati, penso che sia giunto il momento di una dichiarazione ufficiale del Suo Ministero sulla negatività o meno delle formule ricordate, consentendo in questo modo tranquillità ai pazienti abbisognevoli di questo tipo di terapia ed eliminando il dubbio che sia il malato a pagare con notizie incerte e parzialmente veritiere, lotte d'interessi tra colossi farmaceutici.
Aggiungo a quanto detto il fatto che, come al solito, si chiama in causa il medico di famiglia, se ne viviseziona l'operato egregio che lo vede ai primi posti nel gradimento dei cittadini, consentendo che alcune organizzazioni si permettono di dire che bisogna far cessare il "ricettificio che non consente la valutazione delle effettive condizioni del malato", spostando in maniera estremamente immeritata il tiro dalle eventuali negatività di un prodotto all'operato di una benemerita categoria.
Riconfermando che i medici italiani assicurano la loro totale disponibilità in tema di farmacovigilanza Le sarò grato se vorrà considerare positivamente questa mia richiesta e resto in attesa di un Suo cortese riscontro.
L'occasione mi è gradita per salutarLa con sincera cordialità.

I Medici, il Lipobay e la Privacy

In merito alle notizie apparse in questi giorni sui maggiori quotidiani circa la vicenda delicata e inquietante del farmaco Lipobay il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Giuseppe Del Barone, ha dichiarato:"Reputo necessaria qualche rapida considerazione su quanto successo dopo le notizie sugli effetti negativi della cerivastatina e sulle responsabilità della Bayer, produttrice del Lipobay, anche per evitare che si sollevi il solito polverone sul fenomeno dell'iperprescrizione farmaceutica, tutta da provare, addebitabile - nella fattispecie - ai Medici.
Anche se è chiarito che, sospesa la cura, vengono annullati gli effetti collaterali, i mass-media hanno tra l'altro ipotizzato come una difesa della privacy, che pare avvenuta, abbia fatto sembrare protetti i guadagni anziché la salute, non rendendo peregrina l'idea che anche in Italia si revisioni una legge, quella sulla privacy, spesso contraddittoria tra gli interessi del medico e quelli del malato. Dando per scontato – ha continuato il Dr. Del Barone - che i danni sulla salute sono attribuibili alla sola cerivastatina, non può essere dimenticata la assoluta necessità della continuità delle ricerche scientifiche sulle statine nella loro azione,oltre che anticolesterolo anche cardioprotettiva, statine usatissime con questa indicazione e con statistiche americane estremamente positive.
Da quanto detto risulta evidente come la farmacovigilanza debba essere favorita in ogni modo, ricordando ai Medici ospedalieri, di famiglia, specialisti e universitari di attuarla con estrema attenzione e alle istituzioni di favorire la rapidità dei dati istituendo, magari, numeri vedi regionali,senza dimenticare – ha concluso il Presidente della Federazione - una campagna pubblicitaria finalizzata a far conoscere modalità e limiti della farmacovigilanza predetta su cui i sanitari italiani si sono sempre dichiarati d'accordo e pienamente disponibili.

Sulla clonazione l'Ordine ribadisce il "no" già espresso nel codice deontologico

"Il dottor Severino Antinori avvertendo periodicamente la necessità di assurgere agli onori della cronaca, di tanto in tanto ci delizia con le sue trovate che, a mio giudizio, fanno prevalere il folklore sulla scienza - ha detto Giuseppe Del Barone commentando le notizie riportate sulla stampa secondo le quali il ginecologo romano si appresterebbe a coinvolgere 200 coppie in un esperimento di clonazione umana.
"Di fronte ad atteggiamenti spregiudicati si rende più che mai necessario un intervento del Parlamento e delle forze politiche per regolamentare, una volta per tutte, una materia così delicata prevedendo adeguate sanzioni nei casi di mancata osservanza della legge. Non possiamo, infatti, non tener conto degli aspetti etici e deontologici che la clonazione comporta, né tanto meno sottovalutare i rischi derivanti da una sperimentazione di frontiera che già dubbi e perplessità ha suscitato nel mondo scientifico per i casi di clonazione animale portati a compimento .
"Il dottor Antinori – ha aggiunto Del Barone - deve ricordare che la Federazione degli Ordini ha più volte ribadito la propria condivisione del protocollo del Consiglio Europeo, già approvato dalla Camera nella passata legislatura, che vieta "la creazione di un essere umano geneticamente identico ad altro morto o vivente", ed ha riconfermato il proprio no a tale pratica definendola contraria alla dignità dell'uomo. Senza contare, inoltre, che il Codice di Deontologia medica,ha stabilito che ogni forma di sperimentazione umana deve unicamente tendere "alla prevenzione e alla correzione di condizioni patologiche" tenendo conto delle identità della natura e dei diritti fondamentali degli esseri umani e deve esplicarsi nel pieno rispetto delle norme che regolano la professione medica".
"Sarà compito dell'Ordine - ha concluso il Presidente della FNOMCeO – vigilare affinché non venga meno tale rispetto ".

Il Presidente della FNOMCeO risponde a Umberto Bossi: "Giù le mani dal Ministero della Sanità"

" Un'affermazione impropria, inaccettabile, tanto più grave perché rilasciata da un esponente di un Governo che proprio recentemente, riconfermandolo, ha riconosciuto l'importanza e la centralità del dicastero – ha dichiarato il Presidente della Federazione, in risposta al Ministro per le Riforme Istituzionali Umberto Bossi che si è detto favorevole alla soppressione del Ministero della Sanità una volta portata a termine la devolution. Se quanto affermato dal leader della Lega non è da addebitarsi agli effetti del caldo di questi giorni, ma rispecchia realmente le intenzioni di una componente politica di Governo, – ha continuato Del Barone –, allora i cittadini delle regioni meno sviluppate possono dire addio alla speranza di poter contare su un servizio sanitario al pari con le altre regioni del Paese.

I medici italiani – aggiunto Del Barone – credono fermamente che una gestione regionalizzata della sanità, che tenga conto delle peculiarità dell'area geografica e delle conseguenti esigenze della popolazione, sia il modo migliore per garantire livelli ottimali di assistenza, ma sono altrettanto convinti della necessità di un organismo centrale in grado di coordinare l'intero settore, di garantire livelli omogenei quali/quantitativi di prestazioni e che continui ad essere un punto di riferimento nazionale per quanto attiene la definizione dei rapporti di lavoro dei medici, come contratti e convenzioni, e che possa garantire su tutto il territorio nazionale un prontuario terapeutico al passo con le ultime acquisizioni in campo farmacologico.

Sono certo che il Ministro Sirchia – ha concluso Del Barone a nome di tutti i medici italiani – saprà salvaguardare e garantire i principi sopra espressi nell'interesse della collettività".

Il Presidente della FNOMCeO commenta le dichiarazioni di Antonio Fazio

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini è intervenuto in merito alle dichiarazioni rilasciate dal Governatore della Banca d'Italia Antonio Fazio secondo il quale per garantire al Paese il pareggio di bilancio occorrerà attuare interventi "strutturali"anche nella sanità. "Credo innanzitutto che occorra fare chiarezza sul significato del concetto "non possiamo continuare a garantire tutto a tutti! " espresso da Fazio - ha detto Del Barone – partendo dal presupposto che il Governatore sappia perfettamente che già oggi il Servizio Sanitario, al di là dei livelli di efficienza,non garantisce di fatto una copertura totale alla collettività e la riprova sono i 50 mila miliardi annui che i cittadini spendono in proprio per la salute. I correttivi finanziari per risolvere i problemi di bilancio, seppur necessari, non debbono e non possono in alcun modo interessare un settore, come quello sanitario, già penalizzato da investimenti insufficienti e tra i più bassi d'Europa. Anche i medici italiani sono convinti della necessità di rivedere le norme che regolano il Servizio Sanitario: la riforma Bindi, che in alcuni suoi punti risulta penalizzante sia per i medici che per gli stessi pazienti,necessita di alcuni correttivi,Occorrerebbe procedere con una gestione più oculata della spesa pubblica che combatta sprechi ed inefficienze in una sana competizione tra pubblico e privato, ma il tutto salvaguardando il principio di solidarietà che è alla base dell'attuale sistema sanitario nel rispetto della Costituzione che garantisce a tutti i cittadini il diritto alla salute. Un concetto questo che va difeso ad ogni costo – ha aggiunto il Presidente dei medici italiani - soprattutto assicurando su tutto il territorio nazionale livelli omogenei di assistenza. E' bene ricordare – ha affermato Del Barone - che la ipotizzata contrazione del Fondo Sanitario, l'attuale assenza di un Piano Sanitario Nazionale, la mancata individuazione dei Piani sanitari regionali in un momento in cui tanto si parla di "devolution", sono tutti segnali che potrebbero ripercuotersi negativamente sulla salute dei cittadini residenti in aree geografiche meno sviluppate, accentuando il divario già oggi esistente tra nord e sud del Paese.

In ogni caso – ha concluso Del Barone - l'auspicio espresso dal Ministro Sirchia in un'intervista rilasciata in questi giorni ad un settimanale cattolico di realizzare al più presto un servizio basato sui principi di universalità e di solidarietà, lasciano ben sperare sul futuro della sanità italiana.

Controllo della spesa sanitaria

Preso atto che in alcune Regioni italiane, quali la Toscana, l'Emilia Romagna, l'Umbria e la Campania stanno per essere avviati provvedimenti volti ad arginare la spesa sanitaria, il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri on. Giuseppe Del Barone ha dichiarato:"Dinanzi all'atteggiamento di molte Regioni che hanno ritenuto opportuno avviare, in maniera del tutto autonoma, provvedimenti di controllo della spesa farmaceutica diversi tra loro per finalità ed entità,non può essere sottaciuto il rischio di veder in tal modo attivati su tutto il territorio nazionale livelli non omogenei di assistenza sanitaria. Mentre può essere condiviso – ha continuato Del Barone – l'obiettivo di educare il cittadino ad un uso corretto delle medicine, è decisamente inaccettabile che, come già avviene in Campania, al medico venga imposto di prescrivere il farmaco usando esclusivamente il nome della molecola delegando di fatto al farmacista la scelta del prodotto o della specialità medicinale.

Con tale decisione – ha aggiunto il presidente della FNOMCeO – il medico è privato di uno dei suoi atti

primari che è quello della scelta del prodotto da lui ritenuto più idoneo ad una terapia, con evidenti rischi per il malato, (soggetto del tutto sconosciuto al farmacista) e corre il rischio di essere ritenuto tra i responsabili dell'aumento incontrollato della spesa farmaceutica e di essere sempre più identificato come esponente della burocrazia sanitaria con gravi ripercussioni sul già delicato rapporto medico/paziente.
Il tutto senza dimenticare i problemi derivanti dall'avvio anticipato della prescrizione dei farmaci generici e dalla riduzione da tre a due delle confezioni in caso di pluriprescrizione, diversamente da quanto stabilito dal Governo.

Il Ministro della Sanità incontra la FNOMCeO

Buono l'avvio dei rapporti tra il Ministro della Sanità e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Il prof. Girolamo Sirchia ha infatti ricevuto ieri una delegazione della FNOMCeO costituita dal Presidente Giuseppe Del Barone e dai colleghi Amedeo Bianco, Benito Meledandri, Lamberto Pressato, e Claudio Cortesini in rappresentanza degli odontoiatri. Nel corso del colloquio, svoltosi in una clima di grande cordialità, il dr. Del Barone ha illustrato al Ministro le principali problematiche della professione medica, con particolare riferimento alla modifica del Regolamento di esecuzione della legge istitutiva degli Ordini; alla Educazione Medica Continua e al ruolo rivendicato dagli Ordini nell'ambito della stessa; al decreto legislativo 386/98 che regola lo svolgimento delle prove attitudinali per gli odontoiatri.
Altri argomenti che hanno costituito materia di colloquio sono stati la riformulazione della tariffa minima nazionale per le prestazioni mediche ferma al 1982; i problemi relativi alla applicazione della legge sulla privacy in campo sanitario; la necessità di mantenere il Sistema Sanitario Pubblico; la rivendicazione, da parte dei Biologi, della competenza ad effettuare prelievi di sangue.
Il Ministro Sirchia, nel mostrare vero interesse per le problematiche della categoria, ha dichiarato la propria disponibilità ad affrontare unitariamente le tematiche esposte , manifestando altresì il proprio intendimento di far fronte in modo concreto alla necessità di contenimento della spesa.

I medici italiani difendono il principio di solidarietà del SSN

"Sono seriamente preoccupato per le nubi minacciose che vedo addensarsi sul Servizio Sanitario Nazionale" - ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone a seguito delle recenti dichiarazioni rilasciate da alcuni autorevoli esponenti di governo e da parlamentari dell'attuale maggioranza.
"Io credo - ha dichiarato Del Barone - che ogni legge sia perfettibile e che anche la cosiddetta "riforma Bindi" possa essere rivista alla luce della esperienza maturata in questi due anni, senza stravolgerne almeno i principi fondamentali di solidarietà che garantiscono a tutti i cittadini la tutela della salute in un servizio pubblico in sana competizione con il settore privato" .
"Per quanto riguarda la volontà di rendere più rapido il processo di devoluzione dei poteri,anche ai fini di una razionalizzazione della spesa sanitaria – ha detto Del Barone - pur non esprimendo valutazioni di carattere politico non vorrei che un federalismo "esasperato" finisca per alterare proprio il concetto di solidarietà e determinare livelli non uniformi di assistenza sul territorio nazionale, con gravi ripercussioni sulla salute dei cittadini residenti in aree geografiche meno sviluppate, accentuando di fatto il divario già esistente tra nord e sud del Paese.
"Io credo – ha continuato il Presidente della FNOMCeO – che alcune recenti esternazioni siano in antitesi con le assicurazioni del Presidente Berlusconi circa la politica sanitaria del nuovo Governo.
"Per quanto riguarda infine le dichiarazioni del Ministro Sirchia che auspica un medico di famiglia "preparato, motivato e responsabile" è bene ricordare – ha concluso Del Barone - che tutti i medici italiani, a partire dai medici di medicina generale, sono consapevoli della necessità di un aggiornamento continuo delle conoscenze professionali per garantire ai cittadini livelli assistenziali di qualità, (e per questo, pur con alcune perplessità sul piano metodologico, vedono con favore il progetto di ECM) ma non si può altresì dimenticare che il medico di famiglia riscuote oggi ampi consensi da parte dei cittadini per la sua competenza e per la disponibilità mostrata giorno dopo giorno, nonostante il gravame di una burocrazia esasperata che spesso ne svilisce il ruolo e ne penalizza in parte la sicura professionalità".

COMMISSIONI FNOMCeO

Si sono costituite le Commissioni della Federazione Nazionale degli Ordini.
Nella Commissione per la riforma della Legge istitutiva degli Ordini Professionali è stato chiamato il Presidente ***Fulvio Borromei*** mentre la Dott.ssa ***Maria Del Pesce*** è stata confermata nella Commissione per le Pari Opportunità.
Rallegramenti e buon lavoro.

DECRETO LEGGE PER IL CONTENIMENTO DELLA SPESA SANITARIA

Il dopo ferie ci ha subito portato una novità per quanto riguarda il finanziamento della spesa sanitaria. Ecco in sintesi i provvedimenti adottati dal Governo.

LIMITAZIONE CRESCITA SPESA E FINANZIAMENTO A REGIONI: si prevede un'espansione della crescita delle spese correnti 2002 nella misura del 4,5%; per gli anni successivi la misura dell'incremento e' pari all'1,3% per il 2003, l'1% per il 2004. In base all'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto scorso lo Stato concorre al finanziamento della spesa fino all'importo di 138.000 mld per il 2001, 146.376 mld per il 2002, 152.122 mld per il 2003, 157.371 mld per il 2004. Se si verificano sfondamenti i disavanzi vengono coperti dalle regioni con varie modalità che prevedono "alternativamente o cumulativamente", ticket, addizionale regionale all'Irpef, interventi sulla distribuzione dei farmaci.

SLITTA ABOLIZIONE TICKET SU VISITE SPECIALISTICHE: slittamento al 1 gennaio 2003 dell'entrata in vigore della riduzione dei ticket e abolizione completa dei ticket sulla specialistica e la diagnostica al 1 gennaio 2004.

TAGLIO POSTI LETTO PER MALATI ACUTI: riduzione dei posti letto per malati acuti dal 4,5 per 1000 abitanti a 4 per 1000 abitanti (circa 30.000). Non tutti i posti letto eccedenti verranno però soppressi, molti saranno riconvertiti per lungodegenti.

TETTO DI SPESA PER LA FARMACEUTICA AL 13%: come previsto dall'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto, il tetto per la spesa dei farmaci e' fissato al 13% della spesa sanitaria complessiva.

REVISIONE PRONTUARIO ENTRO 60 GIORNI DA DL: la Commissione unica del farmaco (Cuf) dovrà individuare quei farmaci "non essenziali", che possono essere esclusi o totalmente o parzialmente dalla rimborsabilità; questo per la presenza di altre specialità aventi attività sovrapponibile e un migliore rapporto costi benefici.

FARMACI GENERICI: dal primo di novembre 2001 i "generici", quei farmaci non più coperti da brevetto, vengono rimborsati al prezzo più basso. -

DA OSPEDALI FARMACI AI DIMESSI IN CASI PARTICOLARI: a malati che versano particolari condizione di salute gli ospedali e/o le farmacie distribuiscono direttamente i farmaci. Si prevede tra l'altro la possibilità per le strutture sanitarie pubbliche di fornire direttamente i farmaci, "per il solo primo ciclo terapeutico completo", subito dopo il ricovero e solo per un breve periodo. -

PER OGNI RICETTA 3 FARMACI ANZICHÉ 6: per i malati cronici o affetti da particolari patologie si prevede la diminuzione da 6 a 3 dei medicinali prescrivibili per ogni ricetta. Per i farmaci contro il dolore è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni.

PREZZO RIFERIMENTO FARMACI PER CATEGORIE OMOGENEE: si introduce in via sperimentale per 6 mesi il prezzo di rimborso dei farmaci per categorie terapeutiche omogenee; riduzione del prezzo del farmaco rimborsabile dal Ssn con l'aumentare del fatturato.

FARMACIE RURALI: limitazione dell'applicazione dello sconto, pari all'1,5% del fatturato, alle farmacie rurali con un fatturato non superiore a 500 milioni.

I FARMACI GENERICI!
(dalla Regione Marche)

generici

Come è noto la finanziaria del 1996 e la successiva legge 425/1995 hanno introdotto il termine di farmaco generico, che può essere definito come imitazione di un prodotto originale privo di protezione brevettale, ciò permette la sua produzione e commercializzazione a qualsiasi impresa.
Di fatto, nella realtà dei mercati internazionali esistono tre categorie di farmaci generici:

- Generici branded, ovvero copie di specialità recanti un proprio marchio distintivo;
- Generici semibranded, medicinali con la D.C.I. ed il nome della ditta produttrice;
- Generici "puri" o unbranded, medicinali con la D.C.I.

Le procedure adottate per la produzione ed il controllo di qualità del farmaco devono rispettare tutti i principi e le linee guida delle Norme di Buona Fabbricazione, ragion per cui il farmaco generico è un farmaco con le stesse garanzie e qualità della corrispondente specialità medicinale.
La finanziaria del 1998 ha confermato che il prezzo del farmaco generico deve essere almeno del 20% più basso della corrispondente specialità medicinale.
I suddetti farmaci saranno erogabili a carico del S.S.N. fino al prezzo di riferimento (PMP). Le eventuali differenze di prezzo delle specialità medicinali, saranno a carico del cittadino e dovranno essere riportate sulla ricetta e sulla distinta contabile riepilogativa (come voce ticket). Non sono previste esenzioni per gli assistiti.
Per migliorare l'utilizzazione delle risorse del S.S.N. sarebbe auspicabile una maggiore prescrizione di farmaci generici in luogo delle specialità originali. I principi attivi più prescritti di cui sono in commercio i farmaci generici sono i seguenti: diltiazem, ticlopidina, cefonicid, amoxicillina, diclofenac, aciclovir, atenolo, nimesulide, ac. Ursodesossicolico, fluoxetina,piroxicam, teofillina, piperacillina, naproxene e calcio carbonato.
I medici prescrittori possono indicare semplicemente il nome del principio attivo, la farmacia potrà in questo modo, spedire quello con un onere più basso per il Servizio Sanitario Regionale.
La legge finanziaria prevede che il medico quando prescrive al cittadino un medicinale con prezzo superiore a quello di riferimento, sia tenuto ad informarlo circa la disponibilità di medicinali integralmente rimborsabili dal S.S.N. e la loro bioequivalenza con la specialità medicinale prescritta (art. 85 comma 26).

Con l'occasione si rammenta che:

1) il medico di libera scelta può prescrivere i farmaci a base di Donezpil, Rivastigmina e Galantamina, solamente su diagnosi e piano terapeutico dell'unità di valutazione Alzheimer (U.V.A);
2) il medico di libera scelta può prescrivere i farmaci generici di classe "C" a carico del S.S.N. per gli invalidi di guerra, in base alla legge 203/2000; non sono spedibili farmaci di classe "A" e di classe "C", prescritti contemporaneamente sulla stessa ricetta.

MEDICINA DEL LAVORO
Monitoraggio sulla 626

E' stato presentato in aprile il risultato del primo anno di progetto "monitoraggio e controllo sulla applicazione del D.Lvo 626/94" che le ASL della Regione Marche stanno svolgendo. Il progetto, avviato all'inizio del 2000, terminerà nel giugno del 2002 ed è collegato con un più ambizioso progetto di ben 14 regioni che si pone quattro importanti obiettivi:
Valutare a livello di singole realtà territoriali, regionali e nazionale, come è realmente applicato il 626/94, al fine di indicare le criticità e suggerire le azioni prioritarie ed utili per migliorare i livelli di prevenzione nei luoghi di lavoro
Controllare nella sostanza, piuttosto che nella forma, il livello di applicazione nelle singole aziende monitorate del sistema di sicurezza che la 626 chiedeva di attivare per la miglior gestione della sicurezza
Riorientare il modo di svolgere la attività di vigilanza dei Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL, formando e motivando gli operatori ad andare oltre all'analisi delle macchine, degli impianti, delle strutture, ecc.,insegnando loro ad addentrarsi nei problemi organizzativi e gestionali della sicurezza nelle aziende. Un questionario guida ha anche lo scopo di tendere ad una omogenizzazione delle modalità di approccio alla vigilanza.
Ottenere un "effetto alone", mettendo a disposizione di tutti gli "attori" della sicurezza dentro e fuori le aziende, uno strumento di riferimento pratico-operativo, con il quale si possono confrontare datori di lavoro, RSPP, consulenti, già oggi utilizzato da RLS per autovalutare la propria azienda).
Nel periodo di validità del progetto verranno monitorate nella nostra regione 1234 aziende di tutti i comparti lavorativi,parametrate per settore, comparto, fasce di dimensione aziendale, coprendo circa il 2% delle aziende fino a 200 addetti ed il 20 % di quelle con più di 200 addetti; per una scelta politica della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, dal campione sono escluse le aziende con meno di cinque addetti. Con gli stessi criteri, nelle 14 regioni aderenti, le aziende coinvolte saranno 9397.
Attraverso un questionario-guida composto da 9 schede, gli operatori delle ASL stanno verificando la organizzazione base prevista dalla 625 per la gestione della sicurezza: organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione, la valutazione dei rischi, le procedure di sicurezza, la informazione, la formazione, la gestione degli appalti interni, la sorveglianza sanitaria, la consultazione dei lavoratori ed il ruolo degli RLS. Come si potrà notare, per la prima volta non si parlerà nei risultati di numero di ispezioni, articoli violati, sanzioni comminate, anche se le procedure di vigilanza sono comunque attuate laddove necessario; si parlerà invece delle criticità emerse nella gestione della sicurezza nelle aziende, sperando finalmente di contribuire a risolvere le criticità che stanno a monte delle malattie professionali e degli infortuni, notoriamente legati nella maggioranza dei casi al rapporto uomo-ambiente di lavoro, piuttosto che a pure carenze tecniche.
Dalla analisi del monitoraggio regionale delle prime 504 aziende (dato elaborato al 31/3/01), si evidenziano queste prime indicazioni:
La capacità di gestione del 626 cresce dalle piccole alle grandi aziende in maniera chiarissima ed in tutti i comparti produttivi; nelle piccole imprese il livello di applicazione è oggi assolutamente insoddisfacente: ciò non indica semplicisticamente una volontaria e generalizzata "evasione" di tali imprese,ma una difficoltà concreta, peraltro già ipotizzata dalle associazioni di categoria degli artigiani al momento della emanazione del 626
Le attività più trascurate sono la formazione degli addetti e la programmazione degli interventi di sicurezza (in altri termini due aspetti che indicano per ora una adesione alla 626 più formale che sostanziale)
Il ruolo degli RLS appare ancora con molte ombre, anche se, laddove presente in positivo si evidenzia una sua discreta partecipazione nel "sistema sicurezza" della azienda. Va inoltre notato che la maggioranza degli RLS eletti, nelle aziende campionate, non appartiene alle rappresentanze sindacali.
La gestione della sicurezza appare ancora un "corpo separato" all'interno delle aziende, con una scarsa comunicazione con i dirigenti ed i preposti incaricati di seguire la linea produttiva; troppo spesso poi, esisteuna delega troppo ampia a consulenti esterni aziendali, con il rischio di fallimento di uno degli obiettivi cardine che la 626 si pone, ovvero far crescere la cultura della sicurezza all'interno delle aziende: dai datori di lavoro ai dirigenti, dai preposti ai lavoratori.
Tra i comparti lavorativi emerge come in quelli da più tempo interessati ai problemi della sicurezza (metalmeccanica, chimica) la 626 ha trovato una migliore applicazione rispetto ad altri, alcuni già noti come il comparto costruzioni, altri che rappresentano una novità come il commercio e la ristorazione e il comparto alberghiero.
E' evidente che questi dati, ancora molto parziali, danno indicazioni che necessiteranno nel prossimo futuro di conferme o correzioni, ma pongono già l'obbligo di riflessione. Sarà interessante confrontarli con quelli delle altre regioni aderenti, tenuto conto che il primo report nazionale (elaborazione di circa 3.400 questionari) è stato recentemente licenziato dal comitato tecnico e verrà presentato ufficialmente nel prossimo autunno.

Giuliano Tagliavento
Responsabile SPSAL ASL 7 Ancona
Responsabile scientifico del progetto regionale

congressi & convegni

Si svolgeranno anche quest'anno i **Seminari di Medicina del Lavoro**.
Ecco il programma di massima:

Venerdì 9 novembre 2001 - ore 17-20
Dott. Roberto Arcaleni
Ipoacusia da rumore: aggiornamento sui criteri diagnostici
Venerdì 14 dicembre 2001 - ore 17-20
Dott.Oriano Mercante
Il Primo Soccorso in Asienda
Venerdì 18 gennaio 2002 - ore 17-20
Relatore ISPESL
I.D.P.I.(Dispositivi Protesione Individuale)
Venerdì 15 febbraio 2002 - ore 17-20
Dott. Roberto Scielzo
Dalla valutazione del rischio agli strumenti operativi per il medico competente
Venerdì 15 marzo 2002 - 17-20
Dott.Giuseppe Briatico Vangosa
Rischio organizzativo: il lavoro notturno

Dal 26 novembre al 1° dicembre 2001 si svolgerà a Torrette il **1° Corso di Aggiornamento in Endocrinologia e Malattie Metaboliche** con carattere prevalentemente pratico che ospiterà un numero massimo di 20 medici. Il Corso è organizzato dalla Clinica di Endocrinologia dell'Università di Ancona, Direttore prof. Marco Boscaro, ed avrà come tema "Il nodulo tiroideo" e "Le ipertensioni endocrino-metaboliche". Per informazioni clendo@popcsi.unian.it

L'U.O. di Nefrologia e Dialisi di Jesi, in collaborazione con la Scuola di Specializzazione di Nefrologia dell'Università Tor Vergata di Roma, organizza per il prossimo 27 ottobre **la Prima Giornata Nefrologica Jesina**. L'incontro si svolgerà presso il Cinema Multisala di V. M. Polo 5 a Jesi. Per informazioni piepacch@tin.it

"Danno psichico e danno esistenziale" questo è il tema di un Convegno organizzato dall'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Milano e dal Gruppo Ricerche e Studi "Medicina e Diritto" che si svolgerà venerdì 26 ottobre presso l'Università di Milano.
Per informazioni http://www.medicinaediritto.it

Organizzato dal "Centro per la diagnosi e **la terapia delle malattie del Colon, Retto, Ano**" di Genova si svolgerà un **corso di perfezionamento** della durata di sei mesi (inizio dicembre 2001). Informazioni centrocolon@centrocolon.com

Il Gruppo Italiano per la Ricerca Applicata in Scienze Biomediche organizza il **I° Corso di aggiornamento sul dolore oro-facciale** che avrà luogo a Roma il 23 e 24 novembre prossimi. E-mail: girasb@tiscalinet.it

Il 6 ottobre presso l'Università di Pavia si svolgerà **la Giornata internazionale di studio sul tema "L'adulto con autismo:** Interventi, Abilitazione, Integrazione". Informazioni: rmcongres@iol.it

Presso l'Hotel Michelangelo di Milano si svolgerà nei giorni 15 e 16 novembre un **Convegno su "La risposta clinica e psicosociale al trauma:** prevenzione e terapia del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS)" promosso dalla Società Europea per lo Studio dello Stress Traumatico. Segreteria: rmcongres@iol.it

L'Istituto di Igiene dell'Università di Siena organizza **due corsi di perfezionamento dai temi "Programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari" e "Direzione gestionale delle strutture sanitarie"**. La scadenza per le domande di adesione è fissata per il 31 ottobre 2001. Per informazioni http://www.unisi.it/ricerca/ist/igiene/corsi.htm

L'università di Camerino in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità organizza **un master sul tema "La Qualità Totale ed il Sistema di Gestione per la Qualità in Sanità**" che si svolgerà a Camerino dal settembre 2001 al giugno 2002 destinato ai Dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale e delle strutture sanitarie private. Informazioni http://ntbio.unicam.it/quality

L' OPMCeO di Cagliari organizza per il prossimo mese di aprile il **1° Convegno Sardo di Studio della Storia della Medicina.** L'iniziativa è a carattere nazionale ed è aperta a tutti gli studiosi e ricercatori operanti in Italia sia in ambito medico che storico. Per ulteriori informazioni contattare la Segreteria dell'Ordine di Cagliari omecagliari@tiscalinet.it

Il 10 novembre p.v. si svolgerà a Torino presso il **Centro Congressi Torino Incontra il "Migraine day 3**". Per informazioni lorenzo.ponessi@unito.it

Il 5 e 6 ottobre si svolgerà a S. Benedetto del Tronto il **Congresso nazionale IAPNOR** sul tema "Spazio libero e dimensione verticale: quale posizione mandibolare nella riabilitazione protesica ed ortodonzia" Per informazioni iapnor@iapnor.org

La Facoltà di Medicina dell'Università di Brescia in collaborazione con l'UMAB (Unione Medici Agopuntori Bresciani) organizza **il terzo Corso di Perfezionamento teorico-pratico in Agopuntura** strutturato in due moduli. Per informazioni http://www.med.unibs.it e donato@med.unibs.it

L'Università di Siena attiverà nell'Anno Accademico 2001-2002 **i Corsi di Perfezionamento in "Nutrizione Clinica e Dietetica" e "Sistemi di gestione della Qualità in Ambito Sanitario e della Pubblica Amministrazione"**. I corsi si svolgeranno presso il Policlinico Le Scotte e saranno diretti dalla Prof.ssa Rosalba Mattei. Per informazioni mattei@unisi.it

LEGISLAZIONE

B.U.R. Marche n.84 del 27/07/2001 L. R. n.20/2000 art. 6 - Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie - Modifica della DGR 2200/2000

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 31 maggio 2001 Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome in materia di morbo di Hansen

MINISTERO DEL TESORO, BILANCIO E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA CIRCOLARE 7 maggio 2001 n.150 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000 recante: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento dei disabili, a norma dell'art.1, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n.68"

FNOMCeO - comunicazione n.80 - Indicazioni applicative per l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore - Circolare n.9/2001

MINISTERO DELLA SANITA' CIRCOLARE 8 giugno 2001 n.9 Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore - Indicazioni applicative - Legge 8 febbraio 2001 - n.12

MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 31maggio 2001 - Entrata in vigore di testi di aggiornamento della Farmacopea europea, nelle lingue inglese e francese (supplemento 2001 - 3^edizione)

MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 21 maggio 2001, n. 296 - Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124

DECRETO LEGISLATIVO 9 maggio 2001, n. 257 - Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 241, recante attuazione della direttiva 96/29/Euratom in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti

FNOMCeO - Circolare n.85 - Legge 8 febbraio 2001 n. 12 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" - Interpretazioni ed applicazioni

MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 22 marzo 2001 Individuazione delle patologie per il cui trattamento e' assicurata, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 24 ottobre 2000, n. 323, l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio sanitario nazionale

MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 10 maggio 2001 Sperimentazione clinica controllata in medicina generale ed in pediatria di libera scelta

DECRETO 24 MAGGIO 2001 - APPROVAZIONE DEL RICETTARIO PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI DI CUI ALL'ALLEGATO III-BIS AL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA DEL 9 OTTOBRE 1990, N. 309, INTRODOTTO DALLA LEGGE 8 FEBBRAIO 2001, N. 12

Approfondimenti sul sito internet http://www.ordi - nemedici.ancona.it

SERVIZI INTEGRATI PER [PROFESSIONISTI ED IMPRESE]

LA TUA SEGRETERIA HA SEMPRE LA RISPOSTA PRONTA

BETA SERVICE [call-in]

Il vostro telefono squilla sempre e non riuscite a rispondere?

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

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

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

Desiderate una linea riservata?

L'utilizzo delle segreterie telefoniche computerizzate pensate possa essere non ben accetto dai vostri pazienti?

Beta Service Call In ha sempre la risposta pronta.

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

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

betaservice s.r.l. _ corso Garibaldi 101 _ 60121 Ancona _ tel. 07 153 119
fax 071 2082 168 _ betaservice@[illegible] _ www.betaservice.com 0335 5884 147