

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

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

Settembre 2002

EDITORIALE
**Risultati di un lavoro
costante**

BIOETICA

**LINEE GUIDA REGIONALI
SULLA PRESCRIZIONE**

**VIAGGIO SENZA
BAGAGLIO**
Il Giardino Bonaccorsi

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. 18 - Settembre 2002
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

18

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

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

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

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



Humana

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

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitario

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

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

Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Coordinatore di Redazione

Giorgio Fanesi

Redazione

Tiziana Giampaoli

Tiziana Pierangeli

Sergio Giustini

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Stefano Polonara

Segretario

Maurizio Memè

Tesoriere

Oriano Mercante

Consiglieri

Nicola Battelli

Giambattista Catalini

Maria Del Pesce

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

Revisori dei Conti Effettivi:

• Francesco Lattanzi

• Sergio Giustini

• Giuliano Rocchetti

Revisore dei Conti Supplente:

• Piero Donati

Commissione Odontoiatrica:

• Federico Fabbri

• Stefano Tucci

• Augusto Sertori

• Lamberto Lombardi

• Stefano Bottacchiari

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

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it

Televideo pag. 420 Raitre

*In copertina: Veduta del lato ovest
della villa-giardino Bonaccorsi*

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 19/09/2002

Pag. 5

Editoriale

Pag. 6-13

BIOETICA - LOGOS E METIS

Pag. 14-16

IL "NUOVO" MODO
DI PRESCRIVERE I FARMACI

Pag. 16

Qualche volta succede...

Pag. 17

La responsabilità civile
e penale in sanità

Riduzione della burocrazia
nell'attività sanitaria

Pag. 18

Prescrizione dei farmaci analgesici

Pag. 19

Congresso SIDEV

Pag. 20

IL BENE E IL BELLO,
I LUOGHI DELLA CURA

Pag. 21

DAL MINISTERO DELLA SALUTE

Pag. 23-26

VIAGGIO SENZA BAGAGLIO

Pag. 27-29

Antiquariato... che passione!

Pag. 36

dalla **FNOMCeO**

Pag. 40

DALL'ENPAM

Pag. 44

COMUNICAZIONI E AVVISI

Pag. 45

congressi & convegni

Pag. 46

LEGISLAZIONE





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 prestato 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.**

Editoriale

RISULTATI DI UN LAVORO COSTANTE

Lavorare per una istituzione e ricercarne la rotta richiede motivazione, individuazione degli obiettivi, costanza, impegno, paziente attesa dei possibili risultati, apertura alle indicazioni e suggerimenti, equilibrio, saggezza e conoscenza, come l'alpino che affronta i sentieri della montagna.

Posso certamente dire che il nostro Consiglio dell'Ordine ha ricercato questa strada e ha visto dei risultati e dei progetti si sono realizzati.

In questi tre anni si è voluto comunicare con i colleghi in ogni modo e anche attraverso le nostre pubblicazioni (il bollettino Medici & Medici ne è un esempio).

Nel momento in cui scrivo vi sarà certamente arrivata la pubblicazione dell'Ordine di Ancona: "Temi di responsabilità professionale dei Medici: penale, civile, amministrativa. Consenso informato", con la quale il Consiglio vuole sensibilizzare i colleghi a tali tematiche, anche con l'intento di trovare percorsi condivisi con il mondo professionale e le istituzioni della giurisprudenza.

Infatti credo che un consenso tra le professioni e le relative istituzioni su come affrontare le Responsabilità in Sanità sia di grande importanza per la tutela della salute dei nostri cittadini.

Mi auspico che ciò possa realizzarsi al più presto.

Un altro esempio di come il confronto sereno ed equilibrato e nel rispetto dei ruoli, possa dare dei risultati, riguarda le LINEE GUIDA sulla prescrizione di farmaci e la richiesta di prestazioni ambulatoriali con il ricettario regionale.

Le nuove linee guida che troverete pubblicate in questo stesso numero del bollettino, sanciscono la libertà prescrittiva di tutti i medici in un contesto di consapevole ricerca della APPROPRIATEZZA, che deve rappresentare la chiave di lettura di ogni nostro atto medico sia terapeutico che diagnostico. Sempre in queste si sancisce la responsabilità di ogni professionista, nel momento in cui si trova di fronte al paziente, di tutte le decisioni che intraprende. Tutto ciò deve essere fatto nel rispetto dei ruoli professionali e ricercando la massima intesa e il massimo confronto interprofessionale.

Non ultimo è il risultato di facilitare il percorso dei cittadini all'accesso delle cure.

Quindi da una iniziale impronta prevalentemente burocratica si è passati ad una impostazione di gestione clinica professionale.

Consultando i vari documenti riportati sia in questa che nella precedente pubblicazione potrete valutare personalmente questo passaggio.

Ritengo questo risultato molto importante per la PROFESSIONE e per il nostro ORDINE, ed è dovuto da una parte alla nostra capacità di avere sviluppato una critica costruttiva nei binari del nostro ruolo, dimostrando anche competenza, dall'altra nella capacità della Istituzione Regionale di cogliere le osservazioni, le indicazioni che giungevano dal corpo professionale nella sua massima rappresentanza del Consiglio Ordinario.

Questa a mio avviso

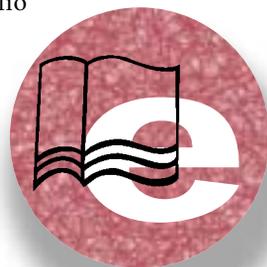
è la strada da perseguire e proprio per questo motivo abbiamo lanciato un'altra proposta all'Assessore regionale alla Sanità Dr

Augusto Melappioni sul

tema della deburocratizza-

zione. (Troverete pubblicata in questo numero anche questa lettera).

Spero che queste brevi riflessioni su queste iniziative vi permettano anche di farvi comprendere il mio cammino personale che sottende sempre ad un prevalente interesse della nostra Istituzione Ordinalistica ed a dare a questa il lustro e il ruolo che gli è proprio. Ma per raggiungere questo traguardo è necessaria una sempre più forte corralità nel perseguire gli obiettivi e una sempre maggiore professionalità ordinalistica dei suoi legali rappresentanti a cominciare dal suo Presidente.



Fulvio Borromei

BIOETICA

Logos e Metis

indagine sul concetto di esperienza in medicina

di Massimiliano Marinelli

La storia della Medicina dell'ultimo secolo può essere vista come il tentativo di traghettare un complesso sistema, antico di origine e di tradizioni millenarie, dal versante empirico verso quello scientifico. Per realizzare la Medicina come Scienza si è resa necessaria una vigorosa sterzata verso l'oggettività dei dati e delle asserzioni mediche, erodendo lo spazio alla soggettività del rapporto medico paziente. Ciò ha portato ad indubbi vantaggi, creando un solido corpo di evidenze oggettive sul quale stabilire i processi diagnostici e terapeutici. Tuttavia, l'erosione della soggettività del rapporto tra curatore e soggetto ha creato problemi di natura etica che abbiamo sintetizzato in alcuni articoli e ha reso dubbio il valore di alcuni concetti che rappresentavano in passato i cardini dell'arte medica. L'esperienza del medico, oggi, non rappresenta un concetto chiaro e autoevidente.

Che cosa significa oggi essere un medico esperto? Per far luce sul concetto di esperienza in medicina, proponiamo il testo di un intervento tenuto recentemente a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità.

GLI OBIETTIVI

Esiodo narra che Metis è un'oceanina: una delle tante figlie di Oceano e Teti.¹ Triste il destino di Metis: prima aiuta il giovane Zeus a detronizzare Crono, dando all'anziano re un potente farmaco che lo costringe a vomitare i figli che aveva inghiottito², successivamente ha l'onore di essere la prima moglie di Zeus. Infine, il re degli dei, per non condividere la sapienza di Metis con gli altri

immortali, la inghiotte quando sta per partorire Atena.³ Metis o Meti rappresenta, secondo l'iconografia esiodea, la Saggierezza, oppure la Prudenza come appare nel libro dei miti, attribuito tradizionalmente ad Apollodoro⁴. Tradurre il tema in *Ragione e Prudenza* sarebbe però un grande errore perché la prudenza e, soprattutto, la saggezza inglobano l'agire umano e non possono essere separate dalla ragione.

La saggezza e la prudenza, semmai, rappresentano delle mete alle quali il logos dovrebbe pervenire.⁵ C'è un altro significato di Metis che può essere utilizzato in questo ambito: Metis, oceanina dalle sottili caviglie, tenta di sfuggire al talamo di Zeus utilizzando la sua capacità di mutare forma.⁶ Metis, in quanto figlia di Oceano, infatti, possiede le facoltà metamorfiche comuni

1 - E (Teti) partorì anche una stirpe sacrosanta di figlie, le quali sulla terra allevano gli uomini fino alla loro giovinezza (...) esse sono: ... e Meti (Saggierezza) Esiodo, *Teogonia*, v 346-358

2 - Apollodoro, *Biblioteca, il libro dei miti*, I, 2 Mondadori, 1998 7 CFR nota 6 pag 230

3 - Allora Zeus, re degli dei, condusse come prima sposa Meti (Saggierezza), che sa assai più cose degli dei e degli uomini mortali. Ma quando venne il momento che ella stava per dare alla luce Atena dagli occhi splendenti, allora Zeus, traendo in inganno l'animo suo con allettanti parole, la inghiottì nelle sue viscere, per consiglio della terra e del Cielo stellato. Entrambi difatti così lo avevano esortato affinché nessun altro all'infuori di Zeus potesse avere l'onore regale in mezzo agli dei sempiterni. Esiodo *Teogonia* v 886 e seg.

4 - Apollodoro, *Biblioteca, il libro dei miti*, I, 2 Mondadori, 1998 7 CFR nota 6 pag 230

5 - Il termine metis deriva da *metron*, misura. Forte di questa etimologia, Umberto Galimberti interpreta metis come attività calcolante della tecnica che sottende la conoscenza delle cause: metis commisurerebbe i mezzi ai fini. In questo lavoro ci si discosta da tale interpretazione perché ci sembra che il misurare secondo l'esperienza esprima meglio il primitivo significato. Infatti, la *prima misura* avviene attraverso i sensi e con la percezione che, impressa nella memoria, si fa esperienza. In questo senso può essere letto il detto di Protagora: *di tutte le cose misura (metron) è l'uomo: di quelle che sono, per ciò che sono, di quelle che non sono, per ciò che non sono* (Frammenti 1 Sext. Emp. Adv. Math VII 60). Come lo stesso Galimberti, opportunamente, osserva che "l'uomo nel suo limite è la misura dell'apertura a cui la manifestazione della natura si concede". CFR Galimberti U. Pische e techne, Feltrinelli Milano, 1999 253-254 e 314.

6 - Zeus si unì anche a Metis he avva tentato di sfuggirgli continuando ad assumere forme diverse, ma invano. Apollodoro, *Biblioteca. Il libro dei miti*, I, 4.

alle divinità acquatiche. C'è solo un'altra qualità umana che assume unitariamente l'apparenza molteplicità del divenire. Essa è l'esperienza e questa rappresenta appunto l'ulteriore significato di Metis.

Tradotto il tema più opportunamente, in *Ragione ed Esperienza*, esso si dispiega in tutta la sua affascinante complessità.⁷ Il fascino deriva dalla storia e dalle innumerevoli contaminazioni culturali che hanno caratterizzato il rapporto tra i due termini, i quali rappresentano nel campo della medicina occidentale un vero e proprio sistema.

La complessità del tema si evidenzia quando si tenti vanamente di determinare le qualità essenziali di una tale struttura che si presenta diversamente, secondo la diversa posizione dell'osservatore.⁸

Si è deciso, quindi, di osservare il sistema dal lato di *metis* con l'obiettivo di determinare i valori semantici del concetto di esperienza nel campo delle Medicina, valutandone la consistenza e il ruolo odierno.

Che si debba preferire un *medico esperto* è cosa certa; tuttavia non è altrettanto chiaro che cosa sia questa esperienza che il medico dovrebbe *accumulare*,

possedere o *fare*. I significati dell'esperienza in medicina non sono autoevidenti, ma si devono ricercare pazientemente tra le pieghe del pensiero filosofico occidentale.

Propongo, quindi, un itinerario che, attraverso il pensiero dei filosofi e dei medici antichi, illumini la figura di *metis* dal lato dell'esperienza, rivelandone i significati che ne costituiscono l'essenza.

Non appaia contraddittorio protendersi verso una nuova medicina, guardando indietro: il rischio di cadere è, infatti, ben poca cosa di fronte al non sapere dove andare.

IN PRINCIPIO FU L'ESPERIENZA.

Logos e Metis rappresentano gli strumenti conoscitivi e operativi della Medicina occidentale, ma all'inizio fu l'esperienza a rappresentare la totalità del sapere. Omero ammonisce che conoscere vuol dire *aver visto*. Solo ciò che ricade sotto il segno delle sensazioni e delle percezioni può essere conosciuto dall'uomo.

L'esperienza, dunque, permette la conoscenza di ciò che appare. Tale conoscenza che deriva dall'esperienza si presenta già al suo nascere fragile e incerta.

Essa assume lo statuto epistemologico della *congettura*,⁹ termine questo del tutto *popperiano* se non fosse già stato usato da Alcmeone, il primo filosofo medico conosciuto¹⁰.

Alcmeone avverte che: *delle cose invisibili e delle cose visibili soltanto gli dei hanno conoscenza certa: gli uomini possono soltanto congetturare*.¹¹

Siamo all'incirca nel 530 a.c. e la fiorente scuola medica di Crotona accoglie accanto alle erbe curative e all'igiene dietetica anche le incantazioni di tipo medico, cosicché l'esperienza del medico trae le sue fonti sia dall'osservazione della natura, sia dalle verità provenienti dai sacerdoti medici e dai potenti sciamani provenienti dal nord.¹²

Per Alcmeone la salute è *l'armonica mescolanza delle qualità (opposte) Le malattie vengono quando un elemento prevale sugli altri*.¹³

Per questo muoiono gli uomini che *non possono unire il principio con la fine*.¹⁴

Alcmeone, tuttavia, riconosce il valore dell'esperienza che è pur sempre comprensione e differisce dalla capacità percettiva che l'uomo condivide con altri animali: *l'uomo differisce dagli altri animali perché esso solo comprende; gli altri animali percepiscono*.

7 - E' necessario limitare il tema ad uno dei possibili significati che la coppia concettuale logo e metis possiedono.

Di Metis abbiamo, seppure succintamente, già parlato. Logos deriva da *legheim*: raccogliere e contare è un concetto che ha attraversato tutto il panorama filosofico umano. La traduzione con ragionamento e ragione ne limita l'ampiezza e la profondità dei significati. Per il suo valore basti pensare che l'uomo è l'animale che ha il logos; *zoon logon echion*.

8 - Il sistema complesso è il prodotto di una relazione osservatore-oggetto. E' una costruzione dell'osservatore. CRR De Angelis U.; *la logica della complessità*, Mondadori Milano 1996, 7.

9 - Il termine congettura deriva dal greco *eikasia* che in Platone designa appunto la conoscenza dell'apparenza delle cose.

10 - Alcmeone, filosofo medico della scuola di Crotona e della scuola pitagorica. La tipologia dei legami con Pitagora non è certa: forse ne fu discepolo. A lui dobbiamo la prima antica definizione pervenutaci di malattia e salute come equilibrio. CFR Ippocrate 266

11 - Diog. Laert VIII 83 [A 1,1] ne *I Presocratici* Laterza Roma Bari 90 I 243

12 - CFR Adorno F., *La filosofia Antica*, Feltrinelli Milano I, 93 19-21.

13 - AET v 30,1 [Dox 442] ne *I Presocratici* Laterza Roma Bari 90 I 244. Alcmeone utilizza il termine isonomia: gli uguali diritti, mutuandolo dal discorso politico. L'isonomia della salute contrasta con la monarchia o tirannide della malattia.

14 - [Aristot.] probl. 17,3 916° 33 ne *I Presocratici* Laterza Roma Bari 90 I 243

scono, ma non comprendono.¹⁵ E' sufficiente il sapere che deriva dall'esperienza a fondare una scienza della Medicina o tale arte deve ricercare le sue radici al di fuori di essa, chiedendo aiuto alla speculazione filosofica o alle verità della religione?

Il medico ippocratico de l'Antica Medicina rivendica il ruolo e la forza della Medicina, emancipandola dalle verità espresse in versi profetici da Empedocle medico filosofo di Agrigento: *Dicono certi medici e filosofi che non sarebbe in grado di conoscere la medicina chi non sapesse che cosa è l'uomo, e che questo appunto deve apprendere chi desidera curare correttamente gli uomini. Ma il loro discorso ricade nella filosofia, come appunto quello di Empedocle¹⁶ e*

*di altri che hanno scritto sulla natura descrivendo dal principio ciò che è l'uomo e come in origine è apparso e di quali elementi è formato. Dal canto mio penso che quanto da filosofi o da medici è stato detto o scritto sulla natura, è meno pertinente alla medicina che alla pittura. Io ritengo invero che una scienza in qualche modo certa della natura non possa derivare da nient'altro se non dalla medicina, e che sarà possibile acquisirla solo quando la medicina stessa sarà stata tutta quanta esplorata con metodo corretto (...)*¹⁷

La Medicina ippocratica, quindi, pone se stessa come nuovo modello di Scienza e inaugura il metodo induttivo deduttivo, capace operare la difficile sintesi tra esperienza e teoria. La scelta dell'osservazione rigoro-

sa e il valore attribuito all'esperienza spingono la medicina ippocratica verso successi terapeutici e a interpretazioni razionalistiche della realtà¹⁸.

Nella seconda metà del V° secolo a .c. il trattato fondamentale intitolato il *Male sacro*¹⁹ esordisce così: *Circa il male cosiddetto sacro questa è la realtà. Per nulla – mi sembra – è più divino delle altre malattie o più sacro, ma ha struttura naturale e cause razionali: gli uomini tuttavia lo ritennero in qualche modo opera divina per inesperienza e stupore, giacché per nessun verso somiglia alle altre. E tale carattere divino viene confermato per la difficoltà che essi hanno di comprenderlo, mentre poi risulta negato per la facilità del metodo terapeutico col quale curano poiché è con purificazioni*

15 - [Theophr] de sens. 25 [A 5] ne *I Presocratici* Laterza Roma Bari 90 I 243

16 - Empedocle di Agrigento, del cui poema sulla Natura possediamo solo alcuni frammenti, non disdegna l'uso dell'esperienza perchè se è vero che: *scorgendo una misera parte della vita nella loro vita di breve destino, come fumo sollevandosi si dileguano, questo solo credendo, in cui ciascuno si imbatte per tutto sospinti, si vantano di scoprire il tutto* (Sext. Emp. Adv. Math. VII 122-4) è anche vero che *senza accordare più fiducia alla vista che all'udito o all'orecchio sonoro oltre la chiara fede del gusto, e non negar fede a nessuna delle altre membra, dove sono vie per conoscere, ma conosci ogni cosa per quanto è chiara.* (Sext. Emp. Adv math VII 124)

17 - Ippocrate, Antica Medicina, Ippocrate Classici UTET Torino 1996 183-5

18 - La ricerca di una spiegazione naturale non era appannaggio dei medici ippocratici , ma anche dei filosofi fisici come Anassagora. Anassagora, nato tra il 500 e il 496 morto nel 428, condannato nel 432 per empietà per avere negato gli dei e per aver introdotto teorie empie sulla natura dei fenomeni celesti. Amico di Pericle.

La impostazione della sua ricerca implica un modo diverso di concepire e di pensare, indipendentemente da ogni ricorso a ordini teologici.

Le tesi di Anassagora secondo le quali il sole è pietra incandescente e la luna terra e la luna non ha luce propria, ma è il sole che dà alla luna la sua lucentezza erano il frutto di una lineare ricerca razionalistica che si fondava sui dati dell'esperienza e che portava a una concezione del tutto e dell'uomo rivoluzionaria.

La convincente ipotesi di Anassagora sulla linea della fisica ionica si basa, innanzi tutti, sui dati osservabili direttamente, sui dati dell'esperienza:

Per la debolezza dei sensi non siamo capaci di discernere il vero: ma possiamo valerci dell'esperienza, della memoria e dell'arte nostre proprie; poiché ciò che appare è un fenomeno di ciò che non si vede con gli occhi CFR Giannantoni G., (a cura di) *I presocratici*, Laterza Roma-Bari, vol. II, 609-10 1990. Durante il suo soggiorno ad Atene, fu portato a Pericle dalle sue terre un caprone che aveva un solo corno e che sembrava soffrire di attacchi epilettici. L'indovino Lampone interpretò questa anomalia come un segno della prossima vittoria di Pericle sul suo rivale Tucidide, nella lotta per la conquista del potere ad Atene. Anassagora, che era presente al fatto, fece aprire il cranio dell'animale e mostrò agli assistenti che l'anomalia era dovuta ad una atrofia del cervello: invece di occupare tutta la scatola cranica, esso finiva a punta come un uovo alla radice dell'unico corno. I presenti rimasero ammirati della scienza di Anassagora, ma in seguito ammirarono ancora maggiormente Lampone, visto che la sua profezia si rivelò esatta.

19 - Ippocrate. *Il male sacro* Classici UTET Torino 1996 297- 316 CFR inoltre, Jouanna J., Ippocrate SEI, Torino, 1994, 397-8. La prima parte del trattato è fortemente polemica contro coloro che, ritenendo l'epilessia causata dall'intervento personale di una divinità, la curano con purificazioni, incantesimi e proibizioni nel regime..

L'autore denuncia la loro incompetenza ed empietà, sostenendo che la malattia non è più divina delle altre e che è curabile. Nella seconda parte propone una spiegazione razionale della malattia: la malattia è dovuta al cervello; flussi di flegma scendono dalla testa e producono danni secondo i luoghi in cui si raccolgono

e incantesimi che essi curano.²⁰

La mancanza di esperienza (*apeiria*) induce gli uomini ad essere vincolati alla superstiziosa, apponendo attoniti il carattere divino a ciò che non riescono a comprendere. L'esperienza, quindi, apre la via alla retta comprensione. L'esperienza si muove entro una natura intelligibile, sottraendo spazio al sacro e alla magia.

Il processo di razionalizzazione della natura delle malattie si completerà per mezzo del *logos* nella costituzione della *technè*. La stessa frase che rigetta l'origine divina delle malattie è riportata nel trattato *Le Arie, Le Acque, I Luoghi*²¹ a proposito dell'origine divina dell'impotenza degli Sciti²². Il trattato è della seconda metà del V° secolo ed è tradizionalmente messo in relazione con la Scuola di Cos.

“In Europa c'è un popolo degli sciti che abita presso la palude Meotide che differisce dalle altre genti. (...) Esso è minimamente prolifico. La maggior parte degli Sciti è eunuca ed ha mansioni femminili, vive come le donne e favella allo stesso modo. I locali ne imputano la causa ad una divinità ed onorano questi uomini e vi si prostrano davanti. (...) Come questo male mi sembra che si formi ora lo dirò: a causa del cavalcare, li colpiscono delle rotture di vasi sanguigni. Dopo di che, quando alcuni si accostano a delle donne e non

sono capaci di usarne, in un primo momento non ci badano, ma sono tranquilli. Quando però, ritentandoci due, tre e più volte, nulla di diverso succede, ritenendo di aver commesso una qualche colpa verso la divinità che essi ritengono responsabile, si vestono con vesti femminili, riconoscendo la propria effeminatezza. Allo stesso modo stanno le cose per tutti i restanti uomini. Dove essi infatti vanno a cavallo moltissimo e molto spesso li moltissimi sono colpiti da versamento interni di vasi, sciatica e podagra e sono pessimi nel fare all'amore.

Le ragioni della sterilità e dell'impotenza degli sciti²³ sono ricondotte nell'ambito della natura e vengono ricercate attraverso lo strumento dell'osservazione e dell'esperienza così da poter dire non senza una certa ironia: *Quanto a me, anch'io penso che questo male sia divino, e così tutti gli altri, e che nessuno sia più divino o più umano di un altro, ma che tutti siano simili e tutti divini. Ognuno di essi invero ha una struttura naturale sua propria e nessuno accade fuori natura.*²⁴

Il metodo semeiotico ippocratico rilevato nei due trattati, basandosi sui segni e sulle sensazioni insegna la natura all'osservazione e all'esperienza, mentre il momento logico, il *loghismos*, alla fine riduce a sintesi tale molteplicità elaboran-

done i significati.²⁵ Deve essere chiara la necessità dell'intervento del *logos* nella pratica medica.

Accanto alla scuola di Cos, fioriva la scuola di Cnido che ebbe in Eurifonte e in Erodico i suoi principali rappresentanti. In questa scuola, la medicina è essenzialmente una pratica di cura e di guarigione nella quale ciò che conta è la diretta osservazione clinica e la diretta esperienza dell'efficacia di un rimedio senza alcun bisogno di integrare il sapere medico in un sistema teorico di interpretazione e organizzazione.

La scuola di Cnido che si era affidata solo all'esperienza si spense senza lasciare alcuna traccia di sé.²⁶

LA PREVALENZA DEL LOGOS.

Ben presto, tuttavia, il sistema conoscitivo ippocratico che rendeva indistinguibile scienza ed empiria²⁷ è riorganizzato, attribuendo solo al *logos* il compito di farsi scienza. Platone nel dialogo *Gorgia* attribuisce all'arte (*Techne*) della medicina la conoscenza della natura dei soggetti a cui si rivolge contro la pratica empirica della culinaria che, con cieca intuizione, si è insinuata sotto la medicina. La pratica empirica non è un'arte, ma, attraverso la lusinga, può confondere i meno accorti.

20 - Ippocrate. *Il male sacro* Classici UTET Torino 1996 297

21 - Ippocrate. *Le Arie, le Acque I luoghi*, Classici UTET Torino 1996 199 229

22 - L'impotenza degli Sciti era già stata descritta da Erodoto come la vendetta di Afrodite a causa dell'attacco al tempio di Ascalone.

23 - Il popolo scita era nomade. Eschilo lo definisce: *retto da buoni pascoli* (o da buone leggi). Gli sciti mettevano in comune i beni, le donne e i bambini CFR Bachofen *Il matriarcato*, I 89

24 - Ippocrate. *Le Arie, le Acque I luoghi*, Classici UTET Torino 1996 224

25 - CFR Ippocrate. Classici UTET Torino 1996 38-9

26 - CFR Ippocrate. Classici UTET Torino 1996, 34-35

27 - Jouanna J., *La nascita dell'arte medica occidentale*, in storia del pensiero.. 63

Ebbene, sotto la medicina si è insinuata la culinaria, la quale simula di conoscere i cibi migliori per il corpo, al punto che, se un cuoco e un medico dovessero sostenere una gara in mezzo ai fanciulli al fine di stabilire chi dei due si intenda dei cibi buoni e dei cibi dannosi, ossia se il medico o il cuoco, il medico morirebbe di fame. (...)»²⁸ E dico anche che essa non è un'arte ma una pratica perché non possiede alcuna conoscenza della natura del soggetto cui si rivolge con i suoi consigli, né della natura delle cose che consiglia: perciò **non conosce la ragione** di ciascuna cosa. E io **non chiamo arte una attività irrazionale.**²⁹

Di fronte alle illusorie lusinghe della pratica, emerge la ragione che conosce il perché e su tali basi può fondare la *techne*. L'esperienza rimane sempre uno dei criteri necessari per conseguire un giudizio, ma soggiace alla preminenza dell'intelligenza e del ragionamento: *Come bisogna giudicare ciò che si deve giudicare bene? Non forse con l'esperienza, l'intelligenza e il ragionamento?*³⁰

Se non ci fosse il logos e si giudicasse solo alla luce dell'empirica tutto sarebbe indistinguibile

e si confonderebbero le arti con ciò che arti non sono.³¹

Platone, infatti, distingue la conoscenza fondata sull'essenza delle cose dalla mera opinione fondata sulle apparenze che abbagliano i nostri sensi.

Aristotele completa il discorso platonico, collocando le modalità del conoscere secondo una precisa gerarchia qualitativa. Nella prima pagina de *La Metafisica*, dopo aver esordito con la celebre: *tutti gli uomini sono protesi per natura alla conoscenza*,³² elenca le modalità del conoscere. In principio furono le sensazioni e la memoria, modi che l'uomo condivide con alcuni animali. Poi nasce l'esperienza che, traendo origine dalla memoria, rappresenta il punto di partenza da cui derivano scienza ed arte: *l'arte nasce quando da una molteplicità di nozioni empiriche venga prodotto un unico giudizio universale che attraversi tutte le cose simili fra loro.*³³

E' solo con l'intervento del logos che si ha vera conoscenza e vera arte: solo attraverso l'arte e il logos, infatti, si conoscono le cause delle cose: *gli empirici, infatti, sanno il che, ma non il perché; quegli altri, invece, sanno discernere il perché e la causa*³⁴.

L'esperienza, relegata in fondo alla gerarchia della conoscenza, svolgerà d'ora in poi una funzione ancillare per la scienza medica. All'esperienza il compito gravoso di sporcarsi le mani, *sperimentando*, al logos quello di restituire ad una teoria casuale la molteplice e disordinata fatica empirica. Da questo momento l'esperienza sarà pensata solo in base alla scienza e lo scopo della scienza sarà quello di oggettivare l'esperienza.

Poiché l'esperienza nella medicina si organizza tecnicamente in una varietà di procedure e di contatti con il paziente, uno dei significati da attribuire al termine *medico esperto* sarà quello del professionista che ha accumulato un grande numero di esperienze tecniche. Come l'esperienza dell'aviatore si misura con il numero delle ore di volo, così l'esperienza del chirurgo si misura con il numero degli interventi praticati. L'esperienza come sapere derivante da innumerevoli esperienze di una certa pratica è pur sempre un valore che, tuttavia, riveste meno importanza in una scienza a rapida evoluzione. Il medico anziano con quaranta anni di esperienza

28 - In un passo successivo, Socrate spiega meglio come sarebbe giudicato un medico se lo accusasse un cuoco davanti ai fanciulli: *considera, infatti, come potrebbe difendersi il medico accusato tra costoro, se uno gli muovesse queste accuse: "ragazzi, quest'uomo vi ha fatto molti mali, e rovina voi e quelli più giovani di voi, tagliando e cauterizzando: vi fa soffrire facendovi digiunare e angustiandovi; vi dà pozioni amarissime e vi fa soffrire fame e sete, non come me, che invece vi imbandivo sempre cibi prelibati e di ogni genere". Che cosa credi che il medico potrebbe rispondere, se si trovasse in questi frangenti? E se dicesse la verità, ossia se dicesse: "Io ragazzi, feci tutto questo per la vostra salute"; ebbene, te lo immagini le urla che lancerebbero questi giudici?* Platone. Gorgia, 521E 522A

29 - Platone, Gorgia Bompiani Milano 2001 464D 465 A 127

30 - Platone, *La Repubblica*, Laterza IX 582 303-304

31 - Platone, Gorgia Bompiani Milano 2001 129 il detto di Anassagora evocato da Socrate in questo passo è il seguente: *insieme erano tutte le cose, illimiti per quantità e per piccolezza, perché anche il piccolo era illimito. E stando tutte insieme, nessuna era discernibile a causa della piccolezza: su tutte predominava l'aria e l'etere, essendo entrambi illimiti: sono infatti queste nella massa torale le più grandi per quantità e per grandezza.* Simplic. Phys. 155, 23

32 - Aristotele *Metafisica* 980 a

33 - Aristotele *Metafisica* 981 a 5

34 - Aristotele *Metafisica* 981 a 30

può non essere il medico esperto quando si tratti di tecnologia a rapida evoluzione.

In una Medicina dai rapidi mutamenti, questo tipologia di esperienza è destinata a valere poco e comunque ritrae maggiormente la figura del medico competente, piuttosto che del medico esperto.

IL PREZZO DA PAGARE AL LOGOS

La medicina occidentale, dopo aver imboccato decisamente la via del logos, ha avviato un processo produttivo culminato con la rivoluzione tecnologica. La medicina, fattasi in tal modo scienza, ha raggiunto successi senza precedenti che, tuttavia, esigono un prezzo. Il primo prezzo che si è dovuto pagare al logos è stato quello di rimuovere la storicità dell'esperienza medica. Lo scopo della scienza è, infatti, quello di oggettivare l'esperienza a tal punto che non agisca in essa alcun elemento di storicità.³⁵ Pensare l'esperienza solo in base alla scienza, quindi, ne sopprime la sua intima storicità.

Affinché potesse guardare scientificamente l'uomo, il logos medico ha dovuto oggettivarlo e rimuoverlo come soggetto. La rimozione del soggetto, infatti, permette il passaggio della medicina nel novero delle scienze. Il ribaltamento imposto dall'oggettività rende soggetto un inesistente universale: la malattia e oggetto un particolare l'uomo malato

Nella diagnosi il medico mentalmente sovrappone la forma

del caso clinico del malato a quella delle malattie che conosce tentando di trovare la stessa configurazione: la diagnosi avviene quando la forma del malato combacia con quella della concezione scientifica accreditata della malattia. È il malato, quindi, a dover essere informato alla malattia.

Occupati a chiarire come un processo biologico che riguarda il corpo di un individuo è definito e trattato dalla medicina, impegnandosi a mostrarne le modalità gli effetti spesso si è dimenticato l'altro volto della malattia. Per noi tutti essa è non solo l'insieme dei sintomi che ci spinge dal medico, essa resta l'avvenimento sventurato che minaccia o modifica immediatamente la nostra vita individuale. Sotto questo aspetto la malattia esige sempre una interpretazione che va al di là del corpo individuale e dell'eziologia specifica. La malattia comporta sempre la formulazione di interrogativi relativi alle sue cause, che non si riducono, nella nostra coscienza, a un germe o a dei fattori genetici e più ancora al suo senso: perché io, perché lui, perché qui, perché ora. Il paziente, infatti, non è interessato alla diagnosi ma alla prognosi che non è una richiesta di probabilità statistiche, ma del suo destino³⁶.

Per il paziente, la malattia acquista significato solo in relazione al destino prognostico, al peso delle sofferenze e delle limitazioni che comporterà e infliggerà. Ecco perché la mede-

sima diagnosi non è la stessa cosa per tutti: essa può comportare, di fatto, prognosi e significati diversi secondo la persona colpita, della sua provenienza culturale e del suo stato sociale.

Se per entrare nel regno delle metanalisi e dei trials controllati a doppio cieco è indispensabile conoscere il linguaggio analitico e oggettivante del logos, per comprendere adeguatamente il singolo malato è necessario intendere un altro modo d'esprimersi.

Le regole espressive del singolo malato, però, sono personali, cosicché si dovrà trovare un qualche punto per accedere alla sua soggettività. Poiché il logos difficilmente potrà trovare una tale via di accesso, ecco assisterlo in questo compito l'esperienza.

L'ESPERIENZA COME ACCESSO AL MONDO DELLA SOGGETTIVITÀ

Aristotele aveva già avvertito il pericolo derivante dal dimenticare la particolarità dell'ammalato. Infatti, se l'esperienza è conoscenza del particolare mentre la techne dell'universale, tutte le attività pratiche e produttive si occupano del particolare giacché: *il medico non ha sotto cura l'uomo se non in via accidentale, ma ha sotto cura Callia o Socrate o qualche altro individuo designato con tale appellativo e a cui è cosa accidentale essere uomo; se pertanto un medico non tiene conto dell'esperienza e si basa sul ragionamento, e conosce l'universale, ma ignora il particolare che è in*

35 - Gadamer HG., *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano 1994 401

36 - Il termine *prognosis* evoca lo sguardo in avanti che, conoscendo l'evolversi delle malattie, predice il futuro. Seppure la predizione si fondi sul metodo razionale, la prognosi contiene ancora quel tanto di *profezia* che in passato condivideva con gli indovini CFR Jouanna J., Ippocrate, SEI Torino, 1994, 102-103

esso, molte volte sbaglia la cura, perché è proprio il particolare quello che bisogna curare.³⁷

Siamo di fronte ad un profondo significato del termine esperienza. L'esperienza medica ci mostra un soggetto immerso nella sua storia e nella sua unicità. In questo senso l'esperienza è un'irruzione nella storia del paziente e, quindi, esprime la *narrazione* della vita di quel particolare soggetto.

L'atteggiamento del medico esperto, quindi, non sarà quello di cancellare il rumore di fondo narrativo, per scegliere solo quegli elementi oggettivi utili per gli scopi diagnostici e terapeutici, ma di comprendere ed interpretare la *storia* del soggetto.³⁸ E' questa storia unica ed irripetibile che malamente può essere ingabbiata negli ordinari percorsi anamnestici, obbligati e preconfezionati, oppure investigata come le scale rilevanti la Qualità della Vita, vano tentativo per ridurre a quantità misurabile le qualità del soggetto.

Si tratta, quindi, di valorizzare l'accesso al mondo della soggettività offertoci dall'esperienza medica che rappresenta un valore aggiunto nel processo diagnostico e terapeutico.

APERTURA ONTOLOGICA DELL'ESPERIENZA

Dall'universalità del concetto, quindi, prendono origine la scienza e la tecnica. Ma cos'è l'unicità dell'esperienza e come trapassa nella nuova universalità del logos?³⁹ L'esperienza si dà in atto solo nella singola osservazione. Essa non è già saputa in una universalità pre-costituita. In ciò risiede la fondamentale apertura dell'esperienza verso nuova esperienza.⁴⁰

Se si considera l'esperienza solo in vista del suo risultato il suo autentico processo è saltato a piè pari.⁴¹ Nell'ambito della medicina, *fare esperienza* non significa solo accumulare ore di volo in una ripetizione dello stesso esercizio, sino a renderlo autonomo, perfetto, svincolato da ogni evento disturbante. Questo riguarda solo l'aspetto tecnico, materiale dell'atto medico.

Si tratta, al contrario, di rilevare proprio quegli aspetti *disturbanti* che sconvolgono la mera ripetizione esperienziale. Fare esperienza significa acquisire quel sapere che deriva da tutte le mutevoli particolarità che si presentano in ogni nuova esperienza.⁴²

ESPERIENZA E SOFFERENZA

Esiste un altro luogo dove l'esperienza può realizzare un sapere decisivo per la pratica medica, seppure differente da quello proveniente dal logos. Si tratta del luogo della sofferenza umana nel quale nessun uomo è mai straniero. Glaucone si chiede: *non bisogna avere nello stato medici bravi?*⁴³ Qual è lo statuto del bravo medico? Glaucone lo fonda innanzi tutto sull'esperienza: *Tali dovrebbero essere, secondo me, tutti quelli che hanno avuto come pazienti quanti più sani e quanti più malati possibile.*⁴⁴ Si tratta del valore cumulativo dell'esperienza del quale si accennato prima.

Socrate tuttavia, aggiunge qualcosa d'altro: *bravissimi diventerebbero i medici se fin da fanciulli, oltre che apprendere l'arte avessero relazione con più corpi infermi possibile e soffrissero di persona ogni malattia, senza avere una sana costituzione. Perché, credo, non curano il corpo con il corpo; non sarebbe possibile che i loro corpi fossero o divenissero mai malati; ma lo curano con l'anima che non può curare bene qualcosa se diventa o è cattiva.*⁴⁵

37 - Aristotele *Metafisica* 981 a 18 23

38 - In quest'ambito il pensiero filosofico che rivendica la preminenza della soggettività rispetto ad una concezione meccanicistica della natura e della medicina è stato espresso da numerosi autori CFR il capitolo *Ermeneutica e scienza naturale* in Wulff H.R., Pedersen S.A. e Rosenberg R., *Filosofia della medicina*, Cortina Milano 1995e, per quanto riguarda l'ermeneutica, il testo classico di Gadamer *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano 1994 che sarà ampiamente citato successivamente. Per evidenziare le differenze tra le modalità dei pensieri filosofici analitici e continentali CFR D'Agostini F., *Analitici e continentali*, Cortina, Milano, 1997

39 - Gadamer HG., *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano 1994 406

40 - Gadamer HG., *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano 1994 407

41 - Gadamer HG., *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano 1994 408

42 - Sul sapere esperienziale del medico, può essere utile la lettura del capitolo teoria, tecnica, prassi in Gadamer HG., *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994 5-38

43 - Platone *Repubblica* III 408

44 - Platone *Repubblica* III 408 d

45 - Platone *Repubblica* III 408 e

Solo il medico esperto della sofferenza, per averla provata sulla propria pelle, diviene un buon medico.⁴⁶

Abbiamo scoperto un nuovo significato dell'esperienza. Ora possiamo parlare dell'esperienza in due sensi: da un lato delle esperienze che si inseriscono ordinatamente nelle nostre aspettative, dall'altro della esperienza che uno *fa*. Quest'ultima che è l'esperienza autentica è sempre un'esperienza negativa.⁴⁷ L'esperienza negativa della sofferenza ci aiuta a comprendere le sofferenze del paziente e apre la strada ad un sapere non altrimenti comprensibile. Nell'ambito della medicina, l'esperienza della sofferenza è essenziale per una decisione giusta.

Platone narra nelle ultime pagine de *La Repubblica* il mito di Er:⁴⁸ Nel racconto di Er, Platone pone l'uomo di fronte al suo destino del quale deve assumere ogni responsabilità. *Non sarà un demone a scegliere per voi, ma sarete voi a scegliere il demone. (...) La responsabilità è di chi sceglie, il dio non è responsabile.*⁴⁹

Secondo il racconto del mito, infatti, le anime devono scegliere

re la prossima vita da vivere. Sceglievano sia le anime provenienti dal cielo: quelle che nell'esistenza passata avevano vissuto giustamente ed erano state ricompensate, sia quelle provenienti dalla voragine della terra che, vissute ingiustamente, avevano pagato per ogni soprappiù dieci volte tanto. Ogni anima, messa di fronte ad un numero elevato di vite di ogni genere, doveva scegliere quella che preferiva.

Quali anime facevano la scelta giusta? Sorprendentemente tra coloro che sceglievano *imprudentemente*, le più erano quelle che provenivano dal cielo perché: *erano inesperte di sofferenze.*⁵⁰ *Invece coloro che venivano dalla voragine terrestre per lo più non operavano le loro scelte a precipizio: perché avevano essi stessi sofferto o veduto altri soffrire.*⁵¹

CONCLUSIONI

L'esperienza del dolore insieme a quella che accede alla soggettività del paziente costruiscono un sapere che, completando l'oggettività del logos, produce la decisione *equa*: quella più giusta nella particolare occasione.⁵²

Il medico che agisce alla luce del logos e del sapere esperienziale è un medico che rifugge dalle decisioni imprudenti e ingiuste.

Come possiamo definire il medico che nella deliberazione conosce la misura (*metron*) giusta per quel paziente, che nel rispetto delle conoscenze scientifiche riesce a coniugarle nella soggettività e nell'unicità di colui che gli sta di fronte?

Quale termine si deve usare per chi, ricordando le esperienze fatte per quel tanto di negatività che esse procurano, *commisura (metron)* la propria esperienza di dolore con quella dell'altro?

I greci utilizzavano il termine *prhonesis*, che ormai possiamo tradurre con quel tipo di saggezza propria delle azioni umane⁵³.

Alla fine dell'itinerario, ritroviamo intatti i significati che Esiodo ha dato a Metis: la saggezza e la prudenza.

Attraverso i significati dell'esperienza che si sono via via tratteggiati, logos ed empiria confluiscono nella mente di Metis, oceanina dalle sottili caviglie, prima moglie di Zeus.

46 - Reale G., *Corpo, anima e salute*. Cortina Milano 1999 322

47 - Gadamer HG., *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano 1994 408-9

48 - Er, figlio di Armenio, di schiatta panfilia muore in guerra e quando dopo dieci giorni si raccolsero i cadaveri già putrefatti, venne raccolto ancora incorrotto. Portato a casa nel dodicesimo giorno stava per essere sepolto. Già era depresso sulla pira quando risuscitò e, risuscitato, prese a raccontare quello che aveva veduto nell'aldilà. CFR Platone *La Repubblica* X 614-621

49 - Platone *La Repubblica* X 617 e

50 - Platone *La Repubblica* X 619

51 - Platone *La Repubblica* X 619

52 - per la distinzione tra equità e giustizia si legga il libro V° dell'etica nicomachea che Aristotele ha dedicato alla Giustizia. Aristotele *etica Nicomachea* V (E), 3 1131 a-b

53 - l'itinerario approda al concetto di *prhonesis*: *si può chiamare saggezza il vedere bene nelle cose particolari (...) la saggezza, infatti riguarda le cose umane e ciò intorno a cui è possibile deliberare; e diciamo che compito del saggio è deliberare bene.* CFR Aristotele, *Etica nicomachea*, VI (Z), 7 1141 a 25

IL “NUOVO” MODO DI PRESCRIVERE I FARMACI



Come certamente ricorderete, nello scorso numero del Bollettino riportammo la Delibera della Giunta Regionale che indicava le nuove modalità di prescrizione dei farmaci con i sanitari deputati alla prescrizione. Riportammo anche la conseguente lettera del Presidente Borrromei in cui si invitava l'Assessorato a rivedere tale delibera e si dava la disponibilità dell'Ordine alla massima collaborazione. L'Assessore Melappioni ed il Dr. Maffei sono intervenuti ad una riunione del nostro Consiglio e da allora sono iniziati numerosi contatti e scambi di opinioni che hanno portato alla stesura di questa nuova circolare che recepisce molti dei suggerimenti proposti dai Consiglieri anche attraverso l'apposita Commissione che si occupa dei rapporti fra le varie figure professionali mediche (coordinata da Massimo Quirino Ricci). Ora il tutto ci sembra più rispondente alle esigenze sia dei sanitari che dei cittadini. (g.f.)

LINEE GUIDA SULLA PRESCRIZIONE DI FARMACI E LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI CON IL RICETTARIO REGIONALE

Un atto di indirizzo regionale di alcuni mesi fa sulla riqualificazione della spesa farmaceutica ha fornito alcune indicazioni sulle modalità di utilizzo del ricettario regionale da parte delle diverse figure professionali mediche che hanno dato luogo ad interpretazioni disomogenee. Si rende, quindi, opportuno fornire un chiarimento al riguardo. L'occasione è buona per chiarire l'utilizzo del ricettario regionale non solo per la prescrizione di farmaci, ma anche per la richiesta di prestazioni ambulatoriali. Un successivo atto di indirizzo chiarirà l'utilizzo del ricettario per la proposta di ricovero.

Prima di entrare nel merito dei singoli punti è opportuno esplicitare quali sono i principi generali alla base delle indicazioni fornite:

- la **responsabilizzazione del professionista** che sceglie il tipo di trattamento farmacologico da prescrivere o dei percorsi ambulatoriali da seguire: la prescrizione va fatta da chi concretamente prende la decisione sui farmaci da utilizzare o le prestazioni ambulatoriali da eseguire nello specifico caso;
- il **rispetto dei ruoli professionali in base alle normative ed ai modelli organizzativi**: il nostro sistema affida:

- al **medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta (i medici di fiducia)** il ruolo di garantire la continuità dell'assistenza per i cittadini e di gestire tutti i problemi acuti autonomamente gestibili senza ricorso alle strutture / competenze specialistiche;
- al **medico specialista**, dipendente o convenzionato, il ruolo di collaborazione con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta per la gestione delle problematiche cliniche di maggiore complessità e/o specializzazione;
- al **personale medico dei servizi di Pronto Soccorso** il ruolo di far fronte ai casi acuti non gestibili a livello ambulatoriale o domiciliare territoriale;
- ai **medici di continuità assistenziale** il ruolo di far fronte alle problematiche urgenti gestibili a livello ambulatoriale o domiciliare extra-ospedaliero in alcune specifiche giornate e fasce orarie;
- la **facilitazione dei percorsi del cittadino**: va fatto in modo di semplificare la erogazione delle prestazioni e di evitare passaggi inutili tra più figure professionali.

Sulla base di queste premesse si ritiene per i far-

maci di dare indicazione che:

- i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta garantiscano tramite ricettario regionale la prescrizione di farmaci per tutti i trattamenti domiciliari a medio-lungo termine e per tutte le situazioni acute autonomamente gestite senza ricorso alla collaborazione dello specialista o all'intervento del Sistema dell'Emergenza;
- gli specialisti, ospedalieri o convenzionati, garantiscano la prescrizione su ricettario regionale per tutti i problemi acuti ad essi "affidati" dal medico di medicina generale e pediatra di libera scelta (si tratta di solito di problemi di tipo specialistico insorti di recente che richiedono un trattamento di breve durata come alcuni problemi oculistici, dermatologici, ecc.) e per tutti i casi acuti gestiti a livello di Pronto Soccorso o in collaborazione con il Pronto Soccorso;
- lo specialista ospedaliero garantisca al momento della dimissione la prescrizione su ricettario regionale del primo ciclo di trattamento previsto in continuità con il ricovero ospedaliero in modo da facilitare il paziente;
- il medico di continuità assistenziale prescriva su ricettario regionale i farmaci urgenti in modo da garantire i primi due – tre giorni di terapia;
- lo specialista, ospedaliero o convenzionato, al termine del ricovero o della visita specialistica, comunichi al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta le indicazioni terapeutiche proposte utilizzando il nome del principio attivo avendo cura di informare il paziente in caso di proposta di farmaci di fascia C e di rispettare e di segnalare le note CUF;
- lo specialista ospedaliero prescriva i trattamenti a medio-lungo termine per quelle situazioni cliniche e quei farmaci la cui gestione è affidata dalla normativa alle strutture specialistiche (farmaci anti-retrovirali per l'infezione da HIV ad esempio) e per quei casi selezionati di patologia cronica che in accordo con il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta vengono gestiti in

un centro di riferimento (si pensi ad esempio ad alcuni casi di epilessia).

Attenzione: alcune recenti normative (Legge n. 405 del 16 novembre 2001) hanno previsto la possibilità di una distribuzione diretta dei farmaci da parte delle strutture pubbliche al momento della dimissione o dopo una visita specialistica ambulatoriale. La distribuzione, che comporta un risparmio per il sistema, riguarda il primo ciclo terapeutico. La Regione sta regolamentando questo meccanismo di distribuzione diretta dei farmaci e la regolamentazione verrà resa nota a tutti i medici (di fiducia e specialisti). Essa comporterà, almeno in questa fase, un maggior ruolo prescrittivo degli specialisti, rispetto a quanto sopraindicato, necessario per garantire la distribuzione diretta del farmaco alla dimissione o dopo la visita specialistica.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali si ritiene di dare indicazione che:

- il medico di fiducia formuli col ricettario la richiesta di prestazione specialistica integrandola con la diagnosi o con il sospetto diagnostico e, comunque, con tutte le informazioni utili allo scopo;
- lo specialista, una volta valutato il caso, proponga eventuali ulteriori prestazioni, oppure, se le riterrà indispensabili per far fronte al problema posto dal medico di fiducia o comunque per una migliore gestione clinica del caso, le richieda personalmente, avendo cura di non indicare o correggere in alcun modo la richiesta originale del medico di fiducia se non nei casi previsti in seguito;
- lo specialista possa correggere l'impegnativa per motivi amministrativi in modo da favorire il paziente (dati incompleti, codici errati, etc.);
- per favorire il percorso dei pazienti lo specialista possa richiedere prescrizioni "integrative" rispetto alla richiesta del medico di fiducia utilizzando la ricetta redatta da quest'ultimo. Le prestazioni integrative sono quelle prestazioni che lo specialista, a seguito di una richiesta del medico di fiducia o di altro specialista, ritiene indispensabile effettuare subito e quindi contestualmente alle prestazioni

richieste. Ciò vale anche per eventuali prestazioni terapeutiche purché le stesse abbiano carattere di urgenza e non siano differibili.

Le prestazioni integrative così come sopra definite dovrebbero essere richieste dallo specialista con le seguenti modalità:

- integrando la richiesta del medico di fiducia nel caso di prestazioni della stessa branca specialistica e di “capienza” della ricetta originale (che non verrebbe a superare il massimo di otto prestazioni). E’ questo anche il caso di una richiesta iniziale di sola visita specialistica, che può essere integrata con prestazioni di una (e, ovviamente, una sola) altra branca. L’integrazione andrà firmata dallo specialista che apporrà anche il proprio timbro sul retro;
- redigendo a propria cura una nuova richiesta su ricettario regionale negli altri casi.

Un caso particolare cui si propone in futuro di applicare la possibilità amministrativa della formula delle prestazioni integrative è quello del cosiddetto day-service, un modello di organizzazione ambulatoriale alternativo al ricovero ordinario o in day hospital per scopi diagnostici, ricoveri di solito inappropriati. Tale modello, che verrà formalizzato in un apposito documento regionale cui si darà ampia circolazione, prevede la presa in carico del paziente da parte della struttura specialistica per la gestione di percorsi

ambulatoriali complessi, da attuarsi in tempi rapidi attraverso un numero limitato di accessi alla struttura. E’ un modello particolarmente utile, ad esempio, per l’inquadramento diagnostico e soprattutto per il follow-up di malattie o condizioni croniche quali l’ipertensione, le malattie endocrine e del metabolismo e l’insufficienza renale cronica. Anziché predefinire un insieme ridondante di prestazioni erogate in regime di day-hospital o ricorrere addirittura al ricovero ordinario è più opportuno e corretto erogare un insieme di prestazioni selezionate decise in base a specifici protocolli e ad una iniziale valutazione dello specialista. Lo stesso provvederà ad una sintesi finale di quanto emerge dall’insieme di procedure mirate effettuate.

Le indicazioni sopra elencate vanno utilizzate come riferimento per tutte quelle situazioni particolari che questa nota non ha previsto e “regolamentato”. L’occasione è opportuna per condividere ancora una volta l’obiettivo di un utilizzo appropriato sia clinicamente che economicamente dei farmaci e delle prestazioni ambulatoriali, che è uno degli obiettivi principali a breve termine dell’intero Servizio Sanitario Regionale.

Un punto molto specifico riguarda, infine, l’uso personale (comunque non per gli assistiti propri o del proprio gruppo) del ricettario regionale. Si propone che tale tipologia di utilizzo venga riservata alle sole situazioni veramente urgenti specificate come tali nella corrispondente ricetta.

Qualche volta succede...

Avvocato condannato per aver offeso noto chirurgo anconetano

E sì, accade ogni tanto che anche i legali vengano condannati per calunnia per ciò che, forse con un po’ di leggerezza, scrivono nei loro documenti. Il fatto. Un avvocato, incaricato da un cittadino di promuovere una causa nei confronti del sanitario per presunti danni subiti, scrive, nel giugno 1999, una lettera al medico ed alla struttura in cui egli lavora, nella quale definisce la condotta del chirurgo “dissennata e colpevole”. La risposta del professionista non si fa attendere e l’avvocato viene querelato per calunnia. Si svolge il processo presso la sezione penale del Tribunale di Ancona e nel luglio 2002 arriva la sentenza. L’avvocato viene condannato per quegli aggettivi a 1000 € di multa, al pagamento delle spese processuali ed al risarcimento dei danni morali quantificato in 5000 €. Il giudice, aldilà della effettiva colpa del chirurgo per la quale è pendente una causa civile, ha ritenuto che il termine “dissennato” fosse molto di più di un addebito di colpa anche grave, ma implicasse l’affermazione che il medico ha agito in maniera “folle”. Forse, di fronte ai tanti attacchi legali alla nostra professione, una condotta più “reattiva” dei medici potrebbe aiutare a limitare il vero e proprio “assedio” a cui spesso siamo sottoposti. *g.f.*

LA RESPONSABILITA' CIVILE E PENALE IN SANITA'

Intervento del Presidente Borromei al Convegno organizzato dalla SPEME (Società per la Promozione dell'Educazione Medica – società scientifica della CIMO – ASMD Marche) lo scorso 28 giugno.

Esprimo compiacimento per questa iniziativa importante che la SPEME organizza, in quanto indice di grande sensibilità etica. Inoltre mi piace anche la collaborazione con l'IPASVI.

Merito quindi per l'attenzione ad un problema LA RESPONSABILITA' in Sanità punto nodale a mio avviso sia per lo sviluppo professionale che per il raggiungimento di quella qualità di cui molto si parla. Infatti se la professione medica non ritroverà quella serenità di operare, quel consenso e quella stima dei cittadini, non avremo processi di qualità, ogni sforzo rimarrebbe un mero esercizio culturale. Se la professione continua a non avere certezze nel ruolo, se il comportamento clinico e il suo iter decisionale devono sempre essere supportati da una tecnologia sofisticata e costosa (per non risultare poi colpevoli di negligenze) non si otterrà nemmeno quell'utilizzo etico delle risorse sia economiche che professionali di cui tanto c'è bisogno.

Se la tradizione clinica della professione trova sostegno nella giurisprudenza, allora questa rotta può essere invertita. Le Istituzioni mediche e della giurisprudenza (avvocati, magistrati) devono collaborare a trovare soluzioni per decidere quale professionista della salute si vuole realizzare per i prossimi decenni. Qui intravedo l'importante ruolo dell'ordine professionale, un Ordine però che per svolgere questo ruolo deve essere concepito come reale campo delle sinergie (non è una istituzione superata dal tempo), come un organismo sempre più competente e specializzato nelle sue funzioni e quindi dei suoi componenti direttivi (CD e Consiglio), un Ordine più moderno.

Noi medici dobbiamo costruire e difendere meglio le nostre istituzioni, riducendo e annullando le conflittualità sterili intraprofessionali, pur nella pluralità delle idee.

Realizzeremo così un Ordine che difenda la professione e tuteli la salute del cittadino.

Alla politica compete anche il saper leggere i processi culturali, i progressi che in questi anni si sono sviluppati nell'ambito della professione e di fungere da catalizzatore, permettendo la crescita armonica e liberale delle leadership mediche di cui questa nostra Regione è ricca, e di facilitare l'incontro delle istituzioni di cui parlavo, magari organizzando seminari di studio e di lavoro da cui scaturiscano quelle indicazioni condivise che facilitino i compiti professionali e tutelino anche i professionisti e ciò permetterebbe di ottenere la Salute dei cittadini e del Sistema.

Fulvio Borromei

RIDUZIONE DELLA BUROCRAZIA NELL'ATTIVITA' SANITARIA

Lettera del Presidente Borromei all'Assessore Regionale alla Sanità Melappioni

Egregio Assessore,

Le scrivo perché codesto Ordine vuole farsi promotore di una iniziativa di studio e di valutazione per una Deburocratizzazione del ruolo medico con la realizzazione di eventuali gruppi di lavoro.

Questa proposta è in linea con quanto fino ad ora il nostro Ordine ha cercato di fare sia proponendosi come istituzione da consultare in varie problematiche sanitarie, sia al suo interno con la realizzazione di un osservatorio interprofessionale che vuole da una parte migliorare il rapporto professionale dei medici, dall'altra migliorare quindi i percorsi che i cittadini devono intraprendere nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Da questa iniziativa potrebbe scaturire sicuramente un più facile raggiungimento di quella qualità professionale tanto ricercata poggiandosi anche su un migliore utilizzo del tempo professionale del medico a quel ruolo clinico che gli compete e con maggiore soddisfazione anche dell'utente e un più razionale accesso ai servizi.

Perché questo si realizzi ritengo che dovrebbero essere coinvolte quelle figure professionali che possano dare un reale contributo a tale iniziativa per il loro ruolo e per le loro competenze.

Questo Ordine mette a disposizione le sue per un contributo reale e fattivo.

Nella speranza che questa proposta, che ritengo costruttiva per il bene della nostra Sanità Regionale, venga accolta, e anche implementata da ulteriori proposte e osservazioni, Le porgo un cordiale saluto.

*Il Presidente
Dr Fulvio Borromei*

PRESCRIZIONE DEI FARMACI ANALGESICI

Circolare della Regione Marche sui Ricettari di cui alla legge 8 febbraio 2001, n. 12

Nel mese di marzo 2002, sono stati consegnati a tutte le Aziende UU.SS.LL., i ricettari per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei utilizzati per la terapia del dolore di cui all'allegato III – bis del testo unico. Pertanto si ritiene opportuno richiamare qui le disposizioni stabilite per “la terapia del dolore”. I principi attivi che costituiscono l'allegato III-bis sono i seguenti: Buprenorfina, Codeina, Diidrocoedina, Fentanil, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone. Per quanto concerne il principio attivo Buprenorfina sono soggette alle disposizioni del provvedimento in oggetto solo le prescrizioni della forma iniettabile.

Le ricette da utilizzarsi per la prescrizione dei medicinali a base dei principi attivi sopraelencati, nei soggetti affetti da dolore severo con patologia neoplastica o degenerativa, sono numerate progressivamente, raggruppate in blocchetti da trenta, ciascuna in triplice copia autocopiante, conformi al modello allegato al Decreto Ministeriale 24.05.2001.

Contrariamente a quanto previsto dalla L. 12/2001 e precisamente:

- ricettario in triplice copia per le prescrizioni di farmaci a carico dei SSN
- ricettario in duplice copia per le prescrizioni di farmaci non a carico dei SSN,

il suddetto Decreto prevede un unico ricettario in triplice copia.

Nel caso di prescrizione con onere a carico del SSN, il medico rilascerà all'assistito l'originale ed una copia che verranno trattenute dal farmacista all'atto della spedizione, l'originale per lo scarico, mentre la copia sarà inviata all'Azienda USL per il rimborso. Su tale copia il farmacista potrà apporre i bollini adesivi dei medicinali consegnati, sia nello spazio ad essi destinato, sia, in caso di necessità, sul retro della ricetta e, in mancanza di spazio, anche in un foglio allegato alla medesima.

La seconda copia della prescrizione sarà trattenuta dal medico che dovrà conservarla per 6 mesi e poi procederà alla sua distruzione.

Per la prescrizione non a carico del SSN, il medico rilascerà al paziente solo la ricetta originale che sarà trattenuta dal farmacista all'atto della spedizione, per lo scarico. Le due copie saranno trattenute dal medico che provvederà alla loro distruzione dopo sei mesi.

Nella prescrizione l'indicazione relativa a dosaggi, quantità, modo di assunzione deve essere scritta solo in lettere.

Inoltre tali ricette:

- hanno validità 30 giorni, escluso quello di emissione;
- devono contenere la prescrizione di una terapia per un periodo non superiore a trenta giorni;
- devono essere redatte in modo tale che, alla posologia in esse indicata l'assunzione del/i medicinale/i deve essere completata entro trenta giorni;
- non possono essere rinnovate prima del completamento della terapia indicato con la precedente prescrizione;
- possono contenere fino a due medicinali diversi o due dosaggi diversi dello stesso medicinale;
- risulteranno firmate in originale solo sul primo modulo e in copia sugli altri;
- dovranno riportare il domicilio professionale e il numero di telefono professionale del medico e dei veterinario.

(...)

In caso di preparazione magistrale il farmacista indicherà il relativo costo nello spazio destinato ai bollini. In caso di approvvigionamento tramite autoricettazione da parte dei medici e dei veterinari di medicinali di cui all'allegato III-bis della legge 12/2001, i medicinali oggetto di autoprescrizione non sono erogabili con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Le disposizioni previste da DM in parola si applicano esclusivamente alla prescrizione di medicinali di cui all'Allegato III-bis al DPR 309/1990, per il trattamento del dolore severo nella patologia neoplastica o degenerativa. E' da escludersi il trattamento sostitutivo di pazienti tossicodipendenti in assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda la prescrizione dei medicinali di cui all'Allegato III-bis per patologie diverse da quelle previste dalla L. 12/2001, e per le prescrizioni di preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'art.14 del DPR 309/1990, si conferma l'utilizzo, secondo le modalità note del ricettario speciale modello ministeriale già in uso per le sostanze stupefacenti e psicotrope.

Al fine di rendere omogenee le procedure di consegna e di utilizzo dei ricettari si forniscono le seguenti indicazioni:

- Il medico ed o il veterinario dovrà firmare (firma leggibile) su un apposito registro (come da allegato A) la presa in carico delle ricette (dal numero al numero);
- non sono previste deleghe, ed è opportuno riportare gli estremi del documento di identificazione del prescrittore;
- l'Az. U.S.L. di riferimento per il ritiro dei ricettari è quella in cui il professionista esercita la sua attività;
- le Az. UU.SS.LL., determinati i fabbisogni per il prossimo anno 2003, ne faranno richiesta allo scrivente servizio;
- le farmacie convenzionate, per la registrazione dei dati ricetta dovranno utilizzare il numero 8888888 come codice di riferimento, mentre il numero della ricetta è quello riportato sul modulo.

Nel periodo di tempo necessario alla distribuzione dei nuovi ricettari, i medici ed i veterinari, per la prescrizione delle sostanze dell'Allegato III-bis nel trattamento del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, sono autorizzati, per l'anno in corso ad utilizzare i ricettari già in uso (modello ministeriale) per la prescrizione degli stupefacenti di cui al DPR 309/1990.



Congresso Interregionale SIDEV

**Società Italiana Dermatologia e Venereologia
Sezione Nord-Est (Triveneto Emilia Romagna Marche)**

Nei giorni 18-19 Ottobre 2002 si svolgerà ad Ancona, sotto l'egida della Società Italiana di Dermatologia e Venereologia, il Congresso Interregionale della sezione Nord-Est. E' stato incaricato dell'organizzazione il Dott. Giuseppe Ricotti responsabile della Unità Operativa di Dermatologia e Venereologia dell'INRCA di Ancona. L'evento ha come scopo principale quello di promuovere lo scambio di esperienze tra i giovani dermatologi e di puntualizzare lo stato dell'arte su alcuni importanti argomenti in ambito dermatologico.

Il congresso prevede una sessione per le comunicazioni libere ed una sessione didattica che si articolerà in due corsi monotematici ed in quattro letture magistrali tenute da dermatologi di spessore nazionale. I corsi, a numero chiuso, avranno come argomento: il trattamento delle ulcere cutanee e l'utilizzo del laser in dermatologia. Da molti anni infatti l'U.O. di Dermatologia si occupa delle problematiche della cicatrizzazione cutanea ed in particolare delle ulcere degli arti inferiori, patologia di rilevanza nella popolazione anziana e sicuramente in aumento. Il corso sul laser ha invece lo scopo di fornire ai giovani dermatologi una corretta visione sulle nuove possibilità terapeutiche che l'utilizzo dei laser oggi permettono, ma che non sono, almeno in maniera approfondita, oggetto di studio nei programmi universitari. Le letture magistrali invece verteranno su: i linfomi cutanei, il prurito nell'anziano, fisiopatologia e quantificazione dell'invecchiamento cutaneo, assorbimento percutaneo nella cute invecchiata. I relatori, che sono tra i maggiori esperti in campo nazionale sugli argomenti da trattare, presenteranno lo stato dell'arte e la loro esperienza su argomenti di grande interesse per chi si occupa della popolazione anziana.

L'evento è in fase di accreditamento da parte del Ministero della Sanità ed in attesa di assegnazione dei crediti formativi da parte della Commissione ECM.

Segreteria Scientifica: U.O. Dermatologia INRCA - Via della Montagnola 81 - Ancona
Tel: 071/8003584 - Fax: 071/8003540 E-mail: dermo@inrca.it

Il bene e il bello, i luoghi della cura

E' possibile un'esperienza di bellezza e di positività nel luogo della sofferenza e del lavoro?

E. Caselli, M.L. Librari, F. Orlandoni

Dal 21 al 31 ottobre nell'atrio della nuova ala dell'ospedale di Torrette esporremo la mostra "Il bene e il bello, i luoghi della cura" curata da Giorgio Comancini, Docente di Storia della Sanità all'Università Statale di Milano. L'iniziativa è proposta dal Centro Culturale Miguel Manara, dall'Associazione Medicina e Persona e dall'Associazione Universitaria CUSL.

Il percorso espositivo della mostra documenta l'evoluzione dei luoghi di cura dall'antichità ai giorni nostri, sottolineando le specifiche caratteristiche delle diverse epoche in ordine alle pratiche sanitarie ed assistenziali.

L'ospedale – e i luoghi di cura in genere – rappresentano un formidabile oggetto di 'cultura'. Funzioni e compiti ad esso assegnati si incrociano strettamente con la cultura dell'uomo e del suo bisogno nelle varie epoche fino a determinare anche l'aspetto decorativo ed architettonico.

In realtà la medicina si occupa di uomini che cercano, talvolta in modo inconsapevole, anche nell'esperienza della malattia il senso della loro sofferenza, cioè il nesso tra la vita e il destino per cui si sentono fatti. Nella concezione odierna del lavoro sanitario le domande e le provocazioni radicali che la realtà della malattia porta con sé appaiono spesso dimenticate oppure anche quando riconosciute, rese irrilevanti dalla impostazione della pratica clinica o assistenziali.

Abbiamo voluto offrire questa opportunità a operatori sanitari e pazienti convinti della sua particolare utilità quale stimolo alla riflessione, in questo momento in cui i problemi della sanità vengono avvertiti in termini meramente economici e in cui si assiste ad una progressiva sfiducia nelle risorse sanitarie che vengono messe a disposizione del paziente dal Servizio Sanitario e ad un incremento del fenomeno del burning out da

parte del personale sanitario (precoce esaurimento delle risorse fisiche e psicologiche da impegnare sul lavoro, demotivazione).

Invitiamo tutti i colleghi alla tavola rotonda di presentazione che si terrà il 21 ottobre alle ore 18.30 presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina a Torrette, poi a visitare l'esposizione. Sono previste visite guidate nel primo e nel tardo pomeriggio.

Arriverdoci quindi a Torrette, è un'occasione da non perdere!!!!





DAL MINISTERO DELLA SALUTE

SINDROME DA ADHD, RIUNIONE DI STUDIO INDIVIDUA LE TEMATICHE PER UN PROSSIMO SEMINARIO

Si è svolto presso la sede del Ministero della Salute, convocato dal sottosegretario On. Antonio Guidi, un incontro di studio per analizzare le tematiche relative agli interventi nella Sindrome da deficit di attenzione da iperattività nei bambini (ADHD). Nel corso della riunione, cui insieme a funzionari del Ministero hanno partecipato alcuni tra i massimi esperti nel campo della Psichiatria infantile e della Farmacologia, sono stati tracciati i profili dei vari aspetti problematici della sindrome da ADHD ed estrapolate riflessioni che costituiranno oggetto di un più ampio dibattito, nell'ambito di un apposito seminario organizzato e presieduto dal sottosegretario Guidi. Il seminario, si svolgerà entro la metà di ottobre con il coinvolgimento di esperti ed accademici, personalità del mondo istituzionale e scientifico ed associazioni delle famiglie e del volontariato.

SCONCERTO PER UN SONDAGGIO SU TAGLI AI FARMACI GRATUITI

In merito a un ennesimo sondaggio sull'accettazione o meno di "tagli ai farmaci gratuiti" da parte degli italiani, il Ministero della Salute manifesta sconcerto per il modo semplicistico di affrontare, da parte di un'agen-

zia di stampa, un argomento così delicato che tocca tutti i cittadini e per il quale il Ministro della Salute è fortemente impegnato ad agire per garantire a tutti il diritto alla salute ed eliminare i privilegi di cui hanno goduto fino ad oggi le aziende farmaceutiche. Appare fin troppo scontato inoltre ricorrere ai commenti delle opposizioni e della Farindustria che abitualmente ormai, anche se con interessi diversi, dimostrano il loro dissenso nei confronti della politica del Governo ed in particolare sul riordino del prontuario. Questo tentativo di "informazione" su qualcosa che nessuno, tranne gli esperti del Ministero, attualmente conosce nei particolari, non fa altro che aumentare la confusione tra i cittadini, soprattutto tra i soggetti più deboli.

ISPEZIONI DEI NAS: MASSIMA ATTENZIONE AI PAZIENTI PIÙ DEBOLI

In merito ai risultati delle ispezioni dei Carabinieri dei Nas nelle strutture ricettive per anziani e in quelle di tutela della salute mentale, il Ministro della Salute Girolamo Sirchia sottolinea che, con rammarico, si continuano a registrare numerose irregolarità nelle strutture per soggetti non autosufficienti. E' prima di tutto una preoccupazione di tipo etico in quanto ciò dimostra che non esiste ancora rispetto per le persone deboli che invece hanno bisogno della massima

assistenza possibile. E' preoccupante inoltre che queste irregolarità, sebbene diffuse ovunque, ad eccezione della Valle d'Aosta e del Friuli Venezia Giulia, siano più accentuate in alcune regioni.

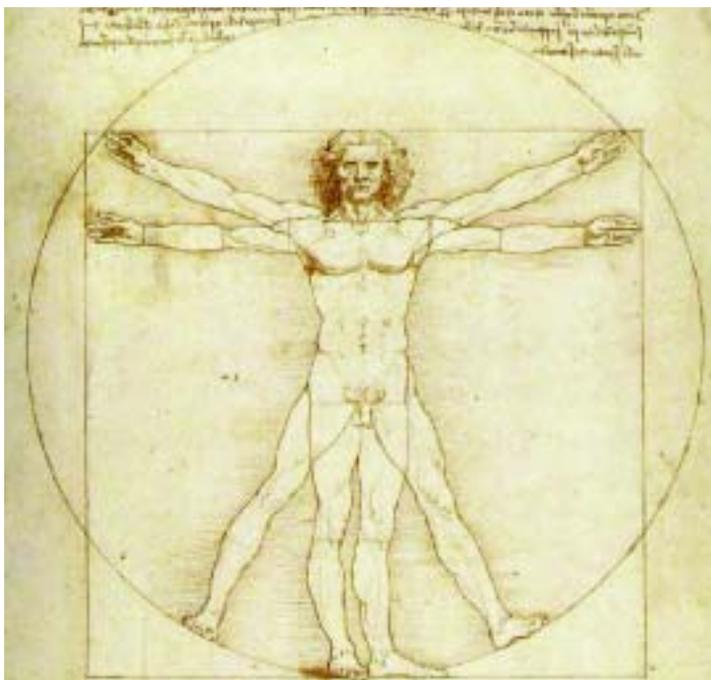
Il Ministro assicura che i controlli in queste strutture continueranno con maggiore rigore al fine di porre finalmente termine a questi illeciti ai danni dei pazienti ricoverati. Il Ministro rinnova il suo apprezzamento per la costante azione di controllo dei Carabinieri per la Sanità a tutela della salute dei cittadini italiani.

PURA FANTASIA IPOTESI TICKET UNICO NAZIONALE SUI FARMACI

In merito alle notizie circa le ipotesi di reintroduzione di un ticket unico nazionale sui farmaci, si precisa che le stesse sono prive di ogni fondamento e frutto di pura fantasia. Il Ministero della Salute è invece impegnato nella revisione del prontuario farmaceutico in modo da garantire a tutti un'assistenza farmaceutica completa ed equa da parte del Servizio sanitario nazionale, evitando oneri per i cittadini di qualsiasi tipo.

SU DDL MEDICI IL MINISTERO MANTERRÀ L'IMPEGNO

In merito all'annuncio di una pausa sull'iter del ddl di riordino della professione medica, il ministro della salute Girolamo



Sirchia, precisa che tale pausa si riferisce ad un periodo di pochi mesi per consentire una verifica con le organizzazioni sindacali dei medici e con le Regioni, in modo da arrivare ad eliminare ogni dubbio sulle possibilità di attuazione della riforma. Il ministro Sirchia conferma la piena volontà del Governo a mantenere gli impegni assunti in merito alla necessità di modificare l'attuale assetto normativo che regola la professione medica in ospedale nell'interesse primario dei cittadini che oggi sono costretti a pagare prestazioni sanitarie per superare le lunghe liste d'attesa determinate dall'attuale sistema. La professione medica va rivalorizzata eliminando le gravose penalizzazioni oggi esistenti, incentivando la formazione e la qualificazione, in quanto un medico gratificato professionalmente è la migliore garanzia per i malati. Già i

primi di settembre il ministro Sirchia intende riprendere, con il coinvolgimento diretto della maggioranza parlamentare, le consultazioni con tutte le componenti interessate sindacati, rappresentanze dei medici, dei malati e con le Regioni.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MACCHINE TROPPO VECCHIE NEGLI OSPEDALI

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha scritto agli assessori regionali alla sanità mettendoli al corrente dei risultati dell'Indagine sui servizi di diagnostica per immagini presenti nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate, la cui elaborazione è stata portata a termine dall'Ufficio statistica del Ministero della salute nei giorni scorsi. In base ai dati del rapporto conclusivo, il Ministro ha sottolineato agli assessori tre

- aspetti riguardanti le attrezzature radiologiche in Italia:
- le apparecchiature sono in gran parte obsolete;
- mancano le gamma camere in molti pronto soccorso;
- le attrezzature sono sottoutilizzate.

Il Ministro ricorda agli assessori che per porre rimedio ai primi due aspetti le Regioni possono accedere ai fondi dell'ex art. 20 della Legge 67/1988, mentre per quanto riguarda l'utilizzo non efficiente delle attrezzature invita a estendere l'orario di lavoro dei Servizi di Bioimmagine ricorrendo anche alla possibilità di retribuire personale medico-infermieristico in regime libero professionale come previsto dal Decreto Legge 402/2001 poi convertito nella Legge 1/2002.

L'indagine rappresenta il primo vero censimento effettuato nel nostro Paese su aspetti organizzativi e strutturali relativi a cinque tipologie di servizio: Radiodiagnostica, Neuroradiologia, Medicina nucleare, Angiografia interventistica, Emodinamica.

Effettuata tramite questionario nel primo semestre del 2001 e relativa alla situazione del 2000, ha riguardato in totale 1419 strutture ospedaliere (882 ospedali pubblici e 537 case di cura private accreditate), di cui a livello nazionale il 72 per cento risulta dotata di servizio di diagnostica per immagini.

Come ricordato dal Ministro, la distribuzione delle apparecchiature secondo l'anno di costruzione mette in luce un'obsolescenza generalizzata, in particolare per il parco macchine della Radiologia generale e della Medicina nucleare.

Continua a pag. 30

Viaggio
senza
bagga-
glio

Viaggio senza bagaglio

A cura di Sergio Giustini

Console del Touring Club Italiano

Il Giardino Bonaccorsi

Lontano anche dalle piccole capitali di provincia delle Marche, in cima ad una verde collina tra Potenza Picena ed il vicino mare, sorge uno dei più affascinanti giardini d'Italia; esso è parte di quell'insieme di costruzioni denominate "Villa giardino dei Conti Bonaccorsi". Sin dalle sue remote origini il luogo andò famoso per il giardino giacché il suo nome non è villa ma semplicemente giardino Bonaccorsi. Visitarlo costituisce un'esperienza importante ed un avvenimento che non si dimentica, sicuro modello della cultura marchigiana. In uno dei riferimenti bibliografici, il

bel volume "La Patria" opera del Prof. G. Strafforello "colla collaborazione di altri distinti scrittori", di fine Ottocento, descrivendo Montesanto, l'attuale Potenza Picena, si narra di "fertili colline sparse di numerose ville, tra cui l'antico Castel San Filippo, grandiosa villa adorna di statue, edifizî, giardini ed una ricca biblioteca". Ed ancora ne tratta la Bonarelli Modena, nel 1930 nel suo pregevole "I giardini all'italiana nelle Marche"; e la G. Masson celebre studiosa di giardini alla fine degli anni Cinquanta "...il giardino Bonaccorsi è il perfetto esempio del giardino delle Marche e, grazie alle amorevoli cure dei suoi proprietari, è sopravvissuto in condizioni eccellenti per mostrarci come dovevano apparire gli altri" di cui ricordo quello celebrato di villa Montegallo e di Centofinestre. La superficie dell'intero complesso (villa, bosco, impianti rustici e giardino) investe quasi cinque ettari di terreno di cui un quinto occupato dal giardino e la foto aerea da me realizzata ne rende un'idea alquanto verosimile.

Interessante veduta aerea d'insieme dell'intero complesso storico-naturalistico



Veduta del primo terrazzamento



Le notizie storiche che ora desidero proporre non saranno del tutto precise poiché in tali ricerche esse sono sempre assai difficili da reperire; sembra comunque che l'edificio principale, il corpo della villa vero e proprio, sia stato realizzato in due fasi successive, la prima delle quali nel secolo XVII quando nel 1669 fu nominato Cardinale Bonaccorso Bonaccorsi nativo di Montesanto. Nel 1701 con Simone Bonaccorsi si ebbe un ampliamento verso est fino a configurare le attuali forme. L'epoca e le caratteristiche inducono a pensare che l'architetto ufficiale del Conte sia stato il romano G. Battista Contini, collaboratore del Borromini, che stava costruendo l'omonimo elegante palazzo gentilizio a Macerata. Alla stessa epoca si può far risalire la parte superiore del giardino a terrazze il cui impianto si può egualmente attribuire al Contini che realizzò altresì le razionali strutture accessorie della corte rustica e gli uffici dell'amministrazione.

Il completamento del giardino terrazzato si pensa sia opera del noto architetto arceviese Andrea Vici (1744-1817) che disegnò quello di Montegallo. Nel 1720 morì il vicentino lapicida O. Marinali che aveva una bottega specializzata nella lavorazione di statue da giardino: il suo nome è riportato su alcuni basamenti dell'ecce-

zionale corredo di figure scolpite ivi esistenti, perciò a quella data la maggior parte del giardino era stata compiuta. Le terrazze sono dunque cinque in bella vista, chiuse e riparate dai venti eppure esposte al sole ed idonee alla fioritura degli agrumi; la superiore, come detto, è la più antica con dimensioni tuttavia ridotte rispetto ai terrazzamenti degradanti; sul suo lato est fronteggia la settecentesca chiesetta dedicata a San Filippo Neri magistralmente ornata di cipressi in topiaria a forma di arco. In questo spazio fiorito sono quattro aiuole intorno ad una fontana centrale: esse sono cinte da una bassa siepe di bosso con piccoli compartimenti floreali dalle svariate forme (stellare, trapezoidale e quadrata) disposti attorno ad una guglia centrale. Tale disegno è derivato da uno degli schemi proposti in un noto trattato, "Il flora ovvero la cultura dei fiori" dato alle stampe intorno alla metà del XVII secolo per mano del naturalista senese G.B. Ferrari.

Discendendo verso il più ampio secondo terrazzo, dopo un camminamento ornato da spalliere di agrumi e figure grottesche e caricaturali, osserveremo delle aiuole massicce e regolari con agli angoli altri agrumi in vaso, fontane ed obelischi ed in fondo una verde galleria antico berceau. Raggiunto il terzo livello esso appare più stretto

dei precedenti ed è conosciuto come “il viale degli imperatori” chiuso a levante da una grande nicchia con la statua di Flora opera di Orazio Marinali; le statue degli imperatori romani non sono più contenute all'interno di nicchie ricavate nel verde e ciò è il solo cambiamento di rilievo rispetto a quello di un secolo fa.

I successivi due livelli sono segnati da una ridotta presenza di erme e decori e l'ultimo è ornato da lunghe ed alte quinte parallele di allori sempreverdi. Esistono poi nel giardino due grotte: la prima (in fondo ai terrazzamenti) è detta teatrino degli automi e al centro di essa vi è la figura policroma di “Cecco birbo”, cacciatore in abito settecentesco che suona una trombetta (era l'indovinato nomignolo di un vecchio custode), alle sue spalle tre vuoti in cui, protetti da sportelli, sono collocati gli automi: un saracino ed un arlecchino in abiti di stoffa nonchè una fucina con i ciclopi che battono l'incudine, scena questa che deriva da un disegno della edizione italiana del “Pneumatica”, testo dell'antichità, del I secolo d.C., dedicato ad automi e meccanismi ad aria compressa. L'altra grotta è nella zona ad ovest del giardino, accanto al corpo principale della fabbrica, ed è conosciuta come la grotta dei frati: un lungo corridoio rivestito di roccia calcarea con le figure di due monaci scolpiti in

scala quasi reale che fronteggiano una nicchia chiusa da uno sportello dal quale spunta, del tutto inatteso, un diavolo: lezioso impreveduto a stimolo d'innocenti emozioni!

Un ampliamento dell'insieme venne compiuto verso la fine degli anni Sessanta dell'Ottocento allora che fu aggiunto il cosiddetto giardino dei tassi, vasto terrazzo quadrangolare alla estremità ovest. Comunque gran parte della vegetazione originaria è stata conservata insieme ai muri delle terrazze ricoperte da limoni, vanto e delizia di molti giardini d'Italia e l'arte per la conservazione di tale complesso è realtà tanto rara quanto preziosa.

A titolo di semplice indicazione cito alcune delle numerose specie floreali indicatemi dal gentile giardiniere: petunie, tagete di vari colori, dalie, zinnie, salvia dall'intenso colore rosso e il delicato azzurro dell'ageratum.

Desidero da ultimo riportare una delle due epigrafi rivolte ai cagnolini ivi sepolti: “al suo caro fedele Mascherino morto il 23 marzo 1870 volle posta questa memoria Angelina Bonaccorsi, ultimo tributo di affetto a lui che amava la padrona di un amore del quale tra gli uomini è raro l'esempio”.

La visita al giardino è effettuabile il sabato mattina telefonando al numero 0733.688189.

Il secondo terrazzamento con, in fondo, il grande leccio e la chiesa dedicata a San Filippo ornata di cipressi in topiaria



Antiquariato CHE PASSIONE !

A cura di Gianfranco Curzi

Il mobilio - le epoche e gli stili

L'evoluzione dei mobili nel corso dei secoli, è stata notevole, e sempre influenzata da numerosi fattori. Questi sono stati certamente: gli eventi storici, la cultura, il gusto, l'economia, la politica, l'organizzazione della società, la famiglia, le varie realtà geografiche, la tecnologia ed altro.

GLI EVENTI STORICI

Nel Medio Evo, i mobili erano pochi e quasi tutti trasportabili. Questo, per l'insicurezza delle abitazioni determinata dalle frequenti incursioni delle popolazioni centro-europee ed asiatiche.

In questo periodo il mobile più diffuso è il cassone o cassapanca, che serviva per contenere pochi indumenti e qualche coperta, e che poteva essere trasportato facilmente. Pochi sono i mobili di questa epoca giunti alla nostra osservazione.

Successivamente, con il sopraggiungere della stabilità politica in Europa ed in Italia, gli insediamenti urbani divennero più sicuri. Comparvero gli arredi domestici funzionali, quali i tavoli, le sedie, le credenze, i cassettoni o canterani. Comincia il Rinascimento e da esso, l'arte del mobilio e degli arredi nel corso dei secoli successivi.



Falegnameria del XIV secolo, incisione su legno.

LA CULTURA, IL GUSTO, L'ECONOMIA.

Come sopra già detto, con il raggiungimento della stabilità politica europea e quindi con la raggiunta sicurezza degli insediamenti urbani, la dimora e

quindi la casa comincia ad avere una diversa e nuova importanza. Con la casa compaiono gli arredi situati in maniera stabile e duratura. Inoltre, le varie ricchezze e l'abbondanza alimentare comin-



Cassone da matrimonio scolpito, stuccato, dorato e dipinto. Venezia, 1465 circa.

ciavano ad affluire dal nuovo mondo da poco scoperto dagli europei e le case diventavano sempre più ricche e belle. Aumentano le commesse agli artigiani, i quali si moltiplicano con l'aumentare della ricchezza. Comincia il culto della bellezza (siamo nel Rinascimento) che sopravanza l'austerità, semplicità ed essenzialità degli arredi medioevali.

Nei secoli XV – XVI – XVII, caratterizzati dal potere dispotico dell'assolutismo regio-ecclesiastico, gli arredi sono appannaggio esclusivo dei nobili e del clero.

Nel settecento, secolo dei "lumi" e della esaltazione della ragione dell'individuo – Illuminismo – e delle sue conquistate libertà, grazie alle nuove teorie filosofiche relative alle diverse condizioni economiche (nascono le prime forme di pre – industrializzazione europea), dai nuovi atteggiamenti verso la vita scaturisce per l'uomo un nuovo modo di immaginare la propria giornata e quindi la propria casa: non più le grandi stanze di rappresentanza, ma ambienti più piccoli, familiari e privati. Cambiano le abitudini, si

stabilizzano e confermano le nuove mode, sorgono altre usanze. Si ama trascorrere ore e giornate tra salotti e sale da gioco e da thè, si moltiplicano e diversificano i rituali di società, cominciano gli spettacoli teatrali aperti a tutti e la musica è alla portata di molti.

Il mobilio e gli arredi si adeguano a tutto ciò ed anche alla rinnovata importanza che da ora in poi assume la donna nella società settecentesca. Nascono poltrone, poltroncine e divani con schienali e braccioli, si conversa molto, si gioca e si ricama, ed occorrono quindi tavoli e tavolini, sedie e sgabelli. Insomma, cambiano i tempi e con essi la casa.

La mobilia si arricchisce, si diversifica, si moltiplica e si abbellisce sempre di più.

LA POLITICA, LA SOCIETÀ, LA FAMIGLIA.

Nel corso dei secoli, dal cinquecento al novecento, si assiste ad una progressiva democratizzazione della società europea, con conseguente sempre maggiore e migliore redistribuzione dei capitali. Nasce la Borghesia che si afferma sempre di più e con

essa la famiglia e la casa padronale. Gli arredi che prima erano permessi a pochi sono ora alla portata di molti. Essi diventano più piccoli e leggeri, più eleganti, mossi, funzionali e più numerosi. Si moltiplicano gli artigiani ed i commercianti. I nuovi fermenti, scaturiti dalle rivoluzioni europee e dai nuovi pensieri filosofici, rendono la società sfaccettata ed evoluta e gli arredi assumono nuove e sempre più varie forme.

All'inebriamento del settecento, subentra l'ottocento napoleonico, che impone un nuovo e sobrio stile neoclassico (Stile Impero) a tutta l'Europa.

La fine dell'imperialismo napoleonico ed europeo, libera di nuovo la fantasia dell'uomo. Nascono lo Stile Floreale (Italia), l'Art Nouveau (Francia) ed il Liberty (Inghilterra).

E' il canto del cigno dell'individuo – artista – artigiano – ebanista – creatore ed attore nella società.

Successivamente comincia l'industrializzazione e compaiono i legni "compensati e truciolati". Ma poiché sempre progettati ed assemblati dall'uomo falegname ed ancora ebanista, gli

oggetti creati in questo periodo (1930-1950) prendono il nome di “Modernariato”.

Quando tutti i mobili verranno fatti dalle macchine, anche se manovrate, progettate e costruite dall'uomo, finisce la storia dell'arte del mobilio.

LA TECNOLOGIA.

La disponibilità di arnesi di lavoro sempre più raffinati, ha condizionato l'estetica degli arredi e dei mobili. All'inizio (Medioevo e Rinascimento) con l'abbondanza di legno e per la semplicità degli attrezzi, le tavole erano molto spesse, grossolanamente assemblate (incastri e chiodi fatti a mano) mentre gli intarsi erano inesistenti e le impiallaccature, sempre di radica di noce, molto spesse.

Nei secoli successivi gli attrezzi di lavoro diventano più raffinati, compare qualche macchina, cosicché le tavole diventano sempre meno spesse ed assemblate anche con colle. Frequenti sono gli intarsi mentre i mobili da rigorosamente geometrici, cominciano ad essere tondeggianti e rigonfi (Barocco). Le impiallaccature diventano meno spesse e compaiono le lucidature a lacca (nell'Alta Epoca le lucidature erano soltanto ad olio e cera). Massima espressione italiana di questo periodo fu la Bottega milanese del Maggiolini – fine settecento-.

Con il colonialismo e l'importazione di legni, i mobili non erano più soltanto in noce, ciliegio o quercia, ma anche in mogano ed ebano.

Le ferramenta diventano sempre più piccole, raffinate e funzionali.

L'avvento della piena industria-

lizzazione del novecento, cancella tutto e si verifica per il mobilio quello che oggi viene genericamente chiamata “globalizzazione”.

Scompare quindi l'uomo – individuo – imprenditore – artigiano – artista – falegname – ebanista.

Nei prossimi articoli mi propongo di scrivere in dettaglio la storia del mobile nei singoli pe-

riodi, partendo dal Mondo Antico per arrivare al Medio Evo e Rinascimento, Illuminismo, Imperialismo, Pre-Industrializzazione ed Industrializzazione, cercando di rapportarmi agli stili dei vari paesi europei e delle regioni italiane.

Tutto ciò, se sarà possibile, in quanto l'amico G. Fanesi, mi ha comunicato che nel 2003 vi sarà il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici e, con esso, del Comitato di Redazione.

**Superbo Trumeau intarsiato marchigiano del settecento.
Collezione privata - Ascoli Piceno.**





Vecchie anche le apparecchiature per la mammografia e la tomografia computerizzata. Il numero degli apparecchi che superano i dieci anni di età è infatti particolarmente elevato e solo il 30% delle apparecchiature installate sono di recente acquisizione. Per quanto riguarda le indagini mammografiche, in particolare, il 23% dei mammografi censiti ha oltre 10 anni e il 44% oltre 8 anni di età.

Il secondo aspetto rilevante è rappresentato dalla sostanziale inadeguatezza a fronteggiare in modo efficace la problematica del sospetto infarto miocardico acuto. Risulta, infatti, che fra gli ospedali coinvolti nell'indagine solo il 10 per cento di quelli dotati di terapia intensiva coronarica dispone anche di un servizio di Medicina nucleare. Ciò può comportare un aumento dell'incidenza di falsi negativi e falsi positivi nella diagnosi di

infarto. Come si legge nel Rapporto, se negli ospedali dotati di pronto soccorso e di unità di terapia intensiva coronarica fossero disponibili gammacamere per eseguire scintigrafie, sarebbe possibile una migliore gestione di questa importante problematica clinica.

I dati, inoltre, evidenziano un diverso grado di utilizzazione delle apparecchiature a livello territoriale. Si registrano valori regionali alquanto diversi del numero delle prestazioni per apparecchiatura, denotando una non efficiente utilizzazione. Questa indagine è stata possibile grazie all'accordo del Ministero con le Regioni, che hanno collaborato in modo aperto e tempestivo. Tale intesa costituisce un modello di lavoro in cui Stato e Regioni insieme possono portare a comprendere meglio la realtà sanitaria del Paese e a correggerne gli aspetti critici, migliorando costantemente l'assistenza e quindi la salute dei cittadini.

NESSUN ALLARME IN ITALIA PER PRODOTTI LASSATIVI

In merito ad alcune notizie su presunti problemi di sicurezza legati all'uso di prodotti medicinali lassativi a base di aloe e cascara, il Ministero della Salute precisa che non esiste attualmente alcun allarme circa rischi legati all'uso di questi prodotti, peraltro in commercio da decine di anni. Si ricorda, che il Sistema Nazionale di Farmacovigilanza è sempre attivo e costantemente impegnato a monitorare tutte le informazioni relative al profilo beneficio/rischio dei farmaci, compresi i prodotti segnalati dalla FDA americana.

Le notizie apparse sulla stampa prendono esclusivamente spunto da una decisione assunta il 9 maggio 2002 dalla FDA dovuta alla mancata ottemperanza dei produttori di questi medicinali alla richiesta di presentare dati aggiornati sulla efficacia e sulla sicurezza. Si tratta quindi non di evidenza di rischio (come dimostra anche il tempo di sei mesi stabilito per ottemperare alle decisioni) ma di mancata fornitura di dati a sostegno della sicurezza per prodotti di automedicazione che non sono sotto il controllo diretto del medico.

L'agenzia FDA infatti nel novembre del 1990 aveva deciso una revisione complessiva dello status dei principi attivi contenuti in farmaci da banco (OTC) sotto il profilo della efficacia e della sicurezza. Nel giugno 1998 avendo concluso questa prima fase l'FDA decise di riclassificare i lassativi a base di aloe, cascara sagrada e senna come prodotti per i quali erano necessari ulteriori dati in merito alla sicurezza ed efficacia. In particolare l'FDA richiedeva per questi prodotti dati sulla mutagenicità e carcinogenicità.

A maggio del 2002 nessun dato era stato fornito all'FDA per i prodotti contenenti aloe e cascara sagrada e per questo motivo l'Agenzia ha deciso di non includere in una lista finale di medicinali OTC tali prodotti imponendo la eliminazione dei due componenti entro 180 giorni.

L'agenzia FDA concludeva che la mancata fornitura di dati a sostegno della sicurezza per questi prodotti e il disinteresse da parte dei produttori a fornire tali dati erano elementi suffi-

cienti a non poter considerare come adeguatamente documentati tali farmaci.

Per quanto riguarda il nostro sistema di farmacovigilanza, questo è inserito in una costante attività coordinata da organismi sopranazionali come, per l'Europa, l'agenzia EMEA. Nell'ambito di questo processo ogni singola informazione concernente qualsiasi farmaco viene sempre attentamente valutata dagli esperti della CUF. In particolare per i lassativi la CUF ha pubblicato nel 1998 delle linee guida per una corretta informazione ai pazienti nelle quali viene ribadito e raccomandato un uso occasionale di tali prodotti.

ELENCO DEI FARMACI GENERICI EROGATI GRATUITAMENTE

In merito alle notizie sull'elenco unificato per i farmaci non coperti da brevetto aggiornato secondo quanto disposto dall'articolo 9 del decreto-legge 8 luglio 2002, n. 138, recante interventi urgenti, tra l'altro, di contenimento della spesa far-

maceutica, il Ministero della Salute precisa che i farmaci inseriti in questa lista sono tutti erogati gratuitamente a carico del Servizio sanitario nazionale. Il paziente dunque non paga nulla oppure potrebbe pagare una lieve differenza rispetto al prezzo di rimborso del Ssn, che corrisponde a quello più basso del medicinale disponibile nel normale ciclo produttivo, se pretende un farmaco fuori brevetto più caro. Il paziente ha accesso dunque a tutti i principi attivi, nessuno escluso.

L'elenco che indica a livello nazionale i farmaci completamente gratuiti e quelli dove occorre pagare una lieve differenza è consultabile alla pagina "Medicinali generici" del portale internet del Ministero della Salute, area tematica "Medicinali e vigilanza" (<http://www.ministerosalute.it/medicinali/>).

SUL DECRETO OMNIBUS INUTILE ALLARMISMO

In merito alle dichiarazioni dell'On.le Giuseppe Fioroni, il Ministro della Salute Girolamo Sirchia considera tali afferma-



zioni "false e tendenziose" in quanto miranti a creare inutile allarmismo tra i cittadini. Il decreto omnibus, per la parte farmaceutica, consentirà infatti di non introdurre alcun ticket; anzi, il provvedimento si rende necessario per eliminare le distorsioni derivanti dall'applicazione del criterio delle categorie omogenee voluto dall'ex Ministro della Sanità Rosy Bindi, che ha creato inutili aggravati di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale senza dare benefici concreti ai cittadini. Con il nuovo sistema di classificazione si libereranno risorse da destinare ai farmaci innovativi e ai farmaci diretti a curare le malattie rare, che potranno essere disponibili in regime di gratuità e in tempi estremamente rapidi.

Il Ministro si augura che termini al più presto questa continua campagna di disinformazione che non è fatta certamente nell'interesse dei pazienti ai quali, invece, è rivolta costantemente l'attenzione del Ministero della Salute.

AMIANTO, INSEDIATA NUOVA COMMISSIONE PER LA VALUTAZIONE DEI PROBLEMI AMBIENTALI E DEI RISCHI SANITARI

Si è insediata ieri presso il Ministero della Salute la nuova Commissione per la valutazione dei problemi ambientali e dei rischi sanitari connessi all'impiego dell'amianto, presieduta dal Sottosegretario alla Salute On. Antonio Guidi.

Tra i principali compiti della Commissione sono previsti l'elaborazione di nuove linee-guida per interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie da amianto, nonché

la revisione dei disciplinari tecnici in materia di trattamento e smaltimento dei rifiuti di amianto, al fine di un armonico adeguamento con le decisioni assunte in sede europea.

Al riguardo, l'On. Guidi, pur sottolineando la piena autonomia operativa della Commissione in relazione ai compiti ad essa attribuiti, ha auspicato il pieno coinvolgimento delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano nella definizione degli obiettivi, senza trascurare il delicatissimo ruolo di una corretta informazione nei confronti della popolazione, nel quadro delle realizzazioni dei piani di bonifica.

MINISTRO SIRCHIA AI VERTICI RAI, MEDIASET E LA7: COMITATO DI VIGILANZA CONTRO IL FUMO IN TV

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha inviato una lettera ai vertici di Rai, Mediaset e La7 in cui propone l'istituzione di un Comitato di vigilanza

per evitare che film e spettacoli messi in onda promuovano il fumo di sigaretta, soprattutto nei giovanissimi, proponendo modelli sociali falsi e inaccettabili, anche in riferimento a un recente articolo pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica British Medical Journal dal professor Stanton A. Glantz dell'Università della California. Nell'articolo, il professor Glantz lancia la campagna "Smoke free movies" e sottolinea la relazione diretta fra i messaggi fuorvianti del cinema e l'iniziazione al fumo dei giovani.

Come ricorda il Ministro ai responsabili delle televisioni nazionali, la lotta al tabagismo con particolare evidenza alla prevenzione nei giovani e nei giovanissimi è un obiettivo dell'Unione Europea, al quale l'Italia ha aderito con ferma convinzione. La Commissione Affari costituzionali e la Commissione bilancio hanno poi recentemente approvato una norma che protegge i non fuma-



tori dall'esposizione al fumo passivo, affermando il diritto di chi non fuma a essere rispettato. A fronte di questi provvedimenti, in linea con quelli di tutti i Paesi avanzati, il Ministro fa notare che continua una pubblicità occulta delle multinazionali del tabacco, che purtroppo è oggi prevalentemente diretta ai minori, in quanto soggetti più facilmente raggiungibili dai messaggi che insistentemente vengono proposti dal mondo dello spettacolo, da quello del cinema e dalla tv.

Il Ministro ritiene che le tv non debbano partecipare anche involontariamente a questa pubblicità occulta con spettacoli che propongano modelli sociali dove il fumo viene associato al valore, all'emancipazione, alla libertà, al sesso.

ON LINE MONITORAGGIO SICUREZZA VACCINAZIONI

Al fine di garantire la più corretta informazione alle famiglie italiane, il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha disposto la pubblicazione sul portale www.ministerosalute.it di una sezione dedicata alla sicurezza delle vaccinazioni nei bambini. Nelle pagine web del Ministero vengono messi in evidenza gli aspetti legati a innocuità e sicurezza dei vaccini e soprattutto alla sorveglianza delle reazioni avverse.

Vale ricordare che si è di fronte a un'attività relevantissima di prevenzione. Si stima, infatti, che ogni anno in Italia siano effettuati circa 4.200.000 interventi vaccinali nell'infanzia, cioè nei bambini fino a 12 anni. A questi si aggiungono più di 10 milioni di interventi vacci-

nali negli adulti e negli anziani. Accanto a questa "operazione trasparenza", il Ministero ricorda che dal 12 agosto entrerà in vigore il nuovo calendario delle vaccinazioni dell'infanzia che prevede l'utilizzo esclusivo di vaccino antipoliomielitico inattivato (Salk) per tutte e quattro le dosi evitando così i rari, dolorosissimi, casi di malattia invalidante verificatisi con la somministrazione del Sabin, vaccino con virus vivo attenuato.

Ciò è possibile alla luce della situazione epidemiologica nazionale e internazionale. A livello mondiale, infatti, è ormai prossima l'eradicazione della poliomielite, dopo quella del vaiolo, avvenuta alla fine degli anni '70, e l'Italia nell'ambito della Regione Europea ha ricevuto la certificazione ufficiale di eradicazione della poliomielite il 21 giugno 2002. Tali risultati, sono stati ottenuti grazie a capillari attività di vaccinazione che hanno consentito di raggiungere una copertura superiore al 95% della popolazione. Come evidenziato nello Schema di Piano sanitario nazionale 2002-2004, le vaccinazioni per l'infanzia restano l'unica arma in grado di contrastare malattie gravi e altrimenti incurabili ed è obiettivo del Ministero raggiungere un'elevata copertura anche per i vaccini raccomandati come l'antimorbillo o contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B.

AL VIA LA DISTRIBUZIONE A MEDICI, INFERMIERI E FARMACISTI DELLA GUIDA ALL'USO DEI FARMACI

Il Ministero della Salute ha iniziato la distribuzione gratuita e

capillare a tutti i medici, i farmacisti e gli infermieri della prima edizione della Guida all'uso dei farmaci, tratta dal British National Formulary (BNF), il prontuario commentato più conosciuto e apprezzato a livello internazionale. Stampato in 400mila copie, il volume di 635 pagine più la prefazione ha richiesto un anno e mezzo di lavoro sotto la direzione scientifica della Direzione generale per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza.

Come sottolineato dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia, l'Italia è il primo Paese in Europa a distribuire una guida commentata all'uso dei farmaci. Questa iniziativa testimonia l'impegno del Ministero nel settore dell'informazione scientifica, indipendente e di alto livello, e si inquadra in un disegno organico per favorire l'appropriatezza e la formazione continua degli operatori sanitari. Rappresenta, inoltre, un contributo rilevante ai fini di un corretto impiego dei medicinali, che costituisce un obiettivo strategico dello Schema di Piano sanitario nazionale 2002-2004.

La Guida all'uso dei farmaci ribalta il percorso usuale dell'informazione scientifica, fortemente orientata ai nomi commerciali e ai marchi, partendo dalle categorie terapeutiche e dai principi attivi per arrivare ai prodotti disponibili e alle confezioni presenti sul mercato. Ciascun capitolo è preceduto da una introduzione e per ciascun principio attivo vengono riportate le indicazioni, le avvertenze, le controindicazioni, gli effetti indesiderati, la posologia, i nomi commer-

ciali, la confezione, il prezzo e la classe di rimborsabilità. È previsto un aggiornamento semestrale del volume.

La pubblicazione della Guida all'uso dei farmaci segue la realizzazione e diffusione del nuovo Bollettino di informazione sui farmaci (Bif), disponibile anche in rete (www.ministerosalute.it), e della versione italiana di Clinical evidence, presentata alla fine dell'anno scorso, oltre che del Prontuario dei farmaci del Servizio sanitario nazionale.

FARMACO A BASE DI EPOETINA ALFA, NESSUNA SEGNALAZIONE IN ITALIA

In seguito alle segnalazioni negli Stati Uniti di casi di aplasia specifica delle cellule della serie rossa (PRCA, eritroblastopenia) in pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento da mesi o anni con epoetina alfa (Eprex*, Epoxitin, Globuren o altre eritropoietine), il Ministero della Salute precisa che nessuno di questi casi è stato segnalato in Italia. Il Ministero, a seguito di una procedura europea di Urgent Safety Restriction, ha inserito negli stampati (scheda tecnica, foglio illustrativo) note informative importanti sulle segnalazioni e informato, in accordo con l'Azienda Janssen-Cilag, i medici italiani già il 15 novembre 2001 inviando loro una Dear Doctor Letter e pubblicandola sul sito www.ministerosalute.it con note informative importanti sulla sicurezza ed in particolare sulla modalità di somministrazione della epoetina alfa nei pazienti con insufficienza renale cronica e con il consiglio di evitare l'uso per via

sottocutanea di questo farmaco. A seguito di una nuova procedura europea di Urgent Safety Restriction nella giornata di ieri è stata inviata una nuova Dear Doctor Letter con un aggiornamento della nota informativa. L'intera procedura è pubblicata sul portale del Ministero della Salute, in primo piano, nell'area tematica Farmaci.

APPROVAZIONE DELL'EMENDAMENTO SULLA TUTELA DAL FUMO PASSIVO

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia esprime grande soddisfazione per l'approvazione, da parte della Commissione Affari costituzionali del Senato, dell'emendamento al Collegato ordinamentale in materia di Pubblica amministrazione che introduce norme a tutela della salute dei non fumatori.

Secondo il Ministro, l'approvazione dimostra che il provvedimento è costituzionalmente lecito ed economicamente sostenibile. Tutto questo rappresenta un passo decisivo per arrivare finalmente a una legge attesa da tanti anni, senza la volontà di penalizzare i fumatori.

Il Ministro auspica che la grande sensibilità dimostrata dal Parlamento prosegua sia nel prossimo esame da parte dell'Aula del Senato che con l'approvazione definitiva alla Camera.

PROCESSO EMODERIVATI, PRECISAZIONE SU COSTITUZIONE PARTE CIVILE

In merito alla notizia di rinvio a giudizio di dodici imputati da

parte del Giudice dell'Udienza Preliminare di Trento nell'ambito del processo sugli emoderivati, si precisa che la costituzione di parte civile dello Stato viene fatta soltanto dopo un'attenta valutazione da parte della competente Avvocatura dello Stato della situazione processuale e dei reali capi di imputazione, e che essa può avvenire in qualsiasi momento prima che si apra il dibattimento, cioè il processo vero e proprio, che appunto non è ancora iniziato.

Il Ministero della Salute si costituirà dunque parte civile quando il GUP di Trento avrà individuato l'elenco definitivo degli imputati con le motivazioni delle relative imputazioni, anche nel rispetto della risoluzione approvata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato.

Il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, ribadisce comunque la propria vicinanza e la propria solidarietà alle vittime e alle loro famiglie.

RICOSTITUITA LA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha provveduto, con un decreto, alla ricostituzione della Commissione nazionale per la formazione continua, secondo quanto previsto dall'articolo 3 del decreto-legge 7 febbraio 2002, n. 8, convertito, con modificazioni, nella Legge 4 aprile 2002.

La Commissione, che dura in carica cinque anni dalla data del suo insediamento, è presieduta dal Ministro della Salute e si compone di quattro vicepresidenti e 25 membri.

Sono stati nominati

vicepresidenti:

Dott. Raffaele D'Ari,
Ministero della Salute;
Dott. Antonello Masia,
*Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca*;
Dott. Gino Tosolini,
*Conferenza dei Presidenti
delle Regioni e delle Province
autonome*;
Dott. Giuseppe Del Barone,
*Federazione nazionale
degli ordini dei medici
chirurghi e degli odontoiatri*.

Sono stati nominati membri:
Prof. Riccardo Vigneri,
Ministero della Salute;
Dott. Franco Vimercati,
Ministero della Salute;
Prof. Sergio Tartaro,
*Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca*;
Prof. Giovanni Dolci,
*Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca*;
Dott. Mauro Pirazzoli,
Ministero della Funzione pubblica;
Prof. Claudio Giorlandino,
Ministero per le Pari opportunità;
Dott. Gastone Brizzi,
Ministero per gli Affari regionali;
Dott. Francesco Paolo Iannuzzi,
Conferenza Stato-Regioni;
Dott. Luigi D'Ambrosio Lettieri,
Conferenza Stato-Regioni;
Dott. Paolo Messina,
Conferenza Stato-Regioni;
Dott. Lamberto Pressato,
Conferenza Stato-Regioni;
Prof. Luigi Allegra,
Conferenza Stato-Regioni;
Sig.ra Adriana Dal Ponte,
Conferenza Stato-Regioni;
Prof. Enrico Bollero,
*Federazione nazionale degli
ordini dei medici chirurghi
e degli odontoiatri*;
Dott. Giuseppe Renzo,
*Federazione nazionale degli
ordini dei medici chirurghi*

e degli odontoiatri;
Dott. Felice Ribaldone,
*Federazione nazionale
degli Ordini dei farmacisti*;
Dott. Gaetano Penocchio,
*Federazione nazionale degli
Ordini dei veterinari*;
Dott. Gennaro Rocco,
*Federazione nazionale dei collegi
degli infermieri professionali,
assistenti sanitari e vigilatrici
d'infanzia*;
Sig.ra Rita Emilia Roascio,
*Federazione nazionale
dei collegi delle osteriche*;
Sig. Claudio Ciavatta,
*professioni dell'area della
riabilitazione*;
Dott. Giuseppe Brancato,
*professioni dell'area
tecnico-sanitaria*;
Arch. Bruno Gilardi,
*professioni dell'area
della prevenzione*;
Dott. Alberto Spanò,
*Federazione nazionale
degli Ordini dei biologi*;
Dott. Giuseppe Luigi Palma,
*federazione nazionale
degli Ordini degli psicologi*;
Dott. Luigi Romano,
*Federazione nazionale
degli Ordini dei chimici*.

Attraverso un altro decreto, allo scopo di finalizzare maggiormente alla formazione continua del personale sanitario le manifestazioni realizzate con il contributo finanziario, diretto o indiretto, delle imprese farmaceutiche, il Ministro della Salute ha attribuito alla Commissione per la formazione continua i compiti di valutazione dei requisiti previsti dell'articolo 12 del decreto-legislativo 30 dicembre 1992, n. 541. Ai predetti compiti, la Commissione provvede attraverso una sezione apposita, nella conformità alle

prescrizioni del programma nazionale per l'Educazione continua in medicina.

SODDISFAZIONE PER L'ERADICAZIONE DELLA POLIOMIELITE

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia esprime piena soddisfazione per la certificazione della Regione Europea dell'OMS, che conta 51 Paesi tra cui l'Italia, di eradicazione della poliomielite, annunciata oggi a Copenaghen.

E' un successo a cui l'Italia ha partecipato attraverso il Ministero della Salute con la sorveglianza della paralisi flaccida acuta (PFA) e l'aggiornamento della documentazione nazionale inviata all'Ufficio regionale europeo dell'OMS.

Anche dopo la certificazione di eradicazione della poliomielite, in Italia resterà attiva la sorveglianza epidemiologica in generale e quella della PFA.

A questo risultato si aggiungono quelli registrati recentemente nel nostro Paese in termini di controllo di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni. La difterite è stata eliminata, il tetano colpisce quasi esclusivamente persone anziane non vaccinate e l'epatite B è in continuo declino, in modo particolare nelle classi d'età più giovani, interessate fin da 1991 dalla vaccinazione universale.

Si ribadisce inoltre che la vaccinazione, anche se soltanto raccomandata, è il modo più efficace per combattere numerose malattie che incidono pesantemente sulla salute pubblica, come parotite, morbillo, rosolia, Haemophilus influenzae di tipo B, e per le quali occorre aumentare la copertura vaccinale.

dalla FNOMCeO ●●●●●●●●●●

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE MINATO DA TROPPE NOTIZIE SCANDALISTICHE

“Statistiche come quelle effettuate dal Consorzio Universitario per l’Ingegneria nelle Assicurazioni del Politecnico di Milano, ipertrozzate dalla stampa, gettano un’ombra sinistra – del tutto immotivata – sulla categoria medica e non contribuiscono certo a migliorare il rapporto medico/paziente basato sulla fiducia”.

Ad affermarlo è il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone nel leggere i contenuti, a dir poco discutibili, di articoli dove si parla di diagnosi o cure tardive, esami inappropriati, errori nell’esecuzione dei trattamenti, nell’uso dei macchinari e nella somministrazione dei farmaci, che causerebbero ogni anno in Italia dai 35 ai 50 mila morti.

“Prima di divulgare simili notizie occorrerebbe riflettere sull’attendibilità di quanto affermato, ma soprattutto verificare i parametri che sono stati usati per l’indagine. E le perplessità appaiono tanto più giustificate considerando la fonte, quella delle Assicurazioni, molto attenta ad evidenziare i rischi derivanti da polizze professionali. La verità è che oggi è aumentato a dismisura il contenzioso promosso dai pazienti

per veri, ma il più delle volte presunti “casi di malasanità” e stiamo assistendo ad una stagione di rivalsa nei confronti dei sanitari, rei non si sa di quali reati.

Questa inversione di tendenza nel rapporto medico/paziente può essere ricondotta ai progressi della medicina registrati negli ultimi anni, che hanno permesso di curare malattie una volta incurabili e quindi assicurato una più lunga aspettativa di vita, inducendo per contro i pazienti a ricercare sempre e comunque il colpevole di fronte ad un insuccesso. A tale riguardo è emblematico il caso del collega di Vibo Valentia trucidato perché ritenuto colpevole della morte di una paziente, salvo poi essere “riabilitato” dalla autopsia che dimostrava la correttezza dell’intervento.

In realtà – ha concluso il presidente dei medici italiani – non bisogna dimenticare che la medicina non è una scienza esatta e che anche il medico, come tutti, può essere indotto all’errore. Ma soprattutto bisogna tenere presente che ogni malattia non è una disfunzione biologica ben definita, ma il risultato di una interazione complessa mente-corpo dove entrano in gioco un numero indefinito di fattori, sociali, ambientali, immunologici, genetici. Troppo spesso, inoltre, viene dato estremo risalto con titoli in prima pagina all’errore,

che poi magari in sede giudiziaria si dimostra non essere tale, dimenticando i tanti casi di buona sanità resi possibili dalla professionalità dei medici italiani.

FINALMENTE IL PARLAMENTO REGOLERÀ LA PROCREAZIONE ASSISTITA .

Piena soddisfazione per il via libera dato dalla Camera dei Deputati alla legge sulla fecondazione assistita è stata espressa dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone :

“Senza entrare nel merito dei vari aspetti del provvedimento ora all’esame del Senato – egli ha dichiarato – è per noi medici motivo di grande soddisfazione constatare che finalmente il Parlamento si accinge a regolare con legge la procreazione assistita e che la stessa legge si muove nella direzione più volte indicata dalla FNOMCeO ed ispirata ai principi del Codice di Deontologia che individua la procreazione assistita come atto medico rivolto esclusivamente a risolvere la sterilità della coppia.

Altro punto particolarmente apprezzato – ha aggiunto Del Barone – è stato quello di prevedere per medici ed infermieri l’obiezione di coscienza, trattandosi di una tematica, quella della fecondazione, dove agli

aspetti medico scientifici si uniscono valutazioni personali e convinzioni morali ed etiche con le quali ogni operatore della sanità deve confrontarsi. Per quanto riguarda infine le recentissime esternazioni di “esperti della clonazione”, tese a sminuirne la ferma opposizione, c’è da augurarsi che il Senato voglia apportare al testo quelle modifiche necessarie ad evitare interpretazioni estensive che non rispecchiano lo spirito della normativa.”

PIENO APPREZZAMENTO DEI CITTADINI PER L’OPERATO DEI MEDICI ITALIANI.

“Leggo con vivo stupore che il 46% degli italiani non rispetterebbe le terapie prescritte dal proprio medico come forma di sfiducia nei confronti di un professionista poco attento e partecipe dei problemi di salute che gli vengono posti” – ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone - commentando i risultati del Rapporto CENSIS pubblicato con ampio risalto dai quotidiani nazionali.

Senza nulla togliere all’autorevolezza del CENSIS sarebbe opportuno conoscere in quali termini è stata condotta l’indagine e quanti cittadini sono stati interessati, se è vero, come è vero, che i medici italiani, ed in particolare i medici di famiglia a più stretto contatto dei cittadini, riscuotono un alto gradimento da parte degli assistiti. Più volte infatti l’opinione pubblica nel dare giudizi sulla qualità del nostro sistema sanitario si è espressa negativamen-

te sull’organizzazione e sull’adeguatezza delle strutture e sulle lunghe liste di attesa, ma mai nei confronti dei medici che hanno sempre registrato stima ed apprezzamento per le loro capacità professionali.

Del resto sembra impossibile sostenere che un assistito usi il proprio tempo in attesa nello studio del medico e successivamente acquisti i farmaci senza avere fiducia nell’operato del proprio curante e quindi senza servirsene.

In realtà l’indagine non chiarisce se gli intervistati hanno dichiarato di non seguire la terapia prescritta o la specifica posologia suggerita dal sanitario che, ovviamente, dovrebbe chiarirla anche per iscritto.

Per quanto riguarda i “bugiardi” sono d’accordo con coloro che reclamano una maggiore chiarezza e facilità di linguaggio, anche se non bisogna sottovalutare il fatto che una eccessiva volgarizzazione del foglietto illustrativo potrebbe implementare il ricorso all’automedicazione.

In ogni caso – ha concluso Del Barone – trovo strano che dei medici, uno psichiatra e un collega ospedaliero – individuino nella scarsa comunicazione del medico nei confronti dei pazienti l’aumentato ricorso di questi ultimi all’autoterapia e alle medicine non convenzionali. I colleghi infatti dovrebbero conoscere quale importanza rivesta per la nostra professione un corretto rapporto medico-paziente, basato sull’ascolto e sull’attenzione per i timori e le ansie che ogni malato porta con sé, sulla umanizzazione di questo rapporto e sul rispetto

del Codice di Deontologia adeguato nel corso degli anni alle mutate esigenze di una società in continua evoluzione

ECM - DEDUCIBILITÀ DELLE SPESE A CARICO DEI LIBERI PROFESSIONISTI.

Trascorsi sei mesi dall’avvio della fase a regime del programma di ECM i sanitari liberi professionisti (medici e odontoiatri) ancora non hanno avuto indicazioni circa le modalità di finanziamento dell’Educazione Medica Continua prevista dalla 299/99.

E’ quanto denunciato dalla componente odontoiatrica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che rappresenta la maggior parte dei liberi professionisti, di fronte all’obbligo, per tutti i sanitari di partecipare al programma di aggiornamento, espresso dalla Commissione Nazionale per l’ECM e recepito anche in accordi regionali (Val d’Aosta e...).

“Oggi – ha sottolineato il Presidente della Commissione per gli iscritti all’Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO, Giuseppe Renzo – chi esercita la libera professione può contare solo su una deducibilità fiscale pari al 50% delle spese sostenute per l’aggiornamento, contrariamente alle imprese che hanno facoltà di portare in detrazione l’intero importo.

Sarebbe quindi opportuno prevedere anche per i liberi professionisti il riconoscimento fiscale dell’intera spesa sostenuta per la formazione, in quanto appare improponibile addebi-

tare a costoro parte dei costi per una iniziativa culturale che, seppur condivisa nelle finalità, viene di fatto resa obbligatoria”.

NO AD OGNI TIPO DI MUTUA SOSTITUTIVA DEL SSN.

Perplexità e prudenza sono state espresse dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone nei confronti delle novità in campo sanitario introdotte dal documento di programmazione economico - finanziaria presentato in Parlamento.

In particolare Del Barone avanza dubbi sul ruolo che dovranno ricoprire le previste “mutue integrative e/o sostitutive”.

“Dobbiamo partire dall’assunto – ha dichiarato il Presidente dei medici italiani – che il SSN basato sui principi di solidarietà ed equità va difeso ad ogni costo perché, anche se perfezionabile, rappresenta comunque uno strumento valido di tutela della salute della collettività che in tanti ci invidiano”.

Per quanto riguarda l’introduzione delle “mutue” potremmo essere d’accordo solo nel caso in cui queste ultime dovranno svolgere un ruolo “integrativo” soprattutto nella assistenza degli anziani, dei disabili o dei malati cronici. Diversamente sarebbe del tutto inaccettabile un loro ruolo di tipo “sostitutivo” che finirebbe per penalizzare le fasce sociali meno abbienti a cui verrebbe garantita solo una assistenza di serie B”, svilendo i presupposti del SSN.

“Vedremo in seguito quale sarà la reale portata del provvedimento, ma una cosa è certa –

ha concluso Del Barone - qualora questo ritorno al passato si traducesse in un atto prodromico per l’ingresso massiccio delle assicurazioni nel sistema sanitario, allora il mio giudizio e quello dei medici italiani sarebbe di pieno dissenso”

CAMPIONATO ITALIANO PINGPONG MEDICI

Sotto il patrocinio della Federazione Italiana Tennistavolo verrà svolto il prossimo anno, l’8 e 9 febbraio 2003, il 1° Campionato di pingpong per i medici.

Le gare si svolgeranno a Roma, nella sala appositamente attrezzata del Class Hotel (Via Alfredo Fusco 118, Balduina, tel. 06.35404111). Saranno in palio i titoli di singolo maschile, singolo femminile, doppio misto. In quest’ultima gara è prevista la partecipazione, in coppia, di due medici oppure di un giocatore/giocatrice medico in coppia con partner non medico, purchè non tesserato FITeT.

Gli interessati possono rivolgersi a : Ufficio Stampa Fitet, prof. Peterlini, tel. 06.3204711 - 338.5467144 - e-mail : peterlini@fitet.org

SUCCESSO DEL CORSO DI AGGIORNAMENTO DELL’ASSOCIAZIONE MEDICI DI ORIGINE STRANIERA IN ITALIA (A.M.S.I.)

Il primo incontro del III Corso di aggiornamento internazionale ed interdisciplinare promosso dall’AMSI si è tenuto il 23 marzo nella Sala conferenze dell’Ordine dei medici di Roma. Prima dell’inizio dei lavori sono intervenuti i direttori generali della ASL RMB e RMF

Cosimo Speciale e Dino Cosi che hanno illustrato i risultati molto positivi degli ambulatori AMSI per gli stranieri presso le ASL da loro dirette e che sono diventati un punto di riferimento per tanti stranieri bisognosi di cure mediche urgenti e non. Sono stati trattati dal presidente dell’AMSI Foad Aodi alcuni argomenti cari all’associazione: la proposta di legge Amsi per i medici stranieri ed il loro accesso alle scuole di specializzazione e la convenzione con la Regione Lazio per la collaborazione con i Pesì d’origine. Alla fine del suo discorso Foad Aodi ha ricevuto, dalle mani di Dino Cosi neo direttore della Croce Rossa italiana una targa d’argento, quale riconoscimento del Presidente Ciampi per l’impegno assunto in favore dei medici e cittadini stranieri. All’incontro sono intervenuti inoltre l’On. Bafundi, Prof. Sabatini ed i rappresentanti delle ambasciate della Giordania e della Palestina e tutti hanno apprezzato le attività dell’AMSI.

Sono stati quindi trattati argomenti di angiologia, medicina interna, cardiologia e chirurgia vascolare, con particolare riferimento alle complicanze del diabete, alla diagnostica dei vasi epiaortici e alle stenosi carotidiche, dove ogni relatore ha illustrato la sua esperienza rispondendo alle numerose domande dei partecipanti.

Il Corso, che prevede altri tre incontri in programma, il 25.05/28.09/30.11.2002 presso l’Ospedale Sandro Pertini, è patrocinato dall’Ordine dei medici di Roma, dalla Provincia e dal Comune di Roma, dalla Regione Lazio e dalla Croce

Rossa italiana e dall'ASL RMB, è aperto a tutti gli operatori sanitari italiani e stranieri, è gratuito ed è stato registrato per l'accreditamento E.C.M..

Per informazioni: A.M.S.I. sede legale V.le Libia n°5 c/o I..K.O.R. - 00199 Roma, Tel./fax 06/86325874; 2a sede: P.zza degli Ontani n°11 - 00172 Roma, Tel. 06/23230988, fax 06/2307030; e-mail amsi@libero.it; e-mail f.aodi@libero.it

SALUTE ED AMBIENTE – I MEDICI PRONTI A COLLABORARE CON I GRANDI DELLA TERRA

“I medici italiani coscienti dello stretto rapporto esistente tra salute e salubrità ambientale seguono con estremo interesse i lavori del Summit sullo Sviluppo Sostenibile in corso a Johannesburg” - affermato Giuseppe Del Barone Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. “La salute umana è a rischio in ogni parte del mondo. Inquinamento atmosferico, degrado ambientale, carenza di acqua potabile, deforestazione selvaggia, incendi di origine dolosa, stanno mettendo a dura prova il benessere fisico di larga parte della popolazione mondiale.

La speranza – ha continuato Del Barone - è che i “grandi della Terra” riuniti in Sud Africa trovino finalmente un accordo su una serie di principi capaci di garantire benessere ed esigenze di sviluppo senza compromettere ulteriormente l'ecosistema e con esso, la salute delle future generazioni.

Per quanto riguarda il nostro Paese, dove non mancano i

problemi sopra citati, i medici ed in particolare i medici ed i pediatri di famiglia – ha aggiunto il presidente della FNOMCeO – sono da sempre disponibili a collaborare, pronti a svolgere un ruolo di interfaccia tra i cittadini e i tecnici che si occupano di salute e ambiente, rappresentando di fatto la principale “agenzia” educativa per quanto attiene la prevenzione della malattie. Rivolgo pertanto un invito agli organismi governativi, internazionali, nazionali e locali a rapportarsi con le organizzazioni mediche alcune delle quali, come l'attiva Associazione Medici per l'Ambiente per rimanere in ambito nazionale, finalizzate allo studio di tematiche connesse alla promozione della salute e alla sostenibilità ambientale”.

MEDICI DI FAMIGLIA SPECIALISTI AMBULATORIALI

(Art. 19 c. 10 legge n. 448/01 (legge finanziaria 2002))

A seguito di richieste di chiarimenti pervenute da alcuni Ordini provinciali in merito alla applicazione della previsione dell'art. 19, comma 10, della legge finanziaria 2002 (l. n. 448/2001) “i medici di base iscritti negli elenchi di medicina generale del Servizio Sanitario Nazionale, con almeno dieci anni di servizio, in possesso di titoli di specializzazione riconosciuti dall'unione europea, possono, a richiesta e secondo la disponibilità dei posti, essere inseriti nella medicina specialistica ambulatoriale e sul territorio, rinunciando all'incarico di medico di base”, la Federazione ha sollecitato chiarimenti al

Ministero della Salute.

Il Ministero della Salute ha inviato una nota di risposta che chiarisce che l'assegnazione dei turni che ancora risultassero disponibili degli incarichi specialistici ambulatoriali a tempo indeterminato potrà avvenire nei confronti dei medici di base in possesso dei requisiti richiesti, una volta esperite le procedure di assegnazione, secondo l'ordine di priorità previsto dall'art. 10 del DPR 271/2000.

IL COMITATO CENTRALE DELLA FNOMCeO DICE SÌ AL CONSENSO PER LA RICERCA, NO AL CONSENSO SCRITTO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PER LA DIAGNOSI E CURA

“La FNOMCeO non accetterà mai che norme burocratiche sulla privacy mettano a rischio la salute dei cittadini” - ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Dr. Giuseppe DEL BARONE.

“Il Codice di deontologia medica tutela, con il segreto professionale, il diritto alla privacy dei cittadini. Chiediamo che il regolamento sulla privacy per il trattamento dei dati ai fini di diagnosi e cura recepisca il codice di deontologia medica e siamo disponibili a collaborare per costruire insieme una normativa possibile. Non vogliamo, però, che una normativa burocratica pesante metta in crisi il rapporto con i cittadini e riduca l'efficienza del Servizio Sanitario.

Quindi SÌ al consenso per la ricerca, NO al consenso scritto per il trattamento dei dati per la diagnosi e cura.”

DALL'ENPAM

ISCRITTI ULTRA 65ENNI: VERSAMENTO CONTRIBUTO PROPORZIONALE AL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE (QUOTA B DEL FONDO GENERALE)

Faccio presente che alcuni pensionati dell'ENPAM, esonerati dal versamento del contributo proporzionale al reddito in base all'articolo 4, comma 4 del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, hanno segnalato all'E.N.P.A.M. l'iniziativa di alcuni Uffici periferici dell'INPS volta ad ottenere il versamento di un contributo previdenziale alla Gestione separata, sui redditi derivanti dall'esercizio dell'attività medica ed odontoiatrica.

Tale richiesta deriva da una impropria interpretazione del Decreto Interministeriale 2 maggio 1996, n. 282. Questo decreto, come è noto, ha introdotto una deroga temporanea al principio (stabilito dalla L. 8 agosto 1995, n. 335) di assoggettamento di tutti i redditi di lavoro autonomo privi di altra copertura previdenziale obbligatoria (ivi compresi quelli prodotti da soggetti ultrasessantacinquenni pensionati) a contribuzione previdenziale a favore della Gestione separata costituita presso l'INPS.

L'articolo 4 del citato decreto 282/1996, infatti, riconosceva in via transitoria ai soggetti ultra65enni, per la durata di un quinquennio a decorrere dal 30 giugno 1996, la facoltà di essere esonerati dal versamento del contributo previdenziale a favore della gestione separata INPS.

Debbo ricordare, tuttavia, che la Fondazione E.N.P.A.M., in occasione della stesura del nuovo Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, ha stabilito che i pensionati del Fondo che producono redditi libero-professionali derivanti dall'esercizio della professione medica od odontoiatrica sono tenuti al versamento del contributo proporzionale nella misura del 2%. E' stata altresì prevista per tali soggetta, la facoltà di chiedere l'esenzione totale dal versamento del contributo (art. 4, co. 4, Reg. Fondo Generale). Contrariamente a quanto stabilito per la Gestione separata dal decreto 282/1996, il Regolamento E.N.P.A.M. non ha fissato alcun limite temporale alla facoltà di richiedere l'esonero contributivo per i pensionati del Fondo.

In base a quanto esposto, quindi, è evidente che la fine del quinquennio (29 giugno 2001) previsto dall'art. 4 del decreto 282/1996 non incide in alcun modo sulla validità dell'esonero disciplinato dal richiamato articolo 4, comma 4, del Regolamento del Fondo Generale.

Quest'ultima norma, successiva sia alla legge 335/1995 che al decreto 282/1996, è stata infatti approvata dai Ministeri vigilanti senza alcun rilievo circa l'assenza di un limite temporale analogo a quello fissato dall'art. 4 del decreto 282/1996; tale limite, pertanto, non è condizione ostativa ad una diversa disciplina derivante dall'autonomia regolamentare riconosciuta agli Enti previdenziali privatizzati dal D.Lgs. 30 giugno 1994, n. 509.

E' chiaro, dunque, che sui redditi libero-professionali derivanti dall'esercizio della professione medica od odontoiatrica i pensionati del Fondo Generale che hanno già chiesto l'esonero dal versamento del contributo proporzionale - e quelli che lo faranno in futuro in base all'art 4, comma 4 del Regolamento del Fondo Generale - non dovranno versare alcun contributo previdenziale all'ENPAM né tanto meno alla Gestione separata INPS.

Prof. Eolo Parodi - Presidente Fondazione ENPAM

APPROVAZIONE DELLA DELIBERA DEL C.D.A. E.N.P.A.M. N. 63/2001 DA PARTE DEI MINISTERI VIGILANTI NUOVI REQUISITI PER L'AMMISSIONE AI RISCATTI DEL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE PER I LAUREATI IN ODONTOIATRIA

Si comunica che nella Gazzetta Ufficiale n. 184 del 7 agosto u.s. è stata pubblicata la notizia dell'approvazione da parte dei Ministeri vigilanti della delibera n. 63/2001 del Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M..

Tale delibera – sotto riportata – ha modificato, per i laureati in Odontoiatria, il requisito di anzianità contributiva minima necessaria per l'ammissione ai riscatti previsti dal Regolamento del Fondo

Generale (10 anni); si ricorda, a tale proposito, che i medici chirurghi, contribuendo al Fondo della Libera Professione dal 1990 (anno di istituzione del Fondo) hanno già potuto raggiungere tale requisito nel 1999, mentre i laureati in Odontoiatria, iscritti a tale Fondo solamente dal 1995, in assenza di modifiche regolamentari sarebbero stati ammessi ai riscatti solamente dal 2004.

Il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M., pertanto, al fine di realizzare una equiparazione delle diverse categorie di iscritti in materia di requisiti per la valida presentazione delle domande di riscatto, ha stabilito che, per i soli laureati in Odontoiatria, al fine del raggiungimento del requisito minimo di dieci anni di anzianità contributiva, i periodi di iscrizione all'Albo dal 1° gennaio 1990 al 31 dicembre 1994 si cumulano all'anzianità contributiva effettiva maturata successivamente.

Così, ad esempio, un laureato in Odontoiatria, iscritto prima del gennaio 1990 e con 5 anni di anzianità contributiva effettiva (1995 – 1999), avrà conseguito i requisiti di cui sopra già nell'anno 1999. Qualora tale soggetto non avesse prodotto redditi professionali e quindi non avesse contribuito al Fondo della Libera Professione per due anni (ad esempio nel 1998 e nel 1999), maturerebbe il diritto all'accesso ai riscatti con due anni di ritardo (produzione di reddito proporzionale eccedente i minimi nell'anno 2000 e 2001).

La nuova norma regolamentare è completata da una disposizione transitoria, in base alla quale – ai fini del calcolo dell'onere del riscatto – le domande presentate dai laureati in Odontoiatri entro sei mesi dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della notizia dell'approvazione della delibera 63/2001 (quindi entro il 7 febbraio 2003) sono convenzionalmente considerate come prodotte il 1° gennaio dell'anno successivo a quello del conseguimento del requisito di accesso ai riscatti come sopra descritto. Ciò determina, per i professionisti interessati, un minor costo del riscatto, in quanto l'onere a carico dell'iscritto è commisurato all'età ed all'anzianità contributiva possedute alla suddetta data del 1° gennaio.

Dopo la scadenza di tale termine (7 febbraio 2003) l'onere del riscatto, analogamente a quanto avviene per gli altri iscritti, sarà calcolato in base all'età e all'anzianità contributiva possedute al momento dell'effettiva presentazione della domanda e sarà, dunque, maggiore di quello determinato con i parametri di cui sopra.

Pertanto, la domanda di riscatto presentata entro il 7 febbraio 2003 da un laureato in Odontoiatria iscritto all'Albo il 1° gennaio 1992, che abbia cumulato i 3 anni di iscrizione all'Albo anteriori al 31 dicembre 1994 con 7 anni di anzianità contributiva effettiva (1995 – 2001), verrà convenzionalmente considerata come prodotta il 1° gennaio 2002.

Al contrario, la domanda di riscatto di un laureato in Odontoiatria iscritto all'Albo nel 1994, che cumuli l'anno di iscrizione all'Albo anteriore al 31 dicembre 1994 con 9 anni di anzianità contributiva effettiva (1995 – 2003), non potrà essere presentata entro il suddetto termine e, quindi, le verrà applicata la disciplina ordinaria.

La delibera in oggetto, infine, sia per i laureati in Odontoiatria che per i laureati in Medicina e Chirurgia ha sostituito l'ulteriore requisito di cinque anni di anzianità contributiva maturati nel quinquennio immediatamente antecedente l'anno della domanda di riscatto con quello di un anno di contribuzione nel triennio precedente l'anno della domanda. Infatti, poiché il reddito libero professionale ha per sua natura carattere di variabilità, si è ritenuto di dover mitigare la severità della precedente norma, tutelando la posizione di quanti per diversi motivi (malattie gravi, periodi di formazione all'estero, esigenze familiari, ecc.) hanno interrotto la continuità dei versamenti alla gestione.

DELIBERAZIONE ASSUNTA IN DATA 14 SETTEMBRE 2001 DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE E.N.P.A.M.

Visto l'articolo 4 dello Statuto dell'Ente, approvato con decreto interministeriale 24 novembre 1995 e successivamente modificato con decreto interministeriale 21 febbraio 2000, in base al quale l'iscrizione all'E.N.P.A.M. è obbligatoria per tutti gli iscritti agli albi professionali dei medici chirurghi e degli odontoiatri;

Considerato che il Fondo della Libera Professione – “Quota B” del Fondo Generale è stato istituito dal Regolamento del Fondo di previdenza Generale approvato con D.M. del 22 giugno 1990 e modificato

con D.M. 23 ottobre 1990;

Tenuto conto che i laureati in Odontoiatria sono stati iscritti al Fondo a decorrere dall'anno 1995; Tenuto conto, altresì, che i laureati in Odontoiatria sono stati iscritti al rispettivo albo professionale già dal 1986, ma non hanno potuto godere – a differenza di tutte le altre categorie di iscritti – della copertura previdenziale garantita dal Fondo della Libera Professione – “Quota B” del Fondo Generale nel periodo compreso fra il 1° gennaio 1990 e il 31 dicembre 1994;

Ritenuto necessario garantire ai laureati in Odontoiatria una sostanziale perequazione con le altre categorie nella valutazione dei requisiti di ammissione al riscatto del corso di laurea e specializzazione nonché del periodo precontributivo;

Ritenuto che tale perequazione può essere ottenuta prevedendo, per i soli laureati in Odontoiatria, che i periodi di iscrizione all'albo dal 1° gennaio 1990 al 31 dicembre 1994 si cumulino – esclusivamente ai fini del conseguimento dei requisiti per l'accesso ai riscatti di cui all'art. 10 comma 1 del regolamento del Fondo Generale – all'anzianità contributiva effettivamente maturata;

Considerato opportuno ridurre il requisito dei cinque anni di contribuzione nel quinquennio antecedente l'anno della domanda, per l'ammissione al riscatto degli anni di laurea e specializzazione o del periodo precontributivo;

Considerato, altresì, necessario provvedere a modifiche di coordinamento ed adeguamento della disciplina della rinuncia al riscatto dell'iscritto divenuto invalido e della sospensione dei versamenti rateali, con quella prevista dai Regolamenti dei Fondi Speciali;

Acquisito il parere favorevole dell'attuario di fiducia dell'Ente;

Sentito il parere del Comitato consultivo del Fondo della Libera Professione – “Quota B” del Fondo Generale, ai sensi dell'articolo 36-bis del Regolamento del Fondo in vigore dal 1° gennaio 1998;

Visto l'art. 17, comma 1 dello Statuto dell'E.N.P.A.M.;

Sentito il parere favorevole del Direttore Generale f. f.,

DELIBERA

Di approvare le seguenti modifiche all'articolo 10 del Regolamento del Fondo di previdenza Generale, in vigore dal 1998:

1. Nell'ultimo periodo del comma 4 le parole “, di cui almeno cinque maturati nel quinquennio immediatamente antecedente l'anno della domanda” sono soppresse. È aggiunto il seguente periodo: “Per l'ammissione ai riscatti è comunque necessario aver maturato almeno un anno di contribuzione nel triennio antecedente l'anno della domanda.”;
2. Dopo il comma 4 è inserito il seguente comma 4-bis:
 “4-bis. Per i laureati in Odontoiatria, al fine del raggiungimento del requisito dei dieci anni di anzianità contributiva di cui al precedente comma, i periodi di iscrizione all'Albo dal 1° gennaio 1990 al 31 dicembre 1994 si cumulano all'anzianità contributiva maturata. Tali periodi di iscrizione all'Albo non vengono considerati ai fini del calcolo della riserva matematica di cui al comma 3 del presente articolo. Le domande di riscatto presentate dai suddetti iscritti entro sei mesi dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del Decreto Interministeriale di approvazione della presente norma da parte dei Ministeri competenti sono convenzionalmente considerate come prodotte il 1° gennaio dell'anno successivo a quello di conseguimento dei requisiti.”;
3. Nel terzo periodo del comma 6 dopo le parole “l'iscritto riconosciuto invalido” è inserita una virgola e le parole “può rinunciare al riscatto entro 30 giorni dalla data di comunicazione dell'accoglimento della domanda. Tuttavia, se al momento del verificarsi dell'evento, l'iscritto è da oltre sei mesi in mora nel versamento rateale dei contributi, i benefici derivanti dal riscatto vengono limitati agli anni, o alle frazioni di anno, relativi ai versamenti effettuati.” sono sostituite dalle seguenti: “qualora non abbia effettuato alcun versamento a titolo di riscatto, può rinunciare al riscatto medesimo entro sessanta giorni dalla data di comunicazione dell'accoglimento della domanda di invalidità.”;
4. Dopo il comma 6 è inserito il seguente comma 7:

“7. Qualora l’iscritto che ha iniziato regolarmente il pagamento rateale non provveda al versamento delle rate successive alle scadenze prefissate, è tenuto al pagamento degli interessi di mora al tasso legale di cui al precedente comma 5. Nel caso in cui l’iscritto abbia sospeso il pagamento delle rate di riscatto, può essere riammesso, entro il termine di due anni dalla scadenza dell’ultima rata pagata, al versamento delle rate residue maggiorate degli interessi di mora di cui sopra. Se al momento del verificarsi dell’evento che dà diritto al trattamento pensionistico, l’iscritto è da oltre sei mesi in mora nel versamento rateale dei contributi, i benefici derivanti dal riscatto vengono limitati agli anni, o alle frazioni di anno, relativi ai versamenti effettuati.”

CONTRIBUTO MINIMO OBBLIGATORIO “QUOTA A” DEL FONDO GENERALE DUPLICATI DEGLI AVVISI DI PAGAMENTO

Gli avvisi di pagamento dell’ESATRI S.p.A. (Concessionario incaricato della riscossione su tutto il territorio nazionale) per il versamento del contributo obbligatorio alla “Quota A” del Fondo di previdenza generale, dovuto per l’anno 2002, sono stati inviati agli iscritti all’indirizzo risultante dall’Anagrafe tributaria.

Dal momento che gli archivi dell’Anagrafe tributaria, nella maggioranza dei casi, risultano meno aggiornati di quelli dell’Ente, costruiti sulla base delle informazioni periodicamente trasmesse dagli Ordini provinciali, l’ESATRI S.p.A., su esplicita richiesta della Fondazione ENPAM, nei casi di discordanza di indirizzo fra i due archivi, ha effettuato un secondo invio dell’avviso, all’indirizzo registrato presso l’ENPAM.

Con questo accorgimento l’avviso dovrebbe aver raggiunto la quasi totalità degli iscritti tenuti al versamento. Tuttavia può anche essere accaduto che l’iscritto, avendo conservato un collegamento con il suo pregresso domicilio, sia entrato in possesso anche dell’avviso precedentemente inviato.

Attenzione: gli avvisi di cui venissero in possesso: qualora ad indirizzi diversi corrisponda una totale identità del codice fiscale, dell’anno di riferimento del contributo (2002) e dell’importo da pagare, essi dovranno adempiere al pagamento di uno solo dei due avvisi.

Per ulteriori chiarimenti, gli interessati possono contattare direttamente, in orario d’ufficio, il Servizio Contributi Minimi del Fondo Generale, al numero 06/48.294.901.

VARIAZIONE DEL TASSO D'INTERESSE LEGALE

Si informa che a seguito della modifica del tasso di interesse legale (3% con decorrenza dal 1° gennaio 2002; 3,5% fino al 31 dicembre 2001) pubblicata nella G.U. n. 290 del 14 dicembre 2001, gli Uffici dell’Ente, conformemente a quanto previsto all’articolo 3, comma 6, dei Regolamenti dei Fondi Speciali, provvederanno alla rideterminazione dei piani di ammortamento dei contributi di riscatto in corso di pagamento.





Comunicazioni Avvisi

RECUPERO QUOTE DI ISCRIZIONE

Alla Segreteria dell'Ordine risulta che numerosi iscritti non hanno provveduto ancora al pagamento della tassa di iscrizione all'Ordine per alcuni degli anni trascorsi. Visto che questo potrebbe dipendere non solo da volontà o distrazione degli iscritti ma anche da disguidi verificatisi grazie all'incertezza legislativa che l'Ordine si è trovato a dover fronteggiare in questo campo negli anni passati, il Consiglio Direttivo ha deliberato l'invio di una lettera di sollecito a coloro che risultano "morosi", invitandoli a fornire alla Segreteria (anche via fax) ogni elemento atto a dimostrare l'avvenuto pagamento. Solamente qualora ciò non avvenisse, il Consiglio prenderà i necessari provvedimenti (atti dovuti), compreso quello obbligatorio della radiazione. Invitiamo quindi gli iscritti che riceveranno questa comunicazione a voler collaborare con la massima disponibilità e sollecitudine, scusandoci fin d'ora per l'inevitabile disturbo.

PROTOCOLLO PER L'ACCERTAMENTO DELLA IDONEITA' DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI (circolare della Regione Marche)

Le linee guida della comunità europea, delle società scientifiche e delle associazioni dei donatori, relativamente al rischio trasmissivo correlato alla trasfusione di sangue, affermano che è importante non tanto "distinguere tra chirurgia maggiore o minore" quanto valutare se tali manovre siano state eseguite con strumenti sterili a perdere o con strumenti che, pur se sterilizzati possano potenzialmente essere veicolo di infezione. La raccomandazione europea R98/463/CE prevede una sospensione di 48 ore per le cure odontoiatriche (otturazioni, devitalizzazioni ecc.) e di una settimana per l'ablazione del tartaro e/o le estrazioni dentarie, comunque fino a guarigione delle ferite conseguenti all'atto chirurgico, fermo restando quanto detto in precedenza e cioè appurare la sterilità degli strumenti chirurgici adoperati. La Regione Marche, con le deliberazio-

ni n° 2200/2000 e 1579/2001, ha individuato i requisiti indispensabili per ottenere l'autorizzazione ad espletare l'attività odontoiatrica sia nelle strutture pubbliche e private che negli studi libero-professionali.

La prudenza finora adottata per tutelare meglio il ricevente suggerisce di sospendere cautelativamente il donatore per tre mesi, indipendentemente dalla prestazione odontoiatrica su di lui eseguita, a condizione che l'operatore autorizzato dichiari di aver rispettato i requisiti richiesti; in caso contrario il donatore resta sospeso per un anno.

Ad ogni buon conto si auspica che la donazione venga effettuata prima di praticare le cure odontoiatriche in modo da sfruttare al meglio l'intervallo dei novanta giorni previsto tra due donazioni.

F.E.D.E.R.S.P. e V.

E' stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo della Sezione di Ancona che vede come Presidente il dr. Marcello Orlandini; V. Presidente: dr. Glauco Cantelli; Segretaria: sig.ra Matilde Giuliano; Tesoriera: sig.ra Lea Diamante; Consiglieri: dr. Federico Ferroni, dr. Giovanni Di Patrizio, sig.ra Irma Fattorette; Revisori dei Conti: dr. Pietro Giacchetti, dr. Mirko Burattini. Buon lavoro al nuovo Consiglio.

ASGIMEI (Associazione Giovani Medici Italiani)

Fondata a Milano nel 1999, si prefigge di: Rappresentare e tutelare i diritti dei giovani medici italiani (diplomati in medicina generale sec. norme CEE, Corsisti in formazione in Medicina Generale, Specializzandi e specialisti, liberi professionisti); Promuovere la formazione, la comunicazione e l'informazione per fornire a tutti uguali possibilità; Rendere note le varie offerte lavorative attraverso una mailing list (Concorsi, Sostituzioni di medicina generale e pediatria., Corsi di aggiornamento, ecc.); Creare una rete tra medici operanti sul territorio ed ospedalieri. Per ulteriori informazioni <http://digilander.iol.it/giovani.medici/GIO->

[VANIMEDICIONLINE.htm](#)

E-mail: GIOVANIMEDICI@KATAMAIL.com

Dall' ANCIS CRAL – MEDICI riceviamo e pubblichiamo:

“La nostra Associazione, prosegue il lavoro di servizio già svolto in questi anni, ma in una nuova prospettiva, infatti abbiamo aderito all’Ancis International Association per offrire ai medici chirurghi ed odontoiatri un punto di riferimento a completamento dei servizi strettamente professionali. Che cosa offre l’Ancis Cral-Medici? Attività culturali, sportive, del tempo libero - viaggi in Italia e all’Estero, soggiorni in centri termali, al mare e in montagna, con sconti mediamente superiori al 20%, convenzioni Assicurative di qualunque tipo, Banche,

Finanziarie (Mutui acquisto casa, prestiti, credito al consumo), servizio C.O.Ra. per gli odontoiatri, per il finanziamento a tassi agevolati per pazienti da sostenere nel pagamento delle cure dentarie, servizi di consulenza assicurativa, finanziaria, notarile, fiscale, legale, inoltre convenzioni con teatri, enti lirici, gallerie d’arte centri sportivi.

La quota annuale è di sole € 51,65 (cinquantuno/65), ma i soci che si iscrivono a seguito dell’invio di questa lettera includiamo nel costo in omaggio, una polizza assicurativa di responsabilità civile del capo famiglia per un massimale € 51.645,69. Tutti i servizi saranno ampliati ai componenti della sua famiglia. Per informazioni più dettagliate, “Sede , operativa di V.le Ettore Franceschini n. 93/95 - 00155 Roma” - tel. 06/4063045 - cell. 338/3379705-348/8243217. “

congressi & convegni

L’associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell’Alimentazione organizza a Milano il prossimo 5 ottobre presso il Centro Congressi Hotel Leonardo, un congresso sul tema “La gestione del paziente obeso in Medicina Generale: proposte realistiche per un intervento efficace”

Per informazioni ANSISA@iol.it

L’UNICAM (Università degli Studi di Camerino) organizza per gli anni accademici 2001-2002 e 2002-2003 il Master Biennale di II livello in Bioetica. La seduta inaugurale è prevista per il 17 ottobre alla presenza dei Proff. Bompiani, Ossicini, D’Agostino e Berlinguer. Si tratta del primo master in questo settore organizzato da un’università statale a livello internazionale con un Comitato Scientifico che raccoglie i principali esponenti della Bioetica, disciplina sempre più attuale.

Per informazioni <http://bioetica.unicam.it>

L’Istituto di Igiene dell’Università di Siena organizza due corsi di perfezionamento in “Programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari” e “Direzione gestionale delle strutture sanitarie” volti a rafforzare e sviluppare le competenze manageriali di responsabili (o aspiranti tali) delle strutture delle ASL, integrandone la

cultura di “branca”. Scadenza delle domande 31 ottobre 2002.

Informazioni su

<http://www.unisi.it/ricerca/ist/igiene/corsi.htm>

La facoltà di Medicina di Brescia, in collaborazione con l’UMAB (Unione Medici Agopuntori Bresciani) organizza il 4° Corso di Perfezionamento su “Agopuntura e Tecniche correlate” che prevede 9 incontri.

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

La SMIPi (Soc. Medica It. Di Psicoterapia ed Ipnosi) è stata abilitata dal MURST ad attivare Corsi di specializzazione in Psicoterapia per 20 allievi. E-mail inedita@tin.it

Il Comitato Marche dell’ANED (Associazione Nazionale Emodializzati) organizza nei giorni 5 e 6 ottobre a Loreto (Aula Paolo VI°) un Convegno sul tema “Prevenzione delle Insufficienze Renali”. Il 5 ottobre dalle ore 9 si tratterà il tema “Il percorso assistenziale del paziente con insufficienza renale: dalla prevenzione alla cura” mentre per il 6 ottobre sono previsti interventi dei vertici regionali dell’ANED e dell’Assessore Regionale alla Sanità.

Legislazione

B.U.R.M. n° 93 del 22/08/2002

Località carente straordinaria dei medici specialisti pediatri di libera scelta ASL 1 Pesaro

B.U.R.M. n° 85 del 26/07/2002

Attuazione della legge 01/04/99 n. 91 e della DGR 10/07/01 n. 1580 in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti

ARAN COMUNICATO

Contratto collettivo nazionale di lavoro di interpretazione autentica degli articoli 5 e 12 del CCNL II biennio economico 2000-2001 - dell'area della dirigenza medica e veterinaria del SSN stipulato l'8 giugno 2000 (GU n. 174 del 26-7-2002)

B.U.R.M. n° 81 del 18/07/2002

D.P.R. 272/2000 - Approvazione in via definitiva della graduatoria relativa al periodo 01/07/02-30/06/03 degli aspiranti alla inclusione negli elenchi dei medici specialisti pediatri di libera scelta

B.U.R.M. n° 80 del 16/07/2002

D.P.R. 270/2000-Modifica ambiti territoriali di iscrizione e scelta del medico di medicina generale dell'Azienda USL n. 4 di Senigallia

B.U.R.M. n° 80 del 16/07/2002

Determinazione delle tariffe per l'assistenza termale negli anni 2001 - 2002

B.U.R.M. n° 80 del 16/07/2002

D.Lgs. 229/99- Autorizzazione in deroga alle ASL all'inquadramento nei ruoli del personale dipendente dei medici addetti alla attività di emergenza territoriale ed alla medicina dei servizi

B.U.R.M. n° 80 del 16/07/2002

Attuazione protocollo di intesa Regione Marche - Ministero della Giustizia di cui al DGR N. 514/2001: Schema modalità operative per l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti negli istituti penitenziari delle Marche - atto di indirizzo

B.U.R.M. n° 80 del 16/07/2002

Linee di indirizzo per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 1, commi da 1 a 6 della Legge n. 1/2002 recante "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" alle aziende ed enti del SSR

B.U.R.M. n° 80 del 16/07/2002

L.R. 26/96 - Indirizzi per il riordino del servizio sanitario regionale

A.R.A.N. COMUNICATO

Contratto collettivo nazionale di lavoro sull'interpretazione autentica dell'art. 55 comma 3, del C.C.N.L. 5 dicembre 1996 dell'area della dirigenza medico-veterinaria (GU n. 168 del 19-7-2002)

CIRCOLARE FNOMCeO n.106 del 4 luglio 2002

Sentenza 29.5.02, n. 219 della Corte Costituzionale - scuole di specializzazione - divieto di accesso ai titolari di diploma di specializzazione o di dottorato di ricerca - illegittimità costituzionale

REGIONE MARCHE

Ricettari di cui alla legge 8 febbraio 2001, n. 12.
Disposizioni stabilite per "la terapia del dolore"

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

8 maggio 2002, n.130

Regolamento per l'esecutività dell'accordo integrativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

B.U.R.M. n° 75 del 27/06/2002

Pubblicazione località carenti di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale e località carente straordinaria dei medici specialisti pediatri di libera scelta. (Termine scadenza domanda 15 giorni dalla data BURM)

ISTITUTO NAZIONALE DI PREVIDENZA PER I DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA CIRCOLARE 1 agosto 2002, n.30

Trattamento di fine rapporto. (GU n. 203 del 30-8-2002)

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA DECRETO 10 giugno 2002

Criteri per la ripartizione tra le università e gli istituti universitari delle risorse destinate al finanziamento delle borse di studio per i corsi di dottorato di ricerca e per corsi post-laurea, per l'anno finanziario 2002. (GU n. 201 del 28-8-2002)

MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 7 agosto 2002

Revoca del divieto di vendita delle specialità medicinali a base di sibutramina. (GU n. 201 del 28-8-2002)

LEGGE 30 luglio 2002, n.189

Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo (GU n. 199 del 26-8-2002- Suppl. Ordinario n.173)

**MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 2 agosto 2002**

Integrazione del decreto del Ministro della salute del 18 giugno 2002, recante l'autorizzazione alle regioni a compiere gli atti istruttori per il riconoscimento dei titoli abilitanti dell'area sanitaria conseguiti in Paesi extracomunitari ai sensi dell'art. 1, comma 10-ter, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito in legge dall'art. 1 della legge 8 gennaio 2002, n. 1. (GU n. 200 del 27-8-2002)

**MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 17 maggio 2002**

Integrazione del decreto interministeriale 20 aprile 2001, recante "Determinazione del numero globale dei medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione negli anni accademici 2001/2002 e 2002/2003 e borse di studio per l'anno accademico 2000/2001". Borse di studio per l'anno accademico 2001/2002. (GU n. 200 del 27-8-2002).

**MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 16 luglio 2002**

Misure di protezione nei confronti delle encefalopatie spongiformi trasmissibili relativamente ai dispositivi medici. (GU n. 192 del 17-8-2002)

**MINISTERO DELLA SALUTE
COMUNICATO**

Pubblicazione delle specifiche tecniche comuni dei dispositivi medico-diagnostici in vitro di cui all'allegato II dell'elenco A del decreto legislativo n. 332 del 2000. (GU n. 192 del 17-8-2002)

**MINISTERO DELLA SALUTE
COMUNICATO**

Nuove modalità di trasmissione delle segnalazioni di gravi effetti collaterali negativi verificatisi all'estero (schede CIOMS). (GU n. 191 del 16-8-2002)

LEGGE 31 luglio 2002, n.179 art. 24
Disposizioni in materia ambientale. (GU n. 189 del 13-8-2002)

**MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 17 maggio 2002**

Individuazione delle prestazioni sanitarie esenti dall'applicazione dell'imposta sul valore aggiunto. (GU n. 189 del 13-8-2002)

**COMMISSIONE DI GARANZIA
PER L'ATTUAZIONE DELLA
LEGGE SULLO SCIOPERO NEI
SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI
COMUNICATO**

Codice di autoregolamentazione per l'esercizio del diritto di sciopero dei medici aderenti alla Federazione italiana medici di medicina generale nei comparti dell'assistenza primaria, della medicina dei servizi, della continuità assistenziale e dell'emergenza medica con rapporto di lavoro convenzionato con il SSN. Procedure di raffreddamento e conciliazione. (GU n. 187 del 10-8-2002)

**TESTO COORDINATO DEL
DECRETO-LEGGE 8 luglio 2002,
n.138 art. 9**

Testo del decreto-legge 8 luglio 2002, n. 138 (in Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 158 dell'8 luglio 2002), coordinato con la legge di conversione 8 agosto 2002, n. 178 (in questo stesso supplemento ordinario alla pag. 5), recante: "Interventi urgenti in materia tributaria, di privatizzazioni, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell'economia anche nelle aree svantaggiate". (GU n. 187 del 10-8-2002)

**MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 4 luglio 2002**

Modifica degli stampati di specialità medicinali contenenti buprenorfina cloridrato indicata nel trattamento del

dolore acuto e cronico di intensità medio-elevata di diversa origine e tipo. (GU n. 172 del 24-7-2002)

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
DELL'UNIVERSITA' E DELLA
RICERCA**

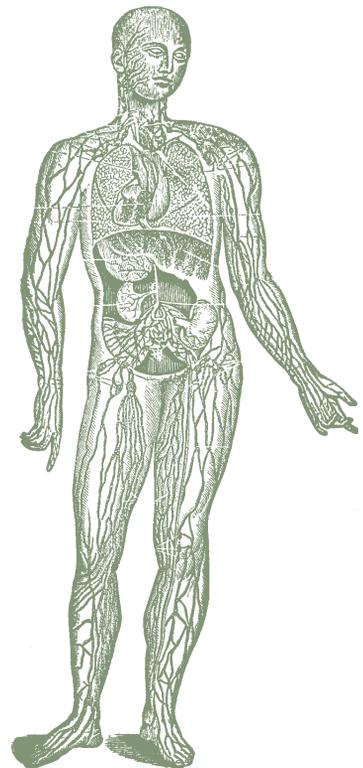
DECRETO 4 luglio 2002

Determinazione dei posti disponibili a livello nazionale per le immatricolazioni ai corsi di laurea specialistica in odontoiatria e protesi dentaria per l'anno accademico 2002/2003. (GU n. 165 del 16-7-2002)

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
DELL'UNIVERSITA' E DELLA
RICERCA**

DECRETO 4 luglio 2002

Determinazione dei posti disponibili a livello nazionale per le immatricolazioni ai corsi di laurea in medicina e chirurgia per l'anno accademico 2002/2003. (GU n. 165 del 16-7-2002)



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

Sorveglianza Sanitaria per Aziende

Consulenza per Certificazione ISO 9001 e ISO 14001

Servizi di Supporto dell'Attività Medica

Vendita Apparecchi ed Articoli per Medicina

