

# Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

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

*Giugno 2002*

**ASSEMBLEA  
ANNUALE**

**BIOETICA**  
l'etica dell'uso  
del placebo

**LA FNOMC<sub>eo</sub>**  
e le medicine  
non convenzionali

**VIAGGIO SENZA  
BAGAGLIO**

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. 17 - Giugno 2002  
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

17

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

**Pag. 5 - 8**

Assemblea Ordinaria Annuale

**Pag. 9 - 13**

BIOETICA

L'etica dell'uso del placebo

**Pag. 14 - 16**

IL "NUOVO" MODO DI  
PRESCRIVERE I FARMACI

**Pag. 17 - 18**

Medicine non convenzionali:  
la posizione della FNOMCeO

**Pag. 19 - 22**

VIAGGIO

SENZA BAGAGLIO

**Pag. 23 - 24**

ANTIQUARIATO...  
CHE PASSIONE!

**Pag. 25**

Il futuro della sanità  
nella Regione Marche

**Pag. 26**

MEDICINA DEL LAVORO

**Pag. 27 - 32**

DAL MINISTERO  
DELLA SALUTE

**Pag. 32 - 34**

dalla FNOMCeO

**Pag. 35**

DALL'ENPAM

**Pag. 37**

COMUNICAZIONI  
E AVVISI

**Pag. 38**

congressi & convegni

**Pag. 39**

LEGISLAZIONE

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

e-mail: [segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it)

Televideo pag. 420 Raitre

*In copertina: La quercia Pierigé in abito estivo*

*Questo numero è stato chiuso in tipografia il 14/06/2002*



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

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

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

## **IL BOLLETTINO... RADDOPPIA!**

Come avrete sicuramente notato il nostro Bollettino trimestrale si è recentemente arricchito di alcune rubriche ed ha raggiunto fin dallo scorso numero le 40 pagine. Fra qualche giorno, invece, raddoppierà con la stampa di un supplemento che vuole diffondere fra tutti gli iscritti una delle tante iniziative dell'Ordine che, in questo caso, riguarda uno dei temi più attuali e scottanti della nostra professione: la responsabilità, civile, penale ed amministrativa del medico. Tali temi sono stati oggetto lo scorso anno di alcuni incontri organizzati in collaborazione con l'Accademia Marchigiana di Logica Giuridica.

Questo nostro notiziario, insieme al sito internet, rappresenta uno dei pochi mezzi a disposizione per diffondere notizie, attività e compiti dell'Ente che il Presidente ed il Consiglio Direttivo si trovano in questo momento a gestire. Abbiamo quindi voluto cercare di implementare per quanto possibile questi mezzi di comunicazione nel tentativo di svolgere più compiutamente il nostro compito che è anche quello di informare e di rendere un servizio al medico. E, prima della fine del mandato di questo Consiglio, altre iniziative editoriali importanti vedranno la luce. Ma di questo ne ripareremo in futuro.

*Giorgio Fanesi*

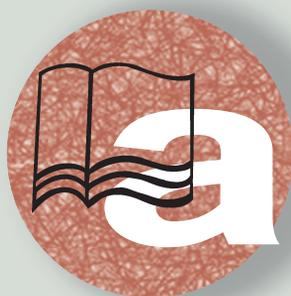
# ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

## Relazione del Presidente

L'assemblea ordinaria annuale è momento di incontro e di informazione degli iscritti, di discussione e confronto, di saluti cordiali, di storia passata e presente, momento di riflessione. Prima di addentrarmi nelle tematiche che una relazione del Presidente può affrontare, ricordo con profonda commozione i colleghi che sono deceduti nell'anno 2001-2002 dopo l'ultima assemblea ordinistica svolta. Il ricordo di colleghi scomparsi non è per me un atto di consuetudine e di formalità, ma leggere i loro nomi mi provoca ogni volta una serie di riflessioni che vanno sicuramente aldilà del dovere di Presidente, coinvolgendo l'uomo, il medico, che si trova accomunato negli ideali professionali che gli scomparsi hanno rappresentato e che non sono morti con loro, ma continuano in noi, nella nostra professione, nella nostra condotta di medici e odontoiatri e credo che questo sia per loro e per le loro famiglie un modo etico di ricordarli.

Ora vorrei leggersi i nomi dei deceduti e nel farlo vi chiedo di alzarvi come segno di rispetto alla loro memoria:

Giovanni Martini,  
Giovanni Buratta,  
Lauro Latini,  
Giuseppe Agostini,  
Antonio Alberto Renzi,  
Gastone Degano,  
Cesare Bellocci,  
Rolando Barchiesi,  
Giovanni Tabacchi,  
Edgardo De Angelis,  
Velio Botticelli,  
Valeriano Moroncini,  
Guido Bossi,  
Franco Bianchi,  
Vittorio Mioli.



Grazie. Voglio anche salutare i colleghi ammalati, augurando loro una pronta guarigione. Il nostro Ordine al 31/12/2001 conta 2698 iscritti (+33) all'albo dei medici e 322 (+8) all'albo Odontoiatri.



Il Presidente Borromei durante la relazione. Alla sua destra il Vice Presidente Polonara ed il Tesoriere Mercante, alla sinistra il Segretario Memè

E' iniziato e si appresta a volgere al termine il nostro ultimo anno di mandato ordinistico seppure non è ancora il momento per un consuntivo (rimangono ancora 7 mesi, compreso il periodo estivo, di attività) ritengo che alcune riflessioni vadano fatte e poste alla vostra attenzione.

Il nostro Ordine ha cercato con tutti i suoi mezzi di raggiungere un obiettivo che ci eravamo prefissi, LA PRESENZA e LA COMUNICAZIONE.

Sia io in qualità di Presidente che altri Consiglieri abbiamo portato il nostro saluto, il nostro contributo ideale in convegni sia professionali che politici sanitari, cercando con ciò di recuperare un RUOLO ORDINISTICO che se a parole viene riconosciuto, spesso nei fatti trova difficoltà a concretizzarsi.

Ci aspettavamo una riforma della nostra istituzione perché necessaria per ridare strumenti ad un ENTE AUSILIARIO DELLO STATO come è il nostro, ma la politica passata e presente non ci ha ancora riservato in maniera consona questa attenzione.

C'è chi ritiene che questa istituzione non sia più attuale alla modernità dei nostri tempi, opinione sicuramente rispettabile, ma, a mio avviso, la non riconferma potrebbe indebolire e travolgere definitivamente quella storia, quei valori, quei dettami etico-deontologici che a mio parere solamente

l'Ordine professionale può continuare a difendere e promuovere.

Nonostante il mancato rinnovo degli strumenti con i quali l'Ordine potrebbe interagire con l'evoluto mondo-civile e sanitario della nostra società, CREDO che con uno sforzo corale di tutti noi, potremmo ancora essere incisivi e promotori di quei principi che non possono essere calpestati da visioni burocratiche ed economicistiche.

La nostra Presenza e Comunicazione l'abbiamo promossa anche attraverso altri strumenti, LA PAGINA DI TELEVIDEO, il nostro SITO (sempre più visitato in ordine a migliaia di accessi), con il nostro BOLLETTINO e continuando gli incontri interprofessionali nel nostro OSSERVATORIO PERMANENTE su problematiche sanitarie.



Un momento della riunione

Il nostro sito (con il decisivo impegno di Mario Massaccesi) ha l'obiettivo di fornire in diretta notizie, leggi, circolari, comunicazioni utili per la professione; il nostro televideo aggiornato costantemente (da Daniela e Cristina il tutto coordinato da Stefania) raggiunge anche un'altra tipologia di utenti professionisti, il bollettino di cui questo Ordine può esserne orgoglioso (i cui meriti maggiori vanno al dr. Giorgio Fanesi nostro consigliere) con i classici strumenti della scrittura di articoli ed editoriali, relazioni, commenti, raggiunge le scrivanie di tutti i nostri professionisti, politici ed amministratori per creare con loro un filo diretto.

Questo consta anche ormai di un inserto culturale: "Viaggio senza bagaglio" sempre più letto e apprezzato a cura del dr. Sergio Giustini.

Ricordo inoltre i pregevoli articoli di Bioetica re-

datti dal dr. Massimiliano Marinelli.

Inoltre l'osservatorio permanente (iniziativa già promossa dalla dottoressa Maria Del Pesce) ora condotto dal dr. Massimo Quirino Ricci, ha permesso che molti colleghi di varie branche si incontrassero per discutere di problematiche interprofessionali e anche di risolverle senza conffigere.

Sono terminati in questo anno i Seminari Monotematici di Aggiornamento in Medicina del Lavoro, momento culturale formativo ordinistico condotto dal dr. Oriano Mercante (nostro tesoriere e coordinatore commissione medicina del lavoro) che ormai sono divenuti un punto fermo di confronto per i colleghi medici del lavoro e/o competenti.

Corona questa iniziativa la pubblicazione degli atti dei seminari in Medicina del Lavoro 2000/2001 a cura dell'Ordine.

Hanno preso avvio i corsi di formazione per costituire i GAR (gruppi di accreditamento regionali) e due nostri validi rappresentanti il dr. Giambattista Catalini, e il dr. Stefano Tucci, sono già stati inseriti dalla Regione nei primi quaranta professionisti che poi svolgeranno questo importante e delicato ruolo di accreditamento di strutture, portando così il contributo attento e vigile dell'Ordine.

Inoltre voglio citare la Commissione Odontoiatrica la quale sotto la presidenza del dr. Federico Fabbri opera attivamente e attualmente è anche impegnata a contrastare l'abusivismo odontoiatrico attraverso una campagna di stampa sui quotidiani locali che informi i cittadini ad essere vigili nelle loro scelte.

Stiamo attraversando sicuramente una fase di



Foto di gruppo dei premiati con il Presidente Borromei

## I PREMIATI

### 50° ANNO DI LAUREA

dr.	LEONELLO BECCHETTI
dr.	LANFRANCO BORGOGNONI
dr. Prof.	RAFFAELE CANDELA
dr.	NICOLA CAPPELLO
dr. Prof.	ALVARO CAROTTI
dr. Prof.	ALESSANDR.O FIORETTI
dr.	RAFFAELE FUSARO
dr.ssa	IONE MARCHETTI
dr.	ADALBERTO MORETTI
dr.	WALTER ORECCHIONI
dr. Prof.	FRANCESCO ORLANDI
dr.ssa	MARIA LUIGIA OTTONI
dr.	GILDO PETRINI
dr.	FAUSTO PIVETTI
dr. Prof.	MARIO POLITO
dr.	LUIGI TINELLI
dr.	ROMANO TONINI
dr.	ANGELO SERGIO TRANQUILLI

### 60° ANNO DI LAUREA

dr.	GIORDANO ANGELINI
dr. Prof.	MANLIO CAUCCI

grandi cambiamenti nel mondo della sanità e anche l'Ordine, nell'ambito delle sue competenze ha cercato e cerca tuttora di esprimere la sua opinione e dare il suo contributo fattivo alla soluzione dei problemi che riguardano la professione.

Ritengo che questo contributo il nostro consiglio lo promuova con saggezza ed onestà intellettuale senza strumentalizzazioni ma con decisione.

Questo impegno è culminato con l'incontro che si è avuto nella nostra sede con l'Assessore alla Sanità dr. Augusto Melappioni il giorno 25/02/02 (come riportato nel bollettino n° 16)

In questo incontro durato tre ore, tutto il Consiglio ha espresso con grande competenza (riconosciuta tralaltro anche dallo stesso assessore) opinioni e pareri sui vari problemi sanitari, puntando su una sanità giusta, appropriata, dove il possibile risparmio non vada a detrimento della qualità. Il Consiglio ha chiesto all'Assessore un

maggiore coinvolgimento dell'Ordine con una sua maggiore consultazione (quindi un maggiore ruolo politico-deontologico).

Anche nella precedente relazione citavo l'ECM (Educazione Medica Continua) come in questo l'ORDINE deve avere il ruolo che gli compete, come garante, come verificatore di una qualità formativa su cui non può abdicare.

Su questo tema avremo a breve un ulteriore incontro insieme agli altri Ordini con il dr. Augusto Melappioni per concretizzare il possibile ruolo

## I NUOVI ISCRITTI MEDICI...

SGRECCIA ENRICO  
 APPOLLONI LEONARDO  
 ZOLI ALESSANDRA  
 BRIZZI ALESSANDRO  
 FALCETTA STEFANO  
 NEGRO UMBERTO  
 SANTANGELO MILENA  
 ANTOGNINI MARCO  
 ANTOGNINI MAURO  
 BRACONI MAURO  
 COLOCCINI SABRINA  
 GALIZIA EVA  
 MARINI FRANCESCO  
 MOLINI SILVANO  
 PASSARINI FRANCESCO  
 SALVI FABIO  
 ALLEGREZZA FRANCO  
 AQUINATI ANGELICA  
 BOLOGNINI LUCIA  
 BUGATTI GIOVANNA  
 CORINALDESI ELENA  
 CROSTA FRANCESCA  
 FORLINI WILLIAM  
 GOBBI SIMONA  
 LANZA CECILIA  
 MARCHEGIANI SONIA  
 MOLESI ANDREA  
 NOVELLI SIMONE  
 PANTANETTI MARCO

PAPA STEFANIA  
 PICCININI PAOLA  
 PORAKHONKO NATALIA  
 ZAMPETTI MARGHERITA  
 CANIBUS PAOLA  
 FABRIZZI BENEDETTA  
 FIORETTI ALESSANDRA  
 MARTIRI GIOVANNA  
 MIANI LUCIA  
 ISAK ZEGGAI SABA  
 FERREIRO COTORRUELO  
 MARIA SOLEDAD  
 ARSENI ALESSIA  
 GALEAZZI VITTORIA  
 INNOCENTI LUCIA  
 MOSCHINI ANDREA  
 SALATI MICHELE  
 SETTIMI SILVIA  
 GIAMPAOLETTI CLAUDIO

## ... ED ODONTOIATRI

FERRONI SARA  
 GIOVAGNONI M. VITTORIA  
 PACCHIAROTTI ANDREA  
 GARUFI GIULIA  
 PIERANDREI CRISTIAN  
 FERREIRO COTORRUELO  
 MARIA SOLEDAD  
 STROPPA PIERGIORGIO  
 CAMPANELLI CARLO  
 COLOCCINI SIMONE



Il Presidente consegna una targa al Prof. Manlio Caucci a ricordo dei 60 anni di Laurea

ordinistico sulle ECM, mi auspico che sia proficuo e concreto perché è poi sui fatti e non sulle intenzioni che si esprimono i pareri e si constata una politica che tenda verso una determinata linea progettuale dove l'ORDINE sia l'artefice del suo Ruolo.

Nel rivolgere un ringraziamento al vicepresidente dr. Stefano Polonara, all'Esecutivo, al Consiglio tutto, ai revisori dei Conti e al dr. Francesco Latanzi che li presiede, ai nostri impiegati, per la lo-

ro collaborazione, contributo all'attività ordinistica, mi auspico per il futuro un Ordine sempre più forte e unito nel difendere LA PROFESSIONE e la SALUTE DEI CITTADINI. Saluto tutte le colleghe e i colleghi presenti oggi e i loro familiari per l'onore che tributano con la loro presenza alla nostra ISTITUZIONE.

*Fulvio Borromei*



Il Presidente consegna una pergamena ad una neolaureata

## Relazione del Tesoriere

Il conto consuntivo per l'esercizio finanziario 2001 è espresso con valuta in Lire, essendo state operate tutte le entrate e le spese con la vecchia moneta.

L'esercizio 2001 si è chiuso con un fondo di cassa e un avanzo di amministrazione al 31/12/2001 di Lire 583.238.576 pari ad € 301.217,58, a questa cifra vanno calcolati:

- Lire 169.910.903 pari ad € 87.751,66 quali residui passivi e Fondo TFR; + Lire 106.489.079 pari ad € 54.997,01 da incassare (residui attivi); che determinano un effettivo avanzo di amministrazione di Lire 519.816.752 pari ad € 268.462,93 (fatti salvi gli opportuni arrotondamenti inevitabili per via del cambio di valuta).

Per quanto concerne il bilancio preventivo 2002 si fa notare che è stato compilato sulla base di quanto previsto dal nuovo Regolamento per l'Amministrazione e la Contabilità dell'Ordine, adottando le voci previste che in parte differiscono da quello precedente per la loro maggiore analiticità. La situazione finanziaria è quindi solida, anche se i costi derivanti dalle spese correnti subiscono un costante inarrestabile incremento annuale. Nell'esercizio 2002 non si prevedono spese straordinarie. Chiedo quindi l'approvazione del bilancio consuntivo 2001 e preventivo 2002 così come vi è stato proposto.

Mi è grata l'occasione per ringraziare il Personale dell'Ordine per l'impegno dimostrato nello svolgimento dei propri compiti e per il supporto che mi ha reso in questo delicato compito, nonché tutti i collaboratori interni ed esterni.

Tutte le scritture sono state eseguite in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti e i dati sono stati controllati, senza rilievi, dal Collegio dei Revisori dei Conti.

*Oriano Mercante*

# BIOETICA

## L'etica dell'uso del placebo

di Massimiliano Marinelli

### Introduzione

Recenti studi sperimentali gettano nuova luce sull'effetto placebo. Le ricerche del Prof. Fabrizio Benedetti, divulgate in un recente convegno ad Ancona, organizzato dal Prof. Caputi, dimostrano che l'analgesia indotta da placebo è strettamente legata alla risposta fisiologica alle endorfine, gli oppioidi che l'organismo produce spontaneamente per lenire il dolore. Il ricercatore torinese ha esaminato la reazione al dolore in due gruppi di volontari: il primo trattato con morfina, e il secondo trattato, a sua insaputa, con una semplice soluzione salina. Quest'ultimo gruppo rispondeva allo stimolo dolorifico come se prendesse la morfina. Nella seconda parte dell'esperimento, nella soluzione somministrata ai volontari è stato introdotto naloxone, una sostanza capace di bloccare i recettori per gli oppioidi endogeni.

In questo modo l'effetto placebo è improvvisamente scomparso, confermando una relazione diretta tra endorfine e risposta al placebo. Uno studio pubblicato su *Science* all'inizio di marzo ha confermato la tesi di Benedetti in modo più diretto, utilizzando tecniche di brain imaging. La ricerca, condotta da un gruppo diretto da Predrag Petrovic, del Karolinska Institutet di Stoccolma, ha infatti dimostrato che il placebo attiva nel sistema nervoso centrale le stesse aree che

vengono attivate dai farmaci oppioidi. Predrag e i suoi colleghi hanno esaminato con la tomografia a emissione di positroni le risposte di nove volontari, che ricevevano uno stimolo in grado di provocare dolore, e che al contempo assumevano un farmaco oppioide oppure un placebo. Entrambe le sostanze provocano un'attivazione delle aree del tronco cerebrale e, in modo più marcato, della corteccia cingolata rostrale anteriore: le due zone sono ricche di recettori per gli oppioidi. Anche se l'incremento del flusso sanguigno rivelato dalla PET è molto maggiore nel caso della somministrazione di oppioidi, lo studio dimostra che "l'analgesia da placebo coinvolge sia i centri di elaborazione superiore, sia il sistema endogeno degli oppioidi". Può essere utile, quindi, avviare una riflessione sugli aspetti etici dell'uso del placebo e sui dilemmi che esso comporta.

### Un falso dilemma etico?

Sulla definizione di placebo e sul suo uso nella sperimentazione esiste una letteratura composita e talvolta contrastante tanto da farla paragonare ad una Torre di Babele<sup>1</sup>.

In questa breve relazione, si è deciso di trattare soprattutto del placebo come sostanza che viene prescritta ad un paziente. Non si parlerà, quindi, salvo accenni

sporadici, di altre tipologie.

Dagli anni '80 in poi i dilemmi etici dell'uso del placebo appaiono risolversi a favore della non eticità della sua prescrizione. Ciò accade in relazione ai mutamenti che si avvengono in quegli anni nella Medicina.

Per quanto riguarda la prescrizione farmacologica, l'introduzione massiccia della Tecnologia nelle scienze mediche produce un numero sempre maggiore di molecole, ritenute efficaci e le sperimentazioni cliniche controllate rappresentano le fonti epistemologiche della terapia medica.

Nasce la Medicina basata sulle evidenze e, nell'ambito dell'etica dell'utilizzo del farmaco, l'appropriatezza diviene il criterio da seguire. La prescrizione di un farmaco si dice appropriata se i benefici per la persona superano i rischi. In pratica, per l'appropriatezza d'impiego occorre che il farmaco sia efficace e che la prescrizione riguardi indicazioni cliniche per le quali è stata dimostrata l'efficacia, a certe condizioni (dose, durata, via di somministrazione, interazioni eccetera).

L'appropriatezza nelle prescrizioni presuppone l'efficacia del farmaco, cioè la sua capacità di modificare positivamente l'evoluzione naturale di una malattia o di una condizione clinica.

Tuttavia l'efficacia di un farmaco, dimostrata in sperimenta-

1- GRUNBAUM A., *Explication and Implications of the Placebo Concept*, in WHITE L., TURSKY B., SCHWARTZ G.E., *Placebo, Theory, research and Mecanisms* The Guilford Press New York, 1985:9.

zioni cliniche adeguate, rappresenta solo uno dei requisiti di una prescrizione appropriata la quale si riferisce all'applicazione corretta del farmaco, ovvero al suo impiego in una persona che presenti una condizione analoga a quella dei soggetti coinvolti nelle sperimentazioni. Nell'ambito dei rapporti tra medico e paziente, inoltre, la relazione non è più lineare tra due persone, ma si inserisce in un rapporto triangolare dove lo Stato gioca un ruolo decisivo.

Dal punto di vista etico, il medico informa il comportamento prescrittivo al tradizionale principio di beneficiabilità che impone di fare il bene del paziente, mentre il cittadino, emancipatosi dai legami del paternalismo medico, che lo voleva estraneo al processo decisionale terapeutico, intende esercitare il diritto all'autonomia decisionale.

Affinché possa decidere e consentire autonomamente, è necessario che egli riceva una informazione chiara ed esauriente sulle strategie terapeutiche, escludendo così la possibilità che gli sia propinato un placebo senza saperlo.

In questo contesto lo Stato entra pesantemente nella relazione medico paziente, controllando l'ingresso del medicinale nella farmacopea del Sistema Sanitario e ripartendo, attraverso fasce, tickets e note, la spesa farmaceutica a carico del cittadino. In alcuni casi le note tendono ad orientare le scelte terapeutiche a favore di molecole più efficaci e sperimentate rispetto a medicinali di seconda scelta per un profilo di efficacia e di sicurezza meno definiti.<sup>2</sup>

I criteri che guidano l'adozione delle note si applicano:

- quando un farmaco è autorizzato per diverse indicazioni cliniche, di cui solo alcune per patologie rilevanti;
- quando il farmaco è finalizzato a prevenire un rischio che è significativo solo per uno o più gruppi di popolazione;
- quando il farmaco si presta non solo ad usi di documentata efficacia, ma anche ad usi impropri.<sup>3</sup>

Lo scenario che si è descritto tende a svalutare l'utilizzo del placebo.

Nella pratica clinica, infatti, il medico aggiornato prescrive la sua terapia attraverso la filosofia positiva della Medicina delle evidenze cliniche, lasciando alla dubbia metafisica delle medicine alternative l'utilizzo di spazzatura placebo.

Dal punto di vista scientifico, l'utilizzo del placebo è previsto nelle sperimentazioni controllate, ma le sue possibilità d'uso si restringono in accordo con le raccomandazioni delle Dichiarazioni di Helsinki che si succedono ed è sopportato a malapena dai Comitati etici incaricati di valutare gli studi clinici.

Tuttavia i circuiti scientifici che inducono la prescrizione appropriata del farmaco con il consenso informato del cittadino non rappresentano l'intero della Medicina, dimenticando, per esempio la dimensione sociale della malattia e la particolare relazione interpersonale che si instaura tra curatore e paziente. Ed è proprio attraverso tali dimensioni relazionali che il placebo esprime maggiormente i suoi effetti.

Negli ultimi anni, inoltre, studi sperimentali gettano nuova luce sull'effetto placebo, collocandolo nello stesso alveo scientifico nel quale si muove e si forma il progresso della medicina.

Non è casuale, infatti, che il volume che presenta il progetto promosso dal National Institutes of Health (NIH), edito dalla British Medical Journal Press è denominato la Scienza del placebo: verso un'agenda di lavoro interdisciplinare.

L'effetto placebo non è relegato nella medicina come arte, dove è il particolare ed irripetibile rapporto tra curatore e paziente a produrlo e non è confinato ai risultati indimostrabili riferiti dai vari agenti che abitano nel sottobosco delle medicine alternative. Il progetto americano, invece, tenta di far transitare il placebo dall'incertezza della doxa alla solidità dell'epistemologia.

Si tratta, quindi, di valutare il placebo attraverso un approccio scientifico multidisciplinare, utilizzando quegli stessi strumenti conoscitivi accettati dalla comunità scientifica internazionale.

Un approccio di questo tipo e le evidenze sperimentali provenienti dai ricercatori impegnati nello studio del placebo, ravvivano le ceneri del dilemma etico, riproponendo con forza una nuova riflessione sul problema.

### La figura dell'ossimoro

Gran parte dei dilemmi etici si giocano sul fascino ambivalente dell'effetto del placebo.

Poiché per placebo, abitualmente, si intende una sostanza inattiva o una sostanza inerte, i due termini effetto e placebo rivelano il fascino dell'ossimoro,

2- Ministero della Sanità, I farmaci del servizio sanitario nazionale anno 1 n 1/2001, 581

3- Ministero della Sanità, I farmaci del servizio sanitario nazionale anno 1 n 1/2001, 581

realizzando l'accostamento paradossale di due parole che hanno significato opposto.

L'effetto placebo, tradotto in ossimoro, suonerebbe come l'inerzia efficace, o, più cacofonicamente, come inattività attiva. Eppure l'ossimoro non è solo una figura retorica, ma è esso stesso dotato di significato, rivelando una sua verità.

Ecco allora che prima di ogni valutazione etica sull'uso del placebo, l'attenzione si appunta nello svelamento dei significati dei due apparenti contrari. Si tratta di decifrare le potenzialità di quell'inerzia che si vorrebbe impotente, anergica, immobile, e di quell'efficacia che si desidererebbe espressa in rigorosi termini causali, quantificabili e ripetibili.

### Vocaboli diversi?

Utilizzando ancora la metafora dell'ossimoro, ci sembra che ci siano almeno due modalità di considerare l'effetto placebo: nella prima prevale il peso dell'inerzia e il placebo è esaminato dalla parte della inattività. La seconda modalità attribuisce un valore maggiore all'efficacia e allora il placebo è misurato per il quantum di effetti che riesce a produrre.

E' chiaro come queste modalità contrastino fra loro sino addirittura ad elidersi a vicenda, denominando di differente significato il medesimo termine placebo. Il punto di vista di considerare nel placebo l'inerzia, pur ammettendone genericamente un effetto, è maggiormente riscontrabile negli studi clinici controllati.

### Il placebo negli studi sperimentali

La valutazione etica negli studi

controllati con placebo risente, quindi, dell'impostazione teorica che vede il placebo come una necessità scientifica per determinare il reale peso del farmaco sperimentale.

Il placebo svolge un'azione del tutto ancillare rispetto al farmaco di confronto, costituendo il punto di partenza, il metro con il quale calcolare l'efficacia e gli effetti indesiderati del medicinale.

Il placebo e le condizioni di cecità rappresentano, quindi, degli espedienti per eliminare quel rumore di fondo che può disturbare la scientificità delle conclusioni sperimentali.

L'orientamento scientifico, quindi, non è quello di investigare la natura degli eventuali effetti del placebo, ma di valutare il quantum di differenza tra questi e quelli del preparato terapeutico.

Di fronte ad un tale apparato teorico, è chiaro come la valutazione etica non sia orientata a tener conto dei possibili effetti positivi che i soggetti del gruppo del placebo possono avere, ma dei possibili effetti negativi derivati dalla privazione di una terapia efficace.

In tal modo il DM 18 marzo 1998 recita: In linea di principio i pazienti del gruppo di controllo non possono essere privati di una terapia efficace se questa è disponibile e non possono essere trattati con placebo se ciò comporta sofferenza, prolungamento di malattia o rischio. (3.8.1)

La Dichiarazione di Helsinki al riguardo recita: ad ogni paziente, inclusi quelli del gruppo di controllo, se previsto, dovrebbe essere assicurata la migliore prova diagnostica ed il miglior mezzo terapeutico.

Il DM ammette l'uso del placebo se non è disponibile per il gruppo di controllo una terapia consolidata di provata efficacia, o come completamento a un trattamento di provata efficacia nel gruppo di controllo per consentire il doppio cieco rispetto ai soggetti del gruppo sperimentale, assegnati al trattamento in valutazione associato a quello di provata efficacia. (3.8.3)

Alla luce di tale normativa, il CdE emette un parere favorevole in uno studio controllato con placebo, quando l'utilizzo del placebo non può provocare un danno per il paziente, e qualora il soggetto riceva adeguate informazioni, in merito alla possibilità di essere trattato con una sostanza inerte.

Il CdE è consapevole che non possono essere sospese o non attivate le terapie adeguate al caso clinico e, quindi, che non può essere mai sottratto al soggetto la possibilità di avere la terapia.

La revisione, quindi, si focalizza sull'entità del rischio, escludendo quelle sperimentazioni dove è possibile un danno per il paziente e sulle modalità della comunicazione delle informazioni e delle procedure per il consenso, escludendo quei protocolli dove non si ravvisano gli estremi di un consenso pienamente informato.

Le evidenze scientifiche derivate dai recenti studi sul placebo invitano ad un nuovo orientamento teorico nell'ambito degli studi sperimentali.

Il placebo, lungi, da essere una misura fissa dalla quale calcolare il peso del farmaco, rivela una dinamicità e una complessità fisiopatologica tali da essere preso in seria considerazione nella gestione e nella interpretazione dei dati sperimentali.

La necessità di evidenziare l'effetto placebo, svincolandolo dal farmaco di confronto è stata recepita da due medici danesi che nel maggio 2001 hanno pubblicato una analisi sugli studi clinici che paragonano il placebo a nessun trattamento<sup>4</sup>.

Gli autori, per comprendere meglio gli effetti del placebo come terapia, di fronte ai risultati di un lavoro del 1955<sup>5</sup> che calcolava l'efficacia del placebo in circa il 35%, conducono una metanalisi delle sperimentazioni cliniche nelle quali pazienti, affetti da varie condizioni cliniche, erano randomizzati ad assumere placebo in confronto a nessun trattamento.

L'interesse primario degli autori è rivolto a valutare gli effetti terapeutici del placebo per la patologia in esame piuttosto che considerarlo come pietra di paragone negli studi clinici.

Un obiettivo secondario è quello di evidenziare la differenza degli effetti del placebo a seconda della obiettività o soggettività dei risultati.

Alla fine dello studio, gli autori concludono asserendo di aver trovato solo delle piccole evidenze che il placebo in generale abbia degli effetti clinici potenti. In particolare il placebo non avrebbe alcun effetto sui risultati sia oggettivi sia soggettivi di tipo binario o su quelli oggettivi di tipo continuo.

Solo i risultati espressi soggettivamente

di tipo continuo nell'ambito del trattamento del dolore avrebbero dimostrato un significativo effetto terapeutico proveniente dal placebo.

In conclusione si asserisce che, al di fuori degli studi controllati designati ad hoc, l'uso del placebo non può essere raccomandato.<sup>6</sup>

L'impotenza del placebo apparentemente dimostrata ha fatto paragonare il placebo al Mago di Oz, che era potente poiché ognuno lo considerava tale sino a che, una volta superata la cortina si era dimostrano un uomo come tutti gli altri.<sup>7</sup>

Già nel passato era evidente che quando l'azione farmacologica è rivolta a eliminare sintomi soggettivi, come nel caso di farmaci antidolorifici, la consapevolezza da parte del paziente di poter ricevere una sostanza inerte può interferire sul farmaco di confronto.

Due studi<sup>8</sup> mostrano come nei pazienti, informati della possibilità di ricevere il placebo, l'effetto del farmaco attivo può essere ridotto e il trial può sottovalutare l'azione dello stesso farmaco nella pratica clinica.

Per l'autrice di questi studi si ripropone il problema di quando sia necessario informare i pazienti del possibile uso del placebo<sup>9</sup>. Per determinare quanto l'aspettativa del paziente sull'effetto della sostanza possa influenzare il risultato

sono state studiate delle procedure di ridotte aspettative.

In sintesi si somministra un farmaco con attività specifica nota, orientando il paziente a ritenere che possa essere una sostanza inerte riducendo di fatto l'aspettativa di efficacia.<sup>10</sup>

La metanalisi si presta come esempio della difficoltà che la Medicina delle evidenze e la sperimentazione clinica incontrano quando hanno a che fare con l'ossimoro.

In primo luogo, la metanalisi tende ad un obiettivo differente da quello dei singoli studi clinici sperimentali analizzati.

Se tutti gli studi sperimentali sono disegnati in modo da considerare il placebo come una sostanza inerte, la metanalisi incontrerà delle difficoltà utilizzando l'insieme dei dati per rilevare una qualità non considerata in partenza.

Gli autori sembrano essere consapevoli di tali difficoltà, asserendo che l'uso del placebo negli studi randomizzati in condizione di cecità rappresenta non solo un modo per controllare l'effetto placebo, ma una precauzione contro la possibilità di bias<sup>11</sup>.

Se gli studi utilizzano il placebo, non in quanto tale, ma per evitare interferenze o pregiudizi i dati provenienti possono essere utilizzati soprattutto per quantificare i possibili bias piuttosto che per valutare l'atti-

4- Hrobjartsson A., Gotzsche P.C., Is the placebo powerless? An analysis of clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. N Eng. J Med, vol 344, n 21 24 maggio 2001 1594-1602

5- Beecher HK. The powerful placebo. JAMA 1955; 159:1602-6

6- Hrobjartsson A., Gotzsche P.C., Is the placebo powerless? An analysis of clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. N Eng. J Med, vol 344, n 21 24 maggio 2001 1599

7- Bailar J.C., The powerful placebo and the Wizard of Oz. N Eng. J Med, vol 344, n 21 24 maggio 2001 1630-1632

8- SKOVLUND E., FYLLINGEN G., LANDRE H., et al., Comparison of postpartum pain treatments using a sequential trial design I: paracetamol versus placebo. Eur. J Clin Pharmacol e SKOVLUND E., FYLLINGEN G., LANDRE H., et al., Comparison of postpartum pain treatments using a sequential trial design II: naproxen versus paracetamol. Eur. J Clin Pharmacol.

9- SKOVLUND E., Should we tell trial patients that they might receive placebo?, The Lancet 1991; 337:1041.

vità del placebo. In secondo luogo, soprattutto nell'ambito del placebo, non è possibile applicare automaticamente i dati sperimentali nel territorio, essendo il disegno clinico una gabbia incapace di rinchiudere la ricchezza relazionale dei rapporti tra medico e paziente.

Quindi la metanalisi rischia di assumere il sapore di una tautologia: negli studi sperimentali dove il placebo è utilizzato come una sostanza inerte, i dati confermano la sua inerzia.

Non può essere, quindi, che sia la modalità linguistica nella quale il termine placebo è usato a determinare l'interpretalità dei dati? In conclusione, nell'ambito degli studi clinici, la valutazione etica dell'uso del placebo potrà modificarsi solo assegnando al placebo un ruolo diverso e un significato più ampio.

Si pensi per esempio ai protocolli di condizionamento psicologico che attivino i meccanismi responsabili della risposta al placebo, al fine di aumentare l'effetto del farmaco, oppure agli studi volti a verificare se utilizzando placebo alternandolo con una terapia efficace sia possibile prolungarne gli effetti terapeutici.

Sino a che si tratterà il placebo dal lato della sua inerzia, i bioeticisti non potranno far altro che applicare le raccomandazioni che ne limitano l'uso nelle sperimentazioni.

### La pratica clinica

Rispetto agli studi sperimentali, il rapporto tra medico e paziente, o, se si vuole, tra curato-

re e cittadino gode di una maggiore libertà e non soggiace immediatamente ad un percorso rigidamente codificato. In questo ambito il termine placebo acquista un significato più ampio ed è prescritto per le motivazioni più svariate.

Il placebo, tuttavia, al di fuori delle sperimentazioni cliniche perde, in qualche modo, la sua identità oggettiva che, decretandone l'inerzia lo rendeva misura fissa sulla quale basare un confronto, per assumere un significato decifrabile solo nell'ambito di quel determinato rapporto medico paziente.

La valutazione etica dell'utilizzo del placebo nella pratica clinica, quindi, deve fare i conti con un contesto molto complesso e ricco di sfumature.

Raramente ci si trova di fronte a un curatore consapevole della completa inefficacia del placebo e a un paziente pienamente informato di assumere nulla.

Nella maggior parte dei casi il medico ritiene di compiere un atto terapeutico e il paziente è consapevole di assumere un farmaco che potrebbe farlo stare meglio.

La valutazione etica si gioca, quindi, nella intenzionalità del medico, nel valore terapeutico dell'atto placebo, nei rischi a cui il paziente va incontro e nell'informazione che egli riceve.

A complicare il giudizio etico sta il fatto che la stessa sostanza sia stimata placebo da una parte della comunità scientifica e considerata invece farmacologicamente attiva da chi la prescrive.

In conclusione la complessità della valutazione riguarda l'individualità del rapporto medico e paziente nel quale ha altrettanta importanza la capacità relazionale del medico quanto l'attività mentale del paziente che include l'aspettativa, la fiducia e il desiderio di guarire e infine il contesto logistico e culturale dove avviene la terapia.

### Conclusioni

Le nuove evidenze scientifiche investono il concetto di placebo e appaiono modificarlo profondamente.

La conoscenza dei meccanismi fisiopatologici della sua efficacia impone una nuova riflessione etica sul suo utilizzo che possa in qualche modo dissolvere l'ossimoro mostrando come funzioni l'inerzia efficace.

Dal punto di vista etico, i nuovi protocolli sperimentali che utilizzano il placebo secondo il punto della vista della sua attività dovrebbero essere valutati con modalità differenti rispetto quelli dove il placebo è utilizzato per la sua inerzia. Per la dimensione particolare in cui si attua l'effetto placebo è doveroso segnalare come sia difficile passare dalle evidenze sperimentali alla messa in pratica di tali risultati.

Tuttavia, nell'ambito della pratica clinica i risultati sperimentali evidenziano la ricchezza e la complessità del rapporto curatore cittadino, incoraggiando una particolare attenzione a tutto il contesto dove si risolve l'atto terapeutico.

10- SUEDFELD P., The subtractive expectancy placebo procedure: A measure of non-specific factors in behavioural interventions, *Behaviour Research and Therapy*, 1984;22 160.

11- Hrobjartsson A., Gotzsche P.C., Is the placebo powerless? An analysis of clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. *N Eng. J Med*, vol 344, n 21 24 maggio 2001 1599

# IL "NUOVO" MODO DI PRESCRIVERE I FARMACI



**G**rande rumore ha suscitato negli ambienti medici la delibera della Giunta Regionale che modifica la modalità di prescrizione dei farmaci concedibili dal S.S.N. da parte degli specialisti sia ambulatoriali che ospedalieri. Il Consiglio dell'Ordine ha discusso sull'argomento in una sua seduta ed è stata poi inviata dal Presidente Borromei una lettera all'Assessore Regionale alla Sanità Melappioni riguardante proprio questo tema. Crediamo di fare cosa utile ai colleghi riportando il testo della delibera e la relativa lettera dell'Ordine. Lo scorso 29 maggio l'Assessore Melappioni ha accolto l'invito ed è stato quindi nuovamente ospite del Consiglio dell'Ordine proprio per approfondire il tema sollevato. L'Assessore, accompagnato dal dr. Claudio Maffei dello staff regionale, ha spiegato il senso di quella delibera e l'importanza di contenere, per quanto possibile, l'aumento della spesa farmaceutica la cui incontrollabilità rischia di far implodere lo stesso sistema sanitario regionale. I Consiglieri, d'altro canto, hanno fatto notare come la delibera assunta dalla Giunta Regionale sia di difficile realizzazione pratica, rischi di creare contenziosi fra le categorie di colleghi e renda la vita più difficile al cittadino. Al termine dell'incontro l'Assessore si è dimostrato disponibile a stilare una circolare esplicativa che recepisca anche i suggerimenti dei Consiglieri.

(g.f.)

## LINEE GUIDA PER IL CONTENIMENTO E LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA

**Deliberazione della G.R. n. 149 ME/SAN del 29.01.2002 (BUR n. 25 del 12 febbraio 2002)**

- 1) Dal mese di gennaio 2002 viene adottato il codice fiscale come numero distintivo dell'assistito nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.);
  - Le farmacie convenzionate potranno comunque spedire le ricette del S.S.R. con il codice sanitario regionale dell'assistito in luogo del codice fiscale;
  - Le ricette intestate ad assistiti di altre Regioni non saranno ammesse al pagamento se prive degli elementi necessari per la gestione della mobilità sanitaria:
    - codice fiscale o sanitario dell'assistito
    - codice dell'ASL di residenza
    - sigla automobilistica della provincia dell'ASL.
- 2) Le prescrizioni di medicinali, con onere a carico del S.S.R., è limitata a 60 giorni di terapia, per gli esenti per patologia, fermo restando il numero delle confezioni che possono essere dispensate per ricetta S.S.N., ai sensi dell'art. 9 commi 1 e 3, della Legge 405/2001.
- 3) Le farmacie convenzionate con il S.S.R. non possono spedire le ricette, di cui al precedente punto 2), contenenti un numero di confezioni che superino i sessanta giorni di terapia; l'inosservanza di tale norma comporterebbe l'applicazione di quanto previsto dall'art. 4, comma 10, del D.P.R. n. 371 del 07.07.1998.
- 4) La prescrizione dei farmaci, con onere a carico del S.S.R., in favore dei cittadini è riservata esclusivamente ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di libera scelta ai quali viene affidata la responsabilità completa della prescrizione farmaceutica. Inoltre, essi sono tenuti a verificare il tempo che intercorre tra le diverse prescrizioni onde evitare la ripetizione delle stesse.
- 5.1) Gli specialisti delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere, nonché gli universitari in convenzione con il S.S.R. potranno utilizzare il ricettario S.S.N. per la prescrizione

dei farmaci erogabili dalle farmacie convenzionate nei seguenti casi:

- a) per urgenza terapeutica o di necessità e in dimissione ospedaliera in orari non coperti dalla continuità assistenziale, ai sensi dell'art. 36 D.P.R. 270/2000;
- b) prescrizioni rilasciate dagli specialisti in caso "di presa in carico del paziente" di accesso diretto da parte dell'assistito, nei casi consentiti;

**5.2)** Gli specialisti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, qualora necessario, devono predisporre l'apposito "consiglio terapeutico" su carta intestata della struttura in cui operano, debitamente firmato, contenente i farmaci concedibili dal S.S.N. per la successiva prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di libera scelta, indicando la categoria terapeutica o il solo principio attivo. Tale procedura deve essere seguita anche in caso di dimissione ospedaliera. Non sono ammesse modalità diverse di prescrizione di farmaci;

**5.3)** Gli specialisti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dovranno attenersi a quanto espressamente previsto dall'art. 15-decies del Decreto Legislativo n. 229/1999, circa l'appropriatezza delle prescrizioni e dei "consigli terapeutici", nonché dell'obbligo di informare il cittadino sulle caratteristiche della prescrizione effettuata, con particolare riferimento alla erogabilità del farmaco a carico dei S.S.R.

Al fine di garantire una migliore continuità assistenziale al paziente è necessario organizzare al meglio la comunicazione tra i Medici di Medicina generale e specialisti delle Aziende Sanitarie, anche per garantire lo scambio delle informazioni sul paziente relative ai trattamenti terapeutici in corso, agli accertamenti eseguiti e alla anamnesi, sia in caso di ricovero o di visita specialistica, sia in caso di dimissione. In tal modo sarà anche possibile evitare rischi di sovrapposizioni terapeutiche, duplicazione di esami diagnostici e contrasti tra specialisti e Medici di Medicina generale.

(art. 8 D.G.R. 3161 del 28.12.2001: accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale).

**6)** Le Aziende Sanitarie, su prescrizione del medico curante, assicurano l'erogazione diretta dei farmaci, in base ad un elenco proprio delle

Aziende Unità Sanitarie Locali orientativamente per 30 giorni di terapia per il trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), ai sensi della lettera b) comma 1 dell'art. 8 L. 405/2001 e D.G.R.G. n. 606/2001 avente per oggetto: "Linee guida regionali per le cure domiciliari".

**7)** Le Aziende Sanitarie forniscono direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione ospedaliera, day-hospital compreso;

- Per il ciclo terapeutico si intende il periodo di trattamento che intercorre tra la dimissione ed il termine previsto per la terapia o il successivo controllo medico necessario per valutare o modificare o interrompere la terapia.

- Le strutture sanitarie ospedaliere erogano i farmaci all'atto della dimissione, secondo le modalità definite da ogni singola Azienda, per tutti i pazienti, compresi quelli residenti in altre Aziende USL.

- Sono erogabili i farmaci, presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (P.T.O.) ad esclusione di quelli in classe "C" e nel rispetto delle limitazioni stabilite dalla Commissione Unica del Farmaco (C.U.F.), nel limite di una o più confezioni, di norma fino a coprire una settimana di terapia.

- i farmaci, dispensati, devono essere "caricati" in un apposito centro di costo, in modo da poter rilevare i dati (somministrazione dei farmaci da parte della struttura sanitaria: "File F" della mobilità) e valutare il costo, nonché l'efficacia del metodo e l'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata.

- I Direttori Generali individuano un sistema di certificazione dell'avvenuta consegna al paziente, come strumento di controllo che non determini un eccessivo carico operativo.

**8)** I medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) possono prescrivere i farmaci esclusivamente per le urgenze e per non più di due o tre giorni di terapia. Non possono prescrivere approfondimenti diagnostici (art. 52, c. 6, D.P.R. 270/2000).

**9)** I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ai sensi dell'art. 31 della Legge 23.12.1978, n. 833, e dell'art. 1, comma 4, del D.L. 20.06.1996, n. 323, convertito dalla Legge 08.08.1996, n. 425, devono

curare l'informazione e l'aggiornamento dei medico prescrittore con particolare riguardo ai provvedimenti della Commissione Unica del Farmaco (C.U.F.) relativamente alle indicazioni ed alle limitazioni di prescrivibilità del farmaco a carico del S.S.R., nonché sulle direttive regionali in merito al prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione (art. 7 dei D.L. 347/2001, convertito dalla Legge 405/2001).

I Direttori Generali delle Aziende USL sono tenuti ad organizzare specifici incontri in tutti i Distretti di propria competenza con i Medici di Me-

dicina Generale e Pediatri di libera scelta, con i farmacisti convenzionati con il S.S.R. competenti per territorio, al fine individuare adeguate forme per il contenimento, razionalizzazione della spesa e per l'avvio di interventi di informazione diretta al cittadino sull'uso del farmaco.

**10)** I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono tenuti con cadenza trimestrale, a relazionare al Servizio Sanità della Regione Marche sulle iniziative intraprese per il rispetto di quanto previsto nei precedenti punti.

*Egregio Assessore Sanità  
Dott. Augusto Melappioni - Regione Marche  
Via Gentile di Fabriano - 60125 ANCONA*

*e p.c Egr. Presidente  
Ordine dei Medici-chirurghi e Odontoiatri della provincia  
di ASCOLI P. - MACERATA - PESARO • Loro Sedi*

*Il giorno 8/4/02 il Consiglio dell'Ordine dei Medici-chirurghi e Odontoiatri di Ancona ha preso visione del testo della deliberazione della G R n° 149 ME/SAN del 29/1/2002 (Atto di indirizzo alle Aziende Sanitarie, INRCA per la riqualificazione della spesa farmaceutica) ed ha espresso sorpresa, disagio e non comprensione per l'indirizzo scelto soprattutto per quanto riguarda la modalità di prescrizione dei farmaci da parte dei medici specialisti ospedalieri.*

*Ha ritenuto infatti che ciò possa rappresentare una limitazione della autonomia professionale prescrittiva, oltre a creare possibili disagi ai cittadini in alcune sue fasi attuative.*

*Pur non volendo interferire con la legittima attività legislativa della Istituzione Regionale, il Consiglio si permette di fare alcune riflessioni nell'intento di dare un contributo costruttivo.*

*Questo provvedimento viene interpretato con un mero atto burocratico avulso dalla quotidiana realtà operativa professionale per il controllo della spesa farmaceutica.*

*Altri ad avviso del Consiglio potrebbero essere i percorsi da seguire, come quello di fare una analisi del problema individuando quali sono i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa e costituire un osservatorio che monitorizzi e approfondisca il problema.*

*In base a queste osservazioni il Consiglio chiede una rivisitazione della deliberazione in questione e si rende disponibile con una sua delegazione a discuterne direttamente con lei.*

*Questa richiesta va inoltre anche interpretata come la realizzazione pratica di consultazione dell'Organo Ordinistico come scaturito dal nostro incontro del 25/2/02 e si auspica quindi che dai proponenti si possa passare ai fatti concreti, dove la consultazione della rappresentanza ordinistica, per quanto di sua competenza, diventi una consuetudine, un metodo di lavoro e ciò rappresenterebbe il fattivo riconoscimento del nostro ruolo.*

*Certi di una sua attenzione, porgiamo i nostri saluti.*

CONSIGLIO ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
Il Presidente  
**Dr. Fulvio Borromei**

# MEDICINE NON CONVENZIONALI: LA POSIZIONE DELLA FNOMCeO

Si è svolto a Terni il 17 maggio scorso il Convegno Nazionale della FNOMCeO sul tema "La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi ed opportunità".

Alla manifestazione, che ha avuto ampio risalto sui mezzi di informazione, hanno preso parte i Presidenti dei 103 Ordini provinciali dei medici, esponenti politici e cultori della materia che, con il loro contributo, hanno permesso la stesura di un documento approvato successivamente dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO che rappresenta un punto di riferimento per la professione medica per quanto attiene all'esercizio delle medicine e pratiche non convenzionali.

Riportiamo qui di seguito il testo integrale del documento:

## LINEE GUIDA DELLA FNOMCeO SU MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI

"Le Medicine e le pratiche non convenzionali" ritenute in Italia come rilevanti da un punto di vista sociale sia sulla base delle indicazioni della Risoluzione n. 75 del Parlamento europeo del 29 maggio 1997 e della Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 che sulla base della maggiore frequenza di ricorso ad alcune di esse da parte dei cittadini oltre che degli indirizzi medici non convenzionali affermatasi in Europa, negli ultimi decenni, sono:

1. Agopuntura
2. Fitoterapia
3. Medicina Ayurvedica
4. Medicina Antroposofica
5. Medicina Omeopatica
6. Medicina Tradizionale Cinese
7. Omotossicologia
8. Osteopatia
9. Chiropratica

L'esercizio delle suddette medicine e pratiche non convenzionali è da ritenersi a tutti gli effetti atto medico e pertanto si ritiene:



- essere le medicine esercitabili e le pratiche gestibili - in quanto atto medico - esclusivamente da parte del medico chirurgo ed odontoiatra in pazienti suscettibili di trarne vantaggio dopo un'adeguata informazione e l'acquisizione di esplicito consenso consapevole;
  - essere il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici attori sanitari in grado di individuare pazienti suscettibili di un benefi-
- ziale ricorso a queste medicine e pratiche, in quanto solo il medico chirurgo e l'odontoiatra sono abilitati all'atto diagnostico, che consente la corretta discriminazione fra utilità e vantaggio del ricorso consapevole a trattamenti non convenzionali;
- essere in questa impostazione il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici in grado di evitare che le medicine e le pratiche non

convenzionali vengano proposte e prescritte a pazienti senza possibilità di vantaggio, sottraendoli alle disponibili terapie scientificamente accreditate, sulle quali dovrà essere sempre aggiornato attraverso l'ECM;

- essere il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici soggetti legittimati a effettuare diagnosi, a predisporre il relativo piano terapeutico e a verificare l'attuazione dello stesso sul paziente;
- essere dovere della FNOMCeO e di tutti gli Ordini provinciali, perseguire nei modi dovuti e con tempestività, denunciando all'autorità competente chiunque, non medico, eserciti le suddette medicine e pratiche non convenzionali;
- essere dovere della FNOMCeO e di tutti gli Ordini provinciali perseguire disciplinarmente quei medici chirurghi e odontoiatri che non rispettino, a norma del vigente Codice Deontologico, le regole sopra richiamate o che svolgano attività di prestanomismo a copertura di prestazioni da parte di non medici relativamente alle medicine e alle pratiche non convenzionali sopra elencate;
- essere opportuna la costituzione a livello nazionale FNOMCeO di una banca-dati sulla legislazione internazionale, nazionale e regionale dedicata alle medicine e alle pratiche non convenzionali anche su segnalazione dei singoli Ordini provinciali;
- di richiedere con forza, per far corrispondere alla consistente domanda di medicine e pratiche non convenzionali, un coerente sviluppo di sistemi preposti alla tutela dell'efficacia e sicurezza, la costituzione di una Agenzia Nazionale

composta da soggetti istituzionali quali: il Ministero della Salute, le Regioni, il MURST e la FNOMCeO.

Tra i compiti principali da affidare a tale Organismo, che potrebbe articolarsi in analoghe strutture regionali, sono da prevedersi:

1. l'individuazione e la regolamentazione delle attività relative alle singole medicine e pratiche non convenzionali;
  2. la promozione della ricerca di base e applicata, secondo le regole di buona pratica clinica, nelle aree esclusive e soprattutto in quelle integrate favorendo la conoscenza dei principi e dell'uso appropriato delle medicine e pratiche non convenzionali nella cultura medica, avvalendosi di finanziamenti propri e derivanti da soggetti pubblici e privati in ambito nazionale ed europeo;
  3. il monitoraggio e l'informazione, attraverso relazioni semestrali/annuali alle Istituzioni responsabili della tutela della salute, sull'uso appropriato, efficace e sicuro delle medicine e pratiche non convenzionali;
  4. la regolamentazione dei percorsi formativi attraverso:
    - a. l'individuazione dei criteri per l'adozione degli ordinamenti didattici;
    - b. la definizione dei criteri e dei requisiti per l'accREDITAMENTO dei soggetti pubblici e privati coinvolti nelle attività di formazione;
  5. la sollecitazione, alle Istituzioni competenti, a predisporre tutti quei provvedimenti di carattere normativo o regolamentare utili al perseguimento dei propri scopi istitutivi;
- sollecitare il Parlamento ad attivarsi affinché si pervenga ad una modifica normativa sulla

pubblicità sanitaria, su proposta della FNOMCeO, con l'inserimento di norme specifiche per il settore;

- sollecitare le Autorità competenti ad attivarsi al fine dell'inserimento delle voci, relative alle prestazioni professionali rese nell'esercizio delle medicine e pratiche non convenzionali sopra elencate, all'interno della Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche (DPR 17 febbraio 1992), che, peraltro, necessita di una sostanziale e globale revisione;
- prevedere l'istituzione presso gli Ordini provinciali dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di un registro suddiviso in sezioni per ciascuna delle medicine e pratiche non convenzionali sopra elencate. L'inserimento nel registro dei medici chirurghi e degli odontoiatri è subordinato alla individuazione di criteri che verranno stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento della FNOMCeO, in collaborazione con le scuole e le Società Scientifiche accreditate dalla FNOMCeO stessa, nella distinzione di ruoli e funzioni.

**La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri CHIEDE**

**con forza un urgente e indifferibile intervento legislativo del Parlamento, al fine dell'approvazione di una normativa specifica concernente le Medicine e le pratiche non convenzionali sulla base di quanto contenuto nel presente documento.**

# Viaggio senza bagga- glio

# Viaggio senza bagaglio

**A cura di Sergio Giustini**

*Console del Touring Club Italiano*

## La prima chioma delle Marche: la quercia Pierigé

Quinte di colline, piccole soleggiate valli, serpeggiate di torrenti e fiumi, spazi di geometrici campi coltivati, boschi, strade bianche che scandiscono una scacchiera di modesti aggregati urbani e case contadine sparse lungo i crinali sul filo degli spartiacque, esili

campanili e antiche strutture fortificate, pievi isolate: tale è ancor oggi il quadro del secolare paesaggio agrario delle Marche.

L'illustre scrittore Piovene disse efficacemente che se si volesse stabilire qual è il paesaggio italiano più tipico bisognerebbe indicare le Marche; in questa regione si hanno infatti gli esempi più integri di quel paesaggio dolce, senza mollezza, equilibrato e moderato come se la mano dell'uomo ne avesse fornito il disegno. La nostra regione è una "terra filtrata e civile" ove è difficile trovare una così esatta corrispondenza tra gli animi ed il paesaggio e dove l'arte e la natura sul territorio sono ampiamente rappresentate. L'odierna puntata del viaggio senza bagaglio conduce stavolta verso "quella collina ammirata come un grande e naturale giardino all'italiana", ancor più invitante al ritorno della stagione primaverile. Mi perdoni il cortese lettore se indulgo ancora nella presenta-



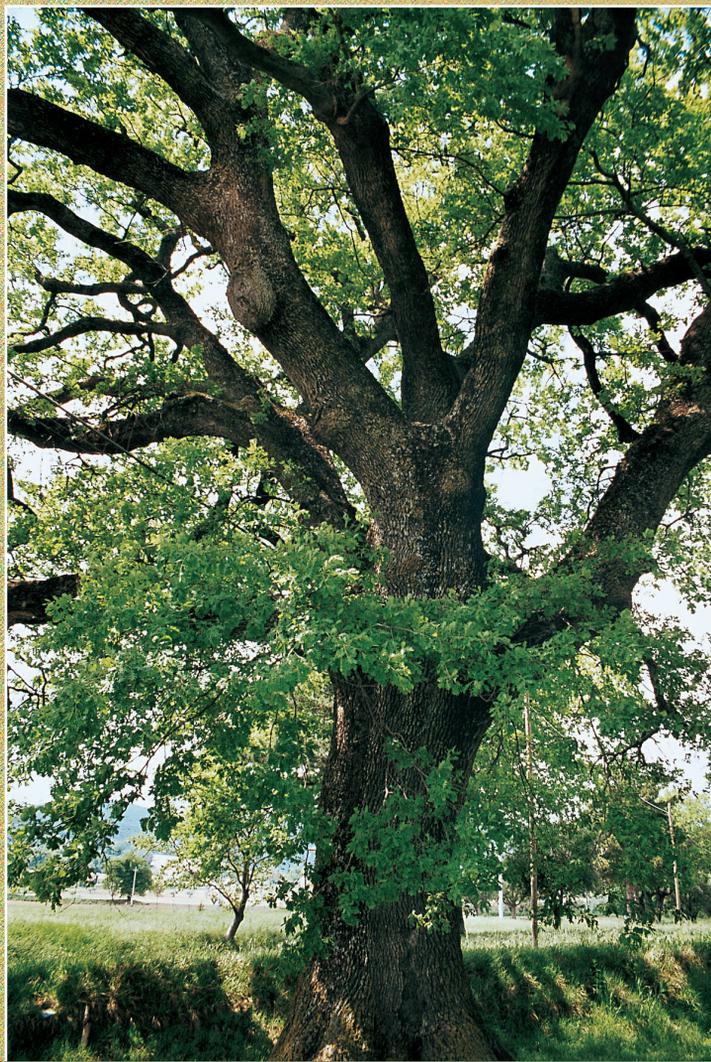
La quercia Pierigé in abito invernale

zione dell'itinerario ma desidero ricordare, come ebbi a farlo nell'occasione dei cento anni del Touring Club Italiano parlando della nostra terra, che le ragioni storiche del turismo in Italia includono due grandi momenti: la straordinaria tradizione della storia e dell'arte, passaggio obbligato di ogni persona aperta alla cultura, e l'eccezionale ricchezza della natura e dell'ambiente: di tali momenti le Marche forniscono molti convincenti esempi.

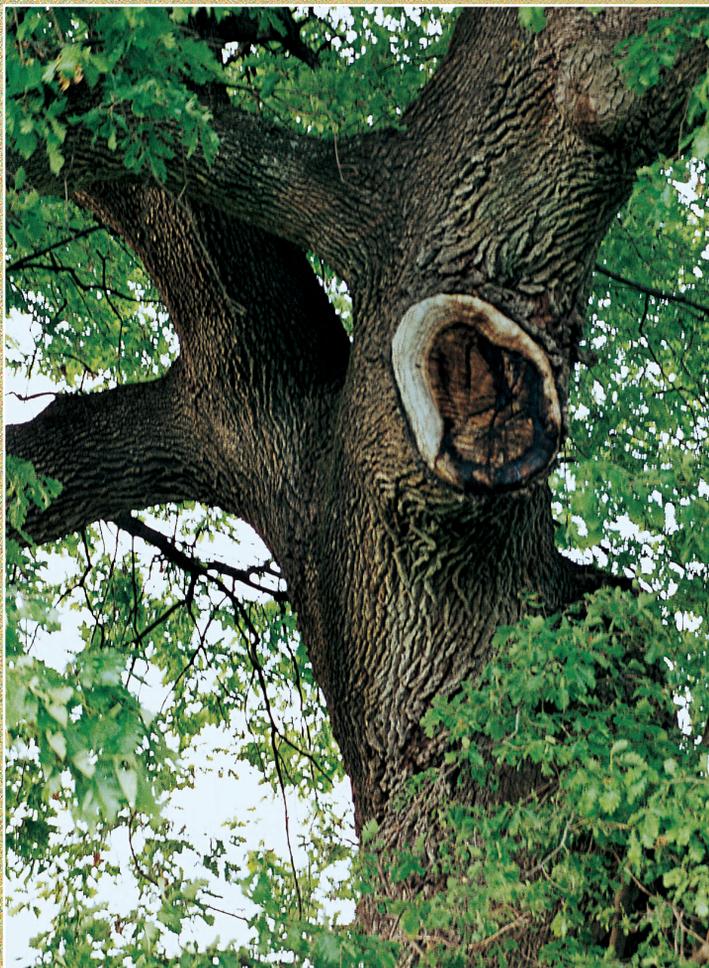
La quercia è l'emblema vegetale della regione e quella che andrò a presentarvi è la più bella; alcuni lustri or sono era nominata come tra le più

maestose cinque della Marche, le altre essendo la quercia di Vallecchia di Mozzano vicino Ascoli Piceno, ancora in vita e florida, la Cerquabella delle Piane di Montegiorgio, il patriarca della regione che una quindicina di anni fa chiuse il suo multicolore ciclo terreno, e le due altre della nostra provincia che descriverò più avanti: la Querciabella di Ostra e la Cerquagrossa di Serra de Conti. Ma ritorniamo alla nostra prima chioma: davanti alla colonia Pierigè un podere della parrocchia di Avenale, in località Santa Maria del Rango, a pochi chilometri da Cingoli e ben individuabile dalla strada, si eleva un monumento vegetale che ci offre la più grande ombra della regione per via dei suoi ragguardevoli numeri: ventitre metri di altezza, circonferenza alla vita di oltre cinque metri, una chioma di trentacinque metri di diametro ed una età di trecento anni: parlo della quercia Pierigè, più volte descritta anche dalla stampa. Al suo fianco una degna sorella "minore", anche di età, e l'ombra delle due "signore" raggiunge i mille metri quadri di superficie. L'albero incute un suggestivo rispetto suscitando un'ammirazione straordinaria per la sua rigogliosa eleganza e le possenti radici emergenti in buona parte dal terreno.

Due rami risultano recisi ma la vitalità della pianta ha presto risanato le sue ferite e l'armoniosa sinuosità del tronco la rende ancora in pieno benessere. Essa costituisce una reale sfida ad iperboliche aggettivazioni e con il suo lieve stormir di rami sembra voler dire grazie "complice il delicato venticello primaverile che dà l'alito della realtà a certe suggestioni". Il compianto don Primo Squadroni, attento e vigile custode dell'albero, ricordava anche un altro fenomeno naturale occorso in quel di Avenale: la nascita di un cavolo di quasi



Il colossale tronco della quercia Pierigè



Particolare del tronco della Cerquagrossa di Serra dei Conti: ben evidente al cicatrice lasciata dal ramo perduto per eventi naturali

di tre metri di altezza e cinque di circonferenza che però, a seguito di una intensa nevicata, morì alcuni anni dopo. Sicuramente ciascuno dei lettori potrà individuare questa o quella quercia nel percorrere le vie della campagna ma desidero porre l'attenzione su quella che era considerata fino ad alcuni anni fa la più grande chioma della provincia di Ancona: in frazione di Osteria lungo la strada che conduce ad Arcevia, superata di poco Serra dei Conti, si può ancora ammirare la fiabesca "Cerqua grossa", con numeri di poco inferiori alla Pierigè. Purtroppo diversi suoi rami sono stati potati poiché un fulmine ed un fortuale di inaudita intensità la colpirono duramente;

non solo ma anche una bomba in epoca bellica si schiantò sulla pianta all'altezza del primo palco di rami che vennero poi recisi. L'aspetto che ho potuto verificare recentemente presenta quindi una chioma meno estesa, asimmetrica con il peso spostato verso destra. Un carattere che la rende comunque commendevole è la felicissima posizione, isolata in mezzo ad un vasto prato verde. A pochi chilometri di distanza da essa si può ancora godere della vista del tronco di un'altra grande chioma della provincia di Ancona, quella che il Capodarca equiparava alla Cerquagrossa per dimensioni e bellezza e cioè la Querciabella di Casine di Ostra che però ha anch'essa subito una potatura per via di malattie ed altri eventi talchè rimane in tutta la sua vitalità solamente il poderoso tronco.

In questa brevissima rassegna verde ho citato esemplari arborei delle province di tutta la regione eccetto quella di Pesaro ed Urbino che desidero qui doverosamente ricordare per l'esistenza, solo in quel territorio, di due eccezionali alberi: il tasso di Fonte Avellana dalle dimensioni realmente incredi-

bili ed il superbo ippocastano di Orciano, a cavallo delle vallate del Cesano e del Metauro.

Infine il gentile lettore pazienti se intendo proporvi un ulteriore spunto per invitarlo ad ammirare l'inconfondibile e straordinario platano che dimora lungo la vecchia Salaria, fuori Ascoli, e cioè il cosiddetto albero del Piccioni: esso ha un tronco di dieci metri di circonferenza all'interno del quale si è creata una vera e propria stanza.

A conclusione del mio racconto mi piace rammentare che stavolta non potrò indicare giorni ed ora di apertura per le visite poiché la natura non chiude mai!

# Antiquariato ... ... CHE PASSIONE!

A cura di Gianfranco Curzi

## *Falso o autentico?*

E' difficile imbattersi, sul mercato dell'antiquariato, in un pezzo completamente falso, come è altrettanto difficile scoprire pezzi completamente integri ed in perfetto stato di conservazione (cosiddetta prima patina). Numerosissimi sono invece gli esemplari non perfettamente autentici, quelli cioè che hanno subito manomissioni, alterazioni e restauri più o meno importanti. Il mercato ne è pieno. In questo campo, imitazioni, falsificazioni, ristrutturazioni e varie modifiche, sono i trabocchetti che rendono difficile la vita dell'antiquario e del collezionista che si avventura nel mercato senza adeguata preparazione, e dell'acquirente che, magari, vorrebbe avere in casa qualche pezzo antico, eventualmente abbinato ad arredi moderni.

C'è anche da dire che alcuni pezzi modificati o ristrutturati possono avere una certa validità, ma l'importante è saperlo al momento dell'acquisto. Il pezzo di antiquariato rappresenta un buon investimento se è autentico, e se vi sono rappresentati tutti o quasi tutti gli elementi originali. Infatti solo allora esso può essere rivenduto con guadagno, o magari scambiato. Questi arredi sono comunque rari e molto costosi. Invece, un pezzo adattato, rifatto o compattato, potrà avere un



Cassettoni o Canterano a cinque cassetti del XVI Secolo. Esempio di mobile autentico "prima patina". Mai restaurato se non lucidato a cera, è in legno di noce, con cassetti radicati. Serrature e chiavi autentiche. Sculture lignee sui due montanti anteriori. Il mobile è di origine nobile toscana, Famiglia Marchesi Malaspina.



Particolare del Canterano della figura n. 1. La scultura lineea mostra una figura femminile gravida, con frutti in abbondanza che escono dal grembo. Ciò simboleggia l'origine nuziale del mobile, che è quindi nobiliare e non ecclesiastico.



Esempio di cassettono o canterano "falso". Il mobile originario è dell'inizio del XIX secolo in legno di noce. L'applicazione di cornici sui cassetti e l'aggiunta della base di un cassone, lo invecchia di circa 100 anni, facendogli assumere una struttura sei-settecentesca.

valore estetico ed essere anche funzionale, ma non sarà mai commerciabile e quindi non rappresenta un investimento.

Esistono delle regole generali per evitare di fare cattivi acquisti, che tuttavia sono sempre possibili. Esse sono:

1. Un pezzo già restaurato e pronto, ha molte probabilità di essere non autentico.
2. Soltanto un pezzo anche molto rovinato e di prima patina può dare una certa garanzia di autenticità.
3. Arredi dell'800 e del 900 più facilmente sono autentici.
4. Il tipo di restauro è molto importante. Se troppo spinto e male eseguito può rovinare un mobile bello ed autentico.

Bisognerà quindi sempre scegliere con accuratezza il restauratore, anche se ciò può costare un po' di più.

5. Arredi di alta epoca (XVI e XVII sec.) molto facilmente possono essere falsi. Per questi pezzi saranno molto importanti l'osservazione dei particolari, delle proporzioni, delle misure e la sensazione tattile delle superfici. Essi vanno osservati alla luce del sole, da sotto, da sopra, dentro e dietro. Un solo particolare che non convince può far porre la diagnosi di falso. Si tenga presente che un arredo di alta epoca, quando autentico e di prima patina, può costare anche da 50000 € in su.

6. Gusto, cultura, modestia e fiducia, sono delle condizioni indispensabili per non cadere nei tranelli più grossolani. Modestia nel non pensare che il venditore sia un semplice ed inesperto improvvisatore, e tu un acquirente furbo ed esperto. Fiducia nella persona prescelta per consigliare l'acquisto.

Bisogna sapere che anche i commercianti più esperti, come i collezionisti più preparati, possono essere tratti in inganno. Ciò che quasi sempre li tradisce è la sensazione con la contemporanea speranza di essersi imbattuti in un ottimo ed insperato affare o l'essersi troppo innamorati dell'oggetto d'acquistare.

# Il futuro della sanità nella Regione Marche

## Quale dirigenza per i medici marchigiani

Relazione del Presidente Fulvio Borromei al convegno organizzato dall'ANAAO

**L**a Dirigenza va intesa nella sua più completa estensione, quindi individuo nella dirigenza politica, manageriale, professionale e nelle loro varie espressioni di ruoli e competenze (dall'Assessore alla Sanità e figure connesse ai Direttori Generali, ai Direttori Sanitari, ai Dirigenti medici di I e II livello, ai Dirigenti sindacali di categoria di associazioni professionali e società scientifiche, ai Dirigenti gli Ordini professionali) le figure alle quali far riferimento in questa trattazione.

L'obbiettivo principale della Dirigenza in questo campo è la ricerca dello STATO DI SALUTE dei cittadini nel rispetto delle leggi vigenti e delle norme etico-professionali che tutelano la professione medica.

Il PIANETA SANITA' è in costante evoluzione e cambiamento (scientifico tecnologico, organizzativo) dove aziendalizzazione, managerialità, allocazione e ottimizzazione delle risorse, costo/beneficio (per citarne solo alcune) sono termini di uso corrente. Oggi i termini: etica, deontologia (che non sono termini astratti) sembrano arcaici e anacronistici, ma senza di questi non saremo mai in grado di tracciare un percorso di qualità delle cure. Se prevalesse una mera gestione burocratica economicistica che non tenesse conto della storia e delle peculiarità professionali dei medici, che anzi una gestione illuminata dovrebbe sempre promuovere e rivitalizzare, creeremmo situazioni di disagio che snaturerebbero la vera essenza professionale.

Elementi di disagio possono essere:

- Il mancato rispetto dei ruoli professionali
- Il mancato rispetto del tempo clinico professionale
- Il mancato diritto alla formazione continua

Infatti una incertezza di gestione del pianeta sanità, determina la sua instabilità, impedendo l'emergere delle leadership professionali e non facilita le progettualità.

Mi auspico un PIANETA SANITA' in continua evoluzione e in continuo rimodellamento, in risposta alle esigenze della società che cambia, ma che abbisogna anche di scelte certe e durature af-

finchè i medici possano lavorare con tranquillità e sviluppare le loro peculiarità professionali nell'ottica della salvaguardia della salute dei cittadini.

Ritengo che sia compito della dirigenza medica in relazione ai propri ruoli e responsabilità promuovere le condizioni politiche, professionali, organizzative sanitarie per un armonico sviluppo del sistema.

Per realizzare un reale PROGETTO DI SALUTE i vari livelli dirigenziali devono **concertare** il PERCORSO perché i vari attori sono tutti indispensabili per raggiungere l'obbiettivo. La Dirigenza inoltre deve schermare il sistema da influenze improprie che limitano un percorso di qualità.

Compete alla dirigenza:

- Sfrondare la sanità da un populismo paludoso e nocivo.
- Educare i cittadini ad un utilizzo responsabile e appropriato delle risorse economiche, umano-professionali.
- Promuovere e facilitare un comportamento etico-professionale.

Questa inoltre deve offrire opportunità all'alta professionalità medica presente nel nostro sistema.

Di contro si devono attenuare le spinte corporative nel corpo professionale con una ottica di condivisione che comunque non va confusa con un unanimità improduttiva.

Comun denominatore della dirigenza deve essere il rispetto dei ruoli e delle funzioni politico-amministrative, manageriali, di istituto e di associazione, con un obiettivo comune, dove ogni componente svolge la sua parte.

Non ci sono soluzioni ottimali in sanità, senza una analisi storica di tutti i processi politico sanitari professionali e senza questo passaggio si realizzerebbero soluzioni avulse dalla realtà specifica e quindi inappropriate.

L'ANALISI STORICA, LA CONCERTAZIONE, I PROGETTI E SOLUZIONI CONDIVISE, SONO PASSAGGI IMPORTANTI PER UNA DIRIGENZA CHE SOTTENDA ALLO STATO DI SALUTE DEL SISTEMA.

## La FNOMCeO ...

### ...l'ECM

Il Consiglio Nazionale straordinario della FNOMCeO, riunito a Terni il 19 maggio 2002;

#### ESAMINATA

La grave situazione di incertezza e la grande confusione in cui versa il sistema di ECM che deve costituire un complesso educativo collegato con tutto l'iter formativo del professionista e di cui ancora non sono ben definiti i ruoli degli attori, le certezze normative dei discenti e le modalità di finanziamento

#### CHIEDE

Alla Conferenza Stato - Regioni di rendere possibile la messa a punto del sistema, onde definire in modo garantista per tutti il ruolo regolatorio dello Stato, delle Regioni, degli Ordini e Collegi, anche in ordine all'accreditamento dei professionisti, la trasparenza dei finanziamenti, il ruolo delle Società Scientifiche e della Università e la regolamentazione dei providers, al fine di garantire ai discenti efficacia e correttezza ed evitare il rischio di venti sistemi formativi regionali diversi.

Pertanto il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, pur riaffermando ancora una volta il valore deontologicamente ineludibile della formazione permanente, qualora perdurasse tale stato di disagio ed incertezza dei medici senza garanzie di efficacia per i cittadini,

#### ADOTTERA'

Tutte le iniziative necessarie, anche le più determinate, eclatanti e inequivocabili.

## ...e la pubblicità sanitaria

Il Consiglio Nazionale straordinario della FNOMCeO, dopo l'approvazione del documento sulle Medicine non convenzionali,

#### RILEVA

L'obiettivo presenza di una ulteriore difficoltà nella già ardua applicazione della normativa vigente in tema di pubblicità sanitaria, e quindi

#### CHIEDE

Al Parlamento un immediato intervento legislativo basato sulla proposta già elaborata dal Comitato Centrale, impegnandosi in un prossimo Consiglio Nazionale a dare indirizzi unitari agli Ordini provinciali.

## Riunione della Comm. Ordinistica per la Medicina del Lavoro

Si è svolta il giorno 18 aprile 2002 alle ore 21 presso la sede dell'Ordine la riunione della Commissione Ordinistica per la Medicina del Lavoro, con il seguente Ordine del Giorno:

- 1) discussione sulla circolare 1713-1714 FNOMCeO del 8/2/02, 3360 Assessorato Sanità Regione Marche del 20/2/02, e circolare CNSML del 26/3/02;
- 2) Presentazione risultati elaborazione questionari di gradimento dei Seminari Monotematici 2001-2002;
- 3) Individuazione temi dei Seminari Monotematici di Aggiornamento 2002-2003;
- 4) Coordinamento pubblicazione Atti dei Seminari 2001-2002;
- 5) Coordinamento pubblicazione articoli bollettino dell'Ordine;
- 6) Varie ed eventuali.

In poco più di 3 ore di serrato lavoro tutti i temi sono stati esaminati e concordate le azioni da intraprendere.

Relativamente al primo punto la Commissione esprime il benvenuto ai colleghi Igienisti e Medici Legali per la loro possibile opera di Medici Competenti. La Commissione peraltro li invita a svolgere un'intensa azione di aggiornamento professionale nel campo della Medicina del Lavoro, approfittando anche delle iniziative portate avanti dall'Ordine di Ancona.

Sempre relativamente al primo punto, si è deciso che tre rappresentanti della Commissione (il prof. Governi ed i dott. Gubbi e Pettinari) relazioneranno direttamente al Consiglio dell'Ordine sulla possibilità di avvalersi di collaboratori nella sorveglianza sanitaria.

Sono stati poi esaminati i risultati dei questionari di gradimento, sempre estremamente lusinghieri verso i Seminari Monotematici organizzati dalla Commissione Ordinistica, per cui si ritiene opportuno proseguire nell'opera di aggiornamento intrapresa. Relativamente al terzo punto (individuazione temi dei Seminari Monotematici di Aggiornamento 2002-2003), i temi individuati sono i seguenti:

- rischio chimico parte I (in riferimento al Dlgs 25/2002)
- rischio chimico parte II
- lavori atipici: interinale, domiciliare, collaborazioni, ecc.
- il nuovo M.C.: integrazione tra culture specialistiche
- tutela della salute riproduttiva e dei minori

Le date possibili di svolgimento potrebbero essere:

• 15-11-02 • 13-12-02 • 24-01-03 • 21-02-03 • 24-03-03

E' stata inoltre concordata una intesa di massima dei documenti da pubblicare sugli atti e sul bollettino dell'Ordine, coinvolgendo possibilmente tutti i SPSAL della provincia e, se possibile, degli altri Ordini della regione. Nella pubblicazione degli atti verranno quindi conservate le 4 sezioni già utilizzate nell'ultima pubblicazione:

I. Atti dei Seminari Monotematici 2001-2002; II. Sezione Documenti; III. Sezione Protocolli; IV. Sezione Sorveglianza.

*Il Coordinatore della Commissione  
dott. Oriano Mercante*

# DAL MINISTERO DELLA SALUTE

## Liste d'attesa: i ministri Sirchia e La Loggia convocano gli assessori alla sanità

Con riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio scorso sulla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ritenute urgenti, il Ministro della Salute Girolamo Sirchia, d'intesa con il Ministro per gli Affari Regionali Enrico La Loggia, ha convocato gli assessori regionali alla sanità.

L'incontro ha lo scopo di effettuare una prima verifica sulle iniziative che le Regioni hanno adottato o intendono intraprendere per ridurre il grave disagio derivante ai cittadini dai ritardi di accesso ai servizi sanitari per patologie importanti.

Nel frattempo il Ministero ha attivato il numero verde 800.571.661 (ore 9-20) attraverso il quale i cittadini possono segnalare i ritardi per le attese delle prestazioni ritenute urgenti.

## Ministero sta valutando informazioni su Nimesulide

Il Ministero della Salute informa che le Autorità sanitarie della Finlandia hanno comunicato, a tutte le Agenzie europee, di aver predisposto un provvedimento di sospensione della vendita delle specialità medicinali contenenti come principio attivo la nimesulide.

Tale provvedimento si è basato sulla osservazione di una alta frequenza di effetti avversi di tipo epatotossico in pazienti che avevano assunto questo tipo di medicinali. Il Ministero della Salute, in collaborazione con le altre Agenzie europee, sta valutando tutte le informazioni disponibili.

In Italia la nimesulide è largamente usata dal 1985 (nel 2000 e nel 2001 sono state prescritte circa 24 milioni di confezioni per anno). Gli episodi segnalati in Italia riguardanti reazioni epatotossiche sono stati a tutt'oggi circa il 5% delle oltre 450 segnalazioni registrate nella banca dati della Farmacovigilanza italiana. Tali effetti sono previsti e descritti nella scheda tecnica italiana dei prodotti contenenti nimesulide e nel foglietto illustrativo che accompagna queste confezioni. Inoltre nella sezione speciali avvertenze e precauzioni per l'uso viene raccomandato: "I pazienti che durante il trattamento con Nimesulide presentino alterazione dei tests della funzione epatica e/o manifestino sintomi compatibili con un danno epatico (anoressia, nausea, vomito, ittero) devono essere attentamente monitorizzati ed il trattamento deve essere interrotto. Questi pazienti non dovranno essere più trattati con Nimesulide". La Nimesulide inoltre è controindicata nella insufficienza epatica.

Una più alta frequenza di questo tipo di eventi in Finlandia

rispetto all'Italia potrebbe essersi verificata per via di una diversa modalità di uso di questi prodotti nei due Paesi. In Italia, infatti, la nimesulide è utilizzata principalmente per brevi periodi per trattare il dolore di lieve intensità.

Il Ministero della Salute ribadisce l'esigenza di utilizzare tutti i medicinali solo nelle condizioni cliniche indicate in quanto nessun farmaco è esente da possibili effetti collaterali. L'utilizzo dei farmaci al di fuori delle indicazioni previste espone gli utilizzatori a dei rischi inutili.

## Negli Ospedali meno ricoveri e più brevi, cresce il day hospital

Il Ministero della Salute ha raccolto in volume ed ha reso disponibile su Internet ([www.sanita.it/sdo](http://www.sanita.it/sdo)) l'elaborazione dei dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera italiane (provenienti ogni anno dai 1.389 istituti di ricovero e cura pubblici e privati esistenti sul territorio nazionale), aggiornata a tutto il 2000. Nel 2000 si sono registrate oltre 12,6 milioni di dimissioni e 82,5 milioni di giornate di degenza. L'analisi dello studio evidenzia una tendenza a ricoverarsi di meno, per meno tempo e a utilizzare di più il day hospital.

Per il secondo anno consecutivo si registra una diminuzione dei ricoveri per acuti (circa 320 mila) e delle relative giornate di

degenza (oltre 3 milioni). Tale riduzione è effetto di una tendenza diversa osservata tra le strutture pubbliche ed equiparate (373 mila ricoveri in meno) e le case di cura accreditate (46 mila ricoveri in più).

Il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario è di 159 ricoveri ogni 1.000 abitanti e risulta in diminuzione rispetto al 1999 (165), mentre il tasso di ospedalizzazione in day hospital è di 46 per 1.000 ed è in aumento (nel 1999 era di 42). Rimangono invece stabili le attività di riabilitazione e lungodegenza.

Continua poi la progressiva riduzione della durata di degenza media dei ricoveri per acuti (6,9 giorni) e rimane stabile la degenza media pre-operatoria (2,3 giorni).

Un elemento significativo riguarda la mobilità ospedaliera: circa il 7,5% dei pazienti che necessita di un ricovero ordinario per acuti si rivolge ad istituti esterni alla propria regione di residenza (nel 1999 era il 7,8%). Tra le cause più frequenti di ricovero evidenziate dal Rapporto, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio rappresentano la principale causa di dimissione per acuti (13,7%), seguite dalle malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (11,8%), dalle malattie dell'apparato digerente (10,8%), da gravidanza, parto e puerperio (8,2%) e dalle malattie del sistema nervoso (7,2%). Pur restando prevalente la casistica di tipo "medico", continua il progressivo aumento dei casi chirurgici; attualmente si ha un caso chirurgico ogni 1,9 casi medici (nel 1999: un caso ogni 2,1).

Il volume prende in esame an-

che alcuni interventi chirurgici più frequenti nella popolazione anziana: i tassi di ospedalizzazione per 100.000 abitanti di età superiore ai 65 anni, sono 504 per l'intervento di protesi d'anca, 226 per l'angioplastica coronarica, oltre 3.000 per gli interventi di cataratta.

### Trapianti di fegato anche in pazienti sieropositivi

La Commissione nazionale Aids e il Centro Nazionale Trapianti hanno definito le procedure che permetteranno di effettuare trapianti di fegato da cadavere in pazienti con infezione da Hiv.

Pertanto, a conclusione dell'iter, i sieropositivi che rispondono a determinati criteri di inclusione saranno regolarmente inseriti nelle liste di attesa.

Sono in avanzata fase di elaborazione i parametri ad hoc necessari a valutare l'ammissibilità nelle liste dei pazienti sieropositivi in attesa di trapianto di fegato. Inoltre verranno definiti in tempi brevi anche i criteri per l'accreditamento dei centri per il trapianto di fegato a pazienti sieropositivi che dovranno seguire un unico protocollo nazionale.

Si tratta di una procedura che non può essere ancora considerata una pratica medica consolidata e quindi è assoggettata a stretta sorveglianza da parte del Ministero della Salute nella definizione dei protocolli, dei centri, del numero dei casi e della loro valutazione. Solo se la pratica si dimostrerà efficace e sufficientemente sicura essa potrà diventare di impiego corrente.

### Sirchia: dal Monitor biomedico 2002 piena conferma all'azione del Governo e agli obiettivi del Piano sanitario nazionale

In merito ai risultati del "Monitor biomedico 2002", realizzato dal Censis e dal Forum della ricerca biomedica, il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, rileva come l'indagine confermi in pieno le azioni del Governo e gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 2002-2004.

Infatti gli italiani chiedono al Ministero della Salute di essere garante della qualità, dell'efficacia e dell'equità delle cure e dell'assistenza. Vogliono le graduatorie dei migliori ospedali pubblici e privati. Considerano al primo posto tra i problemi più gravi della sanità pubblica la lunghezza delle liste d'attesa, seguita dalla bassa qualità dei servizi e dalle carenze nell'assistenza ai malati cronici, anziani, non autosufficienti, disabili. Desiderano più assistenza domiciliare per i malati cronici e, in sostituzione del ricovero ospedaliero, maggiore collegamento tra ospedali generali e centri di alta specialità, più risorse per la medicina d'urgenza e d'emergenza, più spazio al privato profit e non profit per aumentare l'offerta di servizi e prestazioni. La maggior parte degli intervistati si è dichiarata d'accordo con l'introduzione di un fondo integrativo per le cure alle persone non autosufficienti. Sempre più consenso, inoltre, intorno all'obiettivo strategico della prevenzione: 86 cittadini ogni 100 già eseguono almeno una delle normali pratiche per mantenere il proprio benessere, come esami periodici, una cor-

retta alimentazione, il movimento. Al tempo stesso cresce l'attenzione verso le minacce per salute che arrivano dall'inquinamento, dal fumo e dallo stress. Dall'indagine giunge anche conferma del ruolo centrale del medico di Medicina generale, considerato come la fonte principale di informazione in materia sanitaria. Riguardo ai problemi di finanziamento della ricerca, trova d'accordo il 50 per cento degli italiani l'idea che occorre dare più spazio ai privati sia favorendo gli strumenti di incentivazione fiscale delle donazioni sia favorendo forme più dirette di partecipazione. Mentre in tema di sperimentazioni genetiche, aumentano i contrari all'utilizzo

degli embrioni umani, il cui divieto è stato, peraltro, reiterato all'inizio dell'anno.

### Ricerca finalizzata 2002: fondi incrementati del 18 per cento

Il Ministero della Salute informa che la Lettera-invito relativa al "Bando di ricerca finalizzata 2002" promossa dal Dicastero è disponibile sul portale ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)). Il nuovo bando, controfirmato dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, prevede uno stanziamento complessivo di 73 milioni di Euro, con un incremento pari al 18 per cento rispetto al 2001, i cui destinatari istituzionali sono le Regioni, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

I fondi saranno mirati esclusivamente al perseguimento di 11 progetti strategici di alto profilo scientifico, sia biomedico che sanitario - delineati nel bando - in modo da concentrare le risorse economiche su tematiche di grande interesse nazionale nelle tre grandi aree della prevenzione, della cura e della riabilitazione, con l'obiettivo di avere positive ricadute sull'efficacia, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria pubblica e quindi sulla salute della popolazione.

I progetti inseriti nel programma di Ricerca finalizzata consentono ai destinatari istituzionali di correlarsi alle esigenze

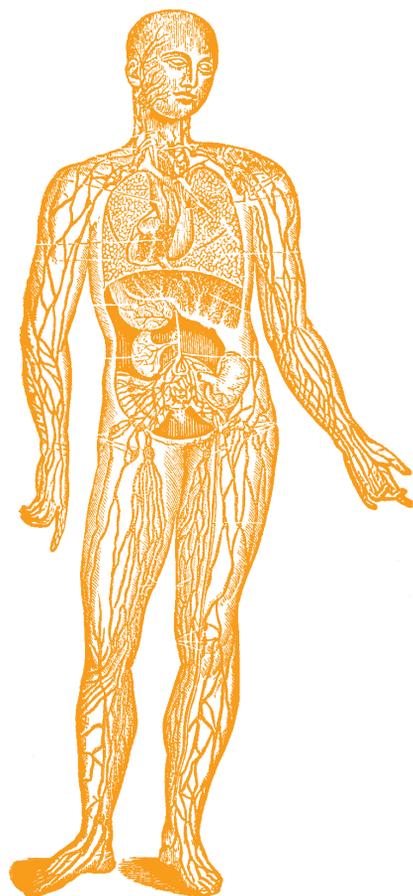
della rete di ricerca istituzionale del Dicastero, che ha gettato le basi per la creazione di network tra le diverse istituzioni che afferiscono alla stessa area scientifica.

Il bando inoltre, per la prima volta, prevede la possibilità per le imprese pubbliche e private di partecipare in modo paritario con l'Amministrazione a progetti di ricerca che rivestano un interesse sanitario pubblico, partecipando direttamente al finanziamento della ricerca stessa, con una quota non inferiore al 50 per cento. Il cofinanziamento garantisce un incremento delle risorse in un settore di particolare rilievo strategico.

Altri fondi possono pervenire da Enti o Istituzioni pubblici e privati, anche internazionali, che attraverso accordi di programma, convenzioni o contratti stipulati con i destinatari istituzionali, partecipano a progetti di grande interesse sanitario e sociale, selezionati dal Ministero della Salute.

### Sentenza Rieti, risorse SSN solo per pratiche dimostrate

In merito alla sentenza del giudice di Rieti, con la quale si obbliga l'Azienda sanitaria locale a prelevare e conservare cellule di cordone ombelicale a fini terapeutici nei confronti della "Sindrome di Ondine", pur nel rispetto della speranza dei genitori, il Ministero della Salute rileva che attualmente non esiste alcuna evidenza che le malattie genetiche rare, alla cui categoria appartiene questa sindrome, possano essere trattate efficacemente con l'uso di cellule staminali. Questo obiettivo potrà



sperabilmente essere raggiunto solo quando la ricerca di base dimostrerà che esistono metodi riproducibili per l'espansione di queste popolazioni cellulari (indispensabile per conseguire un trattamento efficace in un soggetto che abbia un peso corrispondente a quello atteso nell'età post-puberale) e si documenti la possibilità di trasformare in vitro le cellule staminali emopoietiche in cellule costituenti di organi di interesse (in questo caso cellule del sistema nervoso). Tutte le ricerche del settore sono oggi sperimentali e non hanno prodotto alcun risultato di provata efficacia terapeutica in nessuna malattia rara. Le uniche eccezioni riguardano la ricostituzione di midollo osseo, la ricostruzione di epidermide e di tessuto corneale. Con questa sentenza viene quindi introdotto il principio che il Servizio Sanitario Nazionale debba pagare per pratiche di non dimostrata efficacia, non essendovi alcuna ragione perché il sangue placentare della madre debba essere conservato ai fini di trapianto. L'uso di risorse pubbliche per pratiche non dimostrate ha l'unico effetto di dirottare le risorse per i molti bisogni essenziali dei cittadini che ancora non vengono soddisfatti.

### **Sirchia all'ONU: marchi privati nelle campagne contro l'Aids**

Il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, è intervenuto al Palazzo delle Nazioni Unite di New York alla seconda riunione del Consiglio di Amministrazione del Fondo globale per la lotta contro l'Aids, la tubercolosi e la malaria in favore dei Paesi

in via di sviluppo (PVS).

Al fine di incrementare le risorse del Fondo, il Ministro ha proposto nel corso della riunione, presieduta dal Segretario generale dell'ONU Kofi Annan, di attivare finanziamenti privati tramite "cause related marketing", tecnica ampiamente collaudata nel mondo anglosassone e tipica dell'Unicef, che offre la possibilità di affiancare marchi privati a quello della campagna istituzionale con notevole ritorno di immagine per le aziende, e quindi ha sollecitato la costituzione di una struttura ad hoc per la raccolta dei consensi. Sirchia ha anche indicato la possibilità di sostenere i progetti, che vengono sottoposti a un Comitato scientifico, non solo con risorse finanziarie, ma anche con interventi attivi da parte di aziende italiane. Il Fondo è configurato, infatti, secondo un modello di partenariato tra pubblico e privato e parte dalla necessità di incrementare i consistenti finanziamenti pubblici, circa 2 miliardi di dollari in dotazione, con risorse private senza conflitti di interesse.

L'Italia ha un ruolo preminente nel Fondo, il cui avvio è stato deciso nel corso del vertice G8 di Genova. Il nostro Paese si è impegnato a versare 200 milioni di dollari nel biennio 2002-2003, di cui 50 milioni già erogati, e questo contributo garantisce all'Italia un seggio nel Consiglio di amministrazione. Due tecnici dell'Istituto superiore di sanità operano, inoltre, nel "Technical Review Panel", organo del Fondo incaricato di valutare la qualità delle richieste di finanziamento provenienti dai PVS. Anche le nostre Ambasciate sono attivamente impegnate per l'inserimento

delle strutture decentrate della cooperazione italiana e delle Organizzazioni non governative italiane nei "Country Coordination Mechanism", meccanismi preposti ad assistere i governi locali nella formulazione di richieste al Fondo e quindi l'efficacia dei programmi.

Tale impegno si aggiunge, con nuove prospettive di sviluppo, alle diverse iniziative già promosse dall'Italia per contrastare l'AIDS e migliorare l'assistenza ai malati nei PVS come la costituzione della rete internazionale di solidarietà terapeutica ospedaliera, la sperimentazione del vaccino, l'iniziativa congiunta Italia-OMS per l'Africa, nonché alla partecipazione dell'Italia al programma "Roll back malaria".

### **Precisazione su trapianti di organo a sieropositivi**

In merito alla generica notizia, pubblicata dal settimanale "L'Espresso", sulla presunta morte di un paziente sieropositivo seguita alla mancata autorizzazione del trapianto di fegato da parte del Ministero della Salute, si precisa che non risulta pervenuta a questo Ministero nessuna richiesta urgente di trapianto di fegato su paziente sieropositivo né tanto meno potrebbero essersi verificati ritardi burocratici nell'autorizzazione che abbiano causato la morte del paziente.

Nel sottolineare, ancora una volta, l'importanza di una corretta informazione sul tema, si ricorda che la Commissione Nazionale AIDS ha recentemente indicato i criteri per inserire in lista i pazienti sieropositivi. Tuttavia, data la delicata

tezza della materia, tali criteri devono essere approvati e condivisi, come avviene in tutti i paesi d'Europa, perché il trapianto nel paziente sieropositivo è un trattamento sperimentale e a rischio. In ogni caso, si tratta di criteri per l'inserimento in lista, e non di assegnazioni di organi, perché vanno tutelati anche i diritti dei pazienti già in lista di attesa che corrono anch'essi il rischio di morire.

Nel frattempo, il meccanismo di richiesta urgente di trapianto in caso di emergenza può essere attivato in qualsiasi momento, al di là dei meccanismi burocratici, venendo incontro alle necessità immediate di un paziente in condizioni critiche. Il Ministero, inoltre, segue con attenzione tutti i casi segnalati ed è impegnato a velocizzare al massimo le procedure.

### **Insediata la Commissione Alzheimer**

Su iniziativa del Sottosegretario di Stato Antonio Guidi, il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, ha istituito la "Commissione Alzheimer", il cui compito fondamentale è di elaborare una strategia per permettere il mantenimento della salute residua, la promozione e il miglioramento della qualità di vita delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer, anche alla luce delle più moderne acquisizioni scientifiche in materia.

La Commissione svolgerà anche funzioni di studio, consultive e di proposta con particolare riferimento alle azioni di coordinamento, di indirizzo e di impulso nei confronti delle Regioni, per realizzare e implementare gli interventi e migliorare le condizioni socio-sanitarie delle per-

sone colpite dalla malattia di Alzheimer e dei loro familiari.

In Italia sono circa 360 mila i malati di Alzheimer, circa il 53% di tutte le demenze che riguardano 680 mila persone. Secondo un recente studio del CNR, ogni anno in Italia si riscontrano 150.000 nuovi casi di demenza tra la popolazione anziana; tra questi, 80.000 sono malati di Alzheimer. Con l'attuale andamento demografico e il conseguente invecchiamento della popolazione si stima che nel 2020 i nuovi casi di demenza potrebbero essere 213 mila, di cui 113 mila attribuibili dell'Alzheimer.

I dati relativi alla prevalenza della demenza riportati negli studi condotti in diversi paesi industrializzati indicano tassi abbastanza comparabili, che oscillano intorno al 5% nei soggetti di età superiore ai 65 anni con valori che vanno dal 3,4% al 6,7%. La prevalenza raddoppia approssimativamente ogni 5 anni di età, almeno tra i 65 e gli 85 anni. La prevalenza per classi di età è dell'1% nei soggetti di età compresa fra i 65 e i 69 anni e arriva al 40% nel gruppo di età tra gli 85 e gli 89 anni.

### **Sirchia e Billè firmano protocollo d'intesa in tema di salute e sicurezza alimentare**

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia e il Presidente della Federazione Italiana Pubblici Esercizi Sergio Billè hanno firmato il "Protocollo d'intesa in tema di salute e sicurezza alimentare".

L'obiettivo del Protocollo è pervenire alla certificazione della sicurezza, della confort-

mità dell'impresa e dell'attività di ristorazione (per esempio bar, ristoranti, tavole calde) a un regolamento volontario per la qualità e l'igiene, le cui linee guida saranno predisposte di comune intesa tra le parti firmatarie.

Il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro delle Attività Produttive, Antonio Marzano, e il Ministro delle Politiche Agricole, Gianni Alemanno, procederà alla nomina di un Comitato tecnico-scientifico con il compito di redigere il regolamento sulle specifiche per la certificazione dei requisiti di qualità e di sicurezza dei servizi e dei prodotti della ristorazione.

La certificazione dei pubblici esercizi sarà effettuata da un apposito ente indipendente accreditato dal Sincert, organismo autorizzato a livello europeo all'accreditamento delle società di certificazione in Italia.

Il regolamento potrà riguardare anche l'attuazione di linee di menù per particolari esigenze dietetiche e l'impegno a collaborare nelle campagne di prevenzione ed educazione alimentare da parte delle imprese di ristorazione certificate.

### **Piano sanitario nazionale: Sirchia incontra sindacati confederali**

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha incontrato i rappresentanti dei sindacati confederali CGIL, CISL e UIL che hanno presentato le loro indicazioni sul Piano sanitario nazionale.

Nella comune volontà di avviare una sede permanente di confronto e di partecipazione alle

decisioni in materia di tutela della salute, Ministro e sindacati hanno convenuto, innanzitutto, che il Piano sanitario nazionale rappresenta lo strumento per garantire l'universalità e l'uniformità del Servizio sanitario nazionale (PSN), nel rispetto di quanto previsto dalla modifica del Titolo V della Costituzione.

Nel corso dell'incontro si è registrata piena convergenza anche su altri tre punti: i Livelli essenziali di assistenza (LEA) devono essere rivalutati e mi-

gliorati alla luce del PSN in modo da divenirne parte integrante e devono orientare la definizione delle risorse da discutere nell'ambito del DPEF e della Legge Finanziaria; è necessario individuare strumenti che consentano l'uniformità sul territorio nazionale nella partecipazione alla spesa da parte dei cittadini; le tematiche socio sanitarie devono rappresentare una priorità e devono essere affrontate in costante raccordo tra Ministero della Salute e quello del Lavoro e delle Politi-

che Sociali. In particolare, sull'assistenza alle persone non autosufficienti, si è convenuto di avviare un tavolo congiunto tra i ministeri competenti, le regioni, i sindacali confederali e le organizzazioni sindacali dei pensionati.

E' stata, inoltre, ribadita l'importanza di un monitoraggio centrale che consenta la verifica costante dell'applicazione dei LEA in merito all'uniformità dell'accesso alle prestazioni nonché dei criteri di accreditamento delle strutture sanitarie.

# dalla FNOMCeO

## No della FNOMCeO all'uso terapeutico non scientificamente provato della canapa indiana

In merito alla posizione assunta dalla Regione Lazio in antitesi a quanto dichiarato dalla Regione Lombardia circa la sperimentazione dell'uso terapeutico della canapa indiana, il Presidente della FNOMCeO, Giuseppe Del Barone, ha dichiarato: "Non me la sento di scartare che, quando verrà provato, nella più totale validità scientifica, l'uso terapeutico della canapa indiana e della marijuana, la cosa possa essere considerata. Allo stato non vi è nulla di scientificamente accertato che consenta di ritenere praticabile l'uso terapeutico. Per cui, salvo restando che sull'argomento il Governo ed il Parlamento avrebbero il dovere di intervenire, questo eventuale uso potrebb-

be sembrare una scorciatoia idonea a favorire il passaggio dalle droghe leggere a quelle pesanti. Per questi motivi il no della FNOMCeO, allo stato attuale, è assolutamente convinto".

## Del Barone: si alla formazione continua nel rispetto del vissuto professionale dei medici

"Condivido pienamente quanto dichiarato dal Ministro Sirchia sull'importanza dell'aggiornamento professionale per garantire al cittadino un medico di qualità e al passo con le nuove acquisizioni scientifiche" – ha dichiarato il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Giuseppe Del Barone, in margine ai lavori della Commissione Nazionale per la Formazione Continua svoltisi a Cernobbio.

"Il sistema basato sui crediti, che seppur avviato a regime necessario, a tutt'oggi, di alcune modifiche, rappresenta senza dubbio un mezzo efficace per garantire una preparazione oggettiva, rendendo di fatto attuale, anno dopo anno, il bagaglio culturale degli operatori della sanità. Ciononostante – ha aggiunto Del Barone - appare improponibile e fuori luogo ipotizzare, come riportato da alcuni organi di stampa, la ripetizione dell'esame di abilitazione per quei medici non in regola con il conseguimento dei crediti, medici che si vedrebbero così costretti a relegare in soffitta il bagaglio culturale acquisito nel corso di laurea e durante l'attività professionale svolta negli anni.

Per quanto riguarda eventuali forme di penalizzazione per i medici non in regola con i "cre-

diti" ogni ipotesi è prematura – ha concluso Del Barone – eventuali decisioni dovranno infatti essere demandate al tavolo delle trattative per la definizione degli accordi nazionali di categoria (contratti e convenzioni).

### **Piano Sanitario Nazionale: tanti buoni propositi condizionati dalle difficoltà di bilancio**

"Leggendo il Piano Sanitario Nazionale emerge netta la volontà del ministro Sirchia di mettere a punto un servizio sanitario capace di produrre un significativo miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini" - ha dichiarato il presidente della FNOMCeO, Giuseppe del Barone.

"Nel documento presentato dal Ministro sono contenute tutta una serie di linee strategiche condivisibili dai medici italiani, senza scartare dubbi e perplessità.

Non possiamo infatti non condividere l'impulso dato all'assistenza domiciliare, come il fatto di considerare la formazione continua punto nodale dell'intero sistema sanitario. A tale proposito dobbiamo dare atto al Ministro della volontà di moralizzare il settore congressuale evitando la proliferazione di convegni dalla chiara impronta turistica, ma nel contempo si deve sperare che non venga esasperata la formazione on-line che mortificherebbe ciò che c'è di positivo nel rapporto tra docente e discente.

Altri aspetti qualificanti sono le iniziative finalizzate ad un uso più corretto ed appropriato dei farmaci, la prolungata apertura degli ambulatori dei medici di famiglia (da tutelare, ovviamen-

te nelle loro necessità economiche), la maggiore spinta alla prevenzione, anche se da questo lato si è persa l'occasione di intervenire già a livello scolastico con programmi mirati di educazione sanitaria come da me sempre proposto ai Ministri De Mauro e Moratti.

In ogni caso – ha continuato Del Barone – ciò che a mio modo di vedere deve preoccupare l'opinione pubblica sono i livelli essenziali di assistenza, se è vero, come è vero, che le Regioni, impegnate nei modi più disparati nel reperimento dei fondi, difficilmente riusciranno a garantire i medesimi livelli quali-quantitativi di assistenza, con un inevitabile divario tra nord e sud del Paese. E ciò farebbe da volano a modelli di assistenza di tipo assicurativo alla portata di pochi e per questo non accettabili.

"Come medico e come cittadino – ha concluso Del Barone – apprezzo lo sforzo del Ministro e mi auguro che le proposte non rimangano "sogni nel cassetto" dato che non sarà facile né per il Presidente del Consiglio Berlusconi né per il Ministro della Salute reperire i fondi necessari per attuare appieno il nuovo Piano Sanitario".

### **I commenti del Presidente e del Comitato Centrale sul "decalogo" del ministro Sirchia**

Il Comitato Centrale della FNOMCeO, nella seduta odierna, ha esaminato le notizie apparse sulla stampa di informazione relative ai dieci punti previsti per il prossimo Piano Sanitario Nazionale dal Ministro della Salute, Girolamo Sirchia.

Il Comitato Centrale ha manifestato preoccupato stupore per i contenuti del documento e le affermazioni in esso analiticamente elencate.

"La scontata riaffermazione di principi sanciti dalla Costituzione - ha dichiarato il Presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone - potrebbe, infatti, indurre il sospetto che il diritto alla salute possa essere - non già dal Ministro bensì da altre fonti - messo in discussione."

Il Comitato Centrale ritiene che al di là delle affermazioni di principio sia necessario assicurare ai cittadini servizi adeguati, tempestivi - relativamente alla appropriatezza della domanda - e comunque di qualità.

I medici e i cittadini in perfetta sintonia, pur apprezzando le "parole" si attendono "fatti concreti" che possono scaturire solo da una collaborazione e da un coinvolgimento anche degli Ordini nella fase di elaborazione programmatica sanitaria.

"Il Ministro ben sa - ha continuato del Barone - che le istituzioni ordinistiche hanno come ruolo fondamentale quello della tutela dei diritti sia dei cittadini sia dei medici e che pertanto debbono rivendicare il dovere di essere al servizio di ogni progetto di cambiamento, che comunque rispetti l'equità e la solidarietà delle scelte preposte alla tutela della salute ed alla organizzazione dei servizi sanitari. Le nuove libertà per i cittadini e per i professionisti medici - ha concluso il Presidente della FNOMCeO - sono possibili e sostenibili solo nella piena tutela dei diritti di tutti e quindi anche di quelli che sovrintendono alla salute dei cittadini."

## **Alcuni adempimenti finiscono per rendere più disagevole una professione già troppo burocratizzata: rivedere le norme su privacy e consenso informato**

Un invito al Ministro Sirchia affinché vengano riviste, semplificandole, le norme che attualmente regolano la tutela della privacy in campo sanitario è stato espresso dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone.

E' motivo evidente di perplessità la previsione di richiedere il "consenso informato" scritto per il trattamento dei dati sensibili anche per quanto attiene la fase di diagnosi e la successiva terapia. "Ciò vorrebbe dire – ha affermato Del Barone – che ogni medico prima di 'visitare' un paziente dovrà accertarsi se quest'ultimo ha già prodotto ad altri il suo 'consenso' e nel caso contrario procedere egli stesso a formalizzare la dichiarazione, con un evidente ulteriore aggravio burocratico per il professionista e disagio per il malato".

"Inoltre, è lecito chiedersi – ha aggiunto il Presidente dei Medici italiani – se il medico che sostituisce un collega di medicina generale, nell'espletamento della sua attività debba nuovamente raccogliere la dichiarazione di consenso dei pazienti avuti in carico o è sufficiente, ai fini della privacy, quella già rilasciata al medico titolare.

In ogni caso – ha continuato Del Barone – appare chiaro come questo meccanismo che regola la raccolta del "consenso"

finirà per incidere negativamente su tutte le strutture preposte all'assistenza sanitaria, dagli studi dei medici di medicina generale, alle strutture ambulatoriali, agli stessi pronto soccorso, contribuendo a rendere ancora più disagevole, per un eccesso di burocrazia, l'attività di coloro che giorno dopo giorno svolgono la loro attività professionale in prima linea".

"Senza contare – ha concluso Del Barone – che di fronte ad un eventuale diniego al consenso da parte del paziente e alla conseguente inevitabile sospensione dell'assistenza, verrebbe messo in discussione il diritto di ogni cittadino alla tutela della salute sancito dall'art. 32 della Costituzione

## **Iniziativa della Lega Tumori alla Settimana Europea contro il Cancro**

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori ha affidato alla sua sezione provinciale di Lecce il compito di organizzare una prestigiosa e qualificante iniziativa a carattere nazionale. Si tratta dei "Primi Stati Generali dei Malati, ex Malati e Familiari di Malati di Tumore", una manifestazione decisamente innovativa, che ricalca un'esperienza già attuata con successo in Francia nel 1998 e nel 2000.

Il meritorio evento, che verrà ospitato a Lecce e a Gallipoli dal 10 al 12 ottobre 2002 in occasione della Settimana Europea contro il Cancro, si propone di creare uno spazio in cui i malati, gli ex malati e i loro congiunti prenderanno direttamente la parola, faranno

testimonianza collettiva della malattia e discuteranno dei loro problemi con medici, ricercatori, amministratori e politici per individuare insieme le decisioni da assumere con urgenza nel tentativo di affrontare il cancro, che sta divenendo un problema sociale e sanitario sempre più grave, con maggiore efficacia su tutti i fronti.

Il confronto diretto permetterà ai pazienti di farsi meglio comprendere; indurrà i medici a riflettere sulla loro pratica quotidiana, metterà i mass media nella condizione di identificare i settori dove più forte è la domanda di informazione da parte del pubblico e consentirà ai politici e agli amministratori di avere più informazioni utili per le loro decisioni.

Si potrà, così, raccogliere il tutto il un "libro bianco" che fornirà uno spaccato dello stato della prevenzione, ricerca, cura, assistenza e riabilitazione oncologica in tutta Italia.

Per l'occasione sarà anche presentato all'opinione pubblica il "Manifesto della Lega contro i Tumori", che riassumerà in pochi punti i diritti inalienabili dei malati.

All'evento, ove converranno persone provenienti da tutte le regioni d'Italia, parteciperanno anche il Presidente della francese "Ligue contre le Cancer", dr. Henri Pujol, ed il Ministro francese della Sanità, dr. Bernard Kouchner, entrambi tenaci sostenitori di iniziative del genere.

Per informazioni: Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – Sezione provinciale di Lecce Tel/fax: 0833-512777.

# DALL'ENPAM

## CONDONO ENPAM

*Periodo dal 1991 al 2001 inclusi*

Scade il 27/12/2002 la possibilità di sanare, evitando le pesanti sanzioni regolamentari, ogni irregolarità contributiva ENPAM utilizzando, secondo necessità, la modulistica a tutti pervenuta:

**Modulo A1:** Per gli omessi o parziali pagamenti dei contributi fissi annuali (quelli da assolvere con la rituale cartella esattoriale);

**Modulo A2:** Per sanare la omessa dichiarazione della avvenuta perdita dei requisiti (di dipendenza o di convenzione) che avevano precedentemente consentito il pagamento di una contribuzione ridotta dei contributi fissi annuali (quelli pagati con la cartella esattoriale);

**Modulo B1:** Per gli omessi, parziali o tardivi pagamenti dei contributi proporzionali al reddito libero professionale o per denuncia infedele del reddito;

**Modulo B2:** Per sanare la omessa dichiarazione della avvenuta perdita dei requisiti che avevano consentito la contribuzione ridotta (2% anziché 12,50%) sul reddito libero professionale

### A CHI INTERESSA?

- A chi, dovendo pagare, non ha invece versato alcunché.
- A chi possedendone i requisiti, aveva chiesto e pagato la contribuzione ridotta continuando a usufruirne anche dopo aver perduto il requisito (di solito di dipendenza o di convenzione) precedentemente invocato.
- A chi, avendo svolto attività intramoenia, non ha ugualmente provveduto al relativo versamento ritenendosi esonerato. (l'esonero era valido, su richiesta, dal 1990 a tutto il 1995).
- A chi ha posseduto redditi derivanti dalla professione medica ma, classificati tra quelli di collaborazione coordinata e continuativa, erroneamente reputati estranei alla contribuzione.
- A chi non ha integrato il contributo relativamente al maggior reddito accertato.
- A chi, senza titolo, versa la contribuzione ridotta.
- A chi ha effettuato tardivamente i versamenti.. ...

*A cura dello Studio FALORNI & GROSSI*

## INFORMAZIONI SUL RUOLO 2002 – ESATRI SPA

A seguito delle numerose richieste di chiarimenti pervenute agli Uffici dell'E.N.P.A.M. in relazione agli avvisi di pagamento, inviati da ESATRI S.p.A per la riscossione del contributo "Quota A" dovuto per l'anno 2002, si forniscono le seguenti precisazioni.

1. Per un mero errore di stampa su alcuni bollettini di pagamento inviati da ESATRI S.p.A si è verificata l'inversione delle date di scadenza della prima rata con la seconda e della terza rata con la quarta. Tale disguido non incide minimamente sulla validità dei bollettini che dovranno essere pagati entro le usuali scadenze: I rata 30 aprile 2002; II rata 30 giugno; III rata 30 settembre; IV rata 30 novembre 2002.
2. Il notevole afflusso di richieste di domiciliazione bancaria del contributo "Quota A" ha determinato un sovraccarico dei fax di ESATRI S.p.A, collegati al numero 02.6416.6713. Qualora risultasse difficoltoso trasmettere il modello RID al suddetto fax, è possibile inviarlo presso gli Uffici dell'E.N.P.A.M. ai seguenti numeri: 06.48294.913 06.48294.722,. Le adesioni al servizio, inoltre, potranno essere effettuate comunicando a ESATRI i dati indicati nel suddetto modulo RID tramite telefono, al numero 199.191.191.
3. Si precisa che il servizio di domiciliazione bancaria sarà operativo per le rate scadenti successivamente alla data di compilazione del modulo RID o alla data di adesione telefonica, sia per il pagamento richiesto in unica soluzione che in forma rateale. Pertanto le rate già scadute (alla data di compilazione) dovranno essere versate tramite gli usuali canali di pagamento (bollettini RAV, carta di credito, ecc.).
4. Ogni ulteriore chiarimento può essere richiesto telefonicamente al numero 06.48294.901, ovvero via fax al numero 06.48294.913.

## Epatite virale cronica: diagnosi e trattamento

### Corso di aggiornamento per medici di medicina generale

Le infezioni da virus epatitici B e C rappresentano la causa più frequente di epatite cronica, di cirrosi epatica ed epatocarcinoma e determinando gravi problemi di tipo epidemiologico, clinico e socio-sanitario: si stima che i soggetti infettati in Italia siano da 1 a 5 milioni e circa 200 milioni su scala mondiale.

Le conoscenze sull'epatite B e C e le possibilità di intervento terapeutico sono molte progredite negli ultimi anni. Le conoscenze eziopatogenetiche sono in continua evoluzione, la comprensione della storia naturale della malattia è sempre più approfondita, sono state messe a punto nuove metodiche diagnostiche biochimiche, virologiche, istologiche e strumentali.

La terapia fino a qualche anno fa era limitata ad un solo farmaco, l'interferone alfa, utilizzato con schemi diversi per durata e dose, di difficile standardizzazione e con una efficacia limitata.

Negli ultimi due anni lo scenario terapeutico è completamente cambiato, sono stati introdotti nuovi farmaci, con nuove possibilità di associazione e diversificazione degli schemi posologici tra i pazienti, che hanno notevolmente migliorato l'efficacia terapeutica.

D'altro lato la maggiore complessità della gestione terapeutica ha introdotto nuove problematiche come la scelta dello schema più idoneo, il monitoraggio della terapia, gli effetti collaterali, la comparsa di ceppi virali resistenti.

Infine nuovi farmaci sono all'orizzonte con la possibilità di implementare ulteriormente il vantaggio terapeutico nei prossimi anni.

La Clinica Malattie Infettive di Ancona ha pertanto organizzato un breve corso di aggiornamento sulle possibilità diagnostiche e terapeutiche delle epatiti virali croniche, rivolto ai medici di famiglia, al fine di migliorare la collaborazione con il medico specialista.

*dr. Fausto Ancarani*  
*Clinica Malattie Infettive*  
*Azienda Ospedaliera Umberto I Ancona*

Il corso si svolgerà il 29 Giugno presso l'aula C del Polo Didattico di Torrette

## L'Ecografia Tridimensionale: un ulteriore progresso nella diagnostica delle malattie della prostata

L'ecografia è una metodica di "imaging" insostituibile nello studio delle patologie prostatiche. Le attuali apparecchiature ecografiche pur consentendo l'acquisizione di numerose informazioni sulla prostata presentano il limite della bidimensionalità, cioè l'impossibilità di avere scansioni secondo un piano coronale. La scansione coronale permette di studiare la struttura anatomica delle varie zone della ghiandola, in particolare della zona di transizione che con il progredire dell'età va in contro ad ipertrofia.

L'alta precisione nella definizione delle immagini è alla base della particolare affidabilità degli ecografi 3D nel calcolo della misurazione volumetrica della ghiandola. L'ecografia 3D inoltre dà la possibilità di una più precisa stadiazione locale di una neoplasia per l'elevata capacità di definire i rapporti tra tumore e tessuto prostatico sano.

La metodica ecografica tridimensionale è di grande aiuto nella identificazione precoce dei tumori a partenza dalla zona di transizione che rappresentano il 20% delle neoplasie prostatiche. Infine tale metodologia è in grado di fornire vantaggi anche in campo terapeutico, in particolare nell'utilizzo dei trattamenti alternativi (Laser Terapia, Brachiterapia) alla chirurgia tradizionale nella terapia di carcinomi prostatici.

L'Unità Operativa dell'Urologia dell'INRCA (IRCCS) da un anno è dotata di un ecografo tridimensionale che viene utilizzato nella diagnostica delle patologie dell'apparato urinario e genitale dell'uomo ed in particolare di quelle della prostata di così frequente riscontro nella popolazione anziana. Per ulteriori informazioni è possibile contattare la Segreteria dell'Unità Operativa di Urologia (Tel. 071/8003441).



# Comunicazioni Avvisi

## • ORARIO ESTIVO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

Si comunica agli iscritti che nei mesi di luglio ed agosto gli uffici saranno aperti secondo il seguente orario: dal lunedì al venerdì, ore 9 - 13,30. Dal 12 al 16 agosto gli uffici saranno chiusi.

## • CLINICA DI EMATOLOGIA

Il Prof. Pietro Leoni ci comunica che il profilo diagnostico terapeutico sulla trombosi venosa profonda (illustrato anche nei numeri scorsi del Bollettino) è partito il 15 gennaio scorso come preventivato ed in 2 mesi sono state eseguite circa 60 visite con sole 6 ospedalizzazioni. Il tutto senza impegno di risorse da parte dell'Azienda e sembra ottenere un buon favore sia da parte degli utenti che degli operatori. Il profilo è sperimentale ed ha la durata di 6 mesi. Inoltre il 10 aprile è partita anche la ricerca finalizzata regionale sulla "ospedalizzazione a domicilio" dei pazienti neutropenici.

## • I.N.P.S.

E' stata decisa la reintegrazione della lista dei medici fiscali del territorio di Osimo per soprappiù incompatibilità di un collega. Il termine di scadenza per la presentazione delle domande è stata fissata al 31 luglio p.v.. Per informazioni rivolgersi alla sede INPS di Ancona.

## • IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

sta valutando l'opportunità di procedere al potenziamento del personale medico a disposizione della Commissione Medica di verifica di Ancona. Informazioni in Segreteria.

## • A.M.C.I.: RINNOVO DIRIGENZA

Il 23 marzo si è svolta l'assemblea dei Medici Cattolici della sezione di Ancona per il rinnovo degli incarichi dirigenziali. Per acclamazione è stata eletta Presidente della Sezione la d.ssa Anna Rosa Rabini mentre per il Consiglio Direttivo sono stati eletti i dr. Oliviero Gorrieri, Alessandra Mazzarini, Gabriele Brandoni, Salvatore Veccia, Massimo Beghella e Giuliano Brandozzi. Congratulazioni ed auguri alla nuova dirigenza.

## • O.N.A.O.S.I

Istituito il Premio in onore dell'ex Presidente Bruno

Baruchello rivolto a tutti i figli dei sanitari contribuenti laureati nel periodo compreso fra il 1° ottobre 2001 ed il 30 settembre 2002. Saranno premiate 12 tesi di laurea suddivise in 6 per discipline umanistiche e 6 per le discipline scientifiche. Ogni premio sarà di € 1549,37. Per informazioni rivolgersi all'ONAOISI - Perugia.

## • A.R.S.

L'Agenzia Regionale Sanitaria comunica che è disponibile presso il proprio sito internet ([www.ars.marche.it/sdivision](http://www.ars.marche.it/sdivision)) il programma Sdivision1.0 per la consultazione dei dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera (S.D.O.) (1998-2000)

## • DALLA FEDERTERME

"A seguito di alcune segnalazioni, provenienti sia dalle Aziende termali che da parte di taluni assistiti, siamo venuti a conoscenza del verificarsi di alcune difficoltà interpretative della disciplina concernente l'erogazione delle prestazioni termali a carico del S.S.N., per lo più indotte da sommarie informazioni recentemente riportate dagli organi di stampa che hanno talora indotto indebiti "disconoscimenti" delle normative vigenti. Pertanto riteniamo opportuno effettuare le seguenti precisazioni:

Il DPCM. 29 novembre 2001, nel definire i livelli essenziali di assistenza, in base ai quali vengono determinate le prestazioni a carico del S.S.N., ha espressamente previsto l'inserimento, all'interno di tale categoria, dei cicli di prestazioni termali;

Tali cicli di terapia, individuati dal D.M. 15 aprile 1994, possono essere fruiti dagli assistiti del S.S.N. per la cura delle patologie indicate dal D.M. 22 marzo 2001. Quest'ultimo decreto ha confermato che le patologie per le quali, ai sensi dell'art. 4, comma I, della legge 24 ottobre 2000, n. 323, è assicurata l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio sanitario nazionale, sono quelle indicate nell'elenco approvato con decreto del Ministro della Sanità del 15 dicembre 1994. In riferimento a quanto precisato siamo certi che, nell'interesse degli assistiti e al fine di consentire la corretta erogazione delle cure citate, sarà cura di ciascun medico favorire e promuovere una completa e quanto mai appropriata informativa."

# congressi & convegni



Il **28 giugno** alle 14,30 presso l'Auditorium della Fiera della Pesca, Presidente dr. Sergio Caporelli, si svolgerà un **incontro su "La Responsabilità Civile e Penale in Sanità"** organizzato dalla SPEME (Soc. per la Promozione dell'Educazione Medica), dalla CIMO – ASMD Regione Marche e l'IPASVI.



Il **22 ed il 29 giugno** si svolgerà a Jesi organizzato dalla ASL 5 – Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, un **evento formativo su "Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie Odontoiatriche (L.R. 20/200)"**.



**Dall'8 al 13 luglio** a Portonovo, organizzato dalla Scuola di Ecografia SIUMB di Senigallia diretta dal dr. Paolo Busilacchi, si svolgerà un **congresso sul tema "Ecografia Color Doppler ed Imaging Integrato: stato dell'arte"**. Per informazioni [giabusil@tin.it](mailto:giabusil@tin.it) 20 crediti ECM



Sabato **12 ottobre** 2002 inizia a Bologna il **CORSO DI PSICOTERAPIA ED IPNOSI MEDICA PRIMO LIVELLO** della Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi. Il Corso (numero massimo di partecipanti: 25) è formativo e pratico: è esaustivo per parte delle applicazioni di queste metodiche in diverse specialità mediche (internistica, odontoiatria, anestesiology, dermatologia, ginecologia ed altre); è di base per una formazione psicoterapeutica medica. Al Corso sono stati attribuiti dal Ministero della Salute 42 (quarantadue) crediti formativi ECM. Informazioni e iscrizioni: S.M.I.P.I. - Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi, Via Porrettana 466, Casalecchio di Reno (BO), Tel. 051-573046 Fax 051-932309. E-mail [inedita@tin.it](mailto:inedita@tin.it).



**SUMMER SCHOOL 2002** - L'intervento di Consulenza in Psicologia Clinica, Bertinoro, **22-26 Luglio** 2002. Con il patrocinio della Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Bologna si svolgerà presso il Centro Universitario Residenziale di Bertinoro la 50° edizione della Summer School dedicata alla consulenza psicologica, attività clinica che sta sempre più acquisendo importanza e la cui difficoltà di applicazione necessita di una formazione specifica, di approfondimenti e scambi professionali. Informazioni:

[summerpan@virgilio.it](mailto:summerpan@virgilio.it)



**Dal 12 al 14 settembre** 2002 si svolgerà presso l'Aula Magna della Facoltà di Ingegneria di Ancona, il **1° Convegno Nazionale su "Osteoporosi Secondarie ad Endocrinopatie"** organizzato dalla Clinica Endocrinologica dell'Università di Ancona.



Il **5 luglio** a Roma, presso la sala della Prototeca in Campidoglio, si svolgerà un **seminario su "Il Medico di Medicina Generale e le tossicodipendenze: quale ruolo nella rete dei servizi"**. Il seminario è organizzato dall'Agenzia Comunale per le tossicodipendenze del Comune di Roma e la Società Italiana Tossicodipendenze. La partecipazione è gratuita e riservata a 250 partecipanti.



La SII (Soc. It. di Ipnosi) organizza il **IX Corso monotematico di Ipnositerapia sul tema "L'ipnosi nel controllo del dolore cronico"** che si svolgerà a Milano nei mesi di ottobre 2002 / gennaio 2003. Per informazioni [rmcongress@iol.it](mailto:rmcongress@iol.it)

# Legislazione

## **DECRETO del 26/04/2002**

Accertamento della composizione e innocuità dei farmaci di nuova istituzione prima della sperimentazione clinica sull'uomo. Individuazione della documentazione da sottoporre all'Istituto superiore di sanità ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 21/9/2001 n. 439

## **DECRETO M.S. del 18/04/2002**

Modifica al decreto 12 novembre, concernente le quote di fabbricazione di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere messe in vendita in Italia e all'estero nel corso dell'anno 2002.

## **DECRETO PRESIDENTE REPUBBLICA del 20/03/2002 n. 57**

Regolamento di attuazione della direttiva 1999/21/CE sugli alimenti dietetici destinati ai fini medici speciali.

## **LEGGE del 04/04/2002 n. 56**

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 febbraio 2002, n. 8, recante proroga di disposizioni relative ai medici a tempo definitivo, farmaci, formazione sanitaria, ordinamento didattici universitari e organi amministrativi della Croce Rossa.

## **Testo decreto-legge 7 febbraio 2002**

(G.Uff. n.35 dell'11/2/02), n. 8 coordinato con la legge di conversione 4/4/2002, n. 56, recante: "Proroga di disposizioni relative ai medici a tempo definito, farmaci, formazione sanitaria, ordinamenti didattici universitari e organi amministrativi della Croce Rossa".

## **DECRETO del 28/03/2002**

Aggiornamento delle tabelle contenenti l'elenco delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui al decreto del Ministro della sanità 27 luglio 1992, ed aggiornamento degli elenchi delle specialità medicinali di cui al decreto al Ministero della sanità, di concerto con il Ministero di Grazia e Giustizia 4/12/1996.

## **DECRETO LEGGE del 15/04/2002 n. 63**

Disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei pro-

dotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture.

## **DIRETTIVA del 09/04/2002**

Indicazioni per la corretta e piena applicazione del regolamento comunitario n. 2557/2001 sulle spedizioni di rifiuti ed in relazione al nuovo elenco dei rifiuti.

## **CIRCOLARE MINISTERO SANITA' del 05/03/2002 / DIRP3°/AG/448**

Programma nazionale per la formazione continua ECM.

## **PROVVEDIMENTO del 12/02/2002**

Approvazione di n. 41 modelli per la comunicazione dei dati rilevanti ai fini dell'applicazione degli studi di settore relativi alle attività economiche dei servizi, da utilizzare per il periodo d'imposta 2001 (laboratori analisi).

## **DECRETO M.S. del 22/01/2002**

Entrata in vigore dei testi, nelle lingue inglese e francesi, pubblicati nella Farmacopea europea IV edizione (Risoluzione AP-CSP (01) 1).

## **DELIBERAZIONE del 08/05/2002**

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale nonché sulle cause dell'incendio sviluppatosi tra il 15 e il 16 dicembre 2001 nel comune di San Gregorio Magno.

## **DECRETO M.S. del 11/06/2001 n. 488**

Regolamento recante criteri per la valutazione dell'idoneità dei lavoratori all'esposizione alle radiazioni ionizzanti, ai sensi dell'art. 84, comma 7, del decreto legislativo 17/3/1995 n. 230.

## **GARANTE DATI PERSONALI**

Autorizzazioni al trattamento dei dati sensibili e giudiziari

## **DECRETO del 04/03/2002**

Approvazione dell'elenco delle specializzazioni in odontoiatria.

## **MINISTERO SANITA' (g.u. 26/03/02)**

Piano italiano multifase d'emergenza per una epidemia influenzale.

## **DECRETO M.S. del 13/11/2001**

Modifica della composizione di medicinali costituiti da vaccini monodose iniettabili contenenti mercurio o altri composti organomercuriali con conservanti o come residui nel processo di fabbricazione.

## **DECRETO del 12/02/2002**

Revisione parziale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo e degli attestati di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti.

## **DECRETO LEGISLATIVO del 02/02/2002 n. 25**

Attuazione della direttiva 98/24/CE sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro.

## **LEGGE del 14/02/2002**

Attuazione dell'art. 23, comma 4, del decreto legislativo 19/9/1994, n. 626, e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di vigilanza sull'applicazione della legislazione sulla sicurezza e sulla salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro

## **ARAN**

Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale delle istituzioni e degli enti di ricerca e sperimentazione per il quadriennio normativo 1998/2001 ed il primo biennio economico 1998/1999.

**Contratto collettivo nazionale** di lavoro relativo al personale delle istituzioni e degli enti di ricerca e sperimentazione per il secondo biennio economico 2000-2001.

## **DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO del 29/11/2001**

Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

## **DECRETO LEGGE del 07/02/2002 n. 8**

Proroga di disposizioni relative ai medici a tempo definito, farmaci, formazione sanitaria, ordinamenti didattici universitari e organi amministrativi della Croce Rossa.

## **DECRETO LEGISLATIVO del 15/01/2002 n. 9**

Disposizioni integrative e correttive del nuovo codice della strada, a norma dell'articolo 1, comma 1, della legge 22 marzo 2001, n. 85.

# Studi Medici

disponibili  
anche per frazioni  
di giornata  
o prestazioni singole



## Uscita A14 Ancona Sud

(vicino Hotel Palace)

### *Si offre:*

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

*Per informazioni*

### **Salute 2000 srl**

Via Loretana, 190 - 60021 - Camerano (AN)

tel. 0717302251 - Fax 071732455

<http://www.saluteduemila.it>

E-mail: [info@saluteduemila.it](mailto:info@saluteduemila.it)

*Sorveglianza Sanitaria per Aziende*

*Consulenza per Certificazione ISO 9001 e ISO 14001*

*Servizi di Supporto dell'Attività Medica*

*Vendita Apparecchi ed Articoli per Medicina*

