

il medico di famiglia

FIMMG
Federazione
Italiana
Medici
di Famiglia
Cuneo

Notiziario della sezione provinciale di
Cuneo - n° 7 - 6 dicembre 2006

www.fimmgcuneo.org

fimmg.cn@tin.it

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.1 comma 2 DCB/CN

Riflessioni dopo la lettura della bozza regionale sui Nuclei di cure primarie Tanto tuonò che alla fine piove...

Sta circolando, da qualche tempo, una bozza di proposta regionale per l'adozione di linee guida circa la costituzione di Nuclei di cure primarie nei distretti delle Asl piemontesi. Non riusciamo a comprendere quando ed in che modo la medesima verrà inviata ai destinatari con l'invito ad iniziare il processo, ormai ineludibile, di una sorta di reingegnerizzazione della assistenza territoriale. Si tratta di un documento di 8 pagine, impossibile da riportare integralmente (chi lo desidera potrà andare a leggere il documento integrale sul nostro sito), ma che richiede qualche approfondimento. Tutti dovremo essere terribilmente interessati al problema, anziché ritenere ciascu-



no di essere esente da pericoli o da nuove incombenze.

Esaminerò insieme a voi alcune parti significative.

Si legge nel documento: “...il presupposto prioritario è rappresentato dal rafforzamento del ruolo del distretto, che assume funzione di stimolo/regolatore/controllo/monitoraggio delle relazioni che intervengono tra i nodi della rete”. Non possiamo che essere contenti sull'idea di rafforzare il distretto, da sempre subalterno nella programmazione e nei vincoli di spesa alla struttura ospedaliera ancor più perché si sottolinea “...il coinvolgimento dei medici di medicina generale

nei processi di programmazione, gestione e valutazione delle Aziende Sanitarie”. Ci dovremo dunque attendere delle consistenti novità con la partecipazione diretta alla determinazione del nostro futuro destino.

Tutto sembrerebbe a noi favorevole se subito dopo non si leggesse: I Gruppi di Cure Primarie, secondo la Proposta di Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2010 attualmente all'esame del Consiglio Regionale, rappresentano organizzazioni che erogano materialmente le cure primarie, prevedendo la collabora-

Salvio Sigismondi

CONTINUA A PAGINA 4

**Contenzione sì
oppure
contenzione no?**

• a pagina 6

Fimmg, prima riunione con la segreteria di Giacomo Milillo

Aria nuova al Consiglio nazionale

Primo Consiglio Nazionale Fimmg con la segreteria di Giacomo Milillo, 12 novembre 2006, domenica: iniziamo bene!!!

Abbiamo partecipato Gabbi, Gola ed io. L'aria che si respirava era senz'altro diversa dai precedenti Consigli, e c'è da sperare che resti la stessa o migliori ancora. Come ha avuto modo di precisare Turno in lista, alcuni, forse troppi, interventi erano aria fritta, ma non era aria malsana. Innanzi tutto, a differenza di Mario Falconi che faceva relazioni lunghissime prendendosi con il mondo intero (tutti incapaci o quasi) senza far partecipare il Consiglio di quanto stava operando, Giacomo ci ha illustrato brevemente cosa ha fatto in questi primi trenta giorni del suo mandato e ci ha riferito i contatti ed i rapporti avviati in maniera produttiva con il



Giacomo Milillo, nuovo segretario nazionale

Ministro della Salute Livia Turco (colloquio durato ben due ore dal quale è uscito con sensazioni estremamente positive), col Presidente della Conferenza Stato-Regioni Vasco Errani e col Coordinatore degli Assessori alla

Sanità Enrico Rossi.

Tra l'altro ha cercato convergenze trasversali per emendare norme della Legge Finanziaria 2007 (vedi il problema della detraibilità dell'auto al 25%).

Si sta mettendo mano al problema Onaosi, il cui vero problema è dato dalla passata gestione allegra e un po' "furbetta" come ha pubblicizzato anche la TV: con una gestione più seria ed onesta dovrebbe andare tutto a posto. A tal proposito forse rientrerà l'obbligatorietà della contribuzione da parte di tutti, politica permettendo.

In tema di rinnovo dell'ACN scaduto, Milillo ha rimarcato come prioritaria la necessità di superare la prassi di un dilazionamento strutturato ed indeterminato dello stesso ed introdurre invece il carattere obbligatorio

Giampaolo Bono

CONTINUA A PAGINA 5

COME SIAMO ORGANIZZATI

SEGRETERIA

Corso Gramsci, 19/A - Cuneo
Tel. 0171-690419 - Fax 0171-600527
www.fimmgcuneo.it - e-mail: fimmg.cn@tin.it

ORARIO UFFICI

Lunedì	10,00 - 12,30
Martedì	10,00 - 12,30
Mercoledì	10,00 - 12,30
Giovedì	10,00 - 12,30 14,30 - 16,30
Venerdì	10,00 - 12,30

PRESIDENTE

Dott. FERRUCCIO PORRATI
Tel. 0175-257277 Cell. 349-5537860

SEGRETERIO PROVINCIALE

Dott. SALVIO SIGISMONDI
Tel. 0172-643105 Cell. 338-3376554
e-mail: sigismondi2001@yahoo.it

VICESEGRETERIO PROVINCIALE

Dott. GIANPAOLO BONO
Tel. 0171-214784 Cell. 333-8393236
e-mail: gianbono@iol.it

TESORIERE

Dott. BIAGIO MONASTEROLO
Tel. 0172-67455 Cell. 333-8387688
e-mail: monbia@tin.it

SEGRETERIO ORGANIZZATIVO

Dott. TURNO GABBI
Tel. 0171-0171-344345
e-mail: turnogabbi@hotmail.com

FIDUCIARI DI A.S.L.

ASL 15 (Cuneo - Borgo San Dalmazzo)
Dott. FRANCO MAGNONE
Tel. 0171-682056 Cell. 3389368003
e-mail: fmagnone@libero.it

ASL 16 (Mondovì - Ceva)

Dott. GIANCARLO ASTEGIANO
Tel. 0174-681569 Cell. 335-6789012
e-mail: giancarlo.astegiano@isiline.it

ASL 17 (Fossano - Savigliano - Saluzzo)

Dott. PIERDOMENICO BOSSOLASCO
Tel. 0172-22242 Cell. 338-2597351
e-mail: pierdo@iol.it

ASL 18 (Alba - Bra)

Dott. ROBERTO GIACHINO
TEL. 0173-34203 Cell. 347-2746091
e-mail: giachino.fam@libero.it

Come avere un occhio di riguardo per i propri pazienti Il Centro di Riabilitazione Visiva

Quando arrivare dal panettiere dietro l'angolo è un ostacolo insormontabile, quando leggere un giornale, un libro, la bolletta della luce diventa impossibile, quando l'orologio non sa più mostrare l'ora e il termometro non rivela più alcuna temperatura, la qualità della vita scende vertiginosamente, la depressione si acquatta dietro l'angolo mentre il senso di spaesamento e di alienazione hanno il sopravvento. Il Centro di Riabilitazione Visiva dell'Asl 17, riferimento provinciale di settore coordinato dalla dottoressa Francesca Ragazzo, vuole essere una risposta ai problemi causati dall'ipovisione grave e dalla cecità.

Nel centro multiprofessionale infatti l'oculista, l'ortottista, lo psicologo, il tecnico per autonomie e mobilità si affiancano per una presa in carico della persona nei vari aspetti che un deficit visivo grave mette in gioco.

I servizi offerti sono: diagnosi funzionale visiva, valutazione neuroftalmologica, valutazione ortottica (con la prova diretta degli ausili per l'ipovisione, personalizzata sulle esigenze del singolo utente), valutazione delle autonomie, consulen-



za e sostegno psicologico, con la possibilità di progetti riabilitativi individualizzati (percorsi sulle autonomie, percorsi di orientamento e mobilità, corsi braille), oltre che la prescrizione degli ausili.

Il servizio, attualmente esente dal pagamento del ticket sanitario, accoglie utenti di ogni fascia d'età e anche in situazione di pluriminorazioni. L'accesso è diretto: è sufficiente una telefonata alla segreteria del CRV per prenotare la prima visita e avviare la presa in carico.

Il medico di Medicina Generale, con il ruolo strategico che ricopre come coordinatore tra figure specialistiche diverse, servizi presenti sul territorio e utente, ha nel CRV un alleato per dare una possibilità in più ai propri pazienti, ad ulteriore conferma della qualità dell'assistenza offerta

Il CRV si trova nell'ospedale di Fossano, via Ospedale 4.

Tel: 0172.699413

E-mail: crv.fossano@asl17.it



**AUGURI DI BUON NATALE
E DI UN SERENO E FELICE
2007 A TUTTI I LETTORI!**

Nuove incombenze e pericoli in vista

DALLA PRIMA PAGINA

zione di più figure professionali (innanzitutto i medici di Medicina generale e i pediatri di libera scelta che desiderano liberamente di aderire all'iniziativa, ma anche i medici di continuità assistenziale, gli infermieri, operatori socio sanitari, medici specialisti, assistenti sociali e associazioni di volontariato) e garantendo la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione.

Il concetto viene ribadito per ben tre volte nelle prime due pagine, non lasciando margine a dubbio alcuno: la Regione non intende per continuità assistenziale quella cosa che inizia alle ore 8 di un mattino e termina alle ore 8 del mattino successivo, ma l'assistenza che qualcuno dovrà erogare a quei soggetti non più degni di fruire dell'assistenza ospedaliera.

Tutto si deve costruire secondo questa logica. Nella struttura che dovrebbe essere istituita (almeno una per ogni Distretto) lavoreranno professionalità diversissime tra loro, dotati di una diagnostica di primo livello (cosa realmente sia non saprei indicare) al fine di garantire appunto la continuità di assistenza tra territorio-ospedale-territorio. In altre parole, temo che in quella struttura, riciclando opportunamente una parte del personale dipendente, si intenda costruire una specie di poliambulatorio pubblico di livello dozzinale, giusto per scaricare su di esso le patologie "non interessanti" l'Ospedale ed i vari Pronto soccorso.

"L'apertura è prevista in una prima fase per 7 ore giornaliere (verificare non deve essere meno della medicina di gruppo), con la prospettiva di passare a 12 ore di copertura una volta a regime".

"Tutto ciò perché la medicina generale possa:

- 1) riappropriarsi della gestione di patologie a rilevante impatto;*
- 2) decodificare la valenza sociale presente in parte della domanda dei cittadini e collaborare quindi con le figure professionali competenti;*
- 3) gestire le attività di prevenzione in modo coerente con quanto definito dal Pssr;*
- 4) contribuire al governo della salute in collaborazione anche con istituzioni locali e associazioni di volontariato.*

Snellimento, per i pazienti, delle procedure burocratiche attuali

Il gruppo di cure primarie dispone di una sede unica ambulatoriale comune agli associati e degli ambulatori di ogni medico associato in rete funzionale, dotata di un'adeguata strumentazione diagnostica, collegata via pc a tutti gli studi medici (tutti i medici operano collegati in rete informatica) che partecipano alla sperimentazione.

Sarà opportuno prevedere nella sede spazi per uno studio medico comune, ambienti per l'équipe infermieristica (dell'ADI ma non solo), un ufficio amministrativo, sala prelievi, postazione per l'Assistente sociale...

I mmg/pls svolgono almeno una/due sedute ambulatoriali settimanali nella sede del gcp. Sono da prevedere, eventualmente (se la sede è in una struttura residenziale) posti letto per degenze territoriali riguardanti lievi patologie, che si possono risolvere senza ricovero ospedaliero ma non possono essere curate a domicilio, sotto la responsabilità terapeutica del medico di medicina generale (nella direzione di Ospedali di Comunità).

Le attività vengono svolte, di norma (cfr Art. ... Acn 05) su appuntamento e il gcp deve predisporre quanto serve per la prenotazione.

E come se non bastasse:

I gcp devono dimostrare di essere in grado di autofinanziarsi con processi documentati di razionalizzazione/economicità nell'uso dei fattori, nella garanzia del raggiungimento degli obiettivi di salute posti.

Da parte della Regione Piemonte è previsto un contributo nella fase di avvio (eventuale coinvolgimento di fondazioni?..."

Credo di aver illustrato a sufficienza le dinamiche che stanno passando sopra le nostre testa e che, secondo il mio modesto parere, dovrebbero farci fare un balzo dalla sedia, cosa che sono pressochè certo non accadrà, fiduciosi come siamo che il sistema non cambierà mai.

Salvio Sigismondi

Il segretario nazionale Giacomo Milillo ha avviato diversi rapporti Contatti positivi col ministro Turco



Un momento dei lavori del Consiglio nazionale Fimmg, il primo che si è svolto con la segreteria di Giacomo Milillo

DALLA SECONDA PAGINA

della puntualità del suo rinnovo. Si spera, quindi, in un rapido rinnovo dell'ACN ed un rimodellamento dell'area delle cure primarie che permetta d'identificare un percorso di carriera ed una definizione del ruolo di libero professionista convenzionato del M.M.G., anche attraverso lo strumento legislativo e della riforma delle libere professioni. A tal fine si è formulata l'ipotesi di una capillare consultazione periferica nella elaborazione di proposte su tali tematiche.

Il Segretario ha affermato che ci si dovrebbe avviare verso "mini convenzione", che non vuol dire convenzione piccola o convenzione ponte, ma molto pratica, con qualche teoria in meno e qualche regolamentazione in più della nostra attività.

Infine si è affrontata l'improrogabile necessità di riforma dello Statuto emersa in sede di Congresso Nazionale a

Villasimius, individuando i principali punti:

- riequilibrare i poteri dell'esecutivo e della segreteria nazionale con il potenziamento della seconda;
- riformulare il meccanismo elettorale dell'esecutivo in modo che il Congresso possa esprimere il voto sui singoli suoi componenti;
- valutazione di meccanismi di tutela delle minoranze;

- ridefinire i compiti del Presidente e del Segretario generale nazionale;
- individuare incompatibilità con le cariche di vertice nazionale del Sindacato;
- regolamentazione della costituzione di nuove Sezioni in occasione della nascita di nuove Province (vedi il raddoppio delle province sarde, istituite da legge regionale, ma non riconosciute dallo Stato).

Sono tornato a casa estremamente ottimista, anche perché nessuno dei segretari regionali o provinciali presenti ha messo in dubbio la validità della nuova Segreteria, fatto rafforzato dall'intervento di Falconi che non solo ha dichiarato tutta la sua disponibilità a Milillo, ma a dimostrazione, secondo me, di buona volontà è stato presente per tutta la giornata.

Gianpaolo Bono

**L'UFFICIO
DI SEGRETERIA
DELLA FIMMG**
(IN C.SO GRAMSCI 19/A, A CUNEO)
È APERTO DAL LUNEDÌ
AL VENERDÌ
DALLE 10 ALLE 12,30
E DI GIOVEDÌ ANCHE
IL POMERIGGIO
DALLE 14,30 ALLE 16,30

Un problema con il quale ci confrontiamo tutti i giorni

Contenzione sì o contenzione no?

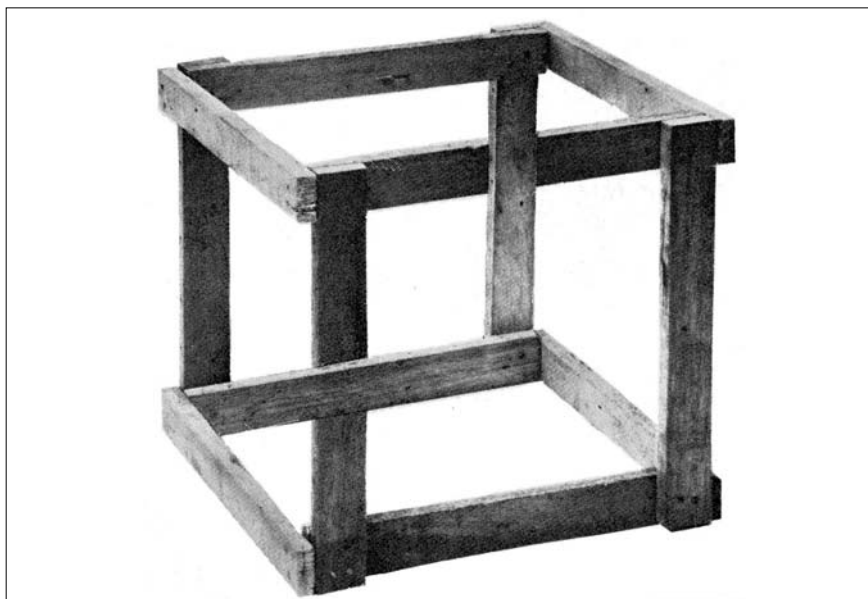
Sembrerebbe pratica libera da qualunque importanza e da qualunque complicazione, l'uso dei mezzi di contenzione, vista la assenza quasi totale del legislatore in tale campo; in realtà con richieste e necessità di tal genere tutti i giorni dobbiamo confrontarci e sovente scontrarci.

Una enunciazione di principio esiste nell'articolo 32 della Costituzione quando afferma che "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge; la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"; naturalmente una simile affermazione non dà nessuna indicazione pratica di comportamento, ma dovrebbe essere suffragata da una serie di leggi e ordinamenti che regolino l'applicazione quotidiana del principio stesso. Invece non esiste nulla al riguardo.

Non è che in altri paesi le cose vadano molto meglio.

Nei paesi del Nord Europa non esiste regolamentazione: ma ciò avviene perché là non esiste affatto la contenzione fisica.

Negli Stati Uniti fino a qualche anno fa era in uso corrente la contenzione; dal 18% dei pazienti ricoverati, sia in ospedali pubblici e privati che in degenze per anziani, sottoposti a contenzione fisica, si è passati, nel giro di due anni, ad una percentuale del 4%, in concomitanza con la pubblicazione delle raccomandazioni (non regole) della FDA per l'uso dei mezzi di contenzione: controllare sovente la persona in contenzione; rimuovere sovente i mezzi di contenzione; usare la contenzione solo quando e come prescritta da un medico e



soltanto per il periodo di tempo specificato; porre le istruzioni per l'uso dei mezzi di contenzione in un luogo ben visibile; spiegare al paziente e ai familiari, in modo che le capiscano, le motivazioni per l'uso dei mezzi di contenzione. Forse la presenza delle società assicurative, per le quali ogni regola o raccomandazione dell'FDA è buona per qualunque motivo, ha spinto le amministrazioni sanitarie e gli operatori a stare molto attenti.

Nel Regno Unito, in cui la contenzione fisica è affidata al personale infermieristico, sono vigenti le regole del Royal College of Nursing inglese: la contenzione deve essere attuata solo in circostanze eccezionali e deve essere solo una misura temporanea; la contenzione deve essere adottata solo dopo una attenta valutazione delle condizioni della persona e questa valutazione deve esaminare anche modalità alternative; il periodo di contenzione deve essere indicato prima di procedere e la decisione deve essere continuamente riesaminata; la

decisione della contenzione deve essere adottata da un infermiere dopo essersi consultato con un altro membro qualificato dello staff e dopo l'esplicita approvazione della caposala; i tempi della contenzione devono essere accuratamente registrati ed elaborati in statistiche mensili, comunemente accessibili, che evidenzino i tempi, il tipo, la motivazione; la necessità della contemporanea somministrazione di sedativi deve essere rivista quotidianamente dai medici dello staff.

Nel nostro Paese è ancora in vigore una parte della legge manicomiale Regio decreto n. 605 del 1909, che all'articolo 60 recita: "nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto; tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione".

Il ricorso ingiustificato a mezzi di contenzione può essere reato Quando il legislatore è assente...

DALLA SESTA PAGINA

I manicomi sono scomparsi per legge; varie sentenze negli ultimi anni hanno indicato come equiparati ai vecchi istituti manicomiali, per l'uso dei mezzi di contenzione, solo i reparti psichiatrici e i reparti di Pronto Soccorso durante un TSO, sempre su prescrizione medica; iniziando il TSO fuori dal reparto di Pronto Soccorso, si considera valido l'uso della contenzione dal momento della approvazione del TSO da parte dello psichiatra, ma l'uso diretto degli stessi mezzi di contenzione è attribuito solo alla forza pubblica e non al personale sanitario.

La sentenza della Cassazione n. 119 del 1998 afferma che "il ricovero in casa di cura o comunità terapeutica comporta l'obbligo di cura e custodia gravante su plurimi soggetti, ma anche limitazioni all'incapace le quali liberamente accettate con un valido consenso o non contrastate da un evidente dissenso non sono penalmente apprezzabili; ma l'obbligo di custodia non può comportare l'uso di mezzi coercitivi".

Quindi, in teoria, non si potrebbero mai prescrivere o usare sponde al letto, polsiere, cavigliere, cinghie pettorali, carrozelle con tavolinetto bloccato o qualunque altro marchingegno limitante la possibilità di movimento di una persona.

Se però un paziente ha un comportamento pericoloso per sé o per gli altri, si configura l'obbligo per tutte le figure sanitarie (quindi non solo il medico, ma anche infermieri, OSS, altro personale sanitario o non, addetto alla assistenza) di porre in atto tutte le misure che impe-

discano il succedere di fatti dannosi alla salute del singolo o della collettività. Questo obbligo deriva anche dall'articolo 54 del Codice Penale, per il quale non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo, e dall'articolo 591 del Codice Penale che punisce l'abbandono di persone minori o incapaci.

Dovranno quindi, in condizioni di pericolo per sé o per altri derivanti dal comportamento di una persona, essere avvisate della situazione tutte le persone che ruotano intorno al paziente, personale della casa di riposo, familiari, che dovranno a loro volta attivarsi per una maggiore assistenza al paziente, e di ciò sarà prudente averne una notazione scritta valutabile da terzi; tale obbligo non vale ovviamente solo per il medico, ma anche per tutte le altre figure di cui sopra.

A tale proposito, l'articolo 4.10 del Codice Deontologico degli Infermieri afferma che l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia un evento straordinario e motivato e non metodica abituale di accadimento.

Una sentenza della Cassazione del 19/12/79 ha stabilito che risponde di lesioni colpose il medico che trascuri di far interrompere la contenzione fisica ad un assistito che dibattendosi violentemente causi danni alla

propria persona. Uguale responsabilità ricade, ai sensi dell'art. 110 del Codice Penale, sul personale che ometta o ritardi la dovuta vigilanza o la dovuta tempestiva comunicazione al medico o la disposta interruzione della contenzione. In tutta queste congerie di regolamenti, sentenze, legislazioni mancanti e pazienti disorientati, come comportarsi?

Sicuramente è utile pensare a quando non si deve usare la contenzione fisica. Il disorientamento spaziale o temporale del paziente senza altri sintomi, il delirio e le allucinazioni visive o uditive, l'alterazione del ritmo sonno-veglia, il vagabondaggio in ambiente limitato e delimitato, senza ostacoli al cammino, l'agitazione senza aggressività e senza manipolazione di oggetti pericolosi a sé o agli altri, l'aggressività solo verbale: tutte queste situazioni molto sovente portano a richieste di contenzione fisica, da parte di parenti, di personale di assistenza o di amministrazioni di strutture di degenza, richieste alle quali sarebbe quanto meno prudente opporre un rifiuto; altrettanto prudente risulta avere e conservare notazione scritta di quanto su esposto. Occorre ricordare che il ricorso ingiustificato a mezzi di contenzione fisica può configurare ipotesi di reato secondo gli articoli 610 C. P. (violenza privata), 590 C. P. (lesioni personali colpose), 571 C. P. (abuso dei mezzi di correzione e di disciplina), 572 C. P. (maltrattamenti continuati).

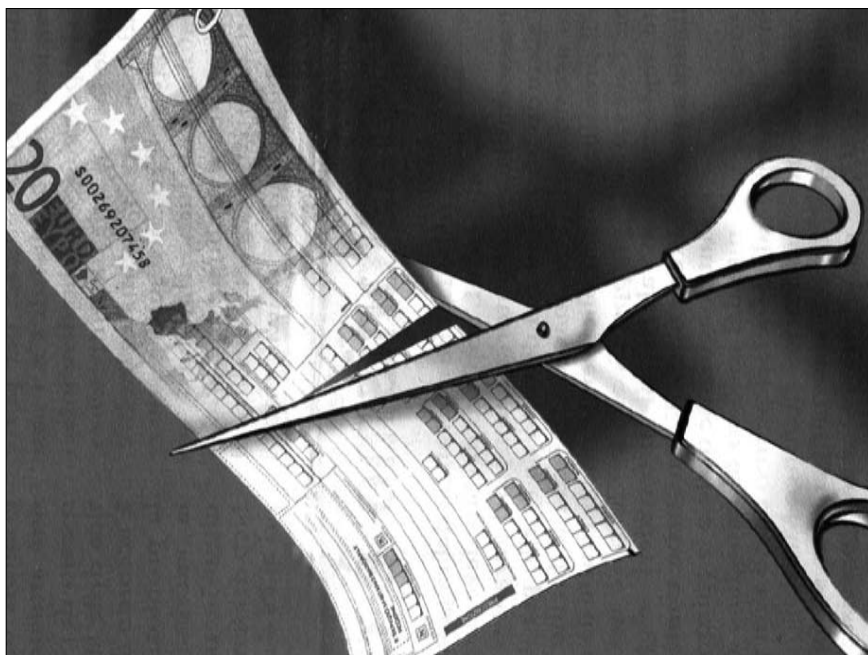
Utili e preziose istruzioni per l'uso, per i colleghi medici

La prescrizione dei farmaci equivalenti

In un precedente numero di Cuneo-Fimmg ho illustrato le motivazioni e le modalità che il Sindacato suggerisce ai medici di famiglia della Provincia Granda per la prescrizione di molecole per le quali esista il corrispondente generico (o il termine da poco adottato, ossia equivalente: fa "più fine", mentre medico generico, invece, si può ancora dire, così come medico di base...).

Può essere interessante, per i tiepidi, i dubbiosi e i poco motivati, riportare quanto affermato sul numero di luglio di Avvenire Medico: "Siamo stati in prima linea nel nostro Paese a 'promuovere' i farmaci generici. Non solo vanno prescritti, ma bisogna operare per cercare di arrivare a percentuali di prescrizione più vicine ad altri paesi avanzati d'Europa. Vorremmo, però, essere sempre garantiti al 100% della qualità dei farmaci, generici o no, immessi in commercio di qualunque marca. Non ci piacciono le informazioni 'ambigue', soprattutto quelle che tendono ad accreditare l'idea che tutti i farmaci in commercio sono 'perfettamente uguali' al prodotto griffato. Non ci piace nemmeno il fatto che il farmacista non sia obbligato a dispensare al paziente, in assunzione cronica, sempre lo stesso farmaco generico".

La soluzione al problema c'è, e sta nel contrassegnare la prescrizione con la dicitura "sic volo", o equivalente: il farmacista deve quindi consegnare quel prodotto, generico o meno, e solo quello. Ricordiamoci che questo va nell'interesse del cittadino: quanti



errori dovuti alla scatola che... ha cambiato colore! L'invito è a segnalare alla Fimmg cuneese, con documentazione, i casi – sembra già avvenuti – di consegna difforme da quanto richiesto. Un invito ancora più pressante emerge da quanto hanno scritto i colleghi Gola e Bertolusso a proposito della segnalazione degli effetti avversi: aggiungo solo che, se abbiamo dei dubbi sulla

reale equivalenza dei generici, dobbiamo dimostrarlo. Non possediamo, né sapremmo usare, costose attrezzature per gli studi farmacologici, ma abbiamo il diritto-dovere di indicare, anche solo nel dubbio, che il farmaco XY ha causato dei fenomeni particolari, od anche che non ci ha dato quei risultati che ottenevamo col preparato WZ.

Franco Magnone

Il medico di famiglia

Notiziario della sezione provinciale Fimmg

di Cuneo

Autorizzazione Tribunale di Cuneo n. 442 del 2/8/90

Direzione, Redazione, Amministrazione:
corso Gramsci, 19/A - 12100 Cuneo

Direttore responsabile:
Piero Sabena

Coordinamento editoriale:
Alberto Burzio

Redazione:
Giancarlo Astegiano, Gianpaolo Bono, Franco Magnone, Biagio Monasterolo, Maurizio Sarotto, Salvio Sigismondi.

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 2 DCB/CN

Composto in proprio

Stampa: Immedi@color - Saluzzo

Contiene inserto redazionale cartaceo

Condoglianze

È morto il padre di Giancarlo Astegiano

È scomparso nei giorni scorsi il papà del collega Giancarlo Astegiano, fiduciario Fimmg dell'Asl 16 (Mondovì-Ceva). La Segreteria provinciale della Fimmg esprime a nome di tutti gli iscritti la partecipazione al dolore di Giancarlo e della sua famiglia, in questi momenti difficili e di grande dolore.