

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico-Sanitaria • Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona • Direttore Responsabile: Fulvio Borromet • Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona • N. 4 - Dicembre 2003 • Spec. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

- ▶ **cento anni del codice di deontologia medica**
- ▶ **convocazione assemblea**
- ▶ **il punto su: modifiche alle modalità di prescrizione dei farmaci**
- ▶ **rubrica giovani: informativa su crediti ECM**

2003

4 dicembre

Spazi ambulatoriali

*disponibili
anche per frazioni
di giornata
o prestazioni singole*



Uscita A14 Ancona Sud
(vicino Hotel Palace)

Si offre:

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

Per informazioni

Poliambulatorio Salute 2000

Via Grandi, 10 - 60027 - Osimo (AN)

tel. 0717302251 - Fax 071732455

<http://www.saluteduemila.it>

E-mail: info@saluteduemila.it



Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Vice direttore

Gianbattista Catalini

Coordinatore di Redazione

Nicola Battelli

Vice coordinatore

Giorgio Fanesi

Redazione

Maria Beatrice Bilò

Vincenzo Berdini

Sergio Giustini

Tiziana Pierangeli

Marco Silvestrelli

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Gianbattista Catalini

Segretario

Luigi Venanzi

Tesoriere

Giorgio Fanesi

Consiglieri

Nicola Battelli

Maria Beatrice Bilò

Marcello Mario D'Errico

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

Francesco Lattanzi

M. Giovanna Magiera

Tiziana Pierangeli

Quirino Massimo Ricci

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Augusto Sertori (od.)

Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi

Giuliano Rocchetti

Giordano Giostra

Mario Perli

Revisore dei conti supplente

Vincenzo Berdini

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Augusto Aquilano

Francesco Montecchiani

Augusto Sertori

Stefano Tucci

in copertina:

Belvedere "la Torre" - Numana

Questo numero è stato chiuso:

14 novembre 2003

editoriale

Cento anni di Codice di deontologia medica .. 4

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA 5

informazioni

Facoltà di Medicina e azienda Umberto I
insieme nel carcinoma mammario 6

bioetica

Demenze e malattia di Alzheimer 7

il punto su...

Modifiche alle modalità
di prescrizione dei farmaci 12

dalla FNOMCeO

Il Ministro Sirchia alla giornata celebrativa
del centenario del Codice 13

Perplessità del comitato centrale
FNOMCeO sulla finanziaria 13

Agli ex "annotati" confermato il diritto
di esercitare l'odontoiatria 14

Formazione e ricerca: linee strategiche
della federazione degli ordini 15

dal Ministero 16

curiosità

Il laboratorio di ematologia 21

Evoluzione del servizio di Pronto
Soccorso dell'Ospedale Umberto I 22

dall'ONAOSI 24

antiquariato

Il mobile nel Medio Evo 25

rubrica giovani 27

avvisi 28

congressi e corsi 30

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

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it



Cento anni di codice di deontologia medica

di *Fulvio Borromei*

Il 30 ottobre 2003 si è tenuto a Roma a cura della FNOMCeO la giornata celebrativa del Centenario del CODICE DI DENONTOLOGIA MEDICA.

La giornata è stata introdotta dal Presidente Nazionale FNOMCeO Dr. Giuseppe Del Barone coadiuvato dal Presidente delle Commissioni per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri Nazionale Dr. Giuseppe Renzo.

A queste giornate erano presenti illustri relatori: GIORGIO COSMACINI storico della Medicina e Docente dell'Università degli Studi di Milano, MAURO BARNI professore ordinario all'Università degli Studi di Siena, ANTONIO BALDASSARRE Presidente Emerito della Corte Costituzionale e ARISTIDE PACI componente del Comitato Centrale della FNOMCeO e Presidente della ONAOSI.

Le relazioni hanno illustrato i cambiamenti e rivisitazioni del nostro codice negli anni in relazione alle modificazioni sociali, della medicina e del diritto.

Il nostro è tuttora un codice attuale e ricco di valori che, se considerato ed utilizzato pienamente sia da parte del legislatore che da parte dei medici, potrebbe rappresentare la chiave di lettura e di risoluzione di molti problemi che nascono in ambito sanitario e sociale.

A volte giungono alla mia attenzione lettere inviate sia da parte dei cittadini che da parte dei colleghi, che espongono varie problematiche non ultime quelle RELAZIONALI tra medico e cittadino, tra medico e medico.

Ci si deve ricordare che nel relazionarsi oltre ad usare un modo garbato, educato e civile, occorre attenersi a quelli che sono i dettami deontologici della colleganza e della collaborazione tra medici e di attenzione sia clinica che comportamentale con i citta-



dini malati, perché ogni gesto e/o parola possono assumere valenze importanti in chi vive un momento di fragilità psico-fisica.

Una di queste lettere, ad esempio, mi evidenziava la supponenza ed il disappunto di un medico manifestati di fronte ad un malato ritenuto affetto da una patologia di poco conto e che quindi non necessitava, a suo avviso, di intervento, mentre poi si dimostrava che la patologia era in itinere ed avrebbe assunto una certa importanza. Questo fa comprendere come si deve sempre essere prudenti e attenti di fronte alla malattia e al paziente per non incorrere da una parte ad errori diagnostici e dall'altra ad atti rivendicativi da parte dello stesso.

Capita inoltre che il secondo, il terzo medico che valuta un paziente (e che quindi ha sicuramente più elementi di valutazione) critichi il primo ed esprima giudizi ed opinioni che possono essere di documento alla credibilità professionale di chi ha espresso la prima valutazione.

Questi sono atteggiamenti che danneggiano fortemente l'immagine professionale e sono la causa di innumerevoli diatribe sia all'interno che all'esterno della professione e su questo vorrei invitare tutti i medici a riflettere e ad operare secondo i nostri dettami deontologici.

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA

A tutti gli Iscritti
all'Albo dei medici chirurghi
e all'Albo degli odontoiatri
LORO SEDI

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE sabato 20 dicembre 2003 ore 10,00

Come disposto dall'art. 23 del D.P.R. n°221 del 5/4/1950, il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di indire l'assemblea annuale degli iscritti per venerdì 19 dicembre p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

**SABATO 20 DICEMBRE 2003 ORE 10,00, IN SECONDA CONVOCAZIONE
presso la FACOLTA' DI MEDICINA-CHIRURGIA - AULA B - TORRETTE DI ANCONA**

con il seguente *ORDINE DEL GIORNO*:

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul Bilancio consuntivo 2002 e presentazione Bilancio preventivo 2004;
- 3) Premiazione per il 50° e 60° anno di laurea;
- 4) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 5) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea in prima convocazione è valida se interviene almeno un quarto degli iscritti; in seconda convocazione, è valida qualunque sia il numero degli intervenuti (presenti, o rappresentati per delega), purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio. E' consentita la delega, da apporre in calce al presente avviso e da consegnare al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. Fiducioso di una partecipazione numerosa, invio cordiali saluti.

Il Presidente - Dr. Fulvio Borromei

P.S. Il bilancio è in visione presso l'Ordine



TAGLIANDO PER DELEGA

Il sottoscritto dott./prof. _____

delega a rappresentarlo, nell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona del giorno 20 DICEMBRE 2003

il dott./prof. _____

(data) _____

(firma) _____

Facoltà di medicina e azienda Umberto I: insieme per la diagnosi e la cura del carcinoma della mammella

Prof. Guidalberto Fabris

Probabilmente l'idea è nata da un colloquio tra Eduardo Landi, Direttore della Clinica Chirurgica, e Alfeo Montesi, Direttore Generale, ora Commissario straordinario, della Azienda Ospedaliera Umberto I di Ancona, perché entrambi sono collocati nella opportuna sede istituzionale e gerarchica per poter valutare la rilevanza epidemiologica della patologia mammaria, l'entità delle competenze disponibili in grado di offrire alle Donne marchigiane sicuri punti di riferimento, puntuali percorsi diagnostici e terapeutici interfacciati con le procedure di screening e modalità di accesso compatibili con le attese.

In realtà, l'ipotesi di creare un coordinamento di tutte le competenze universitarie e ospedaliere dell'Azienda dedicato al problema della Patologia mammaria era stata più volte avanzata in passato, ma, come in altre realtà, non era riuscita a concretizzarsi in una operatività funzionale più efficace di quella già esistente, forse perché persisteva la convinzione che la professionalità del singolo specialista fosse sufficiente a perpetuare le certezze, ora non più tali, di un passato ormai concluso. L'esperienza quotidiana e numerose indicazioni della letteratura, infatti, docu-

mentano ampiamente che, nell'ambito di tutti i percorsi diagnostico-terapeutici in cui è richiesto l'intervento di più professionalità, solo l'applicazione di un metodo di lavoro basato sul continuo confronto diretto sui problemi del caso clinico e sul rispetto delle decisioni condivise - in sintesi su un approccio multidisciplinare - consente di ottenere i più alti livelli di efficienza delle competenze coinvolte, il razionale impiego delle risorse e i risultati attesi. Rispetto al passato, appare oggettivamente consolidata la convinzione che per ottenere il miglior risultato dal difficile compromesso tra efficienza ed efficacia e quindi anche potenziare le prospettive professionali e le possibilità di ricerca, è indispensabile stabilire una valida interazione tra i diversi specialisti coinvolti; la sola novità è costituita dalla decisione di affi-

dare al gruppo di professionisti la creazione di una Funzione Operativa trasversale, in grado di far superare le intrinseche rigidità della logica di Unità Operative e Dipartimenti, e assicurare, oltre ai dovuti livelli qualitativi, tempi diagnostici e terapeutici compatibili con gli attuali standard clinici nazionali e internazionali. Il gruppo di specialisti, composto da Radiologi, Patologi, Medici nucleari, Chirurghi, Radioterapisti e Oncologi, piuttosto di riscrivere o rielaborare protocolli noti e ampiamente riportati dalla letteratura, ha ritenuto pragmaticamente più produttivo utilizzare una strategia a piccoli passi per analizzare i dati disponibili relativi alle diverse fasi del percorso diagnostico-terapeutico, identificare le difficoltà, verificarne le cause e adottare i provvedimenti condivisi più opportuni. Secondo questo indirizzo e la necessità di assicurare a tutte le pazienti che si rivolgono alla Azienda Umberto I gli interventi diagnostici e terapeutici nei tempi raccomandati dai protocolli, il gruppo di specialisti ha constatato che i primi provvedimenti dovevano rendere le liste di attesa diagnostica e chirurgica, coerenti con i principi della appropriatezza e delle priorità cliniche, attraverso un progressivo perfezionamento delle procedure ed eventuale adeguamento delle risorse. In questo contesto, l'iniziativa di attivare per la patologia mammaria una lista di attesa chirurgica d'Azienda, costruita sulle priorità cliniche, rappresenta il solo dispositivo in grado di assicurare da un lato facilità di accesso e trasparenza e, dall'altro, di fornire al Blocco Operatorio Aziendale una affidabile valutazione dei tempi di Sala operatoria necessari per la patologia mammaria. Ma forse la vera svolta consiste nella volontà di affrontare i problemi nella logica del confronto e delle decisioni condivise. L'attività del gruppo, infatti, trova in incontri settimanali, non solo un momento organizzativo, ma, nella discussione dei casi clinici, realizza quell'affinamento culturale e professionale indispensabile per garantire alle pazienti la cura più attenta e i migliori risultati possibili. Un cenno a parte merita la volontà di partecipare agli incontri settimanali anche di Colleghi di altre Aziende regionali, in particolare della ASL di Civitanova, che già usufruiscono di convenzioni per prestazioni professionali con la Azienda Umberto I. Tale iniziativa, infatti, ha l'indubbio interesse di costituire una prima sperimentazione di un gruppo di lavoro interaziendale che, definendo percorsi diagnostico-terapeutici omogenei sul territorio regionale, potrebbe non solo contribuire al contenimento del fenomeno della migrazione extra-regionale di patologie complesse, ma anche alla identificazione di modalità organizzative di erogazione delle prestazioni più idonee alle esigenze delle Aziende.

Bioetica

di **Massimiliano Marinelli**

L'aumento di soggetti malati e non autosufficienti presenti nel territorio rappresenta una delle sfide più difficili per ogni sistema sanitario nazionale. Non è possibile e non sarebbe giusto ospedalizzare tutti e d'altra parte non è eticamente ammissibile che si lascino a casa senza alcuna rete solidale che li sostenga. Le strutture residenziali protette, i programmi di assistenza domiciliare integrata e l'hospice rappresentano tentativi di risolvere tale problema. Tra i pazienti non autosufficienti emergono per la drammaticità dei problemi che sollevano i soggetti affetti da demenza tipo Alzheimer: i problemi vanno dalla comunicazione della diagnosi, alla cura di un soggetto nel periodo di aggravamento sino alla gestione del periodo di terminalità e coinvolgono tanto gli operatori sanitari, quanto il soggetto, la sua famiglia e l'intera società locale. Nella breve relazione che è rivolta al medico di medicina generale, ma può essere di utile lettura per ogni operatore sanitario, si dà risalto alla qualità della giustizia distributiva per affrontare il problema della gestione di un soggetto affetto da demenza, si sottolinea la dinamicità del concetto di salute che permette di raggiungere un equilibrio anche nei primi stadi del morbo di alzheimer. Infine si riflette sul concetto di terminalità di tali soggetti sostenendo la necessità di un mutamento strutturale adottando una medicina non tecnologica quando si voglia accompagnare il malato nel tratto finale della sua vita.

L'aumento di soggetti malati e non autosufficienti presenti nel territorio rappresenta una delle sfide più difficili per ogni sistema sanitario nazionale. Non è possibile e non sarebbe giusto ospedalizzare tutti e d'altra parte non è eticamente ammissibile che si lascino a casa senza alcuna rete solidale che li sostenga. Le strutture residenziali protette, i programmi di assistenza domiciliare integrata e l'hospice rappresentano tentativi di risolvere tale problema.

Tra i pazienti non autosufficienti emergono per la drammaticità dei problemi che sollevano i soggetti affetti da demenza tipo Alzheimer: i problemi vanno dalla comunicazione della diagnosi, alla cura di un soggetto nel periodo di aggravamento sino alla gestione del periodo di terminalità e coinvolgono tanto gli operatori sanitari, quanto il soggetto, la sua famiglia e l'intera società locale.

Nella breve relazione che è rivolta al medico di medicina generale, ma può essere di utile lettura per ogni operatore sanitario, si dà risalto alla qualità della giustizia distributiva per affrontare il problema della gestione di un soggetto affetto da demenza, si sottolinea la dinamicità del concetto di salute che permette di raggiungere un equilibrio anche nei primi stadi del morbo di alzheimer. Infine si riflette sul concetto di terminalità di tali soggetti sostenendo la necessità di un mutamento strutturale adottando una medicina

non tecnologica quando si voglia accompagnare il malato nel tratto finale della sua vita.

ASPETTI ETICI NEL RAPPORTO TRA MEDICO E SOGGETTO AFFETTO DA DEMENZA TIPO ALZHEIMER

Uno dei compiti fondamentali del bioeticista è quello di rendere ragione dei dilemmi etici che il medico affronta nella sua vita professionale.

Sarebbe inutile identificare i vari dilemmi, perché essi emergono chiaramente nella coscienza dell'operatore sanitario.

Sarebbe presuntuoso stilare delle regole di comportamento, poiché esistono etiche differenti e, soprattutto, perché il dilemma, incarnandosi nella singolarità del paziente, sfugge alla presa della casistica.

L'obiettivo della relazione è, quindi, ricercare le ragioni dei conflitti etici, evidenziando i valori in gioco nel rapporto tra il medico di medicina generale (mmg) e il soggetto affetto da demenza tipo Alzheimer (DA).

Prima di entrare nel merito dei problemi, è necessario definire l'essenza del professionista della salute del quale parleremo: il medico di medicina generale a cui mi riferisco è un solutore di problemi di salute che

ha nella continuità l'essenza del rapporto con il suo assistito¹. In questa definizione emergono le due caratteristiche ontologiche del mmg che lo differenziano dai medici ospedalieri.

Il mmg ha a che fare in primo luogo con il concetto di salute, piuttosto che con quello di malattia ed è immerso nel territorio, in continuità di rapporto con l'assistito e il suo ambiente socio-culturale.

Definito così il medico di medicina generale, si deve prendere in considerazione l'altro soggetto della relazione il malato di Alzheimer. La categoria dei pazienti Alzheimer, tuttavia, non delimita una classe omogenea di soggetti, ma comprende una serie di situazioni cliniche e sociali che possono differenziarsi molto tra loro, essendo diverse sia le storie personali, sia l'evoluzione individuale della malattia.

Si tratta, quindi, di narrare ermeneuticamente² un rapporto che, nato nell'odierno scenario socio-sanitario, si scandisce in momenti differenti.

Il medico si trova di fronte alla comunicazione della diagnosi, quando il soggetto è più o meno consapevole³, poi alla gestione del lungo periodo di malattia⁴. e, infine, deve affrontare il processo del morire del paziente. E' bene affermare sin da adesso, che ognuno di questi rapporti rappresenta una storia da narrare e da interpretare. Essa non può essere compresa interamente nell'alveo scientifico, in una conoscenza esatta ed obiettiva del mondo, nella quale un soggetto si trova ad indagare neutralmente, cioè al di fuori di ogni coinvolgimento esistenziale, un oggetto che gli sta di fronte.

Non è così che funziona il lavoro del medico dove

1 - prima di tutto il mmg è un solutore di problemi di salute che ha nella continuità l'essenza del rapporto con il suo assistito. L'esistenza di un problema è, infatti, la molla che spinge il cittadino a venire dal mmg: l'assistito percepisce o presenta un problema e viene nello studio professionale o chiama a domicilio, oppure una terza persona (genitore, parente) rileva un problema. Il medico interpellato è chiamato a confermare, a individuare e, idealmente, a risolvere il problema in questione. In rari casi, il medico solutore di problemi può ravvisare l'inesistenza del problema e dirlo al paziente.

La negazione del problema è, comunque, di per se stessa infrequente e spesso deleteria. La prima grande differenza tra un medico ospedaliero (mo) e il mmg è nel contenuto dei problemi che il medico tenta di risolvere. Il problema del mmg investe maggiormente il concetto di salute, piuttosto che quello di malattia. Il medico normalmente è allenato a pensare attraverso le categorie assiologiche della malattia, rispetto che a tener conto del concetto di salute, che rimane nebuloso, talvolta astratto e che sembra risiedere nello spazio della soggettività del cittadino, piuttosto che nel mondo oggettivo semiologico della patologia. Il mmg, invece, deve conoscere dove si nasconde la salute perché è quello il suo campo di attività. Sia i mo, sia i mmg sono, quindi, dei problem solvers, ma mentre i primi possono essere definiti solutori di problemi di determinate patologie, i secondi no. Il mmg ha a che fare con una popolazione eterogenea nella quale convivono i sani e i malati e talvolta è proprio lui a decidere a quale delle due categorie quel soggetto deve appartenere. L'attribuzione ad un soggetto dell'etichetta malato non dipende esclusivamente dal ragionamento diagnostico delle evidenze cliniche e della medicina scientifica, ma risente in maniera determinante dell'ambiente socio-culturale nel quale il rapporto salute-malattia è vissuto. Il mmg è sempre immerso nel territorio nel quale opera e può comprendere, meglio di qualunque altro, l'ambiente socio-culturale dell'assistito. Ciò è tanto più vero se pensiamo alla continuità di rapporto con l'assistito come caratteristica co-essenziale del mmg. La definizione del mmg, però, non è ancora finita: egli, infatti, è anche un professionista della salute. L'inserimento della figura del medico nella storia delle professioni porta immediatamente due guadagni: il medico professionista è inserito in una comunità; tale comunità è scientifica. Ciò permette di inserire l'azione professionale del mmg in una comunità di colleghi, consapevoli delle peculiarità della propria figura, capaci di delineare al loro interno standard operativi, linee guida, in un progetto di salute che ha nel confronto alla pari con le altre figure professionali la principale modalità operativa.

2 - L'ermeneutica è un tipico parto della modernità: la sua stagione fu l'era moderna.² Nietzsche è stato uno dei filosofi in cui si è espresso nel modo più radicale il carattere interpretativo dell'esistenza umana e del mondo in generale, cioè la coscienza riflessa del dato per cui ogni annuncio di verità non è altro che l'assunzione della verità stessa entro l'orizzonte specifico e limitato di una prospettiva particolare:² contro il positivismo, che si ferma ai fenomeni: ci sono soltanto fatti - direi: no, proprio i fatti non ci sono, bensì solo interpretazioni (frammenti postumi 7 60 viii 1 299). In Verità e metodo Gadamer è pervenuto a interrogarsi criticamente sulle modalità del comprendere. Lo scopo dichiarato dell'analisi gadameriana è quello di mettere in luce le strutture trascendentali del comprendere, cioè di chiarire i modi d'essere in cui si concretizza il fenomeno interpretativo. Come Kant non aveva avuto l'intenzione di prescrivere alla scienza le norme del suo procedimento, ma si era limitato a porre il problema filosofico delle condizioni che rendono possibile la conoscenza e la scienza, così Gadamer non si propone né di esibire una metodologia normativa per le Geisteswissenschaften, né di rinnovare l'antica disputa fra queste scienze e le scienze naturali, ma solo di suscitare un dibattito filosofico circa le condizioni di possibilità della

comprensione.² In secondo luogo Gadamer intende mostrare come l'ermeneutica non indichi solo il procedimento di talune scienze, ma riguardi qualcosa che concerne l'esistenza nella sua totalità, essendo la comprensione il carattere ontologico originario della vita umana stessa.² In terzo luogo, Gadamer si propone di illustrare come nel comprendere si realizzi un'esperienza di verità e di senso irriducibile al metodo del pensiero scientifico moderno, ossia a quel tipo di sapere che, da Galileo in poi, ha perseguito l'ideale di una conoscenza esatta ed obiettiva del mondo, nella quale un soggetto si trova ad indagare neutralmente, cioè al di fuori di ogni coinvolgimento esistenziale, un oggetto che gli sta di fronte.² Al di fuori dell'area conoscitiva della scienza esistono specifiche zone di verità che risultano fondamentali per l'uomo (l'esperienza artistica, storica filosofica giuridica ecc).² Gadamer accusa lo storicismo moderno di continuare a credere in una conoscenza obiettiva del mondo storico, sgombra da pregiudizi e condizionamenti temporali, pretendendo di de-storicizzare lo stesso processo interpretativo, conferendo alla conoscenza storica un carattere di assolutezza capace di svincolarsi completamente dai propri limiti cronologici e di trasportarsi in ogni epoca e in ogni personalità (p 278).² Tale accusa è valida nel processo dell'anamnesi medica che estrae dalla storia del soggetto malattie trasportandole così nella categoria de-storicizzata e oggettiva della singola patologia: infarto del miocardio, ipertensione arteriosa ecc. Quella singola patologia, invece, può essere compresa solamente a partire da tutta la storia in un circolo ermeneutico.

3 - Alcuni pazienti non si rendono conto della malattia, mentre altri presentano una notevole capacità discriminativa che determina frustrazione ed ansia Harrison, Principi di Medicina Interna, Mc Graw Hill, 14 ed., vol 2 2674.

4 - La durata della malattia è di circa 8-10 anni, ma può variare da 1 a 25 anni. Harrison, Principi di Medicina Interna, Mc Graw Hill, 14 ed., vol 2 2674

una singola patologia può essere compresa solamente a partire da tutta la storia in un circolo ermeneutico. Il primo conflitto etico tra medico e soggetto nasce nel momento della diagnosi della malattia; successivamente il rapporto con i familiari metterà a dura prova la coscienza e la pazienza professionale, infine, quando il soggetto, depredata delle sue capacità cognitive, sarà del tutto incosciente, parole come accanimento terapeutico o eutanasia genereranno ulteriore disagio morale. Prima di ogni problema etico particolare, tuttavia, è necessario sottolineare come il rapporto che il medico ha con il DA deve essere inquadrato nell'ambito della giustizia distributiva, che assegna le risorse sanitarie e definisce i contorni dell'area operativa del medico.

GIUSTIZIA E DEMENZA TIPO ALZHEIMER

Sarebbe un errore, infatti, riflettere eticamente solo sul medico e il malato come se questo rapporto fosse privo da tutta una serie di legami che ne vincolano la dinamica.

E' altrettanto errato pensare che le discrasie del rapporto possano essere risolte premendo esclusivamente sull'acceleratore etico del medico, assumendo che la coscienza professionale debba, in uno slancio supererogatorio, superare le secche dei limiti assistenziali. Il medico e il paziente non abitano più in un'isola deserta e il motto "a ciascuno secondo le sue necessità", innalzato come vessillo dello Stato sociale ideale, dove ogni spesa sanitaria è per se stessa eticamente ed economicamente giustificata risuona e sventola di utopia.

Nessun Sistema Sanitario nazionale, infatti, abita quei luoghi e l'ambito traguardo da raggiungere diviene "a ognuno secondo le sue necessità" fino al limite permesso dai beni disponibili".

Con l'intervento attivo dello Stato nell'ambito socio-sanitario, prende corpo un rapporto medico-pazien-

te non più lineare, ma triangolare: a cui vertici sono il medico, il paziente e la Società.

In questo schema complesso, il paziente gioca sempre un ruolo di primo piano, rappresentando la prima parte del rapporto: quando il malato ha bisogno d'aiuto, si mette in contatto con il medico, che costituisce il secondo elemento del triangolo.

Ma nel rapporto entrano ben presto altre strutture sociali, quali l'Azienda sanitaria, l'assicurazione malattie, le note CUF, il giudice.

Esse costituiscono la terza parte della relazione.

Ciò è importante perché le terze parti hanno diritti e obblighi diversi da quelli delle altre due.

Il medico è abituato ad agire secondo il principio di Beneficienza. Il paziente richiede il rispetto del principio di Autonomia. Le terze parti si regolano secondo un terzo principio diverso dalla beneficienza del medico e dall'autonomia del malato.

Il principio delle terze parti, ovvero della società, è quello della Giustizia.

Nella demenza il principio di autonomia del paziente scema sino ad esaurire del tutto le sue potenzialità. Aumentano di importanza le relazioni con le terze parti e permane il principio di beneficienza che nelle fasi finali della vita del soggetto si scontra con i dilemmi dell'accanimento terapeutico: quali sono i valori da perseguire nel trattamento di un soggetto demente in fase di malattia terminale?

Nel rapporto con un soggetto affetto da DA, le risorse che il singolo medico e la famiglia possono spendere si esauriscono e ci si trova a fare i conti con la rete di assistenza che il particolare Servizio Sanitario propone. E' chiaro come nel caso del paziente non autosufficiente sia la Giustizia distributiva a rendere possibile un determinato standard di assistenza. Le concezioni della Giustizia sono però differenti⁵ e, quindi, sono diverse le soluzioni proposte nel calcolare l'area etica del triangolo cittadino-disabile, medico e società.⁶

5 - Per avere un raffronto delle diverse concezioni di giustizia può essere utile Maffettone S., Veca S. (a cura di) L'idea di Giustizia da Platone a Rawls Biblioteca di Cultura Moderna Late

6 - Nell'ambito che ci riguarda, continuando con le definizioni a domande, l'etica medica tradizionale avrebbe, dunque, il compito di rispondere alla domanda: come dovrei orientare le mie azioni professionali nei confronti del paziente? Sino a pochi decenni fa, al contrario delle numerose teorie etiche riscontrate prima, la fonte della moralità del medico era una sola: l'etica ipocratico-cristiana che informava l'azione del medico. Sin dall'antichità, infatti, sono state chiare le ragioni perché il medico doveva possedere una propria etica, diversa da quella di altri professionisti. Diversamente dalle etiche degli affari dove la correttezza del rapporto, la trasparenza del contratto rappresentano i cardini esclusivi della condotta morale del soggetto nei confronti del cliente, l'etica medica prescrive qualcosa di più. Nel primo libro de La Repubblica, Socrate dialoga con Trasimaco sulla definizione di Giustizia. La medicina non mira all'utile della medicina, ma all'utile del corpo e nessun medico, in quanto medico, ha di mira e prescrive l'utile del medico, ma quello del malato: il vero medico è uno che governa i corpi, ma non un uomo d'affari.

IL CONCETTO DI SALUTE NELL'ALZHEIMER

Tra i mutamenti che più di altri possono essere ritenuti positivi emerge la concezione personalistica della salute che si pone ad un livello diverso, in un orizzonte più vasto, rispetto alla definizione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, contenuta nel preambolo del Protocollo di Costituzione del 1946, che recita: salute è "lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo assenza di malattia o di infermità".

Nella concezione personalistica della salute, invece, essa è intesa come "equilibrio dinamico all'interno della persona tra soma, psiche e spirito e all'esterno della persona tra soggetto e ambiente".

La salute, quindi, non è acquisita una volta per sempre, ma è continuamente da conquistare, sviluppare e anche da ricostruire.

E questo è un concetto molto importante perché è possibile la ricerca della salute anche là dove non è più possibile il perfetto benessere e cioè nella fase della riabilitazione quando, dopo la cura, la persona cerca un nuovo equilibrio, oppure nella vita di una persona disabile o con handicap e, quindi, anche nel nostro paziente colpito dalla demenza.

Non è detto che bisogna essere in perfetta forma psicofisica per essere sani e, al contrario, non è sempre vero che chi abbia una efficienza psicofisica intatta non sia "ammalato". L'obiettivo non è quello di mantenere il DA in buona salute, ma di ricercare sempre il miglior bilancio di salute possibile, adeguandolo all'evoluzione della malattia.

È questo un compito difficile e di alta professionalità e sono necessarie competenze differenti per ricercare ogni volta un punto di equilibrio possibile.

La ricerca della rotta verso la migliore salute possibile rappresenta il compito eticamente più rilevante e scientificamente più complesso che il medico di medicina generale affronta nel lungo periodo evolutivo della malattia.

IL RAPPORTO CON I FAMILIARI

Le persone anziane non autosufficienti, infatti, hanno bisogno e diritto di rimanere il più possibile nel proprio ambiente di vita, dove hanno i loro punti di riferimento nelle persone e nelle cose, e i residui legami affettivi per poter mantenere il desiderio e la forza di vivere e di portare a termine in modo umano

il loro cammino terreno.⁶

Ma è altrettanto vero che la famiglia nucleare spesso non può, oggettivamente, farsi carico del parente non autosufficiente.

Anzi talvolta la presenza di un malato cronico è una spinta alla disgregazione familiare invece di rappresentare un momento di coagulo della solidarietà parentale. Una politica sociosanitaria per essere efficace deve prevedere oltre ad un'opera di sensibilizzazione dei nuclei familiari alla cura dei propri malati anche forme concrete di aiuto per quelle famiglie che si prendono cura, in casa di pazienti altrimenti ospedalizzati. Sarebbe un errore credere che ogni famiglia sappia farsi carico del malato grave o addirittura terminale.⁷

Non dobbiamo poi dimenticare che molti anziani sono e vivono soli: nel 1987, secondo l'indagine ISTAT sulle famiglie, viveva da solo un quinto della popolazione in età compresa fra i 65 ed i 75 anni e quasi un terzo degli ultrasessantenni.

QUANDO IL PAZIENTE È GIUNTO ALLA FINE DEI SUOI GIORNI

In una situazione a stretto contatto con la sofferenza e con la morte la competenza non può davvero limitarsi a conoscere le novità terapeutiche o ad accumulare informazioni cliniche.

Quanto più il paziente affetto da malattia terminale procede nel suo cammino, tanto meno ha bisogno di una visione organicistica e settoriale fortemente medicalizzata.

Il processo terapeutico si modifica: l'intervento farmacologico assume un ruolo meno rilevante, mentre diviene preminente l'aspetto comunicativo e relazionale. Certamente un tale approccio è difficile: il medico deve rinunciare a mettere in atto le sue difese, non può più attuare quel distacco dal paziente, indossando l'abito dell'esperto, scandendo la malattia in un rigido iter diagnostico, rendendo la diagnosi e la terapia sempre più oggettive, continuamente nominate e approfondite nei loro aspetti biologici senza affrontare il registro del vissuto emotivo del paziente e del suo ambiente familiare.

EUTANASIA E ACCANIMENTO TERAPEUTICO

Può essere utile, prendendo spunto dal problema del soggetto affetto da demenza in situazione di terminalità, riflettere sui concetti di eutanasia e

accanimento terapeutico nei cui scenari il medico si imbatte sempre più spesso.

Come comportarsi di fronte ad un soggetto affetto da patologia allo stato terminale, sia essa proveniente da una neoplasia, dalla demenza o da altra patologia?

Cosa fa il medico con la terapia palliativa: cura, si accanisce, lascia morire, oppure nel caso della sedazione terminale uccide?

Questi interrogativi che agitano la coscienza di ognuno di noi non hanno una risposta facile e palese in ogni caso e devono mettere in crisi il comportamento del medico. La crisi è necessaria perché riflette una fisiologica perturbazione dell'etica e rivela, al di là di ogni trionfalismo terapeutico, la fragilità e quindi l'umanità della Medicina quando si ha che fare con scelte esistenziali.

La Medicina spettacolare, vincente e tecnologica ritrova di fronte alla vita umana morente ad un tempo la sua debolezza e le radici antropologiche che ne hanno permesso lo sviluppo.

L'eutanasia.

Per la riflessione che segue sull'eutanasia si seguiranno le suggestioni evocate da un classico della filosofia contemporanea: totalità e infinito di Emmanuel Levinas.

Levinas filosofo francese di famiglia ebraica, radicalizza l'appello etico che proviene dal volto altrui dove il volto non rappresenta solo la fattezze esteriore dell'altro, ma il rivolgersi in prima persona con una richiesta impellente di aiuto.

Levinas afferma che esiste una resistenza etica alla tentazione dell'omicidio, alla banalità dell'uccidere.

L'eutanasia è resa possibile dal fatto che la resistenza etica è vinta da un principio etico.

Nella valutazione dell'atto eutanasi è in gioco una lotta tra valori (per esempio: santità-della-vita vs qualità-della-vita). Solo collocando il problema eutanasi nel versante etico, è possibile pronunciare un sì che altrimenti imporrebbe una negazione totale dell'essere.

Quale principio può avere tanta forza da sciogliere la resistenza etica per eccellenza: quel non uccidere che si svela, prima di ogni comandamento etico o deontologico negli occhi del volto dell'altro?

Che sia proprio l'espressione del volto, scavato

dalla sofferenza, a risolvere per il sì all'eutanasia? Ma se il volto è altro e se sporge la comprensione che ne se può avere come essere certi di riconoscerne la reale espressione? Una tale certezza non sarà mai possibile.

Le ragioni del no all'eutanasia sono tutte qui: non potremo mai sapere se quel volto intende realmente chiedere la morte e non possiamo neppure decidere se quel tanto di vita che rimane è veramente inutile, assumendo un ruolo che nessun uomo, tanto meno un medico, può esercitare su un altro essere umano.

Tutto quello che potremo fare sarà non esercitare alcun potere su di lui.

E' questa la chiave di volta per comprendere l'atteggiamento giusto nei confronti del malato affetto da patologia allo stato terminale.

Di quale potere medico si parla?

Si tratta del potere della medicina tecnologica che inizialmente avvolge l'altro in una rete fatta di protocolli, di interventi e di percorsi terapeutici.

Tale rete è doverosa e sostiene il soggetto in un percorso difficile che, seppure attraverso procedure invasive o effetti indesiderati, può concludersi nella guarigione.

Tuttavia, nel soggetto in fase terminale di vita, questa rete si è dimostrata inefficace e talvolta le maglie, fatte da procedure invasive o costituite da supporti tecnici ormai inutili, sembrano soffocare il soggetto aumentandone la sofferenza, piuttosto che accompagnarlo nell'ultimo tratto della sua vita.

Il potere sull'altro che si manifesta con l'uso della tecnologia e che ingloba il volto in una relazione con gli oggetti, rendendolo esso stesso oggetto tra oggetti, rinchioda la persona in un reticolato dal quale deve pur essere possibile sottrarsi.

Il potere tecnologico si ritrae in silenzio sciogliendo le maglie quando divengono futili e disumanizzanti.

Il medico, rinunciando ad esercitare tale potere non diviene impotente, ma si riappropria di una medicina non tecnologica fatta da pochi interventi tra i quali, l'acqua, la morfina e il medico stesso rappresentano le armi principali. Sembrano armi obsolete e spuntate, ma sono le più adatte alle circostanze.

Modifiche alle modalità di prescrizione dei farmaci

di **Giuseppe Zuccatelli**

Oggetto: nota esplicativa alla deliberazione della Giunta regionale n. 1311/2003

L'atto n.1311 adottato in data 30.09.2003, avente per oggetto: "interventi per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata" fa obbligo al medico di prescrivere e al farmacista di dispensare una sola confezione di ogni specialità medicinale/generico fino ad un massimo di due specialità/generico diverse per ricetta. Sono previste deroghe per gli antibiotici monodose, per i medicinali somministrati per flebo-clisi, per la terapia del dolore (legge 12/2001) e per tutti gli affetti da una patologia cronica (invalidi compresi) per i quali la prescrizione è limitata a due pezzi per ricetta, infatti non è espressamente limitata ai soli soggetti

esenti per patologia in base al D.M. 329/1999, punto 4) della delibera 1311/2003. In considerazione che le nuove disposizioni non sono pervenute tempestivamente a tutti i medici, le ricette spedite nella prima settimana di applicazione non saranno oggetto di contestazione, così come è

stato convenuto nella riunione del 6 ottobre c.m. con i responsabili dei servizi farmaceutici delle az. sanitarie.

Per quanto riguarda il punto 2 dell'atto "non è consentito rilasciare allo stesso assistito più ricette con prescrizione dello stesso farmaco nello stesso giorno, né può essere rinnovata prima di una settimana dal completamento della terapia in atto" ovvero entro una settimana dal termine della cura in atto, si precisa in altri termini che il rinnovo della prescrizione per il proseguimento, mediamente, va effettuato durante l'ultima settimana di terapia. La disposizione deve valere per le prescrizioni che coprono almeno una settimana di cura. Nel caso in cui il farmaco contenuto in una confezione non sia sufficiente a coprire una settimana di terapia si potranno prescrivere due confezioni in un'unica ricetta.

La normativa per quanto riguarda l'attestazione dell'esenzione non è modificata.



Si fa presente che questo provvedimento temporaneo che incide sull'attività professionale degli operatori sanitari senza limitare e penalizzare l'uso del farmaco, si è reso improcrastinabile insieme ad altre iniziative per la razionalizzazione delle prestazioni rese al cittadino e per la loro compatibilità economica.

dalla FNOMCeO

IL MINISTRO GIROLAMO SIRCHIA ALLA GIORNATA CELEBRATIVA DEL CENTENARIO DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA RASSICURA I MEDICI

Non c'è altro spazio in sanità per provvedimenti dettati da necessità di bilancio. Nel quadro delle riunioni periodiche previste dal Protocollo d'Intesa martedì 28 ottobre il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha incontrato il Presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone, accompagnato da una delegazione del Comitato Centrale della Federazione degli Ordini.



Nel corso dell'incontro sono state esaminate le numerose questioni sul tappeto, tra queste il problema degli specializzandi, il rinnovo del Regolamento degli Ordini, l'applicazione del Decreto Legge sulla Privacy, il disegno di Legge che vuole riammettere alle Facoltà gli studenti che non hanno superato l'esame di ammissione altre ancora, sulle quali il Ministro ha dato ampia rassicurazione del suo impegno per ricercare le più idonee soluzioni. I presenti all'incontro hanno espresso piena soddisfazione per il livello di collaborazione raggiunto tra i rappresentanti della professione ed il Ministero della Salute.

A conclusione dei lavori il Presidente della Federazione, ha manifestato la sua preoccupazione

per il quadro economico in cui si dibatte la sanità pubblica che getta pesanti ombre sulle legittime richieste contrattuali dei medici determinando di riflesso pesanti conseguenze sui livelli di assistenza a causa delle previste agitazioni sindacali.

Tuttavia il Presidente del Barone ha preso atto con soddisfazione di quanto ribadito oggi dal Ministro Sirchia, in occasione della Giornata Celebrativa del Codice Deontologico tenutasi a Roma, ovvero che come responsabile del Dicastero della Salute non accetterà che concetti meramente economicistici possano sovrapporsi a quelli a tutela della salute dei cittadini.

PERPLESSITÀ DEL COMITATO CENTRALE DELLA FNOMCEO SUI CONTENUTI DELLA FINANZIARIA 2004

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riunito a Roma il 10 ottobre ha espresso perplessità sugli adempimenti di interesse sanitario contenuti nella manovra economica per il 2004, ad iniziare dalla inadeguatezza dei fondi stanziati che ancora una volta si dimostrano insufficienti rispetto ai bisogni sanitari della popolazione.

"Una carenza tanto più allarmante - ha dichiarato il Presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone - a fronte dei sempre più alti livelli di immigrazione a cui si aggiunge il peso economico per la cura di patologie strettamente legate a questo fenomeno e alla necessità di garantire, ad un maggior numero di cittadini, i livelli essenziali di assistenza (LEA)".

Per quanto attiene l'assistenza farmaceutica il Comitato Centrale, associandosi alle critiche espresse dalle Regioni, stigmatizza i contenuti troppo economicisti delle norme previste per il monitoraggio della spesa (per il netto prevalere dei valori economici su quelli sanitari), condividendo tuttavia lo sforzo di esercitare una più puntuale verifica dei cittadini che hanno diritto a prestazioni sanitarie economicamente agevolate. Per contro, lo stesso sistema di controllo, questa volta a carico dei medici prescrittori, può ingenerare nella categoria giustificati timori. Già in passato, infatti, non sono mancati i casi di colleghi ingiustamente accusati di iperprescrizione, con il risultato di aver

la quasi totalità delle Professioni Sanitarie interessate al Programma Nazionale di Formazione Continua (ECM). Completano il "direttivo" Giuseppe Luigi Palma Vice Presidente (Psicologi); Giovanni Gruppioni Segretario, (Aree Professionali), Gennaro Rocco Tesoriere (Infermieri).

Il Consorzio è stato costituito quale strumento attuativo della convenzione che sarà stipulata con il Ministero della Salute per la realizzazione di un Programma unitario informatizzato, finanziato dallo stesso Dicastero, per la gestione e certificazione dei crediti formativi acquisiti dai singoli professionisti della salute. Oltre alle professioni sopra elencate hanno aderito all'iniziativa, che rimane aperta a tutte le rappresentanze professionali sanitarie, i Veterinari, le Ostetriche, i Tecnici di radiologia medica, nonché le Associazioni Professionali non regolamentate afferenti alle aree della prevenzione, della riabilitazione e dell'area tecnico-sanitaria.

LA CATEGORIA TUTTA HA RISPOSTO AL MEGLIO ALLA SITUAZIONE DI EMERGENZA

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone ha avuto parole di apprezzamento per l'impegno dei medici, ma più in generale di tutta la Sanità italiana, per far fronte all'emergenza causata dal black-out che ha interessato l'intero Paese. "Sento il dovere di ringraziare i medici italiani per la disponibilità dimostrata per garantire un'adeguata assistenza sanitaria su tutto il territorio - ha dichiarato Del Barone. Il loro impegno ha senza dubbio contribuito a rendere meno drammatiche le conseguenze a carico di tutti quei malati ricoverati nei nosocomi ed assistiti da apparecchiature elettromedicali. Senza contare i casi di interventi chirurgici (tra questi un trapianto di fegato) portati a termine in piena emergenza. Un ringraziamento quindi a tutti i medici ospedalieri ed universitari, ma anche ai medici di famiglia, ai pediatri, ai colleghi di guardia medica, dell'emergenza, del territorio e del pronto soccorso, senza dimenticare gli igienisti che stanno compiendo presso la grande distribuzione e gli esercizi pubblici un'opera di controllo veramente meritoria per assicurare ai cittadini la garanzia della qualità dei prodotti alimentari. Tutti - ha concluso del Barone - hanno fatto del loro meglio per assistere i malati, specie bambini, cronici ed anzia-

ni, che in un momento di disorientamento generale, hanno potuto contare sulla loro presenza e la loro sicura professionalità."

FORMAZIONE E RICERCA: LINEE STRATEGICHE DELLA FEDERAZIONE DEGLI ORDINI

Una formazione permanente di qualità, un rinnovato impegno per la ricerca di qualità. Sono queste le due direttrici strategiche sulle quali si muoverà la Federazione degli Ordini dei Medici dei Chirurghi e degli Odontoiatri per assolvere in pieno alla sua principale mission a sostegno della deontologia della classe medica. "La Fnomceo compirà atti concreti in tal senso, sia per la formazione, sia per la ricerca". Lo hanno affermato il Presidente e il Vice-Presidente della Federazione Giuseppe del Barone e, Salvatore Amato, che oggi hanno incontrato, presso la sede del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica Franco Cuccurullo, nella sua duplice veste di Presidente del Comitato di indirizzo per la valutazione della Ricerca (CIVR) e di Rettore dell'Università "Gabriele D'Annunzio" di Chieti-Pescara. Seguiranno altri incontri operativi. Del Barone ed Amato hanno concordato con Cuccurullo su un'opzione di fondo: la qualità implica che chi si occupa di formazione lo debba fare innalzando costantemente gli standard di riferimento; la stessa cosa vale per chi si occupa di ricerca e difficilmente è possibile sovrapporre i due temi. "Con il Civr - ha detto Cuccurullo - abbiamo introdotto una svolta epocale nel "sistema ricerca" attraverso la valutazione dei risultati, un meccanismo che entrerà a pieno regime il prossimo anno". Circa la Formazione, Cuccurullo ha spiegato che "a Chieti sono operanti strutture, strumenti ed intelligenze per competere a livello internazionale e la Fondazione "Gabriele D'Annunzio" avrà l'agilità e la dinamicità necessarie per promuovere ed attuare una formazione di qualità".

Del Barone ed Amato hanno sottolineato "i rapporti istituzionali avviati dalla Fnomceo, come questo di oggi, contribuiscono a rafforzare il ruolo e la presenza della Federazione, perchè, nella sua dinamica trasformazione, assolva sempre di più e meglio il suo compito di indirizzo e di servizio per tutti i medici italiani".



dal Ministero

TRAFFICO D'ORGANI, NESSUN COINVOLGIMENTO AUTORITÀ DEI PAESI DELL'EST

In riferimento al traffico d'organi nei Paesi dell'Est a cui il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha accennato all'Istituto Superiore di Sanità, si precisa che si tratta di una situazione illegale di cui si ha notizia e che esclude ogni coinvolgimento dell'autorità di quei Paesi. Il Ministro Sirchia si recherà a Praga per fare il punto della situazione con il Ministro della Repubblica Ceca.

AUTORIZZATA L'IMMISSIONE IN COMMERCIO DEL VACCINO INFLUENZALE PER LA STAGIONE 2003-2004

In linea con il piano di prevenzione promosso dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia si comunica che il decreto ministeriale di autorizzazione all'immissione in commercio del vaccino influenzale per la stagione 2003-2004 è stato trasmesso alla Gazzetta Ufficiale e sarà pubblicato nel numero di domani (Serie Generale del 25 settembre 2003 n. 223).

Il Ministero della Salute provvede in tal modo a rendere tempestivamente disponibile il vaccino per l'avvio ottimale della campagna vaccinale a partire dalla metà del mese di ottobre.

Come lo scorso anno il vaccino è composto, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, da antigeni dei seguenti ceppi di virus influenzale

- ceppo A/Nuova Caledonia/20/99 (H1N1)
- ceppo A/Mosca/10/99 (H3N2)
- ceppo B/Hong Kong/330/2001.

Questi sono i virus la cui circolazione è attesa durante la prossima stagione sulla base dei dati epidemiologici e sierologici accertati dalla rete per la sorveglianza e il controllo dell'influenza che si estende in 82 Paesi del modo, Italia compresa.

ESONERO OBBLIGO FORMATIVO PER OPERATORI PORTATORI DI HANDICAP PER GLI ANNI 2002-2003

Gli operatori sanitari portatori di handicap sono esonerati dall'obbligo formativo per gli anni di riferimento 2002 e 2003.

E' quanto deciso dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua che, più in generale, accogliendo l'invito del Sottosegretario alla Salute Antonio Guidi, ha stabilito che fino a quando l'offerta formativa verrà svolta esclusivamente attraverso eventi e progetti residenziali, gli operatori sanitari portatori di handicap sono esonerati dall'obbligo di acquisizione di crediti formativi.

In relazione al problema dell'obbligo di Educazione Continua in Medicina, il Sottosegretario aveva posto all'attenzione della Commissione la necessità di individuare tipologie di percorsi formativi alternativi, adeguati alle specifiche situazioni degli operatori portatori di handicap.

Al più presto, dunque, sarà avviato un programma sperimentale di Formazione a Distanza, che consente di raggiungere presso il proprio domicilio l'operatore sanitario.

Sono inoltre allo studio percorsi di autoformazione che consentiranno, a loro volta, di acquisire crediti ECM autocertificati.

Il Sottosegretario Guidi ha elogiato la Commissione per la sensibilità dimostrata, commentando la decisione come un "forte passo in avanti nel superamento di una difficile barriera, che consentirà una formazione possibile, senza discriminazioni".

INCONTRO MINISTRI SIRCHIA E ALEMANNINO CON ENTE NAZIONALE CINFILIA

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia e il Ministro delle Politiche Agricole e Forestali Giovanni Alemanno insieme a rappresentanti del Ministero per le Politiche Comunitarie hanno incontrato oggi, presso la sede del Ministero della Salute, i vertici dell'Ente Nazionale per la Cinfilia Italiana (Enci) per discutere in merito all'"Ordinanza contingibile e urgente per la

tutela dell'incolumità pubblica dal rischio di aggressioni da parte di cani potenzialmente pericolosi".

I Ministri hanno ascoltato le proposte dell'Enci che saranno oggetto di un confronto più approfondito in seno ad un Gruppo di lavoro avviato oggi che avrà il compito, sentito anche il parere del Consiglio Superiore di Sanità che si riunirà lunedì prossimo sull'argomento, di perfezionare l'Ordinanza e lavorare ad un Disegno di Legge che ha come base un testo già predisposto dal Ministero della Salute.

Entrambe le iniziative vanno nella direzione già delineata della tutela della salute dei cittadini e del rispetto degli animali.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ: LA CANNABIS NON È DROGA LEGGERA

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha richiesto al Consiglio Superiore di Sanità di elaborare un documento sugli effetti collaterali della Cannabis.

Il Consiglio Superiore di Sanità, Sezione V, ha così valutato la recente letteratura e in modo particolare i risultati di alcuni studi clinici i cui contenuti sono riassunti in una relazione elaborata dal prof. Silvio Garattini, che costituisce parte integrante del parere emesso dal Consiglio.

In particolare, tenuto conto che il numero degli adolescenti che fumano Cannabis è elevato nel nostro Paese, il Consiglio Superiore di Sanità ritiene che l'uso della Cannabis sia gravato da pesanti effetti collaterali quali dipendenza, possibile progressione all'uso di altre droghe quali cocaina e oppioidi, riduzione delle capacità cognitive, di memoria e psicomotorie, disturbi psichiatrici quali schizofrenia, depressione e ansietà; possibili malattie broncopolmonari tra cui bronchite ed enfisema. Inoltre il Consiglio ritiene che giovani e adolescenti siano particolarmente vulnerabili ai suoi effetti negativi.

Pertanto il Consiglio ritiene che la Cannabis non debba considerarsi "droga leggera" e che il suo consumo non rappresenta quindi un'abitudine priva di conseguenze sulla salute.

Il Consiglio Superiore di Sanità auspica quindi che le autorità competenti provvedano a dare ampia e incisiva informazione agli adolescenti riguardante gli effetti collaterali della Cannabis e in particolare sui rapporti diretti tra uso della Cannabis e sviluppo di problemi per la salute mentale, quali depressione, ansietà e schizofrenia.

NASCE LA COMMISSIONE UNICA SUI DISPOSITIVI MEDICI

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia, ha istituito la Commissione Unica sui Dispositivi Medici, che risulta così composta:

PRESIDENTE

Il Ministro della Salute o un vice presidente da lui designato.

COMPONENTI NOMINATI

DAL MINISTRO DELLA SALUTE

Dott. Maurizio Rossi

Professore incaricato di tecnica chirurgica e chirurgia sperimentale
- Università degli Studi di Verona - Esperto del Consiglio Superiore di Sanità;

Dott.ssa Danila Peverini

Dirigente farmacista dell'Azienda Ospedaliera S. Chiara di Pisa;

Dott. Lamberto Franceschini

Dirigente Farmacista dell'Azienda Ospedaliera S. Andrea di La Spezia;

Dott.ssa Aurelia Sargentini

Esperto;

Dott.ssa Paola Marini

Dirigente Farmacista dell'Azienda Ospedaliera Borgo Roma - Verona.

COMPONENTE NOMINATO

DAL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Dott. Silvano Ruggeri

Funzionario del Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e di Coesione.

COMPONENTI NOMINATI

DALLA CONFERENZA DEI PRESIDENTI

DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Dott. Alberto del Genio

Professore di Scuola della Chirurgia Generale della Seconda Università degli Studi di Napoli - esperto della Regione Campania;

Dott. Loredano Giorni

Dirigente Responsabile della U.O.C. "Strumenti per l'assistenza sanitaria territoriale" del Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà - esperto della Regione Toscana;

Dott. Eugenio Santoro

Primario Chirurgo e Direttore del Dipartimento di Chirurgia Oncologica dell'Istituto Regina Elena di Roma - Esperto della Regione Lazio;

Dott.ssa Alma Lisa Rivolta

Funzionario U.O. Rete servizi emergenza urgenza della Direzione Generale sanità - esperto della Regione Lombardia;

Dott. Luigi Ronco

Direzione controllo delle Attività sanitarie - Settore Ispettivo controllo qualità sulle attività sanitarie - Esperto della Regione Piemonte;

Dott.ssa Angela Di Tommaso

Direttore Sanitario Azienda ULSS 13 Milano - Esperto Regione Veneto;

Dott.ssa Fabiola Radicchi

Direttore di Farmacia Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera di Perugia - Esperto della Regione Umbria.

COMPONENTI DI DIRITTO

Il Direttore Generale della Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici;

Il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità o un suo Direttore di laboratorio.

La Commissione Unica sui Dispositivi Medici, la cui istituzione è stata prevista dall'art. 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ha il compito di definire ed aggiornare il Repertorio dei dispositivi Medici, nonché il compito di classificare tutti i medesimi prodotti in classi e sottoclassi specifiche con l'indicazione del prezzo di riferimento, sulla base del rapporto qualità-prezzo. La Commissione dura in carica due anni e i suoi componenti possono essere confermati una sola volta.

AL VIA IL RIORDINO DEGLI IRCCS

Dopo un'attesa di 10 anni arriva il riordino degli Irccs pubblici. Il Consiglio dei Ministri ha approvato oggi, su proposta del Ministro della Salute Girolamo Sirchia, il decreto legislativo recante "Norme di riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai sensi dell'art.42 della legge 16 gennaio 2003 n.3". Gli Irccs sono ospedali di eccellenza deputati alla ricerca, alla terapia e alla riabilitazione nei campi dell'oncologia, della pediatria, della neurologia, dell'ortopedia. Si tratta complessivamente di 15 istituti dislocati nelle regioni italiane. Questa riforma, fortemente voluta dal Ministro Sirchia, consente innanzitutto di definire attraverso nuovi criteri, le strutture di eccellenza; conferma poi la natura pubblica di questi Istituti di rilevanza nazionale dove si svolge ricerca clinica e traslazionale in campo biomedico, unitamente a prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità.

Il riordino prevede come aspetto prioritario la condivisione tra Ministero della Salute e le Regioni sia della trasformazione degli istituti in fondazione e sia della definizione degli organi di gestione, prevedendo inoltre che gli istituti che non verranno trasformati saranno

organizzati sulla base di criteri che garantiscano le esigenze di ricerca e la partecipazione a reti nazionali di centri di eccellenza.

Le fondazioni, di natura pubblica, avranno tra gli enti fondatori il Ministero della Salute, la Regione e il Comune in cui l'istituto ha sede ed è prevista la partecipazione di altri soggetti pubblici (e in particolare dell'università) e privati a condizione che contribuiscano al raggiungimento degli scopi.

Il personale dipendente manterrà tutte le garanzie derivanti dal rapporto di lavoro di diritto pubblico, prevedendo anche la possibilità di miglioramenti economici derivanti dalla capacità dell'ente di autofinanziarsi. Gli Irccs continuano ad essere vigilati dal Ministro della Salute a garanzia che la ricerca che si sviluppa sia finalizzata all'interesse pubblico e al bene del malato.

BUON USO DEI FARMACI PER I BAMBINI

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia accoglie l'appello della Società italiana di Pediatria e dei pediatri italiani, a lavorare insieme per una sempre maggiore tutela della salute materno-infantile nel nostro Paese e di avviare a soluzione i problemi relativi all'utilizzo dei farmaci in pediatria, in gran parte non studiati per la somministrazione al bambino. Al fine di sensibilizzare gli operatori sanitari il Ministro ha predisposto proprio in questi giorni la distribuzione a medici, farmacisti e infermieri di 600 mila copie della "Guida all'uso dei farmaci per i bambini". L'iniziativa è una novità in quanto si tratta del primo prontuario dedicato all'uso dei farmaci nella popolazione pediatrica, tratto da "Medicines for Children", formulario pediatrico nazionale inglese, edito dal Royal College of Paediatricians and Child Health.

La scelta di pubblicare e distribuire una guida terapeutica per la popolazione pediatrica, secondo il Ministro Sirchia, rappresenta una prima risposta al bisogno, non solo italiano, di una maggiore attenzione, conoscenza e appropriatezza nel disporre e utilizzare i farmaci per i bambini. Un impegno che continuerà e che necessita del supporto di tutti per contribuire al miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria, anche garantendo la terapia farmacologica più efficace e sicura.

Il prontuario è strutturato in tre grandi sezioni: patologie e sintomi funzionali, schede monografiche sui principi attivi dei farmaci e appendici. In particolare,



la prima parte è costituita da una guida alla prescrizione dei farmaci nei bambini, in cui vengono forniti principi generali di terapia per patologia. Segue la sezione più specifica delle monografie di ciascun principio attivo, elencati in ordine alfabetico, in cui vengono forniti i nomi generici dei farmaci e vengono riportati i dosaggi specifici per fasce di età. Infine, la terza parte è costituita da due appendici, nelle quali sono rispettivamente riportati l'elenco dei farmaci ordinati per principio attivo con relative specialità medicinali, classe terapeutica e prezzi in vigore in Italia e l'elenco dei principi attivi contemplati in "Medicines for Children" non disponibili in Italia come specialità medicinali.

L'Agenzia Italiana del Farmaco, di prossima istituzione, approfondirà questi temi avvalendosi del valido supporto degli specialisti pediatri.

BOLLETTINO TEST ANTI BSE: 634.486 ANALISI EFFETTUATE NEL 2003

Dall'inizio di quest'anno ad oggi sono stati effettuati 634.486 test anti prione. Altri 1.360 campioni sono stati sottoposti al test e si è in attesa del responso finale (disponibile nell'arco di 48 ore). Complessivamente, dal 1° gennaio 2001, da quando il controllo è diventato obbligatorio, sono state effettuate 1.846.753 analisi per verificare la presenza del cosiddetto morbo della "mucca pazza", a cui aggiungere altre 1.466 effettuate nel 2000.

Le analisi hanno rivelato finora 113 casi di encefalopatia spongiforme bovina in Italia, di cui 50 individuati nel 2001, 36 nel 2002 e 27 nel 2003.

Tutte le informazioni sulla Bse sono disponibili alle pagine web del portale www.ministerosalute.it dedicate alla sicurezza alimentare.

SUL PORTALE I PRIMI DATI SULLE SINDROMI INFLUENZALI

Sul portale del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it) sono disponibili i dati del primo rapporto settimanale "Influnet" sull'incidenza nel nostro Paese delle sindromi influenzali registrate dalla rete dei medici sentinella.

Influnet è il sistema istituzionale di sorveglianza dell'andamento della sindrome influenzale, coordinato dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed il Centro Universitario di Ricerca sull'Influenza (CIRI)

DATI OSMED: SPESA FARMACEUTICA SOTTO CONTROLLO

Nel primo semestre del 2003 la spesa farmaceutica lorda ha registrato un decremento del 5,1% e quella netta del 9,3% rispetto allo stesso periodo del 2002. Lo rileva l'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali del Ministero della Salute nel "Rapporto

nazionale I semestre 2003. L'uso dei farmaci in Italia", consultabile integralmente sul portale del Ministero (www.ministerosalute.it).

Questi dati mostrano che entrambe le strategie scelte dalle Regioni (ticket e distribuzione diretta) hanno contribuito alla diminuzione della spesa netta pro capite. Tuttavia il Rapporto evidenzia che, ad oggi, l'obiettivo nazionale di contenere la spesa farmaceutica netta entro il 13% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale, viene pienamente raggiunto solo da alcune Regioni (Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto).

In particolare il consumo dei farmaci generici anche nel primo semestre di quest'anno è diminuito sia in termini di quantità prescritte (-3,5%) che di spesa (19%) e la loro prescrizione rappresenta circa un quinto delle DDD (dosi giornaliere definite) prescritte. Mentre si conferma la tendenza da parte dei medici a prescrivere farmaci più costosi ("effetto mix" +2,9%).

La categoria terapeutica a spesa più elevata è rappresentata dai farmaci cardiovascolari. Per la prima volta le statine diventano la prima categoria per spesa (18% del totale cardiovascolare), seguite da ACE inibitori e calcio-antagonisti diidropiridini. La spesa per ACE inibitori da soli o in associazione e per sartani da soli o in associazione è pari al 43% del totale. In merito poi alla prescrizione i farmaci che hanno registrato il maggior incremento sono ancora le statine (+29,5%) seguite dai sartani (+17,6%) e i sartani in associazione al diuretico (+29,8%), mentre la prescrizione di alfa-bloccanti e di calcio-antagonisti riprende a crescere (+7,8% e +1,3% rispettivamente). In conclusione, l'analisi del Rapporto mostra come nel corso di quest'anno si stia realizzando un controllo della spesa farmaceutica principalmente grazie ai provvedimenti di tipo amministrativo nazionali (introduzione del nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale, riduzione del prezzo dei farmaci e riclassificazione in classe C) e regionali (introduzione dei ticket, potenziamento della distribuzione diretta, limitazione del numero di confezioni per ricetta).

MINISTRO INCONTRA TECNICI DI REGIONI E COMUNI SU EMERGENZA ANZIANI

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha in-

contrato, presso il Ministero della Salute, i rappresentanti delle Regioni, dei grandi comuni e dell'Ance al termine della riunione del Comitato tecnico per l'emergenza anziani. Il Comune di Milano era rappresentato dall'Assessore ai servizi sociali Tiziana Maiolo. Si tratta di una iniziativa intrapresa dal Ministro a seguito dell'aumento della mortalità degli anziani nella solitudine delle grandi metropoli per il caldo torrido della scorsa estate.

Il gruppo di esperti, di cui fanno parte tecnici del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, metterà a punto una serie di interventi immediati anche nell'ottica di possibili emergenze della stagione invernale. Tra questi, una mappa degli anziani fragili, servizi di vigilanza attiva collegati a case di riposo per la zonizzazione degli anziani più a rischio, azioni di intervento a danno avvenuto che comprendano il ricorso al medico di medicina generale, all'Ospedale e alle Residenze Socio-Assistenziali (RSA).

Per affrontare questa emergenza sono disponibili le risorse del Piano sanitario nazionale 2003-2005 vincolate per gli anziani delle grandi città, recentemente approvate dal CIPE.

Il Ministro Sirchia, impegnato sempre sul fronte dell'emergenza anziani, inaugurerà lunedì 3 novembre prossimo in una zona popolare di Milano una postazione di "Custode socio-sanitario" e uno "Sportello unico" per la presa in carico globale dell'anziano. Una iniziativa che porta direttamente a casa degli anziani soli, che abitano nei grandi condomini popolari, i servizi socio-sanitari, così da non obbligarli a cercare nel momento del bisogno uffici e personale specializzato.

Sperimentata con successo proprio a Milano negli anni in cui il Ministro Sirchia ricopriva l'incarico di assessore ai servizi sociali del Comune, la figura del "custode socio-sanitario", prevista anche dal Piano sanitario nazionale 2003-2005, è un punto di riferimento per gli anziani soli e si preoccupa di valutare e soddisfare i loro bisogni, ricorrendo alle reti di servizi sanitari e sociali istituzionali o alle reti amicali e solidaristiche, che fanno capo allo "Sportello Unico". Questo "Sportello", gestito come prevede il Piano sanitario nazionale dal privato sociale, si preoccupa della presa in carico globale dell'anziano e organizza, tramite la rete di servizi esistenti, il percorso preventivo e assistenziale più adatto.

Il laboratorio in ematologia

di *Giorgio Fanesi*

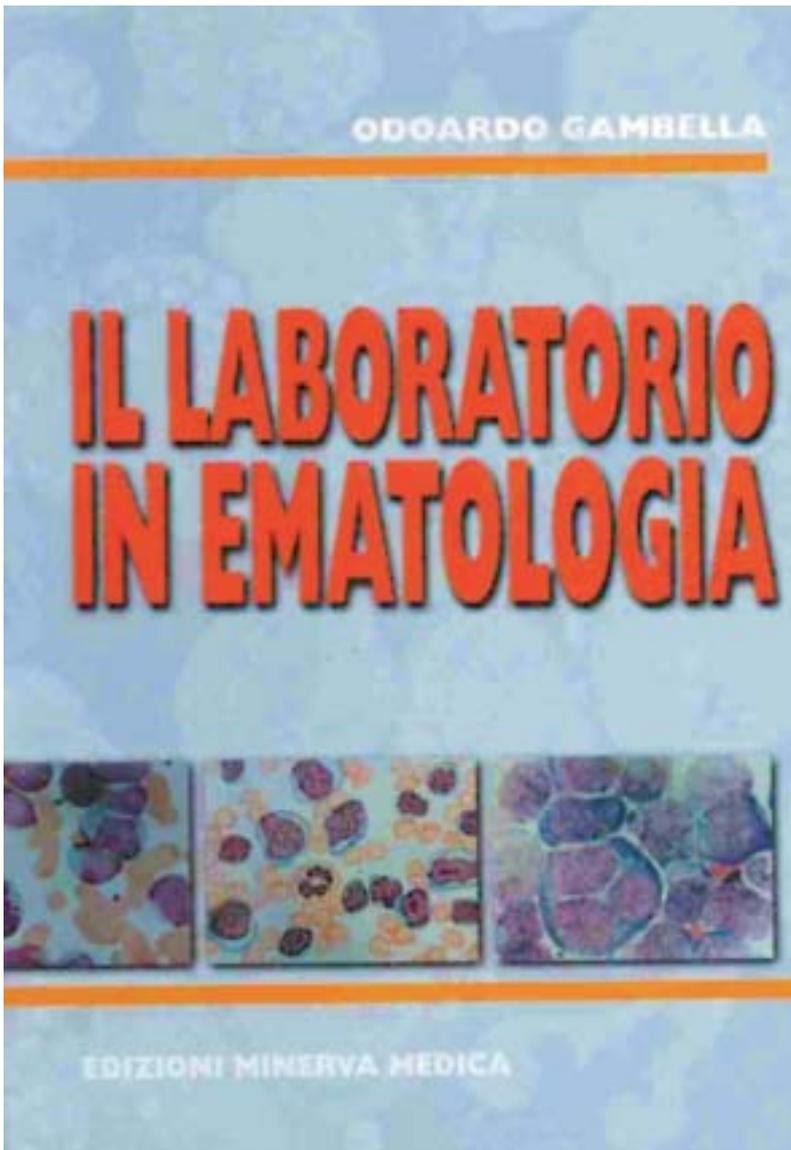
E' stato dato alle stampe per l'Edizioni Minerva Medica (Torino 2003) il libro "Il laboratorio in ematologia" curato da un iscritto al nostro Ordine, Odoardo

Gambella, per lunghi anni responsabile del Laboratorio Analisi dell'Ospedale SS. Benvenuto e Rocco di Osimo. In quel periodo, in ospedali di medie dimensioni, il laboratorista, in assenza dello specialista ematologo, diventava il consulente dell'internista.

L'Autore, nella sua prefazione, afferma che il testo è principalmente rivolto a coloro che operano nei laboratori, ai medici di ospedali e cliniche di piccole e medie dimensioni, ai colleghi di medicina generale

ed al personale paramedico. Si tratta di un testo di consultazione rivolto sia all'interpretazione dei referti ematologici sia allo studio delle indicazioni che i vari esami presentano ed è diviso in due parti: nella prima sono descritte le tecnologie più in uso nella diagnostica ematologica mentre nella seconda vi è trattata la fisiopatologia delle emopatie con le conseguenti alterazioni morfologiche e bioumorali.

In effetti Gambella è stato autore di un volume, in formato tascabile e quindi di agile consultazione, con note bibliografiche in ogni capitolo, che non si ferma solo alla valutazione degli esiti degli esami di laboratorio ma fornisce interessanti informazioni sulle metodiche diagnostiche ed allo stesso tempo non trascura di affrontare l'eziopatogenesi dei disordini ematologici rappresentando così un utile strumento di consultazione per tutti gli operatori della sanità.



Evoluzione del servizio di Pronto Soccorso dell'Ospedale Umberto I di Ancona

di **Marcello Orlandini**

In occasione del recente trasloco definitivo delle strutture del vecchio Ospedale Umberto I all'Ospedale di Torrette, tra le altre Divisioni e Cliniche, merita un particolare riferimento il Servizio di Pronto Soccorso che si è trovato così dopo un lungo iter, talvolta travagliato, oggi modificato, potenziato, inglobato in un DEA veramente degno di questo nome nel nuovo Nosocomio. Nel 1975, dopo un ventennio in cui ho operato nella Divisione di Medicina (I^a e II^a), ho chiesto di essere inserito nel Servizio di Pronto Soccorso con annessa Osservazione (un repartino tipo Astanteria con 5 – 6 posti letto) ove ho trovato una piccola dolce caposala: suor Alfonsina.

La struttura era angusta, fatiscente e prive delle minime, indispensabili potenzialità per un'assistenza idonea dell'urgenza-emergenza.

L'attività si svolgeva tutta lungo un corridoio dove si diramavano l'ambulatorio di P.S., la camera per i medici di guardia, una piccola stanza per la radiologia, l'ufficio di accettazione ricoveri, una cucinetta e due tre stanze oscure (poiché site sotto il livello della strada), ove erano allocati 5 – 6 letti per pazienti che non trovavano altra sistemazione all'interno dell'Ospedale. Una lunga panca sita lungo questo corridoio serviva per l'attesa dei pazienti. All'inizio la mia piccolissima scrivania era situata lungo questo corridoio dove c'era un passaggio continuo di pazienti, familiari, infermieri, portantini (le barelle erano trasportate sollevate a mano da due infermieri per

essere caricate sull'automezzo che trasportava i malati ai Reparti o ai Servizi interni).

La mia attività all'inizio si è soprattutto rivolta, coraggiosamente, a creare una struttura di Medicina di Pronto Soccorso con la peculiarità della diagnosi e terapia d'urgenza con relativo filtro dei ricoveri inutili e osservazione dei pazienti più critici per una breve degenza (media 2 – 3 giorni) e successiva dimissione o trasferimento in altro reparto.

L'attività dell'Osservazione e del Pronto Soccorso si è così progressivamente potenziata ed inglobata in quello che si può definire un iniziale, rudimentale DEA, in collaborazione con tutte le entità specialistiche esistenti in Ospedale.

Questo principio di attività dipartimentale, pur nelle sue carenze, ha dato però subito i suoi risultati positivi negli anni seguenti, con un'attività più mirata e quindi idonea a creare un piccolo polmone per il superafflusso dell'utenza.

Riuscimmo così con pressanti e insistenti richieste presso l'Amministrazione e la Regione, ad ottenere una ristrutturazione del Servizio all'Umberto I, sia nell'ambito del Pronto Soccorso che in quello della Osservazione che assunse così la funzionalità e la denominazione di Medicina d'Urgenza.

Finalmente avemmo delle vere, anche se scarse, sale di degenza, con dei letti monitorati e soprattutto la sala d'attesa per i familiari.

L'attività dipartimentale intraospedaliera del Servizio e la collaborazione con gli altri Enti ospedalieri della città si sono moltiplicati, come anche ha trovato altro spazio ed altro respiro l'attività del Pronto Soccorso, potenziato sotto l'aspetto strumentale, strategico – logistico, e nell'organico, sia medico che paramedico con l'aumento numerico e l'attività culturale.

Prima degli anni novanta, si è insediato con la volontà degli amministratori e la nostra fattiva collaborazione, un altro Servizio di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza all'Ospedale di Torrette (che aveva allora cominciato la sua parziale attività) in contemporanea al Servizio dell'Umberto I.

La nostra operatività allora ha assunto un altro aspetto in relazione alla nuova struttura notevolmente potenziata, e soprattutto agli spazi (che sono sempre stati il nostro problema nel vecchio Ospedale) che ci hanno permesso di aumentare di molto gli spazi per gli ambulatori di Pronto Soccor-



so per il Servizio di Radiologia annesso, ma soprattutto per aumentare le stanze di degenza e il numero di posti letto (circa 14-15).

La nuova configurazione e potenzialità dei Servizi a Torrette che si sono affiancati alla nostra attività di diagnosi e cura delle emergenze-urgenze, hanno permesso un notevole perfezionamento della nostra azione con molte migliaia di interventi annui specie presso il nuovo Pronto Soccorso e molte migliaia di ricoveri in medicina d'Urgenza.

La struttura dell'Umberto I ha seguito la sua attività, seppure in tono più ridotto, e l'interscambio tra i due Servizi è stato sempre molto intenso.

Abbiamo così reso un vantaggio indiscutibile, mai raggiunto prima nei riguardi della popolazione e dell'Ente ospedaliero.

Il personale medico e paramedico ha ruotato la sua attività tra i due Ospedali, e questo ha contribuito ad una ulteriore esperienza ed arricchimento culturale.

Nel contempo abbiamo organizzato diversi congressi regionali presso l'Università di Ancona con particolare riferimento ad argomenti inerenti le urgenze-

emergenze dei vari apparati organici.

Sono tornato, come pensionato, a trovare i miei vecchi collaboratori ed a conoscere nuovi colleghi, e sono rimasto impressionato, commosso, nel vedere come le nostre fatiche nel caro vecchio ospedale Umberto I, avevano forse contribuito a realizzare questa moderna struttura, questo nuovo modo di affrontare l'assistenza e la cura delle urgenze-emergenze e di gestire congruamente la richiesta dei ricoveri.

Questo nuovo Servizio, con un nuovo Pronto Soccorso e una nuova Medicina d'Urgenza inglobati in un efficace DEA è quanto aspettavamo da tempo.

E sono sicuro, perchè il tempo è galantuomo, la popolazione lo apprezzerà sempre più nel tempo, malgrado gli iniziali ritardi di organizzazione dovuto al trasloco, che hanno creato qualche incomprensione tra gli utenti della città.

Utenti che faticano a dimenticare il caro, vecchio Servizio dell'Ospedale Umberto I che tanto ha dato alla popolazione di Ancona.

dall'ONAOSI**NUOVO REGOLAMENTO**

In data 13 settembre 2003 si è riunita la Giunta Esecutiva della Fondazione ONAOSI, presieduta dal Presidente Dr. Aristide Paci, il quale in apertura di seduta ha dato comunicazione dell'approvazione da parte dei Ministeri Vigilanti del regolamento di riscossione dei contributi obbligatori e volontari adottato, dalla Fondazione, a seguito dell'emanazione della disposizione di cui all'art. 52 comma 23 della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

L'approvazione del Regolamento rappresenta una svolta di grande importanza per il futuro della Fondazione ONAOSI che, sul principio della contribuzione obbligatoria ha posto in essere un sostanziale piano di revisione organizzativa e di ampliamento dell'offerta di servizi per i propri associati.

Il Regolamento, pertanto, è già entrato nel vivo della realtà operativa della Fondazione e nelle prossime settimane si adotteranno i conseguenti provvedimenti operativi.

ASSEGNAZIONE INCARICHI MEMBRI DI GIUNTA

Al fine di riavviare un ampio processo di deleghe finalizzate ad una supervisione strategica delle attività organizzative della Fondazione, da parte dei componenti la Giunta Esecutiva, sono stati affidati specifici incarichi.

Il sistema delle deleghe affidate consolida il rapporto di cooperazione tra i componenti la Giunta Esecutiva e tutto il sistema organizzativo della Fondazione ed ha le seguenti finalità istituzionali:

1. coordinare strettamente il lavoro di produzione normativa e gli atti di indirizzo della Giunta Esecutiva con lo sviluppo dell'azione strategica ed operativa delle strutture della Fondazione;
2. assicurare, nel pieno rispetto dei deliberati formali dello stesso Organo, una più ampia ed immediata ricezione delle direttive che si formano nel contesto dell'organo collegiale;

I singoli consiglieri delegati verificano l'attuazione e la coerenza del disegno operativo,

la cui realizzazione, peraltro, è affidata alla Direzione Generale.

3. accumulare informazioni ed esperienze utili alla costante revisione del Piano Strategico della Fondazione.

NEL DETTAGLIO SI RIPORTANO LE DELEGHE AFFIDATE:**Prof. Giampaolo Asdrubali**

Istituti Maschili

Dr. Piero Maria Calcatelli

Istituti Femminili /Campus di Montebello/Eugubina

Dr. Graziano Conti

Area Corporate /Area Economico-Finanziaria

Dr. Luigi Lucchetta

Area Tecnica

Dr. Adriano Sommavilla

Processi Gestionali e qualità logistica Centri Studio Case Vacanza

Dr. Giangiacomo Tessari

Area Servizi

Prof. Franco Valfrè

Politiche formative ed educative

Dr.ssa Anna Maria Veronesi

Casa per Sanitari Anziani /Area Affari Generali e Provveditorato

In sostanza la Giunta Esecutiva, attraverso tale sistema, "traccia" il futuro della Fondazione e contestualmente sostiene l'applicazione del proprio operato nelle realtà organizzative delle strutture, stabilendo un primo momento di verifica nel corso del 2004.

RIORGANIZZAZIONE ISTITUTI IN PERUGIA E CENTRI STUDIO - FASE ATTUATIVA

La Giunta Esecutiva ha, successivamente, esaminato la bozza del progetto esecutivo approvando, dopo una discussione approfondita, i principi ispiratori del progetto di riorganizzazione fondato sulla centralità dei Servizi Formativi nella vita delle strutture di ospitalità della Fondazione.

Nel corso del corrente anno accademico e scolastico saranno concretamente attuati i primi passaggi del cambiamento organizzativo previsti dal progetto di riorganizzazione.

Nel corso della seduta sono stati, altresì, approvati numerosi provvedimenti tesi a garantire l'ordinaria amministrazione delle strutture residenziali nonché i normali servizi di istituto della Fondazione.

Il mobile nel Medio Evo

di Gianfranco Curzi

Per secoli, dopo la caduta dell'Impero Romano d'Occidente (V secolo d.C.), non appare alcun segno di evoluzione nello stile del mobile domestico occidentale. Con Bisanzio capitale dell'Impero d'Oriente e della chiesa cristiana, la produzione occidentale di questo periodo appare chiaramente influenzata dallo stile bizantino. Fra i pezzi pervenuti vi è il trono episcopale in avorio di Ravenna e il trono in bronzo, databile intorno al secolo VII, del re franco Dagoberto I (628-639), costruito sul principio dello sgabello pieghevole. L'arte del mobile in questo periodo comincia invece ad evolversi nell'Impero d'Oriente, sia pure nella produzione di pezzi di uso liturgico e nella riesumazione di modi e stili dell'antica tradizione medio-orientale. Le linee aggraziate e sinuose della Grecia classica e di Roma si irrigidiscono in una tendenza verticale e scomoda, di cui è esempio il trono di Ravenna, assai prossimo ai modelli dell'antica Persia. La tendenza alla schematizzazione delle forme non intacca tuttavia la raffinatezza dell'intaglio, che si mantiene accuratissimo e talvolta degno della miglio-

re tradizione romana. L'importazione clandestina in Grecia de baco da seta, ad opera di due monaci bizantini, intorno alla metà del secolo VI, fece assurgere la manifattura di questo materiale pregiato, fino allora monopolio della Cina, all'importanza di una vera e propria industria, di cui si avvantaggiò, naturalmente, anche l'arredamento dome-



Cassone italiano del secolo VIII di gusto chiaramente bizantino. Probabilmente la chiusura in metallo, troppo piccola, non è originale.

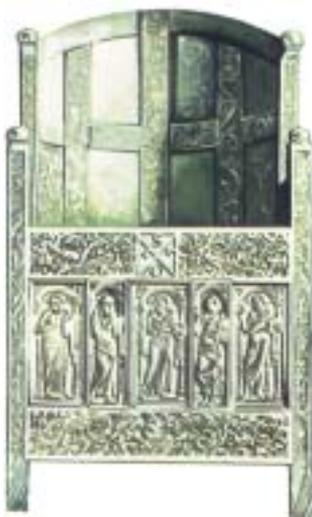
stico delle dimore più sontuose.

I primi segni di una ripresa dell'arte del mobile in occidente sono forniti da alcuni pezzi destinati alle chiese, per la maggior parte costruiti su moduli fissi, come stalli e inginocchiatoi. Gradualmente si nota anche una maggiore produzione di pezzi mobili, come sgabelli e cassoni. Lo sgabello pieghevole, che mantiene il favore goduto nell'antichità, assume ora due forme distinte: l'una ad uso liturgico, l'altra ad uso militare o cortigiano.

Fra tutti i mobili, tuttavia, fu il cassone a ricevere i maggiori consensi in questo periodo.

Nel sesto e settimo secolo, all'instaurarsi nell'Europa occidentale del sistema feudale di proprietà fondiaria, il feudatario incominciò ad accumulare beni domestici quali vestiario, gioielli e vasellame che, d'altra parte i suoi continui spostamenti da un luogo all'altro dei territori di sua proprietà obbligava a frequenti trasporti. Non solo sedili e letti dovevano poter essere smontati e rimontati rapidamente, ma era necessario anche avere a disposizione suppellettili di uso quotidiano. Il capace cassone in legno divenne quindi un contenitore indispensabile.

Per secoli, il cassone fu prodotto in una enorme quantità e varietà di fogge e dimensioni in quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale, adibito ad uso sia domestico che ecclesiastico, spesso ornato da begli intagli o da fasce in ferro battuto. Tutti gli esemplari, anche più antichi, sono provvisti di serratura o gancio in ferro; il coperchio poteva essere a tronco di piramide o piano, nel qual caso il cassone serviva anche come sedile. Gli esemplari di epoca più recente sono rialzati da terra per mezzo di piedi in corrispondenza dei montanti della struttura.



Trono episcopale in avorio di disegno e decorazione bizantina, eseguito a Ravenna nel secolo VI d.C.



Sgabello pieghevole austriaco del secolo XIII, forse dell'epoca asburgica. Le gambe terminano a testa d'anatra.

Nel secolo XI, in epoca di poco successiva alla conquista normanna, appaiono in Italia ed in Inghilterra le prime madie costruite in Europa dall'epoca romana. L'esecuzione è assai rudimentale, e spesso si ricorre ad una vivace decorazione figurativa per celare la rozzezza delle committiture. La medesima rozzezza ed imperizia di costruzione si ritrova anche negli esemplari pervenuti di sedie, panche e sedili, mentre maggiore finezza di esecuzione si nota nei mobili destinati alle grandi cattedrali ed abbazie, di cui i secoli XI, XII, XIII e XIV videro il fiorire, nel Galles come in Austria, in Scozia come in Spagna.

Il quindicesimo secolo vide l'affermarsi di nuove fogge nel mobile domestico europeo. Più tardi confusi nella denominazione generica di Gotico, tali stili, che hanno il loro corrispondente architettonico, appunto, nel Gotico, sono caratterizzati da elementi decorativi quali il traforo, il pinnacolo, l'arco appuntito e il fogliame. La qualità dell'esecuzione appare notevolmente migliorata. I cassoni, ad esempio, non sono più costruiti con delle spesse tavole sommariamente commesse e rozzamente intagliate, ma cominciano a venire costruiti su una vera e propria intelaiatura, con montanti e traverse, pennellatura in legno sottile, impostazione ar-

chitettonica e accurate proporzioni. Le prime innovazioni stilistiche provengono dalle città neerlandesi, arricchitesi grazie al commercio marittimo e tessile. Un mobile tipico di questo periodo, derivato dal cassone, è il DRESSOIR con sportelli, il cui corpo è sostenuto da due montanti laterali o da due coppie di lunghi pilastri che poggiano su una predella. Lo scomparto compreso fra il corpo del DRESSOIR e la predella serviva spesso da vetrina ad oggetti preziosi, mentre l'altezza della credenza si prestava alla sistemazione di oggetti di corredo della mensa.

Dall'evoluzione del cassone deriva anche la cassapanca con spalliera e braccioli, il cui fronte sotto il sedile spesso custodisce una fila di cassetti. La decorazione si ispira a nuovi motivi, in cui ha largo posto il gusto per l'asimmetria, assai pronunciata nella facciata del cassone francese, illustrato nella pagina seguente. L'intaglio a traforo era invece ripreso dalle splendide creazioni in pietra e legno che ornano cattedrali e abbazie, fatto assai naturale se si considera il ruolo importantissimo che la religione aveva in tutti gli aspetti della vita quotidiana di quei tempi.

Il fatto più rilevante del periodo gotico è, tuttavia, il sorgere, per la prima volta, del concetto di moda nell'arredamento. In diversi paesi dell'Europa occidentale si affermano linee e sistemi di costruzioni autonomi. Nella Francia del quindicesimo secolo, ad esempio, la decorazione lignea si ispira quasi esclusivamente ad elementi zoomorfi o vegetali, ed appa-

re nel complesso assai elaborata, favorita anche dall'impiego sempre più diffuso del legno di noce, assai più tenero, e quindi più adatto all'intaglio, del legno di quercia prevalentemente usato in Inghilterra e in Germania. Quando l'influsso del Rinascimento italiano cominciò ad essere avvertito in Europa, gli elementi decorativi furono i primi a rivelare il nuovo orientamento stilistico, mentre la struttura rimase per lungo tempo gotica. Più tardi, l'influsso delle forme rinascimentali cessò di transigere e coabitare col Gotico perdurante e ne divenne l'erede anche laddove, come in Inghilterra, la resistenza fu più tenace.



Bell'esempio di dressoir gotico francese del secolo XV. Nel corpo superiore un cassetto è inserito sotto gli sportelli.



Rubrica Giovani

di Rossana Berardi e Nicola Battelli

In questo numero della "Rubrica Giovani" affronteremo l'attuale tema dell'educazione continua in medicina (E.C.M.), ancora non chiaro in tutti gli aspetti a molti di noi. Per fornirVi risposte precise abbiamo contattato i referenti per l'E.C.M. del Ministero della Salute e consultato il sito internet <http://ecm.sanita.it>.

Cogliamo l'occasione per invitare tutti i giovani medici al primo incontro annuale dell'Associazione Giovani Oncologi Marchigiani (AGOMAR) che si terrà a Senigallia sabato 13 dicembre p.v.. Si tratta di una giornata di approfondimento sui temi attuali e controversi dell'oncologia (i nuovi farmaci, i fattori prognostici e predittivi delle principali neoplasie, la prevenzione del cancro del colon-retto, la realtà assistenziale e di ricerca nella regione Marche, ecc.). Per il meeting è stato richiesto l'accreditamento al Ministero della Salute. Quanti di Voi fossero interessati possono richiedere informazioni inviando un'e-mail a: agomar2002@virgilio.it.

Ringraziamo i tanti giovani medici che hanno fornito preziosi suggerimenti, commenti e quesiti per la realizzazione della Rubrica Giovani e invitiamo tutti Voi a continuare a farlo inviandoci come sempre un'e-mail all'indirizzo: rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it.

Tutti i medici hanno l'obbligo dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) o alcune categorie (specializzandi, borsisti, medici non di ruolo...) ne sono esonerati? Cosa succede se non si raggiungono i crediti previsti? Cosa fare con l'attestato di partecipazione agli eventi formativi?

L'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) è diretta a fornire a tutti gli operatori sanitari gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti.

Il Decreto legislativo 229/99 puntualizza che la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali.

Con decreto del ministro della Sanità è stata nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La Com-

missione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce *requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista*, per conto delle aziende ospedaliere, delle Università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private. L'E.C.M. è obbligatoria a partire dal 2002, anno in cui inizia la fase a regime del Programma nazionale di E.C.M. *E' esonerato dall'obbligo dell'E.C.M. il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza* (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica); *corso di formazione specifica in medicina generale; formazione complementare* es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza"; corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d "Piano di interventi contro l'AIDS" per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza). Sono esonerati, altresì, dall'obbligo E.C.M. *i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza, nonché in materia di adempimento del servizio militare* per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici *elementi di penalizzazione, anche di natura economica*, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

L'attestato di partecipazione agli eventi formativi, dopo il preliminare controllo dei dati ivi riportati quali l'organizzatore, l'evento e la professione, deve essere scrupolosamente conservato dall'interessato ai fini della successiva verifica dell'aggiornamento effettuato, da parte delle Istituzioni (Regioni, Aziende Ospedaliere, Ordini e Collegi).

MAILING LIST

E' attiva ormai da alcuni mesi una mailing list gestita dal nostro Ordine alla quale si possono iscrivere i medici che lo desiderano. Con tale servizio intendiamo potenziare ulteriormente la nostra attività Internet fornendo informazioni in tempo reale sulle novità normative in materia sanitaria e su concorsi pubblicate sui bollettini ufficiali. Per iscriversi alla lista è sufficiente collegarsi alla homepage del sito (<http://www.ordinemedici.ancona.it>) e scrivere negli appositi spazi il proprio nome, cognome, e-mail ed Ordine di appartenenza. Ci auguriamo che sempre più iscritti utilizzino questo servizio.

Premio di Laurea Prof. Franco Bianchi

Fabio Santelli

Recentemente, presso il Rettorato dell'Università Politecnica delle Marche, si è tenuta la Cerimonia per il conferimento dei premi di Laurea e di Ricerca dell'Anno Accademico 2002/03. Tra i vari riconoscimenti, è stato consegnato anche il 1° Premio di Laurea in Medicina e Chirurgia " Prof. Franco Bianchi " rivolto alla Medicina Sportiva.

Il premio è stato assegnato al Dott. Giovanni Renato Riccardi, il quale ha discusso una Tesi dal titolo: Efficacia comparata di approcci riabilitativi estensivi ed intensivi sulla disabilità e qualità della vita di soggetti parkinsoniani.

La motivazione della scelta di questa tesi da parte della Commissione composta dal Prof. Leandro Provinciali, dal Prof. Fiorenzo Conti per l'Università Politecnica delle Marche, dal dott. Fabio Santelli per il Centro Regionale di Medicina dello Sport, e dal Presidente Regionale del C.O.N.I. Terzo Censi, sta nel fatto che l'elaborato contiene aspetti di qualità di vita e delle disabilità di soggetti affetti da malattia di Parkinson, dei rilevanti aspetti delle prestazioni motorie con prestazioni sportive ai fini della riabilitazione.

Su questo tema il Panathlon Club di Ancona, il Centro Regionale di Medicina dello Sport, il CONI Regionale e Provinciale avevano organizzato presso l'Hotel Jolly di Ancona un'interessante manifestazione dal titolo "Medicina,

Disabilità, Sport" alla serata hanno partecipato oltre alle maggiori Autorità del Senato accademico dell'Università Politecnica delle Marche, la Sig.ra Juccia Bianchi istituttrice del Premio di Laurea Prof. Franco Bianchi. Questo premio vuole ricordare, dopo la sua scomparsa, la figura del Prof. Bianchi, Primario emerito dell'Ospedale Umberto I° di Ancona, ma anche grande sportivo praticante, Presidente Provinciale e Regionale per molti anni dell'Associazione Medico Sportiva di Ancona, Fondatore del 1° Centro Regionale di Medicina dello Sport, a lui dedicato. Durante la serata da più interlocutori è stata sottolineata la richiesta da parte del mondo sportivo marchigiano, della necessità di avere presso l'Ateneo Dorico, una Scuola di specializzazione in Medicina dello Sport, al fine di formare giovani medici che si interessino di questa particolare branca della Medicina. Praticare sport non è più un qualcosa riservato ad un'élite di persone, ma è parte del nostro quotidiano. L'Università di Ancona non avendo ancora una Scuola di Specializzazione dedicata a questa materia, è l'unica tra gli Atenei dell'Italia centrale a non essere pronta a rispondere alle esigenze del mondo sportivo.

L'augurio è che presto anche la nostra Facoltà di Medicina, istituisca nel Corso di Laurea o di Specializzazione l'insegnamento di Medicina dello Sport. Per costruire dei buoni sportivi, occorrono anche numerosi medici sportivi.

**ASSOCIAZIONE MEDICO SPORTIVA
Provincia di Ancona
Via Cameranense - Palarossini
60128 Ancona. Tel. 071-2901081**

A. M. M. I.

ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI

RISULTATI DELLE ELEZIONI PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO per il 2004 - 2005 - 2006

Nelle Elezioni del 10 Giugno 2003
sono state rinnovate le cariche associative e sono state elette:

Presidente: **Wanda Fino**
V. Presidente: **Carla Svegliati**
Segretaria: **Silvia Memè**
Tesoriera: **Gabriella Cantelli**

CHE COSA E' L' A.M.M.I.?

L' AMMI è un'associazione fondata nel 1970 dalle mogli dei medici.
Diffusa e operante in tutta Italia con circa 80 Sezioni e migliaia di Socie, rappresenta una realtà in continua crescita ed affermazione.

SI PROPONE: COMPITI MORALI, SOCIALI, CULTURALI E ASSISTENZIALI, per la donna ed in particolare per la moglie e i familiari del medico.

PROMUOVE LO STUDIO DELLA CONDIZIONE FEMMINILE nella società e nel lavoro, in un'ottica non solo italiana, ma anche europea.

ORGANIZZA, in stretta collaborazione con i medici, conferenze, manifestazioni culturali, dibattiti, tavole rotonde, corsi di aggiornamento di prevenzione sanitaria e di educazione alla salute, rivolti anche alla popolazione.

REALIZZA OGNI ANNO UN SEMINARIO NAZIONALE su argomenti di rilevante interesse scientifico ed un Tema Nazionale che viene indicato e discusso con tavole rotonde e conferenze.

CERCA DI TROVARE SOLUZIONI CONCRETE ed attuabili con la realtà del territorio per l'anziano di oggi e i giovani medici di domani. Pertanto, per ogni iscritta all'A.M.M.I., nella vita associativa assumono un'importanza fondamentale:

INFORMAZIONE, CULTURA, FORMAZIONE e PARTECIPAZIONE, allo scopo di rivestire al meglio il proprio ruolo in famiglia e nella società.

DOTTORE TUA MOGLIE E' ISCRITA ALL'A.M.M.I.?

Se non fa ancora parte dell'associazione, sottoponi questa pagina alla sua attenzione e sollecita la sua iscrizione.

Per maggiori chiarimenti o delucidazioni può rivolgersi alla Presidente
Wanda Fino tel. 0712075690 o alla Segretaria Silvia Memè tel. 07131657



Congressi e Corsi

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE NELL'UTILIZZO DEGLI INIBITORI DELL'ANGIOTENSINA II

Data: 4/12/2003

Crediti ECM: 3

Sede: ASL 6 Fabriano

ATTUALITÀ E PROSPETTIVE SU RI- SCHIO TOSSICOLOGICO, CANCER- ROGENETICO E MUTAGENETICO DA AGENTI CHIMICI

Data: 5/12/2003

Crediti ECM: 6

Sede: Sala polifunzionale ASL n.8
Civitanova Marche

CEFALEE PRIMARIE E SECONDA- RIE E DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TERAPIA

Data: 7/12/2003

Crediti ECM: 1

Sede: Hotel Royal, piazza Piccolomini
3, Fermo

LA RICERCA ATTIVA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI DA

"AGENTI CHIMICI"

E "POLVERI NATURALI"

Data: 4/12/2003

Crediti ECM: 7

Sede: Sala polifunzionale ASL 8
Civitanova Marche

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

Data: 13/12/2003

Crediti ECM: 5

Sede: Facoltà di Medicina e Chirurgia

STRATEGIE E STRUMENTI DEL CAMPIONAMENTO DI IGIENE IN- DUSTRIALE

le norme UNI EN 481,482 e 689

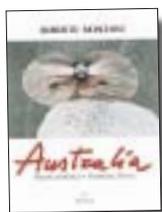
Data: 1/12/2003

Crediti ECM: 5

Sede: Sala polifunzionale ASL 8
Civitanova Marche

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.ordinemedici.ancona.it

Edizioni d'arte, scientifiche • Narrativa • Comunicazione

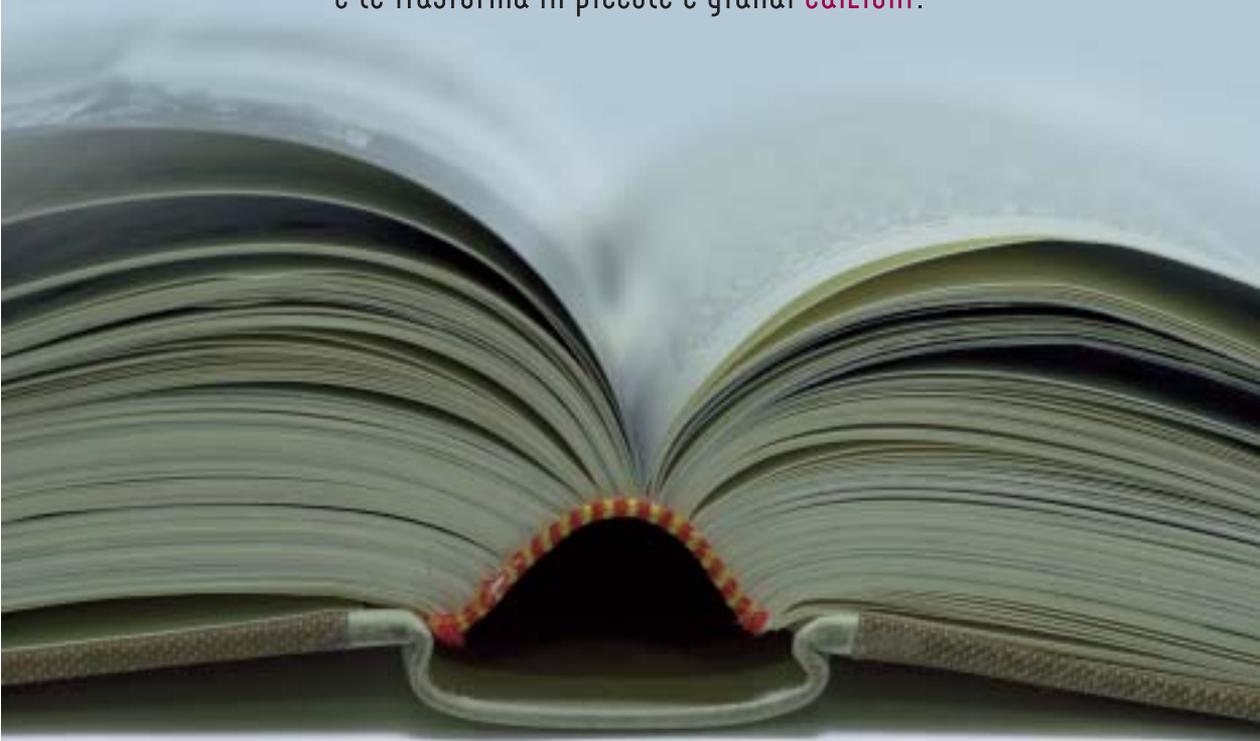


Humana

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**.



Humana editrice • ANCONA

60131 ANCONA • Via Caduti del Lavoro, 12 • tel. 071 2861404 fax 071 2861424 • info@tecnoprint.it

Medici & Medici

