



STORINO MEDICA

comunicazione
informazione
formazione

anno XXVII
numero 1
marzo 2016

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

Responsabilità professionale: finalmente un passo in avanti

IL MERITATO RIPOSO
DEI MEDICI DIPENDENTI

Carenza di specialisti CTU:
danno "penale" alla salute

Chiamiamo per
nome il decreto
appropriatezza:
razionamento!

COMUNI-
CAZIONE
TRA MEDICI
E GIORNA-
LISTI PER
UN'INFOR-
MAZIONE
SERIA E
VERITIERA

FOCUS PROGETTI
DELLA FARMACIA
DI COMUNITÀ



OSPITALITÀ TIPICA NEL CILENTO

Il Bed and Breakfast Antico Convento è una caratteristica residenza d'epoca situata in un autentico borgo medioevale a pochi chilometri dalle più belle località del Cilento.

Vi aspettiamo per farvi vivere emozioni uniche, in spazi confortevoli e dal sapore antico, dove ritrovare tempo per voi stessi. Sapremo coccolarvi con gustose colazioni e prodotti tipici e potremo suggerirvi attività e itinerari per rendere indimenticabile il vostro soggiorno. Visitate il nostro sito e venite a scoprire il fascino della nostra terra!



Rocca Cilento (SA) Italia - Tel. 39 3312457772
booking@anticoconvento.it www.anticoconvento.it

Sommario

numero 1
marzo 2016

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia e a tutti i Consiglieri degli Ordini d'Italia.

4 Editoriale

Chiamiamo per nome il decreto appropriata: razionamento!
Guido Giustetto

6 Tribuna

Carenza di specialisti CTU: danno "penale" alla salute
Guido Giustetto

10

Comunicazione tra medici e giornalisti per un'informazione seria e veritiera

13 Focus_progetti della farmacia di comunità

Medici e farmacisti: ridefinire ruoli e competenze

14

Progetti della farmacia di comunità
Guido Giustetto
Ivana Garione

17

Sanità: una babele di progetti
Mario Nejrotti

21

La collaborazione tra il medico di medicina generale e la farmacia
Roberto Venesia

23

Stop abusivismo: regole da far rispettare
A cura di Mario Nejrotti

26

La sanità leggera entra in farmacia
Laura Tonon

29

La farmacia di comunità in Piemonte
Giuseppe Costa

32 Transatlantico

Responsabilità professionale: finalmente un passo in avanti
Roberto Longhin

35

Legge autismo tra luci e ombre
A cura di Sara Boggio

39 Dedalo

Il meritato riposo dei medici dipendenti
Chiara Rivetti

42 Cultura

Deontologia professionale
Giuseppe Scarso

45

Discutendo di odontostomatologia
Le opportunità agevolative rivolte al medico e all'odontoiatra
A cura della CAO provinciale di Torino

46 Pianeta solidarietà

Il sogno nel cassetto è un ospedale
Stefano D'Aquino

50

Adotta un paziente
Diego Pavesio

54 In libreria

58 Comunicati e avvisi

60 CONGRESSI

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO

Riccardo DELLAVALLE
Ivana GARIONE
Anna Rita LEONCAVALLO
Elsa MARGARIA
Aldo MOZZONE

Roberta SILIQUINI
Renato TURRA
Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)
Bartolomeo GRIFFA (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO

Bartolomeo GRIFFA
Paolo ROSATO

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Carlo FRANCO
Angelica SALVADORI
Vincenzo MACRÌ Supplente

TORINO MEDICA
Direttore:
Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it
Grafica e Design SGI Srl
Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 29 febbraio 2016

SGI

MARZO 2016

3



[...] Non si tratta quindi di una questione di appropriatezza, e questo va detto in modo chiaro ed esplicito, anche per evitare deleterie confusioni rispetto ad un termine che in medicina ha un significato ben preciso: effettuare la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto. [...]

Chiamiamo per nome il decreto appropriatezza: razionamento!

Guido Giustetto
Presidente OMCeO-TO

Un tema discusso nell'ultimo periodo quello dell'appropriatezza: un insieme di norme che intendono governare la prescrivibilità di oltre 200 accertamenti, chiedendo al medico di riportare, per ciascun accertamento, negli appositi spazi della ricetta, le note che identificano la condizione o indicazione per cui quella richiesta è autorizzata. In caso diverso il medico dovrà prescrivere l'accertamento con spesa a carico del cittadino. Molte le critiche e le osservazioni da parte di sindacati, società scientifiche, ma anche organizzazioni di cittadini.

Il 12 Febbraio scorso si è arrivati ad un accordo tra Ministero della Salute, Regioni e FNOMCeO per costruire soluzioni di tutela per i pazienti e di qualità del lavoro per i medici. Nel documento sottoscritto con questo accordo – ha affermato Roberta Chersevani Presidente FNOMCeO in una lettera ai Presidenti d'Ordine e Cao – è stato confermato l'impegno etico di perseguire la massima appropriatezza di tutte le prestazioni sanitarie erogate dal SSN. I medici hanno ben chiaro il concetto di appropriatezza che viene più volte richiamato nel proprio Codice di Deontologia medica.

Su questo argomento rimangono però quanto mai chiare, attuali e condivisibili le valutazioni espresse dal Consiglio Direttivo di Slow Medicine di cui riportiamo nella pagina seguente un passaggio della lettera dell'8 febbraio scorso.

"Ancora una volta il Governo, attraverso un provvedimento calato dall'alto e senza il preventivo contributo dei professionisti che sono chiamati ad applicarlo, è riuscito a scontentare tutti. I presidenti di alcune Regioni, prima fra tutte la Toscana, hanno invitato i direttori generali a soprassedere all'applicazione; i sindacati denunciano l'ennesimo trasferimento di un pacchetto di prestazioni sanitarie dal pubblico al privato; i medici, in particolare quelli di medicina generale, ne contestano la farraginosità, le incongruenze e le oggettive difficoltà interpretative e applicative; i cittadini e i pazienti sono convinti di essere stati bersaglio di nuovi pericolosi tagli che minacciano la tutela della salute e i loro diritti. Davvero un bel pasticcio!

Per quanto riguarda i contenuti del decreto, le cose non vanno affatto meglio.

In primo luogo si fa una gran confusione tra razionamento e appropriatezza. È del tutto evidente che quando si parla di condizioni di erogabilità siamo di fronte a provvedimenti che si propongono di razionare le risorse. Si tratta, infatti, di norme sulla base delle quali si decidono quali sono le prestazioni assicurate dal servizio sanitario nazionale e quali sono le categorie di persone che ne hanno titolo. Per esempio, si è deciso che molte prestazioni odontoiatriche siano a carico del servizio pubblico solo fino a 14 anni; ciò non perché curare i denti dai 15 anni in poi sia inappropriato, ma semplicemente perché il governo ha deciso che i costi di quelle prestazioni ricadano direttamente sul cittadino. Non si tratta quindi di una questione di appropriatezza, e questo va detto in modo chiaro ed esplicito, anche per evitare deleterie confusioni rispetto ad un termine che in medicina ha un significato ben preciso: effettuare la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto. Sarebbe molto meglio, quindi, ricomprendere tutte le norme che riguardano il razionamento dei servizi negli appositi elenchi che definiscono i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), cioè le prestazioni e i servizi garantiti a tutti i cittadini da parte dello Stato e delle Regioni.

Anche per quanto riguarda l'appropriatezza clinica permangono forti perplessità. A parte la presenza nel decreto di alcuni bizzarri svarioni, siamo convinti che, soprattutto in campo diagnostico, sia davvero difficile stabilire a priori, e con valore di legge, cosa sia utile fare o non fare nelle diverse circostanze che caratterizzano la pratica clinica. È evidente che a questo scopo il medico si debba avvalere di linee guida, percorsi diagnostici e terapeutici e delle migliori conoscenze scientifiche, ma sulle sue decisioni influiscono molte altre variabili, quali la credibilità del professionista, le richieste, i valori, la fiducia del paziente, i margini d'incertezza dei risultati, l'evoluzione delle conoscenze, il contesto fisico e soprattutto culturale di erogazione delle cure. Tutti questi elementi che contraddistinguono l'atto medico e che si basano, oltre che sulle conoscenze scientifiche, sull'instaurarsi di un'effettiva reciprocità nella relazione di cura, ben difficilmente possono trarre vantaggio da provvedimenti impositivi, di tipo burocratico, validi per tutti.

Pur riconoscendo che la medicina è pervasa da prestazioni inappropriate verso cui in qualche modo occorre intervenire, e che in linea di principio alcune indicazioni regolatorie e di controllo sui comportamenti prescrittivi possano essere utili a tutela del paziente, prima ancora che per ragioni economiche, siamo convinti che a questo fine la via legislativa sia uno strumento poco efficace o addirittura tossico".

Carenza di specialisti CTU: danno “penale” alla salute

Guido Giustetto

Presidente OMCeO-TO

L'obiettivo di questo intervento è sensibilizzare i medici specialisti a rendersi disponibili a svolgere, anche solo saltuariamente, il ruolo di Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) in tutti quei casi riguardanti un danno alla salute, una lesione personale o il decesso di un paziente

I processi penali e civili per colpa professionale, e nell'ambito di questi, per colpa medica, hanno registrato negli ultimi anni un aumento esponenziale tanto da un punto di vista del numero, quanto da un punto di vista della complessità delle vertenze.

Le ragioni sono molte e non è questa la sede per esaminarle.

L'obiettivo di questo intervento è sensibilizzare i medici specialisti a rendersi disponibili a svolgere, anche solo saltuariamente, il ruolo di Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) in tutti quei casi riguardanti un danno alla salute, una lesione personale o il decesso di un paziente.

È infatti necessario, una volta acquisita una pur sommaria conoscenza della logica e delle regole processuali, che gli specialisti forniscano quella che ormai è la sempre più necessaria competenza di un esperto che “opera sul campo”, segnatamente per quanto riguarda accertamenti e valutazioni puntuali e motivati per esempio sulla effettiva concreta situazione/condizione della patologia del paziente, rispettivamente all'inizio e alla fine delle cure mediche oppure sulla giustificata o meno dell'eventuale “scostamento dalle linee guida” in funzione della peculiarità di quel caso concreto.

Al contrario, oggi si riscontra tra noi medici clinici una diffusa indifferenza ed, anzi, una certa diffidenza verso i problemi della giustizia, fondata sull'erronea convinzione che il problema della “responsabilità medica” riguardi solo o prevalentemente un aspetto giuridico-legale e non invece direttamente, il concreto e difficile operare quotidianamente “sul campo” che permea la vita di ogni medico.

Ma per restare al passo con i tempi, in funzione della sempre maggiore sofisticazione della scienza medica e dei problemi riferiti alle nostre prestazioni professionali, solo un coinvolgimento in prima persona delle migliori competenze specialistiche potrà assicurare nel modo migliore tanto (come è doveroso) la tutela del paziente quanto la garanzia del diritto di difesa del medico che si trova ad essere coinvolto in un processo.

Entrando, sia pure saltuariamente, nella logica di un processo civile o penale (a carico degli Operatori Sanitari e/o Strutture Sanitarie) il medico specialista potrà assolvere ad un ruolo etico di particolare rilevanza, contribuendo all'accertamento della verità processuale, che deve tendere alla realtà scientifica del caso concreto, secondo le regole che le norme legislative pongono alla base di ogni processo. Egli, esperto nella peculiare disciplina inerente al caso in specie, potrà infatti fornire, pur in presenza di complesse patologie, alla luce della sua esperienza clinico-pratica, il suo indispensabile contributo, accanto a quello diverso e complementare dello specialista in medicina legale.

La scienza medica negli ultimi decenni, ha compiuto straordinari progressi, spesso divulgati con eccessiva enfasi e tradotti/percepiti in promesse/garanzie di salute non corrispondenti a verità anche nelle situazioni “a rischio” (quali ad es. tumori, gravidanza e parto) che pure ora conducono alla morte del paziente in una percentuale del tutto minore rispetto al passato. Questo dato di fatto, contribuisce (perché vi sono certo altre cause) a far percepire (al paziente, ai familiari e all'intera opinione pubblica) l'iter terapeutico che si conclude con un evento dannoso e li rende propensi a ricondurre l'insuccesso del trattamento rispetto al risultato sperato ad un errore medico piuttosto che ad

un evento imprevedibile e/o non evitabile (impropriamente denominato complicità), o prendere consapevolezza dei limiti dell'agire umano.

È per questo che invito i medici specialisti del nostro Ordine a rendersi disponibili, ciascuno per la propria competenza, per assicurare in concreto al Giudice di procedere direttamente alla nomina non solo dello specialista medico legale ma anche dello specialista clinico, i cui “apporti tecnici all'interno della discussione processuale”, come detto, sono differenti e complementari.

A questo proposito il disegno di legge “Disposizioni in materia di responsabilità professionali del personale sanitario”, appena approvato dalla Camera dei Deputati e in discussione al Senato, si esprime in merito alla “nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria” nei seguenti termini: “Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti nominati non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi”.

Anche il nostro Codice Deontologico all'articolo 62, esprime la necessità di una collegialità di giudizio: “Il medico legale, nei casi di responsabilità medica, si avvale di un collega specialista di comprovata competenza nella disciplina interessata; in analoghe circostanze, il medico clinico si avvale di un medico legale”.



La perizia/CTU è un punto di riferimento fondamentale per fornire al Giudice quel sapere scientifico che fornirà la base del suo convincimento per quanto concerne il nesso causale scientifico tra un certo comportamento e il suo esito conseguente che viene addebitato al medico

A questo fine il Giudice deve necessariamente poter disporre di un elenco sufficientemente vasto e continuamente "autorinnovantesi" di medici specialisti disponibili ad assumere, senza assolutamente nulla sottrarre al loro lavoro giornaliero "sul campo", qualche incarico giudiziale, anche per evitare possibili conflitti di interessi che potrebbero sorgere in qualche caso.

La perizia/CTU in campo scientifico, infatti, in alcune tipologie di vertenze come appunto quelle di "malpratica medica" (termine assai caro ai media), è un punto di riferimento fondamentale per fornire al Giudice quel sapere scientifico che fornirà la base del suo convincimento per quanto concerne il nesso causale scientifico tra un certo comportamento e il suo esito conseguente che viene addebitato al medico.

Ma qual è il tipo ideale di esperto medico in grado di accertare/valutare l'aspetto scientifico di ogni singolo caso di specie in tema di "salute"?

Gli esperti nominati dovranno essere imparziali, autorevoli (ma non autoritari o apodittici), scientificamente competenti nello specifico campo specialistico, ricchi di esperienza "sul campo" tanto da poterla motivatamente rapportare allo specifico, singolo e peculiare caso concreto e non dovranno essere in una condizione di conflitto di interessi.

In definitiva, valgono la qualificazione e l'imparzialità dell'esperto e del Collegio, tenendo peraltro conto che l'esperto non deve esprimere un punto di vista personale, ma deve accertare, ben più ampiamente, quale sia lo stato complessivo delle conoscenze, al momento del comportamento dell'agente, in quanto sapere scientifico a lui già noto e diffusamente utilizzato nella pratica clinica quotidiana. L'esperto deve altresì, in base alla sua specifica competenza, essere in grado di valutare le condizioni di salute del periziando rispettivamente prima e dopo le cure mediche (essendo comunque il danno un concetto "per differenza"), indicando altresì, in funzione delle effettive condizioni di salute all'inizio e alla fine del periodo di "incrocio" con l'attività del medico, "se e come" le cure prestate abbiano conseguito un risultato diverso e peggiorativo rispetto a quello conseguibile ove le cure fossero state corrette. Questi suoi accertamenti saranno resi possibili oltre che dalla scienza, anche dalla esperienza.

Dunque sarà compito del Giudice, mediante la rotazione degli incarichi e la ricerca della massima competenza assicurare che l'Ausiliario scientifico del processo, cioè il medico specialista, sia indipendente, massimamente esperto in quella specifica disciplina medica e privo di conflitti di interesse. Ma, per raggiungere questo obiettivo di verità, di comprensione delle peculiarità di ogni singolo caso, motivazione puntuale utile alla sua decisione in termini di assoluzione o di condanna, di accoglimento o rigetto della domanda, il Giudice deve necessariamente disporre di un vivaio di esperti, in grado di autorinnovarsi continuamente, in ciascuna delle specializzazioni inerenti ai vari rami della medicina.

VILLA RABY "SPAZI ALLA CULTURA" CORSO FRANCIA 6-8, TORINO

La sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino, nella cornice dello splendido Villino Raby, gioiello del Liberty italiano, opera nel 1901 dell'Architetto Pietro Fenoglio, offre i suoi spazi di incontro a Istituzioni, Associazioni, Gruppi Culturali e privati. Tutti i Medici Chirurghi e Odontoiatri, le loro Istituzioni, Associazioni di Categoria, Società Scientifiche che vorranno organizzare Convegni, Congressi, Workshop, Corsi di Formazione, Incontri, Riunioni, Assemblee Societarie, a tutti i livelli, dal locale all'internazionale, potranno usufruire degli spazi più adatti.

Sono a loro disposizione cinque sale per ogni esigenza di incontro culturale e professionale: dalla grande Sala Congressi con 250 posti a sedere e le migliori dotazioni tecniche, alla piccola e affascinante Sala Piano per 20 posti, adatta anche per concerti da camera.

Le sale dell'Ordine sono usufruibili anche da parte di Istituzioni, Associazioni e Gruppi non medici, sia a livello cittadino che nazionale.

VILLA RABY: UN POLO CULTURALE NEL CUORE DELLA CITTÀ DI TORINO



SALA CONFERENZE, COMPRENDE:

Sala fino a 250 posti | Radiomicrofoni a mano o spillo | Videoproiezione | Videoconferenza Over IP o ISDN | Computer di sala/Computer Regia | Adattatore per Mac (specificare modello) | Spazi espositivi n.____ | Videoregistratore DVD | Audioregistrazione | Spazio per coffee break e lunch | Centro Slide in rete | Remote Controlle per Slide | Freccia Laser | Slide tappo - logo Jpeg evento



SALA CONSIGLIO, COMPRENDE:

Sala fino a 23 posti | Videoproiezione su schermo | Computer

SALA PIANOFORTE (ATTIGUA ALLA SALA CONSIGLIO ALLA QUALE È COLLEGATA DA UNA PORTA)

Sala fino a 20 posti



SALA EX CARROZZERIA COMPRENDE:

Sala fino a 45 posti | Videoproiezione su schermo | Computer



MANSARDA COMPRENDE:

Sala fino a 30 posti | Videoproiezione su schermo | Computer di sala



Comunicazione tra medici e giornalisti per un'informazione seria e veritiera

Scambio di lettere tra i due Ordini

La correttezza dell'informazione giornalistica in ambito medico è un tassello fondamentale nell'esercizio del diritto alla cronaca: notizie lontane dalla verità dei fatti, presentate in maniera superficiale o usate come spunto per distorsioni scandalistiche non rendono un buon servizio né al medico cui tocchi la parte di "capro espiatorio" né ai lettori.



Egr. Dott. Alberto SINIGAGLIA, Presidente Ordine dei Giornalisti del Piemonte

Le scrivo per sottoporLe alcune considerazioni sull'informazione riportata dai giornali inerente a situazioni in cui sono coinvolti i medici e che va sotto il nome popolare di "malasanità".

La questione non è nuova e ha già dato origine in anni scorsi a diversi incontri tra i nostri Ordini.

L'interesse dell'Ordine dei Medici alle notizie della stampa è dovuto all'esigenza, prevista dalla legge professionale, di vigilare sugli iscritti al fine di individuare ed eventualmente sanzionare quei comportamenti che si dimostrino in violazione alle norme indicate nel Codice di Deontologia Medica che, come recita l'art. 1, i colleghi "devono osservare nell'esercizio della professione".

Gli articoli di giornale inerenti a noi medici sono una fonte, tra le altre, molto importante per la nostra attività disciplinare.

Abbiamo però anche il compito di tutelare i professionisti da accuse false soprattutto se divulgate alla pubblica opinione attraverso i giornali.

Non mi riferisco a eventuali notizie di reato di cui il giornalista è reso partecipe e delle quali, una volta verificata la serietà della fonte, non ha alcuna possibilità di prevedere l'esito finale (anche se su questo il Procuratore della Repubblica recentemente ha avuto qualcosa da dire), per cui il non comunicarle configurerebbe una lesione del diritto di cronaca.

Nel nostro vagliare e verificare gli articoli di giornale, ai fini disciplinari ai quali accennavo sopra, nei mesi scorsi ci siamo imbattuti in alcuni esempi di informazioni piuttosto lontane dalla verità dei fatti e presentate in maniera che a noi è apparsa superficiale o con elementi scandalistici poco o nulla attinenti al fatto.

Le pare corretto scrivere che un giovane è morto dopo essere stato amputato ad un arto a seguito di una distorsione dovuta ad una "banale caduta da un muretto" quando il giovane è vivo? La "distorsione" è in realtà una grave lussazione del ginocchio che il ragazzo si è procurata saltando da circa 2 metri di altezza di fatto "auto-amputandosi" l'arto e sottoponendosi al rischio di morire.

Lei comprenderà che tutti i 68 colleghi, citati nell'articolo, che si sono prodigati con la loro professionalità e con risorse pagate dalla collettività per scongiurare con successo la morte del giovane, oltre ad essere annichiliti dall'iniziativa dell'autorità giudiziaria, si sono sentiti feriti profondamente nel vedere presentata come il risultato di una negligenza collettiva, l'unica soluzione possibile per il grave trauma.

Ci siamo poi stupiti nel leggere che l'Ordine dei Medici non ha ancora deciso di radiare un iscritto, assunto più volte agli onori della cronaca giudiziaria per reati e comportamenti lesivi del decoro professionale.

È evidente che il giornalista non può conoscere le modalità con cui avviene l'attività disciplinare in campo medico, ma sarebbe bastata una telefonata ai nostri uffici per sapere che l'Ordine negli anni ha attivato e portato a termine nei confronti del collega diversi procedimenti disciplinari e che, per legge, la sanzione della radiazione può essere comminata, in casi molto gravi, soltanto dopo che la sentenza è divenuta definitiva.

Per quanto riguarda i colleghi odontoiatri ci sembra difforme della realtà dei fatti il titolo "Dentista arrestato perché ricattava l'ex compagno di cella", quando leggendo l'articolo si veniva a scoprire che il protagonista era un abusivo, già arrestato per truffa, che nulla aveva a che fare con la professione odontoiatrica.

Il diritto di cronaca giustificerebbe il titolo “Giornalista ubriaco provoca grave incidente stradale” per un articolo che racconta di un individuo che scrive sul bollettino parrocchiale e ha causato, con tasso alcolico sopra il consentito, un incidente automobilistico?

In conclusione, la nostra impressione è che non raramente si dia spazio ad informazioni imprecise o di poca rilevanza, all'interno delle quali si annidano messaggi fuorvianti che, creando diseducazione, allarmismo e alimentando comportamenti rivendicativi ingiustificati e pericolosi nuocciono innanzi tutto alla collettività.

Il medico, come ogni cittadino, dal momento in cui si trova ingiustamente presentato al pubblico per fatti non commessi o commessi non nei termini indicati negli articoli, perde la sua tranquillità, riduce le sue relazioni anche in famiglia e soprattutto non lavora più con la serenità e la sicurezza derivante dalla consapevolezza della professionalità acquisita.

Un articolo “mal scritto” e superficiale può creare un danno non solo morale ma psichico ed a lungo termine fisico per chi è oggetto di quella denigrazione.

Affido queste riflessioni alla Sua competenza in materia, ma soprattutto alla Sua autorità etica e professionale, nell'attesa che possano essere approfondite in uno scambio di opinioni volto a garantire un'informazione corretta, seria e veritiera.

L'occasione mi è gradita per inviarLe un cordiale saluto.

Il Presidente dell'OMCeO di Torino
Guido Giustetto

Caro Presidente,

rispondo subito alla sua lettera che solleva problemi che il nostro Ordine conosce bene e ai quali si impegna a porre rimedio. Molte ragioni, anche dovute alla crisi economica e alla riduzione del personale, causano spesso un'informazione distratta, imprecisa ed esagerata nei toni. Le chiedo la sua collaborazione nel segnalarci casi precisi indicando la testata, la data e la firma dell'autore dell'articolo scorretto. Valuterà il nostro Consiglio se si tratta di casi meritevoli di giudizio disciplinare.

La sua lettera mi offre anche l'occasione per invitarla a concordare quanto prima dei comuni episodi di aggiornamento professionale da svolgere a Torino e in qualche strategica località della provincia tra maggio e dicembre.

Cerchiamoci reciprocamente nei prossimi giorni, intanto per stabilire un incontro.

I più cordiali saluti

Il Presidente dell'ODG del Piemonte
Alberto Sinigaglia

Con questo numero si conclude la lunga e fruttuosa collaborazione di Nicola Ferraro con l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino. Il Presidente, il Consiglio Direttivo e la Redazione Lo ringraziano per la competente attività di Capo redattore di Torino Medica e di Addetto stampa e gli augurano un proficuo e soddisfacente futuro professionale.

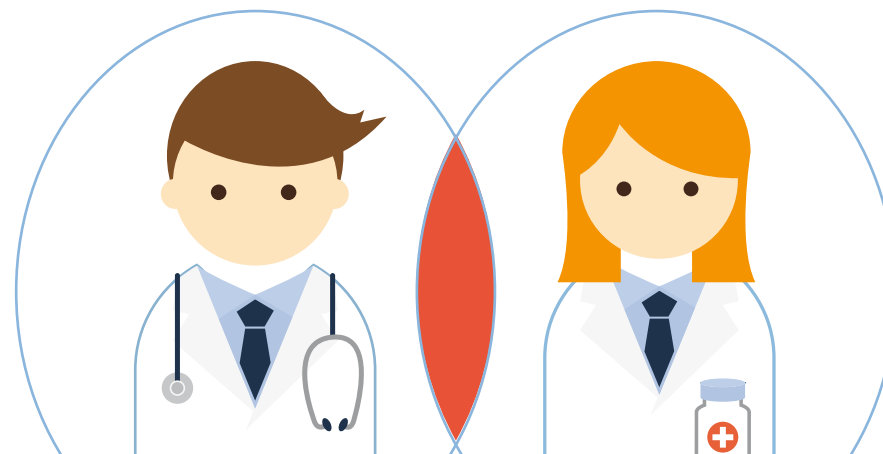
focus_ progetti della farmacia di comunità

Medici e farmacisti: ridefinire ruoli e competenze

Mario Nejrotti

Si è più volte sottolineato su queste pagine e in rete quale sia il rischio, per la salute della popolazione e per la spesa pubblica, estendere a professionisti non medici le competenze e le responsabilità tradizionalmente assegnate al medico.

I cittadini hanno ragione a insistere per avere un'assistenza sempre migliore e personalizzata, ma i decisori debbono essere in grado di “manovrare” tra interessi contrastanti che, spesso, per scarsa fantasia e buona volontà, non trovano altri obiettivi per il loro sviluppo che erodere spazi di intervento al medico, nel nome della tutela dei cittadini.



Progetti della farmacia di comunità

Guido Giustetto

Presidente OMCeO TO

Ivana Garione

Consigliere OMCeO TO

Il timore è che si crei una sovrapposizione disordinata di interventi, dei quali non vi sia la regia, con il rischio di un aumento e di un'induzione di spesa inefficiente, senza il vantaggio di tutelare veramente il paziente

Il Focus di questo numero di Torino Medica è dedicato alla farmacia di comunità.

Nel mondo medico questa novità ha fatto molto discutere; infatti, se c'è un generale consenso nel riconoscere alle farmacie un ruolo specifico e importante nel migliorare l'adesione alle terapie da parte dei pazienti, la proposta di affidare ai farmacisti l'individuazione precoce di cittadini affetti da diabete, scompenso cardiaco o BPCO ha sollevato molte perplessità e ancora di più il progetto di inviare in farmacia, e non al medico, i pazienti dimessi dal Pronto Soccorso.

Il timore è che si crei una sovrapposizione disordinata di interventi, dei quali non vi sia la regia, con il rischio di un aumento e di un'induzione di spesa inefficiente, senza il vantaggio di tutelare veramente il paziente.

Un secondo timore, inutile nascondere, è che questa innovazione apra la strada alla "quasi diagnosi" medica da parte di professionisti che a questo non sono abilitati.

Proprio partendo da queste preoccupazioni, alcuni componenti del Comitato Etico della Città della Salute e della Scienza, hanno richiesto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino di pronunciarsi in merito.

Il Consiglio Direttivo nella seduta del 16 dicembre 2015 ha analizzato tre progetti della farmacia di comunità (inerenti a BPCO, scompenso cardiaco e presa in carico del paziente fragile inviato dal Pronto Soccorso) promossi dal Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco - Università di Torino, da Federfarma Piemonte, dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL TO3 della Regione Piemonte e dagli Ordini dei Farmacisti Piemontesi. Sono note all'Ordine le normative nazionali e regionali che attribuiscono, nell'ambito della futura riorganizzazione e del potenziamento del territorio, alle farmacie dei servizi nuovi compiti di collaborazione con i professionisti medici e le altre figure sanitarie in iniziative miranti a garantire l'efficienza e l'efficacia del SSN.

Una approfondita valutazione dei progetti ha, però, messo in evidenza i loro limiti e le criticità, nonché i potenziali conflitti di interesse, che non consentono di condividere l'iniziativa dei promotori dei progetti, così come strutturati nella documentazione visionata. Pubblichiamo, di seguito, il documento approvato all'unanimità dal Consiglio provinciale dell'Ordine di Torino che ne ha autorizzato la divulgazione mediante pubblicazione sul sito istituzionale, su questa rivista, nonché mediante invio diretto a tutti i colleghi medici facenti parte dei Comitati Etici di Torino e Provincia. Inoltre il Consiglio ha disposto l'invio del documento ai Presidenti degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri del Piemonte e il suo inoltro alla Regione Piemonte chiedendo un incontro con l'Assessore alla Sanità al fine di un confronto diretto sui progetti della farmacia di comunità.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

Oggetto: Progetti della farmacia di comunità Regione Piemonte in merito alla gestione della BPCO, dello scompenso cardiaco e presa in carico del paziente fragile inviato dal Pronto Soccorso (per scompenso cardiaco e BPCO).

L'art. 13 dell'attuale Codice Deontologico dei Medici Chirurghi e Odontoiatri afferma con forza che: "la prescrizione, ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico che impegna la sua autonomia e responsabilità". Occorre, quindi, valutare i progetti presentati dai promotori (Dipartimento di scienza e tecnologia del farmaco dell'Università di Torino, Ordini dei Farmacisti Piemontesi, Federfarma Piemonte, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASLTO3) rispondendo a tre importanti quesiti:

Questi progetti tutelano la salute dei pazienti?

Rispettano il ruolo del medico previsto dal Codice Deontologico?

Favoriscono un utilizzo ottimale e appropriato delle risorse pubbliche (art.6 - Codice Deontologico)?

Il protocollo di studio della presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco e BPCO, che accede al PS, prevede l'invio da parte dei medici del PS a una farmacia senza alcun accenno a un invio al medico curante. Questa procedura, oltre che insolita, non tutela la salute del paziente perché non prevede la valutazione del medico curante, che è l'unico che può integrare le indicazioni date dai colleghi del PS con il quadro clinico completo del paziente stesso.

Il progetto specifica che "l'arruolamento avviene presso il PS", ma non è precisato non solo quali PS aderiscono ma, soprattutto, quali siano i medici partecipanti (nomi, strutture di appartenenza e relativo Direttore e/o Responsabile che ha autorizzato) per identificare, in caso di problematiche, il medico inviante. Viene scritto che l'invio da parte del medico di PS alla farmacia avviene con un promemoria scritto per segnalare se si tratta di scompenso cardiaco o BPCO, ma non sono previsti la firma e il timbro del medico a garanzia di tracciabilità del percorso.

Il follow up del paziente prevede il suo ritorno in farmacia, ogni 15 giorni per un anno, per rilevare alcuni parametri (per lo scompenso: PA, FC, peso, altezza e BMI e per la BPCO: SATO2 e FEV1) e somministrare il questionario di follow up e non contempla le indicazioni da dare al paziente sulla necessità, nel corso dell'anno, di una valutazione clinica medica.

L'Ordine ritiene non solo pericoloso per la salute del paziente, ma anche rischioso per i medici di Pronto Soccorso e per i farmacisti stessi, l'invio del paziente dimesso a figure non mediche che potrebbero sconfinare in atti medici con relative conseguenze medico-legali. Inoltre tale percorso è, evidentemente, non aderente a criteri di appropriatezza.

Per quanto riguarda lo screening della BPCO, con anche utilizzo di dispositivo elettronico tascabile di FEV1, tale progetto non va nella direzione di un percorso efficace di prevenzione: è, infatti, acquisito dai dati della letteratura che la prevenzione con programmi di screening rivolti alla popolazione, non può essere affidata ad una sola categoria professionale perché ciò può creare un grande numero di falsi positivi e negativi. Necessariamente avverrà che la maggior parte dei pazienti arruolati sarà inviata al medico per ulteriori accertamenti, con grave dispendio di risorse. Accadrebbe una situazione opposta al percorso virtuoso delle linee guida, ovvero anamnesi, esame obiettivo, approfondimento strumentale e/o visita pneumologica effettuata dal medico curante. L'accordo Stato-Regioni 2014 attribuisce alle farmacie un ruolo di "partecipazione" alle campagne di prevenzione ed esistono dati in letteratura, citati nel progetto, che valorizzano il ruolo dei farmacisti collaboranti insieme ai medici a campagne di prevenzione, ma questo è altra cosa dal farsi promotori unici di campagne di prevenzione sulla popolazione.

Il progetto, inoltre, contempla, in caso di FEV1 minore o uguale al 70%, l'invio del paziente da parte del farmacista al medico per la valutazione diagnostica. Successivamente il paziente è inserito in un follow up da farsi in farmacia ogni tre mesi della durata di dodici mesi, al termine del quale il farmacista confermerà o no la diagnosi di BPCO, agendo, quindi, come supervisore della diagnosi già fatta dal medico.

Per quanto riguarda il terzo progetto sullo scompenso cardiaco, il percorso di prevenzione prevede che il farmacista rilevi la pressione arteriosa e il BMI ai clienti di età superiore a 55 anni e apparentemente in sovrappeso, escludendo gli ipertesi noti. Il cittadino, valutato da apposito questionario, è inviato al medico curante sia se il punteggio classifica il paziente come a basso rischio, sia se è ad alto rischio. Solo in quest'ultimo caso il farmacista inserisce il paziente in un follow up di due mesi con misurazione di PA e peso ogni due settimane. Risulta curioso che si sia messo come indicatore di outcome il tasso di ospedalizzazione e di ricorso al PS ad un anno di soggetti che presumibilmente, trattandosi di ipertesi di nuova diagnosi, sarà basso.

Dalle osservazioni precedenti appare evidente che, nella proposta della farmacia di comunità, il farmacista si sovrappone o si sostituisce al medico di fiducia e allo specialista, con il rischio di confondere il paziente creando incertezza, e indebolendo la fiducia verso le figure mediche di riferimento, che sono appunto i medici di famiglia e gli specialisti. Inoltre si innescano percorsi "non virtuosi" con aumento del ricorso inappropriato ad esami strumentali e visite specialistiche.

Altra cosa è invece la partecipazione da parte dei farmacisti al percorso di aderenza e persistenza alla terapia nei confronti dei pazienti, ai quali sono stati diagnosticati BPCO o scompenso cardiaco cronico e impostata la terapia, ai fini di migliorarne la compliance. Gli studi clinici hanno dimostrato che maggiore è il numero di operatori sanitari che trasmettono un messaggio virtuoso di salute e maggiore è il successo. In questo caso l'intervento del farmacista che spieghi, per esempio, l'uso del device nella BPCO e rinforzi il messaggio di

aderenza e persistenza alla terapia dei curanti diventa sicuramente efficace.

Un'osservazione va fatta anche riguardo al testo di raccolta del consenso al trattamento dei dati che il farmacista sottopone al cittadino: non è esplicitato che, per tutti e tre i progetti, la proprietà dei dati sensibili appartiene ai promotori dello studio e non al cittadino stesso. L'Ordine scrivente è ben conscio che le farmacie territoriali rivestono un ruolo cardine all'interno del SSN che va ben oltre la mera dispensazione del farmaco, ma ritiene che sia fondamentale in qualsiasi progetto di gestione di malattie croniche che siano tutelate la salute dei pazienti, il ruolo dei professionisti e l'utilizzo ottimale e appropriato delle risorse pubbliche.

Il Consiglio OMCeO della Provincia di Torino

Sanità: una babele di progetti

Mario Nejrotti

Direttore Torino Medica

I RISCHI DELLA CONFUSIONE

Si è più volte sottolineato su queste pagine e in rete quale sia il rischio, per la salute della popolazione e per la spesa pubblica, estendere a professionisti non medici le competenze e le responsabilità tradizionalmente assegnate al medico.

Sono state indicate strade per ottenere migliori prestazioni e maggiore accessibilità ai servizi sanitari da parte di tutta la popolazione, senza disuguaglianze, riducendo l'inappropriatezza diagnostica e prescrittiva e ottimizzando le risorse, sempre cercando di coinvolgere tutte le fondamentali figure sanitarie, co-protagoniste nell'assistenza dei cittadini, come infermieri, fisioterapisti, farmacisti...

Sempre più frequentemente, però, dobbiamo registrare strategie e iniziative, inquadrare in discutibili norme di legge, che, invece di puntare ad un miglioramento dell'esistente, sembrano mirare a un ridimensionamento del ruolo medico, soprattutto in quegli ambiti che nel tempo hanno dimostrato una maggiore debolezza.

Debolezza che non possiamo non riconoscere, perché le critiche sacrosante dei cittadini che puntano il dito sulle frequenti difficoltà dei medici nel rapporto interpersonale e nella gestione delle terapie, specie per le patologie croniche, aprono la strada a nuovi scenari e a nuove figure che si propongono di colmare questi spazi assistenziali.

I cittadini hanno ragione a insistere per avere un'assistenza sempre migliore e personalizzata, ma i "decisori" debbono essere in grado di "manovrare" tra interessi contrastanti che, spesso, per scarsa fantasia e buona volontà, non trovano altri obiettivi per il loro sviluppo che "erodere" spazi di intervento al medico, nel nome della tutela dei cittadini.

FARE PREVENZIONE SENZA I MEDICI DI TERRITORIO

L'ultimo episodio in ordine di tempo è il caso dei tre Progetti della farmacia di comunità della Regione Piemonte in merito alla "gestione della BPCO, dello scompenso cardiaco e presa in carico del paziente fragile inviato dal Pronto Soccorso (per scompenso cardiaco e BPCO)", promossi dal Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco-Università di Torino; dall'Ordine dei Farmacisti Piemontesi, Federfarma Piemonte; SCAU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL TO3 Regione Piemonte -, con il patrocinio della Federazione nazionale Ordini dei Farmacisti Italiani.

Premesso che il farmacista di comunità, professionista legato al territorio e diverso per formazione e competenze dal farmacista ospedaliero, inserito in un sistema di cure primarie, coordinato dalla medicina di territorio, ha un ruolo fondamentale, tutto da approfondire e sviluppare, nell'educazione sanitaria, nel consumo dei farmaci e nell'aderenza alle prescrizioni del medico, sorgono comunque molte perplessità scorrendo i tre protocolli di descrizione dei progetti, che trascurano nel flusso ospedale-territorio delle prestazioni il ruolo della medicina primaria.

Due di essi sono finalizzati alla diagnosi precoce (e non alla prevenzione, come si legge nel testo) attraverso strumenti certo semplici e di elementare interpretazione ma non affidabili, per la decisione diagnostica, ad un operatore non esperto né di rapporto clinico, né del delicato lavoro di sintesi necessario per passare dal "sapere" al "saper fare". Questo delicato lavoro di sintesi si apprende in ambito medico attraverso uno studio lungo, filtrato e potenziato dall'esperienza professionale e non sostituibile da corsi di formazione, necessariamente sommersi e non consoni alle scelte e alle abitudini di lavoro dei professionisti del farmaco. Il terzo, di gestione del paziente fragile, affetto da scompenso cardiaco e riacutizzazione

Sempre più frequentemente, però, dobbiamo registrare strategie e iniziative, inquadrare in discutibili norme di legge, che, invece di puntare ad un miglioramento dell'esistente, sembrano mirare a un ridimensionamento del ruolo medico, soprattutto in quegli ambiti che nel tempo hanno dimostrato una maggiore debolezza



di BPCO, dimesso dal DEA, organizza un percorso totalmente nuovo, basato (e come potrebbe essere diversamente?), sulla compliance alla terapia, e non sulla gestione del soggetto nel suo complesso e sul suo benessere globale.

Infatti, gli obiettivi principali sono la riduzione dei ricoveri impropri in Pronto Soccorso e la ricaduta positiva sulla spesa sanitaria: il paziente e i suoi reali bisogni non sono presi in considerazione.

LE RAGIONI DI UN RUOLO “NUOVO” PER IL FARMACISTA

Il farmacista, in virtù delle sue competenze farmacologiche e del proprio Codice Deontologico, può legittimamente porsi, quale esperto del farmaco, come consulente nelle scelte e nel corso della terapia, specie nelle patologie croniche, superando il ruolo di mero distributore di farmaci e migliorando nel suo complesso l'assistenza.

Scorrendo, però, il protocollo dei tre studi osservazionali si ha un'impressione, come accennato, diversa, che per essere compresa necessita di una riflessione preliminare.

Il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) da sempre, ma da un decennio a questa parte con maggiore determinazione, tenta di contenere la propria spesa. Non avendo la forza sufficiente per governare autorevolmente e con serietà campi critici e molto più onerosi per il sistema, come l'ingerenza della politica nella gestione della sanità, che genera clientelismo e conseguente aumento dei costi, la corruzione, lo spreco, l'inappropriatezza e la medicina difensiva, ha cercato di ridurre la spesa più evidente e controllabile e controllata: quella del farmaco.

La verifica è stata strettissima e, a detta della Federfarma, in un'analisi della spesa sanitaria nel primo trimestre 2015 (<https://www.federfarma.it/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN.aspx>), il contenimento dei costi ha gravato principalmente sulle spalle delle farmacie stesse: “Complessivamente, quindi, il contributo diretto delle farmacie al contenimento della spesa, nei primi tre mesi del 2015, è stato di oltre 200 milioni di euro”.

Sicuramente questo dato ha prodotto una netta riduzione del fatturato e ha eroso fortemente anche il margine ottenibile sui farmaci di fascia A.

Tale situazione è stata amaramente sottolineata dalla Presidente di Federfarma Annarosa Racca, che nell'aprile del 2015 ha scritto: “Il rispetto del tetto, infatti, viene assicurato a costo di pesanti trattenute imposte alle farmacie, di ticket regionali posti a carico dei cittadini e con un prontuario terapeutico composto per la quasi totalità da medicinali a brevetto scaduto, che rappresentano ormai il 75% dei consumi in regime di SSN. È una situazione che richiede correttivi. Non solo, perché oggi l'erogazione dei medicinali in regime di SSN non è praticamente più remunerativa per le farmacie, che riescono a garantire il servizio solo a prezzo di grandi sacrifici e con un ampliamento della gamma dei prodotti offerti...” (introduzione al fascicolo periodico *La spesa farmaceutica nel 2014. Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale* - <https://www.federfarma.it/Documenti/spesa/2014/Opuscolo2014.aspx>).

E proprio sulla “gamma di prodotti offerti” si apre un altro scenario dolente per le farmacie, che non può essere trascurato per capire il problema di cui stiamo discutendo: la diffusione e l'incremento delle competenze delle “parafarmacie”.

IL SECONDO FRONTE

Si è da poco temporaneamente interrotta la “disfida” su chi potesse erogare i farmaci di fascia C tra farmacie e parafarmacie con il “no” della Camera dei Deputati all'emendamento di Scelta Civica al ddl Concorrenza, tutela dei consumatori e degli utenti, che mirava a liberalizzarne la vendita.

Ciò non toglie che la presenza sul territorio nazionale, al 15 gennaio 2015, di ben 5.329 esercizi e di oltre 300 corner farmaceutici nella Grande Distribuzione Organizzata sia di notevole disturbo per “l'offerta allargata di prodotti” di cui parlava la Presidente Racca e che prima delle “liberalizzazioni” erano quasi un “monopolio” delle farmacie. Il cui nu-

mero sul territorio nazionale al 2013 era di 18.102 esercizi, una ogni 3.348 abitanti (dati Federfarma: <https://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/La-presenza-delle-farmacie-sul-territorio/Il-numero-delle-farmacie-nei-Paesi-europei.aspx>).

Infatti già ora nelle parafarmacie si possono trovare farmaci acquistabili senza prescrizione (o SOP, dall'italiano *Senza Obbligo di Prescrizione*), oltre ai cosiddetti farmaci da banco (OTC, dall'inglese *Over the Counter*, letteralmente “sopra il banco”). È possibile acquistare anche integratori alimentari, prodotti erboristici, fitofarmaci, farmaci omeopatici, farmaci veterinari (sia con obbligo che senza obbligo di prescrizione), prodotti cosmetici, articoli sanitari, alimentari, prodotti per l'infanzia e per l'igiene.

La minaccia commerciale è seria, perché di questo si sta parlando: di una guerra economica per un segmento di mercato. Un'altra puntata dell'eterna sfida tra interessi contrastanti, nata nella notte dei tempi tra allevatori e contadini, per la conservazione di vantaggi e privilegi.

Questa minaccia nasce con il decreto Bersani sulle liberalizzazioni e non sono certo rassicuranti per i farmacisti le parole del Presidente della Federazione Nazionale delle Parafarmacie, Davide Gullotta, intervistato da «Sanità24», del «Sole24ore», il 9 febbraio 2015. Le parafarmacie, si legge nell'articolo, negano che il “sistema farmacia” possa fallire se si liberalizza anche la Fascia C.

“Dopo otto anni dalla prima liberalizzazione - continua Gullotta - le 17mila farmacie italiane continuano a veicolare il 93% (dati IMS Health) dei farmaci ad oggi venduti anche nelle parafarmacie. Quanto alla fascia C, essa rappresenta il 16,7% del fatturato delle farmacie: se anche questa percentuale si liberalizzasse così come è accaduto con il farmaco SOP (Senza Obbligo di Prescrizione) ed OTC (da banco) le farmacie avrebbero una diminuzione di fatturato ridicola. Il grosso del fatturato per le farmacie è infatti il farmaco di fascia A, che vale il 69,6% del mercato”.

Ma, come dice Federfarma su questo 69,9% di fatturato, che una volta di più non si deve confondere con il guadagno, il margine di profitto è ormai strettissimo.

Quindi si comprende la preoccupazione economica dei farmacisti, riportata da «Farmacia News» nelle pagine dedicate all'Osservatorio mensile, «Salute e Benessere», nell'intervista al Dottor Luciano Platter, Presidente della Federfarma Torino del 1° aprile 2015:



“La situazione torinese - dice il Dottor Platter - riflette quella delle altre Province e Regioni, il settore soffre di una crisi pesante, generale e particolare, con alcune farmacie, poche per fortuna, che rischiano seriamente la chiusura. Molte sono comunque in grave difficoltà, a causa dei pesanti tagli alla spesa farmaceutica, basti pensare che la spesa convenzionata netta in Piemonte è diminuita di oltre 180 milioni di euro negli ultimi sei anni, a causa della distribuzione diretta di medicinali da parte delle Asl, dell'aumento dei medicinali erogati con il sistema della Distribuzione per Conto e, sull'altro fronte, della riduzione degli acquisti in contanti da parte delle famiglie”.

ALLORA, CHE FARE?

Le crisi economiche, si sa, spesso aguzzano l'ingegno e i farmacisti non sono certo da meno.

La progettualità ammantata di innovazione, specie quella che abbia come effetto collaterale di portare e far sostare nella farmacia un pubblico altrimenti frettoloso e distratto, è un ottimo sistema per recuperare mercato. Soprattutto se i contenuti vanno nella linea sostenuta da una legislazione che è andata ampliandosi e organizzandosi fin dal 2009, come si legge in un breve e interessante documento della Camera dei Deputati, Affari Sociali, del 15 giugno 2015 (<http://www.camera.it/temiap/t/news/post-OCD15-11568>), che riassume attraverso una disamina delle norme tutte le attività assegnate alla farmacia di comunità/ dei servizi: una gamma sempre più vasta di possibili servizi, dai contorni vaghi, che ben si adattano ad ogni interpretazione.

Queste novità vengono poi trasmesse ai professionisti attraverso una forte e autorevole rete formativa, che, basandosi sull'obbligatorietà del sistema ECM e del Codice Deontologico, veicola anche l'insegnamento di attività di evidente competenza medica.

Ecco, quindi, le radici normative, sociali e soprattutto economiche di questi, come di precedenti progetti, che vedono tra i promotori anche gli stessi soggetti che per anni hanno portato avanti la formazione dei farmacisti.

Il miglioramento dell'assistenza è sicuramente tra gli obiettivi che spingono all'introduzione del nuovo, che non necessariamente va di pari passo con il meglio, ma non manca qui la necessità di ristorare, almeno in parte, le emorragie nel fatturato delle farmacie, se si deve dar credito a quanto onestamente dichiarato nelle introduzioni delle tre “indagini osservazionali” in questione per il contributo che daranno i professionisti del farmaco, con tanto di avallo epidemiologico e accademico:

“Il supporto nella prevenzione e nell'aderenza è il valore aggiunto che il farmacista mette in campo per ottenere un ruolo prima e una remunerazione poi, appropriati alla sua professionalità” (vedi i protocolli ufficiali dei tre progetti).

LA POSIZIONE DELL'OMCEO DI TORINO

Bene ha fatto, quindi, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino a stigmatizzare le criticità di questi tre progetti e ad inaugurare così una stagione di più approfondito dibattito e collaborazione tra professionisti, che prescindano dal solo contesto economico o dal mero recupero di fette di mercato, ma si occupi principalmente e del bene primario della salute del paziente.

Anche se rendere omogenei gli obbiettivi dei medici e dei farmacisti sarà sempre problematico e necessiterà di molta chiarezza e buona volontà, visto il ruolo imprenditoriale dei farmacisti, sancito, se pure in una prospettiva etica, nel loro Codice Deontologico, dove si legge all'Articolo 21: “Sotto il profilo deontologico, il ruolo di farmacista professionista e di farmacista imprenditore sono indissociabili” (http://www.fofi.it/doc_fofi/codice_deontologico.pdf). Questa è una realtà ineludibile che va tenuta presente in ambito legislativo e organizzativo, quando si decide di organizzare percorsi a favore dei cittadini, perché la salute non è una merce.

Le
parafarmacie
negano che
il “sistema
farmacia”
possa fallire se
si liberalizza
anche la
Fascia C



La collaborazione tra il medico di medicina generale e la farmacia

Roberto Venesia

Segretario Regionale FIMMG Piemonte

Il medico di medicina generale e la farmacia sono due presidi sanitari, i due principali punti di riferimento per il cittadino sul territorio.

Il ruolo centrale del medico e della farmacia si basa sulla professionalità, sulla presenza capillare sul territorio, sull'autonomia professionale e sul rapporto diretto di fiducia che si instaura tra professionista e cittadino.

La sinergia tra medico e farmacia, entrambi legati da un rapporto di convenzione con il SSN, è auspicabile per raggiungere i migliori risultati in termini di salute, per garantire l'aderenza alle terapie e il controllo della spesa, per favorire un effettivo trasferimento di attività dall'ospedale al territorio e per assicurare la corretta attuazione delle novità introdotte nell'ambito della sanità digitale.

Pertanto è essenziale che i processi di riorganizzazione delle cure primarie e gli accordi che regolano i rapporti tra il SSN e questi due presidi dell'assistenza territoriale tengano conto sia delle specificità dell'attività del medico di medicina generale e della farmacia sia della necessità di coordinarne su punti strategici le attività.

La sinergia tra medico e farmacia, entrambi legati da un rapporto di convenzione con il SSN, è auspicabile per raggiungere i migliori risultati in termini di salute, per garantire l'aderenza alle terapie e il controllo della spesa, per favorire un effettivo trasferimento di attività dall'ospedale al territorio e per assicurare la corretta attuazione delle novità introdotte nell'ambito della sanità digitale

Il rapporto tra il SSN e i medici di medicina generale e le farmacie è regolato dall'articolo 8, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, che individua, rispettivamente al comma 1 e al comma 2, la convenzione medica e la convenzione farmaceutica come strumenti per definire i termini di collaborazione dei due presidi con il sistema sanitario pubblico.

Il decreto legislativo n. 153/2009, riguardante l'erogazione da parte delle farmacie di nuovi servizi, ha previsto la necessità di promuovere la collaborazione interprofessionale tra le due categorie, proprio in relazione all'erogazione dei servizi aggiuntivi, introducendo un apposito riferimento normativo nel suddetto decreto legislativo n. 502, nell'ambito sia della convenzione medica (punto m-bis del comma 1) sia della convenzione farmaceutica (punto 8, lettera b-bis, del comma 2).

La legge n. 189/2012 (cosiddetta "Legge Balduzzi"), ha individuato un modello di riorganizzazione delle cure primarie sul quale è ulteriormente intervenuto di recente il Patto per la salute 2014-2016. Le modalità attuative di tale riorganizzazione dovranno essere definite dagli accordi convenzionali.

Il Patto per la salute, inoltre, individua, all'articolo 5, comma 7, la Medicina di iniziativa e la Farmacia dei servizi come "modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità".

Le modalità concrete della riorganizzazione territoriale della medicina generale e del servizio farmaceutico devono essere definite nelle rispettive convenzioni nazionali che non possono essere più rimandate ma devono essere rinnovate rapidamente e contestualmente, affinché ciascuna convenzione possa tenere conto di quanto previsto dall'altra, puntando a valorizzare la collaborazione interprofessionale.

Le convenzioni dovranno avere una validità temporale certa e cogente, affinché le regole possano essere aggiornate costantemente in relazione alle modifiche sopravvenute a livello normativo, economico e sociale.

È auspicabile che debbano prevedere ambiti di intervento per lo sviluppo dell'aderenza, sul versante dell'educazione ed empowerment del paziente, regole che garantiscano la continuità terapeutica con il mantenimento del farmaco di riferimento, senza switch in farmacia rispetto alle indicazioni del medico, strumenti di reminding della terapia, e strumenti per il monitoraggio strutturato dell'aderenza e persistenza delle terapie.

Occorre molta cautela nel valutare l'eventuale estensione di modelli e servizi che si potrebbero rilevare inflattivi sulla prescrizione/erogazione di prestazioni che andranno rimborsate dal SSN, senza una sperimentazione circoscritta che verifichi l'impatto del modello proposto: un modello che non deve far correre il rischio di alimentare il consumismo sanitario o il disease mongering.

Infine andrebbero ripensati i sistemi di remunerazione per allineare i legittimi interessi dei professionisti agli obiettivi del SSN e non ai consumi.

Stop abusivismo: regole da far rispettare

Intervista con l'Avvocato Roberto Longhin

A cura di Mario Nejrotti

Molte professioni sanitarie, per vari motivi che sono stati ampiamente discussi anche su queste pagine, e hanno trovato recente eco nella polemica del Comma 566, per consolidare il proprio ruolo erroneamente mirano a prestazioni che sono tradizionalmente, giuridicamente e deontologicamente di competenza esclusiva del medico. In molte occasioni il mondo medico ha taciuto per diverse ragioni, non ultima una malintesa valutazione del lavoro di equipe tra diverse figure sanitarie. Un conto, però, è un lavoro in equipe il cui coordinamento e relativa responsabilità restino saldamente in capo al medico, un altro è abdicare a funzioni, attività e compiti, creando confusione nel paziente e rischio nella qualità delle prestazioni. Questa valutazione vale sia in ambiente ospedaliero che territoriale.

Per sviluppare la discussione entro una prospettiva articolata e il più possibile completa, prescindiamo dal Codice di Deontologia Medica che disciplina i comportamenti dei medici e degli odontoiatri. Il Codice di Deontologia Medica, infatti, è un insieme di norme costruite all'interno della professione, a cui legittimamente si possono contrapporre altri codici deontologici, altrettanto degni e autorevoli.

Cerchiamo di rifarci, quindi, nel definire "Esercizio abusivo della professione medica" a quanto dicono le norme di legge del nostro Paese e la giurisprudenza, unico baluardo in un mare in tempesta di interessi sempre più forti, complessi e contrastanti.

Per cercare di fare chiarezza abbiamo domandato all'Avvocato Roberto Longhin, esperto legale dell'Ordine di Torino, di guidarci nelle norme e nelle sentenze che si sono occupate per anni di questo grave problema in molteplici dibattimenti, giudicando gli atti di non medici su pazienti e cittadini.

Avvocato Longhin, che cosa si intende per "abusivismo" in una professione?

«Le Sezioni Unite della Suprema Corte hanno chiarito quanto segue: "concreta esercizio abusivo di una pro-

fessione, punibile a norma dell'art. 348 cod. pen., non solo il compimento senza titolo, anche se posto in essere occasionalmente e gratuitamente, di atti da ritenere attribuiti in via esclusiva a una determinata professione, ma anche il compimento senza titolo di atti che, pur non attribuiti singolarmente in via esclusiva, siano univocamente individuati come di competenza specifica di una data professione, allorché lo stesso compimento venga realizzato con modalità tali, per continuità, onerosità e (almeno minimale) organizzazione, da creare, in assenza di chiare indicazioni diverse, le oggettive apparenze di un'attività professionale svolta da soggetto regolarmente abilitato" (si veda Cass. Sez. Un., 23.03.2012, n. 11545).

Quindi, anche quando si concretizza nel compimento di un intervento finalizzato a lenire un semplice disturbo, l'esercizio delle attività tipiche e/o caratteristiche di una determinata professione, se compiuto da un soggetto non abilitato, contiene i requisiti costitutivi del reato di esercizio abusivo della specifica professione».

Ciò che definisce l'ambito in cui si giudica l'esercizio abusivo, nel caso specifico, è l'atto medico, cioè quell'insieme di azioni che sono attribuite per norma o per legge esclusivamente alla competenza e responsabilità del medico e dell'odontoiatra: è così?

«Per definirlo dal punto di vista giuridico, occorre prendere le mosse dalla definizione di atto medico-odontoiatrico, che la Suprema Corte sancisce come l'atto circoscritto dalla sua finalità di prevenzione, diagnosi, cura e somministrazione di terapie; in questo senso si esprimono ad esempio, tra le tante sentenze, Cass. Sez. VI, n. 34200 del 20.6.2007 e Cass. Sez. VI, n. 22528 del 27.03.2003: "La professione medica si estrinseca nell'individuare e diagnosticare malattie, nel prescrivere la cura, nel somministrare i rimedi". Nonché il Tribunale di Torino (sentenza del 3.11.2000 in «Rivista italiana di medicina legale», 2002, pag. 624 e seguenti), secondo ►

focus _ progetti della farmacia di comunità

cui l'attività medica è quella che appartiene "alla competenza esclusiva della professione medica" e consiste nell'"individuazione di un'alterazione organica o di un disturbo funzionale del corpo o della mente (diagnosi), nonché l'indicazione (profilassi) o la diretta prestazione (cura) di rimedi diretti ad eliminare le verificate disfunzioni ovvero a lenirne gli effetti" (si vedano anche, in tal senso, Cass. Sez. VI n. 27741 dell'8.05.2007; Cass. Sez. II, n. 5938 del 9.02.1995).

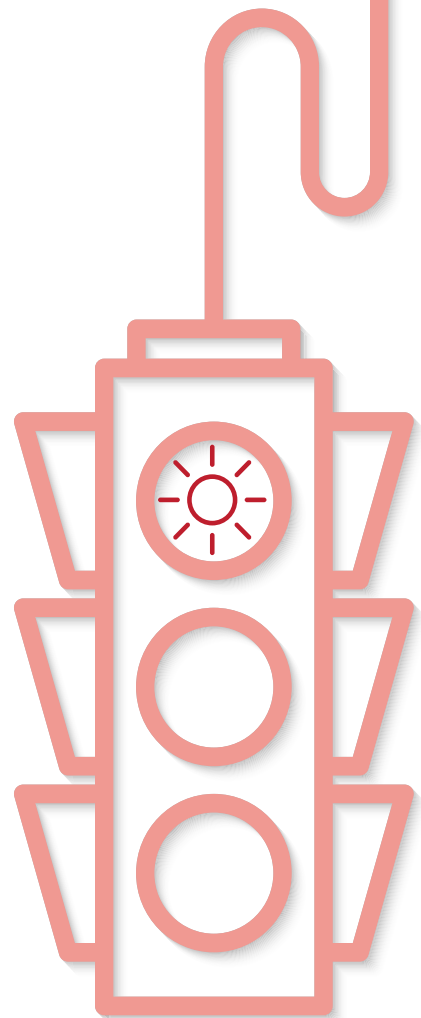
In termini analoghi, ricordiamo ancora, si pongono le sentenze relative in modo più specifico al reato di esercizio abusivo di una professione, nelle quali costante è l'affermazione secondo cui "con la disposizione contenuta nell'art. 348 c.p., che punisce l'esercizio abusivo di una professione, il legislatore ha inteso tutelare gli interessi della collettività al regolare svolgimento delle professioni per le quali sono richieste speciali abilitazioni e l'iscrizione all'albo; ne discende che la condotta per costituire abusivo esercizio, deve consistere nel compimento di uno o più atti riservati in modo esclusivo all'attività professionale. Se si tratta, invece, di atti che possono essere compiuti da tutti, questi non sono idonei a conseguire la rilevanza costitutiva di un delitto" (si veda Cass. Pen. Sez. VI del 29.11.1983, imp. Rosellini, ordinanza di rimessione alla SS.UU. del concetto di atto professionale avuto riguardo alla professione di esperto contabile). E ancora: "l'art. 348 c.p. è norma penale in bianco che presuppone l'esistenza di norme giuridiche diverse, qualificanti una determinata attività professionale, le quali prescrivono una speciale abilitazione dello Stato ed impongono l'iscrizione ad uno specifico albo, in tal modo configurando professioni protette"».

È complesso definire con precisione l'insieme di tutti i compiti, le attività, le funzioni o semplicemente gli atti che vengono attribuiti dalle norme in via esclusiva ad un medico, anche perché una notevole percentuale non è attribuita, ma diciamo così "accreditata" da tradizioni e consuetudini. Questo fatto può generare molta confusione ed aprire la strada, come più volte ha fatto, a più o meno consapevoli invasioni di campo. La giurisprudenza ha approfondito questo aspetto?

«Certamente. In relazione all'art. 348 c.p., la Suprema Corte si è chiesta se l'esercizio specifico di una professione, e in specie di quella medica, sia circoscritto ai soli atti attribuiti in via esclusiva, ovvero i c.d. "atti tipici", o se debba estendersi anche agli atti c.d. "non tipici", noti anche come atti "relativamente liberi". All'interrogativo ha dato risposta la sentenza delle Sezioni Unite 23.03.2012 n. 11545».

Ma se gli atti che possono ingenerare sospetto di "abusivismo" sono inseriti in una ricerca scientifica, fatta allo scopo di migliorare l'assistenza nel suo insieme, si può continuare a parlare di reato?

«Non ci si può certo scordare dell'insegnamento della giurisprudenza, secondo la quale "Ai fini della configurabilità del reato di abusivo esercizio della professione medico-chirurgica non assume alcun rilievo il carattere non convenzionale e sperimentale del tipo di trattamento [...] praticato, se questo presenti caratteristiche di invasività e incidenza sull'organismo del paziente i cui effetti possono essere valutati solo da professionisti muniti di apposita abilitazione. (Cass. Pen. Sez. VI, 02.07.2012 n. 30068 annullato con rinvio, App. Perugia, 7.05.2010 in fattispecie analoga a quella in esame)"».



Prendere quindi decisioni operative su "disturbi", "disordini", "disfunzioni", o in qualunque altro modo classificati dalla scienza, non può in alcun caso essere fatto da chiunque?

«No, perché ogni decisione operativa mirata a prevenzione, diagnosi, cura e controllo nel tempo di qualsivoglia problema di salute presuppone innanzitutto a monte sempre una valutazione diagnostica, non fosse altro per escludere uno stato patologico già presente o accertare, invece, la presenza di un semplice disturbo».

Molte azioni, però, sono comunemente compiute dai singoli individui in automedicazione. È anche questo una specie di "abusivismo"?

«Prendiamo ad esempio la borsa dell'acqua calda che la mamma mette sulla pancia del figlioletto per lenire il mal di pancia. Questo è un atto di autodiagnostica e di automedicazione, alla stessa stregua di come lo sono l'acquisto di una placca di svincolo venduta in farmacia o un paio di occhiali da vista disponibili in un negozio di ottica o la misurazione della glicemia al proprio domicilio o piuttosto la misurazione della pressione arteriosa in famiglia. Queste sono realtà ben diverse da quelle in cui sia una terza persona a prescrivere gli occhiali

per correggere un difetto visivo o una placca di svincolo per curare un disturbo o anche solo la prescrizione della stessa borsa dell'acqua calda ad un cittadino in una struttura sanitaria, comunque organizzata, perché presuppongono tutti una valutazione diagnostica delicatissima. (Si pensi a cosa potrebbe succedere posando una borsa dell'acqua calda su una peritonite o su una appendicite, valutata come un banale disturbo alla pancia, o alla somministrazione di un farmaco dopo che la misurazione della pressione in farmacia ha rilevato un dato elevato)».

Un'ultima domanda: un cittadino non è libero, per la propria salute, di rivolgersi a chi crede per ottenere risposte?

«Chiunque può rivolgersi per i propri problemi anche ad uno "stregone", di cui è ricchissimo il nostro Paese. Ciò non toglie che costui non potrà essere esonerato dal rispondere del reato di cui all'art. 348 c.p., se per porre rimedio ai disturbi, alle disfunzioni, ai disordini rappresentatigli interviene con valutazioni di qualsiasi tipo cui conseguano azioni diagnostiche o terapeutiche o riabilitative».

COMUNICAZIONE PER MEDICI... E PAZIENTI!

Quando si parla di assistenza e recupero psicofisico di un anziano, non ci si deve accontentare di una qualsiasi struttura residenziale: dovete pretendere il meglio per i vostri pazienti, il meglio in qualità, il meglio in assistenza, il meglio in esperienza.

La "San Lorenzo - Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani srl"

si occupa di assistenza sanitaria da 20 anni, ogni ospite viene accolto e seguito secondo un progetto personalizzato al benessere integrale, con un rapporto umano rivolto al mantenimento delle proprie capacità nel contesto amorevole delle nostre strutture, il tutto assicurato da personale qualificato con una gestione amministrativa tesa all'eccellenza del servizio offerto.

SAN LORENZO
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER ANZIANI srl

Per informazioni: Tel. 0121.600020 - Cavour (To) in Via della Fontana 1 - www.centrosanlorenzo.net / info@centrosanlorenzo.net
Tel. 011.9328638 - Avigliana (To) in Via Umberto I, 8 - villagrazialma@centrosanlorenzo.net

 **SAN LORENZO - CAVOUR**
Presidio accreditato dall'ASL TO3
Convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale - R.S.A.
Centro Medico - Poliambulatorio specialistico - Centro Riabilitativo (Aut. Reg. Det. 496/2013)

 **VILLA GRAZIALMA - AVIGLIANA**
Presidio accreditato dall'ASL TO3
Convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale - R.S.A.

La sanità leggera entra in farmacia

Laura Tonon
Il Pensiero Scientifico Editore

Tra farmaceutica, diagnostica e assistenza, nel 2014 la spesa sanitaria out of pocket ha raggiunto il tetto di 33 miliardi, 1 miliardo in più rispetto all'anno precedente. Aumenta il numero degli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari. È quanto emerge da una ricerca del Censis-Rbm Salute (1) che, numeri alla mano, conferma una sorta di esodo dal Sistema Sanitario Nazionale verso il privato. Il nostro SSN appare sempre più indebolito da tagli derivanti da spending review: aumentano i ticket sanitari e le liste di attesa si allungano sempre di più. Non deve quindi sorprendere che la percezione degli italiani relativa alla performance dell'assistenza sanitaria stia peggiorando: secondo l'Euro Health Consumers Index l'Italia è scesa in pochi anni dalla 15esima alla 21esima posizione nella classifica della sanità "a misura di utente" di 36 paesi europei (2).

In questo scenario, oltre alle cliniche private anche le farmacie di territorio sono sempre più un punto di riferimento per gli italiani, considerato che ormai in farmacia non solo si acquistano medicinali e prodotti di automedicazione e si chiede il classico consulto al farmacista di fiducia, ma è anche possibile tenere sotto controllo periodicamente pressione arteriosa, colesterolo e glicemia con test di autodiagnosi, farsi installare l'holter pressorio e usufruire di una serie di servizi assistenziali sanitari di supporto e consulto che facilitano la vita ai pazienti e potenzialmente alleggeriscono il carico di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche.

Questo cambio di ruolo e di funzione delle farmacie di territorio è stato introdotto con il decreto legislativo n. 153/2009 sulla "farmacia dei servizi" (3) e i successivi decreti attuativi del 2010 (4, 5) e del 2011 (6). Sostanzialmente la legge ha aperto la possibilità alle farmacie di partecipare a campagne di educazione sanitaria e prevenzione, a programmi di screening, di offrire ai cittadini servizi di front office, quali prenotazioni di prestazioni specialistiche tramite CUP, pagamento ticket e ritiro referti, di erogare prestazioni analitiche di prima istanza e di offrire servizi assistenziali da parte di figure professionali non prescrittrici – infermieri e fisioterapisti – presso la farmacia o a domicilio per i pazienti più fragili.

A distanza di più di 5 anni dalla sua entrata in vigore, questa normativa ha iniziato ad essere aggiornata, però è ancora a macchia di leopardo. Ora come ora è la singola farmacia, o il gruppo di farmacie, che decide di intraprendere questa strada e di strutturarsi in farmacia dei servizi. Inoltre, siamo ancora in un campo di prestazioni non standardizzate. Giuliana Bertolini, responsabile del coordinamento farmacie della Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia, commenta che questo nuovo modello di farmacia non si può concretizzare appieno fino a quando questi servizi assistenziali e di supporto non saranno inseriti nel SSN come la legge prevedrebbe. Per l'attuale normativa, le prestazioni professionali offerte dalla farmacia di territorio possono essere rimborsate dalle Regioni a patto che la spesa non aumenti, cioè a fronte di risparmi su altre voci. Tuttavia, ad oggi, in mancanza di una convenzione con le Regioni, fatta eccezione per i servizi di front office, le prestazioni non sono rimborsabili dal SSN e pertanto sono a carico del cittadino.



SSN Italia:
+ ticket
+ attese
+ tagli =
21esima
posizione nella classifica della
sanità "a misura di utente"
su 36 paesi europei

DENTRO E FUORI I CONFINI ITALIANI

Diversamente dall'Italia, all'estero, in diversi Paesi, la farmacia dei servizi è ben collaudata e – a diversi livelli – si inserisce nella disciplina della pharmaceutical care che sposta l'attenzione dalla semplice e sola vendita dei medicinali all'erogazione di "un servizio di supporto professionale alla corretta ed efficace assunzione della terapia farmacologica al fine di conseguire risultati che migliorano la qualità di vita di un paziente" (7). Al farmacista vengono riconosciuti ruoli diversi da quello di semplice dispensatore di farmaci, non da ultimo quello di supporto ad un uso corretto e continuativo del farmaco. La farmacia di territorio viene inclusa nel processo di cura in sincronia con il medico curante e i medici specialisti, e può diventare fonte di risparmio per il sistema sanitario.

Il Canada è stato tra i primi Paesi a muoversi in questa direzione e a sviluppare la figura professionale del farmacista della primary care (8). Nella provincia canadese di Alberta i farmacisti possono sostituire e prescrivere alcuni medicinali per patologie minori, rinnovare autonomamente la prescrizione di terapie di lunga durata come l'antipertensivo, somministrare farmaci, prescrivere e leggere analisi di laboratorio. Altre province canadesi si stanno allineando a questo modello. Sia in Canada sia negli USA alcune farmacie sono specializzate nella presa in carico di pazienti HIV positivi per assicurare la compliance terapeutica e la continuità assistenziale. Negli USA è nato il programma Medication Therapy Management (9) che coinvolge farmacisti accreditati per assistere i pazienti nell'assunzione della terapia attraverso una revisione della terapia, mentre in Australia esiste l'analogo Home Medication Review per i pazienti che non possono muoversi da casa.

Esperienze e programmi simili si trovano anche in Europa con la Gran Bretagna, la Svizzera e l'Olanda in prima fila. Dal 2010 la Svizzera sta conducendo un programma rimborsato dall'assicurazione sanitaria – il Polymedication Check (10) – che coinvolge il farmacista di comunità nella guida di un uso corretto dei farmaci nei pazienti multitrattati. A questo si aggiunge il programma NetCare, attivato nel 2012, che permette al farmacista opportunamente formato di valutare i sintomi di malattia lievi e piccole ferite e di dispensare farmaci che non hanno l'obbligo di ricetta medica. La prima consulenza medica viene dispensata dal farmacista che, in seconda istanza, in caso si rendesse necessario completare la diagnosi, mette in contatto il paziente con un medico tramite videochiamata o telefonicamente permettendogli di non doversi recare dal medico e di ricevere subito il medicinale di cui ha bisogno – compresi quelli su ricetta medica. Nei due anni di studio pilota NetCare, il 73% dei casi è stato trattato con successo dal farmacista. Nel 20% dei casi è stato consultato un medico attraverso la videochiamata; solo in rari casi il farmacista ha dovuto mandare il cliente dal medico o in ospedale. Anche l'Olanda si sta muovendo verso la pharmaceutical care sebbene con modalità diverse essendo il servizio sanitario centrato molto sulla logica privatistica e delle assicurazioni (private).

In Gran Bretagna, dal 2005, le farmacie erogano il MUR (Medicine Use Review, revisione dell'uso dei medicinali), una prestazione a supporto dell'aderenza terapeutica, completamente a carico del National Health Service. Attraverso delle interviste il farmacista verifica se il paziente segue correttamente le indicazioni del medico, se incontra problemi nell'assunzione della terapia o accusa degli effetti collaterali, se sta assumendo altri farmaci che possono interferire con la terapia; in caso di criticità, spiega al paziente come comportarsi e contestualmente informa il medico curante. Nel 2011 e 2012 vi hanno aderito circa 8 mila farmacie con un investimento di 68 milioni di sterline da parte del sistema sanitario (11).

Bibliografia

1. Censis. Emergenza accesso alla sanità: una nuova priorità per il governo. Comunicato stampa 9 giugno 2015.
2. Heath Consumer Powerhouse. The 2014 Euro Health Consumer Index. 27.01.2015
3. Decreto Legislativo 3 ottobre 2009, n. 153. "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69. (09G0162)". Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 257 del 4.11.2009
4. Decreto 16 dicembre 2010. "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali". Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19.04.2011
5. Decreto 16 dicembre 2010. "Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ... e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali". Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10.03.2011
6. Decreto 8 luglio 2011. "Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale". Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1.10.2011
7. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990; 47: 533-43.
8. Jorgenson D, Dalton D, Farrell B, et al. Guidelines for pharmacists integrating into primary care teams. Can Pharm J 2013; 146: 342-52.
9. American Pharmacists Association, National Association of Chain Drug Stores Foundation. Medication therapy management in pharmacy practice: core elements of an MTM service model (version 2.0). J Am Pharm Assoc 2008; 48: 341-53.
10. Messerli M, et al. Polymedication-check: a new challenge for swiss community pharmacists. 1st Swiss Pharmacy Congress, Interlaken (Svizzera), 30 novembre – 1 dicembre 2011
11. Charmaz K. Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. Thousands Oaks: Sage; 2006

La farmacia di comunità in Piemonte

Un'innovazione che chiede di essere valutata

Giuseppe Costa

Dip. Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino

SCaDU Servizio di Epidemiologia, ASL TO3 Piemonte

Tre anni orsono i colleghi del mondo torinese della farmacia mi hanno interpellato per partecipare ad un corso di formazione rivolto a tutti i farmacisti della regione e inteso a far acquisire capacità e competenze per una corretta informazione a proposito delle principali patologie croniche che affliggono la popolazione. Mi trovavo in buona compagnia perché i docenti interpellati provenivano dai principali centri clinici specialistici dell'accademia piemontese, e a me veniva richiesto di introdurre il punto di vista della Sanità Pubblica. Subito mi sono accorto che l'intervento proposto avrebbe potuto arricchire significativamente il livello di assistenza dei percorsi assistenziali considerati (diabete, scompenso di cuore, scompenso respiratorio, iperlipidemie) in termini di miglioramento della aderenza alle cure e di riconoscimento di una maggior quota di soggetti ad alto rischio, entrambi aspetti molto lacunosi dell'attuale livello di assistenza e causa di esiti di salute e costi inappropriati evitabili. Ma per diventare tale all'intervento non bastava la formazione, occorreva strutturarlo in termini di procedure di arruolamento, indagine, intervento e follow up, e sottoporlo a valutazione in una prima fase sperimentale, in modo da imparare se l'intervento era costo-efficace e poteva essere proposto come un contributo stabile delle farmacie ad ognuno di questi livelli di assistenza.

Con mia sorpresa i responsabili del progetto si mostrarono molto aperti alla prospettiva di disciplinare il progetto stesso ad una organizzazione sperimentale e valutazione rigorosa, mettendo a disposizione risorse e tempo non remunerati: è molto raro che una innovazione organizzativa assistenziale entri in punta di piedi con disponibilità ad essere preventivamente scrutinata per dimostrare se serve. Per questa ragione il Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale competente ha messo a disposizione tutte le sue competenze per progettare l'esperimento (formazione e sperimentazione sul campo di procedure, entrambi valutati con appropriati indicatori), dapprima per il diabete, poi per i due scompensi e le iperlipidemie.

La formazione ha avuto un successo inedito di adesioni: tra il 2013 e il 2014, oltre 2200 farmacisti operanti in 1400 farmacie regionali hanno partecipato ai corsi sul diabete e nel 2014 sono stati avviati i corsi su BPCO, dislipidemie e scompenso cardiaco. Le procedure di intervento sul diabete sono state oggetto di un'ampia sperimentazione, che ha coinvolto circa 800 farmacie e oltre 11.000 piemontesi, i cui risultati incominciano ad essere valutati, con risultati preliminari suggestivi sia in termini di individuazione precoce di soggetti ad alto rischio per diabete (circa un terzo delle persone intervistate presenta un profilo di rischio elevato), sia in termini di individuazione di persone con diabete noto, ma con scarsa aderenza alle linee guida per il corretto monitoraggio della malattia e per la corretta assunzione della terapia (un paziente su quattro non assume con regolarità gli ipoglicemizzanti prescritti). I risultati definitivi saranno sottomessi alla letteratura scientifica con appositi articoli. Intanto la Regione con il suo Assessorato ha mostrato interesse per questa innovazione e per la generosa disponibilità dei proponenti di farsi valutare, ►

La farmacia di comunità sembra dare risultati molto promettenti in materia di aderenza alla terapia; in questo campo potrebbe fornire un contributo irrinunciabile a spendere meglio e più efficacemente su queste malattie croniche

ed ha così stabilito di far proprio l'obiettivo attraverso un progetto relativo alle priorità 2014 dei fondi vincolati in applicazione agli obiettivi di piano, progetto che è in corso di assegnazione. Nello stesso capitolo di queste priorità è previsto un progetto gemello dei medici di medicina generale che riguarda la prevenzione delle malattie croniche, su cui sono già state sperimentate promettenti procedure da parte della medicina generale piemontese, progetto che aspetta di essere articolato e sviluppato nel futuro.

Cosa si impara a questo punto della esperienza, basandoci sui risultati del diabete che sono già parzialmente disponibili? La farmacia di comunità sembra dare risultati molto promettenti in materia di aderenza alla terapia; in questo campo potrebbe fornire un contributo irrinunciabile a spendere meglio e più efficacemente su queste malattie croniche. Si è visto che nel caso delle statine, per esempio, l'aderenza alla terapia decade rapidamente nel tempo vanificando sia gli effetti sulla salute, sia la spesa sostenuta. Rispetto alla prevenzione primaria e secondaria il contributo della farmacia di comunità potrebbe essere variabile da patologia a patologia e in qualche caso controverso. Nel caso del diabete, patologia già bersaglio dei programmi di assistenza integrata, la capacità di riconoscere soggetti a rischio non noti sembra significativa e, dato il ben noto valore prognostico di una presa in carico tempestiva del diabete, anche di impatto atteso utile; al momento, la quota di diabetici non noti individuati nell'ambito della sperimentazione sembra essere di grandezza modesta (circa il 20% dei soggetti a rischio elevato), ma solo una valutazione costo/efficacia potrà fornire indicazioni più precise. Nel caso delle altre patologie la situazione potrebbe essere più promettente ma controversa, fintanto che non si valuti l'impatto dell'intervento sulla storia naturale di ogni malattia. Dunque ancor più importante è l'impegno ad andare in fondo nella sperimentazione e nella valutazione di impatto per disporre di solide conoscenze sull'utilità dell'intervento; a questo scopo di studio servono i dati che vengono rilevati per il follow up dei soggetti arruolati, per il cui disegno di indagine si è chiesta l'approvazione dei comitati etici competenti.

Una volta stabilita l'utilità dell'intervento bisognerà valutarne l'opportunità, e questa è una valutazione politica che possono fare solo l'amministrazione regionale e i professionisti coinvolti, cioè i farmacisti, i medici di medicina generale e i clinici specialisti del settore. In gioco in questo caso è la valutazione comparativa dei benefici di salute (sulla storia naturale della malattia), dei benefici sui costi (ad esempio dei ricoveri evitati), dei costi dell'intervento (quelli fissi e variabili diretti da imputare al nuovo livello di assistenza), delle ricadute non desiderate sia di salute (come una maggiore sensibilità di riconoscimento di nuovi casi senza valore per la storia naturale della malattia) sia assistenziali (come i costi impropri indotti sulla domanda di assistenza specialistica e generale).

Mentre per quanto riguarda l'aderenza alla terapia c'è consenso sull'opportunità della farmacia di comunità, è soprattutto sugli effetti indesiderati della parte preventiva dell'intervento che abbiamo incontrato le principali resistenze da parte della medicina generale, ma sono proprio i risultati definitivi del progetto che potranno aiutare a dire una parola definitiva sugli eventuali effetti indesiderati e sul valore dell'intero intervento. Poiché la medicina generale piemontese ha nel suo curriculum importanti esperimenti di medicina di iniziativa conclusi con risultati lusinghieri (ricordo, a titolo di esempio, il progetto GIANO in provincia di Torino e l'attività per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore) sono persuaso che la medicina generale dovrebbe lavorare allo stesso obiettivo regionale di prevenzione e aderenza alla terapia delle malattie croniche che ha già visto le farmacie impegnarsi in questo progetto. Mi auguro che il dialogo, anche su queste pagine di Torino Medica, aiuti questi due protagonisti di base della comunicazione con l'assistito a mettere insieme ruoli competenze e entusiasmo per raggiungere traguardi di prevenzione e soprattutto di aderenza nelle malattie croniche che finora sono sfuggiti al nostro sistema sanitario. Lo dobbiamo innanzitutto ai nostri assistiti.

DISPONI OGGI per non impegnare i tuoi cari domani



CENT'ANNI Cerimonie Programmate in Vita



GIUBILEO
L'ARTE DELL'ULTIMO SALUTO

(011.8181
centanni@giubileosrl.it



Responsabilità professionale: finalmente un passo in avanti

Avv. Roberto Longhin

Ci sono voluti 14 anni, ma alla fine la XII Commissione della Camera è riuscita a licenziare il testo del disegno di legge sulla responsabilità sanitaria da tempo atteso soprattutto dai medici e dagli odontoiatri. Approvato a larga maggioranza anche con il sostegno di alcune forze politiche di opposizione, il testo al quale molto ha contribuito l'opera di Amedeo Bianco, va sotto la rubrica: "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario". È il condensato di 14 articoli che mirano ad aumentare la tutela dei professionisti, prevedendo altresì nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento dei cittadini danneggiati da un errore sanitario. Una riforma, dunque, non solo a garanzia dei medici e degli odontoiatri, ma di tutti i professionisti del settore sanitario dagli infermieri ai farmacisti, dagli ospedali alle case di cura. La ratio ispiratrice del nuovo ddl è il tentativo di arginare la medicina difensiva, specie quella praticata nelle strutture del SSN, parte delle cui risorse finiscono disperse in esami, attività, accertamenti giustificati solo dalla paura dei professionisti, con pesanti ricadute sulla tenuta del sistema privato di risorse che potrebbero essere impiegate per migliorare la sanità. Un primo tentativo solutorio dell'annoso problema è stato fatto con la c.d. decreto Balduzzi (DL 13.9.2012 n. 158 poi convertito nella L. 189/2012), intervenuto con l'intento di arginare il crescente e preoccupante contenzioso giudiziario relativo alla "responsabilità medica" con soluzioni certamente opinabili ma comunque concrete e specifiche, il cui vero pregio è stato quello di generare una riflessione negli addetti della materia e nella giurisprudenza di settore, facendo emergere quanto sia necessaria una disciplina specifica del microsistema della responsabilità medica. Necessaria per i medici, per gli odontoiatri, ma altresì per i pazienti, per le casse del SSN, per i Tribunali, per le compagnie di assicurazione. Per questo motivo l'esame del testo ha subito una repentina accelerazione anche nella speranza di poterne anticipare l'entrata in vigore di alcune sue norme, stralciandole dal ddl per inserirle nella legge di stabilità. Poco prima di Natale questa è stata approvata senza però dare concretezza alla speranza di quanti avevano creduto di vedervi anticipare proprio gli articoli 7 e 8 sulla responsabilità. Poco male se il Parlamento saprà ora portare a conclusione il lavoro e approvare definitivamente il ddl, il cui pregio è quello di regolare l'intero microcosmo della responsabilità sanitaria, piuttosto che quello della sola responsabilità medica, dettando una disciplina organica estesa ben oltre i soli aspetti giudiziari del problema. I primi cinque articoli del ddl definiscono infatti i principi generali sulla sicurezza delle cure, sulla gestione del rischio sanitario mediante monitoraggio, sull'osservatorio nazionale, sulla trasparenza dei dati. Particolarmente rilevante l'art. 2 che regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management) che costituisce un interesse primario del SSN perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente. Ad esso fa da corollario l'art. 4 sull'Osservatorio nazionale sicurezza in sanità. Esso sarà istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge ed avrà il compito di acquisire i dati regionali relativi agli errori sanitari e all'onere finanziario del contenzioso, individuando apposite linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, oltre che per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario.

Una riforma non solo a garanzia dei medici e degli odontoiatri, ma di tutti i professionisti del settore sanitario

La ratio ispiratrice del nuovo ddl è il tentativo di arginare la medicina difensiva

Il pregio del nuovo ddl è quello di regolare l'intero microcosmo della responsabilità sanitaria, piuttosto che quello della sola responsabilità medica, dettando una disciplina organica estesa ben oltre i soli aspetti giudiziari del problema

RESPONSABILITÀ PENALE...

Il fulcro centrale è però costituito dalle norme sulla responsabilità in senso stretto, a partire dall'art. 6 che modifica il codice penale. C'è qui il paziente lavoro di Bianco, profondo conoscitore del contenzioso e degli effetti che sempre una denuncia penale crea nei medici e negli odontoiatri. L'arma penale è stata resa meno offensiva perché è stata circoscritta al solo caso di colpa grave o di dolo. La colpa grave viene però esclusa dal ddl quando, salve le rilevanti specificità del caso, vengono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali secondo le raccomandazioni contenute nelle linee guida che giocano come scriminante. La norma va sicuramente migliorata prima della sua entrata in vigore, perché sembra aver dimenticato quale sia il regime delle linee guida in Italia, dove un numero smisurato di società scientifiche che nascono e muoiono come i funghi, si erigono a depositarie della verità della disciplina. È quindi necessario, come sostiene Amedeo Bianco, che il riferimento alle linee guida venga eliminato o se ciò non fosse possibile, sia quanto meno previsto un procedimento di individuazione delle società scientifiche e di accreditamento delle linee guida da parte di organismi terzi e indipendenti. Per renderle un vero strumento di tutela dei cittadini e degli stessi operatori dovrebbe inoltre esserne prevista la pubblicazione nella G.U., i tempi di loro revisione, l'elenco delle società accreditate. Tutto ciò finirebbe però per imbrigliare la medicina, la chirurgia, l'odontoiatria in pastoie a volte più pericolose che mai. Nel futuro gli uffici giudiziari dovrebbero essere molto meno oberati di denunce di pazienti insoddisfatti, ma soprattutto la denuncia non sarà più lo spauracchio attraverso il quale forzare il risarcimento. Una via quella penale che i dati ANIA 2012 dicono poco efficace, considerato che oltre il 60% delle denunce si è chiuso senza alcun risarcimento.

...E RESPONSABILITÀ CIVILE

L'art. 7 e seguenti regolano poi la responsabilità civile. La vera rivoluzione è costituita dal doppio binario che la norma ha introdotto per i professionisti dipendenti delle strutture sanitarie, pubbliche o private, i quali rispondono della loro opera solo a titolo di responsabilità extra contrattuale, rimanendo la responsabilità contrattuale in capo all'ente. Nell'ambito della responsabilità civile le novità per i liberi professionisti sono di minor portata, ma pur sempre molto innovative. Per loro è infatti rimasta ferma la responsabilità contrattuale così come delineata dagli artt. 1218, 1228 e 1229 del codice civile secondo i quali al paziente spetta provare solo il rapporto contrattuale e il peggioramento del suo stato di salute, mentre grava sul medico e sull'odontoiatra dimostrare che ciò non è conseguenza di una sua imperizia o negligenza nell'esecuzione delle cure. In quest'ambito però sono state introdotte due grandi novità: innanzitutto i pazienti non potranno più fare causa se prima non avranno promosso un accertamento tecnico preventivo per la verifica peritale dell'operato del curante. Lo stabilisce l'art. 8 che fa altresì obbligo al giudice di affidare al consulente il compito di svolgere un tentativo obbligatorio di conciliazione, al quale dovranno partecipare anche le compagnie di assicurazione a pena dell'improcedibilità della causa per danni. Non sarà più possibile in sostanza chiedere i danni sulla base di semplici perizie di parte se prima non sarà accertata tramite un perito del tribunale la sussistenza di un nesso di causalità tra la situazione lamentata e l'opera professionale del dentista. A questa norma fa da corollario l'art. 13 sulla nomina del CTU: i medici legali dovranno essere affiancati da uno specialista che abbia specifica e pratica conoscenza nella disciplina oggetto del giudizio. L'altra grande novità, introdotta dall'art. 11, è l'azione diretta del paziente danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazioni che non potrà opporre eccezioni derivanti dal contratto, né le franchigie dovute dall'assicurato. Il coinvolgimento diretto dell'assicurazione dovrebbe quindi consentire ai soggetti danneggiati di trattare direttamente il risarcimento, sollevando i medici e i dentisti da tutte le difficoltà loro ben note nel rapporto con l'assicuratore. Le due norme costituiscono la cerniera di congiunzione con l'obbligatorietà della assicurazione per RC per tutti i liberi professionisti, introdotta nel 2012 dal c.d. decreto Monti, cercando di renderla uno strumento di effettiva tutela del cittadino e nel contempo di effettiva garanzia per i professionisti. L'art. 9 disciplina poi ►

l'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria. Questa potrà essere esercitata solo in caso di dolo e colpa grave. La struttura sanitaria avrà l'obbligo di dare comunicazione all'esercente la professione sanitaria dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica nell'atto di citazione. L'omissione o la incompletezza di questa comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. L'aspetto più novitario per i medici dipendenti è il limite della rivalsa. Essa potrà avvenire nella misura massima di un quinto della retribuzione e, il medico, per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, non potrà vedersi assegnare incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti, né potrà partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori. Il nuovo ddl è dunque un tentativo di

trovare un punto di equilibrio tra contrapposte esigenze di operatori sanitari e pazienti a tutela dei quali l'art. 12 istituisce anche il Fondo di garanzia per risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui: il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente.

NONOSTANTE I LIMITI, UN PROVVEDIMENTO NECESSARIO

La riforma certo avrebbe potuto essere meno timida e ancor più incisiva. Sarebbe bastato un piccolo sforzo ulteriore per cercare di arginare parametri fuori dagli standard europei per il risarcimento del danno morale, per calmierare gli automatismi risarcitori operati dai Tribunali che fanno volare alle stelle le cifre da risarcire nel caso di nuclei familiari molto estesi, facendo lievitare a dismisura i costi delle polizze assicurative. La materia è infatti lasciata alla più totale libertà dei tribunali chiamati a pronunciarsi sulle singole denunce dei danneggiati con valori di uno stesso danno in maniera estremamente discordante. Già il c.d. decreto Balduzzi aveva individuato la necessità assoggettare gli indennizzi per i danni da c.d. malpratica alle medesime tabelle già previste dal codice delle assicurazioni per i sinistri della RC auto, ma questa previsione, nonostante le insistenze di Amedeo Bianco, è rimasta lettera morta nel ddl. Norme più stringenti nei confronti delle compagnie non avrebbero guastato. Prevedere l'obbligo di presenza delle assicurazioni nell'accertamento tecnico senza obbligarle a formulare un'offerta risarcitoria significa depotenziare la fase topica del procedimento; sicuramente sa-

rebbe utile introdurre meccanismi di determinazione delle tariffe assicurative, magari con il controllo dell'organo di vigilanza delle assicurazioni munito di potere sanzionatorio per i casi di inosservanza dell'obbligo di assicurare quando, dopo la disdetta, il professionista vaga alla disperata ricerca di un assicuratore. Ancor più necessario sarebbe rendere trasparenti le polizze non solo da parte dei professionisti, ma anche dalle strutture. Oggi è impossibile conoscere se un ospedale sia o meno assicurato e per quale importo. Tutto subito forse non è possibile. Domani forse. Oggi occorre però auspicare che il testo diventi presto legge perché, per quanto perfettibile, sarà sicuramente un primo grande passo in avanti in un settore enormemente bisognoso di regole nuove per stemperare una conflittualità dilaniante, garantire sicurezza e il diritto al risarcimento dei cittadini danneggiati da un errore sanitario.

La vera rivoluzione è costituita dal doppio binario che la norma ha introdotto per i professionisti dipendenti delle strutture sanitarie, pubbliche o private, i quali rispondono della loro opera solo a titolo di responsabilità extra contrattuale, rimanendo la responsabilità contrattuale in capo all'ente



Legge autismo tra luci e ombre

A cura di Sara Boggio

comunicazione istituzionale Angsa Piemonte Sez. To

Leggi su singole patologie devono essere redatte solo a fronte di motivazioni forti, ben documentate e purché non sconvolgano l'impianto normativo complessivo che vale per qualsiasi problema sanitario

A fine agosto 2015 in Gazzetta Ufficiale è stata pubblicata la Legge n. 134/2015, "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie" (GU n. 199 del 28 agosto 2015). Il dibattito che ha preceduto l'entrata in vigore del testo ha messo in luce solo in parte il senso del provvedimento, che ha meriti e limiti.

Riprendiamo quindi il discorso con la Senatrice Nerina Dirindin, Docente di Scienza delle Finanze ed Economia e politica sanitaria presso l'Università degli Studi di Torino. Esperta di sistemi sanitari e di politiche sociali, è stata Direttore Generale della Programmazione del Ministero della Sanità (1999-2000) e Assessore della Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna (2004-2009). Oggi è membro della XII Commissione permanente di Igiene e Sanità del Senato.

Senatrice Dirindin, perché un testo di legge sull'autismo?

La legge 134/2015 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie" è stata approvata definitivamente il 5 agosto u.s.

A fronte di alcuni documenti esistenti in materia, il Parlamento ha ravvisato la necessità di giungere all'elaborazione di uno specifico provvedimento data la disomogeneità dei percorsi e delle modalità di presa in carico delle persone affette da disturbi dello spettro autistico sul territorio nazionale.

Sin dal 2011 sono infatti in vigore le Linee guida n. 21 "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti" prodotte dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità e aggiornate nell'ottobre 2015. Dal novembre 2012 sono inoltre disponibili le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico" adottate dalla Conferenza Stato-Regioni. L'evidenza empirica, le esperienze raccolte, le audizioni effettuate dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato hanno però evidenziato differenze territoriali anche significative nell'erogazione dei servizi e nella presa in carico delle persone affette da disturbi dello spettro autistico. A fronte di tale situazione, e dei numerosi disegni di leggi sull'autismo depositati in Parlamento, la Commissione ha avviato un confronto sulla necessità e sui possibili contenuti di un nuovo provvedimento normativo, nella consapevolezza che leggi su singole patologie devono essere redatte solo a fronte di motivazioni forti, ben documentate e purché non sconvolgano l'impianto normativo complessivo che vale per qualsiasi problema sanitario.

Ci aiuta a ricostruire il percorso che ha portato all'approvazione del testo in Commissione Igiene e Sanità?

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha intrapreso l'analisi dei differenti disegni di legge nella piena convinzione che ogni proposta fosse espressione di esigenze presenti in ►

specifici territori e realtà. Un punto cruciale che la Commissione ha sin da subito condiviso, in sintonia con il Governo, è che un provvedimento normativo come questo, centrato su di una specifica patologia, non doveva intaccare il principio fondamentale del finanziamento indistinto della Sanità pubblica, pena la frammentazione delle disponibilità finanziarie e il rischio di una generalizzata rincorsa a risorse dedicate da parte di altre patologie. Tale decisione è risultata fra l'altro funzionale a una trattazione in sede "deliberante" del provvedimento, ovvero con modalità più celeri, e nel rispetto dei vincoli imposti all'epoca dal Governo alla Commissione, ovvero "senza maggiori oneri per la finanza pubblica".

Questo punto, l'invarianza finanziaria, è un nodo che secondo alcuni riduce la legge a una dichiarazione di intenti. Non è così?

Occorre precisare che se non fosse stata rispettata l'invarianza finanziaria la legge non avrebbe potuto essere approvata e dunque il Parlamento avrebbe perso l'occasione per sottolineare l'importanza del tema e la necessità di un adeguato monitoraggio.

Da rilevare che l'articolo 4, comma 2, prevede che l'attuazione delle "linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali" costituisca "adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza": un impegno significativo che dovrebbe favorire una maggiore attenzione da parte delle Regioni e del Ministero alla effettiva attuazione di quanto previsto dalla normativa, d'ora in avanti legato alla valutazione che il livello centrale effettua in vista di eventuali penalizzazioni in sede di assegnazione delle risorse. Un piccolo passo in avanti sul quale bisognerà vigilare.



La legge ha avuto dunque la funzione principale, a mio parere, di richiamare l'attenzione sul tema, nell'auspicio che essa possa smuovere capacità e risorse locali sino ad ora non sfruttate al meglio a beneficio dei pazienti.

Tornando al percorso del testo in Commissione...

Altra questione posta immediatamente in Commissione è stata quella relativa ad una eventuale dettagliata definizione di specifici LEA con riguardo ai servizi diagnostico-terapeutici destinati alle persone affette da disturbo dello spettro autistico. La concomitante predisposizione, a cura del Ministero della Salute e in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016, di un provvedimento nazionale per l'aggiornamento complessivo dei LEA (purtroppo ormai datati, in quanto risalenti al DPCM 29.11.2001) ha portato la Commissione a privilegiare il rinvio a tale provvedimento, in coerenza e in stretta integrazione con quanto in via di definizione per l'insieme dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale.

Dopo numerose revisioni del testo base, anche a fronte delle molte audizioni effettuate e delle importanti visite compiute, in particolare per favorire un dialogo effettivo con gli operatori e le associazioni dei familiari, la Commissione è giunta alla redazione di un testo base, sul quale ha convenuto anche il Governo. Il testo è poi passato alla Camera, ove sono state apportate piccole modifiche, successivamente approvate anche al Senato.

A fronte dell'importanza della tematica trattata, la Commissione ha ritenuto fondamentale procedere con celerità, richiedendo al Presidente del Senato l'autorizzazione a lavorare "in sede deliberante", discutendo e approvando il testo di legge in Commissione senza la necessità di una ulteriore discussione in Assemblea.

È importante sottolineare che, ad oggi, la Legge 134/2015 rappresenta uno dei pochi provvedimenti di origine parlamentare approvati dal Parlamento: la maggioranza delle norme è infatti di origine governativa.

Rispetto alle normative vigenti in materia di diritto alla cura e tutela della salute (dall'art. 32 della Costituzione ai Lea), qual è secondo Lei il merito specifico di questa legge?

Sebbene esistano, e siano stati aggiornati, documenti di indirizzo nazionali rispetto alla presa in carico delle persone affette da disturbo dello spettro autistico, le analisi effettuate dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato attraverso numerose audizioni e riscontri presso la Conferenza Stato-Regioni hanno fatto emergere importanti disomogeneità nell'offerta di servizi per tale patologia.

Di fronte a tale evidenza, a mio parere sarebbe fondamentale attivare strumenti sistematici di verifica delle attività messe in campo dalle Regioni rispetto agli indirizzi definiti in Conferenza Stato Regioni nel 2012 e, più in generale, rispetto ai diritti delle persone che soffrono di tali disturbi. Tale esigenza è stata più volte segnalata dalla Commissione ai rappresentanti del Ministero.

La Commissione ha comunque ritenuto opportuno richiamare l'attenzione delle istituzioni (Parlamento, Governo, Regioni, ecc.) e dei responsabili della sanità sulla problematica dell'autismo attraverso la predisposizione di un provvedimento di legge specifico sul tema.

Tenendo conto dall'attuale congiuntura politico-finanziaria (sia a livello nazionale con le ripercussioni dei piani di rientro regionali sul Sistema Sanitario Nazionale, ►

Tale patologia è infatti oggetto di numerose indagini a livello internazionale, con produzione di evidenze più o meno rigorose che raggiungono quotidianamente i professionisti, i quali ad oggi sembrano seguire orientamenti differenti nella interpretazione, diagnosi e cura della patologia stessa

sia, a monte, a livello europeo, con la derive del pareggio di bilancio), quali sono le Sue previsioni in termini di applicabilità del testo di legge?

La mia posizione è sempre stata, sin dall'inizio del dibattito, a favore di un puntuale monitoraggio delle attività messe in atto dalle Regioni sulla base delle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e delle linee guida predisposte dall'Istituto Superiore di Sanità.

Mi auguro che il Ministero attivi rapidamente un processo di monitoraggio, così come previsto dalla recente normativa.

Gli elementi raccolti dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato mostrano infatti che, nonostante le grandi difficoltà, le Regioni possono definire meglio i percorsi di presa in carico delle persone affette da disturbi dello spettro autistico, con un maggior rispetto delle linee guida esistenti. Tale patologia è infatti oggetto di numerose indagini a livello internazionale, con produzione di evidenze più o meno rigorose che raggiungono quotidianamente i professionisti, i quali ad oggi sembrano seguire orientamenti differenti nella interpretazione, diagnosi e cura della patologia stessa: una maggior uniformità di comportamento in questo ambito, nel rispetto di quanto contenuto nelle linee guida vigenti, sarebbe già un primo importante tassello nella costruzione di un percorso assistenziale più strutturato e appropriato.

Data l'attuale disparità di organizzazione dei servizi a livello regionale, da Lei rilevata come criticità che ha dato impulso fondante al testo di legge, in che modo è possibile evitarne un'applicazione "a macchia di leopardo"?

È necessario che il livello centrale rafforzi la capacità di accompagnare, sostenere e monitorare quanto messo in campo nelle singole regioni per la definizione e la corretta attuazione dei percorsi assistenziali, tra i quali anche quelli a favore delle persone affette da disturbi dello spettro autistico. A tale scopo, anche grazie alle competenze presenti nelle istituzioni nazionale e regionali, sarebbe utile definire indicatori specifici di processo e di esito dei percorsi avviati nei differenti territori, al fine di ottenere dati oggettivi, misurabili e comparabili relativamente all'efficacia delle prestazioni e dei servizi messi in campo.

Rimanendo in tema di azioni finalizzate all'applicazione della legge, in che modo medici e cittadini possono collaborare a tale scopo?

L'evidenza empirica mostra che nelle realtà dove i professionisti svolgono con rigore il proprio dovere e dove la cittadinanza ha maturato adeguate modalità di rappresentanza dei propri diritti, la collaborazione fra professionisti e cittadini si avvia sulla base di intenti comuni e senza particolari difficoltà.

È altresì noto che, presso la popolazione, la consapevolezza dei propri diritti è ancora frammentaria e disomogenea, eccessiva in alcune realtà e carente in altre. Esiste, nel nostro Paese, un problema di capacità dei cittadini di rappresentare in modo indipendente e incondizionato i propri bisogni e i propri diritti. I professionisti, dal canto loro, presentano difficoltà a collaborare con colleghi di discipline differenti, proponendo ai pazienti un'assistenza realmente integrata. E in un ambito come quello dell'autismo, l'approccio multiprofessionale risulta quanto mai necessario, anche per far fronte alle continue evoluzioni della ricerca scientifica.

Di certo, un provvedimento normativo difficilmente potrà incidere in maniera significativa su queste componenti: occorre ripartire da investimenti in formazione specifica, in azioni culturali - anche dirette alla cittadinanza - al fine di radicare in tutti i soggetti quell'approccio sistemico, ed evidence-based, che prevede il coinvolgimento di tutti i "produttori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" del paziente, non soltanto, cioè, dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita" secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il meritato riposo dei medici dipendenti

Applicazione della normativa europea sull'orario di lavoro in vigore dal 25 novembre 2015: tutela od ostacolo per il lavoro medico?

Chiara Rivetti

Tesoriere OMCeO TO

Il 25 novembre 2015 è una data che i medici dirigenti conoscono molto bene. Da allora in Italia è in vigore la direttiva europea 2003/88/CE che disciplina l'orario di lavoro, imponendo in particolare l'obbligo alle 11 ore continuative di riposo tra un turno lavorativo e quello successivo ed il limite di 48 ore settimanali di lavoro (calcolate su una media di 4 mesi).

La normativa, ricordiamolo, è stata emanata nel lontano 1993, in Italia è stata recepita per molte categorie lavorative solo dopo 10 anni ma rinviata ripetutamente in deroga per i sanitari. Dopo numerosi richiami, nel novembre 2014 la Comunità Europea ha definitivamente aperto una procedura di infrazione contro l'Italia per inadempienza ed il Governo, per evitare pesanti sanzioni, ha infine decretato l'applicazione della direttiva per i sanitari entro 12 mesi. Il 25 Novembre 2015, appunto. Dalla cronistoria possiamo concludere che non si è trattato di un evento imprevisto.

Il governo e le regioni ne erano informati da 12 mesi. Ma hanno iniziato a ragionare sull'applicabilità solo nell'autunno, quando ci si è resi conto che rispettare i riposi e limiti orari implicava cambiamenti organizzativi e necessitava di organici ben più numerosi di quelli in dotazione.

Sui mezzi d'informazione e sui social network è quindi nato, e prosegue, un vivace dibattito tra medici con opinioni contrastanti ed alcune nette prese di posizione contro la normativa. Il timore è che la nuova legge introduca una burocratizzazione della professione, limiti il diritto del medico a curare e quello dei pazienti alla continuità assistenziale. I riposi forzati potrebbero allungare le liste d'attesa, ridurre l'attività assistenziale e compromettere la vita privata del medico, costringendolo per esempio a lavorare tutti i week-end per rispettare le norme.

Ma già nel 2007 un editoriale pubblicato su Lung¹ sot-

tolineava come, essendo la cultura di ore eccessive e di sforzo sovrumano ben consolidata tra tutti i medici, è improbabile che possa cambiare autonomamente: è pertanto la comunità che deve attuare e pretendere il cambiamento, ideando nuove strategie per evitare i rischi sanitari associati ad uno stato di fatica cronica.

Un numero eccessivo di ore lavorative, specie nel periodo notturno, determina infatti una performance cognitiva paragonabile a quella di un soggetto con un tasso alcolemico di 0.4%-0.5% (JAMA 2005)², espone il medico ad un rischio doppio di incidenti stradali (NEJM 2005)³ ed è un fattore contribuente per autolesioni percutanee da puntura o da bisturi nel 31% dei casi (Jama 2006⁴, Lung 2007¹).

Prolungati orari di lavoro sono associati ad un rischio aumentato di malattie metaboliche come il diabete (BMC 2012⁵), a maggiore frequenza di patologie cardiovascolari come ipertensione arteriosa, sindrome coronarica, IMA (BMJ 2012⁶), ad un rischio doppio di patologie cerebrovascolari (International Journal of Stroke 2013⁷) così come ad un rischio doppio di parti prematuri (Pregnancy and Childbirth 2014⁸).

Ma gli effetti di un lungo e duro orario lavorativo ricadono anche e soprattutto sui pazienti: all'aumento del rischio clinico (errori di somministrazioni e prescrizioni) correlato alla fatica, si aggiunge per esempio l'aumento di complicazioni dopo procedure chirurgiche effettuate in condizioni di privazione del sonno (Jama 2009⁹) e l'aumento di mortalità dei pazienti con IMA trattati da medici operanti oltre l'orario standard (BMJ 2014¹⁰). Ed è lo stesso codice deontologico che all'articolo 70 intima al medico di non assumere impegni professionali che pregiudichino la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita e di esigere, dalla struttura in cui opera, ogni garanzia affinché le modalità del suo

impegno non incidano negativamente sulla qualità, sulla sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle cure.

Già in una review del 2002 sul NEJM¹¹, David Gaba e Stevan Howard affermavano che "il livello di presenza e di attività lavorativa del personale sanitario è di gran lunga superiore a quello che viene osservato sia nel settore dei trasporti sia nelle centrali nucleari. I medici che lavorano in condizioni di privazione di sonno croniche sono la chiara espressione di un sistema sanitario che ha evidenti problemi organizzativi e che non può assicurare ai pazienti né uno standard di sicurezza adeguato né una elevata qualità delle cure".

Dai dati della letteratura risulta evidente come la regolamentazione dell'orario lavorativo fosse necessaria, ancorché complicata. Il blocco delle assunzioni, che ha colpito in particolare le regioni in piano di rientro come il Piemonte, ha causato la contrazione degli organici, calcolata in 24.000 unità tra medici ed infermieri dal 2009 al 2013, con conseguente aumento delle ore di lavoro consecutivo e di straordinario. In un sondaggio¹² condotto on line nell'inverno 2014/15 su 1925 medici ospedalieri italiani, il 33% dei responders riferisce di svolgere attività lavorativa dopo un turno notturno, il 40% di effettuare tra le 150 e oltre 250 ore di straordinario/anno ed il 20% oltre le 250 ore/anno. E nel

prossimo triennio in Italia è previsto il pensionamento di circa 20.000 medici, che andranno sostituiti per non peggiorare ulteriormente il carico di lavoro. Non va poi dimenticato che l'età media dei medici dirigenti è di 53 anni (dato peggiore dei paesi Ocse dopo Israele) e che gli over 55 sono il 42%: tollerare turni pesanti e disagi è sempre più difficile mano a mano che si invecchia. L'applicazione della normativa europea implica necessariamente una riorganizzazione del lavoro, la revisione della rete ospedaliera con valutazione delle risorse distribuite nei vari presidi e il tanto atteso sblocco delle assunzioni. Il Ministro della Salute ha avviato la programmazione del personale sanitario per il 2016, con la richiesta alle regioni di definire ciascuna il proprio fabbisogno. I dati sono attesi a breve, ma finalmente si parla di nuove assunzioni, che non sarebbero state promesse senza la scossa tellurica della legge sull'orario di lavoro. Le assunzioni sono in ritardo rispetto alla data del 25 novembre 2015, avrebbero dovuto precedere e non seguire l'entrata in vigore della direttiva europea. Ci auguriamo che un'altra data sia a breve ricordata dai medici, quella in cui verranno realmente assunti i sanitari necessari per garantire una sempre migliore cura dei malati e la tutela di noi professionisti.

Bibliografia

1. Mountain SA, Quon BS, Dodek P, Sharpe R, Ayas NT. The Impact of Housestaff Fatigue on Occupational and Patient Safety. *Lung* (2007) 185:203-209
2. J. Todd Arnedt, Judith Owens et al. Neurobehavioral Performance of Residents After Heavy Night Call vs After Alcohol Ingestion. *JAMA*, September 7, 2005—Vol 294, No. 9 1025
3. Barger LK, Cade BE, Ayas NT, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med* 2005;352:125-34.
4. Najib T. Ayas, Laura K. Barger, et al. Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. *JAMA*, September 6, 2006—Vol 296, No. 9 1055
5. Tomoko Kobayashi, Etsuji Suzuki, Soshi Takao and Hiroyuki Doi. Long working hours and metabolic syndrome among Japanese men: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012; 12: 395
6. Manav V Vjas, AmitXGarg et al. Shift work and vascular vents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4800

7. Beom Joon Kim, Seung-Hoon Lee, et al. Excessive work and risk of haemorrhagic stroke: a nationwide case-control study. *International Journal of Stroke*. 2012 56 Vol 8, October 2013, 56-61
8. Masumi Takeuchi, Mahbubur Rahman, Aya Ishiguro and Kyoko Nomura. Long working hours and pregnancy complications: women physicians survey in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:245
9. Rot Schild JM et al. Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. *Jama* 2009; 302, 14: 1565-72.
10. Sorita A et al. Off-hour presentation and outcomes in patients with acute myocardial infarction: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 Jan 21;348:f7393
11. D. Gaba and S. Howard. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med*, Vol. 347, No. 16 October 17, 2002
12. Terza survey Anaa giovani "Quando il medico si ammala" - Sole 24 ore Sanità - 14 Aprile 2015

Nel 2015
su 1925 medici italiani:
33% lavora dopo turno di notte
40% effettua 150/250 ore di straordinario l'anno
20% effettua oltre 250 ore di straordinario annuo

Deontologia professionale

Giuseppe Scarso

Fortunatamente sono rare le notizie di cronaca concernenti medici che a vario titolo sono responsabili o corresponsabili di truffe a danni di pazienti o delle ASL, ma, purtroppo, ogni tanto compaiono sugli organi d'informazione rovinando l'immagine di una categoria professionale caratterizzata da un'elevata adesione al codice deontologico e da un alto senso di responsabilità.

Diversi appaiono i casi di cosiddetta "malasanità" dove sono implicati l'inevitabile errore umano ed imperfezioni dell'assistenza sanitaria sia intra- che extra-ospedaliera.

Tali episodi devono comunque farci riflettere; così come non si deve dimenticare la complicità di medici a programmi di repressione sociale attuati da certi regimi totalitari, soprattutto in passato, anche se recente.

Diverso è il caso di medici che approfittano del rapporto di fiducia con i pazienti per esercitare in modo sconsiderato quel potere di persuasione che la professione conferisce come magnificamente esemplificato nell'opera teatrale "Knock, ovvero il trionfo della medicina" di J. Rostand.

La vecchia e il medico. Da una favola di Esopo

Un'anziana vedova, rimasta sola senza famiglia, abitava in un cascinale poco fuori dal paese. Riusciva a tirare avanti con quel poco che le aveva lasciato il marito, coltivando ancora l'orto, anche se con sempre maggiore fatica.

Da tempo aveva l'impressione che la vista iniziasse a farle difetto ed un giorno si decise, infine, a recarsi dal medico del paese.

Approfittò di una bella giornata di sole di fine gennaio e lentamente si avviò lungo il sentiero.

Giunta alla casa del dottore, bussò e le fu aperto da una signora di mezza età vestita da infermiera che la interrogò sul motivo della sua richiesta di essere visitata. Le spiegò che si trattava della vista.

Fu fatta accomodare in una sala d'attesa dove tre persone aspettavano il loro turno, tutti contadini come lei che conosceva da tempo, ma che da tempo non incontrava più. Fu l'occasione per scambiare quattro chiacchiere, fare una sorta di aggiornamento del tempo trascorso.

Rimase poi sola dopo che gli altri erano stati visitati giacché dopo di lei non era arrivato più nessuno.

Giunto il suo turno fu invitata dall'infermiera ad entrare nello studio del medico.

Le fu gentilmente chiesto di accomodarsi e di raccontare il motivo che la spingeva a chiedere l'aiuto del dottore che se ne stava seduto dall'altro lato della scrivania. Iniziò a spiegare che si trattava della vista che sembrava svanire ogni giorno un po' di più tanto che non riusciva a vedere bene in faccia il medico.

Questi si alzò, inforcò un paio di occhiali dalla pesante montatura con lenti così spesse tanto da renderlo quasi irriconoscibile ed iniziò a visitare gli occhi dell'anziana vedova facendola guardare dritto davanti, poi in su, poi in giù, poi a destra, poi a sinistra.

Infine sentenziò, dopo averle posto qualche domanda, au-

scultato cuore e polmoni: "Si tratta di una malattia della vecchiaia. Non è niente di grave, ma ci vorrà molto tempo per riuscire a curarla. Dovrò venire tutti i giorni per almeno un mese a casa sua per darle una medicina e farle dei massaggi alle palpebre. Dopo di che dovrete tenere gli occhi chiusi per almeno dieci minuti perché la cura abbia il suo effetto. Passerò la sera una volta terminate le visite qui in studio. Credetemi, riavrete una vista come quando avevate vent'anni!"

"Esagerato" pensò l'anziana vedova che rimase un po' perplessa a quella strana terapia, ma acconsentì dopo essersi informata sulla parcella.

"Non si preoccupi di questo, gentile signora, faccio questo lavoro per missione e mi pagherà alla fine della cura con quello che mi potrà dare di ciò che ha in casa, non chiedo nulla di più!"

L'anziana vedova era sempre più stupita, ma accettò di buon grado perché recuperare la vista era troppo importante per la sua sopravvivenza.

Tornata a casa, il giorno dopo attese la visita del dottore.

Questi si presentò come promesso la sera all'imbrunire, le fece assumere una piccola pastiglia con un bicchiere d'acqua, le massaggiò brevemente le palpebre e la fronte, le ricordò di tenere gli occhi chiusi per dieci minuti e se ne andò salutandola, dicendo che sarebbe tornato il giorno dopo alla stessa ora.

L'anziana vedova non riceveva nessuno in casa da molti mesi; da quando le era mancato il marito, si vergognava delle condizioni delle stanze che per l'età e la vista non riusciva più a tenere pulite come avrebbe voluto. Quando vicini e conoscenti venivano a farle visita, a portarle qualcosa per le sue necessità, si scherniva, ringraziava e chiedeva scusa, ricevendoli nel portico fuori della porta, dicendo che in casa c'era una grande confusione. Tutti rispettavano questa sua esigenza e non insistevano mai più di tanto. La cosa era ormai nota in paese e anche il medico ne era a conoscenza.

Fu così che il dottore era l'unica persona ad entrare giorno dopo giorno nella casa dell'anziana vedova, la quale, passata già una settimana, iniziò a notare che non vedeva più svariati oggetti: piccole cose come posate, pentole, piatti, bicchieri, persino l'orologio a pendolo sopra il caminetto.

Una sera che il dottore giunse per la consueta visita, dopo essersi lasciata curare al solito modo, timidamente osò fare presente che non vedeva più tanti oggetti che fino all'inizio della cura vedeva chiaramente.

"Bene, benissimo, mia cara signora" le rispose il medi-

"In questo modo, senza accorgersene, i disonesti, con la loro avidità, forniscono essi stessi argomenti contro di loro."

Esopo

co" questo è il sicuro segnale che la cura sta dando i suoi effetti. Andrà avanti ancora qualche giorno a vedere sempre di meno, ma vedrà, alla fine tornerà a vedere tutto come prima, ma che cosa dico, meglio, molto meglio di prima!"

L'anziana vedova non osò protestare. Se il dottore diceva così, così aveva da essere.

Tuttavia, nei giorni seguenti sparivano alla sua vista sempre più cose: soprammobili, suppellettili varie e persino il portaombrelli all'ingresso, ombrelli compresi. Protestò nuovamente, ma il medico la rassicurò ancora più soddisfatto che la cura funzionava e che l'ultimo giorno avrebbe rivisto tutto come prima, più di prima.

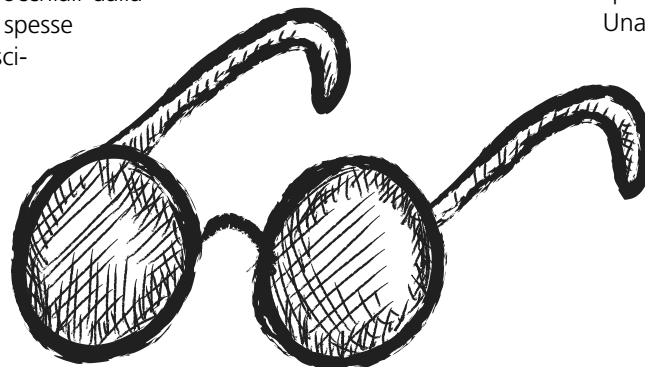
"Sarà" pensò l'anziana vedova che iniziava a nutrire qualche dubbio, ma non osava dire nulla.

Il giorno dopo venne a farle visita una nipote, l'unica parente che le era rimasta. Veniva non più di tre o quattro volte all'anno perché abitava in un villaggio lontano. Entrando si accorse che la casa era spoglia di quasi tutti gli oggetti che c'erano sempre stati.

Stupefatta, impaurita e preoccupata esclamò: "Che cosa ti è capitato, zia, sono venuti i ladri e ti hanno rubato quasi tutto o hai dovuto vendere tutta questa roba per riuscire a mantenerti?"

Allora l'anziana vedova ebbe conferma dei suoi dubbi e rispose: "Nulla di tutto ciò, cara nipote, da quasi un mese un medico viene tutti i giorni a curarmi una malattia agli occhi e sostiene che l'effetto è che io ci veda sempre meno fino al termine della cura, quando tornerò a vedere tutto come prima, più di prima."

La nipote capì l'inganno ed anche la zia a questo punto ne fu certa: "Il dottore con quella scusa mi sta rubando tutto, è un ladro, non un medico. Ha rubato tutti gli oggetti che poco alla volta un uomo solo può portare via con il favore delle tenebre!" Fu colta da un profondo sconforto, rincorata dalla nipote, la quale, pensa che ti ripensa, escogitò un piano approvato con grande soddisfazione dalla zia.



Il giorno dopo il medico entrò in casa, cosa che faceva ormai senza neanche bussare ed annunciarsi, sapendo che a quell'ora in cui era atteso la porta era aperta. Rimase stupefatto e sbigottito nel trovarsi davanti, al posto dell'anziana vedova, una giovane donna la cui bellezza non era per nulla sminuita dal fatto di indossare vecchi abiti della zia, la quale si era andata a nascondere nel fienile per non essere trovata.

La ragazza esclamò: "La sua cura ha fatto miracoli, caro dottore, non finirò mai di ringraziarla: in una notte sono ringiovanita tutta, non solo gli occhi. Come pagamento del suo onorario, a prova della mia riconoscenza, si prenda tutto quello che c'è in casa!"

Il medico restò lì dov'era, fermo immobile, incredulo cercò di bofonchiare qualcosa senza trovare le parole adatte ad una situazione così inattesa.

"Ora ci vedo benissimo" continuò la nipote "e vedo che qui manca quasi tutto di ciò che c'era prima".

Il medico tentò allora di protestare, di fare le sue ragioni, ma era stordito, non sapeva più che pesci pigliare, visto che aveva già preso quasi tutto.

Intanto, sul portico si fece sentire un rumore di passi di tante persone, dei vicini di casa e degli abitanti del paese che, avvisati dalla nipote, si erano presentati puntuali all'ora della consueta visita giornaliera. Molti erano armati con vari attrezzi del mestiere come vanghe, rastrelli, bastoni.

Allora il medico capì che il suo inganno era stato scoperto anche se non comprendeva né come né quando. Promise di restituire tutto e di lasciare il paese.

Così fece.

L'anziana vedova tornò a vedere tutti gli oggetti di casa, "proprio come aveva detto il medico" disse con velata ironia alla nipote, la quale promise che sarebbe tornata a renderle visita presto e più sovente di prima.

La zia l'abbracciò e la baciò con le lacrime agli occhi per tanta gratitudine e felicità.

I vicini e gli abitanti del paese furono riammessi ad entrare in casa durante le loro visite all'anziana vedova la cui vista non era stata mai così buona, almeno a sentire lei.

Le opportunità agevolative rivolte al medico e all'odontoiatra

A cura della CAO provinciale di Torino

Il 16 aprile prossimo, presso la sala conferenze dell'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino si terrà un seminario sulle "Opportunità Agevolative rivolte al Medico Odontoiatra": un'importante novità nel novero delle tematiche oggetto della formazione indirizzata a medici.

Per "Opportunità Agevolative" si intende l'esistenza spesso poco conosciuta di quel complesso di contributi, agevolazioni, finanziamenti e norme diverse, favorevoli all'impresa e alla professione.

Questo seminario, tenuto dalla Lum School of Management dell'Università Lum Jean Monnet, è stato fortemente voluto dal Dott. Gianluigi D'Agostino Presidente dell'Albo Odontoiatri dell'Ordine della provincia di Torino e dal Prof. Francesco Albergo, Direttore Operativo della Lum e docente di Risk Management e controllo delle aziende sanitarie presso la stessa Università. Il seminario sarà tenuto dal Dott. Vittorio Basta, Dottore Commercialista Financial Business Advisor e docente Lum School of Management.

Il seminario si tiene per offrire importanti informazioni e indicazioni, finalizzate a sfruttare opportunità finanziarie rivolte al mondo sanitario, spesso sconosciute come strumento da utilizzare. Infatti, di fronte al vasto panorama delle agevolazioni, il mondo delle imprese dei professionisti e dei loro consulenti, si trova frequentemente in difficoltà per mancanza di una visione organica della realtà normativa. Più in particolare è opinione diffusa che, nel corollario delle opportunità agevolative in start-up, il settore sanitario sia escluso da qualsiasi aiuto pubblico e ciò è sbagliato.

Le iniziative ammissibili per il settore sanitario che saranno oggetto di trattazione per la Regione Piemonte possono così distinguersi in:

- Regione Piemonte – Piano Straordinario per l'occupazione – Misura 1.6 – Microcredito;

- Regione Piemonte – Legge regionale n. 12/04 – Fondo di Garanzia femminile e giovanile rivolto ad imprese operanti anche in ambito sanitario.

A livello nazionale è di recentissimo avvio (13-01-2016) il nuovo start-up denominato "Nuove Imprese a Tasso zero" rivolto alle PMI (Piccole Medie Imprese) costituite in società da giovani di età 18-35. Lo strumento è promosso da Invitalia Spa – disciplinato dal D.Lgs. 185/2000 Titolo I, e consente di avere a tasso zero finanziamenti fino a 1.500.000,00 di euro, compreso il 75% dell'investimento richiesto.

Inoltre sono in corso di riattivazione strumenti agevolativi, sempre promossi da Invitalia Spa (ad oggi momentaneamente sospesi) rivolti all'autoimpiego, che grazie ad un Fondo di Garanzia (SELFIE employment), permetteranno a professionisti e imprese di nuova costituzione progetti in start-up godendo di contributi a fondo perduto sull'investimento e spese di esercizio.

In ultimo verranno approfondite le novità disposte dalla nuovissima Legge di Stabilità 2016 rivolte anche al settore sanitario dove infatti è prevista:

- una migliore deducibilità per imprese e professionisti (maxi ammortamento 140%) dei costi di ammortamento di beni strumentali;
- la possibilità per i liberi professionisti di accedere ai fondi strutturali FSE (Fondo Sociale Europeo) e FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale).

Infatti in conformità alla normativa comunitaria da quest'anno i professionisti sono equiparati alle PMI in quanto esercenti attività economica, e diventano quindi a tutti gli effetti destinatari dei Fondi europei stanziati fino al 2020. Si apre quindi la possibilità di concorrere a oltre 31 miliardi di euro di risorse comunitarie, a cui si aggiunge la quota di cofinanziamento nazionale e a carico delle Regioni.



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche
A.M.I.A.R. - TORINO
www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott. Piero Ettore Quirico
Coordinatore scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais

Il programma didattico sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è così composto: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso gli **ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica** situati in: Torino (6), Chieri (1), Milano (1) e Genova (1).

Il CSTNF è inoltre convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di stages di pratica clinica e lo scambio di docenti.

La Scuola, attiva dal **1978**, è riservata esclusivamente ai **laureati in Medicina e Chirurgia**. Al termine del Corso, dopo la discussione di una tesi di abilitazione, viene rilasciato l'**Attestato Italiano di Agopuntura**, riconosciuto dalla **F.I.S.A.** (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura).

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori** della F.I.S.A.

Il corso è conforme ai requisiti formativi richiesti dall'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 per l'inserimento dei diplomati nei Registri che saranno istituiti presso gli OMCeO provinciali.

ECM: in qualità di Provider il C.S.T.N.F. ha finora organizzato 117 eventi inseriti nel programma ECM, per un totale di 164 edizioni svolte. Per ciascun anno del corso vengono erogati da 37 a 60 crediti formativi.

Il sogno nel cassetto è un ospedale

In un paese povero e dilaniato dai conflitti, fare il medico significa affrontare quotidianamente ostacoli immensi – non solo in sala operatoria – ma anche trovare il modo per superarli.

Stefano D'Aquino
Socio e volontario CCM

Il 2016 è iniziato da due settimane e le giornate in Sud Sudan trascorrono laboriose e serene.

Siamo in piena stagione secca. Il clima è caldo e siamo costantemente accarezzati da un vento molto simile all'aria che fuoriesce dai ventilatori che asciugano le vetture negli autolavaggi. L'erba è scomparsa, tutto è giallo e coperto di polvere e sabbia rossa.

Intorno a Cueibet non si vedono più molti animali. Le mandrie di vacche si sono spostate seguendo rotte vecchie di secoli, alla ricerca di pozzi d'acqua ancora riforniti. Scimmie, iene ed uccelli sono anch'essi migrati a Bargel, a circa 15 km, vicino al fiume in cerca di nutrimento. Anche gli avvoltoi sembrano molto meno numerosi rispetto ai mesi passati. Qui nel villaggio rimangono solamente delle capre, continuamente alla ricerca di qualcosa di commestibile da tritare con le loro forti mandibole. Mangiano di tutto: anche i sacchetti di plastica e i copertoni di camion, abbandonati sui bordi della pista verso Wau.

NEL VUOTO DI POTERE REGNA IL CONFLITTO

La settimana scorsa la nostra contea è stata teatro di una serie di feroci battaglie tra giovani guerrieri appartenenti a diverse fazioni che si sono affrontati sul campo armati di fucili automatici e bombe a mano. Solo la sera del 6 gennaio ci sono stati 22 morti sul campo di battaglia e una serie interminabile di feriti trasportati nel nostro ospedale. Quella notte abbiamo dovuto por-

Sognando insieme il futuro dell'ospedale, il mio collega ed io abbiamo convenuto sul fatto che se un giorno a Cueibet disponessimo di un servizio di radiologia, potremmo gestire con maggiore tranquillità tutti i casi traumatologici che afferiscono al nostro ospedale. Per il momento ci accontenteremmo di un pacco di candele...

tare in sala operatoria i sei pazienti più gravi. Nei giorni successivi abbiamo smaltito il resto dei feriti. Tutto questo disastro è iniziato a causa di una razzia di bestiame avvenuta a capodanno da parte di alcuni incoscienti di un villaggio al confine con lo Stato vicino.

Il problema conflitti è esacerbato dal fatto che a Cueibet stiamo attraversando un periodo di transizione, caratterizzato da un vuoto di potere amministrativo. A metà dello scorso dicembre il presidente del Sud Sudan ha dimissionato il prefetto della nostra contea. Costui, insieme con i militari al suo seguito, le cosiddette forze speciali, garantiva un minimo di presenza sul territorio da parte del governo, cercando di presidiare quelle zone maggiormente "calde" perché più spesso teatro di scontri e vendette tra i diversi gruppi.

Da circa una settimana è stato nominato un nuovo responsabile amministrativo, un governatore, in quanto Cueibet da Contea diverrà presto uno Stato (il Sud Sudan attualmente è una federazione di dieci Stati). Il presidente Salva Kir, alla radio, ha testualmente detto: "Dal momento che gli abitanti di Cueibet sono troppo teste calde per accettare di essere governati da qualcun altro [dalle autorità di Rumbek, N.d.A.] allora che si governino da soli...". Il nuovo governatore, originario di Cueibet, si trova però ancora a Juba, la capitale del Paese, in attesa di ricevere un'investitura ufficiale e di conoscere l'ammontare delle risorse disponibili per la sua futura amministrazione.

Speriamo che il nuovo governatore arrivi presto e si insedi senza problemi. I parenti e i sostenitori del commissioner dimissionato sono molto seccati e inquieti (sono anche ben armati). Speriamo anche che il nuovo sia accompagnato da un adeguato numero di soldati, sia un poco più onesto e un poco più sensibile nei confronti dei problemi della povera gente rispetto al suo predecessore.

NÉ LUCE NÉ ACQUA

Gennaio si sta rivelando un mese impegnativo anche per i problemi tecnici che hanno colpito l'ospedale. A inizio mese siamo rimasti senz'acqua corrente per una intera settimana, a causa di un guasto all'impianto idrico. Il calore del sole ha letteralmente spaccato i due serbatoi dell'acqua (vedi foto a lato). Abbiamo dovuto svuotarli completamente, calarli dalla torre, ripararli dall'interno con una speciale resina di vetro, risollevarli in cima alla torre, ricollegarli all'impianto idrico, spurgare i tubi da una serie incredibile di schifezze (terra, animalletti morti, insetti vari, ecc.), eliminare le bolle di aria nei tubi e infine potabilizzare l'acqua con delle pastiglie di cloro. Quest'ultima è una iniziativa che ho ritenuto necessaria in seguito a un recentissimo aumento dei casi di dissenteria acuta tra i pazienti ricoverati in ospedale.

Questa settimana, invece, durante le ore notturne siamo senza luce. Da lunedì per le chiamate notturne utilizziamo lampade frontali a batteria. L'ospedale dispone di due generatori di energia elettrica, entrambi sono motori diesel, che accendiamo alla sera dalle 19 alle 22 e, di giorno, in caso di attività chirurgica o di sterilizzazione degli strumenti e dei teli della sala operatoria. Sui tetti di vari reparti sono presenti, inoltre, dei pannelli solari che dovrebbero fornire l'energia necessaria all'illuminazione notturna nei

vari reparti di degenza. Infine, la corrente prodotta dai generatori, dovrebbe ricaricare le batterie dei pannelli solari, in modo da aver luce in ospedale durante tutto l'arco della notte.

Attualmente, invece, quando il generatore è acceso, non arriva corrente elettrica in tre reparti su cinque. Non sono ancora riuscito a capire il motivo di questo black out, anche perché a Cueibet non c'è un elettricista cui chiedere aiuto.

L'impianto solare da solo non è abbastanza potente per far funzionare i concentratori di ossigeno, gli aspiratori e le altre apparecchiature elettromedicali presenti in corsia. Inoltre, non potendo ricaricare le batterie solari con la corrente prodotta dai generatori, queste finiscono per esaurirsi intorno alla mezzanotte e l'ospedale sprofonda nell'oscurità. Anche il laboratorio analisi di notte è paralizzato. Ne consegue che senza corrente elettrica la qualità dell'assistenza risulta compromessa dall'impossibilità di utilizzare le nostre attrezzature. Alcuni infermieri utilizzano l'oscurità come pretesto per dormire in servizio, invece di assistere i pazienti ricoverati.

Il geometra che aveva progettato l'impianto attualmente si trova in missione in Sierra Leone, l'elettricista che nei mesi scorsi aveva realizzato i lavori è ritornato a casa sua in Kenya. In questi giorni mi sto rendendo conto di cosa veramente significhi la parola "isolato".

IN MEZZO ALLE DIFFICOLTÀ: SODDISFAZIONI E SPERANZE

In compenso sto ricevendo grandi soddisfazioni lavorative sul versante chirurgico. L'arrivo a Cueibet, nel novembre scorso, di un giovane medico ugandese, specializzato in chirurgia, ha permesso di eseguire interventi di chirurgia maggiore molto complessi. Il mio collega è molto ben preparato sia in chirurgia addominale sia in chirurgia toracica e mi sta insegnando molte cose utili e interessanti. Anche la gestione dei feriti da esplosioni di granata o da colpi d'arma da fuoco è divenuta più semplice grazie alla sua esperienza.

Sognando insieme il futuro dell'ospedale, il mio collega ed io abbiamo convenuto sul fatto che se un giorno a Cueibet disponessimo di un servizio di radiologia, potremmo gestire con maggiore tranquillità tutti i casi traumatologici che afferiscono al nostro ospedale. Per il momento ci accontenteremmo di un pacco di candele...

Serbatoi dell'acqua che sono stati svuotati, riparati dall'interno con una speciale resina di vetro e ricollegati all'impianto idrico




Ce.Me.Di.

Direttore Sanitario: dott. Sergio Caramalli

www.cemedi.it

Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino

Servizi offerti dal Ce.Me.Di.

Visite specialistiche
Esami ecografici e strumentali
Analisi in laboratorio e radiodiagnostica
Visite mediche sportive
Fisioterapia
Check-up

Info e prenotazioni

tel +39 011 0066880 - fax +39 011 0066510
dalle 8.00 alle 18.45
con orario continuato dal Lu al Ve

Adotta un paziente

Diego Pavesio (Matricola 9208769)

Medico di Medicina Generale a Moncalieri

Eravamo quasi un centinaio il 12 di marzo 2015. Ventitré anni dopo il primo giorno sui banchi di Medicina. Noi di Matricola92. Tutti quelli che potevano venire tra gli oltre 200 che sono riuscito a rintracciare. Ma mancava soprattutto una: Ilaria Meoli, poi diventata suora carmelitana. Dopo la specializzazione in malattie tropicali era partita missionaria in Africa. Ha fondato un ospedale nella Repubblica Centrafricana e un anno dopo, nel 2007, è morta in un incidente stradale. L'ospedale è rimasto, è a Bossemptele, e lì si curano ancora malati. E adesso l'abbiamo adottato noi.

UNA VITA BREVE, UN'OPERA CHE CONTINUA

Ilaria, laureata a Torino, si specializza in Malattie Infettive nel 2003. La sua passione missionaria risale già a quando, da bambina, leggeva con interesse la rivista dei Comboniani "Il piccolo missionario". E con estrema fermezza prosegue nel suo obiettivo prima con gli stage in Burundi e in Madagascar, durante gli studi di specializzazione. Poi il suo sogno comincia a delinearsi quando i membri della nascente associazione "Noi per l'Africa" le propongono di erigere un Centro Sanitario accanto alla Missione africana delle Suore Carmelitane. Così il 22 ottobre 2005 Ilaria, consacrata suora, parte per la Repubblica Centrafricana per seguire la costruzione del nascente ospedale Giovanni Paolo II.

Il 9 marzo 2007, mentre tornava da un trasporto sanitario urgente, l'autista perde il controllo del veicolo. Suor Ilaria è grave. Il 10 marzo 2007, a 36 anni, Ilaria Meoli muore. Ma Ilaria è viva, è viva nel ricordo di chi l'ha conosciuta, è viva nelle opere che sua sorella Simona porta avanti da anni con dedizione assoluta tramite diversi progetti (www.noiperlafricailmondo.org e www.casailaria.it/suor-ilaria), è viva nell'ospedale che ha fondato e che posso solo descrivere con le parole di Suor Maria Giuseppina Mascheroni: "Dopo la morte improvvisa di Suor Ilaria, abbiamo cercato a lungo chi volesse continuare la sua opera in collaborazione con noi. Dopo tanto penare abbiamo avuto la risposta positiva dei Padri Camilliani italiani. Attualmente il Direttore dell'ospedale si chiama Padre Bernard Kinvu ed è togolese. Una mia consorella malgascia ed io lavoriamo in questo ospedale in qualità di infermiere professionali e collaboratrici amministrative. Nell'ospedale di Bossemptélé si praticano interventi chirurgici semplici perché non abbiamo attrezzature adeguate, né chirurgi specialisti. L'unico medico che abbiamo fa di tutto e per l'anestesia utilizziamo solo la ketamina, che può essere gestita direttamente da noi infermiere. Gli interventi più frequenti sono: i cesarei, le appendicectomie, le ernie, gli idroceli, gli interventi ginecologici per gravidanze extra-uterine, isterectomie, cisti ovariche, miomi, interventi di ginecologia dopo aborti complicati da infezioni o emorragie. Molto frequenti sono le operazioni per occlusioni o emorragie intestinali causate da perforazioni degli organi addominali dovute il più delle volte a febbre tifoide trattata male. Infatti prima di essere portati in ospedale i malati vengono spesso sottoposti a trattamenti tradizionali a base di composti e decotti di radici, di foglie o di cortecce, che le credenze popolari ritengono curativi e magici. Questi interventi richiedono frequentemente l'asportazione di parti dell'intestino. Da noi non si può praticare la colostomia temporanea di protezione perché i malati e la famiglia non riescono a gestirla, così si fanno anastomosi termino-terminali che, data la debolezza dei tessuti, spesso non tengono e così si è costretti a intervenire più volte. Inoltre non si può effettuare l'alimentazione parenterale completa

perché i costi sono proibitivi. Mentre gli interventi normali costano circa 100 euro, questi si devono valutare almeno in 200 euro per ogni seduta chirurgica, per la relativa terapia post-operatoria.

Recentemente ci siamo trovati a fronteggiare un'altra emergenza: moltissimi casi di bambini malati di malaria e gravemente anemici, bisognosi di trasfusioni di sangue. Arrivano bambini in fin di vita, con 9 o 10 di ematocrito. Qui non c'è ancora una banca del sangue e si trasfonde sangue fresco da donatori volontari, spesso parenti di questi piccoli. La povertà è tale che queste famiglie non possono sostenere le spese degli esami, della trasfusione e delle cure".

Tra le varie iniziative portate avanti dagli ex-compagni di studi di Ilaria di Matricola92, una particolarmente toccante è l'essere riusciti a diagnosticare correttamente, tramite il consulto nella chat, una grave forma di linfoma di Burkitt di Socrate, un bambino orfano che vive con la nonna in mezzo alla savana, e a farlo curare grazie alle generose donazioni raccolte tra i giovani medici.

L'ospedale fondato da Suor Ilaria si trova attualmente in una zona di guerra e questo ha fatto desistere diversi colleghi che intendevano recarsi in loco per prestare servizio, ma è possibile sostenere questo progetto a distanza.

UNA RETE VIRTUALE DI AZIONI CONCRETE

Noi che siamo nati quando ancora l'ecografia non esisteva, noi che abbiamo utilizzato i primi cellulari grandi come una scatola di scarpe, noi che quando chiamavamo a casa della fidanzatina non sapevamo mai se ci avrebbe risposto il papà, noi che abbiamo ancora scritto delle lettere d'amore, noi che i risultati degli esami li leggevamo su un tabellone, ci siamo ritrovati grazie a WhatsApp.

Ottenuta finalmente la convenzione come Medico di Medicina Generale a Moncalieri, al secondo paziente entrato in ambulatorio con un problema specialistico, mi sono chiesto: a chi potrei rivolgermi per un consiglio quando ho bisogno di un confronto? Per costruire una rete di professionisti con specialità diverse e per ritrovare i miei vecchi compagni di studi, con me sui banchi di via Santena in quel freddo primo giorno di Medicina dell'ottobre 1992, ho messo mano al cellulare e ho iniziato a lanciare inviti di partecipazione alla chat, subito intitolata Matricola92. Dopo venti giorni avevo già rintracciato 205 colleghi su 250 matricole, la maggior parte in attività tra Torino e provincia, una ventina sparsi nel Nord Italia, 3 al Centro Sud e 6 espatriati, a dimostrazione del fatto che noi piemontesi siamo proprio dei "boganen". La chat è la piazza virtuale dove vengono postate richieste di consulti, pareri e condivi-



Dall'alto:

Suor Ilaria. Il 9 marzo 2007, mentre tornava da un trasporto sanitario urgente Suor Ilaria ha un incidente grave. Muore il 10 marzo 2007, a 36 anni

Suor Maria Giuseppina Mascheroni: "Dopo la morte improvvisa di Suor Ilaria, abbiamo cercato a lungo chi volesse continuare la sua opera in collaborazione con noi"

sioni di casi clinici; nel cloud vengono caricati linee guida, articoli scientifici, modulistica e qualsiasi documento di interesse condiviso, che può così essere facilmente consultato e scaricato da tutti; nel database è presente una rubrica sempre aggiornata con tutti i recapiti degli iscritti, con il dettaglio dei riferimenti lavorativi, della specialità e della patologia di competenza. Insomma, non avremo inventato Facebook ma non funziona affatto male. Nel mio lavoro quotidiano una delle opportunità non trascurabili di questa rete è la possibilità di avere un riferimento in ogni realtà ospedaliera del Piemonte, dove spesso gli iter burocratici sono difformi e ostici per i pazienti.

Come in qualsiasi relazione virtuale che si rispetti, dopo soli due mesi, è arrivato il momento dell'incontro reale, carico di aspettative. Di fronte al Po, sotto le arcate dei Murazzi dove ventitré anni prima facevamo le ore piccole a ballare, ci siamo dati appuntamento per la prima delle raccolte fondi in ricordo di Suor Ilaria. Un cocktail e l'aperitivo cucinato dall'amico e collega Federico Francesco Ferrero - che oltre a seguire molti pazienti come nutrizionista, è diventato famoso in tutta Italia vincendo la terza edizione di MasterChef - hanno sciolto le lingue, ed ecco scoprire nel nostro gruppo tre fotografi (Alberto Vitalucci, Irene Ricca, Barbara De Vito), una scrittrice (Valentina Benedetti), due primari (Dario Ribero, Edoardo Rosso), uno scienziato di fama internazionale al John Hopkins di Baltimora (Luigi Marchionni), un ricercatore universitario tra i massimi esperti di SLA (Andrea Calvo), otto coppie di sposati, oltre a tutti quelli che quotidianamente lottano in corsia tra turni massacranti e sempre più difficili rapporti coi pazienti. In quell'evento sono stati raccolti i primi novemila euro, che sono arrivati a dodicimila, dopo un articolo su La Stampa e una degustazione di vini naturali organizzata da Ferrero alla Fondazione Sandretto.

Ma il primo ritrovo di marzo diventerà un appuntamento annuale nella settimana dell'anniversario di Suor Ilaria. La sera del 13 marzo ci rivedremo tutti al Lanificio San Salvatore, a Torino nel quartiere di San Salvario.

Alcune sere, quando sono già a letto, sento il "bip" del cellulare e leggo un ultimo commento sulla chat Matricola92, prima di addormentarmi. Durante il giorno sono molti i consulti e i casi clinici, ma alla sera c'è sempre spazio per una battuta, un invito a cena, un consiglio di viaggio. Perché la forza di questa iniziativa è che non solo non siamo più solamente dei colleghi che si erano persi di vista, ora coagulati dal ricordo di Suor Ilaria e dalla raccolta fondi per l'ospedale da lei fondato; dopo un anno, ci accorgiamo di essere diventati davvero amici, più di quanto non lo fossimo sui banchi di studio, più di quanto non lo siano molti medici che da anni condividono lo stesso reparto ma che non hanno avuto la fortuna di poter condividere le stesse motivazioni.

"Ricordando Suor Ilaria - Adotta un paziente" si orienta a sostenere le spese di un buon numero degli interventi chirurgici dell'ospedale di Bossempitelè. La struttura è funzionante ogni giorno, grazie alle Suore Carmelitane ed ai Padri Camilliani, e il 100% dei fondi donati vengono immediatamente utilizzati.



Suor Maria Giuseppina Mascheroni: il ricordo vivo dell'attività di Suor Ilaria che anima il lavoro delle consorelle

"VILLE AUGUSTA"

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: Dott. Aldo Calvo
Specialista in Neuropatologia e Psichiatria

Medico Responsabile: Dott. Enzo Soldano
Specialista in Neurologia

**CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)**

"VILLE AUGUSTA" s.r.l.

10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it

Paranoia: definizione, categoria nosologica o neologismo?

C'è chi crede che Dio abbia fornito, nel 1830 negli Stati Uniti d'America, ad un certo Joseph Smith gli occhiali giusti per la lettura del Libro di Mormon, scritto su tavole d'oro, che narra le vicende della tribù perduta d' Israele... La traduzione del Libro di Mormon da allora non soltanto è un successo editoriale paragonabile a quello della Bibbia ma la sua lettura ha fatto nascere anche una fiorente comunità di credenti che sono soprattutto concentrati nello Stato dello Utah che ha come fiorente capitale Salt Lake City.

C'è chi crede che nell'ostia consacrata, grazie alla transustanziazione, ci sia il corpo di Cristo.

C'è chi crede che un gatto nero che ci attraversi la strada sia una promessa certa di disgrazia.

Ma c'è anche "chi crede che la scienza, spiegando integralmente il meccanismo della sintesi di peptidi all'interno delle cellule nervose in rapporto agli stimoli percettivi che giungono al cervello, possa spiegare non solo la base organica, bensì la natura dei sentimenti, dei comportamenti e delle idee".

Inizia con un lungo e divertente elenco di "C'è chi crede..." che ricorda un po' le maratone televisive di Fazio, infarcite di ospiti di prestigio che fanno lunghe ed enfatiche annunciazioni di cose e fatti graditi e sgraditi, un libro che tratta argomenti difficili con un piglio narrativo efficace, felice, ironico ed autoironico (spia in genere, questa, di solida cultura e buona conoscenza del Mondo). Un indizio, questo, che le pagine del libro confermano sin dalle prime pagine che spaziano dalla Filosofia, alla Scienza alla Psicoanalisi... "Paranoie" è un bel libro che richiede però tempo e metodo per essere goduto nella maniera ottimale. Se il tempo è un dato variabile da lettore a lettore il metodo invece richiede di affidarsi alle cure dell'autore

che ti guida per mano per portarti con sé in un viaggio complesso ma affascinante.

E così, come lascia intendere l'ultima pagina di copertina di questo libro scritto da uno psichiatra, psicoanalista lacaniano, direttore del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Mauriziano di Torino, il "C'è chi crede..." iniziale è un felice pretesto narrativo per entrare con rigore intellettuale, ma senza spocchia, a definire la paranoia come nozione quasi scomparsa dai testi di psichiatria. Chi scrive può testimoniare che gli ultimi due illustri paranoici (per semplice dete-



Fabrizio Gambini

PARANOIE
Tra psichiatria e
psicoanalisi: saperi
fare con la psicosi

Franco Angeli Edizioni

Pagine 171
Euro 22,50

riore notorietà) incontrati nel corso della sua formazione culturale sono stati Hitler e Stalin. Agli altri più recenti autori di stragi, purghe, pulizie etniche... vengono infatti affibbiati titoli mutuati dal Diritto, dalla Criminologia ma non più dalla Psichiatria.

"La paranoia - continua la quarta di copertina - la si ritrova un po' schiacciata e deformata dalla mancanza di spazio tra le schizofrenie paranoide e i disturbi paranoide di personalità. Questo tipo di inquadramento nosologico non è casuale e rispecchia la difficoltà della psichiatria a mantenere operativa una nozione che Freud considerava in rapporto con lo sviluppo dei grandi sistemi filosofici e della quale Lacan semplicemente dice essere "la personalità", spingendosi fino a sostenere che la conoscenza è in sé strutturalmente paranoica".

Questo significa che la paranoia è diventata difficile da collocare come categoria patologica psichiatrica probabilmente perché è intrisa della nostra essenza biologica di specie: la capacità di comunicare con la parola che è alla base della cultura, che a sua volta è la nostra molla propulsiva in quel mosaico mobile e affascinante che chiamiamo Evoluzione. Non può, a questo proposito, essere un caso che possa continuare ad avere seguito e cittadinanza la teoria creazionista che rifiuta (spesso come elaborazione del Maligno) la teoria dell'Evoluzione, rifugiandosi in una realtà consolatoria di un eterno presente dove tutto trova una sua logica e inevitabile collocazione.

Questo libro è un garbato esercizio di contestazione ragionata di quella che potrebbe essere una deriva culturale conformista. Un esercizio che è un breve ma intenso viaggio in quattro capitoli (Sapere, Credere, Le Paranoie, Casi clinici) più uno al quale non a caso è stato dato il titolo

di "A mo' di conclusione": una modalità narrativa che potrebbe anche costituire una sorta di cinematografico "prossimamente", il trailer di un libro di prossima pubblicazione, come si può leggere nelle parole che chiudono l'ultima pagina.

"Ognuno tesse con il filo che ha disposizione e, per quanto mi riguarda, posso ad esempio leggere e rileggere anche venti volte lo stesso testo di Freud o di Lacan e ogni volta, cercando da un'altra ottica quel che hanno o avrebbero potuto scrivere, su un certo tema, trovo qualcosa di nuovo e lo trovo a partire dal fatto che mi fido che ci sia. Magari prendo fischi per fiaschi, magari quel che trovo non ha niente a che fare con quel che c'è, ma, c'è da qualche parte qualcosa che non si presta ad essere prima di tutto ciò che viene inteso di ciò che è stato detto?

Si tratta insomma di riconoscersi la libertà di essere assoggettato, di essere soggetto al sapere attribuito ad un altro, piuttosto che godere dell'illusione di essere soggetto libero della propria formazione. Questo piccolo "escamotage" transferale consente a tutti, e a ognuno a suo modo, di riconoscere quella che è una condizione comune, ovvero quella di essere, in quanto parlanti, totalmente e irrimediabilmente soggetti al funzionamento dell'Altro".

È questa è anche una possibile brillante definizione del meccanismo evolutivo che la nostra specie, destreggiandosi tra caso e necessità, ha privilegiato generazione dopo generazione e che rende la Cultura il tratto umano distintivo per eccellenza.

Letto da Nicola Ferraro

Un ritorno all'autentica professione in 18 racconti di medicina vissuta

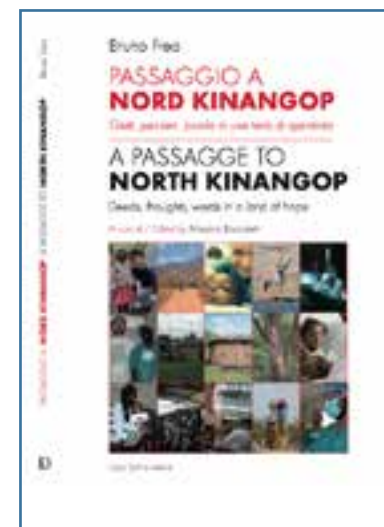
Passaggio a Kinangop, volume edito da Carlo Delfino che celebra i cinquant'anni dell'omonimo ospedale del Kenya (dove vanno e vengono circa 200 volontari italiani quasi tutti medici) è stato presentato la sera dei giovedì 26 novembre al castello di Moncalieri in una serata speciale. Speciale innanzitutto per il libro. Il "Passaggio" non raccoglie infatti solo episodi di "medicina vissuta" sotto altri cieli, climi e ordinamenti sociali, ma tratta di un ritorno alle origini professionali con tutto quello che tale termine implica.

Filo conduttore del volume, firmato da Bruno Frea (professore di

Urologia all'Università di Torino, Direttore di Reparto alle Molinette e veterano di Kinangop) è il piacere rinnovato di realizzare la propria prestazione da medico "vero", non dimezzato da lacci e laccioli, libero da una burocrazia ottusa che ti sta addosso come una cappa e da una diffusa, più o meno consapevole attitudine difensiva nel tuo medico operare. Un medico in grado di concentrarsi solo sul paziente, che il più delle volte riesce a dare come ricompensa un sorriso, capace tuttavia di gareggiare con la parcella più ricca.

Con prefazione di Guido Giustetto, sensibile per esperienza personale alle problematiche della "medicina di fragilità" il libro travalica pertanto gli angusti limiti del momento commemorativo di 50 anni spesi bene, per assurgere a quel che è in realtà: un documento celebrativo dell'eccellenza della medicina italiana nel mondo. E in un frangente storico in cui la professione deve scendere in piazza (il 28 novembre 2015 a Roma per una manifestazione a difesa del SSN, N.d.A.) per contrastare l'ennesima vessazione burocratico fiscale del Governo, Dio sa se c'è bisogno, di risentirsi, ippocraticamente, medici. Speciale, dicevamo, la serata di presentazione anche per altri motivi, all'insegna dell'eccellenza anch'essi: una mostra fotografica di vita ospedaliera a Kinangop, con immagini forse non tecnicamente perfette, ma vive, parlanti, scattate dagli stessi protagonisti. Ed un concerto eseguito dal Duo insolito, pianoforte e tromba, con un repertorio che va dal classico a Gershwin. Il tutto sullo sfondo magico di un castello entrato nella storia per il celebre "Proclama" qui emanato dal futuro Re d'Italia.

Letto da Massimo Boccaletti



Bruno Frea

**PASSAGGIO
A KINANGOP**
Gesti, pensieri, parole
in una terra di speranza

Carlo Delfino Edizioni

Pagine 135
Euro 10,00

Fare il medico oggi: un realismo pieno di speranza

Per chi, come la sottoscritta, ha sempre lavorato nella Sanità pubblica, credendo profondamente nella sua mission, l'ultimo libro di Gerardantonio Coppola, "Nelle fauci della burocrazia", è bello e doloroso. Bello perché è scritto molto bene, con concetti chiari, doloroso perché mette a nudo lo stato di una Sanità che, per molte cause, oggi non è più in grado di rispondere ai bisogni della gente, rinunciando alla propria natura e al proprio obiettivo primario. Queste cause erano state puntualmente analizzate nel precedente libro di Coppola, "Sanità senz'anima", nel quale venivano definite come *i sette vizi capitali della sanità pubblica*:

- la prevalenza della prospettiva economico-finanziaria
- l'accentramento decisionale
- la precarizzazione e la flessibilità
- l'invecchiamento degli operatori
- la marginalizzazione della conoscenza e della ricerca
- la mortificazione delle competenze e delle abilità
- la *disumanizzazione* delle relazioni

A queste nell'ultimo libro Coppola aggiunge un ottavo vizio, la burocratizzazione delle istituzioni sanitarie:

"Una burocrazia totalizzante, avvolgente, travolgente... il cui scopo è quello di annientare, svuotare, fiaccare le volontà. Una burocrazia indecifrabile, incomprensibile, che trova nella mancanza di senso la sua forza e il suo nutrimento... Una procedura ha un fine, una ragione, un senso; la burocrazia non ha fini, non ha ragioni, non ha senso. O almeno, un senso leggibile, comprensibile, percepibile..."

Il libro è costituito in buona parte dalla raccolta degli interventi pro-

nunciati in occasione delle otto presentazioni del libro "Sanità senz'anima", integrati con pensieri, approfondimenti e citazioni che investono anche discipline impegnative quali la filosofia e la letteratura. Nell'ultima parte del libro invece l'autore racconta, sotto forma di narrazione, una sua esperienza personale di malattia, per contestualizzare con il pensiero del paziente quanto espresso in forma di "saggio" nella precedente



Gerardantonio Coppola

NELLE FAUCI DELLA BUROCRAZIA.
Immaginazione, menzogne e scintille di umanità nei luoghi di cura

Ananke Edizioni

Pagine 259
Euro 18,00

parte del libro. L'accesso al Pronto Soccorso, le relazioni con i curanti, amici e colleghi di lunga data, la paura, l'attesa... come non riconoscersi in quello che narra Gerardo? E non solo nel racconto, ma in tutte le pagine precedenti.

Dal libro emerge chiara la figura dell'Autore, un uomo intelligente e sensibile, che crede nella sanità pubblica ancora oggi, nonostante i difetti che impietosamente mette in mostra, perché crede nelle persone che ne costituiscono l'essenza, lo scheletro. Operatori che ormai non si rendono nemmeno più conto dei problemi, vanno avanti automaticamente, così come si è sempre fatto, autoreferenziali, abitudinari, ma per i quali potrebbe essere sufficiente, per salvare la Sanità pubblica, fermarsi un attimo a pensare, guardarsi intorno, cercare di capire le motivazioni di procedure, protocolli, e guardare i Buoni Esempi, le eccezioni, i colleghi ritenuti mosche bianche che non si sono fatti digerire dal sistema, che continuano a ragionare con la propria testa e non con le Regole esclusivamente burocratiche, che amano il proprio lavoro e comprendono le storie dei pazienti...

Per questo "Nelle fauci della burocrazia" è un libro bello e doloroso: perché costringe noi operatori sanitari, in particolare noi Medici, a guardarci dentro ed eliminare gli alibi che ci inducono a rimanere nel sistema lamentandoci, ma adeguandoci, accettandone i difetti senza cercare di fare qualcosa, qualunque cosa, per cambiarlo e migliorarlo.

Letto da M. Antonella Arras

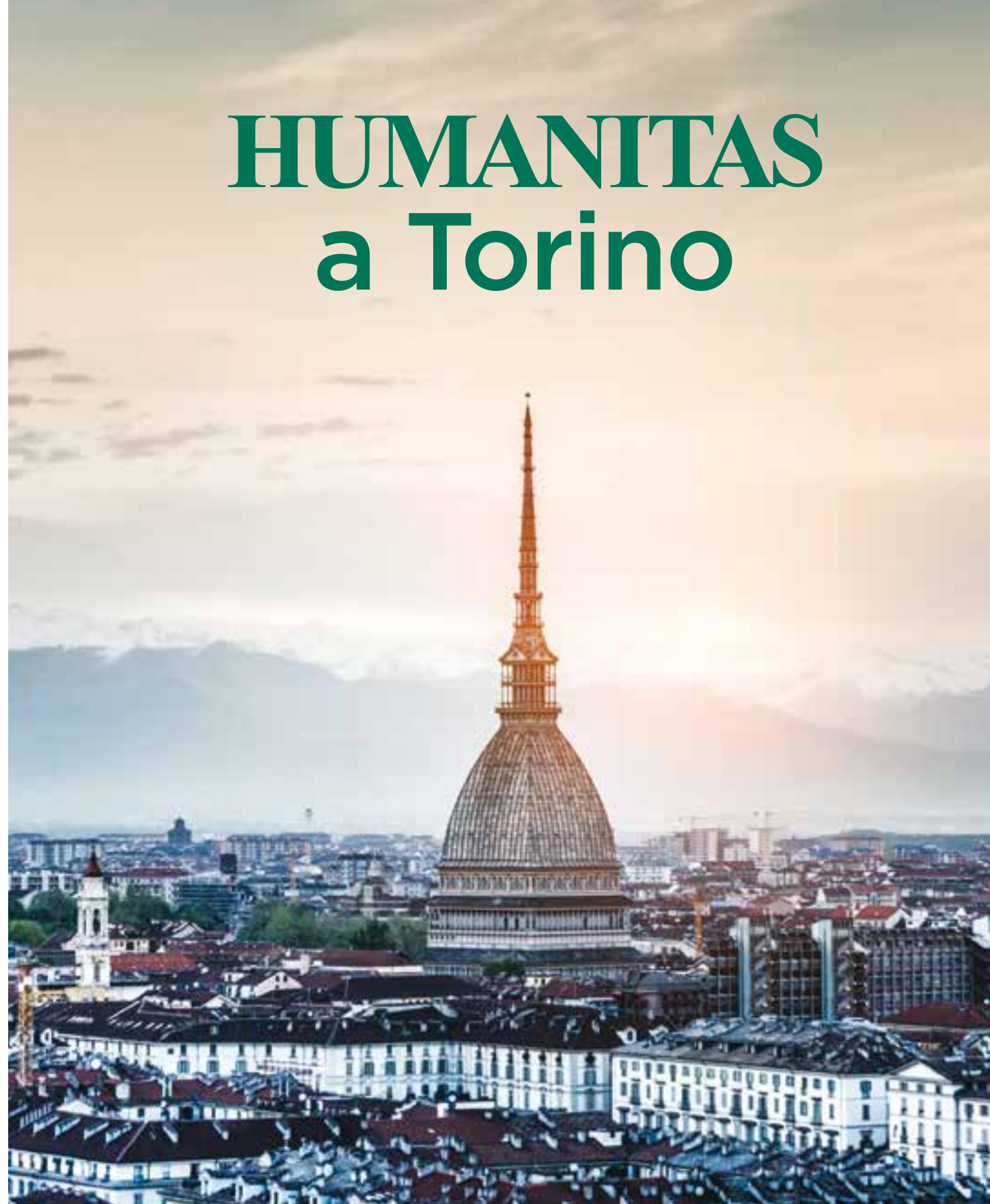
Coordinatrice Commissione

Etica e Deontologia

Componente Consulta

Deontologica Nazionale FNOMCeO

HUMANITAS a Torino



HUMANITAS
CELLINI

Via Benvenuto Cellini 5, Torino

Tel. 011.3027.1

www.clinicacellini.it

HUMANITAS
GRADENIGO

Corso Regina Margherita 8/10, Torino

Tel. 011.8151211

www.gradenigo.it

ORARIO UFFICI

Si comunica che dal 1° Marzo 2016 gli uffici effettueranno il seguente orario di apertura al pubblico:

Dal Lunedì al Venerdì

dalle ore 8.30 alle ore 12.00
dalle ore 14.00 alle ore 17.00

L'Ufficio previdenza (pratiche ENPAM) osserverà il seguente orario:

Dal Lunedì al Venerdì
dalle ore 8.30 alle ore 12.00

LA SEGRETARIA DELL'ORDINE
(Dr.ssa Rosella Zerbi)

REDAZIONE

Per l'invio di proposte, contributi e segnalazioni di natura editoriale e per informazioni dalla redazione è possibile scrivere all'indirizzo:
redazioneomceotorino@gmail.com

LA FEDER.S.P.EV PER GLI ISCRITTI ALL'OMCeO DI TORINO

La "Federazione Sanitari Pensionati e Vedove" si occupa della risoluzione dei problemi economico-sociali dei medici, farmacisti, veterinari che godono di una pensione e dei loro famigliari. Per maggiori informazioni o per accedere ai servizi dell'Ente, si può telefonare alla signora Teresa Gariglio, 333/8440475, Presidente provinciale dell'Ente, o al dott. Giorgio Cappitelli, 348/6703250, Presidente regionale.

La Redazione di Torino Medica

PER COMUNICARE UN CAMBIO DI INDIRIZZO

Si chiarisce agli iscritti che la procedura corretta per la segnalazione all'ordine di un cambio di residenza o di indirizzo prevede obbligatoriamente la compilazione dell'apposito modulo scaricabile all'indirizzo:

www.omceo.to.it → modulistica → modulo variazione indirizzo

Questo modulo deve essere inviato via mail all'indirizzo:

segreteria.amministrativa@omceo.to.it

o inviato tramite fax al numero: 011505323

Inoltre si pregano gli iscritti di segnalare alla segreteria amministrativa eventuali disguidi di spedizione della rivista Torino Medica.

La Redazione di Torino Medica

AVVISO DI SELEZIONE PER TUTOR VALUTATORI PER LO SVOLGIMENTO DELLA PROVA PRATICA DEI LAUREATI CANDIDATI ALL'ESAME DI STATO ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino ha sottoscritto una Convenzione con l'Università di Torino per gli adempimenti previsti dal Regolamento concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo modificato con decreto n. 445 del 19 ottobre 2001 e pubblicato sulla G.U. n. 299 del 27 dicembre 2001 e reso applicativo dall'Ordinanza ministeriale del 23 febbraio 2004.

Le sopra citate norme prevedono che l'esame di Stato di abilitazione alla professione consista in una prova pratica e in una prova scritta. Alla prova scritta si accede solo dopo il superamento di una prova pratica a carattere continuativo consistente in una prova clinica pratica della durata complessiva di tre mesi articolati in un mese svolto presso un reparto di medicina, un mese presso un reparto di chirurgia e per un mese presso un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale e realizzati, dopo il conseguimento della laurea (art. 1 DM 19.10.2001, n. 445).

In forza alla Convenzione con l'Università, il Consiglio Direttivo dell'Ordine è tenuto a predisporre un elenco di medici operanti in qualità di dirigente medico in reparti di medicina generale, medicina d'urgenza o geriatria, medici operanti in qualità di dirigente medico in reparti di chirurgia generale, chirurgia d'urgenza, ortopedia, otorinolaringoiatria, urologia o ginecologia e medici di medicina generale convenzionati con il SSN, che possano dichiarare, sotto la propria responsabilità, di possedere i requisiti minimi di seguito elencati per ciascuna categoria.

Medici operanti in qualità di dirigente medico in reparto di medicina generale e chirurgia generale

1. essere iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino
2. assenza di provvedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei dodici mesi precedenti
3. possedere almeno cinque anni di anzianità di servizio in un reparto ospedaliero o universitario di medicina o chirurgia
4. svolgere normalmente sia attività di reparto che ambulatoriale
5. avere congrua disponibilità di tempo per tale impegno
6. impegnarsi a frequentare il corso di formazione previsto

Medici di medicina generale convenzionati con il SSN

1. essere iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino
2. assenza di provvedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei dodici mesi precedenti
3. possedere almeno dieci anni di anzianità di convenzione per la Medicina Generale con il SSN
4. avere in carico al momento della domanda un numero di scelte superiore a 750
5. disporre di un sistema informativo adeguato
6. avere congrua disponibilità di tempo per tale impegno
7. impegnarsi a frequentare il corso di formazione previsto

L'elenco così costituito, formato da tutti gli aspiranti alla attività di Tutore in possesso dei requisiti minimi, verrà sottoposto alla Commissione Paritetica composta dai membri dell'Università e dell'Ordine per l'individuazione dei Tutori.

La Commissione Paritetica Ordine-Università, preso atto dell'elenco dei Medici che sono in possesso dei requisiti minimi, dovrà procedere alla formazione di un elenco che verrà trasmesso alla Regione (combinato art.1, comma 2 Tirocinio, DM n. 445 del 19 ottobre 2001 e art. 27, comma 3, DL n. 368 del 17 agosto 1999)

Per la validità della domanda farà fede la data di protocollo della stessa, che può essere inoltrata o per lettera raccomandata (C.so Francia 8 – cap.10143) o per raccomandata a mano direttamente agli uffici dell'Ordine o per fax al numero 011- 505323 o per e-mail presidenza@omceo.to.it.

Il candidato dovrà consegnare la domanda, come da modelli allegati, attestante il possesso dei requisiti minimi.

Torino, 30/10/2015

Il Presidente dell'Omceo della Provincia di Torino
Guido Giustetto

Pubblicazione di programma a pagamento

Ottenuta l'autorizzazione preventiva alla pubblicazione da parte della Direzione della rivista, gli inserzionisti possono rivolgersi direttamente a SGI Srl (sig.ra Daniela Cazzaro), al numero telefonico 011.359908 per informazioni preliminari sulle condizioni economiche.

XVI Convegno A.M.I.A.R. Agopuntura e Medicina non Convenzionale nei disturbi del Sistema Nervoso

Sabato 9 aprile 2016
Centro Congressi
"Unione Industriale Torino"
via Fanti 17, Torino



Iscrizione gratuita

4 Crediti FORMATIVI ECM

Presidente: Piero Ettore Quirico

Segretaria Scientifica: G.B. Allais, G. Lupi, A. Magnetti

Segreteria organizzativa:

Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche tel. 011.3042857

sito web: www.agopuntura.to.it – e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it

Patrocini richiesti:

Regione Piemonte, Città di Torino, Ordine dei Medici di Torino

F.I.S.A. - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

F.I.A.M.O. - Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati

S.I.R.A.A. - Società Italiana Riflessoterapia, Agopuntura, Auricoloterapia

PROGRAMMA PRELIMINARE

Elenco delle relazioni

Ore 8,30

Registrazione

Ore 9,00

Sessione I – Attuazione dell'accordo stato Regioni del 7 febbraio 2013 in Piemonte e in Italia

Moderatori: C. Benedetto, M. Giaccone

Stato di attuazione della legge regionale del Piemonte sulle Medicine non Convenzionali

M. Giaccone

L'istituzione dei registri ordinistici per le Medicine non Convenzionali

G. Giustetto

Modalità e stato di attuazione dell'accordo Stato-Regioni sulle Medicine non Convenzionali in Italia

C.M. Giovanardi

Ore 9,30

Sessione II

Moderatori: L. Lopiano, P.E. Quirico

Proteomica: il fenotipo biochimico delle patologie del SNC

M. Fasano

Effetti dell'Agopuntura sull'espressione genica

P.E. Quirico, C. Burzio, R. Rustichelli

L'agopuntura nelle cefalee primarie: nuove conferme di efficacia dalle Cochrane reviews

G. B. Allais

Discussione

Ore 11,00 Break

Ore 11,20

Sessione III

Moderatori: G. B. Allais, P. Brusa

Utilizzo di fitopreparati nella patologie del Sistema Nervoso Centrale: legislazione vigente e prodotti disponibili in commercio

P. Brusa, M. Giaccone

Dolore neuropatico segmentario in cavernoma midollare operato: approccio con Agopuntura

L. Sicuro, V. Perlo, S. Zeme

Approccio integrato della Medicina Ayurvedica alle malattie degenerative/decadimento del Sistema Nervoso Centrale

A. Chiantaretto

Un caso di Herpes trigeminale curato con trattamento omeopatico tradizionale

M. Rittatore

L'Agopuntura nelle neuropatie periferiche del paziente oncologico

G. Lupi

Discussione

Ore 13,20 - Break

Ore 14,30

Sessione IV

Moderatori: A. Chiantaretto, M. Simoncini

L'Auricoloterapia nelle sequele di incidenti vascolari cerebrali

C. Ripa

Il ruolo dell'Agopuntura nel trattamento del deficit neurocognitivo lieve

M. Simoncini

La Fitoterapia nel decadimento cerebrale senile

A. Sannia

Impiego dell'Agopuntura e delle MnC in neurorabilitazione

G. Quaglia

L'Osteopatia nelle sindromi di vertigini e cefalea da disfunzione occipito-atlo-epistrotica

F. Mautino

Discussione

Ore 16,30 Break

Ore 16,45

Sessione V

Moderatori: A. Magnetti, F. Mautino

Agopuntura e patologie del Sistema Nervoso: evidenze in RMN

G. Chiarle

Utilizzo dell'omeopatia classica in pazienti con cefalea cronica Mg-resistente

L. Ferla

Diagnosi e terapia delle neuropatie periferiche in Medicina Ayurvedica

S. Gargano

Discussione

Ore 17,15

Sessione VI - Tesi di abilitazione in agopuntura

Moderatori: G. Lupi, F. Russo

Iperensione arteriosa: inquadramento secondo la Medicina Tradizionale Cinese

B. Allasino

Gestione del dolore nella cervicgia persistente: approcci terapeutici a confronto

O. Boero

Agopuntura: studio di prevalenza degli accessi in lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria

E. Giribaldi

Discussione

Ore 18,15 **Chiusura dei lavori**

Compilazione questionario ECM

RELATORI E MODERATORI

Dott. Giovanni Battista Allais

Responsabile Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino

Dott.ssa Barbara Allasino

Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

Prof.ssa Chiara Benedetto

Direttore SC Ginecologia e Ostetricia I-U, Presidio Ospedale S. Anna, Università di Torino

Dott.ssa Ornella Boero

Unità Spinale Recupero e Riabilitazione Funzionale, Città della Salute, Presidio CTO, Torino

Prof.ssa Paola Brusa

Docente Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco, Università degli Studi di Torino

Dott. Alberto Chiantaretto

Coord. Commissione MnC dell'Ordine dei Medici di Torino - Responsabile scientifico Ayurweb, Torino

Dott.ssa Giulia Chiarle

Centro Cefalee della Donna, Osp. S. Anna, Dip. Scienze Chirurgiche, Università di Torino

Prof. Mauro Fasano

Dipartimento di Scienze Teoriche e Applicate, Università dell'Insubria, Busto Arsizio

Dott.ssa Ferla Luisa

Responsabile Ambulatorio di Omeopatia ASL TO4, Ivrea (TO)

Dott. Stefano Gargano

Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa - Medicina Ayurvedica, Torino

Dott. Mario Giaccone

Consigliere Regionale del Piemonte, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Torino

Dott. Carlo Maria Giovanardi

Presidente FISA, Federazione Italiana Società Agopuntura - Direttore Scuola Agopuntura AMAB, Bologna

Dott.ssa Elisa Giribaldi

Scuola Agopuntura CSTNF, Genova

Dott. Guido Giustetto

Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Torino

Prof. Leonardo Lopiano

Direttore SCU Neurologia 2, Città della Salute e della Scienza, Università di Torino

Dott. Giuseppe Lupi

Presidente SIRAA - Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

Dott. Alberto Magnetti

Direttore Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino

Dott. Fulvio Mautino

Coordinatore Servizio Riabilitazione presso Clinica Pinna Pintor, Torino

Dott. Giuseppe Quaglia

Direttore SC Recupero e Riabilitazione Funzionale Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo, Torino

Dott. Piero Ettore Quirico

Presidente AMIAR - Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario FISA

Dott. Carlo Ripa

Responsabile della Scuola di Auricoloterapia CSTNF, Torino

Dott.ssa Fabrizia Russo

Responsabile Ambulatorio Agopuntura Ospedale Cottolengo, Torino

Dott. Massimo Rittatore

Scuola Hahnemanniana "Similia Similibus, Torino

Dott. Antonello Sannia

Docente Corso di Perfezionamento in Fitoterapia Università di Genova e Siena, Alessandria

Dott. Luca Benedetto Sicuro

S.C. Terapia del Dolore e Cure Palliative, ospedale Molinette, Torino

Dott.ssa Mara Simoncini

Direttore F.F. S.C. Distretti 2-3 ASL TO

Consumo di carburante ciclo misto (litri/100km) 2 - 2,1; emissioni CO₂ (g/km) 46 - 49.

BMW EFFICIENT DYNAMICS.
MENO EMISSIONI. PIÙ PIACERE DI GUIDARE.

BMW Serie 2
Active Tourer
con eDrive

www.bmw.it



Piacere di guidare

e=BMW²

LA FORMULA DELL'IBRIDO BMW.



BMW SERIE 2 ACTIVE TOURER con eDrive. DUE MOTORI. PIÙ PIACERE DI GUIDARE.

Due motori BMW nel cuore della stessa auto. Uno termico. Uno elettrico. Per scaricare su quattro ruote due forme diverse di energia. Per essere ai comandi di un unico, inconfondibile piacere di guidare. Questa è la tecnologia BMW eDrive: la formula più intelligente di emozione mai generata da BMW. **BMW Serie 2 Active Tourer con eDrive** oggi può essere vostra a **299 Euro al mese, TAN fisso 4,00% TAEG 5,10%.***

VENITE A SCOPRILA PRESSO LA CONCESSIONARIA BMW AUTOCROCETTA.

Autocrocetta

Concessionaria BMW

C.so Trieste, 140 - Moncalieri (TO) - Tel. 011 6311100

Via Scarmagno, 22 - Romano Canavese (TO) - Tel. 0125 711384

www.autocrocetta.bmw.it

*Un esempio per BMW Serie 2 Active Tourer 225xe Advantage Aut. con formula Leasing BMW Free2Drive. Prezzo chiavi in mano 38.400 € IVA e messa in strada incluse, IPT esclusa. Il prezzo della vettura è indicativo e potrebbe essere soggetto ad aggiornamento da parte di BMW Italia. Anticipo (incluso primo canone) o eventuale permuta 13.488 €. Durata di 36 mesi con 35 canoni mensili pari a 299 €. Valore futuro garantito per una durata di 36 mesi e una percorrenza di 50.000 km pari a 17.382 €. TAN leasing fisso auto pari a 4,00%, TAEG 5,10%. Importo totale del credito auto 25.211 €. Spese istruttoria pratica 366 €. Spese d'incasso 5 € a canone IVA esclusa. Imposta di bollo 16 € come per legge addebitata sul secondo canone. Invio comunicazioni periodiche per via telematica. Importo totale dovuto dal Cliente 28.376 €. Salvo approvazione di BMW Bank GmbH - Succursale Italiana. Fogli informativi disponibili presso le Concessionarie BMW aderenti. Offerta valida fino al 31/03/2016. Vettura visualizzata a puro scopo illustrativo. Messaggio Pubblicitario con finalità promozionale. Tutti i valori indicati sono da intendersi IVA inclusa salvo differente ed esplicita indicazione. BMW Financial Services: la più avanzata realtà nei servizi finanziari.



Scoprite il mondo BMW in forma completamente digitale. Basta scaricare la **App Cataloghi BMW** sul vostro tablet. App compatibile con iOS e Android.

beviamo LAURETANA perchè

viviamo light

Sequi la campagna
#ragionidiunasceltaconsapevole

Con un residuo fisso di soli 14 mg/l, Lauretana è l'acqua più leggera d'Europa, primato che la rende perfetta per coloro che scelgono uno stile di vita sano ed equilibrato. Un'acqua leggera è più utile all'organismo poiché favorisce più velocemente il ricambio idrico e la diuresi e Lauretana è l'acqua ideale per il fabbisogno giornaliero di grandi e piccini. Leggere l'etichetta e conoscere le caratteristiche dell'acqua permette di fare scelte di consumo consapevoli, mettendo in primo piano valori quali benessere e salute. Lauretana garantisce qualità nel bicchiere!

LAURETANA

L'acqua più leggera d'Europa



www.lauretana.com

Seguici su

