

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 Borromei • Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona • N. 5 - Marzo 2004 • Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

- ▶ **Editoriale**
- ▶ **Bioetica:
procreazione assistita**
- ▶ **Il punto su:
la radioterapia**
- ▶ **Rubrica giovani:
che cos'è l'ENPAM**

2004

5
marzo

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

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

Francesco Lattanzi

Consiglieri

Nicola Battelli

Maria Beatrice Bilò

Marcello Mario D'Errico

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

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:

Duomo di Ancona

Questo numero è stato chiuso:

Giovedì 8 aprile 2004

sommario

editoriale**Assemblea annuale 2003** 4**bioetica****Procreazione assistita** 7**il punto su...****Radioterapia** 10**dalla FNOMCeO** 13**dal Ministero****Donazioni trapianti in crescita** 18**Monitoraggio intensivo farmaci** 19**Analgesici oppiacei** 21**curiosità****A proposito di doping** 25**rubrica giovani** 26**congressi e corsi** 28



ASSEMBLEA ANNUALE 2003

di *Fulvio Borromei*

Un cordiale saluto a tutti voi presenti.
Prima di iniziare i lavori ricordiamo i nostri colleghi scomparsi:

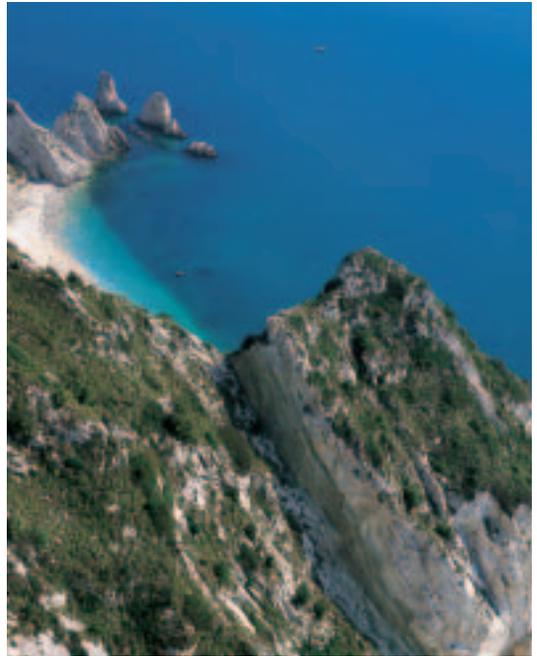
- *GUZZUGLI MARINI CLAUDIO* deceduto 22/6/03
(Iscritto *Albo Medici* e *Albo Odontoiatri*)
- *MANOCCHI PAOLA* deceduta 16/8/2003
- *SISTI ALBERTO* deceduto 2/8/2003
- *BRACHETTI FELCINI ALESSANDRO*
deceduto 1/9/2003
- *ZOPPI ALBERTO* deceduto 18/9/2003
- *BORGOGNONI LANFRANCO* deceduto il 29/9/03
- *LIGUORO FRANCO* deceduto 5/10/03
- *CIUCCARELLI ALESSANDRO* deceduto 8/10/03
- *ALESSANDRINI ARNALDO* deceduto il 15/11/03
- *DOLCIOTTI MARIELLA* deceduta il 18/11/03
- *PRINCIPE VERA* deceduta il 18/11/03

In questo anno di intenso lavoro il Consiglio dell'Ordine si è impegnato a realizzare una parte del programma con il quale ci siamo presentati ai medici elettori:
Ordine che consta di 2831 iscritti Albo Medici, di 339 iscritti Albo Odontoiatri e di 143 con doppia iscrizione (al 31/12/2003).

Si sta cercando di realizzare alcuni servizi che possono essere utili ai medici.

Si è concretizzato ad esempio la convenzione Telecom Italia Mobile che permette ai medici di questa provincia di avere tariffe della telefonia mobile più convenienti (per coloro che vi aderiranno), la *Dr.ssa Guerrieri* e il *Dr Giorgio Fanesi* si sono interessati a tale iniziativa.

Si sta studiando, e il progetto è a buon punto una convenzione assicurativa che tuteli il medico dai rischi professionali e lo copra adeguatamente cercando di evitargli quelle fughe che a volte le assicurazioni attuano quando un medico incappa nella necessità di usufruire di un indennizzo.



Gruppo lavoro composto dai dottori Sertori Augusto, Magiera Maria Giovanna, Silvetrelli Marco e Lattanzi Francesco.

Stiamo ulteriormente migliorando la comunicazione sia attraverso il nostro Bollettino, che ha anche cambiato la veste iconografica, ed è presente con articoli interessanti che spaziano in un ampio ventaglio di tematiche.

Ci proponiamo inoltre di farlo diventare sempre più la voce della buona medicina, dedicando spazi a colleghi che vogliono illustrare l'attività culturale e professionale estrinsecata sia a livello congressuale che lavorativo professionale.

Intendiamo con questo strumento evidenziare il buon livello professionale esistente sia a livello ospedaliero che territoriale.

Invito quindi i colleghi a scrivere e a collaborare nella stesura del Bollettino.

A proposito vorrei ringraziare il Dr Nicola Battelli coordinatore di Redazione che sta tenendo alto il valore del nostro giornale, e anche la rubrica *Giovani*, da lui ideata, dà i suoi risultati.

Si ringrazia inoltre tutto il Comitato di Redazione.

Anche il nostro sito è molto apprezzato e migliaia sono i visitatori che attingono informazioni utili sia di ordine professionale che legale-amministrativo.

E' attiva ormai da alcuni mesi una mailing list gestita dal nostro Ordine alla quale si possono iscrivere i medici che lo desiderano.

Con questo servizio intendiamo potenziare ulteriormente la nostra attività Internet fornendo informazioni in tempo reale su novità normative in materia sanitaria e di concorsi pubblicate sui bollettini ufficiali. Inoltre l'Ordine per opera del Dr Giustini Sergio si cimenterà sulla storia di questo Ordine di Ancona proponendo in futuro una pubblicazione.

Abbiamo disposto un bilancio una somma da utilizzare per la realizzazione di Borse di Studio per giovani medici specialisti che desiderino realizzare ad esempio un'esperienza professionale in paesi del terzo mondo e/o in altre circostanze in studio.

Il come un Ordine professionale possa svilupparsi nel tempo, oltre dalla sua impostazione legislativa (tralaltro la riforma della nostra istituzione tarda a venire) dipende anche dal sentire comune professionale e dalla interazione con le altre organizzazioni sanitarie associative e scientifiche. (Rappresentanze mediche).

E' anche in parte nel riconoscimento di queste il ruolo possibile che l'Ordine può sviluppare. L'Ordine non può realizzare le sue strategie se non è riconosciuto il suo ruolo dalla professione stessa.

I confini seppur tracciati dalla legge trovano legittimazione dal riconoscimento esterno professionale. Per cui è importante che nasca e maturi una coscienza professionale ordinistica che sia il terreno di coltura di questa istituzione.

L'Ordine si è attivato e si attiverà sempre più anche nei confronti delle Istituzioni Sanitarie Regionali perchè le tematiche più importanti vengono dibattute e l'Ordine sia consultato preventivamente a lavorare su temi di proprio interesse.

A proposito vorrei citare l'incontro avvenuto con il Presidente della Giunta D'Ambrosio V. e l'Assessore alla Sanità A. Melappioni in Regione il giorno 24/11/2003 con i quattro Presidenti degli Ordini dei Medici-chirurghi e Odontoiatri delle Marche dove si è aperto un Tavolo Permanente di confronto tra le istituzioni.

In questa circostanza si è parlato di come alcuni temi:

- deburocratizzazione
 - ECM
 - Come qualificare il sistema della offerta
 - Rapporto tra giurisprudenza e mondo medico
- sono temi importanti che dovrebbero essere dibat-

tuti e affrontati con determinazione.

In questa circostanza ho espresso il mio pensiero di come solamente l'interazione e la collaborazione fattiva delle istituzioni sia la strada per uscire dalle secche però con un vero atteggiamento propositivo e non tattico formale.

L'incontro è stato a mio avviso costruttivo e i risultati spero confermeranno il mio pensiero.

Da ciò si comprende come l'Ordine vuole offrire il proprio contributo alla crescita professionale di un Sistema Sanitario Regionale che guardi alla Appropriatezza e Qualità.

Per questo motivo vuole riconosciuto un ruolo di terzietà capace da fungere da volano e catalizzatore di quelle potenzialità professionali esistenti in questa Provincia e Regione.

Inoltre questo Ordine sta cercando di portare un suo contributo professionale anche in commissioni e/o gruppi di lavoro nazionali FNOMCeO, dove mi vedono personalmente coinvolto come componente per la ECM e dove vede coinvolto il Vice Presidente Dr Catalini Giambattista, componente in quelle: Osservatorio sul disagio medico e nella Commissione per i problemi dei medici dipendenti. Queste presenze rappresentano un riconoscimento professionale di questo Ordine.

Si è costituito in seno al Consiglio un Gruppo di Lavoro sulle Medicine non Convenzionali di cui fanno parte il Prof. D'Errico M. e le dottoresse Guerrieri A. e Bilò B. che avrà il compito di affrontare le problematiche inerenti a queste, anche in relazione al documento del Consiglio Nazionale di Terni che sottende ad una regolamentazione e/o approfondimento in ambito professionale medico. Presto ripartirà l'Osservatorio (coordinato dal Dr M.Q.Ricci) che è un buon tavolo di confronto interprofessionale su varie problematiche.

Esiste nell'Ordine da tempo una Commissione per la Pubblicità (ne fanno parte il Dr Federico Fabbri coordinatore, il dr Stefano Tucci, Dr Mario Perli, Dr Giuliano Rocchetti e Dr Francesco Lattanzi) che ogni giorno affronta problematiche sul tema, in riferimento alla tuttora legge in vigore 175 del 1992. Lavoro arduo e non facile per alcune posizioni particolari della legge stessa. L'Ordine comunque deve affrontare anche problematiche economiche per il suo sostegno e per la sua proiezione futura.



Un ricordo

Un gruppo di Lavoro Bilancio costituito dal Consiglio Direttivo (Borromei-Catalini-Venanzi-Fanesi) dai Revisori dei Conti (Rocchetti-Giostra-Perli) e dai Consiglieri Lattanzi-Giustini ha lavorato e lavora per ottimizzare al meglio le risorse economiche disponibili.

Da questa elaborazione ora nasce un Bilancio Preventivo 2004 equilibrato e proiettato nel futuro, cercando di realizzare quella stabilità necessaria anche per i futuri consigli ordinistici.

Vorrei ringraziare ufficialmente il Dr Giorgio Fanesi, nostro Tesoriere, che si è impegnato in un lavoro di attenta analisi e di progettualità con dedizione, modestia, ed intelligenza dimostrando di essere un ordinista capace ed autorevole.

Lascerò a lui poi la parola per presentarvi il suo lavoro. Ringrazio per il lavoro, la presenza costante sempre data ai Consigli e alle Commissioni tutti i consiglieri, i revisori, la commissione odontoiatrica; i quali hanno sempre dimostrato serietà, impegno e di alta professionalità (molte sono le professionalità presenti e le leadership in questo Consiglio).

In questo anno trascorso ci siamo affiatati e amalgamati e conosciuti ulteriormente, e questo ha portato profitto all'Ordine.

Vorrei ringraziare per questo il Vice-Presidente Giambattista Catalini, il Tesoriere Giorgio Fanesi e il Dr Luigi Venanzi che nonostante i suoi innumerevoli impegni (di cui la recente nomina a Presidente Nazionale sindacale dei medici specialisti del territorio).

porta avanti con sempre maggiore competenza il suo ruolo di Segretario.

Anche il nostro personale, coordinato da Renzi Stefania con grande professionalità, cresce in competenza e professionalità e anche a loro va il mio saluto e ringraziamento.

Molti sono gli impegni che il Consiglio affronta e non posso enumerarli tutti per brevità di tempo.

Vorrei concludere la mia relazione augurando a tutti voi Buon Natale e Buon Anno 2004 e che questo nuovo anno sia foriero di PACE, (ma di una pace vera non quella formale che non amo, ma PACE con GIUSTIZIA binomio inscindibile e perchè questo si realizzi, questa Pace deve nascere nelle nostre coscienze e trasferirsi nei nostri rapporti umani con i familiari, i conoscenti, gli amici, con i colleghi, fino ad arrivare man mano alle istituzioni di cui tanto hanno bisogno per svolgere quel ruolo cui sono chiamate, comprese le nostre professionali e ORDINISTICHE.

Questo mi auguro per me e per tutti voi. Grazie.

Fulvio Borromei



Il 25/2/2004 è morto Giorgio Fanesi, un caro amico, un ottimo collega, il nostro Tesoriere dell'Ordine.

Molti sono i ricordi che mi legano a lui ed oggi mentre scrivo faccio fatica ad esprimere appieno le mie opinioni, perché

il dolore e il rammarico per aver perduto una cara persona sono prevalenti e imbrigliano il mio pensiero.

Vorrei comunque ricordarlo in questo bollettino al quale aveva dato e continuava a dare un forte contributo professionale.

In queste pagine ha dimostrato capacità comunicative, inventiva e passione.

Una passione che traspariva in ogni attività che egli si accingeva a fare e coinvolgeva coloro che collaboravano con lui.

Purtroppo la professione ha perso un suo membro che la onorava con il suo comportamento etico, con il suo impegno e con la sua costante dedizione.

Abbiamo perso con Giorgio un collega serio e motivato, un medico che aveva saputo portare sia nella società professionale che nella società in generale un esempio di correttezza e disinteresse personale.

Abbiamo perso un medico ordinista cresciuto nella convinzione che l'Ordine rappresentasse la più nobile espressione professionale da salvaguardare nella tutela di tutti.

Alle doti professionali si coniugavano la lealtà, la trasparenza, la bontà di un uomo che ha lasciato un grande vuoto in questo Consiglio difficile da colmare, ma se ci richiameremo a lui nella nostra opera gli faremo certamente un regalo a lui gradito ed onoreremo la sua memoria.

Un caro saluto a te Giorgio che non sei più fisicamente con noi ma alberghi nei nostri cuori.

Fulvio



Bioetica

di Massimiliano Marinelli



LE NORME IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Dopo un lungo vuoto legislativo, è stata approvata la legge italiana che regola la procreazione medicalmente assistita¹.

La legge ha sollevato forti polemiche e già si parla di iniziative politiche per abrogarla.

Naturalmente la legge è il risultato di un dibattito dove gli aspetti scientifici hanno convissuto con le opportunità politiche e carte di valori differenti etici e religiosi si sono scontrate con interessi confliggenti. Tuttavia questa è la legge con la quale si avrà da fare quando si proporrà il ricorso alla fecondazione assistita.

Può essere utile, quindi, proporre una rapida sintesi della legge e della concezione della procreazione che esprime e regola.

LA CONCEZIONE TERAPEUTICA DELL'INTERVENTO MEDICO

In primo luogo, si deve sottolineare come la legge collochi l'intervento medico esclusivamente nell'ambito terapeutico della cura della sterilità o della infertilità umana².

La procreazione assistita non è una modalità come le altre del nascere umano, ma rappresenta un atto medico terapeutico possibile solo quando la coppia risulti infertile e, qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità³.

Proprio per questi motivi, per accedere alle tecniche di procreazione assistita è necessario l'accertamento e la certificazione della causa di sterilità o della infertilità, e dell'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione⁴.

Nell'ambito dell'accezione restrittiva del termine tera-

peutico, la legge vieta il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

La sterilità o l'infertilità è considerata come patologia della coppia e l'atto terapeutico dovrebbe risolvere il problema, utilizzando tutte le possibilità tecnico-scientifiche, per ottenere la fecondazione e, possibilmente, la procreazione esclusivamente all'interno della coppia, senza l'introduzione di elementi terzi (donazione di ovulo, di spermatozoo, utero in affitto) che, a parere del legislatore, stravolgono la natura terapeutica dell'atto medico.

In questo caso il termine *terapeutico* non raccoglie tutte le possibilità che la tecnica mette a disposizione del medico, ma limita il suo intervento nell'utilizzo delle sole risorse della coppia.

Può essere interessante valutare i punti di vista dei diversi concetti terapeutici che coesistono nell'ambito delle tecniche di fecondazione assistita.

Se il fine per cui richiede la procreazione è il figlio, egli potrebbe essere ottenuto utilizzando tutte le risorse disponibili, comprese le donazioni di ovulo, sperma, etc etc.

Se il fine terapeutico è, invece, quello di superare gli ostacoli patologici e riuscire a procreare un figlio come sarebbe nato se tali ostacoli non ci fossero stati, il bambino può nascere solo all'interno delle risorse della coppia, e con l'incontro dei gameti dei genitori.

I REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Coerentemente con tale punto di vista, solo coppie di sesso diverso, in età potenzialmente fertile, viventi potranno accedere alle tecniche di procreazione⁵.

La legge, quindi, si rivolge alle coppie infertili e non al singolo richiedente.

La sterilità come patologia non prevede la

1 - Al momento della stampa del bollettino, la legge non è ancora pubblicata. Il testo preso in riferimento è quello approvato dal senato il giorno 11.12.03 e riportato nel sito del Senato della Repubblica DL n 1514.

2 - Art. 1; 1. Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.

3 - Art. 1; 2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità.

4 - Art. 4; 1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

5 - art. 5; 1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

infertilità fisiologica femminile che si sviluppa da una certa età in poi. Le coppie devono essere stabili, coniugate o conviventi.

Come si vedrà successivamente nel capo VI *misure di tutela dell'embrione*, la patologia che la tecnica medica intende curare non contempla tutti quei casi dove è possibile la trasmissione all'embrione di un carattere ereditario patologico e dove, quindi, si renderebbe necessaria una diagnosi embrionale prima dell'impianto, per verificare se la patologia genetica è presente o no.

IL CONSENSO INFORMATO

La legge, dopo aver pronunciato tali principi generali e le modalità di accesso alle tecniche, per garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa, richiede che la volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sia espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura dopo un adeguato processo di comunicazione⁶.

Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

Le regioni autorizzano le strutture pubbliche e private che possono realizzare gli interventi di procreazione medicalmente assistita. Tali strutture saranno inserite in un registro nazionale⁷.

LO STATUTO DELL'EMBRIONE UMANO

Successivamente, la legge affronta il problema dello statuto dell'embrione umano e delle pratiche mediche e sperimentali consentite.

Anche in questo caso il legislatore restringe il campo della ricerca clinica e sperimentale alle finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative⁸.

L'embrione è considerato come un individuo umano e come tale meritevole di tutela nell'ambito della sua salute e del suo sviluppo.

Le attività diagnostiche e terapeutiche permesse si iscrivono esclusivamente nell'interesse dell'embrione e, quindi, escludono ogni possibile selezione embrionale o predeterminazione genetica che in qualche modo possa pregiudicare poi la salute e lo sviluppo dell'embrione stesso⁹.

Da questo punto di vista, le coppie potenzialmente portatrici di gravi patologie genetiche trasmissibili alla generazione futura, non possono rivolgersi alle tecniche di fecondazione assistita, per una diagnosi genetica preimpianto, tesa al trasferimento di quegli embrioni risultati privi dell'anomalia genetica. È consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto. La crioconservazione e la soppressione degli embrioni sono vietate e, quindi, gli embrioni, prodotti in un numero comunque non superiore a tre, saranno trasferiti in utero in un unico e contemporaneo impianto¹⁰.

6 - Art. 6, 1. Prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente comma e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa.

7 - Art. 11 1. È istituito, con decreto del Ministro della salute, presso l'Istituto superiore di sanità, il registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.

8 - Art. 13 1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano; 2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative.

9 - Art. 13 3. Sono, comunque, vietati:

- la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;
- ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di mani polazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo;
- interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca;
- la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimere.

10 - Art. 14. 2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.

3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile.

La riduzione embrionaria delle gravidanze multiple è vietata, ma le coppie saranno informate sul numero, e se vogliono, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero¹¹.

Inoltre è vietato ogni intervento di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca.

IL DIBATTITO SULLA CLONAZIONE TERAPEUTICA E SULLA RICERCA SULLE CELLULE STAMINALI EMBRIONALI

Seppure ci sia un sostanziale accordo, sia nella comunità scientifica, sia nell'intera società nel vietare il ricorso alla clonazione riproduttiva che ha il fine di produrre un essere umano mediante il trasferimento nucleare nell'ovulo dell'intero patrimonio cromosomico proveniente da una cellula adulta somatica, esistono posizioni variegata sulla ricerca e sull'utilizzo delle cellule staminali embrionali.

Da quando nel 1998 sono state isolate e studiate le prime cellule staminali embrionali umane (hES)¹², si è percepito immediatamente il loro enorme potenziale terapeutico. Le cellule hES sono pluripotenti e possono costituire virtualmente ogni cellula del corpo.

Tali potenzialità sono state verificate nell'animale in diversi lavori scientifici tra i quali spicca per importanza quello di Kim che ha sviluppato un metodo per aumentare l'efficienza delle ES nella produzione di neuroni dopaminergici, dimostrando che questi neuroni possono integrarsi nei tessuti dell'ospite¹³ e portare benefici clinici ai topi parkinsoniani.

Il passo successivo è stato compiuto da Cibelli Lanza e West¹⁴, che hanno avviato la *clonazione terapeutica* di un embrione umano, mediante la tecnica di trasferimento nucleare, con lo scopo di individuare e coltivare le cellule staminali embrionali della blastocisti, rendendo disponibile così una cellula staminale pluripotente con un corredo cromosomico identico a quello del donatore-ricevente.

La recente sperimentazione coreana ha dimostrato

ulteriormente la possibilità di tale procedimento e il progresso della ricerca scientifica sulle cellule staminali embrionali.

Tale ricerca è lecita in alcuni paesi, anche europei, mentre è vietata in altri.

In Italia, il dibattito sulla ricerca sulle cellule staminali è approdato nell'agenda del Comitato nazionale per la Bioetica (CNB)¹⁵, sollecitato dal ministro Moratti che, in relazione all'avvio del VI Programma Quadro di Ricerca dell'U.E., ha richiesto al CNB se sia eticamente lecito:

- svolgere sul territorio nazionale ricerche utilizzando embrioni umani anche soprannumerari che ne determinino la distruzione;
- svolgere ricerche utilizzando cellule staminali derivate da embrioni umani prodotte in data successiva all'avvio del VI Programma Quadro di Ricerca dell'Unione Europea;
- produrre cellule staminali derivate da embrioni umani anche soprannumerari.

Su ciascuno dei tre quesiti, la maggioranza dei membri del CNB, invocando la convenzione di Oviedo¹⁶, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza¹⁷, ha espresso parere negativo, anche se il documento contiene altre due mozioni una delle quali ritiene eticamente lecita la derivazione di cellule staminali a fini terapeutici dagli embrioni non più in grado di essere impiantati.

La presente legge appare cogliere in pieno il parere della maggioranza dei membri del CdE e impedisce per motivi etici la ricerca sulle cellule staminali embrionali anche negli embrioni crioconservati e di incerto destino, vietando ogni sperimentazione di clonazione terapeutica.

Termina qui la breve sintesi della legge sulla procreazione medicalmente assistita.

La rubrica di bioetica è pronta ad accogliere le osservazioni e i commenti dei colleghi per arricchire il dibattito su uno dei temi più importanti della medicina biotecnologica.

11 - Art. 14. 4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero.

12 - Thompson JA et al Science 282, 1145-1147 1998.

13 - Kim JH et al. Dopamina neurons derived from embryonic stem cell function in an animal model of Parkinson's disease. Nature 418 jule 2002 50-56.

14 - Cibelli Lanza West The Journal of Regenerative Medicine somatic cell nuclear transfer in humans: pronuclear an early embryonic development. 25 novembre 2001.

15 - CNB., PARERE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA SU RICERCHE UTILIZZANTI EMBRIONI UMANI E CELLULE STAMINALI 11 aprile 2003.

16 - La convenzione di Oviedo tra l'altro afferma che la sperimentazione a carico degli embrioni è giustificata unicamente se praticata nel loro specifico interesse e non può essere giustificata dal pur rilevante interesse generale della società e della scienza.

17 - la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza riconosce la dignità di tutti gli esseri umani e l'esistenza di diritti fondamentali quali il diritto all'integrità fisica e psichica di ogni individuo nei confronti delle applicazioni della medicina e della biologia.

Il punto sulla radioterapia

di Filippo Grillo Ruggieri

Ogni anno nella Regione Marche si ammalano di tumore alcune migliaia di persone.

Il 60% di questi pazienti deve essere sottoposto a Radioterapia, che risulterebbe essere così la cura oncologica percentualmente più utilizzata.

E' perciò importante rivedere il ruolo attuale delle cure radioterapiche, le loro modalità di realizzazione, le possibili integrazioni e gli attuali sviluppi.

Per quanto riguarda il ruolo della Radioterapia è in aumento il numero di pazienti che vengono trattati in un contesto curativo radicale o comunque con l'obiettivo di un durevole controllo della malattia, mentre, sia pure in un minor numero di pazienti, la radioterapia conserva un ruolo importante di palliazione.

Questa tendenza nei fatti contrasta con l'idea, ancora oggi largamente diffusa tra i pazienti, ma talvolta anche tra i medici, che la radioterapia sia la terapia "da ultima spiaggia" utilizzata quando comunque non esistano altre terapie efficaci o risolutive (concetto che si riflette nella frase "i raggi fermano il tumore ma non lo guariscono").

Tradizionalmente l'impostazione della radioterapia veniva praticata scegliendo campi di irradiazione delineati in radioscopia e radiografia mediante il simulatore radiologico, utilizzando, per definire la posizione del centro dei campi e i margini degli stessi, i reperi ossei o le vie aeree.

E' intuitivo comprendere che in questa situazione non essendo possibile visualizzare direttamente e in modo completo i volumi tumorali si utilizzavano campi con margini ampi, tali da rendere certi che la neoplasia o il letto operatorio fossero ampiamente compresi nella dose di prescrizione. Si finiva così per includere nei campi stessi anche ampie parti di organi sani, non direttamente visibili nelle radiografie di centraggio, con aumento così della percentuale di danni acuti (flogosi) e tardivi (fibrosi, vasculiti, necrosi).

Per migliorare lo studio della dosimetria, sono stati introdotti nella pianificazione una o alcune scansioni TC con il presupposto che la dosimetria su quel piano fosse adatta anche per le strutture sovra e sottostanti, co-

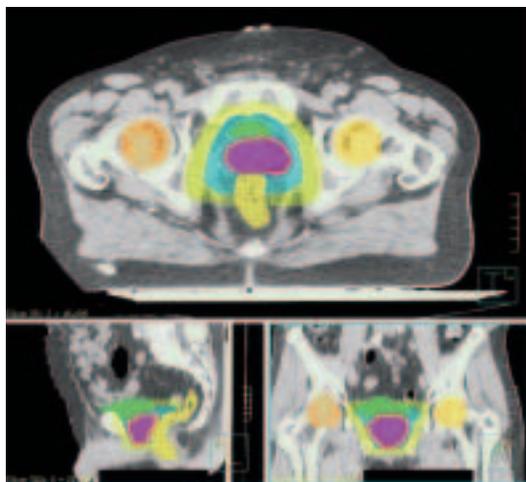
sa talvolta non adeguata.

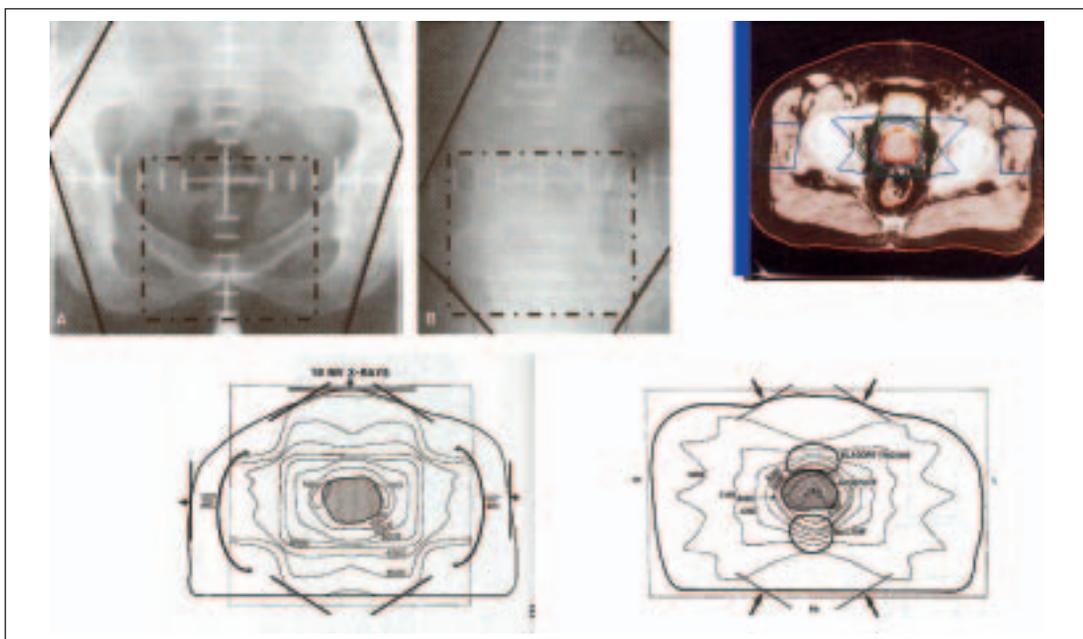
E' chiaro quindi che anche negli anni precedenti vi era il tentativo da parte dei radioterapisti di tener conto della realtà "tridimensionale" della irradiazione, allo scopo di ridurre i limiti intrinseci alle metodiche. Con l'avvento della TC spirale e la disponibilità di hardware e software sempre più sofisticati è apparso logico utilizzare questi strumenti per realizzare un approccio al trattamento radioterapico di tipo effettivamente tridimensionale.

Non si utilizzano più campi standard centrati su reperi anatomici indiretti, ma si giunge ad una personalizzazione avanzata della irradiazione attraverso un processo che vede implementate le seguenti fasi:

- 1) Immobilizzazione del paziente con adeguati dispositivi costruiti su misura come maschere in termoplastica, schiume poliuretatiche, cuscini sagomabili in polistirolo sottovuoto, allo scopo di minimizzare le incertezze nel ripetuto posizionamento del paziente ad ogni seduta.
- 2) Acquisizione di immagini del volume corporeo di interesse mediante TC spirale.
- 3) Trasferimento delle immagini alle consolle di pianificazione radioterapica.
- 4) Contornamento su ogni scansione TC dei volumi bersaglio. Si distinguono: il volume macroscopico visibile mediante diagnostica per immagini (Gross Tumor Volume o GTV); il volume, più ampio, che comprende le aree di diffusione microscopica della malattia (Clinical Target Volume o CTV); e infine un ulteriore più ampio volume per compensare le incertezze legate al movimento degli organi o al riposizionamento (Planning Tar-

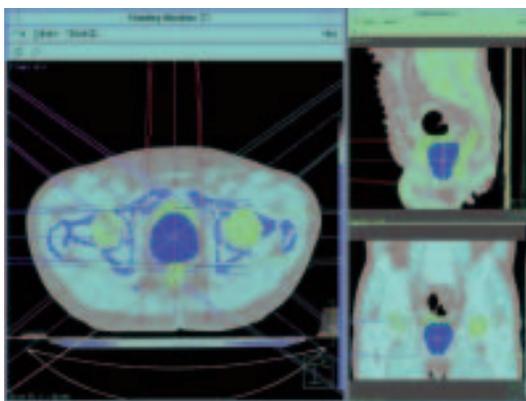
Ricostruzione 3D del volume bersaglio selettivo e di organi critici (vescica, retto).





Pianificazione tradizionale 2D.

- get Volume o PTV); a quest'ultimo sarà prescritta la dose terapeutica. Allo stesso tempo vengono contornati i profili degli organi sani.
- 5) Simulazione virtuale sul computer della geometria della irradiazione mediante la rappresentazione dei fasci di radiazione che possono essere orientati con ampia libertà riproducendo quanto potrebbe essere fatto in realtà con il paziente disposto sul lettino di trattamento
 - 6) Calcolo della distribuzione di dose conseguente a più soluzioni geometriche, non solo su un piano, ma nell'intero volume di interesse. Tale procedura permette di conoscere con precisione millimetrica come la dose di radiazioni raggiungerà tutti i tessuti visibili e di scegliere anche tra più soluzioni quella che consenta di raggiungere la maggiore dose al volume bersaglio (PTV) con la minor dose agli organi sani.
 - 7) Le immagini dei campi di trattamento da utilizzare verranno realizzate non più su pellicola radiografica al simulatore ma ottenute direttamente al sistema per piani di trattamento in modo digitale (DRR o Digital Reconstructed Radiography), in assenza del paziente. L'enorme vantaggio rispetto alle immagini di simulazione tradizionale è che nelle DRR può essere rappresentato anche il volume bersaglio, prevedendo elettronicamente la posizione che verranno ad assumere alcune decine di lamelle di schermatura disposte all'interno della testata dell'acceleratore (Collimatore Multilamellare o MLC). Si costruisce così un margine di protezione "conformato" intorno al profilo del volume bersaglio. Questa operazione può realizzarsi con ogni angolazione dell'acceleratore, garantendo la massima flessibilità nell'impostazione del piano di cura con campi conformati anche in elevato numero per seduta.
 - 8) Tutte le informazioni del piano di trattamento prescelto necessarie per realizzare l'irradiazione vengono trasferite ai computers che gestiscono l'acceleratore lineare e sono richiamabili su apposita consolle ad ogni seduta. La sicurezza della irradiazione è oggi assicurata dal fatto che se i dati impostati ad ogni seduta non corrispondono perfettamente a quanto previsto dal trattamento non vi è consenso alla emissione del fascio da parte del sistema di controllo computerizzato.
 - 9) Vengono infine realizzate radiografie digitali sotto fascio di trattamento, che confrontate con le DRR consentiranno il controllo del corretto posizionamento del paziente sotto fascio o ne guideranno le eventuali correzioni.



Simulazione virtuale 3D dei fasci conformati con collimatore multilamellare.

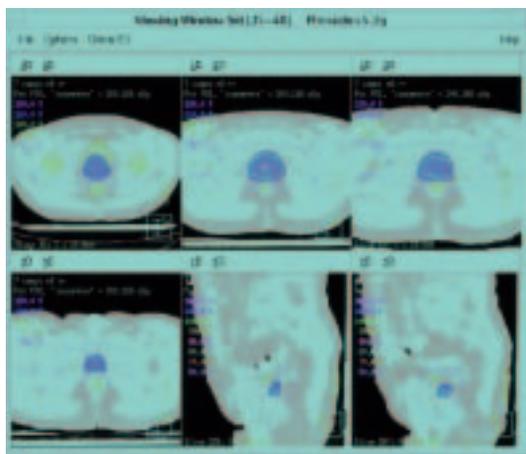
Questa modalità di irradiazione, impostata in modo assolutamente personalizzato in ogni paziente, viene perciò definita Radioterapia Conformazionale ed è stata scelta per migliorare i risultati della radioterapia soprattutto nei trattamenti con intento curativo. Presso la Radioterapia degli Ospedali Riuniti di Ancona non vi è settore di trattamento nel quale non si sia proceduto a sviluppare le applicazioni della Radioterapia Conformazionale.

Il settore pediatrico vede in questa metodica particolari vantaggi, potendosi ridurre i problemi legati all'irradiazione di strutture anatomiche in sviluppo. La radioterapia del sistema nervoso centrale vede una importante riduzione dei volumi di tessuto sano irradiato e la protezione di strutture altamente radiosensibili come le strutture oculari o chiasmatiche.

Anche le neoplasie gastriche e pancreatiche, per molti anni difficilmente irradiabili perchè circondate da organi critici come il fegato, i reni, l'intestino, il midollo spinale sono ora raggiungibili da dosi elevate di radiazioni in condizioni di sicurezza.

La radioterapia preoperatoria nei tumori del retto medio-basso consente non solo di ridurre il rischio di recidiva locale ma anche di aumentare il numero di interventi conservativi dello sfintere.

La prostata è un bersaglio ideale per la radioterapia conformazionale, ed oggi possiamo offrire ai pazienti una alternativa tera-



Distribuzione di dose altamente conformazionale sul volume bersaglio con risparmio degli organi sani.

peutica radicale all'intervento chirurgico, quando ritenuta indicata, con una netta riduzione degli effetti collaterali, soprattutto intestinali, vescicali e rettali.

Il trattamento della mammella o della parete toracica in continuità con la rete linfatica sovraclaveare e ascellare, senza rischi di sovra o sottodosaggio ha sempre costituito un problema di difficile soluzione. Il trattamento conformazionale monoisocentrico ha permesso di risolvere il problema senza nemmeno dover spostare la paziente nel passaggio da una sede anatomica da trattare all'altra e garantendo anche la protezione del miocardio nella irradiazione del lato sinistro.

La scelta anconetana di uno sviluppo applicativo su vasta scala, e non solo in pochi casi selezionati, della Radioterapia Conformazionale ha comportato una maggior sicurezza e versatilità dei trattamenti radioterapici. Da parte dei medici radioterapisti e dei fisici si è enormemente accresciuto l'impegno nella preparazione dei piani di trattamento, così come la necessità di aggiornamento costante di tutta l'equipe, inclusi i tecnici sanitari di radiologia, per la gestione di acceleratori decisamente più complessi ed inseriti ormai in una vera e propria rete di apparecchiature di diagnostica per immagini, computers per la elaborazione di immagini, stesura e memorizzazione di piani di cura 3D, controllo della irradiazione.

I risultati, in termini di risposte al trattamento e di minore tossicità, giustificano ampiamente l'impegno dedicato.

dalla FNOMCeO

ESENZIONE IVA DALLE PRESTAZIONI MEDICHE SENTENZE CORTE DI GIUSTIZIA UE.

In merito alle richieste che ci giungono dagli Ordini relative alle sentenze della Corte di Giustizia Europea - Cause 307/01 e 21201 - concernenti le prestazioni sanitarie di medicina legale rese da medici abilitati si chiarifica quanto segue.

Il principio dell'art.13, parte A, n.1, lett. c) della sesta Direttiva (Dir.77/388/CEE) che prevede per le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio della professione medica e paramedica l'esenzione dall'IVA - fatta propria dall'ordinamento interno italiano con disposizione di cui all'art. 10, punto 18 del DPR 6333/72 - è stato, nelle due sentenze interpretative della Corte di Giustizia, circoscritto con l'identificazione esatta della nozione, ai fini dell'esenzione IVA, di "prestazioni mediche".

Due sono gli elementi considerati dalla Corte di Giustizia come caratterizzanti le prestazioni mediche esenti IVA:

- 1. la natura delle stesse** cioè interventi medici diretti a diagnosi, cura, e dove possibile, guarigione di malattie della salute umana, pertanto prestazioni realizzate a fine terapeutico;
- 2. la finalità perseguita dalle prestazioni stesse** cioè quando vengono effettuate in un contesto che legittima a sostenere che il loro scopo principale è quello di tutelare, mantenere o ristabilire la salute.

Se pertanto la prestazione medica non possiede una di queste caratteristiche ad essa non è attribuito quell'alto valore sociale per il quale è prevista l'esenzione dall'IVA.

Le statuizioni interpretative della Corte di Giustizia UE sono immediatamente operative negli ordinamenti interni anche in presenza di difformi interpretazioni della normativa esaminata così come confermato dalle sentenze della Corte Costituzionale 170/1984, 113/1985 e 389/1989.

A titolo esemplificativo si riportano alcuni casi pratici. Sono esenti IVA le visite mediche di singoli per conto di datori di lavoro o di compagnie di assicurazione; prelievi di sangue per verificare la presenza di virus o altre malattie per conto di datori di lavoro o assicurazioni; rilascio di certificati di idoneità fisica come per esempio viaggiare quando tali prestazioni sono dirette principalmente a tutelare la salute dell'interessato.

Non sono esenti IVA il rilascio di certificati sullo sta-

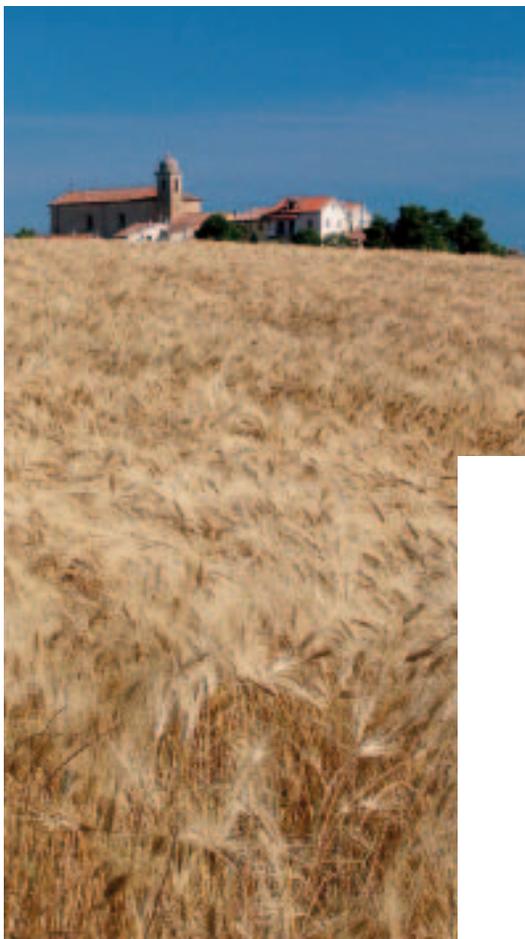
to di salute di una persona per fini quali il diritto ad una pensione di guerra; gli esami medici condotti al fine della preparazione di un referto medico peritale in materia di questioni di responsabilità e di quantificazione del danno per singoli che intendono intentare un'azione giurisdizionale; preparazione dei relativi referti medici anche se basati su note mediche senza aver proceduto a esami clinici.

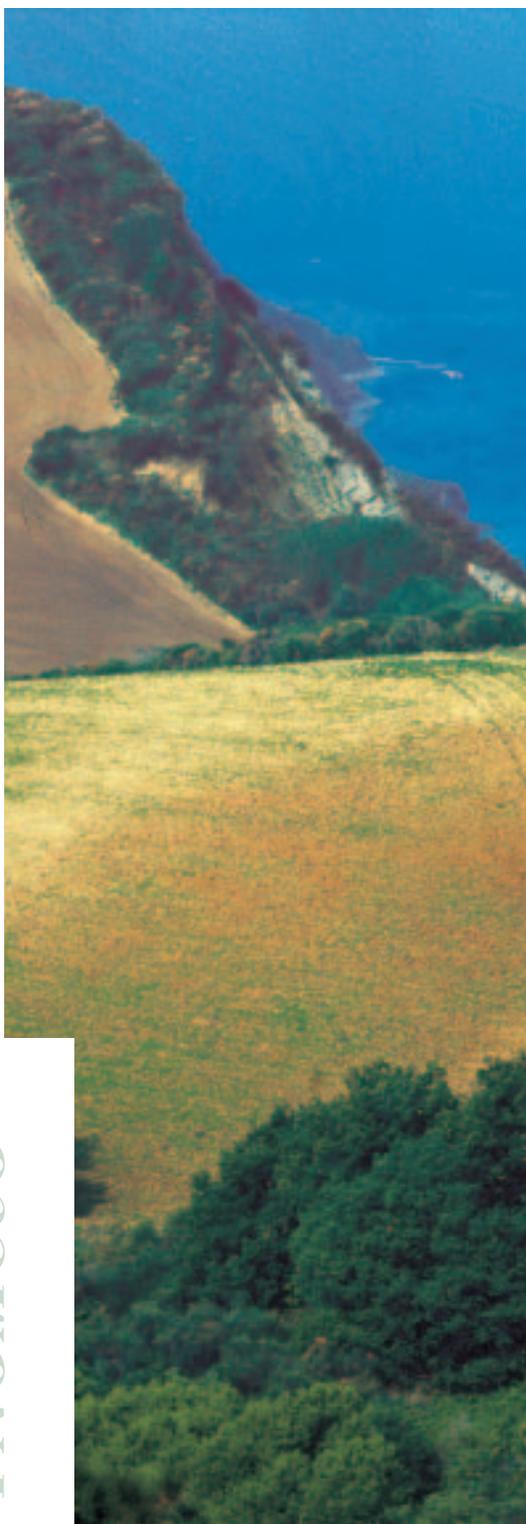
Nel caso in cui venga effettuata un'analisi genetica la stessa non sarà esente IVA nel caso in cui è finalizzata al riconoscimento di paternità mentre sarà esente IVA qualora sia finalizzata ad un uso terapeutico.

In seguito a contatti per le vie brevi con l'Agenzia delle entrate la Federazione ha appurato che sarà predisposta una Circolare in proposito. Sarà cura della FNOMCeO comunicarla agli Ordini non appena sarà pubblicizzata.

IL PRESIDENTE

Dott. Giuseppe del Barone





PROGETTO MEDICI SENZA ETÀ

L'E.N.P.A.M. ha creato una banca dati dei medici italiani in pensione, o prossimi alla pensione, i quali vogliono offrire la propria esperienza lavorativa ed il loro tempo libero, a titolo esclusivamente volontario e in stretta collaborazione con le autorità (Ministero degli Affari Esteri, Protezione Civile, Ministero della Salute) e le Organizzazioni Non Governative (ONG) impegnate in progetti sanitari nazionali e internazionali.

La Federazione degli Ordini condivide i motivi che hanno indotto le organizzazioni sindacali a scendere in campo a supporto della trattativa per il rinnovo del contratto

DEL BARONE: LA SOLIDARIETÀ DELLA FNOMCEO PER I COLLEGGI COSTRETTI ALLO SCIOPERO

Piena adesione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri alla manifestazione indetta dai medici per il prossimo **9 febbraio** a supporto del rinnovo di un contratto, quello della dirigenza medica, scaduto ormai da tempo.

“La FNOMCeO - ha dichiarato del Barone - impegna da sempre in difesa di un Servizio Sanitario Nazionale in grado di garantire a tutti i cittadini gli stessi livelli di assistenza, condivide ansie e timori della categoria medica, per l'eccessivo economicismo che negli ultimi tempi ha caratterizzato la politica sanitaria del Paese”.

“Senza entrare in argomenti di esclusiva pertinenza sindacale - ha aggiunto il Presidente della FNOMCeO - stupisce il fatto che Governo ed Istituzioni nonostante le perplessità più volte avanzate dalla categoria medica, non abbiano ancora fornito alcuna risposta in merito al sottofinanziamento del SSN e ai rischi legati alla devolution che, con ogni probabilità, darà l'avvio a 21 diversi servizi sanitari regionali, con buona pace di quei cittadini residenti nelle aree geografiche meno sviluppate. Uno scenario questo che non può certo tranquillizzare l'intera collettività, già oggi alle prese con lunghe liste di attesa anche in settori specialistici dove, più di altri, risulta determinante un'appropriata prevenzione e la tempestività terapeutica”.

Incontro tra il Presidente della FNOMCeO e i rappresentanti dei medici della Case di Cura DEL BARONE - UNO STATO GIURIDICO AD HOC PER I MEDICI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri **Giuseppe**

del Barone ha ricevuto una rappresentanza della Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata (CIMOP), composta dal Segretario Nazionale **Fausto Campanozzi** e dal Tesoriere **Luca Putignano**. Nel corso dell'incontro sono stati affrontati i numerosi problemi che attualmente gravano sul personale medico delle strutture sanitarie private, ad iniziare dal mancato riconoscimento del loro stato giuridico e contrattuale e delle carriere interne, fino alla molteplicità dei rapporti di lavoro, (dipendenti, liberi professionisti e "medici ad hoc"), situazione che crea un clima di profonda incertezza tra i professionisti, in modo particolare per i medici che operano nelle piccole realtà assistenziali.

In questo contesto - hanno tenuto a precisare i rappresentanti della CIMOP - non si è ancora fatta chiarezza sull'applicabilità, ai medici delle Case di Cura, della cosiddetta "legge Biagi" che, con l'introduzione del "contratto a progetto", aprirebbe di fatto nuovi scenari contrattuali per i medici del comparto.

Il Presidente del Barone nel prendere atto delle giuste rivendicazioni della categoria ha assicurato ai rappresentanti della CIMOP il suo appoggio personale e quello della Federazione degli Ordini nella risoluzione delle problematiche sopra esposte, al fine di restituire serenità e dignità professionale all'intero settore.



Il Presidente della FNOMCeO risponde alle numerose richieste di chiarimenti pervenute in Federazione DEL BARONE - SULLA PRIVACY È ANCORA APERTO UN COSTRUTTIVO CONFRONTO CON IL GARANTE

A seguito delle numerose lettere che colleghi della medicina generale, su sollecitazione di uno dei maggiori sindacati del settore, hanno inviato al Presidente della FNOMCeO per richiedere delucidazioni sul comportamento da tenere in ossequio alle nuove norme sul trattamento dei dati personali, il Presidente Giuseppe del Barone ha inteso precisare quanto segue:

a) Alla data del 1 gennaio 2004 gli aspetti di maggior evidenza che vengono a modificare il rapporto tra medico e paziente sono di tipo organizzativo. Si tratta di accorgimenti volti ad assicurare il rispetto della dignità dell'individuo, demandati nelle modalità al medico stesso, che non prevedono sanzioni, i cui principi, in maggioranza, sono già contenuti nel Codice di Deontologia medica.

b) Entro il 30 settembre 2004, andranno completate, secondo le modalità semplificate, il rilascio dell'informativa e la raccolta del consenso al trattamento dei dati.

Come più volte ricordato e ribadito dal Garante sono allo studio, tra Garante, FNOMCeO, Ministero della Salute e Regioni, soluzioni operative finalizzate a semplificare, al massimo, il momento della raccolta del consenso da parte del sanitario (ipotizzata la realizzazione di un pieghevole-informativo da distribuire attraverso l'organo di stampa della FNOMCeO). Per quanto attiene il caso dell'assistito che entro il 30 settembre 2004 non sia entrato in contatto con il medico di base, la soluzione prospettata dal Garante, che non comporterà per il medico alcuna posizione di irregolarità, è quella di considerare i dati, già posseduti per dettame di convenzione presso lo studio, in stato di blocco ovvero congelati sino al contatto.

c) Entro il 1 gennaio 2005 entreranno in vigore le nuove modalità per le prescrizioni mediche.

Il Garante, sollecitato dalla Federazione circa gli aspetti più pericolosi relativi per esempio ad eventuali ricette anonime, ha assicurato che tutti i rilievi evidenziati dai medici andranno a incrociarsi in una griglia che verrà concordata con il Ministero della Salute al fine di trovare soluzioni condivise ed operativamente sostenibili.

"Devo inoltre ricordare - ha dichiarato il Presidente Del Barone - che al più presto verrà

affrontato il problema legato alla richiesta del pagamento di assurdi diritti di segreteria e notifica telematica, facendo chiarezza se tale "balzello" interesserà, o meno, anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta".

"E' mia personale convinzione - ha concluso il Presidente della FNOMCeO - che "esibizioni di forza" seppur legittime non sempre ottengono i risultati sperati. Credo invece che solo da un confronto serrato, dal dialogo e dalla mediazione, si possa giungere ad un reale miglioramento dei rapporti tra i medici e i cittadini nel rispetto di una normativa che sicuramente di non facile accettazione, è, comunque la si voglia intendere, legge dello Stato sin dal lontano 1996, legge pertanto ben conosciuta da tutte le realtà sindacali di categoria".

Incontro tra il Presidente della FNOMCeO e le rappresentanze di un settore ancora in attesa del contratto di formazione lavoro

DEL BARONE: LA FNOMCEO SOLIDALE CON I MEDICI SPECIALIZZANDI

Pieno appoggio alle giuste rivendicazioni dei medici specializzandi è stato espresso dal Presidente della FNOMCeO, **Giuseppe del Barone** nel corso di una serie di incontri con le rappresentanze del settore.

Ai colleghi della **AMSCE** (Associazione Medici Specialisti della Comunità Europea e Specialisti in Formazione), della **Federspecializzandi** e della **CUMI-AISS** (Associazione Medici Specialisti in Formazione e Specialisti) il Presidente Del Barone ha reso noto un suo recente intervento nei confronti del Sottosegretario Cursi e dei Presidenti della Commissione Affari Sociali Palumbo e della Commissione Igiene e Sanità Tomassini, per ribadire ancora una volta la necessità che il Governo e il Parlamento diano avvio agli impegni assunti con il D.L. 368/99 norma che, nel recepire una specifica direttiva europea, trasforma le attuali borse di studio in contratti di formazione lavoro per i medici specializzandi.

"La situazione economica e professionale per questi nostri colleghi è oramai diventata insostenibile e per noi, rappresentanti della professione, inaccettabile. Non è pensabile - ha aggiunto Del Barone - che tanti medici che giorno dopo giorno garantiscono una significativa quota di prestazioni all'interno del SSN siano ancora considerati "studenti" e non abbiano garanzie previdenziali né riconoscimenti economici adeguati alla qualità e quantità di lavoro prestato".

LA "QUESTIONE MERIDIONALE" ALL'ATTENZIONE DELLA FEDERAZIONE DEGLI ORDINI

"Gli Ordini dei medici delle sei Regioni meridionali (Campania, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia) devono farsi promotori di un confronto istituzionale con il Governo e con i governi regionali per avviare un'operazione verità sulla situazione sanitaria". Lo afferma il Presidente della FNOMCeO, **Giuseppe del Barone** per il quale "le disparità non riguardano più soltanto il rapporto tra Nord e il Sud del Paese, ma anche le differenze in termini di qualità e quantità delle prestazioni tra Regioni limitrofe".

"Anche in termini di autofinanziamento - aggiunge Del Barone - le Regioni sono diverse: Lombardia ed Emilia-Romagna si autofinanziano la sanità con percentuali rispettive del 70 e del 56 per cento, mentre la Basilicata e la Calabria stanno all'11 e all'8,1 per cento. In tempi di devolution più o meno spinta, quello che sembrava un rischio adesso sta diventando una realtà: avere 21 sistemi sanitari diversi, mentre l'articolo 32 della Costituzione garantisce lo stesso diritto alla salute a tutti i cittadini italiani, da Bolzano a Lampedusa".

Secondo **Salvatore Amato** Vice Presidente della FNOMCeO, "si registra un abbassamento della tensione nel dibattito sulle cose vere della sanità, ormai regionalizzata, ma nella quale pare che ormai l'unica preoccupazione sia quella di "far conto", far quadrare i bilanci e basta".

"Chiedo agli Ordini - continua Amato - di aprire un confronto con le Istituzioni per avviare azioni comuni per politiche sanitarie condivise, per esaminare e risolvere i punti di criticità del Servizio Sanitario Nazionale, prima che questo sia definitivamente "spacchettato" per usare la terminologia del CENSIS che nel suo 37° Rapporto, presentato a Roma il 5 dicembre, dopo un decennio, torna a parlare di "Mezzogiorno dimenticato". Non credo sia un caso. Gli Ordini dei Medici devono farsi promotori di una assunzione di responsabilità da parte del Governo, dei Presidenti e degli Assessori Regionali, perché la nuova "questione meridionale" in sanità non passi dalla criticità all'endemicità, da constatare poi amaramente magari tra qualche anno".





dal Ministero

MINISTRO SIRCHIA: TUTELATA LA SALUTE DEI NON FUMATORI

Sulla G.U. 29/12/2003 viene pubblicato il provvedimento emanato dal Presidente del Consiglio dei Ministri per la tutela delle persone che non fumano. Che cosa significa? E' stata fatta una legge non proibizionista che non vuole quindi influire sui comportamenti di coloro che fumano ma chiede che, laddove le persone che non fumano debbano convivere con le persone che fumano, ci sia rispetto da parte di costoro della volontà altrui di non essere intossicati dal fumo.

Il fumo è un inquinante ambientale che crea gravi rischi alla salute e ha delle ripercussioni quindi di salute pubblica ed è giusto che chi non fuma non voglia essere intossicato.

E' una legge quindi diversa da quella che è stata promulgata negli USA.

I divieti entreranno in vigore dal 13 gennaio 2005. I gestori di ristoranti, bar e uffici hanno, quindi, un anno di tempo per adeguare gli impianti se ritengono di dover attrezzare dei locali per i fumatori. Però la cosa importante da notare è che questo non è necessario, non è obbligatorio; quello che è obbligatorio è che i locali, bar, ristoranti mettano a disposizione spazi dove non si fuma. Questo è obbligatorio per legge; non è necessario che essi attivino locali per i fumatori.

Se desiderano farlo, questi locali devono essere chiusi e dotati di impianti con depurazione dell'aria per proteggere i fumatori stessi e coloro che lavorano in questo ambiente.

Quindi si tratta di una legge rispettosa delle libertà individuali che va nella direzione di cogliere il significato importante della prevenzione da danni del fumo che, come sappiamo, è causa di tumori e di malattie dell'apparato cardio-respiratorio gravi e con gravi conseguenze e gravi spese per la nazione.

Ripeto, questo provvedimento, dunque, rispetta le libertà di tutti ma soprattutto rispetta le libertà di chi non vuole essere intossicato dal fumo di poter frequentare ambienti pubblici, di svago e di lavoro, senza dover subire danni.

TRAPIANTI, DAL REPORT 2003 DONAZIONI IN CRESCITA

Il "Report 2003" elaborato dal Centro Nazionale Trapianti, relativo all'attività di donazione e trapianto di organi, ha evidenziato un aumento delle donazioni e dei trapianti effettuati.

Il numero di donatori per milione di abitanti, infatti, è salito da 18,1 (pmp) nel 2002 a 18,5 (pmp) nel 2003. In crescita anche il numero dei trapianti effettuati, che da 2.750 nel 2002 salgono a 2.820 nel 2003, nonostante un maggior controllo sulla sicurezza abbia portato ad una minore disponibilità di organi idonei al trapianto. Un dato che rivela un miglior utilizzo degli organi disponibili.

Nel dettaglio, i dati del 2° semestre del 2003 appaiono migliori di quelli relativi ai primi sei mesi, un risultato dovuto alla maggiore attenzione data al tema della donazione attraverso una serie di iniziative dedicate all'informazione, alla manifestazione di volontà ed alle rianimazioni. Anche la percentuale di opposizioni è calata nella seconda parte dell'anno (27,0%) dopo l'incremento registrato nei primi mesi (32,8%). Il mese di Dicembre 2003 è stato, in termini di donazioni e trapianti, il mese più positivo sinora osservato. I primi dati relativi al Gennaio 2004 lasciano intravedere una permanenza del trend positivo soprattutto nell'area Centro Sud.

A livello regionale, il numero maggiore di donatori utilizzati è quello raggiunto dall'Emilia Romagna (30,0 pmp), seguita da Prov. Aut. di Bolzano (28,2), Piemonte-Valle D'Aosta (26,8), Liguria (25,6), Toscana (25,1), Veneto (23,4), Marche (23,2); a livello intermedio, poco sopra o sotto la media nazionale (16,8 pmp), si collocano, invece, l'Umbria (19,6), il Friuli (19,5), la Lombardia (18,2), la Sardegna (15,0), la Basilicata (11,8), l'Abruzzo-Molise (10,3), il Lazio (10,2); mentre nella fascia più bassa troviamo Calabria (9,5), Puglia (9,0), Campania (8,3), Sicilia (6,4), Prov. Aut. di Trento (4,2).

Accanto all'attività complessiva, va tuttavia sottolineato l'incremento osservato in alcune regioni tra cui Basilicata (+247,1%), Marche (+69,3%), Sardegna (+50,0%), Calabria (+35,7%), Liguria (+21,3%), Piemonte e Valle D'Aosta (+20,7%), Umbria (+14,0%), Campania (+12,2%); a cui fa riscontro negativo la diminuzione registrata da Prov. Aut. Di Trento (-66,7%), Abruzzo e Molise (-51,2%), Prov. Aut. di Bolzano (-27,9%), Sicilia (-15,8%), Puglia (-14,3%).

Nel complesso, appare evidente la differenza tra le regioni del Centro Nord (circa 25 donatori per milione in una area di 30 milioni di abitanti) e quelle del

Centro Sud (circa 10 donatori per milione in un'area di 25 milioni di abitanti), nonostante ciascuna regione presenti criticità e problemi di fondo propri e diversificati rispetto alle regioni confinanti anche nell'ambito della stessa area geografica.

Quanto alle liste di attesa, ad oggi sono 8.287 i pazienti in attesa di rene, 1.550 quelli in attesa di fegato, 654 in attesa di cuore, 232 in attesa di pancreas, 231 in attesa di polmone.

I dati sono disponibili su www.ministerosalute.it

IL PUNTO SULLE VIE DI TRASMISSIONE DEL VIRUS DELL'INFLUENZA AVIARIA

La Commissione Europea ha disposto il blocco delle importazioni di uccelli ornamentali e da voliera da tutti i Paesi interessati dall'epidemia. Tale provvedimento che ha effetto immediato rappresenta una ulteriore misura precauzionale al fine di impedire l'introduzione della malattia nel territorio comunitario. Le zone interessate dal divieto sono Cambogia, Indonesia, Giappone, Laos, Pakistan, Cina, Hong Kong, Corea del Sud, Thailandia e Vietnam. Precedentemente era stato già disposto il divieto di importazione di carne di pollame e prodotti derivati dalla Thailandia: la Thailandia era l'unico Paese, tra quelli interessati dall'epidemia, autorizzato ad esportare la carne di pollame verso la Comunità Europea.

Per quanto riguarda le vie di trasmissione e la sicurezza degli alimenti, occorre sottolineare che l'influenza aviaria è una malattia virale che colpisce volatili selvatici e domestici i quali una volta infettati, eliminano il virus in grandi quantità attraverso le feci e le secrezioni respiratorie; i virus dell'influenza aviaria, usualmente, non infettano direttamente l'uomo. Il virus può sopravvivere per lunghi periodi nei tessuti e nelle feci degli animali infetti e soprattutto a basse temperature (oltre 4 giorni a 22°C e più di 30 giorni a 0°C), e può restare vitale indefinitamente in materiale congelato. Al contrario, il virus è sensibile all'azione del calore (almeno 70°C) e quindi esso viene completamente distrutto durante le procedure di cottura degli alimenti. Al momento, la trasmissione del virus dell'influenza aviaria è stata dimostrata soltanto da animali infetti all'uomo ed è correlata al contatto stretto con animali vivi infetti e/o con le loro deiezioni, mentre non vi è alcuna evidenza di trasmissione da uomo a uomo né di trasmissione dell'infezione attraverso il consumo di carni avicole o di uova.

Redazione Ministerosalute.it - 30 gennaio 2004

MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 21 NOVEMBRE 2003 ISTITUZIONE DELL'ELENCO DI FARMACI DA SOTTOPORRE A MONITORAGGIO INTENSIVO AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 95/2003 (GAZZETTA UFFICIALE N. 279 DEL 1/12/2003)

IL DIRIGENTE GENERALE dei farmaci e dei dispositivi medici

Visto il decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2003, n. 129, concernente il regolamento recante norme di organizzazione del Ministero della salute;

Visto il decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 95, concernente l'attuazione della direttiva 2000/38/CE e l'introduzione di un elenco di farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo;

Acquisito il parere favorevole della Commissione unica del farmaco reso nella seduta del 5 novembre 2003; Ritenuto di dover procedere alla pubblicazione dell'elenco di farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo come previsto dal decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 95;

Decreta:

Art. 1

1. Ai sensi del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 95 (attuazione della direttiva 2000/38/CE relativa alle specialità medicinali), ove nell'art. 1, paragrafo c), comma 2, si riporta che debbono essere segnalate tutte le sospette reazioni avverse osservate, gravi, non gravi, attese ed inattese a tutti i vaccini e ai farmaci posti sotto monitoraggio intensivo, e' istituito il relativo elenco a cura del Ministero della salute di cui all'allegato 1.

2. Vengono altresì esplicitati i criteri di individuazione dei farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo in base ai quali l'elenco di cui all'allegato 1 e' stato redatto e sarà aggiornato a cura del Ministero della salute.

3. Tale elenco sarà reso disponibile a tutti gli operatori sanitari tramite la pubblicazione sul sito internet del Ministero della salute, la rete nazionale di farmacovigilanza, il bollettino d'informazione sui farmaci, la newsletter di farmacovigilanza del Ministero della salute, e diffuso anche grazie alla collaborazione delle regioni e province autonome, delle associazioni di categoria e degli ordini professionali.

Il presente decreto viene pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Roma, 21 novembre 2003 Il dirigente generale: Martini.

Allegato 1

La farmacovigilanza in Italia sta vivendo da qualche anno una fase di rilevante sviluppo, che puo' essere attribuita in gran parte all'evoluzione scientifica della materia ed al consolidamento di varie esperienze a livello nazionale ed internazionale. In ambito europeo, questo processo evolutivo ha condotto alla definizione di un nuovo assetto della farmacovigilanza che e' stato formalizzato con la normativa recepita in Italia mediante il decreto legislativo n. 95/2003. E' significativa, in questo contesto, la riaffermazione della segnalazione spontanea delle reazioni avverse sospette come strumento fondamentale per l'attivita' di farmacovigilanza. Si tratta, infatti, ancora oggi del sistema piu' semplice ed economico per l'identificazione precoce di segnali di allerta relativi alla tossicita' di farmaci che non possono essere evidenziati nel corso degli studi pre-registrativi. L'operatore sanitario che osserva una sospetta reazione avversa ad un farmaco non deve essere assolutamente certo del nesso di causalita'; il semplice sospetto di una reazione avversa legata alla somministrazione di un farmaco e' di per se' una ragione sufficiente per segnalare. La segnalazione spontanea non deve essere considerata come un semplice obbligo burocratico e la nuova normativa ha voluto rafforzare la valenza scientifica e culturale di essa, eliminando le sanzioni penali in caso di omissione e fornendo delle indicazioni precise sulla tipologia delle reazioni avverse che dovranno essere oggetto della segnalazione stessa (vedi Box 1).

Box 1. Cosa segnalare?

I medici e gli altri operatori sanitari devono segnalare tutte le sospette reazioni avverse gravi o inattese da farmaci di cui vengono a conoscenza nell'ambito della propria attivita'; deve essere segnalata una reazione avversa anche a fronte di un dubbio o di un sospetto di nesso di causalita'; (...) segnalare tutte le reazioni avverse osservate da tutti i vaccini e da farmaci posti sotto monitoraggio intensivo ed inclusi in elenchi pubblicati periodicamente dal Ministero della salute. In altri termini, si e' cercato di definire una strategia nella sorveglianza spontanea focalizzando l'attenzione degli operatori sanitari sulle reazioni gravi ed inattese, a

tutto vantaggio della qualita' dell'informazione. Nel passato, infatti, l'obbligatorieta' della segnalazione di ogni sospetta reazione avversa ha spesso creato un inutile «rumore di fondo» senza fornire informazioni aggiuntive sul profilo di sicurezza di farmaci di uso consolidato. In accordo con l'obiettivo principale della segnalazione spontanea, che e' quello di individuare le reazioni avverse piu' rilevanti, agli operatori sanitari viene ora richiesto di segnalare solo sospette reazioni gravi e/o inattese per i farmaci in commercio da tempo, e tutte le sospette reazioni nel caso di vaccini e farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo. La segnalazione delle sospette reazioni gravi e/o inattese rimane, come si vede, l'aspetto principale della farmacovigilanza. Tuttavia, come gia' accade in altri Paesi, per i farmaci di piu' recente introduzione in commercio sembra opportuno continuare a raccogliere e valutare anche le sospette reazioni avverse non gravi e/o gia' conosciute. Lo scopo di tale monitoraggio intensivo e' di completare, anche a maggior garanzia degli utilizzatori, il profilo di sicurezza di questi farmaci colmando le inevitabili lacune della sperimentazione preregistrativa (quali il limitato numero di pazienti, la selezione di essi, il periodo limitato di trattamento). Per le suddette motivazioni, questo primo elenco di farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo comprende tutte le specialita' medicinali la cui introduzione in commercio e' avvenuta a partire dal 1° gennaio 2002. Al riguardo, va tenuto presente che l'elenco comprende solo le nuove molecole introdotte sul mercato. Questo spiega, ad esempio, l'esclusione di tutti i generici anche se autorizzati dopo la data sopra citata. Si tratta di una lista dinamica che sara' aggiornata con cadenza almeno semestrale a cura del Ministero della salute con i farmaci di nuova autorizzazione e che ha il solo significato di aggiornare gli operatori sanitari sulle specialita' medicinali di piu' recente introduzione in commercio alle quali va attribuita una continuita' di sorveglianza anche in assenza di problemi di sicurezza specifici. Per la stessa ragione, nei prossimi aggiornamenti dell'elenco potrebbero essere incluse anche nuove associazioni di farmaci singolarmente autorizzati da tempo, ovvero specialita' medicinali di uso consolidato ma con nuove indicazioni terapeutiche e/o nuove vie di somministrazione. Il periodo di monitoraggio intensivo avra' tendenzialmente la durata di due anni, ma potra' essere prolungato o ridotto secondo il numero dei pazienti esposti e le informazioni raccolte nel corso delle valutazioni intermedie.



La modalità di segnalazione di sospette reazioni avverse da farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo è analoga alla procedura ordinaria (vedi Box 2).

Box 2. A chi segnalare?

I medici e gli altri operatori sanitari devono trasmettere le segnalazioni 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 al responsabile di farmacovigilanza della ASL competente per territorio, direttamente o, nel caso di cliniche o case di cura, tramite la Direzione sanitaria. L'introduzione di un elenco di farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo rappresenta un'importante iniziativa nell'ambito del nuovo progetto di farmacovigilanza nazionale. La cooperazione di tutti gli operatori sanitari costituisce un elemento essenziale per la realizzazione di tale progetto. L'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo ed i suoi futuri aggiornamenti saranno disponibili sul sito internet ufficiale del Ministero della salute (www.ministerosalute.it/medicinali/farmacovigilanza/farmacovig.jsp). L'elenco riporta per ogni principio attivo inserito tutte le specialità medicinali autorizzate. L'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo (allegato 1) viene pubblicato nella Gazzetta Ufficiale.

Le associazioni di categoria ed i responsabili di farmacovigilanza delle regioni e province autonome, consultati preliminarmente, sono invitati a darne la massima diffusione.

I FARMACI ANALGESICI OPIACEI NELLA TERAPIA DEL DOLORE

PREMESSA

Il trattamento del dolore da cancro rappresenta un grave problema di salute pubblica in tutto il mondo e si calcola che ogni anno siano 10 milioni i nuovi casi di cancro e 6 milioni le morti per questa malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato che la maggior parte dei casi di dolore oncologico potrebbe essere trattata applicando le opportune terapie che derivano dall'evoluzione delle conoscenze mediche.

Nonostante le indicazioni fornite dall'OMS i pazienti affetti da dolore severo non sempre sono curati con le opportune terapie farmacologiche e ciò costituisce una negazione del diritto degli individui di alleviare la propria sofferenza.

I governi dei singoli paesi hanno il dovere morale di garantire agli operatori gli strumenti per poter mettere in atto le indicazioni dell'OMS soprattutto nei paesi industrializzati dove le lacune dei trattamenti possono essere facilmente colmate con l'educazione del personale sanitario e agevolando l'accesso ai farmaci analgesici oppiacei.

Alla luce di recenti analisi sul consumo dei farmaci oppiacei, l'Italia risulta essere un paese che non risponde ai reali bisogni dei pazienti affetti da dolore severo in corso di patologie neoplastiche o degenerative negando loro il giusto sollievo in particolare nella fase terminale.

Al fine di facilitare la prescrizione e l'impiego dei farmaci oppiacei e di supportare gli operatori sanitari è stata emanata la legge 8 febbraio 2001, n.12, corredata da diversi decreti applicativi, il più recente dei quali è il Decreto Ministeriale del 4 aprile 2003. Questo documento vuole porre l'attenzione sugli elementi di novità in materia di terapia del dolore.

CAMBIAMENTI INTRODOTTI CON IL DM 4 APRILE 2003

- Nuovo ricettario in triplice copia autocopiante stampato anche nelle versioni italiano-francese ed italiano tedesco atto alla prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n.12 impiegati nella terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa;
- Prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le **"tutte lettere"** per scrivere la dose, il modo e il tempo di somministrazione e la quantità di confezioni. Per descrivere il dosaggio del medicinale prescritto, la posologia ed il numero di confezioni si possono utilizzare caratteri numerici e le normali contrazioni;
- Eliminazione dell'obbligo di indicare l'indirizzo di residenza del paziente;
- Eliminazione dell'obbligo, da parte del prescrittore, di conservare per sei mesi la copia della ricetta a sé destinata;
- Prescrizione di medicinali contenenti buprenorfina in tutte le forme farmaceutiche.

I 10 farmaci compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n.12

Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanyl, Idrocodone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone, Idromorfone.

APPROVVIGIONAMENTO DEI RICETTARI AUTOCOPIANTI

I ricettari autocopianti sono conservati presso le Aziende Unità Sanitarie Locali e successivamente distribuiti dalle stesse ai medici e ai veterinari secondo le esigenze di ciascuno.

Tutti i laureati in medicina e chirurgia e in medicina veterinaria, abilitati alla professione, devono ritirare il ricettario autocopiante presso la AUSL a cui fanno riferimento. Il ricettario autocopiante è sempre personale del medico o del veterinario, è utilizzato anche per prescrizioni che originano in strutture sanitarie convenzionate con il SSN ed è valido su tutto il territorio nazionale.

Le AUSL, in accordo con gli Assessorati alla sanità, possono definire specifiche procedure per ottimizzare il sistema di distribuzione nel proprio territorio, fermo restando che i ricettari autocopianti sono spediti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato di Roma al sito di riferimento individuato da ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

A tal proposito si invitano le ASLL a dare le necessarie informazioni circa i siti dove i medici e i veterinari devono ritirare i ricettari autocopianti, questo anche attraverso il coinvolgimento degli Ordini Professionali e quant'altro ritenuto opportuno.

I ricettari autocopianti stampati ai sensi del DM 24 maggio 2001 e distribuiti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato alle regioni, alle ASLL e agli operatori sanitari, possono essere utilizzati fino a completo esaurimento delle scorte. Per la loro compilazione si rispetteranno le norme d'uso del DM 4 aprile 2003.

La diffusione dei ricettari autocopianti stampati ai sensi del DM 4 aprile 2003 avverrà in modo graduale, pertanto si prevede la contemporanea presenza delle due tipologie di ricettari nel territorio nazionale, cosa che non deve costituire elemento di perplessità.



RESPONSABILITA' DEL MEDICO

Il nuovo corpo normativo è proteso a fornire la necessaria assistenza sanitaria indispensabile nel trattamento delle gravissime patologie accompagnate da dolore severo, assistenza che costituisce spesso l'ultimo rimedio a tutela della dignità umana.

Tra i principi fondamentali della Costituzione, infatti, c'è la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività. E' compito del SSN rispondere alle esigenze ed al bisogno di salute della popolazione attuando le misure più adeguate (legge 833/78, art.1).

La ratio della legge 8 febbraio 2001, n.12 è quella di agevolare la prescrizione e favorire l'uso dei farmaci oppiacei per alleviare le sofferenze di quei pazienti affetti da gravi forme di dolore severo.

A tal fine diventa indispensabile che il medico sia in possesso del ricettario in triplice copia autocopiante, strumento indispensabile alla corretta applicazione della norma legislativa in quanto obbligatorio per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.

OBBLIGHI DEL FARMACISTA

Si ritiene di dover fornire delle delucidazioni riguardo al **periodo di conservazione delle ricette autocopianti** ed in generale delle ricette da conservarsi a cura del farmacista, come giustificativo dello scarico sul registro di entrata e uscita delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art. 60 del D.P.R.309/90.

Il comma 2 dell'art. 63 del D.P.R. 309/90 detta che *"I registri devono essere conservati, da parte degli enti e delle imprese autorizzati alla fabbricazione, per la durata di dieci anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione. Detto termine è ridotto a cinque anni per le officine che impiegano sostanze stupefacenti o psicotrope, per i commercianti grossisti e per i farmacisti"*.

Il comma 1 dell'art.67 del D.P.R. 309/90 detta che *"In caso di perdita o sottrazione dei registri, di loro parti o dei relativi documenti giustificativi, gli interessati, entro ventiquattro ore dalla constatazione, devono farne denuncia scritta alla più vicina autorità di pubblica sicurezza e darne comunicazione al Ministero della sanità (adesso Ministero della salute)"*. Dal combinato di quanto sopra riferito si deduce che il periodo di conservazione delle ricette (cinque anni) è connesso al periodo di conservazione del registro. Il decreto ministeriale 4 aprile 2003, all'art. 4, specifica quanto sopra riferito, prevedendo che *"Il farmaci-*

sta, dopo averle spedite, deve conservare per cinque anni, a partire dal giorno dell'ultima registrazione nel registro di entrata e uscita, le ricette che prescrivono medicinali compresi nelle tabelle I, III e IV di cui all'art. 14 del D.P.R. 309/90 di cui deve essere tenuto in evidenza il movimento di entrata e uscita sull'apposito registro, ai sensi dell'art. 60 del D.P.R. citato". (omissis)

ASSISTENZA OSPEDALIERA ED ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Le più recenti norme legislative rivolgono particolare attenzione ai pazienti in dimissione dal ricovero ospedaliero, che possono ricevere la quantità di medicinale necessaria per continuare la terapia, e ai nuovi sistemi di assistenza domiciliare integrata.

In particolare la legge 16 novembre 2001, n.405, art. 8 (*Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti*), detta che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e di disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

Nello specifico, I farmaci compresi nell'allegato III-bis possono essere trasportati e consegnati al domicilio del paziente da:

- Personale sanitario che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati.
- Infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle ASLL.
- Familiari del paziente, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista ospedaliero.

Coloro i quali trasportano i medicinali, nella quantità da consegnare, devono avere una certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione al domicilio del paziente.

La certificazione deve essere prodotta su carta intestata. Non si deve utilizzare la ricetta autocopiante in quanto i medicinali descritti



nella certificazione non saranno dispensati dalla farmacia aperta al pubblico.

L'assistenza domiciliare integrata è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo.

L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.

L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL, da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni.

Gli analgesici oppiacei prescritti dal medico di famiglia, di sua iniziativa o in accordo con gli specialisti coinvolti nelle cure al malato, al paziente in ADI, devono essere forniti dalla farmacia ospedaliera della ASL.

Al fine di fornire una corretta interpretazione della nuova norma, la Direzione Generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza in collaborazione con la "Commissione in materia di terapia del dolore" ha predisposto il documento **"Come**

utilizzare i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" destinato agli operatori sanitari, disponibile nel sito del Ministero della salute, www.ministerosalute.it, pubblicato sul Bollettino d'informazione dei farmaci (BIF n. 3-4 di maggio-agosto 2003) e già inviato alle Amministrazioni periferiche ed alle organizzazioni di categoria.

Tale documento potrà subire aggiornamenti qualora dovesse essere necessario.

Si confida nella sensibilità delle amministrazioni locali affinché siano decise le procedure per rendere attuative le disposizioni normative nazionali.

Si porta a conoscenza di tutti gli operatori interessati che la legge 16 gennaio 2003, n.3 "Disposizioni ordinarie in materia di pubblica amministrazione", art. 44 ha reso nuovamente efficaci le previsioni di cui agli articoli 46 (*Approvvigionamento e somministrazione a bordo delle navi mercantili*), 47 (*Approvvigionamento e somministrazione nei cantieri di lavoro*) e 48 (*Approvvigionamento per le necessità di pronto soccorso*) del D.P.R. 309/90, già abrogati dalla legge n.12/01.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Nello Martini

A proposito di doping

di Fabio Santelli



Il 25 febbraio '04 presso la Sala del Lampadario del Circolo Cittadino di Jesi, si è svolto un interessante Incontro – Dibattito dal titolo “Morire per Vincere, Conoscere il Doping”, un argomento di grande attualità e purtroppo ultimamente portato alla cronaca dalla tragica scomparsa del ciclista Pantani. La manifestazione a sortito, un grandissimo successo, erano presenti circa duecento studenti, oltre a diversi allenatori e molti medici di Società Sportive sia professionistiche, dilettantistiche, ed amatoriali, ma anche medici generici che si interessano semplicemente di sport. Erano anche presenti, invitati alla manifestazione, un nucleo di carabinieri del NAS. Questo incontro aveva come promotori il CONI Umbria ed il suo Presidente Prof. Ruggero Rossi, ed il Centro Regionale di Medicina dello Sport di Ancona Prof. Franco Bianchi con il suo Presidente Dott. Fabio Santelli, e il Dott. Cesare Boria. Un grande contributo alla realizzazione della giornata è stato offerto dalla Amministrazione Comunale di Jesi, in particolare il Sindaco Fabiano Belcecchi che ha anche presentato una relazione introduttiva e dall'Assessore allo Sport Leonello Rocchetti. La provincia di Ancona, l'AMMI, Associazione Mogli Medici Italiani sezione di Ancona, il CONI Provinciale, ed il CONI Regionale Marche avevano offerto il patrocinio della manifestazione. L'assessore regionale allo Sport Lidio Rocchi, ha aperto le relazioni affermando il suo impegno e della Regione Marche a portare avanti la campagna per la lotta al Doping soprattutto riguardo al mondo sportivo giovanile perché anche a questo livello avvengono i primi contatti con il doping. Agli studenti è stato consegnato un questionario anonimo, per conoscere la loro opinione sull'iniziativa, e sulla loro opinione o esperienze sul fenomeno del Doping. Il moderatore Dott. Santelli ha rilevato come recenti e purtroppo non isolati fenomeni confermano la necessità di questa campagna, quando è partito il progetto circa due anni or sono, si era a conoscenza di questa piaga, la cronaca degli ultimi giorni conferma che la strada è giusta. Ignorare il proble-

ma sicuramente non serve, come non si deve sperare che si risolva da solo, lo scopo di questo incontro non è quello di raccontare che lo sport faccia del male o sia pericoloso praticarlo, anzi il contrario, è proprio la conoscenza dei pericoli che rende più sicura la pratica dello sport a tutti i livelli. Il problema del Doping è stato trattato dal Prof. Ruggero Rossi, Presidente CONI Umbria e Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport dell'Università degli Studi di Perugia, (dove fortunatamente da diversi è attiva), il quale in maniera semplice e pratica, facilmente comprensibile per tutti, è riuscito ad esporre quali sono le sostanze farmacologicamente pericolose, le quali spesso rappresentano efficaci forme di cura per patologie specifiche, ma che se utilizzate in persone sane, soltanto per esaltare certe prestazioni, rappresentano delle armi letali. E' seguita la relazione dell'Avvocato Matteo Fortunati sempre di Perugia esperto in Legislazione Doping che ha spiegato le Leggi dell'Antidoping sia in Italia, che nelle Nazioni limitrofe, sottolineando la grande carenza esistente; in altre parole la totale non uniformità dei regolamenti. Infatti, esistono Nazioni dove il doping è perseguito (vedi Italia), mentre altre lo ignorano completamente se non addirittura ne favoriscono l'uso per ragioni politiche e di supremazia nazionale.

La mattinata è proseguita con lo spazio riservato alla discussione, molte sono state le domande rivolte al Prof. Rossi e all'Avv. Fortunati i quali hanno risposto in maniera concisa a tutti, molte altre sarebbero state le domande avendo avuto tempo a disposizione, infatti, non capita molto spesso di avere degli esperti a disposizione cui rivolgere tutti i dubbi che emergono in una materia così vasta e purtroppo sempre in evoluzione la così detta scienza del Doping.

Il Prof. Rossi salutandoci ha ricordato che un incontro simile si svolgerà presto ad Ancona probabilmente verso la fine di Marzo presso la sala della F.I.G.C.



Rubrica Giovani

di Rossana Berardi e Nicola Battelli

Molti giovani medici ci hanno chiesto di spiegare in parole semplici che cos'è l'**E.N.P.A.M.** e qual'è la finalità del contributo che annualmente siamo tenuti a versare. La domanda ci era sembrata apparentemente quasi banale, in realtà quando abbiamo tentato di documentarci per cercare di fornire risposte semplici ma precise, ci siamo resi conto che le fonti di informazione disponibili sono più complesse di quanto non immaginassimo.

L'**E.N.P.A.M. (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici)** è la Cassa di Previdenza dei medici in quanto liberi professionisti iscritti agli Albi professionali.

A differenza degli altri Fondi e Casse, quali l'I.N.P.S., la Cassa Pensioni Sanitarie, ecc., che coprono previdenzialmente l'attività svolta dal medico come lavoratore dipendente, l'E.N.P.A.M. appunto è l'istituto pubblico preposto dallo Stato ad attuare la tutela previdenziale dell'attività a carattere libero-professionale.

La Fondazione ENPAM attua la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti, gestendo quattro Fondi di previdenza:

- 1) il Fondo di Previdenza generale,
- 2) il Fondo Speciale di Previdenza per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli addetti ai servizi di continuità assistenziale,
- 3) il Fondo Speciale di Previdenza per i medici specialisti ambulatoriali,
- 4) il Fondo Speciale per i medici specialisti convenzionati (o accreditati) esterni.

Il **Fondo di Previdenza Generale** previsto dall'E.N.P.A.M. è quello che riguarda più da vicino i giovani medici, in quanto vi contribuiscono tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ed all'Albo degli Odontoiatri. È costituito da due quote: la **Quota A** di contributo fisso e la **Quota B** di contributo proporzionale al reddito di libera professione.

Contributi fissi Quota "A"

(Art. 3, comma 3; art. 34, comma 3)

Requisiti

Il contributo è dovuto dal mese successivo all'iscrizione all'Albo sino al mese precedente quello di decorrenza della pensione per invali-

dità o al mese di compimento del 65° anno di età.

I contributi previsti per l'anno 2003 sono stati:

- € 152,22 annui indicizzati fino a 30 anni di età;
- € 304,99 annui indicizzati dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- € 581,17 annui indicizzati dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età;
- € 1.081,87 annui indicizzati dal compimento dei 40 fino a 65 anni di età;
- € 581,17 annui indicizzati fino a 65 anni di età per coloro che, secondo la precedente normativa, sono stati ammessi alla contribuzione ridotta.

Oltre ai contributi ordinari tutti gli iscritti sono tenuti a versare il contributo di maternità, adozione e aborto pari a € 41,11 annue.

I Contributi proporzionali Quota "B" comprendono i contributi proporzionali e quelli di riscatto.

1) Contributi proporzionali Quota "B" (Artt. 3, 4 e 6)

Requisiti

- Iscrizione all'Albo professionale,
- Reddito libero professionale netto annuo superiore per l'anno 2002:
 - a € 4.544,80 annui indicizzati per gli iscritti di età inferiore a 40 anni ovvero ammessi al contributo ridotto alla quota "A";
 - a € 8.460,40 annui indicizzati per gli iscritti di età superiore a 40 anni.

Ammontare del contributo indicizzato

Contributi dovuti sui redditi prodotti nell'anno 2002:

- 12,50% del reddito professionale netto, con esclusione delle voci connesse ad altra forma di previdenza obbligatoria sino all'importo di € 45.899,07 indicizzati;
- 1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,50% pensionabile.

2) Contributi di riscatto Quota "B" (Art. 10)

Requisiti principali

- Età inferiore a 65 anni
- Essere iscritto all'Albo professionale.
- Anzianità contributiva superiore a 10 anni, di cui almeno uno maturato nel triennio immediatamente

precedente l'anno della domanda.

Periodi oggetto di Riscatto

Possano essere riscattati:

- fino ad un massimo di 10 anni gli anni relativi al corso legale di laurea e quelli relativi ai titoli di specializzazione. Non è consentito il riscatto di più titoli di specializzazione;
- fino ad un massimo di 10 anni il periodo di attività libero professionale svolta in epoca precedente l'inizio della contribuzione proporzionale.

Ammontare del contributo

E' di importo pari alla riserva matematica necessaria per la copertura assicurativa del periodo da riscattare. Tale riserva si calcola moltiplicando la maggior

quota di pensione conseguibile con il riscatto per un coefficiente di capitalizzazione relativo al sesso, all'età ed all'anzianità contributiva del sanitario alla data di presentazione della domanda.

In conclusione, per quanto abbiamo cercato di semplificare al massimo la questione, rimangono ancora dei punti non facilmente comprensibili specialmente per chi come noi e' giovane e inesperto in materia. Per maggiori informazioni Vi consigliamo pertanto di consultare il sito www.enpam.it (abbastanza complesso!!!) o meglio ancora di rivolgerVi al consulente per l'E.N.P.A.M. del nostro Ordine che riceve tutti martedì mattina.

Cogliamo l'occasione per augurare a tutti Voi una Pasqua serena.



XXV° PREMIO LETTERARIO NAZIONALE PER MEDICI

La Lega contro i tumori, sez. di Parma, indice per il 2004 la XXV° edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici, che dovrebbe svolgersi entro il mese di settembre. I racconti dovranno tassativamente contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa ed interpretativa, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico, non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici quanto suscitare attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori.

Al 1° classificato verrà assegnato un premio di euro 1.500,00 al 2° di euro 1.000,00 e al 3° di euro 500,00. I premi dovranno essere ritirati personalmente, altrimenti l'importo sarà devoluto alle opere benefiche della L.I.L.T.

Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, spazio due e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi, corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo e numero di telefono.

La quota di partecipazione è di euro 30,00 da versare con assegno o vaglia postale intestato a: Lega contro i Tumori, Sez. di Parma e dà diritto a partecipare gratuitamente alla cena nella stessa serata.

Le opere concorrenti, in numero di dieci copie, dovranno essere inviate alla Lega contro i Tumori, Sez. di Parma - Via Gramsci, 14 - 43100 Parma - entro e non oltre il 31 maggio 2004 (farà fede il timbro postale). Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente.

L'incontro dovrebbe avvenire al Circolo di lettura e conversazione di Parma - Via M. Melloni, 4 - il giorno 10 settembre alle ore 17,30.



Congressi e Corsi

“Gli episodi confuso-amnesici nell’anziano: inquadramento clinico e iter diagnostico”

Sede: Macerata, Sala conferenze Ospedale
Data: 29/4/2004
Crediti ECM: 3

Quando e perché prescrivere un esame endoscopico

Sede: Ancona, Teatro delle Muse
Data: 24/4/2004
Crediti ECM: 5

XXIII corso di colposcopia e fisiopatologia cervico-vaginale e vulvare

Sede: Ascoli Piceno, Piazza del Popolo, Palazzo dei Capitani
Data: 19/4/2004
Crediti ECM: 32

Protesi su pilastri naturali e su impianti: fattori prognostici ed aspetti progettuali

Sede: Centro Congressi Hotel Flaminio
Data: 27/3/2004
Crediti ECM: 5

First international workshop on endocrine hypertension: focus on low renin hypertension

Sede: Ancona
Data: 4-6/4/2003
Crediti Ecm: richiesti

Antracicline tra passato e futuro

Sede: Senigallia, Hotel City
Data: 15/5/2004
Crediti ECM: 3

L’attività di terapia occupazionale nelle patologie neurologiche dell’adulto

Sede: Falconara, Fondazione Don Gnocchi, via Matteotti 56
Data: 18/05/2004
Crediti ECM: 19

Fibrillazione e flutter in pronto soccorso

Sede: Macerata, Sala biblioteca, Ospedale Provinciale
Data: 23/04/2004
Crediti ECM: 3

Con il patrocinio di

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica delle Marche

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Ancona

Società italiana dei Clinici del Dolore

Il dolore cranio-facciale: cefalee primarie croniche ed algie neuralgiformi



Auditorium
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Ospedali Riuniti Umberto I
G.M. Lancisi - G. Salesi

Ancona
17 Aprile 2004



Università Politecnica delle Marche
Clinica Pediatrica Infantiva
Direttore Prof. Giorgio Sobbe



Fondazione Tiro De Carolis
ONLUS - Milano

Azienda Ospedaliera - Università
Ospedali Riuniti
Ubaldo T - S.M. Lancini - G. Salesi
Ancona

SFIDE DELLA MEDICINA TROPICALE NEL TERZO MILLENNIO

Università Politecnica delle Marche

GIORNATA INAUGURALE

22
marzo 2004

AULA MAGNA FACOLTÀ DI INGEGNERIA
Via Mercedàgo, Ancona
ore 8.30

Dr. L. Savioli - Organizzazione Mondiale della Sanità
Dr. G. Dentico - Medici Senza Frontiere
Dr. G. Rezza - Istituto Superiore di Sanità

**INCONTRO DEDICATO
AL DOTT. CARLO URBANI**
SARS & NEGLECTED DISEASES

CORSO RESIDENZIALE

22>26
marzo 2004

FACOLTÀ DI MEDICINA
Torrette di Ancona



**SARS. UP-TO-DATE,
NEL RICORDO DI
CARLO URBANI**

27
marzo 2004

Fondazione Bandini Giustiniani
Abbatia di Fiastra, Macerata

19>27
giugno 2004

Pemba, Tanzania

Organismi Sponsoristi

ELIDICA DELLA RALFAPE INIZIATIVE
Cnr - Banca D'Europa
DUE DI Alessandro Moro

Università Politecnica delle Marche
Azienda Ospedaliera Dermatologica
Ospedali Riuniti "Umberto I"
S.M. Lancini - G. Salesi - Ancona
Via Lancia, 1 - 61021 ANCONA
Tel. 071/593575-547 - Fax 071/59358777
multimedia@unpm.it

FONDAZIONE DIO DI CARINERI
DOTT. MAURO RICCIARDI
Zona via Salaria, L'Aquila

VIALE ROMA, 44 - 00187 ROMA
Tel. 06/2849281 - Fax 06/2849282
info@fondazioneiocarineri.it

S.I.S. DI HALIETTO INVIETTO
DOTT. PASQUALE GIARDINO

Azienda Sanitaria della Regione
Della Trentino e T.
Via S. Loris, 6 - 38100 Rovereto
Tel. 0475/21623 - Fax 0475/216111
archivio@asf.trentino.it

Sponsoristi Organizzatori

Fondazione "Carlo Urbani" - Via S. Maria di
PESINCONA VERDE di
S. L. Carlo Ancona

Via Piacenza, 87 - Ancona
Tel. 071/20824 - Fax 071/552447
pau@medici.unpm.it
formazione@medici.unpm.it
http://www.pau.unpm.it

Edizione inaugurale dal 22/03/04 e convegno SARS del 27/03/04
iscrizione gratuita ma obbligatoria



Per questi eventi sono stati riservati i posti 128

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@tecneprint.it

Medici & Medici

