

Medici & Medici

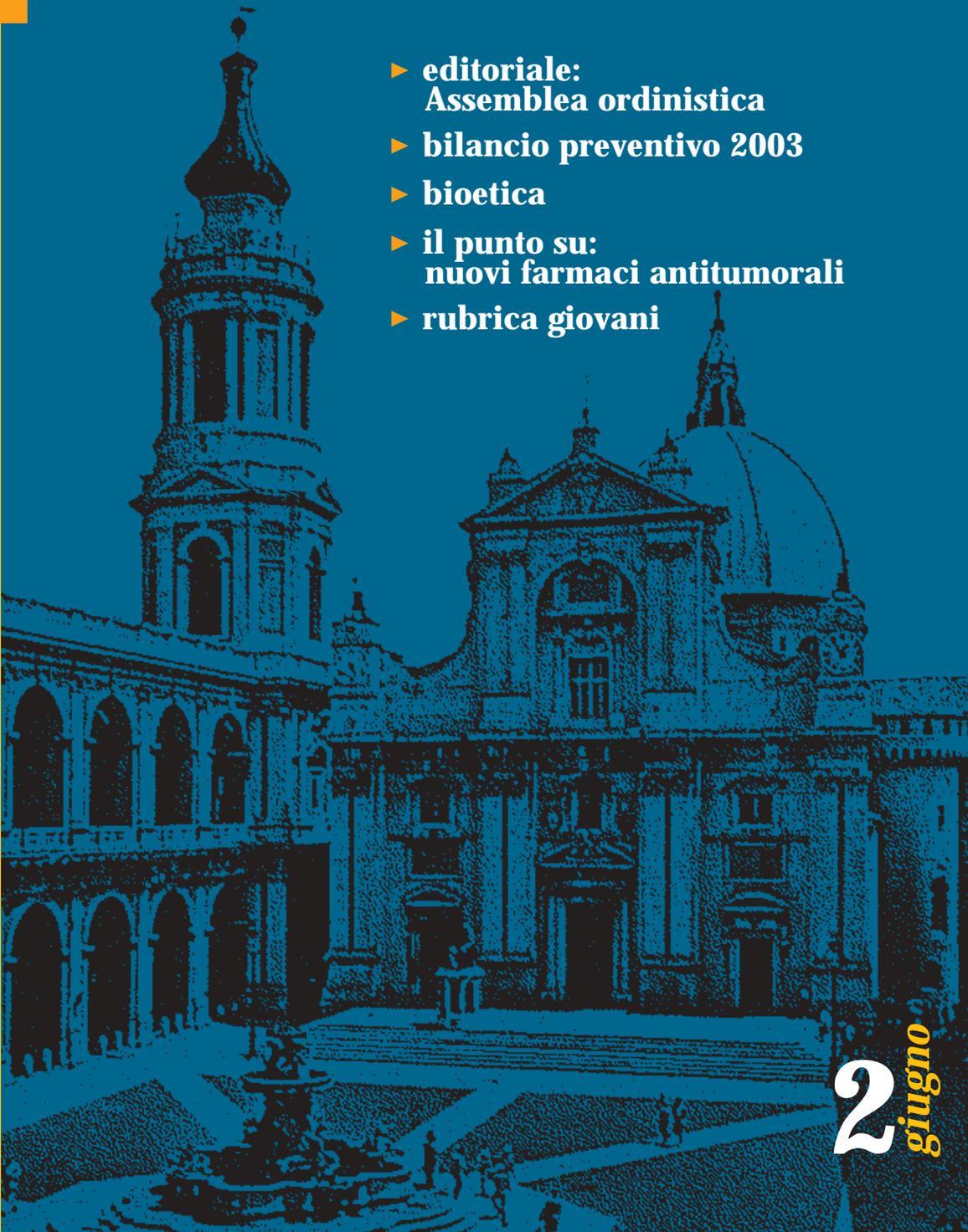
Periodico di informazione Medico-Sanitaria • Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

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. 2 - Giugno 2003 • Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

- ▶ editoriale:
Assemblea ordinistica
- ▶ bilancio preventivo 2003
- ▶ bioetica
- ▶ il punto su:
nuovi farmaci antitumorali
- ▶ rubrica giovani

2003

2
giugno



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:

Piazza della Madonna di Loreto

si ringrazia:

l'autore marchigiano Antonio Di Pietro per la riproduzione di alcune sue opere all'interno della rivista

Questo numero è stato chiuso:

giovedì 12 giugno 2003

editoriale

Relazione del Presidente all'Assemblea Ordinaria Annuale 4

La professione etica, dipendenza e dirigenza 6

Bilancio preventivo 2003 7

bioetica

Il medico di fronte alla sofferenza 9

La "Buona Medicina": evoluzione storica alla fine del XX secolo 12

enpam

Polizza sanitaria ENPAM 16

dalla FNOMCeO

Nuova lista farmaci e sostanze dopanti 17

Farmacovigilanza 19

Guida al corretto utilizzo delle lenti a contatto 20

Il nuovo vertice della FNOMCeO 21

dal Ministero

Intramoenia e tempo definito 22

news dalla Facoltà di Medicina ... 24

il punto su...

La rivoluzione della terapia contro il cancro 25

rubrica giovani 27

congressi e corsi 29

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

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it



Relazione del Presidente all'Assemblea Ordinaria Annuale degli iscritti del 24/04/03

di *Fulvio Borromei*

Dopo appena tre mesi dalla tornata elettorale ordinistica sono veramente lieto di rivolgervi un cordiale saluto a tutti voi oggi qui presenti (a nome mio, di tutto il consiglio neoeletto, dei revisori dei conti e della commissione odontoiatrica).

Un ringraziamento a tutti coloro che ci sono vicini nel portare avanti un programma di impegno per la professione e che continueranno a sostenere l'Ordine come punto di riferimento di tutti gli iscritti.

Anche la scelta della sede ha un suo significato: che è quello che questo Consiglio vuole essere nei luoghi dove i medici lavorano ed operano.

Inoltre ringrazio l'Università e il Presidente di Facoltà prof Tullio Manzoni che ci accoglie in questa aula.

Ma prima di addentrarmi nella relazione, ho il dovere di ricordare i nostri colleghi defunti, che comunque per il loro impegno e la loro dedizione professionale, rimarranno vivi nel nostro ricordo e nel ricordo dei loro cari.

Ricordo i colleghi defunti nell'anno 2002/2003 al momento di questa assemblea e che sono: dr Fucile Antonio, dr Laterza Giancarlo, dr Orecchioni Walter, dr Duca Rossana, dr Onori Agostino, dr Bambozzi Domenico, dr De Vito Nicolò, dr Gentili Maurizio, dr Sforza Ignazio, dr Fracassini Enrico, dr Urbani Carlo, prof Garzetti Giuseppe Gioele, quest'ultimo non iscritto al nostro

Ordine ma che comunque merita un particolare ricordo per quello che negli anni ha fatto per la collettività anconetana.

Saluto i colleghi ammalati e auguro loro una pronta guarigione.

Il nostro Ordine ad Oggi conta 2806 iscritti all'Albo Medici e 341 iscritti all'Albo Odontoiatri, 154 sono coloro che hanno una doppia iscrizione.

Nell'ottica di portare la nostra istituzione al ruolo che gli compete, intendiamo come Consiglio, realizzare il programma che ci siamo proposti.

Intendo in qualità di Presidente (o con nostri dele-



L'Assessore alla Sanità Dr. Augusto Melappioni porta il saluto all'Assemblea ordinaria

gati) essere sempre più presente ad incontri e convegni sia professionali che politico sanitari, i quali numerosi si svolgono nella nostra provincia, con l'intento di essere accanto a quei medici che quotidianamente lavorano, studiano, dibattono problematiche che poi sono a vantaggio della salute dei Cittadini.

Chi ha ascoltato anche le mie precedenti relazioni sa quanto si è lavorato affinché l'ordine ricopra un ruolo importante nelle ECM.

Ora esiste una bozza di delibera della costituenda Commissione Regionale ECM (sicuramente da approfondire) dove però si prevede un ruolo importante per l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri del Capoluogo di Regione.

Dove l'Ordine di Ancona in analogia a quanto previsto a livello nazionale funge da garante per tutta la

nostra professione nella realizzazione dell'Educazione Medica Continua.

A questa Commissione Regionale potrebbe competere in sintesi: concorrere all'individuazione degli obiettivi formativi, rappresentare le esigenze formative delle categorie, concorrere alla definizione dei requisiti per l'accreditamento dei provider, alle verifiche e valutazioni finali con ricadute delle attività formative delle diverse categorie professionali, esprimendo anche suggerimenti e valutazioni sulle stesse, collaborare alla realizzazione di una anagrafe dei crediti accumulati dagli operatori.

Mi auspico inoltre che l'Ordine venga sempre più consultato dalle autorità politiche sanitarie regionali (percorso già iniziato dall'Assessore Regionale alla Sanità Dr Augusto Melappioni ma che va comunque rafforzato) e che quindi diventi un INTERLOCUTORE stabile su tutte le problematiche che interessano i Medici Chirurghi Odontoiatri (come ho già espresso nell'audizione alla V Commissione in data 27/02/03).

In questa ottica il Consiglio può sicuramente fornire dei rappresentanti qualificati in Commissioni di lavoro per la realizzazione di progetti sanitari e mi auguro a tal proposito che venga sviluppata la proposta di deburocratizzazione dell'operato del medico già presentata alle autorità sanitarie regionali. Promuovere e portare avanti una solida politica ordinistica regionale è la parola d'ordine di questo Consiglio.

Per tale motivo l'Ordine deve compiere un ulteriore sforzo di informazione e di promozione, da una parte con la cittadinanza e loro rappresentanze, dall'altra con il mondo politico regionale e nazionale eletti nella nostra regione.

Per questo il nostro Consiglio sta valutando le realizzazioni di modi e progetti di incontro dove la nostra istituzione possa presentare argomentazioni e dibattere problematiche riguardanti temi sanitari, valutando le possibili sinergie e volontà di collaborazione. Un impegno informativo e di confronto di



questo tipo contribuirebbe sicuramente ad evitare scompensi impropri come il decreto antitruffa, e ritardi cronici di una riforma ordinistica che non vede la luce pur essendo indispensabile per un buon funzionamento del sistema sanità (fungerebbe anche da bilanciamento in una sanità a volte troppo aziendalizzata).

A questi risultati farebbe sicuramente bene una ritrovata unità della categoria professionale anche a livello della FNOMCeO che in questi giorni dibatte per il nuovo Consiglio Nazionale e la sua Presidenza.

Vorrei chiudere questa mia relazione con il salutare tutto il Consiglio Neoeletto in particolare i nuovi. Saluto tutto l'Esecutivo: il vicepresidente Dr Giambattista Catalini, il segretario Dr Luigi Venanzi, il tesoriere Dr Giorgio Fanesi, la Commissione Odontoiatrica tutta e il suo Presidente Dr Federico Fabbri, i revisori dei conti e il suo Presidente Dr Giuliano Rocchetti.

Saluto la nuova Redazione del Bollettino e in particolare il Dr Nicola Battelli coordinatore di redazione che con lui continua la nostra tradizionale opera di pubblicazione del nostro giornale e delle varie opere.

In itinere è la pubblicazione della storia dell'Ordine- mceo di Ancona a cura del Dr Giustini Sergio.

Saluto inoltre i nostri impiegati e tutti voi che con la vostra presenza onorate il nostro Ente.

La professione etica, dipendenza e dirigenza

Il valore della coerenza sugli impegni presi a difesa della professione a livello ordinistico

di *Giambattista Catalini*

Cari Colleghi, vorrei, innanzitutto, porgere a tutti Voi un sentito ringraziamento per la fiducia ricevuta alle ultime elezioni ordinistiche. In tale occasione, abbiamo ed ho assunto degli impegni sostanziali che intendiamo ed intendo mantenere.

Nell'ultimo decennio il valore "malato" è stato piano piano sostituito dal valore "malattia" e, più recentemente, dal valore "costo-malattia". L'ottimizzazione delle risorse è quantomai necessaria, come metodo e come tecnica, ma non è un "valore", e tanto meno deve essere considerato un fine.

L'efficienza contabile non sempre garantisce l'equità, perché se limitata solo da considerazioni economiche, essa finisce per selezionare le malattie e, quindi, i malati. Occorre, pertanto, garantire l'assistenza ai più deboli. L'amministrazione non deve dettare le regole, in maniera autocratica, alla

Professione, ma deve essere al servizio della Professione fornendo gli strumenti necessari per la Sua funzione-missione di cura del malato. È necessario, anche per questo, recuperare la solidarietà e la compattezza all'interno della Nostra Categoria, non solo come "status" ma soprattutto per poter interpretare meglio, secondo scienza, coscienza ed etica, il ruolo che ci siamo dati.

Insegnare è il modo più adulto di imparare; l'ordine dei Medici di Ancona si deve porre, quindi, come garante della nostra Professione agendo attivamente a livello regionale nella realizzazione dell'ECM. Attraverso questo strumento ci proponiamo di contribuire a migliorare l'appropriatezza delle cure mediante l'acquisizione di un consenso allargato che ci permetta di parlare uno stesso lin-

guaggio e di operare in maniera sinergica, al fine di ottenere un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza, nel rispetto delle compatibilità economiche ed organizzative.

L'Ordine deve vigilare affinché i medici siano sempre in grado di avere il "governo della Professione", frenando l'attuale mania del misurare di contabili ed amministrativi, che continuamente tirano fuori miriadi di indicatori che sembrano sempre più aggravare pesantemente i bilanci aziendali. Attenzione: la mania del misurare può produrre inefficienza, perché spesso è fine a sé stessa, e se diventa "formula pura" perde in contenuto e quasi mai risulta finalizzata all'obiettivo "primo" che è la cura del cittadino.

La salute non ha prezzo, ma ha comunque un costo. Non è accettabile lo spreco, talvolta presente solo come "filosofia di vita" e/o giustificazione di "raccolta di voti politici". Occorre, pertanto, recuperare razionalmente ed equamente le risorse dei costi della "non-qualità".

Ogni svolta è difficoltosa, Noi lo sappiamo bene, ed in particolare quanti di Noi devono affrontare, quotidianamente, un esercito di pazienti sempre più esigenti e talvolta arrabbiati, un cumulo di richieste amministrative che portano via del prezioso tempo assistenziale ed un agire sempre più in economia con il rischio di perdere il posto di lavoro.

Per essere vicini e recuperare un rapporto di fiducia con le Istituzioni e con il Malato, occorre sviluppare un forte e costruttivo dibattito tra Noi Professionisti che abbia come centro di riferimento l'Ordine dei Medici. Come ho sottolineato in assemblea, l'Ordine non può più permettersi di essere visto solo come un "punto anagrafico"; occorre, quindi, che ogni medico iscritto si impegni attivamente, al fine di vigilare e stimolare l'applicazione e lo sviluppo del programma che con la lista "Impegno per la Professione" abbiamo proposto e che Voi avete sostenuto. L'impegno è comune. Vi invito, quindi, a proporci suggerimenti di ulteriori servizi e/o desiderata ed a farci conoscere il Vostro singolo parere sull'opportunità o meno, per esempio, come presentato in assemblea, dell'ipotesi di ampliamento e/o spostamento dell'attuale sede al fine di avere dei locali più adeguati e consoni per le finalità che ci siamo poste (aule didattiche attrezzate per l'ECM). È possibile rilevare la vostra opinione utilizzando l'indirizzo e-mail dell'Ordine o mediante fax da Giugno a Settembre. Un Caro saluto.

Bilancio preventivo 2003

Relazione del tesoriere

di Giorgio Fanesi

NUOVO REGOLAMENTO

La presentazione del Bilancio Preventivo del 2003 è caratterizzata dalla introduzione del nuovo Regolamento di Contabilità adottato dal Consiglio dell'Ordine lo scorso anno dopo ampio dibattito fra tutti gli Ordini d'Italia e reso esecutivo dal nostro Consiglio Direttivo proprio in questo anno 2003.

Proprio grazie a questo nuovo Regolamento, come avrete certamente notato, in quest'Assemblea si presenta e discute esclusivamente il bilancio preventivo 2003, mentre il Consuntivo 2002 andrà presentato, congiuntamente al Preventivo 2004, in una ulteriore Assemblea degli iscritti che sarà convocata nel dicembre 2003. Nel 2003 quindi si terranno 2 assemblee per poi tornare dal 2004 all'unica riunione che si terrà però sempre alla fine dell'anno finanziario.

L'adozione di questo nuovo Regolamento, con l'utilizzo di un nuovo software per la gestione contabile, ha comunque creato alcune difficoltà di adattamento visto che ha introdotto non poche novità contabili e non sempre di facile comprensione. Tali difficoltà sono state importanti soprattutto per il Tesoriere, finora lontano come la gran parte dei medici dalle questioni contabili, che però ha potuto contare sul lavoro del nostro funzionario Sig. Mario Massaccesi coadiuvato dallo Studio Scoponi, consulente dell'Ordine.

TENDENZA DELLA SITUAZIONE ECONOMICA GENERALE DELL'ORDINE

Nel corso degli ultimi anni la situazione economica del nostro bilancio è stata sempre costantemente positiva consentendo all'Ordine di contare sempre su bilanci fortemente attivi tanto da investire nelle passate gestioni prima sull'acquisto della sede (1972) e poi sulla recente ristrutturazione (1999) oltre ad avere una consistente quota di investimento mobiliare in titoli il più a basso rischio possibile anche se non ad alto rendimento. Come è facile immaginare nel corso degli anni si è però manifestata una costante erosione (€ 71.000 solo in quest'ulti-

mo anno) di tale capitale determinata da un reale aumento delle semplici spese di gestione del nostro Ente (spese generali, organi istituzionali, personale, quote FNOMCeO ormai a 18 € per iscritto con previsione di aumento, ecc.) e dalla realizzazione di numerose iniziative che il Consiglio dell'Ordine ha portato a compimento nell'ultimo triennio (bollettino, altre pubblicazioni, televideo, sito internet curato dai nostri funzionari, numerosi incontri e convegni, corsi di aggiornamento, ecc). Tutto ciò senza mai mettere mano all'unico strumento di prelievo a noi possibile e cioè all'aumento delle quota di iscrizione che pertanto resta invariata, come ormai da molti



Il Presidente dell'Ordine Dr. Fulvio Borromei premia il Dr. Franco Panzini per i 60 anni di laurea

anni, ad € 100,19 (€ 183,34 per chi ha la doppia iscrizione). In quest'anno poi il Consiglio si è prefisso il compito di esaminare con attenzione il bilancio per valutare dove sia possibile un'ulteriore riduzione delle spese di gestione.

Per ora comunque non esiste nessun problema nella gestione economica dell'Ordine anche se per il futuro occorrerà porvi maggiore attenzione. Infatti il Bilancio Preventivo 2003 prende il via da un Avanzo di Amministrazione di € 197.210,42 e da un Fondo Cassa (composto dall'Avanzo di Amministrazione più i residui attivi e passivi) di € 240.160,86. Questa liquidità viene gestita in parte sul nostro conto corrente bancario ed in parte in un Fondo Monetario (prevalentemente titoli di stato) a basso rendimento ma ad altrettanto basso rischio. La somma investita in tale Fondo ammonta circa ad € 82.000. Tale liquidità a basso rendimento ci ha spinto a valutare con attenzione l'acqui-

sto di un immobile finalizzato all'aumento della funzionalità della nostra sede ed anche ad un più razionale investimento dei nostri beni. Ma di questo parleremo più avanti.

ENTRATE

Il Bilancio Preventivo 2003 non prevede un grande aumento di entrate se non legato all'aumento del numero delle iscrizioni visto che il Consiglio ha deciso di non variare la quota di iscrizione. Sono previsti quindi introiti complessivi per circa 320.000 €.

USCITE

Il Bilancio Preventivo rappresenta il vero documento politico di ogni Ente proprio in relazione ai tipi di investimenti che il Consiglio intende fare. Purtroppo, come è possibile notare, le spese generali, quelle per gli organi istituzionali, quelle per il personale e le quote dovute alla FNOMCeO rappresentano oltre il 60% delle uscite preventivabili, considerando poi che il nostro bilancio preventivo deve concludersi in pareggio e perciò deve prevedere come da spendere anche l'eventuale avanzo di amministrazione degli anni precedenti.

Ciò nonostante il Presidente ed il Consiglio Direttivo hanno voluto incrementare le voci che prevedono alla Cat. IV (promozione culturale, convegni, congressi ed altre manifestazioni come borse di studio agli iscritti) la somma complessiva di € 20.000. La Cat. V (spese pubblicazioni libri, riviste ed altro) prevede di continuare sulla falsariga di quanto già realizzato

nel corso dell'ultimo anno con la produzione di numerose pubblicazioni e per questa voce sono stati stanziati 32.700 €.

Di converso sono state contenute le spese per l'acquisizione di prodotti hardware e software (che pure necessitano di costante aggiornamento) e si sta provvedendo ad una razionalizzazione dei servizi telefonici che dovrebbe comportare un ulteriore risparmio.

ACQUISIZIONE DI UN IMMOBILE

Come sopra accennato si è venuta a manifestare l'opportunità di acquistare un appartamento adiacente alla sede dell'Ordine la cui acquisizione renderebbe l'Ordine proprietario dell'intero piano del palazzo in cui è situata la sede. Si tratta di un appartamento di mq 133 che, dopo eventuale ristrutturazione potrebbe essere destinato in parte ad archivio (finora sistemato in maniera poco organica) ed in parte a sala conferenze attrezzata anche con sistemi telematici per videoconferenze o punto Internet.

Il Consiglio Direttivo non ha ancora deliberato sull'eventuale acquisto che dovrà essere attentamente valutato in tutte le sue sfaccettature ma ha pensato di chiedere all'Assemblea di deliberare l'accensione di un mutuo presso l'ENPAM fino a 240.000 € per far fronte all'eventuale impegno. Il mutuo ENPAM necessita obbligatoriamente della delibera assembleare, non presenta spese aggiuntive, può essere richiesto per l'intero ammontare

del capitale necessario, è ventennale ed è a tasso fisso del 5% per almeno la metà della durata del mutuo stesso che può essere estinto dopo 10 anni. Le rate semestrali sono state definite in € 9.511,67. Tali somme sono state già contabilizzate nel Bilancio Preventivo.

A conclusione di questa mia relazione, restando comunque a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, chiedo quindi che l'Assemblea approvi il Bilancio Preventivo 2003 dell'Ordine dei Me-



Un neo iscritto all'Ordine legge il giuramento di Ippocrate

Bioetica

Tra i problemi più inquietanti e angoscianti della Medicina è il trattamento dei bambini affetti da patologie a prognosi infausta. Dal primo e tremendo interrogativo: perché la sofferenza e la morte di un bambino?, nascono a cascata numerose domande che investono non solo il Sistema Sanitario, ma l'intera società civile nel senso più ampio del termine. Quando è lecito proporre un ulteriore trattamento, dopo il fallimento delle terapie standard? chi decide quando non c'è più nulla da fare?

Esiste mai un momento in cui non c'è nulla da fare, oppure ad un certo punto la terapia palliativa è tutto ciò di cui il bambino ha bisogno? Come trattare di fronte al bambino il tema della morte, come parlare della sofferenza? Come organizzare l'equipe multidisciplinare che si prenderà cura del bambino, come rapportarsi con i genitori? Per tentare di rispondere a tali domande, Massimo Papini, Professore Ordinario di Neuropsichiatria Infantile presso l'Università di Firenze sotto l'egida della Regione Toscana, assieme ad aziende ospedaliere e ad associazioni per la Terapia Palliativa, ha organizzato a Firenze il Pupazzo di Garza: un seminario itinerante che ha confrontato operatori sanitari, filosofi, bioeticisti, genitori, psichiatri e psicologi impegnati della cura dei bambini affetti da patologie potenzialmente mortali.

Riportiamo la prima parte dell'intervento del bioeticista, tenuto a Firenze il 2 aprile scorso che prende in considerazione il fallimento del tentativo di interpretare in qualche modo la sofferenza dei bambini che rimane un macigno ermeneutico nelle coscienze di molti di noi.

Il medico di fronte alla sofferenza: aspetti antropologici e medici

di Massimiliano Marinelli

*Non è che io non accetti Dio,
ma è questo mondo creato da lui
che io non accetto e non posso
rassegnarmi a accettare.*

Dostoevskij F. I Fratelli Karamazov libro V.

LA SOFFERENZA DEI BAMBINI: UN MACIGNO ERMENEUTICO

A) il pensiero religioso vacilla

Sono le stralocanti pagine del libro V sul dolore dei bambini che spingono Ivan Karamazov a negare il mondo. Di fronte alle ragioni della fede e dell'abbandono fiducioso con innocenza di vita del fratello

Aljosca, Ivan rappresenta per Dostoevskij il momento del dubbio e della negazione.

La sofferenza e la malattia dei bambini, infatti, in una natura ordinata da un Dio che si dice padre, appaiono ingiuste ed insensate.

Il pensiero religioso scricchiola e rischia di frantumarsi sotto il peso dello scandalo del dolore innocente e, se la sofferenza di un bambino non è motivo sufficiente per negare l'esistenza di Dio, lo è per rifiutare il mondo che Dio avrebbe creato.

Dostoevskij supera e trascende Aljosca ed Ivan con la figura di Mitja, che travolge la fede impotente di Aljosca e il "se Dio non esiste, tutto è permesso" di Ivan con l'assunzione sulle sue spalle innocenti della responsabilità¹ e dell'espiazione nei luridi cunicoli delle miniere siberiane.²

Seppure l'ingiustizia e l'insensatezza della sofferenza siano diluite nella sovrarazionalità della Giustizia e della Ragione divine e siano proiettate in un *al di là* salvifico, la sofferenza dei bambini si erge *nell'al di qua* come un macigno³.

1- L'assunzione della categoria della responsabilità di fronte alla sofferenza dei bambini impegna la società civile nel compito di combatterla in tutti i modi. E' questa una risposta possibile che, al di là di ogni fallimento interpretativo, coinvolge interamente la Medicina. Tale risposta esula dagli obiettivi della relazione odierna che intende mostrare alcuni paradigmi del soffrire umano, piuttosto che indicare la prassi da seguire.

2- Mancini I., *Scritti cristiani*, Marietti 1991 22

3- Nelle pagine del libro V dei Fratelli Karamazov, Ivan dispiega il suo pensiero: ascolta: posto che tutti si debba soffrire, per comperare a prezzo di sofferenza la futura armonia, che c'entrano però i bambini? (...) la suprema armonia non vale le povere lacrime, foss'anche di quel bambino solo. (...) E se le sofferenze dei bambini fossero destinate a completare quella somma di sofferenza che era il prezzo necessario per l'acquisto della verità, in tal caso dichiaro fin d'ora che tutta la verità non vale un tal prezzo.

B) anche il pensiero laico deve interpretare la sofferenza

E' naturale che il pensiero religioso ricerchi, attraverso le leggi e la costituzione umana volute dal proprio Dio, una *logica* nella sofferenza che deve pur sempre esistere, quant'anche possa essere misteriosa e inaccessibile, tuttavia anche il pensiero laico non sfugge alla ricerca di una logica di senso nella malattia e nella sofferenza.

*Gli adulti trascineranno te
e il loro denaro da cento medici
e, se non la tua guarigione,
vorranno almeno la spiegazione
della tua malattia.*

Grass G., *il tamburo di latta*

E' Oskar, il bambino protagonista del libro di Grass, ad essere trascinato dai medici che rifiuteranno qualsiasi interpretazione non organicista dell'evidente ritardo di crescita.

Oskar, come Ivan, rifiuta il mondo per quell'insopportabile peso di follia, di ferocia e di insensibilità che lo costituisce e, a tre anni, decide di non crescere più, descrivendo la condizione umana attraverso il suo tamburo di latta.

Perché il pensiero laico che dovrebbe essersi affrancato dalla necessità di trovare un significato nel mondo naturale ricerca un senso e una ragione nella malattia e nella sofferenza?

Eppure in ciò che rimane del mondo dopo il refluire delle acque religiose, *il dolore è*.

Nella natura darwiniana, il dolore non appartiene alle categorie della Giustizia e dell'Etica.

Il regno della natura non parla il linguaggio etico e le uniche ragioni che possono essere ricercate sono quelle poco consolanti del vantaggio che, nella lotta per la vita, il dolore può portare alla sopravvivenza dell'individuo più adatto.

Le ragioni della selezione naturale non hanno a che fare con il mondo della cultura e l'unica cosa che possiamo osservare è che *il dolore è*.

Lo statuto ontologico del dolore è nella sua esistenza come elemento naturale dell'evoluzione della vita sulla terra.

Quindi anche la sofferenza, per quel tanto di inscindibile che ha in comune con il dolore, non appartiene in prima istanza all'etica, ma esiste.

Le interpretazioni della sofferenza e della malattia rappresentano la storia tenera e terribile dei tentativi che l'uomo ha fatto per riuscire a convivere con il pensiero che non esistono ragioni, azioni capaci di giustificare e di schivare l'inevitabile.

Anche il pensiero laico deve necessariamente interpretare la sofferenza.

Prima ancora della guarigione, ci si chiede il perché della malattia e della sofferenza.

Addomesticare e adorne dei panni della ragione scientifica, la malattia e la sofferenza appaiono meno paurose, seppure siano ugualmente letali.

Spiegare la sofferenza significa, quindi, trasportarla nel regno della *comprensione* e, in qualche modo, controllarla, aver potere su di essa.⁴

C) Il dislocamento della sofferenza nel mondo della Medicina

L'appropriazione della malattia e della sofferenza da parte della Medicina tecnologica non è operazione neutra, ma reca dei rischi.

In primo luogo, si restringe il campo della dimensione sociale della malattia e della sofferenza che non circolano più liberamente nella fitta trama del tessuto domestico, ma sono dislocate negli spazi estranei degli ospedali. In secondo luogo, la Medicina costruisce il suo oggetto di indagine nella malattia che può studiare secondo le leggi obiettive e i criteri analitici della scienza.

Il discorso medico è un discorso sulla malattia e non sull'uomo: il malato è là solo come informatore di uno stato manchevole del corpo⁵.

Nell'anamnesi medica si estracono dalla storia del soggetto le malattie, trasportandole così nella categoria de-storicizzata e oggettiva della singola patologia: morbillo, polmonite; nella diagnosi, il medico mentalmente sovrappone la forma del caso clinico del malato a quella delle malattie che conosce, tentando di trovare la stessa configurazione. La diagnosi avviene quando la *forma* del malato combacia con quella della concezione sci-

4. Per pagare il tributo alla necessità della spiegazione scientifica, Oskar deve inscenare una caduta per le scale della cantina che da allora sarà ritenuta e confermata dalla Medicina, la causa della sua mancata crescita. Trovata la causa, si troverà allora anche il colpevole: il padre, seppure innocente, porterà per anni il peso e la colpa di aver lasciato aperta la botola della cantina.

5. Clavreul J., *L'ordre médicale*, Paris, Le Seuil, 1977, 58

entifica accreditata della malattia.

E' il malato, quindi, a dover essere *informato* alla malattia. Il predominio della malattia, in qualche modo, *occulta* la stessa sofferenza che ne è considerata un attributo, un dato del processo patologico, un peso che il paziente si porta dietro in quanto ammalato e, quindi, la sofferenza non riceve un suo proprio statuto.

Ci si occupa di più a valutare la sofferenza come indicatore della *storia clinica* piuttosto che ascoltare le vicende di un uomo che patisce.

d) il recupero della storia del soggetto

Nell'ambito della valutazione della sofferenza, è necessario recuperare la storia del soggetto che è lo *spazio narrativo* dove la sofferenza assume il proprio significato.

Si tratta, quindi, di storia unica ed irripetibile che malamente può essere ingabbiata negli ordinari percorsi anamnestici, obbligati e preconfezionati. Il medesimo atto medico, infatti, può assumere significati differenti secondo la carta dei valori di quel soggetto, della sua storia personale.

Immersi nella storia personale del soggetto, riusciremo a trovare le parole a inserire la sofferenza in un percorso terapeutico?

Eschilo spiegherà il soffrire all'uomo greco, il medico ragionerà sulla etiopatogenesi con il malato, ma il bambino?

e) di fronte alla sofferenza del bambino

Le nostre spiegazioni smozzicate e farfuglianti, seppure in buona fede, hanno il sapore della falsità e dell'ipocrisia e, più le mastichiamo, più diventano bocconi intollerabili.

Per di più, la pretesa di delineare un discorso etico-filosofico, imbastito nel tranquillizzante *cantuccio* fra libri ed autori amici, appare un crimine orribile, quasi un oltraggio al pudore e alla dignità del bambino che soffre, di fronte al quale *l'intellettuale* è bene che sia afono e con la gola disseccata.

Il dolore del bambino, dunque, fa fallire il tentativo di comprendere la sofferenza, dilegua le illusioni del controllo operato dall'uomo, per lasciare il monolito alla sua essenza: *la sofferenza è!*

Il 27/03/03 il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona ha portato il Saluto all'AMMI (associazione mogli medici italiani) ad un incontro dibattito tenutosi presso l'aula magna del rettorato sul tema nazionale:

Stile di vita e salute: informazione e prevenzione possono far vivere meglio e più a lungo?

Di seguito segnaliamo alcune brevi riflessioni del dr. Fulvio Borromei sull'argomento:

Il tema è appropriato ad affrontare le problematiche che interessano la nostra società. Dove si sottolinea con forza che molto della nostra salute dipende dallo stile di vita che impostiamo: dieta corretta, costante attività fisica, abolizione del fumo. Questi sono solamente alcuni esempi di un consono e intelligente comportamento salutare. Questo tema inoltre ci deve far riflettere che parte della nostra salute dipende da noi, dalla nostra capacità di responsabilizzazione (non solo dai servizi e/o altro). Ricordiamo inoltre che l'informazione è sicuramente uno strumento che se ben utilizzato ci rende consapevoli e appropriati.

La “Buona Medicina”: evoluzione storica alla fine del XX secolo

del Prof. Giuseppe Caramia

Primario Emerito di Pediatria e Neonatologia Azienda Ospedaliera
“G. Salesi” Ancona

Quanti desiderano comprendere ed approfondire le origini della storia dell'umanità, non possono non constatare che l'uomo, come disse il famoso filosofo e matematico B.Pascal (1623-1662), ha sempre cercato di migliorare le sue condizioni originarie di un “Re spodestato”.

Per tale motivo, fin dai secoli più remoti, la radicata convinzione di possedere una tale dignità, ha dato luogo al predominio sulle altre speci, ed ha posto in essere l'ambizione umana di utilizzare quanto più possibile tutti i mezzi e tutte le facoltà per dominare e sfruttare il mondo a proprio van-taggio. L'uomo, mettendo al servizio della sua potenza intellettuale tutte le risorse nella loro pienezza, è avanzato nella conoscenza di se stesso e degli accorgimenti che possono migliorarne la condizione di salute e di benessere, facendo emergere l'importanza essenziale della medicina nell'ascesa continua dell'umanità.

Ippocrate (460-377), considerato il padre iniziatore della medicina del mondo occidentale, riteneva, in accordo con le credenze del tempo a lui tramandate da antiche leggende, che Esculapio Dio della medicina presiedeva alla condizione di salute e benessere dell'uomo grazie all'intervento delle sue due figlie, Igea e Panacea. Igea, divenuta poi Salus nella mitologia romana e raffigurata di solito in piedi con una coppa in cui si abbeverava un serpente, era il simbolo della moderazione e del corretto comportamento dell'uomo: era quindi, secondo criteri moderni, il simbolo della “prevenzione”. Panacea, alla quale si attribuiva l'uso delle piante magiche e medicamentose, rappresentava, secondo il pensiero moderno,

l'impegno continuo per la “ricerca e la cura” di tutte le condizioni morbose.

Fin dai tempi più antichi, queste due figure hanno rappresentato pertanto due istanze fondamentali ed indispensabili, complementari fra loro ed ugualmente importanti: soprattutto nella medicina moderna però, il costante impegno a sconfiggere le malattie e i successi ottenuti hanno fatto prevalere Panacea su Igea che è rimasta imbrigliata e relegata in secondo piano. Il grande progresso, in particolare degli ultimi decenni, sta dando luogo ad una complessa evoluzione della medicina in generale e del modello ideale di una “buona medicina”.

Paragonata alla vita della medicina, cominciata con quella dell'uomo o se si vuole da quando questi è stato cacciato dal paradiso terrestre, questa evoluzione si sta verificando in un tempo brevissimo, grazie alle notevoli e recenti acquisizioni in ambito tecnologico, biochimico, fisiologico, genetico, clinico, farmacoterapico, assistenziale ed in particolare biotico. Infatti chi ha avuto la fortuna, il piacere e l'onore di vivere all'interno della medicina gli ultimi cinquanta anni, che fanno ormai parte della sua storia, avrà constatato che, in particolare nel mondo occidentale più evoluto e grazie anche alle migliorate condizioni sociali, economiche, tecnologiche e culturali, in pochi decenni si è assistito ad importanti e tumultuosi eventi.

In ambito materno-infantile si è assistito ad un passaggio da una generatività quale dovere biologico-morale alla genitorialità quale scelta responsabile per una esigenza psicologica, affettiva e/o dinastica personale che si realizza solo quando si reputa di essere in grado di offrire al figlio più che adeguati strumenti materiali e psicologici ritenuti indispensabili ai suoi bisogni fisici, economici e culturali. Ciò avviene però in una età a volte anche troppo avanzata per cui prevalgono i figli unici con i ben noti inconvenienti. Dopo millenni di tragedie ostetrico-neonatali, frutto della naturalità degli eventi, la nascita oggi è più sicura rispetto a quanto lo fosse anche solo pochi decenni fa. Quando nasce di lui è tutto noto, sesso, taglia, profilo del volto, motricità endouterina, ritmi sonno-veglia ecc: per i genitori è una vecchia conoscenza grazie ai tanti monitoraggi prenatali. Identificato ed accudito ancora prima della nascita suscita nell'adulto una attesa fantastica, ed è per la maggior parte delle coppie, l'espressione più intensa di legami affettivi.

Deve essere però sano, a rischio zero e deve assolutamente vivere mentre un tempo chi nasceva solo di un peso di poco inferiore ai due chili, reputando che non avesse nessuna possibilità di vita, veniva messo sul davanzale della finestra in modo che la sua anima salisse più facilmente in cielo.

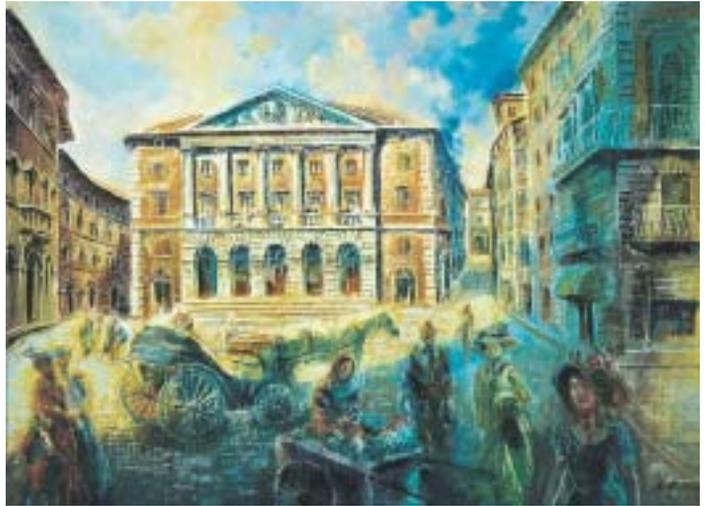
In ambito relazionale e comportamentale un tempo la madre acquisiva, nella famiglia patriarcale, diritti, rispetto ed attenzioni, impensabili fino a pochi mesi prima, per l'evento che aveva generato e assumeva a pieno titolo il suo ruolo di nutrice e di unica responsabile dell'accudimento del figlio dopo essersi ripresa dal parto. Oggi invece se l'importanza del precoce attaccamento al seno sulla galattogenesi, sulla care, sulle percezioni sensoriali e sul ruolo delle stimolazioni e dell'handling nello sviluppo del SNC spingono a delegare alla puerpera ogni accudimento e cura del neonato, la frequente carenza di un nucleo familiare di supporto trasforma a volte una gioia tanto desiderata in un pesante fardello causa di stress

impensati con conseguenze psico-comportamentali ed esiti a volte gravi anche dopo molti anni.

Inoltre è a tutti nota la riduzione della mortalità infantile, il buon controllo della patologia infettiva, che non è più la principale causa di morte, e il prolungamento della vita media ma, come brutto rovescio di una bella medaglia, sono emerse altre patologie soprattutto quelle degenerative e psico-comportamentali, mentre, in maniera più o meno evidente ma comunque ben percettibile, vi è stata, per l'evoluzione del concetto di etica in medicina, una completa trasformazione di ciò che oggi deve essere la buona medicina, il buon paziente, il bravo infermiere, il medico ideale ed infine il buon rapporto con il paziente.

Per molti secoli, nell'era che potremmo definire pre-moderna e che ha avuto inizio con Ippocrate, tali concetti, strettamente connessi all'etica medica, sono rimasti immutati e sono stati condivisi anche da tutti noi, medici e pazienti: la buona medicina doveva fornire terapie che davano il maggior beneficio al paziente ricordando l'imperativo essenziale "primum nocere", il buon paziente doveva ubbidire docil-

mente e con fiducia cioè avere una buona compliance ai consigli e alle terapie dato che come diceva il famoso clinico medico spagnolo G. Marañón "il malato deve saper essere paziente ubbidire al medico significa incominciare a guarire", il bravo infermiere doveva essere un esecutore delle decisioni mediche e fornire un supporto emotivo di partecipazione



alle sofferenze del paziente, il medico ideale doveva curare secondo "scienza e coscienza" con un benevolo comportamento paternalistico stabilendo quindi un rapporto di alleanza con il suo paziente.

Da qualche decennio, nonostante questo modello comportamentale continui, non raramente ed in varie situazioni, a condizionare le nostre azioni e i nostri comportamenti, potremmo dire che è iniziata, con l'inserimento della bioetica, l'era moderna che ha dato origine ad una nuova immagine della buona medicina. In tale ottica la buona medicina non deve solo fornire un trattamento di qualità ma deve anche rispettare l'ammalato nei suoi valori e nella sua autonomia coinvolgendolo in scelte responsabili.

Il buon paziente partecipa alle decisioni mediche e si assume la responsabilità delle decisioni fornendo un consenso informato alle scelte diagnostiche e terapeutiche e acquisendo così il diritto all'autodeterminazione, elemento che a sua volta è divenuto un criterio di qualità delle prestazioni sanitarie. Il bravo infermiere è coinvolto nella ottimale pre-

senza e nella comunicazione fra personale sanitario-paziente e suoi familiari, il medico ideale, superato il ruolo di benevolo paternalismo che gli concedeva un diritto assoluto sulle decisioni, condivide democraticamente la sua autorità culturale con il paziente promovendone l'autonomia decisionale ed infine il buon rapporto con il paziente non consiste più nell' avere un paziente docile che non pone resistenze e che si affida ciecamente alle decisioni dei sanitari ma nella realizzazione di un rapporto di collaborazione e se necessario di contrattazione fra professionisti ed utente onde ottenere il miglior risultato possibile.

Nella rapida evoluzione dei progressi scientifici e dei suddetti concetti della bioetica, che hanno permesso o meglio che stanno permettendo, fra non poche difficoltà ed ampi dibattiti, il passaggio della medicina e del suo modo di essere da una concezione pre moderna a quella moderna, si è inserito in sanità il concetto di "azienda sanitaria" che comporta un modello nuovo di qualità e di rapporti con gli utenti e che sembra introdurci verso un'epoca post moderna: nell'epoca dell'etica aziendale, dell'organizzazione delle prestazioni, dei comportamenti assistenziali e di un nuovo rapporto con il paziente nell'ambito della medicina. In tale ottica la buona medicina deve trovare il trattamento che ottimizza l'uso delle risorse e soddisfa le esigenze del malato che, nell'ottica aziendale, viene considerato un cliente indispensabile per la sopravvivenza dell'azienda stessa. La buona medicina è pertanto quella che è derivata dall'etica medica (maggior beneficio al paziente), dalla bioetica (maggior beneficio ma nel giusto rispetto dell'ammalato, dei suoi desideri e del suo consenso informato) per

giungere infine all' etica dell'organizzazione cioè alla appropriatezza sociale degli interventi sanitari in una prospettiva di uso ottimale di risorse limitate, rispetto alle sempre maggiori richieste, in una ottica di equità e solidarietà con i più deboli (maggior appropriatezza degli interventi in ogni singolo caso, onde avere delle migliori disponibilità per i casi più gravi).

Il buon paziente deve pertanto non solo essere informato e partecipare alle decisioni mediche, assumendosi la responsabilità delle decisioni e fornendo un consenso informato, ma, essendo divenuto un cliente, deve risultare anche soddisfatto. Il bravo infermiere, coinvolto sempre nella ottimale presenza e comu-

nicaione fra personale sanitario, paziente e suoi familiari, diventerà progressivamente il manager della qualità dei servizi di assistenza forniti in tutto il suo ambito lavorativo mentre il medico ideale deve assumere la leadership morale, scientifica ed organizzativa dell'intera equipe e questa deve fornire una assistenza ottimale non solo per filantropia o carità cristiana o per un inalienabile diritto dei pazienti ma anche per l'interesse dell'azienda e dell'equipe stessa. Infine il buon rapporto con il paziente consisterà nella realizzazione di una collaborazione e se necessario di contrattazione fra professionisti ed utente in particolare sugli indirizzi terapeutici e comportamentali che devono portare a risultati positivi e di soddisfazione per i clienti.

Questi risultati e la soddisfazione dei clienti diventano a loro volta una strategia per la sopravvivenza dell'azienda perchè l'azienda che perde i pazienti-clienti esce dal mercato.

In questa nuova visione della buona medicina dove ognuno è una pedina con un suo ruolo già tracciato, regolato da protocolli, linee guida, orari, turni, mansionario, compensi ecc., trova anche meno spazio la riconoscenza che un tempo appagava, di tanti sacrifici e rinunce, l'Arte del medico.

Già, la Riconoscenza. Un'antica leggenda narra che un giorno, oramai molto lontano, sentendosi sempre meno presa in considerazione, si sia recata a Delfo per incontrare Apollo ma fu subito da questi accomiatata perchè troppo impegnato con le Grazie e le Muse. Vagando giunse ad una spiaggia dove incontrò Bacco, appena sbarcato con i baccanti, ed Orfeo. Li implorò di prenderla al loro servizio ma non avendo avuto risposta cominciò a seguirli correndo e danzando finchè sfinite, a notte inoltrata, non inciampò e cadde in un burrone. Dopo essersi ripresa, tutta dolorante, incominciò a chiedere aiuto per ore ed ore nel buio delle tenebre. La sentì solo Plutone che, uscito dagli inferi, la raccolse e la portò nel suo regno, dove fu amorevolmente curata.

Ripresasi chiese al dio che la aveva fatta curare di ritornare da dove era venuta ma, il fratello di Giove, con un ghigno beffardo, le ricordò che nessuno era mai uscito dal suo regno. Le discussioni si protrassero per tanti lunghissimi anni perchè il dio affermava che fra i vivi la riconoscenza rimane sempre a livello superficiale per ottenere e ricambiare favori e non per riconoscere meriti e valori. Solo dopo la morte ciascuno riceve la sua parte di riconoscenza

tanto da far affermare al famoso scrittore G. Prezzolini (1882-1982) che gli uomini sono tanto buoni con i morti quanto sono cattivi con i vivi. Sembra però che qualche tempo fa sia uscita dalle ombre e si sia recata nelle grandi metropoli. Gli occhi si riempiono di stupore, meraviglia ed ammirazione per i negozi e gli abiti, i monumenti ed i grattacieli, le macchine e gli aerei, i treni e le navi ma dovunque voltasse lo sguardo incontrava vergini addolorate ed in lacrime. Erano la Innocenza, la Clemenza, la Pietà, la Giustizia, la Saggiezza, la Generosità, la Bontà, la Gentilezza, la Correttezza, l'Umanità e tante altre. Il dolore fu tale che, nonostante il rimpianto per tanta grandezza, decise di ritornare sui suoi passi e scomparve negli inferi. La medicina nella sua complessa evoluzione scientifica, tecnica e culturale ha da sempre rappresentato il primo e più possente mezzo d'intervento dell'uomo nei confronti delle sue condizioni vulnerabili ma suscettibili di miglioramento. Dall'alba dei tempi, l'importanza essenziale della medicina in tutte le sue forme, parallelamente alla evoluzione costante delle conoscenze, all'ascesa continua dell'umanità,

ed alla presa di coscienza di nuove possibilità assistenziali e curative, ha dato luogo ad un adattamento a concezioni e ad obiettivi sociali modificandosi incessantemente in funzione dei migliori risultati da acquisire.

La medicina primitiva, inizialmente pervasa del senso magico, dopo molti e molti secoli, di progresso in progresso, ha lasciato il posto ad una nuova e complessa scienza che come diceva Thomas Mann (1875-1955) è anche "Una varietà della scienza umanistica". Il sopraggiungere oggi dell'etica dell'organizzazione, con i vantaggi che ne derivano, non deve però far dimenticare le conquiste sociali ormai connaturate e il principio di solidarietà, valore non solo garantito da importanti istituzioni internazionali ma parte essenziale del modo di essere dell'umanità.

Qualora quanto sopra esposto non fosse da tutti condiviso, ripeterei, se mi è permesso, quanto affermava Yeats W. (1869-1935) famoso esponente del Rinascimento Celtico:

" I have spread my dreams under your feet, tread softly because you tread on my dreams".

RELAZIONE INTRODUTTIVA ALL'INCONTRO ORGANIZZATO DALL'AMCI (ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI): La medicina tra etica ed economia (relatori Dr Sandro Totti, già primario medico Osp Umberto I di Ancona. Prof Giammario Raggetti, Direttore del centro di management Università di Ancona)

Affrontare queste tematiche è di estrema attualità ed importanza. A conferma di questa mia affermazione partirei da questa riflessione: oggi viviamo una crisi ed evoluzione dei valori della società e crisi ed evoluzione della medicina. Non stiamo riuscendo a contenere un malinteso trionfalismo di fronte ai successi della medicina e a riflettere sui limiti che la stessa ha e che ne definiscono il campo.

Se pensiamo alla morte, questa oggi viene vissuta nell'immaginario collettivo, come un incidente, un errore, uno sbaglio dei medici e della medicina.

Proprio alla luce di questo scenario è estremamente importante rivisitare la medicina tra etica ed economia, per trovare quell'equilibrio essenziale e necessario affinché non si creino equivoci, né condizionamenti. MAI LA MEDICINA DOVREBBE ESSERE SUCCUBE DELL'ECONOMIA.

Per questo è Etico discutere di equità in Medicina e

ciò è strettamente connesso al RUOLO che il Medico deve assumere, modificando il suo abituale paradigma cognitivo, da agente esclusivo del pz a garante nello stesso tempo della salute della comunità (ogni scelta a favore di qualcuno è una scelta che limita qualcun altro). Giustizia intesa quindi come uguaglianza nell'accesso ai servizi medici ed equanimità nell'uso delle risorse.

Equità e giustizia sono strettamente connessi ad alcuni principi e dettami:

- all'appropriatezza (clinica – terapeutica)
- all'aggiornamento e formazione
- alla verifica della qualità
- al metodo e confrontabilità delle procedure cliniche.

Ciò si inserisce in una società che parla di contenimento della spesa, di scarsità delle risorse (scelte politiche, ma anche reali problemi sul tappeto).

Di contro le tecnologie sono sempre più raffinate e sofisticate e costose; la prevenzione ha un costo, ma è etica, la cronicità avanza quotidianamente.

Per questo motivo in questa sede non dobbiamo cimentarci in un discorso astratto, ma riprendere coscienza e soprattutto far prendere coscienza ai Cittadini della problematica, perché aiutino sia i medici che gli economisti a trovare quella sintesi necessaria per il progresso civile della società.

Fulvio Borromei

Polizza sanitaria ENPAM

Prorogata la scadenza al 30 giugno

N° 4 *Giornale della Previdenza*

Il prossimo 31 Maggio 2003 (ora 30 giugno n.d.r.) scade la prima annualità delle polizze sanitarie attivate con Assicurazioni Generali S.p.A. il 1 Giugno 2002.

Sei un medico in pensione che ha già aderito alla Polizza nel 2002?

- Se hai aderito alla Polizza BASE solo per te stesso, l'importo del premio verrà trattenuto automaticamente dalla pensione.
- Se hai esteso la Polizza BASE anche ai tuoi familiari, dovrai invece versare il premio con le stesse modalità seguite nel 2002 (bonifico bancario sullo speciale c/c aperto da Enpam per le polizze).
- Se hai aderito alla Polizza di 2° livello, sia da solo che con i familiari, dovrai ugualmente versare il premio con bonifico bancario sullo speciale conto aperto da Enpam.

Sei un medico in attività che ha già aderito alla polizza nel 2002?

- Dovrai provvedere soltanto al versamento del premio annuo, a mezzo bonifico bancario, per entrambe le polizze e per i familiari.

Non hai ancora aderito alle polizze sanitarie o vuoi apportare modifiche all'adesione del 2002 (passare alla polizza di 2° livello e/o estenderla al nucleo familiare)?

E' POSSIBILE ADERIRE ORA

Per l'adesione è necessario:

- compilare in modo completo il Modulo di autocertificazione (che avrai trovato nel numero 3 del *Giornale della Previdenza* o che potrai ritirare presso il tuo Ordine Professionale); apporre tutte le firme previste e inviarlo a ENPAM
- Sul Modulo dovrai indicare quale polizza scegli (la BASE o quella di 2° Livello). Se hai deciso di assicurare anche i tuoi fami-

- liari, devi indicare gli estremi anagrafici di ognuno dei familiari e apporre le firme previste.
- Versare il costo dell'assicurazione

COME SI VERSA IL PREMIO DELL'ASSICURAZIONE:

SEI PENSIONATO?

- Se hai scelto la polizza base senza l'estensione ai familiari: Non dovrai fare nulla. Ricevendo il Modulo di adesione, Enpam provvederà a trattenere l'importo di € 52,00 dalla tua pensione.
- Se hai scelto la polizza base ed hai incluso i familiari, dovrai solo versare l'importo previsto dalla polizza base per i familiari effettuando il bonifico sullo speciale c/c bancario aperto da Enpam per le polizze. La tua quota di € 52,00 sarà sempre trattenuta dall'Enpam dalla tua pensione.
- Se hai scelto la polizza di secondo livello (con o senza estensione ai familiari) dovrai effettuare il bonifico sullo speciale c/c bancario aperto da ENPAM per le polizze

NON SEI PENSIONATO?

Qualunque sia la polizza scelta (Base o 2° livello) dovrai:

- Calcolare la tua quota, più quella dei familiari (se inclusi), in base alla polizza prescelta.
- Effettuare un bonifico sullo speciale c/c bancario aperto da Enpam per le polizze. Attenzione! La data di scadenza per il versamento del premio e per l'invio del modulo di adesione è stata prorogata al 30.06.2003 (su autorizzazione della Compagnia)

INDIRIZZO PER INVIO DEL MODULO DI ADESIONE

FONDAZIONE E.N.P.A.M. - CASELLA POSTALE 7216
00100 ROMA NOMENTANO
ESTREMI PER IL VERSAMENTO DEL PREMIO
bonifico bancario a favore di:
Enpam presso BPM BANCA POPOLARE di MILANO
Coordinate bancarie ABI 05584 - CAB 03215 -
C/C n° 02570

Indicando obbligatoriamente COGNOME e NOME e CODICE ENPAM dell'iscritto

Ti rammentiamo che fa fede la data apposta dalla banca al momento dell'operazione (e non la data della valuta assegnata al beneficiario)

Nuova lista farmaci e sostanze dopanti

DECRETO 30 DICEMBRE 2002

Integrazione della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego e' considerato doping, ai sensi della legge 14 dicembre 2000, n. 376.

IL MINISTRO DELLA SALUTE di concerto con IL MINISTRO PER I BENI E LE ATTIVITA' CULTURALI Vista la legge 29 novembre 1995, n. 522, recante "Ratifica ed esecuzione della convenzione contro il doping, con appendice, fatta a Strasburgo il 16 novembre 1989"; Visto l'emendamento all'appendice della Convenzione europea contro il doping nello sport contenente la nuova lista di riferimento delle classi farmacologiche di sostanze dopanti e di metodi di doping vietati e suo documento esplicativo entrato in vigore il 1 settembre 2001; Vista la legge 14 dicembre 2000, n. 376, recante "Disciplina della tutela sanitaria delle attivita' sportive e della lotta contro il doping"; Visto il decreto 31 ottobre 2001, n. 440, recante "Regolamento concernente l'organizzazione ed il funzionamento della Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attivita' sportive"; Visto il decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero per i beni e le attivita' culturali del 15 ottobre 2002, recante "Approvazione della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego e' considerato doping, ai sensi della legge 14 dicembre 2000, n. 376"; Vista la proposta della Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attivita' sportive espressa in data 16 ottobre 2002; Decreta: Art. 1. 1. La sezione V della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego e' considerato doping, e' cosi' sostituita: Sezione V - Pratiche e metodi vietati. Sono proibiti i seguenti metodi e pratiche: 1) Doping ematico: a) Processi che aumentano artificialmente la massa eritrocitaria. Sono proibite le trasfusioni di sangue sia autologhe che eterologhe, salvo che per comprovate finalita' terapeutiche. E' altresì vietata la trasfusione di soli eritrociti. E' proibita la somministrazione di Epoetina di qualsiasi tipo e di qualsiasi altra sostanza atta a produrre una stimolazione eritropoietica. E' proibito l'uso di pratiche ipobariche; b) Trasportatori di Ossigeno (Carrier). Sono proibiti l'uso di procedure, metodi e composti che consentono alla massa plasmatica di aumentare il trasporto di ossigeno rispetto alle condizioni basali, ivi compresi: Emoglobine modificate; Poliemioglobine; Emoglobine ottenute con tecniche ricombinanti; Emoglobine coniugate; Emoglobine microincapsulate; Emoglobina destran-benzen-tricarbossilato (Hb-Dex-BTC); Emoglobina bis-(3,5 dibromoscalfici) fumarato (alfa, alfa-HB); Emoglobina - raffinossio; Perfluorocomposti in grado di trasportare ossigeno, ivi compresi: F-Tributilammina; Fluosol DA 20 (Perfluorodecalina + perfluorotripilammina); Perfluorodecalina (Flutec PP5); Perfluorotil Bromuro (C8F17Br); Perfluorodichlorottano (C8F16Cl2); Dodecafluoropentano (DDFP); Perfluorocarbossilato stabilizzato con microparticelle di Ag - AgCO₂ (CF₂)_n-CF₃ con n = 10-12-14-16; c) Modificatori allosterici dell'emoglobina. E' proibito l'uso di procedure, metodi e composti che consentono di modificare allostericamente l'emoglobina al fine di aumentare il rilascio di ossigeno della stessa a livello periferico, ivi compresi tutti i modificatori allosterici della serie RSR (2-[4-[(3.5 diclofenilcarbomoi) metil] -2 -metil -propionato), nonche' la somministrazione di 2-3-difosfoglicerato e di metil-acetilfosfato. 2) Sostanze che modificano artificialmente il pH, l'effetto tampone e/o il volume totale del sangue. E' proibita la somministrazione per infusione di tutte quelle sostanze che siano in grado di aumentare la volemia (o che comunque per effetto osmotico di aumentare la quantita' di liquidi nel torrente circolatorio), di modificare il pH e/o l'effetto tampone del sangue ivi compresi: Polimeri dei monosaccaridi; Amido idrossidietilato (HES); Destrano; Gelatina; Albumina umana; Lattato soluzione di Ringer; Acetato soluzione di Ringer; Soluzioni ipertoniche di qualsiasi natura; Soluzioni di bicarbonato Sodico ed altre soluzioni basiche; 3) Manipolazioni del campione per alterarne la sua integrita'. Sia prima che dopo la raccolta del campione e' proibito l'uso di procedure, me-

rologhe, salvo che per comprovate finalita' terapeutiche. E' altresì vietata la trasfusione di soli eritrociti. E' proibita la somministrazione di Epoetina di qualsiasi tipo e di qualsiasi altra sostanza atta a produrre una stimolazione eritropoietica. E' proibito l'uso di pratiche ipobariche; b) Trasportatori di Ossigeno (Carrier). Sono proibiti l'uso di procedure, metodi e composti che consentono alla massa plasmatica di aumentare il trasporto di ossigeno rispetto alle condizioni basali, ivi compresi: Emoglobine modificate; Poliemioglobine; Emoglobine ottenute con tecniche ricombinanti; Emoglobine coniugate; Emoglobine microincapsulate; Emoglobina destran-benzen-tricarbossilato (Hb-Dex-BTC); Emoglobina bis-(3,5 dibromoscalfici) fumarato (alfa, alfa-HB); Emoglobina - raffinossio; Perfluorocomposti in grado di trasportare ossigeno, ivi compresi: F-Tributilammina; Fluosol DA 20 (Perfluorodecalina + perfluorotripilammina); Perfluorodecalina (Flutec PP5); Perfluorotil Bromuro (C8F17Br); Perfluorodichlorottano (C8F16Cl2); Dodecafluoropentano (DDFP); Perfluorocarbossilato stabilizzato con microparticelle di Ag - AgCO₂ (CF₂)_n-CF₃ con n = 10-12-14-16; c) Modificatori allosterici dell'emoglobina. E' proibito l'uso di procedure, metodi e composti che consentono di modificare allostericamente l'emoglobina al fine di aumentare il rilascio di ossigeno della stessa a livello periferico, ivi compresi tutti i modificatori allosterici della serie RSR (2-[4-[(3.5 diclofenilcarbomoi) metil] -2 -metil -propionato), nonche' la somministrazione di 2-3-difosfoglicerato e di metil-acetilfosfato. 2) Sostanze che modificano artificialmente il pH, l'effetto tampone e/o il volume totale del sangue. E' proibita la somministrazione per infusione di tutte quelle sostanze che siano in grado di aumentare la volemia (o che comunque per effetto osmotico di aumentare la quantita' di liquidi nel torrente circolatorio), di modificare il pH e/o l'effetto tampone del sangue ivi compresi: Polimeri dei monosaccaridi; Amido idrossidietilato (HES); Destrano; Gelatina; Albumina umana; Lattato soluzione di Ringer; Acetato soluzione di Ringer; Soluzioni ipertoniche di qualsiasi natura; Soluzioni di bicarbonato Sodico ed altre soluzioni basiche; 3) Manipolazioni del campione per alterarne la sua integrita'. Sia prima che dopo la raccolta del campione e' proibito l'uso di procedure, me-

todi e composti che alterano o sono indirizzati ad alterare l'integrità, la validità dei campioni nonché il regolare responso analitico, ivi incluse: l'immissione in vescica attraverso cateterizzazione di "urina pulita", soluzione fisiologica, acqua distillata e di ogni qualsiasi altro liquido che possa alterare sia la concentrazione che la composizione del campione stesso; l'aggiunta al campione di sostanze ossidanti (come Ipcloclorito di Sodio. Perossido di Idrogeno) e di sostanze che comunque siano in grado di alterare la composizione quali/quantitativa del campione prelevato. E' altresì vietata l'alterazione della concentrazione del campione tramite aggiunta di qualsiasi solvente. E' vietata la sostituzione del campione. 4) Utilizzo di sostanze che alterano la composizione e la concentrazione del campione. E' vietata l'assunzione di tutte le sostanze che possano in qualsiasi modo alterare la normale escre-

zione urinaria di farmaci e/o mascherare l'eventuale assunzione di sostanze proibite per doping, ivi compresi: Probenecid ed analoghi; Bromantan; Vasopressina e derivati; 5) Doping genetico. E' vietato il doping genetico o cellulare, che viene definito come l'utilizzo di geni, elementi di tipo genetico e/o cellule che hanno la capacità di migliorare la performance atletica. 6) Altri metodi e pratiche vietate. Sono proibiti procedure, metodi e composti capaci di esplicare effetti anabolizzanti, o di produzione e rilascio endogeno di ormoni, ivi compresi gli omologhi e/o i derivati della serie delle "Ecdysteroïdes" e i peptidi di qualsiasi origine in grado di svolgere le azioni di sopra indicate. Il presente decreto sarà trasmesso agli organi di controllo per la registrazione e la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Roma, 30 dicembre 2002 Il Ministro della salute Sirchia

UN MEDICO UN UOMO UN ESEMPIO

di Fulvio Borromei

Scrivere alcune riflessioni purtroppo sulla morte prematura e improvvisa di un medico **CARLO URBANI** che ha dedicato la sua vita professionale per il bene degli altri è certamente per me un privilegio ed un onore sia come medico che come Presidente dell'Ordine nel quale era stato iscritto.

Dopo la sua morte molte sono state le occasioni per riconoscergli i meriti etici - deontologici umani e professionali che si sono concretizzati nell'opera di questo medico. Un medico che ha lavorato nel tempo con dedizione, disinteresse e abnegazione per quei valori in cui credeva e che onorava in silenzio lavorando.

Certamente alle capacità professionali si aggiungevano le qualità umane di bontà e disponibilità che rendevano ancora più preziose le prime.

Per questi motivi era ben voluto e amato dalle persone comuni, dai suoi pazienti, da coloro che sofferivano perché è a loro che Carlo ha dedicato la sua vita ed esistenza infondendo la speranza, il coraggio di affrontare le malattie; ha donato ai malati la certezza di non essere soli, comunque di avere una attenzione prioritaria come la si deve a chi è più debole e a chi è malato.

Questo momento, di grande dolore per i suoi cari, per tutta la sua famiglia a noi colleghi deve far riflettere, deve essere un momento di riscoperta di quei principi di cui dovremmo essere depositari in onore al nostro giuramento Ippocratico, al nostro Codice Deontologico.

Ciò che è accaduto non può e non deve essere uno dei tanti eventi che in questo mondo convulso ormai accadono, come una notizia solamente triste e sensazionale che non lascia segno.

Dobbiamo reimparare come uomini e in questo caso come medici e soffermarci a lungo su ciò che è accaduto. Ne deve scaturire una filosofia di vita professionale che si estrinseca nel quotidiano, nei rapporti con i malati, con gli altri colleghi, deve rappresentare un ulteriore convincimento della nostra opera.

Solamente se la professione saprà accettare questa sfida e schermarsi ormai dai tanti elementi di disgregazione esterni alla professione, ma anche interni, sapendo donarsi rifuggendo derive difensive, allora avremo veramente onorato la memoria di un collega come CARLO.

Alle tante autorità che hanno fatto omaggio alla sua memoria, credo che potranno ulteriormente onorarlo se renderanno più facile, dal punto di vista normativo e non solo, la vita di quei colleghi che come lui operano nel mondo portando il labaro della civiltà medica.

Anche questo ordine sarà attento e promuoverà ogni iniziativa perché quei medici, che oggi spinti da un senso etico, portano sollievo alle umane creature sofferenti negli angoli più sperduti della terra, possano avere ogni riconoscimento soprattutto in vita.

Un grazie a Carlo e a tutta la sua famiglia.

Farmacovigilanza

Con il decreto legislativo n. 95 dell'8 aprile 2003 (pubblicato sulla G.U. n. 101 del 3/5/2003), in attuazione della Direttiva 2000/38/CE relativa alle specialità medicinali, sono stati sostituiti gli artt. 2, 3, 4, e 11 del decreto legislativo n.44/1997 "Attuazione della direttiva 93/39/CEE... relativa ai medicinali".

Il nuovo art. 2 del provvedimento in oggetto dispone che il sistema nazionale di farmacovigilanza fa capo alla Direzione generale per la valutazione dei medicinali e per la farmacovigilanza del Ministero della Salute. Lo stesso articolo, nel ribadire i compiti spettanti alla Direzione e alle Regioni, previsti dal citato decreto lgs n.44/97, fa carico alle regioni stesse di "fornire i dati sui consumi dei medicinali mediante programmi di monitoraggio sulle prescrizioni dei farmaci a livello regionale. Le regioni si possono avvalere per la loro attività anche di appositi Centri di farmacovigilanza".

L' art. 3 detta norme riguardanti i titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali. Completamente innovato è l'art. 4 del d.lgs 95/03 () e, considerato che lo stesso è di specifico interesse della nostra categoria per quanto riguarda le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci.*

Il decreto legislativo in oggetto abroga il Decreto del Presidente della Repubblica 25 gennaio 1991, n.93 che regolamentava le modalità di attuazione della farmacovigilanza attraverso le strutture pubbliche.

(*) Testo integrale dell'articolo 4 del dlgs n. 95/03

Art. 4 – **1.** Le strutture sanitarie – Aziende unità sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico – devono nominare un responsabile di farmacovigilanza della struttura che provvede a registrarsi alla rete nazionale di farmacovigilanza al fine dell'abilitazione necessaria per la gestione delle segnalazioni. Le strutture sanitarie private, al fine di assolvere ai compiti di farmacovigilanza, fanno riferimento al responsabile di farmacovigilanza della Azienda unità sanitaria locale competente per territorio.

2. I medici e gli altri operatori sanitari sono tenuti a segnalare tutte le sospette reazioni avverse gravi o inattese di cui vengano a conoscenza nell'ambito della propria attività. Vanno comunque segnalate

tutte le sospette reazioni avverse osservate, gravi, non gravi, attese ed inattese da tutti i vaccini e da farmaci posti sotto monitoraggio intensivo ed inclusi in elenchi pubblicati periodicamente dal Ministero della salute.

3. Il presente decreto non si applica alle segnalazioni di reazioni avverse verificatesi in corso di sperimentazione clinica.

4. I medici e gli altri operatori sanitari devono trasmettere le segnalazioni di sospette reazioni avverse, tramite l'apposita scheda, tempestivamente, al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza. I medici e gli altri operatori sanitari operanti in strutture sanitarie private devono trasmettere le segnalazioni di sospette reazioni avverse, tramite l'apposita scheda, tempestivamente, al Responsabile di farmacovigilanza della ASL competente per territorio, direttamente o, nel caso di cliniche o case di cura, tramite la Direzione sanitaria. I Responsabili di farmacovigilanza provvedono, previa verifica della completezza e della congruità dei dati, all'inserimento della segnalazione nella banca dati della rete di farmacovigilanza nazionale e alla verifica dell'effettivo inoltro del messaggio, relativo all'inserimento, alla regione ed alla azienda farmaceutica interessata. In caso di impossibilità di trasmissione del messaggio, ai destinatari che non è stato possibile raggiungere per via telematica, le strutture sanitarie invieranno copia della segnalazione riportante il codice numerico rilasciato dal sistema.

5. L'inserimento in rete va effettuato a cura del responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria entro e non oltre 7 giorni solari dal ricevimento della segnalazione. Le schede originali di segnalazione saranno conservate presso la struttura sanitaria che le ha ricevute ed inoltrate in copia al Ministero della salute, alla regione di appartenenza o al Centro di farmacovigilanza individuato dalla regione ove dagli stessi richiesto.

6. Eventuali aggiornamenti delle sospette reazioni avverse possono essere richiesti al segnalatore unicamente dal responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza o da un suo delegato, o da personale del Ministero della salute. Il richiedente provvede ad inserire in rete i dati acquisiti aggiornando la scheda inserita. Il re-

sponsabile di farmacovigilanza è comunque tenuto ad acquisire dal segnalatore una relazione clinica dettagliata, da trasmettere al Ministero della salute entro quindici giorni solari, per tutti i casi di reazioni avverse ad esito fatale.

7. La Direzione provvede affinché tutte le segnalazioni di sospette reazioni avverse gravi da farmaci verificatesi sul territorio nazionale siano immediatamente messe a disposizione del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio e comunque entro quindici giorni solari dalla data di ricevimento della comunicazione.

8. La Direzione provvede altresì affinché tutte le segnalazioni di sospette reazioni avverse gravi da farmaci verificatesi nel territorio nazionale siano mes-

se a disposizione dell'Agenzia e degli altri Stati membri entro quindici giorni solari dalla data di ricevimento della loro comunicazione.

9. La Direzione fornisce immediatamente all'Agenzia ed ai centri nazionali di farmacovigilanza degli altri Stati membri ed al titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio, informazioni su eventuali modifiche, sospensioni o revoche dell'autorizzazione di un medicinale determinate da motivi di tutela della salute pubblica. In caso di sospensione determinata da motivi di tutela della salute pubblica. In caso di sospensione determinata da motivi di urgenza, l'informazione all'Agenzia, alla Commissione e agli altri Stati membri deve essere trasmessa entro il giorno lavorativo seguente."

Guida al corretto utilizzo delle

lenti a contatto

Avvertenze, precauzioni e rischi collegati all'uso

L'applicazione e l'uso delle lenti a contatto possono essere eseguite solo quando le condizioni anatomiche funzionali dell'occhio del paziente lo consentono. Esistono infatti alcuni fattori di rischio, rilevabili dallo specialista, che possono risultare responsabili di complicanze o dell'insorgenza di fenomeni di intolleranza. Il medico specialista e l'ottico applicatore della lente sono consapevoli di tali problematiche e solo dopo un accurato esame del soggetto possono consigliare o meno l'uso delle lenti a contatto. Per utilizzare le lenti a contatto in sicurezza è necessario seguire attentamente le istruzioni d'uso per una corretta applicazione, rimozione, pulizia e manutenzione. Al fine di evitare danni agli occhi è importante verificare l'assenza di controindicazioni dal medico oculista e sottoporsi a controlli periodici. Utilizzare lenti a contatto sterili e non oltre il periodo raccomandato. Al termine del periodo di utilizzo raccomandato nella confezione (giornaliero, bisettimanale, mensile, ecc.) le lenti dovranno essere sostituite con un nuo-

vo paio. È necessario rimuovere le lenti e consultare il medico in caso di arrossamenti, bruciori, sensazione di corpo estraneo o eccessiva lacrimazione, vista offuscata o altri disturbi della vista. I farmaci diuretici, antistaminici, decongestionanti, tranquillanti possono provocare secchezza dell'occhio, in tal caso è necessario consultare il medico oculista. Se una sostanza chimica viene a contatto con gli occhi sciacquare immediatamente e recarsi subito dal medico. Evitare l'esposizione a vapori nocivi o lacche per capelli. Utilizzare sempre soluzioni per lenti a contatto non scadute ogni volta che si ripongono le lenti e non usare mai acqua corrente per sciacquarle. Non mettere mai le lenti in bocca per umidificarle. Consultare il medico per le modalità di utilizzo durante le attività sportive. Evitare l'uso di lenti a contatto in occasione di bagni al mare, in piscina e di docce nei luoghi pubblici. Evitare l'uso di saponi contenenti creme, lozioni od oli cosmetici prima di utilizzare le lenti. L'inosservanza delle norme per la corretta utilizzazione delle lenti a contatto può provocare gravi danni all'occhio. Raramente possono verificarsi ulcere corneali responsabili di menomazioni visive. Il rischio di contrarre la cheratite ulcerosa aumenta in caso di inosservanza delle norme di igiene e di uso e in caso di utilizzo delle lenti per un tempo più prolungato rispetto a quello raccomandato. Il rischio di cheratite ulcerosa aumenta notevolmente nei fumatori. Le lenti a contatto con protezione UV non sostituiscono gli occhiali da sole perchè non ricoprono totalmente l'intero segmento anteriore. Pertanto, i portatori di lenti a contatto devono continuare a portare gli occhiali da sole in caso di esposizione ai raggi UV.

Il nuovo vertice della FNOMCeO

DEL BARONE CONFERMATO PRESIDENTE DELLA FNOMCeO

Il nuovo Comitato Centrale della FNOMCeO, che rimarrà in carica nel triennio 2003-2005, ha provveduto oggi all'assegnazione delle cariche.

Il Dr. Giuseppe Del Barone (Presidente dell'Ordine di Napoli) è stato eletto Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

A seguito dell'attribuzione delle cariche, avvenuta oggi nel corso della seconda riunione del nuovo Comitato Centrale eletto domenica 13 aprile, risultano inoltre eletti il Prof. Salvatore Amato (Presidente dell'Ordine di Palermo) alla carica di Vice Presidente e il Dr. Massimo Ferrero (Presidente della Commissione Odontoiatri dell'Ordine di Aosta) a quella di Segretario. La carica di Tesoriere è andata al Dr. Francesco Losurdo (Presidente dell'Ordine di Bari).

Presidente della Commissione Nazionale per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri è stato confermato il Dr. Giuseppe Renzo. Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti è stato eletto il Dr. Pier Maria Morresi, Presidente dell'Ordine di Varese.

Al termine della votazione il confermato Presidente ha dichiarato: "Sarò il Presidente di tutti auspicando l'attuazione di un programma comune nel nome di una ritrovata unità della categoria".

IL PRESIDENTE DELLA FNOMCeO COMMENTA POSITIVAMENTE LA DECISIONE DEL MINISTRO

SIRCHIA - Del Barone: un atto di responsabilità il ritiro del decreto antituffa

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone ha espresso piena soddisfazione per la decisione del Ministro Sirchia di ritirare il cosiddetto decreto antituffa. "Dobbiamo dare atto al Ministro - ha dichiarato del Barone - di aver preso in seria considerazione le critiche, senza dubbio costruttive, avanzate dalla categoria medica nei confronti di un provvedimento legislativo che criminalizzava l'intera professione. Ed in particolare di aver valutato i contenuti del documento presentato dalla FNOMCeO in occasione dell'audizione alla Commissione di Igiene e Sanità del Senato nel quale, senza sminuire la ferma condanna, più volte espressa, nei confronti di eventuali illeciti, venivano affrontati tutti gli aspetti controversi del decreto. Ad iniziare dall'art. 1 che, a fronte di una sanzione particolarmente elevata per colpa grave, comminata dall'autorità amministrativa competente, non specificava i diversi livelli di responsabilità, lasciando di fatto la più ampia libertà di valutazione sulla gravità dell'eventuale illecito." "A nome di tutti i medici italiani - ha concluso del Barone- sento il dovere di riaffermare la piena disponibilità della Federazione degli Ordini, istituzione garante dell'eticità della professione medica, a collaborare insieme a tutti i soggetti interessati alla stesura di un disegno di legge che regoli dal punto di vista deontologico l'intero settore dell'informazione sanitaria, garantendo nel contempo la piena libertà prescrittiva e di ricovero dei medici, nell'interesse della salute dei cittadini e a salvaguardia del rapporto medico-paziente che rimane il principale fondamento della professione medica."

CONVENZIONE TELECOM ITALIA MOBILE - ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI ANCONA

La TELECOM ITALIA MOBILE ha contattato l'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona per fornire una convenzione telefonica a tariffe agevolate per tutti gli iscritti. Chi aderirà a tale convenzione potrà conservare il proprio numero di telefono, anche se appartenente ad un altro gestore, sottoscrivendo un contratto con la TIM tramite la segreteria dell'Ordine dei Medici. Qual'è il vantaggio? Aderire ad un contratto business di tipo aziendale le cui tariffe sono molto vantaggiose non solo per le telefonate verso gli appartenenti al gruppo ma anche verso altri numeri TIM e numeri di telefonia fissa.

Tutti i colleghi che vorranno aderire all'iniziativa (peraltro estensibile anche ai familiari) potranno rivolgersi alla segreteria dell'ordine e ricevere dettagli sull'iniziativa. Inoltre sarà disponibile sul sito dell'ordine (www.ordinemedici.ancona.it) la presentazione della proposta TIM.

Di seguito vi proponiamo una sintesi delle tariffe.

| | |
|--|-------------------------------|
| Canone mensile di abbonamento per utenza | 5,16 euro (10.000 lire) |
| Traffico Intercom (tra coloro che aderiscono all'iniziativa) | 0,029 euro (56 lire) /minuto |
| Traffico verso numeri Tim e rete fissa | 0,061 euro (119 lire) /minuto |
| Traffico verso radiomobili di altri gestori | 0,158 euro (306 lire) /minuto |
| Scatto alla risposta | 0,064 euro (125 lire) |
| SMS | 0,07 euro (140 lire) |

- Tutte le tariffe sono flat ovvero senza fasce orarie
- La tariffazione è al secondo di conversazione
- Il contributo di attivazione è gratuito
- I prezzi non sono comprensivi di IVA



Dal Ministero

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI APPROVA DECRETO SU INTRAMOENIA E TEMPO DEFINITO DEI MEDICI

Il Consiglio dei Ministri ha approvato oggi, su proposta del Ministro della Salute, un Decreto legge che dispone la proroga dei termini di scadenza per i rapporti di lavoro dei medici a tempo definito e per la cosiddetta "intramoenia allargata", avvia i finanziamenti di un progetto innovativo per la cura del cancro da parte dell'Istituto superiore di sanità e per la realizzazione a Roma dell'Istituto mediterraneo di ematologia (Ime) e stanziava, infine, i fondi per il risarcimento danni da trasfusioni di sangue infetto. Il Consiglio dei Ministri, inoltre, ha approvato il nuovo Piano Sanitario nazionale 2003-2005, che dispone i dieci obiettivi strategici del Servizio sanitario nazionale per il triennio.

In particolare, il Decreto legge proroga al 31 dicembre 2003 i rapporti di lavoro dei medici a tempo definito, soprattutto per consentire una definitiva e omogenea soluzione della questione con il contratto collettivo, secondo quanto richiesto dall'Ordine del giorno del Senato, accolto dal Governo in sede di esame della Legge finanziaria 2003. Viene inoltre prorogato di due anni, fino al 31 luglio del 2005, il termine per l'utilizzo degli studi professionali privati per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia, in considerazione della carenza di ambulatori adeguati in alcune strutture pubbliche e in attesa di un provvedimento di più ampia portata ed efficacia per il completamento degli interventi strutturali e di

riforma dell'intero settore.

Il Decreto legge, poi, risponde all'esigenza di poter utilizzare quanto prima i fondi relativi a due importanti progetti di ricerca e di cura, come previsto dalla Legge finanziaria 2003 (tabella A). Autorizza infatti sia la spesa totale di 9 milioni di Euro nel triennio 2003-2005 per la realizzazione di un progetto di terapie oncologiche innovative su base molecolare da parte dell'Istituto superiore di sanità sia le spese di funzionamento e di ricerca della Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia, istituita recentemente a Roma, per un totale di 35 milioni di Euro nel triennio 2003-2005.

Infine, il Decreto legge risponde all'urgenza di stanziare fondi destinati al risarcimento danni per i cittadini emotrasfusi vittime di emoderivati infetti, che hanno instaurato azioni risarcitorie tuttora pendenti. Sono stanziati 98,5 milioni di Euro per l'anno in corso e 198,5 milioni di Euro rispettivamente per gli anni 2004 e 2005. I danni saranno risarciti tramite transazioni i cui criteri saranno fissati con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

sulle confezioni dei medicinali erogabili dal Servizio sanitario nazionale, secondo quanto stabilito dal decreto del Ministro della Salute del 20 novembre 2001, nonché i movimenti delle singole confezioni dei prodotti medicinali, attraverso il rilevamento del codice prodotto e del numero identificativo delle confezioni. La gestione dei flussi informativi - con le industrie farmaceutiche, i depositi di medicinali, i grossisti di medicinali, le farmacie aperte al pubblico, gli Istituti di cura pubblici e privati, gli smaltitori di prodotti farmaceutici - sarà affidata all'Istituto Poligrafico dello Stato (IPZS) che già gestisce le fasi di fabbricazione e stampa del bollino e le procedure di numerazione unica e progressiva dei bollini stessi.

L'IPZS provvederà dunque alla raccolta e al controllo dei dati relativi a tutti i movimenti delle confezioni, dall'applicazione del bollino alla distribuzione e al consumo finale, alla distribuzione delle confezioni di medicinali e al consumo finale o alla distruzione delle confezioni immesse in commercio e quindi al loro trasferimento in Banca dati presso la Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza. La Banca dati sarà a regime nell'arco di 12 mesi.

Patologie da radiazioni riscontrate nei medici

Rivalutazione delle prestazioni economiche erogate dall'INAIL

Decreto Ministeriale 18 dicembre 2002

Visto l'art. 5 della legge 10 maggio 1982, n. 251, che prevede la riliquidazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, in relazione alle variazioni intervenute su base nazionale nelle retribuzioni iniziali, comprensive della indennità integrativa speciale, dei medici radiologi ospedalieri;



Visto l'art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 che, tra l'altro, ha stabilito che con effetto dall'anno 2000 e a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno la retribuzione di riferimento per la liquidazione delle rendite corrisposte dall'INAIL ai mutilati e agli invalidi del lavoro relativamente a tutte le gestioni di appartenenza dei medesimi, è rivalutata annualmente sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati intervenuta rispetto all'anno precedente e che tali incrementi annuali verranno riassorbiti nell'anno in cui scatterà la variazione retributiva minima non inferiore al 10 per cento fissata dall'art. 20, commi 3 e 4, della legge 28 febbraio 1986, n. 41, rispetto alla retribuzione presa a base per l'ultima rivalutazione effettuata ai sensi del medesimo art. 20;

Visto il decreto ministeriale 20 novembre 2001, concernente la rivalutazione delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, dal 1° luglio 2001;

Vista la delibera del Consiglio di amministrazione dell'INAIL n. 223 del 9 maggio 2002;

Vista la variazione effettiva dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, intervenuta nell'anno 2001 rispetto all'anno 2000, calcolata dall'ISTAT, pari al 2,7 per cento;

Considerato che non si è verificata la variazione retributiva minima non inferiore al 10 per cento di cui all'art. 11, comma 1, del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38;

Decreta:

Art. 1

La retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite a favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, e dei loro superstiti, è fissata in euro 38.493,34 con effetto dal 1° luglio 2002;

Art. 2

A norma dell'art. 11, del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, gli incrementi annuali come sopra determinati dovranno essere riassorbiti nell'anno in cui scatterà la variazione retributiva minima non inferiore al 10 per cento fissata dall'art. 20, commi 3 e 4, della legge n. 41/1986, rispetto alla retribuzione presa a base per l'ultima rivalutazione effettuata ai sensi del medesimo art. 20.



News dalla Facoltà di Medicina

del prof. Marcello D'Errico

La Cattedra di Igiene in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva organizza un Corso di Introduzione al Project Management. Il corso, organizzato in forma di workshop, intende fornire una "Big Picture" del Project Management, mettendo in evidenza gli aspetti più importanti che determinano il successo dei progetti, includendo il bilanciamento tra la necessità del business, le necessità delle persone e la tecnologia. Il corso sarà altamente interattivo e ricco di esercitazioni che permetteranno di sperimentare le tesi sostenute nel corso, relazionarle alla propria pratica di lavoro, valutando tecniche, *templates* e metodi. In particolare il corso permetterà di: capire gli aspetti più nascosti che determinano il successo del progetto; valutare come questi aspetti si riflettono sul lavoro quotidiano; usare alcune tecniche e *tools* per facilitare e migliorare il project management; confrontarsi con alcune fra le migliori idee del Project management e integrarle con la propria pratica quotidiana; costruire una "Guidebook" che rifletta le proprie nuove intuizioni sulla migliore pratica di Project management come parte dell'output del corso.

Il Responsabile del corso è il Prof. Francesco Di Stanislao, Ordinario di Igiene e Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regione Marche. La sede di svolgimento è l'aula della Cattedra di Igiene dell'Università Politecnica delle Marche - Via Tronto 10/a. Le date di svolgimento sono l'1 e 2 luglio (Orario: 9-13/14-18)

Crediti ECM: 19

Informazioni: Signora Gigli Miranda - Cattedra di Igiene - Tel. 0712206026.

Scadenza per le iscrizioni: 20 giugno 2003

La Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione ospita una Lettura Magistrale della Prof.ssa Lucia Perez Gallardo, Cordinatrice del Progetto Socrates - Valladolid (Spagna), su "Vantaggi e Svantaggi della Dieta Mediterranea". I contenuti del seminario verte-

ranno sullo stile della dieta mediterranea, sulla caratterizzazione della dieta nelle regioni mediterranee dagli inizi degli anni '60 ad oggi e sul razionale biologico che la rende particolarmente indicata nella prevenzione di eventi cerebrovascolari. Verranno, inoltre, esplicitate le relazioni tra composizione della dieta mediterranea e diabete, obesità, invecchiamento, sottolineando i benefici in termini di miglioramento del profilo lipidico, riduzione dei processi di ossidazione lipidica, miglioramento della tolleranza al glucosio, e controllo dell'apporto calorico.

Il Convegno è organizzato dalla Prof.ssa M. Gabriella Ceravolo, Direttrice della Clinica di Neuroriabilitazione e si svolgerà alle ore 11.00 del giorno 11 giugno presso l'Aula B della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche.

Il giorno 9 luglio, il Prof. Leandro Provinciali, Direttore del Dipartimento di Scienze Neurologiche, organizza un convegno dal titolo "Assistenza al soggetto colpito da ictus. Adattamento al contesto locale delle linee guida spread", che si svolgerà presso l'Aula E della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

Il corso si propone di affrontare la traduzione nella pratica clinica delle linee guida nazionali dedicate all'ictus, affrontando quattro aspetti salienti: l'identificazione nosografica, il trattamento della fase acuta, la prevenzione e la riabilitazione.

I coordinatori dei diversi capitoli delle linee guida SPREAD presenteranno gli aspetti innovativi o più rilevanti delle raccomandazioni inerenti i diversi ambiti. A queste esposizioni seguiranno le ipotesi organizzative realizzate nelle diverse sedi regionali ed i percorsi finora attivati.

I partecipanti saranno chiamati a formulare proposte di organizzazione dell'assistenza per rendere fruibili le raccomandazioni fornite dalle linee guida.

Il corso si affianca all'iniziativa regionale di fornire uno standard assistenziale omogeneo ed adeguato ai soggetti colpiti da ictus.

Per qualsiasi informazione contattare la Segreteria dell'Istituto di Malattie del Sistema Nervoso (0712206098)

La rivoluzione della terapia contro il cancro

Dai farmaci validi per tutti i tumori ai farmaci mirati contro specifiche alterazioni

del Prof. Stefano Cascinu

La patologia tumorale rappresenta la seconda causa di morte nella popolazione occidentale. Inoltre, l'incidenza nei paesi occidentali tende costantemente ad aumentare soprattutto per alcune forme come i tumori della mammella, della prostata e del grosso intestino. Questi rimangono, insieme al tumore del polmone, i responsabili della maggior parte dei decessi per neoplasia anche in Italia. Il dato positivo riscontrato da metà anni ottanta è stato il rilievo di un lento ma costante declino della mortalità per tumore. Questa situazione dipende sicuramente da una diagnosi più precoce dovuta sia alla introduzione di screening (carcinoma della mammella) sia di una maggiore attenzione da parte dei medici di medicina generale e dei pazienti ai sintomi ma anche a nuovi approcci terapeutici come la chemioterapia adiuvante nei tumori della mammella e del colon-retto. Per esempio si ritiene che nel mondo occidentale la terapia adiuvante porti ad un aumento di guarigioni di circa il 7% nei tumori del colon o della mammella. Nonostante questi innegabili passi in avanti i risultati ottenuti non possono definirsi risolutivi. Di qui la necessità di definire nuovi farmaci più attivi e meglio tollerati. Mentre i vecchi farmaci antitumorali agivano attraverso l'instaurarsi di un danno al DNA e quindi con un meccanismo sostanzialmente aspecifico, i nuovi farmaci agiscono soprattutto bloccando bersagli specifici. Questi farmaci sono stati identificati grazie alle più approfondite conoscenze di biologia della cellula tumorale. Le classi più promettenti riguardano gli inibitori dei fattori di crescita, gli inibitori dei segnali di trasduzione, gli inibitori dell'angiogenesi.

Gli inibitori dei fattori di crescita sono stati i primi farmaci intelligenti ad essere stati registrati ed usati in clinica. Il farmaco capostipite è l'herceptin. Nei tumori mammari è espressa una proteina presente sulla

membrana cellulare che svolge funzione da recettore per il fattore di crescita epidermoidale. Quando stimolato si attiva a livello cellulare tutta una serie di processi che portano ad una incrementata proliferazione cellulare e ad una maggiore potenzialità metastatica. La messa a punto di un anticorpo contro il recettore si è dimostrata in grado di bloccare l'attivazione dei processi tumorali. L'herceptin ha determinato risultati positivi da solo o associato a chemioterapia nel carcinoma della mammella in fase metastatica. Sono in corso studi internazionali che vedono l'impiego dell'herceptin in fase adiuvante dopo un trattamento con chemioterapia classica per quelle pazienti i cui tumori iperesprimono il recettore. Questo farmaco è stato la base per definire un diverso approccio terapeutico; se per i chemioterapici classici si definivano gli schemi in base al tipo istologico (per esempio, tumore della mammella, tumore del polmone...) per questi nuovi farmaci non vi è relazione con il tipo di tumore ma solo con l'espressione o meno del bersaglio. Non tratteremo quindi più il tumore della mammella ma quei tumori che esprimono il bersaglio. L'herceptin è in corso di sperimentazioni nei tumori del polmone e nei pazienti con carcinoma dello stomaco avanzato che hanno fallito una terapia convenzionale.

Un altro importante bersaglio è il recettore per il fattore di crescita epidermoidale. Due diversi approcci sono stati impiegati per bloccarlo. Il primo è la messa a punto di una molecola che blocca un'enzima chiave, la tirosina chinasi, che si trova nella parte intracellulare del recettore. Un farmaco ormai in corso di registrazione è l'iressa che si è dimostrato efficace nel tumore del polmone. È già iniziato uno studio nazionale che vede la somministrazione di iressa insieme ad una terapia standard come prima linea nel carcinoma del colon-retto metastatico per meglio definire il ruolo di tale farmaco. Anche nel carcinoma del colon-retto si sta sviluppando un altro approccio simile a quello dell'herceptin. Recentemente è stato sviluppato un anticorpo capace di bloccare il recettore del fattore di crescita epidermoidale. In questo momento è in corso una sperimentazione internazionale che vede l'impiego di questo farmaco, definito cetuximab, insieme alla chemioterapia come trattamento di salvataggio nei pazienti che non hanno risposto ad una prima linea chemioterapica classica.

Un altro approccio estremamente interessan-

il punto su...



te è il *blocco del segnale* di un gene come il Ras; Ras è mutato in molti tumori a partire da quelli del polmone e del pancreas. La sua attivazione abnorme determina una aumentata proliferazione, maggiore invasività ed una spiccata angiogenesi. Questi tumori si giovano poco di una terapia convenzionale per cui poter disporre di nuovi agenti potrebbe riflettersi in un beneficio per i pazienti. Il gene ras per poter esercitare la propria azione deve ancorarsi alla membra-

na cellulare nella sua parte interna attraverso una reazione catalizzata da un enzima specifico: la farnesil transferasi. Alcuni farmaci sono in grado di bloccare quest'enzima interferendo con l'attività del gene Ras. Vi sono importanti studi clinici in tumori del polmone e del pancreas. Vi è poi un approccio che negli anni scorsi sembrava aver cambiato la storia della terapia del cancro. L'*angiogenesi* si affermava come uno dei processi più importanti nello sviluppo dei tumori. I primi approcci che avevano come bersaglio questo processo si sono dimostrati fallimentari. Infatti era molto difficile interferire con l'angiogenesi tumorale e alcuni effetti collaterali non previsti hanno determinato un ripensamento di tutta la strate-

gia. Ciò è stato possibile anche con la messa a punto di agenti capaci di bloccare il fattore endoteliale di crescita vascolare che è un fattore di crescita chiave per il processo di angiogenesi. La collaborazione fra case farmaceutiche ha determinato la sintesi di un inibitore del fattore vascolare che è ormai entrato nella sperimentazione clinica, per capire il ruolo di questo farmaco nelle neoplasie del colon che non hanno risposto ad una terapia convenzionale.

La ricerca di base e clinica si sta dirigendo verso la migliore conoscenza dei fenomeni che sono alla base del processo tumorale e a identificare quei bersagli che attraverso il loro blocco possono interferire con il processo tumorale. E' sicuramente una strada lunga e accanto ad entusiasmanti scoperte vi saranno cocenti delusioni. E' importante però che i centri di ricerca ed universitari si confrontino con queste problematiche per definire le migliori terapie possibili per i pazienti neoplastici. In questo momento rappresentiamo a livello nazionale ed internazionale un centro che può sperimentare nuovi farmaci e nuove modalità terapeutiche partecipando anche come coordinatori agli studi in precedenza descritti; l'obiettivo è di fornire a tutti il migliore trattamento che possa rappresentare la vera svolta nella lotta contro il cancro.



Rubrica Giovani

di Rossana Berardi e Nicola Battelli

Tra i quesiti giunti alla nostra redazione, numerosi sono stati i colleghi che ci hanno chiesto spiegazioni riguardo la normativa che regola le sostituzioni dei Medici di Medicina Generale, con particolare attenzione all'aspetto economico.

Approfittiamo dell'occasione per riportare quanto descritto nell'ultima Convenzione (ACN 1998-2000; DPR 270/2000). Le difficoltà oggettive che attualmente si incontrano per l'effettuazione di sostituzioni di breve periodo in Medicina Generale, hanno indotto il nostro Ordine a realizzare un elenco di medici nostri iscritti disponibili alle sostituzioni. Gli interessati potranno inviare comunicazione (di persona, via posta o e-mail) presso la Segreteria dell'Ordine. Ricordiamo però la assoluta necessità di firmare la liberatoria per il trattamento dei dati personali ai sensi della legge sulla privacy.

Rinnoviamo l'invito a porci le domande che più vi interessano: potrete farlo inviandoci un'e-mail all'indirizzo rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it.

LE SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

ART. 23 – SOSTITUZIONI

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'articolo 4, salvi diversi accordi regionali che stabiliscono anche il limite delle scelte che possono essere poste a carico del medico sostituto.
2. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente accordo.

3. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 4, dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi dei convenzionati e secondo il trattamento economico previsto per il medico sostituito.
4. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme del regolamento allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale, compresa la relativa documentazione.
5. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.
6. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 2, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al medico sostituto, salvo quanto previsto dall'art. 16, comma 12.
7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
8. Tranne che per i motivi di cui all'art. 5, commi 1, 2 e 3, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 1, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale

risoluzione dei rapporto convenzionale.

9. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, @le. Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.
10. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 6.
11. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione per tutta la durata della stessa.
12. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli accordi Regionali e da quelli Aziendali.
13. In caso di decesso del medico convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico fosse già sostituito, il sostituto già incaricato al momento del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al medico deceduto per non più di 30 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione

Allegato C (art. 23)

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 23, i rapporti economici tra medico sostituito e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario professionale, deve essere

- corrisposto per intero al medico sostituito.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituito se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Il compenso di cui all'articolo 45, lettera B1, è corrisposto al sostituto ove egli ne abbia diritto ai sensi del comma 2 della stessa lettera B1.
5. Ai medici sostituiti spettano i compensi di cui all'art. 45, C1 comma 2, C2 commi 1 e 2, C3, per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.

**ART. 45 comma A1
ONORARIO PROFESSIONALE**

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo, come dalla seguente tabella, distinto secondo l'anzianità di laurea del medico.

| ANZIANITÀ DI LAUREA | Compenso Forfetario | |
|-------------------------|------------------------|------------|
| | 01.01.1999 | 01.01.2000 |
| da 0 a 6 anni | 44.795 | 45.422 |
| oltre 6 fino a 13 anni | 47.837 | 48.507 |
| oltre 13 fino a 20 anni | 51.009 | 51.723 |
| oltre 20 anni | 54.178 | 54.937 |
| oltre 27 anni | 56.293 | 57.082 |

2. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età è corrisposto un ulteriore compenso forfetario annuo pari a lire 30.000, a decorrere dallo 01.01.2000. (omissis.....)
3. In considerazione dei compiti di cui all'art. 31, comma 3, è corrisposto un compenso capitaro annuo per assistito pari a lire 2.800, a decorrere dallo 01.01.2000.
4. Per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni effettuate dalla data di pubblicazione del presente accordo è corrisposto un ulteriore compenso capitaro annuale di lire 35.000.



Congressi e Corsi

2° GIORNATA DI STUDIO SULLO STRABISMO: LA TEORIA E LA PRATICA

Crediti ECM: 7
Sede: USL 6 FABRIANO
Data: 06/06/2003

ANESTESIA TOTALMENTE ENDOVENOSA E SUA APPLICAZIONE IN NEUROANESTESIA

Crediti ECM: 14
Evento articolato in più edizioni

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI, DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI DELLE MICOSI SISTEMICHE

Crediti ECM: 3
Sede: TEATRO "LE MUSE" - ANCONA
Data: 06/06/2003

ATTUALITA' NELLA DIAGNOSTICA E TERAPIA DEL CANCRO MAMMARIO

Crediti ECM: 2
Sede: SALA POLIFUNZIONALE ASL 8 CIVITANOVA MARCHE
Data: 14/06/2003

CITOPATOLOGIA DEI VERSAMENTI

Crediti ECM: 10
Evento articolato in più edizioni

CONVEGNO NAZIONALE. RECENTI PROGRESSI IN INFETTIOLOGIA: EPATITI CRONICHE DA VIRUS C

Crediti ECM: 4
Sede: ANCONA
Data: 07/06/2003

CORSO DI ACCREDITAMENTO ALLA SCALA FIM

Crediti ECM: 8
Sede: ABITARE IL TEMPO, VIA S.FRANCESCO SNC /LORETO (AN)
Data: 21/06/2003

CORSO DI AGGIORNAMENTO ATTUALITA' IN TEMA DI TOSSINA BOTULINICA

Crediti ECM: 3
Sede: ANCONA OSPEDALE SALESI
Data: 17/06/2003

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN MEDICINA TRASFUSIONALE

Crediti ECM: 14
Evento articolato in più edizioni

CURARE L'ASMA: DALLA FORMAZIONE ALLA PRATICA MEDICA

Crediti ECM: 6
Sede: PORTO S. GIORGIO(AP)H. IL CAMINETTO, L.MARE GRAMSCI
Data: 07/06/2003

CURARE L'ASMA:DALLA FORMAZIONE ALLA PRATICA MEDICA

Crediti ECM: 6
Sede: COLLI DEL TRONTO(AP)HOTEL-CASALE, V.CASALE SUP. 146
Data: 21/06/2003

DEMENZE VASCOLARI E MALATTIA DI ALZHEIMER

Crediti ECM: 2
Sede: AUDITORIUM CARISAP DI AMANDOLA (AP)
Data: 07/06/2003

ECOGRAFIA COLOR DOPPLER ED IMAGING INTEGRATO NELLE URGENZE ED EMERGENZE: STATO DELL'ARTE

Crediti ECM: 11
Sede: ANCONA - EXCELSIOR HOTEL LA FONTE PORTONOVO
Data: 09/07/2003

ECOGRAFIA COLOR DOPPLER ED IMAGING INTEGRATO: STATO DELL'ARTE

Crediti ECM: 11
Sede: ANCONA-EXCELSIOR HOTEL LA FONTE PORTONOVO
Data: 07/07/2003

ECOGRAFIA ED IMAGING INTEGRATO DELL'APPARATO LOCOMOTORE: STATO DELL'ARTE

Crediti ECM: 10
Sede: ANCONA- EXCELSIOR HOTEL LA FONTE PORTONOVO
Data: 11/07/2003

FORMAZIONE ALL'ASCOLTO: CONTESTI EDUCATIVI E TERAPEUTICI PER L'ETÀ EVOLUTIVA

Crediti ECM: 7
Sede: URBINO
Data: 06/06/2003

GIORNATE ADRIATICHE DI CARDIOLOGIA

Crediti ECM: 10
Sede: COLLI DEL TRONTO (AP)
Data: 20/06/2003

IL CUORE E L'ATLETA

Crediti ECM: 6
Sede: AUDITORIUM "FUSCONI", TOLENTINO, MC
Data: 05/06/2003

IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE: ATTUALITA' E PROSPETTIVE

Crediti ECM: 4
Sede: HOTEL FEDERICO II - JESI
Data: 07/06/2003

INTENSIVE EDUCATIONAL PROGRAM ON HYPERTENSION

Crediti ECM: 13
Evento articolato in più edizioni

LA CONSAPEVOLEZZA DEL MEDICO DI MED.GEN.DI FRONTE AI DISTURBI DEPRESSIVI DEL PAZIENTE ANZIANO

Crediti ECM: 3
Sede: ALBERGO CASA OLIVA-VIA CASTELLO,19- SERRUNGARINA
Data: 21/06/2003

LA GESTIONE AMBULATORIALE DEL PAZIENTE CRONICO IN PARTICOLARE NEL PAZIENTE IPERTESO

Crediti ECM: 3
Evento articolato in più edizioni

LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA TROMBOEMBOLICA VENOSA

Crediti ECM: 6
Sede: ANCONA
Data: 30/05/2003

LA TECNOLOGIA AL SERVIZIO DELLA MEDICINA PERIOPERATORIA E DELLA RECOVERY ROOM

Crediti ECM: 5
Evento articolato in più edizioni

LO SCREENING PRENATALE PER LA SINDROME DI DOWN, LA TRISOMIA 18 E I DIFETTI DEL TUBO NEURALE

Crediti ECM: 4

Sede: SALA CONVEGNI-HOTEL PASSETTO ANCONA
Data: 27/06/2003

L'ANESTESISTA RIANIMATORE DI FRONTE ALLE PROBLEMATICHE DEI PRELIEVI D'ORGANO

Crediti ECM: 5
Evento articolato in più edizioni

L'OSPEDALE SENZA DOLORE: TARGET DI QUALITÀ DEGLI ANESTESISTI RIANIMATORI

Crediti ECM: 5
Evento articolato in più edizioni

MOLLUSCHI BIVALVI VIVI: CONTROLLO AMBIENTALE E DEL RISCHIO SANITARIO, MANAGEMENT RISORSA ECONOMICA

Crediti ECM: 11
Sede: TENUTA IL GIOGO - VIA FONTI N. 5 MONTERADO ANCONA
Data: 02/07/2003

OSTRUZIONE NASALE NELLA PRIMA INFANZIA

Crediti ECM: 3
Evento articolato in più edizioni

POLITRAUMA CRANICO, TORACICO

E ADDOMINALE: PROCEDURE OPERATIVE

Crediti ECM: 5
Evento articolato in più edizioni

PREVENZIONE ED INFORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

Crediti ECM: 4
Sede: TREIA SALA CONVEGNI LUBE VIA DELL'INDUSTRIA 4
Data: 07/06/2003

RIANIMAZIONE NEONATALE E PEDIATRICA: GESTIONE DELLE EMERGENZE E DEL TRASPORTO

Crediti ECM: 5
Evento articolato in più edizioni

RUOLO CHIAVE DELL'ANESTESISTA NELLA GESTIONE DEL DAY SURGERY E DELLA CHIRURGIA AMBULATORIALE

Crediti ECM: 5
Evento articolato in più edizioni

SINCOPE E MORTE IMPROVVISA

Crediti ECM: 2
Sede: AULA MAGNA ASL 1
Data: 24/06/2003

TECNICHE DI ANESTESIA LOCO-RE-

GIONALE CON ELETTRONEUROSTIMOLATORE

Crediti ECM: 12
Evento articolato in più edizioni

TEORIA E PRATICA TERAPEUTICO RELAZIONALE NELLA CURA DEI DISTURBI ALIMENTARI

Crediti ECM: 28
Sede: ASS. QUINDI DB VIA GALLODORO, 109
Data: 11/06/2003

TIROIDE E MALATTIE DELL'APPARATO GASTROENTERICO

Crediti ECM: 1
Sede: ANCONA UNIV.STUDI MEDICINA E CHIRURGIA
Data: 14/06/2003

ULTRASUONI ED APPARATO CIRCOLATORIO

Crediti ECM: 9
Sede: FERMO (AP) AUDITORIUM SALA S. MARTINO
Data: 20/06/2003

UPDATE SULLA VENTILAZIONE NON INVASIVA

Crediti ECM: 3
Sede: ANCONA - Data: 07/06/2003

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

A N C O N A

CORSI TEORICO PRATICI SULLA GESTIONE DELL'URGENZA-EMERGENZA TRAUMATOLOGICA E MEDICA

PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support)

TRATTAMENTO PRE OSPEDALIERO DEL TRAUMA
Per medici, infermieri ed operatori dell'emergenza territoriale e dei Dipartimenti Emergenza
4-5 luglio 2003
20-21 ottobre 2003
crediti formativi ECM 15

ATLS (Advanced Trauma Life Support)

TRATTAMENTO OSPEDALIERO DEL TRAUMA
Per medici dei Dipartimenti Emergenza e dell'Emergenza Territoriale
10-12 giugno 2003
25-27 settembre 2003
17-19 novembre 2003
crediti formativi ECM 25

AMLS (Advanced Medical Life Support)

TRATTAMENTO DELLE EMERGENZE MEDICHE (non cardiologiche)
Per Medici di Base, Guardie Mediche, Medici, Infermieri ed Operatori dell'Emergenza Territoriale e dei

Dipartimenti Emergenza
crediti formativi ECM 18
10-11 luglio 2003
13-14 ottobre 2003
12-13 dicembre 2003
crediti formativi ECM richiesti

Sede
Croce Azzurra Sirolo (ANCONA)

Responsabile dei corsi
Dr Marco Esposito
Pronto Soccorso Regionale Ospedale Torrette ANCONA

Per Informazioni
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
FORMED Associazione per la Formazione Sanitaria (ANCONA)
Tel 071.9069043 Fax 071.9069042 e.mail:
formed.marche@tiscali.it
www.formed.marche.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

