



Torino, 19 Giugno 1998

A Tutti i medici di Medicina Generale
Iscritti al Sindacato della Provincia di Torino
Loro sedi

METODO DI BELLA

Cari Colleghi,

quanto prima le ASL vi faranno pervenire copia della circolare ministeriale sulla **somministrazione gratuita dei farmaci** del cosiddetto "**METODO DI BELLA**", in attuazione alla nota sentenza della Corte Costituzionale. La circolare ministeriale è chiara. Ci permettiamo però di rimarcare alcuni aspetti di nostro specifico interesse, che potrete meglio salutare confrontando la circolare ministeriale.

La richiesta può essere fatta da qualunque medico anche se non inserito nel SSN.

Il medico attesta sulla base di elementi obiettivi che non esistono **VALIDE** alternative terapeutiche e richiede, con il **CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE**, l'accesso di quest'ultimo al trattamento del MDB.

Per la raccolta del consenso alleghiamo un modello che la FIMMG ha predisposto consigliamo di fare firmare il consenso in duplice copia di cui una da allegare alla richiesta e l'altra da trattenere per precauzione. Ricordiamo ancora che **il consenso è valido soltanto se firmato dal paziente stesso e NON DAI PARENTI.**

Nel caso di impossibilità a raccogliere la firma per invalidità del paziente o per incapacità di intendere o di volere, valgono le regole generali.

Si ricorda ancora la facoltà di ogni medico di esercitare il diritto all'obiezione di coscienza, rifiutando di prescrivere terapie non condivise.

cordiali collegiali saluti.

A CURA DELLA REDAZIONE DEL BOLLETTINO DEL SINDACATO DEI
MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA PROVINCIA DI TORINO.

Fac-simile

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE

Il sottoscritto

nato a

il

residente in

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e pienamente in grado di intendere e di volere, consapevole di essere affetto dalla seguente infermità

CHIEDE

**LA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA SECONDO IL PROTOCOLLO "DI
BELLA"**

DICHIARA

a) essere stato informato che il trattamento "DI BELLA", oggi non ancora scientificamente approvato, potrebbe rivelarsi inutile in rapporto al risultato da me sperato, o potrebbe addirittura risultare dannoso.

b) di essere stato informato che il trattamento "DI BELLA", attualmente, è ancora in una fase sperimentale e non vi sono conoscenze certe sugli effetti di questa terapia.

c) dopo aver adeguatamente riflettuto ed appreso quanto sopra

il Dottor **AUTORIZZO**
a richiedere per me l'accesso al trattamento "DI
BELLA".

d) mi impegno fin da ora ad adottare qualsiasi modifica terapeutica qualora se ne presentasse la necessità, e mi assumo esplicitamente la responsabilità di adire a detto trattamento terapeutico in condizioni di incertezza clinica e documentale.

Data,

firma