



TORINO

anno XXVII
numero 2
2016

comunicazione
informazione
formazione

MEDICA

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

Protocollo di
Collaborazione
tra OMCeO
e il progetto
Illuminiamo
la Salute

CRONACA
ASSEMBLEA
GENERALE
ANNUALE

FOCUS
APPROPRIATEZZA

Cerimonia del giuramento
professionale

APPROPRIATEZZA: UNA RESPONSABILITÀ ESCLUSIVA DEL MEDICO

HUMANITAS a Torino



Sommario numero 2_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 tribuna
Cronaca dell'Assemblea Generale Annuale 2016

24 Protocollo di Collaborazione tra OMCeO di Torino e il progetto Illuminiamo la Salute

26 focus_ appropriatezza
Il difficile rapporto tra deontologia, pratica di cura e legge
La Redazione

28 Responsabilità e appropriatezza secondo legge
Il Pensiero Scientifico

35 La pratica medica sotto controllo: uno sguardo oltre confine
Il Pensiero Scientifico

37 Il supermercato di linee guida a stelle e strisce
Colloquio con Gavino Maciocco

39 Il pragmatismo Oltremonica
Colloquio con Fabrizio Tediosi

41 Appropriatezza clinica
Sandra Vernerò

46 la buona pratica
Appropriatezza: una responsabilità esclusiva del medico
Guido Giustetto Mario Nejrotti

48 La gestione periprocedurale della terapia antiaggregante nell'ambulatorio del medico di medicina generale: evidence-based medicine?
Valentina Avalli

52 cronache dell'ordine
Cerimonia del giuramento professionale. Un "sì" per il futuro della medicina
Rosa Revellino

54 dedalo
L'assist della fondazione ai laureandi
Giulio Del Mastro

58 le nostre radici
I medici di fabbrica della Fiat 60 anni fa
Paolo Gallinaro

60 spazio a chi scrive

62 comunicati e avvisi

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

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

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

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 27 aprile 2016

SGI

Il 21 marzo 2016 nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino, presso Villa Raby in C.so Francia 8, si è tenuta l'Assemblea Ordinaria Annuale degli iscritti.

Cronaca dell'Assemblea Generale Annuale 2016

RELAZIONE DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

Guido Giustetto

Care colleghe e cari colleghi,

questa nostra assemblea annuale ha lo scopo di far conoscere e discutere l'attività svolta dall'Ordine nell'anno 2015, insieme con i principali temi di politica sanitaria. Saranno presentate 5 relazioni: questa di carattere generale alla quale si affianca quella del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, quella del Vice Presidente che relaziona specificamente sull'attività disciplinare, quella della Tesoriera che ci presenterà il bilancio consuntivo 2015 e preventivo 2016 (bilanci che porremo in approvazione, dopo avere ascoltato il parere del Collegio dei Revisori dei Conti), e infine la relazione della Segretaria.

APPROPRIATEZZA, RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE, SOTTOFINANZIAMENTO

I temi di politica sanitaria più rilevanti che hanno preso la nostra attenzione nell'anno trascorso sono stati la proposta di legge sulla responsabilità professionale, il "decreto appropriatezza" emanato dal governo e il controverso rapporto con le altre professioni sanitarie. Una preoccupazione più generale è stata ed è tuttora quella del sottofinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale: nei fatti il nostro Servizio Sanitario non è considerato una priorità dal governo. Contro questa scelta la FNOMCeO si è battuta in tutte le sedi e in particolare con la convocazione ad ottobre degli Stati Generali del-

la professione e a novembre con una giornata di mobilitazione a Roma.

Per rimarcare le nostre proposte per la difesa del SSN e per il ruolo di leadership del medico il prossimo mese di maggio terremo a Rimini la convention Il medico del futuro.

Ma anche altre incombenze, come la gestione del cosiddetto 730 precompilato e recentemente il problema del certificato INAIL online, sempre di origine ministeriale, ci hanno pressato non poco.

"Decreto appropriatezza", 730 precompilato, certificati INAIL online, sono tre esempi di come lo Stato, di cui siamo ente ausiliario, stenti a compiere scelte condivise e responsabili con la professione.

Il "decreto appropriatezza" è la cartina di tornasole dell'insipienza di chi vuole assumere decisioni sulla modalità con le quali si svolge la professione medica, senza coinvolgere i professionisti.

Il risultato è stata l'emanazione di un decreto sostanzialmente inapplicabile, anche tecnicamente, con diverse contraddizioni interne (es. esami previsti nelle esenzioni Ticket, ma inappropriati nell'attuale decreto), tanto che il decreto, se pure non ritirato, è di fatto sospeso, dopo l'accordo Ministero della Salute-FNOMCeO-Regioni dello scorso 12 febbraio, in attesa di una revisione profonda dei suoi contenuti.

Il vero problema è il fatto di non voler riconoscere la sostanziale differenza che c'è tra appropriatezza (di

pertinenza medica e inerente allo specifico problema portato dal paziente e non definibile in termini di decreto amministrativo) ed erogabilità, che è determinata dalle decisioni sul finanziamento del SSN.

Tra dicembre e gennaio scorsi abbiamo dovuto fronteggiare l'emergenza di richieste di accreditamenti al sistema TS da parte dei colleghi che dovevano mettersi in regola con l'invio online delle fatture per permettere all'Agenzia delle Entrate di predisporre il 730 precompilato. Un insieme di ritardi ed errori amministrativi e informatici da parte ministeriale (che sarebbe stato facile evitare confrontandosi con chi rilascia le fatture) ha reso complessa la gestione per gli Ordini.

Ora è in arrivo l'obbligo di inviare telematicamente i certificati INAIL di infortunio sul lavoro da parte del medico che per primo assiste ad un infortunio, sia egli il medico curante o no, utilizzando un nuovo accreditamento fornito dal Ministero del Lavoro, all'insaputa del Ministero della Sanità.

Un po' meglio vanno le cose con la proposta di legge Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, approvato dalla Camera e ora in discussione al Senato ove stanno avvenendo le audizioni tra cui quella della FNOMCeO.

Come sapete uno dei punti più interessanti è quello definito dagli articoli 5 e 6, là dove si esclude la colpa grave per il medico che abbia rispettato le buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida. La discussione nasce sul fatto che gli stessi articoli affidano alle società scientifiche il compito di elaborare le linee guida.

Riporto di seguito su questo punto un estratto della posizione della FNOMCeO, illustrata durante la recente audizione in Senato.

"Questa Federazione ritiene che l'entrata in vigore e la cogenza di tali indicazioni di comportamento professionale, che assumeranno una fondamentale valenza nella definizione della colpa grave, necessitano di un processo di validazione ad opera di un soggetto terzo indipendente, diverso dalle società scientifiche che, a pieno titolo, sono chiamate a formulare le proposte. Il concetto della terzietà dei soggetti garanti di comportamenti che incidono in modo rilevante sulla società e sul benessere dei cittadini è ampiamente consolidato nel nostro ordinamento. Il rapporto tra chi ha le competenze scientifiche specifiche (le società scientifiche accreditate) e chi ha compiti programmatori, il Ministero della Salute, dovrebbe essere mediato da un organismo indipendente e garante che, ad avviso della scrivente Federazione, potrebbe essere costituito da rappresentanti degli Ordini e dei Collegi delle professioni interessate, dell'AGENAS, e dell'Istituto Superiore di Sanità. Solo dopo tale validazione che dovrebbe tener conto

di aspetti organizzativi, gestionali, etici, deontologici e della pratica quotidiana, le linee guida dovrebbero essere inserite nel Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) e divenire cogenti".

Altri punti che richiedono, a nostro modo di vedere, una revisione, sono quello sulla azione di rivalsa e sulla responsabilità contrattuale per i libero-professionisti puri (tra cui la quasi totalità degli odontoiatri).

I RAPPORTI CON ASSESSORATO ALLA SALUTE E ASL TERRITORIALI

Per quanto riguarda invece i rapporti con l'Assessorato alla Salute della Regione Piemonte, li definirei come una relazione di buon vicinato, ma certo non abbiamo trovato un interlocutore attento ai suggerimenti e alle proposte della professione.

Mi riferisco in particolare alla richiesta che avevamo fatto di consultazione periodica sulle decisioni più importanti e con maggior incidenza sulla professione e alla proposta, avanzata insieme all'Ordine di Novara e alle Scuole di Medicina di Torino e Novara, di finanziare i tirocini professionalizzanti del VI anno.

Interesse ha invece destato l'incontro promosso dall'Ordine con i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi delle ASL della nostra Provincia per valutare le aree di possibile collaborazione: sono state individuate quelle della formazione e della informazione ai cittadini. Anche su questo campo siamo comunque in attesa di un vero percorso di collaborazione strutturato e calendarizzato.

PROGETTI ATTIVATI E IN CORSO

Tratto ora brevemente le principali attività che hanno interessato il nostro Ordine negli scorsi 12 mesi, cominciando con un progetto in cantiere da tempo e che non riesce a partire: mi riferisco al progetto Helper, di aiuto ai colleghi affetti da dipendenza. Nonostante le energie dedicate ad un esteso lavoro di contatti con enti e istituzioni, abbiamo difficoltà a trovare il finanziamento, per altro non così rilevante, per decollare. Continueremo anche quest'anno con ancora maggior determinazione. Abbiamo modificato la rivista Torino Medica, come ci eravamo prefissi, cercando di farne uno strumento non solo di informazione, ma anche di riflessione sulle tematiche di fondo della nostra professione, affrontando temi quali il conflitto di interesse, la formazione, le disposizioni anticipate di trattamento.

Rimanendo nell'ambito dell'informazione, a giorni dovrebbe essere online la nuova versione del sito istituzionale ed è previsto in successione il rinnovamento del portale TorinoMedica, nonché una completa rivisitazione della nostra presenza sui social.

Abbiamo rafforzato i nostri rapporti con la Presidenza ►

della IV sezione civile del Tribunale che si occupa delle cause sulla responsabilità professionale, e ci siamo impegnati a sensibilizzare i colleghi a rendersi disponibili per la funzione di CTU, ruolo che vede pochissimo presenti gli specialisti clinici e che invece ha un ruolo altamente etico nella sua funzione di ricerca della verità.

SICUREZZA E PROFESSIONI: CINQUE INIZIATIVE PER LA CULTURA INTEGRATA DELLA PREVENZIONE

Lo scorso anno si è lavorato per organizzare il prossimo 28 aprile una giornata di confronto tra le professioni sul tema della sicurezza, in occasione della Giornata mondiale della Sicurezza.

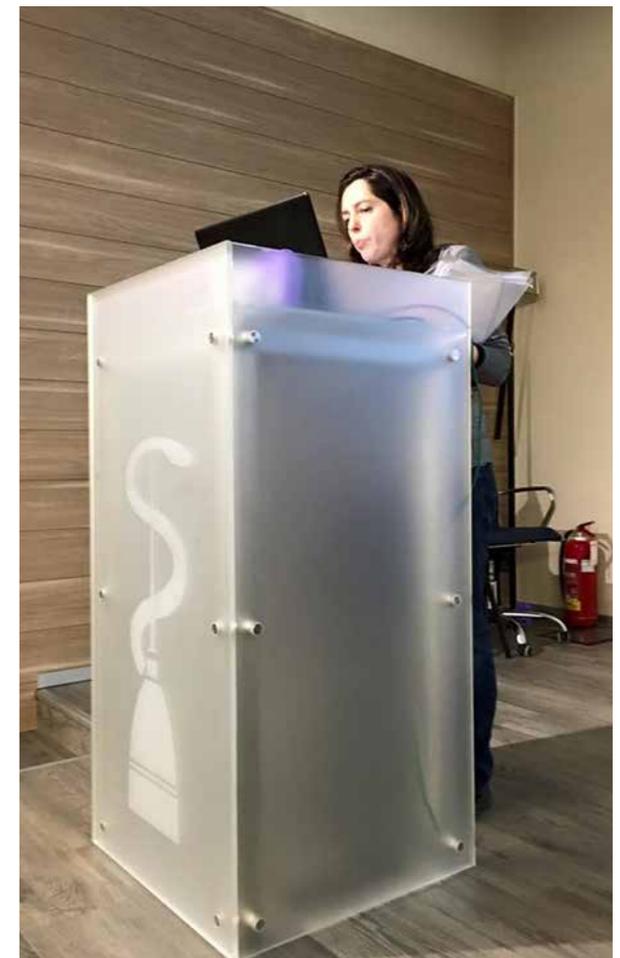
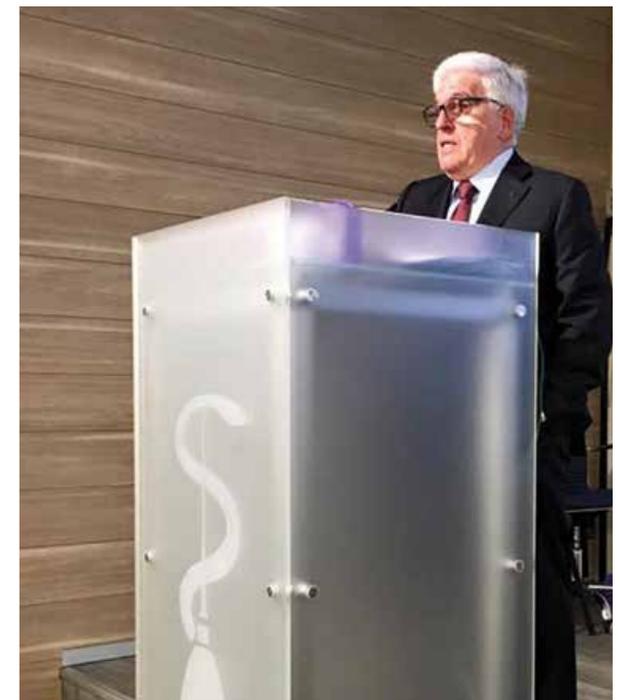
L'Ordine è stato chiamato a svolgere alcune lezioni sul Codice Deontologico sia nell'ambito del corso di EBM della Scuola di Medicina, sia nel corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Sono stati istituiti gli elenchi dei professionisti esercitanti le Medicine non convenzionali agopuntura, fitoterapia e omeopatia e le rispettive commissioni di esperti per la valutazione dei titoli necessari all'iscrizione negli elenchi.

Abbiamo stipulato protocolli di collaborazione con Slow Medicine e con Illuminiamo la Salute.

Nel primo caso collaboriamo con il progetto "Scegliamo con cura" con l'obiettivo di favorire l'applicazione concreta delle indicazioni di appropriatezza attraverso incontri di formazione per i medici e di informazione per i cittadini.

L'obiettivo del progetto Illuminiamo la Salute (promosso da quattro enti: Libera, Gruppo Abele, Coripe Piemonte e Avviso Pubblico) è quello di promuovere, attraverso iniziative di formazione e sostegno al cambiamento, la diffusione di principi, criteri e strumenti inerenti ai temi dell'etica, della promozione dell'integrità e della prevenzione della corruzione all'interno del sistema sanitario e delle professioni.



Dall'alto, in senso orario.

L'esecutivo:

Rosella Zerbi, Consigliera Segretaria OMCeO Torino;

Guido Giustetto, Presidente OMCeO Torino;

Guido Regis, Vice presidente OMCeO Torino;

Roberto Longhin, Avvocato

Presidente Cao Gianluigi D'Agostino

Tesoriera Chiara Rivetti

Presidente OMCeO Torino Guido Giustetto e Guido Regis, Vice presidente OMCeO Torino

RELAZIONE DEL PRESIDENTE CAO

Gianluigi D'Agostino

Egregie colleghe, egregi colleghi, la Commissione è rappresentata, oltre a me, da Claudio Brucco, in funzione di Segretario, da Patrizia Biancucci, da Bartolomeo Griffa e da Paolo Rosato.

Nel corso del 2015 la CAO si è riunita 11 volte.

A fronte degli esposti ricevuti abbiamo provveduto ad inoltrare ai NAS due segnalazioni per esercizio abusivo della professione.

Per messaggi pubblicitari contrari alle norme deontologiche abbiamo inoltrato alla Commissione di vigilanza dell'ASL otto segnalazioni.

Archiviato 21 segnalazioni/esposti a carico di colleghi o strutture.

Se possiamo tracciare una linea di separazione posso dire che, riguardo ai colleghi, si tratta generalmente di insoddisfazioni di pazienti riguardo le terapie effettuate e, per le strutture, esposti anonimi relativi ad eventuali casi di abusivismo con scarsi o nulli elementi concreti che ci permettessero di intervenire.

Sono stati sospesi due colleghi per 6 mesi per aver favorito l'esercizio abusivo della professione ed un terzo, che aveva presentato ricorso alla CCEPS contro la sanzione comminata nel 2014, ha scontato due mesi di sospensione vista la decisione a lui sfavorevole.

È stata inoltre inviata alla Procura della Repubblica una richiesta di verifica della salute psico-fisica di un collega per valutare se persistessero le condizioni per continuare l'esercizio della professione.

Sono state inviate all'Autorità di Controllo della Concorrenza due richieste di valutazione di situazioni, una pubblica ed una privata legata ad una catena di studi odontoiatrici in franchising, che secondo noi, per una non rispettano le regole del libero mercato, e per l'altra si trattava di un manifesto caso di pubblicità ingannevole.

Senza entrare nello specifico la considerazione da fare è che ci troviamo di fronte a organismi completamente avulsi dalla realtà quotidiana della libera professione, qualunque sia, e che non tengono in minima considerazione il diritto del cittadino ad avere dallo Stato una garanzia sulle caratteristiche minime di chi fornisce una prestazione professionale.

Abbiamo formulato pareri su nove quesiti posti da colleghi, promosso tre tentativi di conciliazione, concesso tre patrocini, vidimato dieci parcelle.

Nell'ambito di una segnalazione ai NAS effettuata nel gennaio 2014, su cui avevo relazionato nell'Assemblea dello scorso anno, sottolineando che c'era stata una interrogazione parlamentare del movimento Cinque Stelle, l'Ordine ha preso posizione contro la richiesta di archiviazione da parte del Giudice per le Indagini Preliminari che, a fronte di una relazione del CTU veramente vergognosa per imprecisioni e lacune, riteneva di far passare la teoria che fornire un dispositivo intraorale corrisponde alle attenzioni di una mamma, così dice la richiesta di archiviazione, che mette la borsa dell'acqua calda sul pancino del figlio.

La nostra azione ha avuto riscontro positivo.

Per quanto riguarda il progetto nazionale di monitoraggio e formazione alla "Prevenzione del Carcinoma orale e Osteonecrosi dei mascellari da assunzione di bifosfonati" abbiamo partecipato all'incontro di Analisi Nazionale che si è svolto a Taormina in cui abbiamo confermato i nostri referenti che sono il Prof. Gandolfo per il carcinoma orale ed il Dott. Goia per i bifosfonati. Nella rilettura dell'anno trascorso direi che per quanto ci riguarda ci sono stati alcuni momenti particolarmente significativi che hanno visto l'Ordine in prima linea.

LEGIONELLA

Il Procuratore Guariniello ha scatenato un'azione di controllo degli studi odontoiatrici per verificare la presenza di legionella negli impianti idraulici senza la presenza del paziente infettato.

Abbiamo avuto la chiusura di tre studi dapprima citando linee guida del 2000 e successivamente facendo riferimento a linee guida del 2015 prima ancora che venissero diramate dall'Istituto Superiore di Sanità.

Gli adeguamenti richiesti per mettere a norma gli impianti sono da un lato estremamente dispendiosi, impianti autonomi rispetto all'immobile con circolo continuo dell'acqua 24 ore su 24, o impraticabili, filtri all'uscita degli strumenti di calibro tale da risultare inusabili.

Come ricorderete si scatenò una campagna di ingiustificato allarmismo sugli organi di stampa.

Per riportare il problema in un quadro di corretta informazione l'Ordine, in accordo ed in presenza di tutte le associazioni rappresentanti la professione, decise di indire una conferenza stampa avvalendosi dell'interven-

to della professoressa Carla Maria Zotti, Associato di Igiene Generale e Applicata dell'Università di Torino di cui è Direttore la professoressa Siliquini, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità.

Il materiale relativo è consultabile sul portale www.torinomedica.com.

SENTENZA ANTITRUST

Si è conclusa in modo positivo la lunga vicenda relativa alla sanzione comminata dall'Autorità Garante alla Federazione degli Ordini.

A gennaio il Consiglio di Stato ha ritenuto fuori dai termini temporali la sanzione – in pratica si può parlare di prescrizione – non mettendo però in discussione il titolo dell'Ordine ad esprimersi sulla pubblicità.

730 PRECOMPILATO

Credo che il Presidente sia stato più che esauriente sull'argomento.

Mi preme sottolineare che essendo la componente odontoiatrica in pratica la maggiore rappresentante dell'attività professionale privata abbiamo dovuto affrontare in prima persona l'emergenza.

Siamo giunti al punto di ricevere delle chiamate dal numero verde indicato dall'Agenzia delle Entrate per avere da noi chiarimenti sulle procedure.

L'unica considerazione è che siamo di fronte ad altri obblighi a carico della libera professione senza che questo si rifletta su riduzioni di spese, personale e burocrazia dello Stato.

DENTAL SCHOOL

La Città della Salute ha deciso di erogare le prestazioni odontoiatriche a pagamento ai pazienti che non rientrano nelle categorie che per salute o vulnerabilità economica ne avrebbero diritto.

È evidente che nel momento in cui una struttura pubblica si inserisce sul mercato, usufruendo di apparecchiature, materiale di consumo, personale ausiliario e personale operativo pagati dalle tasse dei cittadini, si viene a delineare una forma di concorrenza sleale.

Nel momento in cui abbiamo appreso dell'iniziativa abbiamo formalmente posto dei quesiti alla Direzione Generale che ci ha invitato ad un incontro a cui erano

presenti tutti i soggetti che avrebbero potuto averne titolo per la Dental School e l'Avvocato Longhin che con me rappresentava l'Ordine.

Dopo un approccio che sembrava risolvere la questione in pochi minuti il confronto è andato avanti un'ora con toni, diciamo, variabili.

In ogni caso mercoledì 16 abbiamo acquisito atti e delibere relativi all'iniziativa e ci riserviamo di intraprendere i passi necessari.

Prima di procedere ai ringraziamenti di rito voglio ricordare che l'anno scorso ha visto rieletti gli organi ordinistici di rappresentanza nazionale con la conferma del Presidente Renzo, con la squadra confermata in tre elementi su quattro, e la sostituzione del presidente uscente della CAO Milano con il Presidente di Roma.

Sono anche stati rinnovati gli organi di rappresentanza dell'ENPAM e per la prima volta sono stati inseriti nell'Assemblea 11 presidenti CAO eletti dall'Assemblea dei Presidenti odontoiatri.

Personalmente ho avuto l'onore di essere eletto e voglio comunicarvi che il nostro Ordine ha avuto eletti in tutte le liste di rappresentanza.

Dico questo per garantirvi il massimo impegno mio, degli eletti odontoiatri e sono convinto anche degli eletti medici per un attento controllo su come vengono gestiti i nostri contributi pensionistici da un Ente che sicuramente non brilla per trasparenza ed il cui Consiglio di Amministrazione vede rappresentati tutti i Segretari e Presidenti delle Associazioni Sindacali con un rischio, se non di conflitto di interessi, forse di ridotta sorveglianza da parte di chi dovrebbe esercitarla.

In conclusione i ringraziamenti al Presidente che mi permette autonomia decisionale, cosa assolutamente non scontata, all'Esecutivo con cui tutti i lunedì mi trovo ad affrontare la realtà dell'Ordine, ed al Consiglio.

Ovviamente a tutte le segretarie, dalle presenti da anni ed alle nuove assunte, ed a Daniela che quest'anno è andata in pensione.

Ultimo, ma non ultimo, l'Avvocato Longhin che mi ha costantemente assicurato la sua presenza, i suoi consigli ed il suo appoggio.

Ricordo ancora che il prossimo 16 aprile la CAO ha organizzato un seminario sulle opportunità di accesso ai finanziamenti europei sia per il medico che per l'odontoiatra. ►

Il Vice Presidente Guido Regis ha illustrato l'attività disciplinare dell'Albo Medici Chirurghi svolta nel 2015 dal nostro Ordine.

ATTIVITÀ DISCIPLINARE DELL'ALBO MEDICI CHIRURGHI

ANNO 2015	16/02	20/04	11/05	20/06	22/06	20/07	14/09	17/10	19/10	16/11	14/12	TOTALE
Archiviazione	4	9	20	11	30	10	7	6	14	6	7	124
Supplemento d'istruttoria		1	1				1	4		1	2	10
Apertura procedimento				2		1		1	1			5
Ap. Proc.e sosp. Pregiud.pen.						3		2				5
Discolpa				3				2				5
Avvertimento				2				2				4
Censura	1											1
Sospensione				1			1					2
Radiazione				1								1
Conciliazione				2		1	3					6
Estinzione		1						1				2
												TOTALE 165

La Consigliera Segretaria Rosella Zerbi ha illustrato dal punto di vista tecnico e organizzativo le attività svolte nel 2015 dall'Ordine.

RELAZIONE DELLA CONSIGLIERA SEGRETARIA OMCEO

Buongiorno, illustrerò brevemente i principali dati di attività svolta nel 2015 con particolare riferimento ai compiti istituzionali del Consiglio dell'Ordine e degli Uffici.

NUMERO ISCRITTI

Al 31 dicembre 2015 gli iscritti sono complessivamente 15855, in aumento di 255 unità rispetto all'anno precedente. Di questi, 13125 sono iscritti esclusivamente come Medici Chirurghi (+ 235 rispetto al 2014), 1208 sono iscritti esclusivamente come Odontoiatri (+ 38 rispetto al 2014) e 1522 hanno doppia iscrizione (- 18 rispetto al 2014).

ATTIVITÀ SVOLTA DAL CONSIGLIO E DAGLI UFFICI DELL'ORDINE NELL'ANNO 2015

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO

n. 11 riunioni di Consiglio Ordinario
 n. 10 riunioni ordinarie della Commissione disciplinare medici chirurghi
 n. 2 riunioni straordinarie della Commissione disciplinare medici chirurghi
 n. 11 riunioni della Commissione Odontoiatri
 n. 52 riunioni dell'Esecutivo
 Sono state valutate n. 14 richieste di congruità di par-

celle, presentate complessivamente da medici chirurghi (n.4) e da odontoiatri (n.10).

Il Consiglio ha espresso pareri su Contenzione in RSA, Obiezione di coscienza, Vaccinazioni sui bambini, Segreto professionale, Scuola di nutrizione.

Sono state formulate 135 risposte scritte a quesiti specifici di colleghi e colleghe appartenenti al nostro Ordine provinciale.

PUBBLICITÀ SANITARIA E LOTTA ALL'ABUSIVISMO

Nel rispetto del Codice Deontologico e della Legge 175/92:

Sono state approvate n. 13 domande di pubblicità.

Sono state respinte n. 3 domande di pubblicità.

È proseguita sul tema la collaborazione dei servizi di Medicina Legale delle Aziende Sanitarie Regionali e dell'attività di controllo dei NAS.

ATTIVITÀ DEGLI UFFICI DI PRESIDENZA E DI SEGRETERIA AMMINISTRATIVA

n. 4245 lettere protocollate in arrivo

n. 2230 lettere protocollate in partenza

n. 355 medici sono stati iscritti all'Albo Medici Chirurghi e ne sono stati cancellati n. 117

n. 44 Odontoiatri sono stati iscritti all'Albo degli Odontoiatri e ne sono stati cancellati n. 24

Sono stati rilasciati n. 323 certificati di iscrizione

Sono stati rilasciati n. 639 tesserini

Sono state effettuate n. 660 variazioni di indirizzo

Sono state registrate n. 203 specializzazioni

Sono stati rilasciati n. 475 contrassegni auto

Sono stati concessi n. 67 patrocini per Eventi e Convegni

Sono stati rilasciate n. 756 PEC

Sono stati attivati n. 660 codici PIN per compilazione certificati di malattia online

Sono state effettuate circa 4000 consulenze allo sportello e telefoniche a medici e cittadini.

ATTIVITÀ DELL'UFFICIO PREVIDENZA

L'Ufficio Previdenza dell'Ordine opera in stretta collaborazione con la sede nazionale dell'ENPAM offrendo agli iscritti un servizio di informazione su previdenza, assistenza e contributi e di consulenza personalizzata e costantemente aggiornata in accordo ENPAM nazionale. L'Ufficio ha fornito complessivamente circa quattromila consulenze, che spaziano dai regolamenti delle prestazioni dell'Ente previdenziale, all'obbligo contributivo, dai sussidi assistenziali alla polizza sanitaria, alla compilazione dei moduli destinati alla Fondazione ENPAM, tra cui domanda di riscatto e di ricongiunzione, la dichiarazione del reddito da libera professione e l'eventuale

regolarizzazione contributiva. L'Ufficio ha anche fornito assistenza agli iscritti sulle modalità di registrazione all'area riservata sul sito www.enpam.it che consente agli iscritti di verificare la loro situazione contributiva, richiedere l'addebito bancario dei contributi, visionare e stampare bollettini Mav, cedolini di pensione e Cud. In seguito alla richiesta da parte dell'iscritto, l'Ufficio ha inoltrato alla Fondazione ENPAM richieste di duplicato Cud, di estratto conto di "Quota A" e di "Quota B", nonché di estratto conto dei contributi versati sui Fondi Speciali, al fine di una opportuna verifica della posizione contributiva del richiedente.

In dettaglio l'ufficio ha inviato circa 180 richieste di ipotesi di trattamento previdenziale e ha fornito consulenza per la compilazione di un centinaio di domande di pensione relative ai Fondi Speciali dell'ENPAM. Sono state inviate tramite l'Ordine 113 domande di pensione ordinaria e 33 domande di pensione di reversibilità del Fondo di Previdenza Generale.

Su richiesta dell'iscritto, l'Ufficio ha verificato lo stato di circa 4000 pratiche già in corso con l'ENPAM, relative a domande di riscatti, ricongiunzioni, contributi e pensioni, facendosi tramite delle informazioni e delle comunicazioni pervenute dall'Ente stesso.

L'Ufficio ha inoltre prenotato presso la Commissione Medica Provinciale dell'Ordine 29 visite, di cui 14 a fronte della relativa domanda di pensione di invalidità assoluta e permanente da parte dell'iscritto, 2 a fronte della domanda di reversibilità da parte di orfani di iscritto, 6 per inabilità temporanea per l'attività libero professionale, 3 per il diritto all'esonero contributo di "Quota A" e 4 per ottenere il sussidio per l'assistenza domiciliare continuativa. Infine, ha inoltrato 22 domande di prestazioni assistenziali straordinarie, che sono state valutate e liquidate dalla Fondazione ENPAM.

FORMAZIONE ECM

L'Ordine dei Medici di Torino da giugno 2013 è provider ECM nazionale. Ciò permette di rispondere in modo sempre più attuale ed efficace al compito di promuovere la formazione professionale degli iscritti previsto dalla legge istitutiva degli Ordini del 1946.

Nel 2015 si sono svolti 20 corsi ECM. Tutti gli eventi hanno avuto un gradimento del 100%.

I questionari analizzati sono stati in totale 855.

Si confermano i dati positivi dell'anno precedente sulla valutazione degli eventi. Gli obiettivi didattici e gli argomenti trattati sono stati ritenuti pertinenti e molto pertinenti dall'87% degli iscritti, abbastanza pertinenti dall'11%, e poco pertinente dal 2%.

La complessiva qualità dell'organizzazione dell'evento, la corrispondenza tra quanto riportato nel programma e quanto accaduto in aula sono state giudicate positi-

vamente dal 99% dei partecipanti mentre il 98% dei partecipanti ha espresso giudizio positivo sulla qualità in termini di aggiornamento delle conoscenze fornite, oltre agli eventi.

Il piano formativo 2016 prevede 23 eventi proposti dalle commissioni: Associazione di Malati e Volontari, Solidarietà Nazionale e Internazionale equità dell'accesso alle cure, Medicine non Convenzionali, Salute e Sicurezza In Ambienti di Lavoro, Pari Opportunità, Parcelle e Tariffe, Formazione Permanente e Accreditamento Formativo, Etica e Deontologia, Epidemiologia Prevenzione ed Educazione Sanitaria, Commissione Albo Odontoiatri.

COMMISSIONI ORDINISTICHE

Nel 2015 è continuato il lavoro delle nostre commissioni.

Alcune hanno fornito preziosa collaborazione nella stesura di documenti, anche in vista di interventi istituzionali, e nell'approfondimento di tematiche specifiche in risposta a quesiti dell'esecutivo. Molte hanno contribuito alla stesura del piano Formativo 2015 e hanno realizzato nel 2015 eventi ECM su tematiche loro proprie. Occorre sottolineare il profondo e competente impegno dei coordinatori e dei componenti nella progettazione e realizzazione di tali eventi. Sempre in stretta collaborazione con l'Esecutivo e con il competente supporto dei nostri uffici.

Le Commissioni più attive nel 2015 in ambito formativo sono state le commissioni: Disagio Lavorativo del Medico, Salute Mentale e Albo Psicoterapeuti, Etica e Deontologia, Pari Opportunità, Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita, Medicine non Convenzionali, Commissione Albo Odontoiatri, Promozione qualità e appropriatezza delle cure, Formazione Permanente e accreditamento formativo, Parcelle e Tariffe, Solidarietà Nazionale e Internazionale equità dell'accesso alle cure. Particolarmente coinvolte nel produrre pareri in risposta a specifici quesiti del Consiglio sono state le commissioni: Etica e Deontologia, Organizzazione sanitaria Accreditamento Istituzionale e Programmazione Professionale, Promozione Qualità e Appropriatazza delle Cure, Medicine non Convenzionali, Solidarietà Nazionale e Internazionale e Rapporti con il Mondo del Volontariato, Rischio Professionale e studio del Contenzioso Medico Legale, Associazione di malati e volontari. Di quest'ultima ricordiamo l'allestimento di mostre fotografiche a Villa Raby iniziata nel 2015 con la mostra "Cute-project" e proseguita con quella in collaborazione con CUAMM tuttora in corso.

SETTORE COMUNICAZIONE

L'Ordine di Torino ha proseguito nel 2015 l'impegno nella comunicazione sia tramite il sito Internet www.

omceo.to.it, che rende disponibili informazioni istituzionali con particolare riferimento all'attività ordinistica locale e nazionale, sia tramite il portale torinomedica.com, che sviluppa aspetti più culturali della nostra professione pubblicando oltre 400 articoli all'anno.

Nel 2015 è stata aggiornata la veste grafica ed editoriale della rivista cartacea Torino Medica che è uscita in 4 numeri, con più pagine, con focus su argomenti di attualità sia relativi alla professione sia scientifici.

È proseguita la comunicazione istituzionale con l'Assessorato alla Salute della regione Piemonte, ASL, ASO, Distretti, Università, Fondazioni, Enti No Profit, Rete oncologica del Piemonte.

L'Assessore alla Sanità del Piemonte ha inoltre accolto gli inviti dell'OMCeO Torino ad approfondire temi legati alla riorganizzazione della Sanità Piemontese e alla sostenibilità del SSR Piemontese partecipando a due incontri-dibattito: "l'Assessore Saitta e il Direttore Moirano incontrano i Medici e Odontoiatri torinesi", tenutosi il 16 maggio 2015, e "Investire nel servizio sanitario pubblico in Piemonte", tenutosi il 20 novembre 2015. Ricordiamo il ruolo fondamentale nella comunicazione con il cittadino rivestito dal Network delle associazioni di Volontari e Malati che comprende 127 associazioni presenti sul nostro sito dedicato.

VILLA RABY CROCEVIA DI INCONTRI

La Villa Raby oltre ad attività istituzionali proprie ha ospitato attività formative, incontri, convegni e congressi organizzati da Associazioni di medici, Associazioni cittadini, società scientifiche mediche, alcuni di rilevanza locale altri di rilevanza nazionale ed internazionale, tra cui ricordiamo ad esempio l'8° Congresso Nazionale SIMM (Società Italiana Medici Manager) tenutosi a novembre 2015.

Il Villino Raby rientra nel progetto nazionale "Le scuole adottano un monumento" grazie alla scelta della scuola secondaria Berti di Torino che ha adottato la palazzina.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio a nome dell'Esecutivo e del Consiglio le colleghe e i colleghi iscritti che con istanze, segnalazioni, richieste e incontri rendono viva e partecipata la vita ordinistica.

Grazie ai Collaboratori alla Comunicazione: Mario Nejrotti, Direttore di Torino Medica e Responsabile della Comunicazione, Nicola Ferraro e Rosa Revellino, giornalisti, Simone Vacca, consulente informatico, Dario Cicchero, video operatore. Un grazie particolare all'Avv. Longhin per la preziosa consulenza al lavoro dell'Esecutivo e delle Commissioni disciplinari. Grazie al personale tutto: le signore Daniela, Emanuela, Fabio, Gabriella, Mara, Marina, Noemi, Roberta, Sara, e ad Andrea per il quotidiano e competente lavoro.

La Tesoriera Chiara Rivetti ha esposto a questo punto il Bilancio Consuntivo 2015 e il Preventivo 2016.

ILLUSTRAZIONE DEL BILANCIO CONSUNTIVO 2015

Consuntivo 2015 OMCeO di Torino

ENTRATE	PARZIALI	TOTALI
Diga Investimento	€ -	
Diga TFR (assistenza al personale per anticipi)	€ 19.529,95	
Tesoreria MPS	€ 389.916,16	
Unicredit Banca	€ 97.759,21	
Banco Posta	€ 5.454,70	
Cassa contanti	€ 616,85	
Carta Credito MPS	€ 200,00	
MPS (quote depositate da RID e Bonifici)	€ 2.124,19	
Totale Avanzo di gestione 2014		€ 515.601,06
Diga TFR (accantonamento dipendenti in servizio)	€ 229.036,97	
		€ 229.036,97
Redditi Patrimoniali:		
Interessi attivi su c/c bancari e titoli	€ -	
Altri redditi e proventi	€ -	
Contributi spese gestione - manutenzione locali rappresentanza convegnistica	€ 32.789,87	
totali parziali		€ 32.789,87
Quote associative	€ 1.618.436,09	
Residui attivi (rec.quote) 2002-2014	€ 21.087,65	
Accensione seconda trince mutuo/finanziamento	€ -	
Introiti per diritti di segreteria e diversi	€ 14.571,73	
Contributi liberali	€ 19.000,00	
Arrontodamenti attivi	€ 2.606,92	
totali parziali		€ 1.675.702,39
Partite di giro		
Incasso per conto FNOMCeO quote iscrizioni	€ 343.873,00	
Ritenute d'acconto su compensi vari	€ 45.290,66	
Ritenute IRPEF su stipendi dipendenti	€ 53.045,16	
Ritenute Prevido-Assistenziali Dipendenti	€ 25.452,94	

ENTRATE	PARZIALI	TOTALI
Ritenute Previdenziali Consiglieri	€ 6.348,35	
Varie	€ 2.187,55	
Girofondi c/c	€ 332.420,00	
totali parziali		€ 808.617,66
TOTALE ENTRATE 2015		€ 3.261.747,95
di cui Residui attivi		€ 21.087,65
di cui Entrate in competenza 2015 con l'avanzo di gestione 2014		€ 3.240.660,30

USCITE	PARZIALI	TOTALI
Spese elezioni organi istituz.	€ 13.403,71	
Spese per Convegni e Assemblee	€ 16.549,59	
Spese per Rappresentanza	€ 7.454,77	
Premiazione 50-60 anni di laurea	€ 28.413,13	
totali parziali		€ 65.821,20
Attività formative, indagini	€ 28.519,95	
Abbonam.riviste	€ 920,86	
totali parziali		€ 29.440,81
TO MEDICA cartaceo e Direzione della comunicazione	€ 84.045,62	
TO MEDICA Portale audiovisivo	€ 29.633,84	
TO MEDICA WEB	€ 42.450,24	
Consulenza addetto stampa	€ 16.804,50	
Comunicazione Ordine-Aziende Sanitarie e Associazioni di volontariato	€ 16.172,27	
Materiale consumo e attrezzature portale istituzionale dell'Ordine	€ -	
totali parziali		€ 189.106,47
Emolumenti fissi	€ 63.684,00	
Compensi attività Consigli Commissioni Istituz.	€ 89.247,23	
Stipendi lordi-aumenti periodici-straord.-incentivazione	€ 255.429,07	
Eventuali ulteriori aumenti stipendiali da contratto	€ -	
TFR residui passivi dipendenti in servizio	€ 17.283,23	
Oneri a carico dell'Ente	€ 84.041,34	
Trasporti	€ 2.380,23	
totali parziali		€ 512.065,10

USCITE	PARZIALI	TOTALI
Fondo stanziamento insufficiente	€0,00	
totali parziali		€ 0,00
Fondazione OMCeO	€ -	
totali parziali		€ 0,00
SEDE		
SMAT spese acqua	€ 191,02	
Spese gestione - manutenzione locali rappresentanza convegnistica	€ 17.802,42	
Energia elettrica	€ 41.876,00	
Manutenz, riparaz, noleggio, strumentario	€ 36.605,59	
manutenz.rete informatica e PEC	€ 4.743,36	
Premi assicurativi, canoni vari	€ 18.830,36	
Mutuo edilizio prima parte	€ 143.467,62	
Mutuo edilizio seconda parte	€ -	
Cancelleria e materiale di consumo	€ 12.031,29	
Spese telefoniche residuo passivo 2014	€ -	
Spese telefoniche competenza 2015	€ 13.032,54	
Spese postali	€ 27.321,90	
Commissioni, oneri bancari ecc.	€ 5.982,06	
Oneri riscossioni quote	€ 39.815,62	
Imprevisti e varie	€ 2.432,41	
Rimborso quote iscrizioni e saldo quote Fnomceo	€ 107.744,76	
Imposte, tasse, IMU, Trib. Vari Villa Raby	€ 98.871,39	
Stampe varie	€ 446,56	
totali parziali		€ 571.194,90
RISTRUTTURAZIONE NUOVA SEDE		
opere strutturali residui passivi	€ 97.057,37	
opere strutturali ed allestimenti nuovo stanziamento	€ 2.822,47	
parcelle professionisti residui	€ 58.797,11	
totali parziali		€ 158.676,95
Consulenza legale residuo passivo 2014	€ 42.401,22	
Consulenza legale nuovo stanziamento	€ -	
Spese di lite, arbitraggi e difesa	€ 11.829,98	
Consulente del lavoro	€ 7.036,96	
Consulenza commercialisti	€ 1.830,00	
Consulenza Sicurezza Dlgs. 81/2008 ES. M.I. successive modifiche e integrazioni	€ 761,28	
Consulenza informatica	€ 35.556,64	

USCITE	PARZIALI	TOTALI
Prestazioni professionali/occasionali	€ 8.730,90	
totali parziali		€ 108.146,98
Partite di giro		
Incasso per conto FNOMCeO quote iscrizioni	€ 322.920,00	
Ritenute d'acconto su compensi vari	€ 45.290,66	
Ritenute IRPEF su stipendi dipendenti	€ 53.045,16	
Ritenute Prevido-Assistenziali Dipendenti	€ 25.452,94	
Ritenute previdenziali Consiglieri	€ 6.348,35	
Girofondi c/c	€ 332.420,00	
totali parziali		€ 785.477,11
TOTALE USCITE 2015		€ 2.419.929,52
di cui Residui Passivi		€ 218.361,40
di cui Uscite in competenza 2015		€ 2.201.568,12
ENTRATE - USCITE		€ 841.818,43

Il Bilancio consuntivo è stato approvato all'unanimità.



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



**DAL 1945 CI PRENDIAMO CURA
DELLA MACCHINA PIÙ PERFETTA AL MONDO.**

ILLUSTRAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO 2016

Preventivo 2016 OMCeO di Torino

ENTRATE	PARZIALI	TOTALI
Diga Investimento	€ -	
Diga TFR (assistenza al personale per anticipi)	€ 19.266,35	
Tesoreria MPS	€ 434.097,37	
Unicredit Banca	€ 149.561,54	
Banco Posta	€ 4.896,48	
Cassa contanti	€ 758,78	
Carta Credito MPS	€ 200,00	
MPS (quote depositate da RID e Bonifici)	€ 4.000,94	
Nuovo conto corrente	€ -	
Totale Avanzo di gestione 2015		€ 612.781,46
Diga TFR (accantonamento dipendenti in servizio)	€ 229.036,97	
		€ 229.036,97
Redditi Patrimoniali:		
Interessi attivi su c/c bancari e titoli	€ 2.000,00	
Altri redditi e proventi	€ -	
Contributi spese gestione - manutenzione locali rappresentanza convegnistica	€ 15.000,00	
totali parziali		€ 17.000,00
Quote associative	€ 1.718.230,50	
Quote associative nuove iscrizioni	€ 24.000,00	
Residui attivi (rec.quote) 2002-2015	€ 41.912,35	
Introiti per diritti di segreteria e diversi	€ 13.000,00	
Contributi liberali	€ 18.000,00	
Arrontodamenti attivi	€ 500,00	
totali parziali		€ 1.815.642,85
Partite di giro		
Incasso per conto FNOMCeO quote iscrizioni	€ 328.198,50	
Ritenute d'acconto su compensi vari	€ 60.000,00	
Ritenute IRPEF su stipendi dipendenti	€ 84.000,00	
Ritenute Prevido-Assistenziali Dipendenti	€ 32.000,00	
Ritenute Previdenziali Consiglieri	€ 8.000,00	
Girofondi c/c	€ 400.000,00	
totali parziali		€ 912.198,50

ENTRATE	PARZIALI	TOTALI
TOTALE ENTRATE 2016		€ 3.586.659,78
di cui Residui attivi		€ 41.912,35
di cui Entrate in competenza 2016 con l'avanzo di gestione 2015		€ 3.544.747,43

USCITE	PARZIALI	TOTALI
Spese elezioni organi istituz.	€ -	
Spese per Convegni e Assemblee	€ 30.000,00	
Spese per Rappresentanza	€ 7.500,00	
Premiazione 50-70 anni di laurea e giuramenti neo laureati	€ 40.000,00	
totali parziali		€ 77.500,00
Attività formative, indagini	€ 40.000,00	
Abbonam.riviste	€ 1.500,00	
totali parziali		€ 41.500,00
TO MEDICA Composizione-stampa-spedizione rivista	€ 48.800,00	
TO MEDICA Direzione rivista e portale	€ 24.000,00	
TO MEDICA Redazione interna rivista e portale	€ 25.500,00	
TO MEDICA Collaborazioni esterne per redazione articoli	€ 25.000,00	
TO MEDICA Portale audiovisivo	€ 17.568,00	
TO MEDICA nuovo sito e gestione	€ 18.000,00	
Consulenza addetto stampa - Comunicaz.Ordine-Aziende Sanitarie e Associaz.- social network	€ 33.456,96	
Materiale consumo e attrezzature portale istituzionale dell'ordine	€ 2.000,00	
totali parziali		€ 194.324,96
Emolumenti fissi	€ 63.684,00	
Compensi attività Consigli Commissioni Istituz.	€ 112.000,00	
Stipendi lordi-aumenti periodici-straord.-incentivazione	€ 260.000,00	
Eventuali ulteriori aumenti stipendiali da contratto	€ -	
TFR residui passivi dipendenti in servizio	€ 256.283,69	
TFR quota maturata nel 2016	€ 20.000,00	
Oneri a carico dell'Ente	€ 92.000,00	
Trasporti	€ 3.500,00	
totali parziali		€ 807.467,69

USCITE	PARZIALI	TOTALI
Fondo stanziamento insufficiente	€52.731,17	
totali parziali		€ 52.731,17
Fondazione OMCeO	€ -	
totali parziali		€ 0,00
SEDE		
SMAT spese acqua	€ 2.000,00	
Spese gestione - manutenzione locali rappresentanza convegnistica	€ 15.000,00	
Energia elettrica	€ 50.000,00	
Pulizia ordinaria e straordinaria sede	€ 30.000,00	
Manutenz, riparaz, noleggio, strumentario	€ 34.000,00	
Manutenz.rete informatica e PEC	€ 8.000,00	
Premi assicurativi, canoni manutenzione attrezzature e impianti elevatori/servizio ispettivo/programma contabilità/centralino/rinnovo domini e antivirus	€ 20.000,00	
Mutuo edilizio	€ 143.467,62	
Cancelleria e materiale di consumo	€ 14.000,00	
Spese telefoniche residuo passivo 2014-2015	€ 30.740,41	
Spese telefoniche competenza 2016	€ 36.000,00	
Spese postali	€ 28.000,00	
Commissioni, oneri bancari ecc.	€ 7.000,00	
Oneri riscossioni quote	€ 46.000,00	
Imprevisti e varie	€ 3.000,00	
Rimborso quote iscrizioni e saldo quote Fnomceo	€ 106.747,10	
Imposte, tasse, IMU,Trib. Vari Villa Raby	€ 80.000,00	
Stampe varie	€ 2.000,00	
totali parziali		€ 655.955,13
RISTRUTTURAZIONE NUOVA SEDE		
Opere strutturali residui passivi	€ 482.090,75	
Opere strutturali ed allestimenti nuovo stanziamento	€ 58.733,92	
Parcelle professionisti residui	€ 138.445,88	
totali parziali		€ 679.270,55
Consulenza legale residuo passivo 2015	€ 42.540,78	
Consulenza legale nuovo stanziamento	€ 42.471,00	
Spese di lite, arbitraggi e difesa	€ 20.000,00	
Consulente del lavoro	€ 8.200,00	
Consulenza commercialisti	€ 2.000,00	

USCITE	PARZIALI	TOTALI
Consulenza Sicurezza Dlgs. 81/2008 ES. M.I. successive modifiche e integrazioni	€ 1.500,00	
Consulenza informatica e di gestione server e rete e assistenza tecnica prepagata	€ 40.000,00	
Prestazioni professionali/occasionali	€ 9.000,00	
totali parziali		€ 165.711,78
Partite di giro		
Incasso per conto FNOMCeO quote iscrizioni	€ 328.198,50	
Ritenute d'acconto su compensi vari	€ 60.000,00	
Ritenute IRPEF su stipendi dipendenti	€ 84.000,00	
Ritenute Prevido-Assistenziali Dipendenti	€ 32.000,00	
Ritenute previdenziali Consiglieri	€ 8.000,00	
Girofondi c/c	€ 400.000,00	
totali parziali		€ 912.198,50
TOTALE USCITE 2016		€ 3.586.659,78
di cui Residui Passivi		€ 950.101,51
di cui Uscite in competenza 2016		€ 2.636.558,27
ENTRATE - USCITE		€ 0,00

Il Bilancio preventivo è stato approvato all'unanimità.

A questo punto è intervenuto il Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, Riccardo Falcetta.

RELAZIONE DEI REVISORI DEI CONTI ANNO 2015

Rapporto del Collegio dei Revisori sul Conto Consuntivo 2015

L'anno 2016, nel giorno 21 del mese di marzo, il Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino si è riunito per esaminare il conto consuntivo 2015, reso dal Tesoriere. Previo un esame analitico dei documenti di Entrata e Uscita del conto di tesoreria il Collegio riferisce quanto segue. Nel conto 2015 è stato preso in esame esattamente il Fondo Cassa accertato alla chiusura dell'esercizio 2014 esposto in € 389.916,16.

I mandati di pagamento sono stati riconosciuti regolari e risultano concordi con le risultanze esposte.

Il Collegio rileva che la gestione è stata condotta con vigilante attenzione e conclude concordemente essere il conto stesso meritevole di approvazione nelle seguenti risultanze finali:

Fondo Cassa al 31/12/2014	€ 389.916,16
+ ENTRATE Cassa 2015	€ 2.126.945,28
- USCITE Cassa 2015	€ 2.082.764,07
Avanzo gestione Fondo Cassa al 31/12/2015	€ 434.097,37

Nelle entrate e uscite di Cassa del 2015 è compreso il saldo dei residui attivi e passivi dell'esercizio 2014.

Si precisa, altresì, che il conto consuntivo nella sua globalità risulta essere meritevole di approvazione in quanto conforme al preventivo 2015.

I REVISORI DEI CONTI

Riccardo Falcetta

Carlo Franco

Angelica Salvadori

Vincenzo Macri

Il Presidente Giustetto, prima di dare la parola agli iscritti, ha invitato l'Assemblea a dedicare qualche istante di raccoglimento i Colleghi deceduti nel 2015.

DECEDUTI ANNO 2015

Dott. ALAIMO Nicola	Dott. GARZENA Virginio
Dott. ALBERTO Silvio Giuseppe	Dott. GHIGO Gianluca
Dott. ARIANO Pierantonio	Dott. GIOVANNETTI Romolo
Dott. ASTEGIANO Pier Angelo	Dott. GRANDI Romolo
Dott. BACCI Renato	Dott.ssa GRATTINI Antonella
Dott. BARBERO Roberto	Dott. GRIOT Livio
Dott. BLUMENTHAL Oreste	Dott. JUDICA CORDIGLIA Achille
Dott.ssa BORIO Carla	Dott. LEO Daniele Franco Piero
Dott. BOSCO Franco	Dott. LEVATI Enrico
Prof. BRICCARELLO Lincoln	Prof. MATONE Sergio
Prof. CALDERINI Paolo	Dott.ssa MULLER Isolina
Prof. CARELLI Edoardo	Dott.ssa NICOLA Maria
Prof. CARRATA THOMES Arrigo	Prof. NIGRO Nevio
Prof. CASCIO Giuseppe	Dott. ORLANDI Filippo
Dott. COLETTI MOJA Giampiero	Dott. PIOVANO Lelia
Prof. CORRADI Corrado	Dott. POLLONE Elio
Dott. D'ALOIA Michele	Dott. PORQUEDDU Roberto
Dott.ssa DEVALLE Giovanna	Prof. REVELLI Emanuele
Prof. FERRARIS Carlo Maria	Dott. SCARFO' Vincenzo
Dott. FERRERO Sebastiano	Dott. SETTE Sergio
Prof. FONTANA Aldo	Dott. SILIPO Angelo
Dott. FORNARI Gianni	Dott. SPADARO Alfredo
Dott. FRANCO LOIRI Giovanni	Dott. TONSO Michele
Dott. GAGLIARDOTTO Piervincenzo	Dott. TURINETTI Cesare
Dott. GANDIGLIO Giuseppe	Dott. VECCHIONE Antonio
Dott.ssa GARABELLO Franca	Dott. VIETTI Lorenzo
Dott. GARGIULO Tigellio	Dott. ZAUNER Alessandro

LE DOMANDE DEGLI ISCRITTI E LE RISPOSTE DELL'ESECUTIVO

In conclusione prendono parola quattro iscritti: riportiamo una breve sintesi di ciascuno degli interventi con le relative repliche.

Il Dott. M. Marcellino si sofferma sul grave problema della commercializzazione delle cure odontoiatriche, citando il caso delle molte strutture che oggi, dietro responsabilità di Direttori sanitari "fantasma", offrono prestazioni a basso costo e di qualità inesistente. Qui il rapporto col paziente non esiste, ed anzi la gestione e la presa in carico sono mansioni che spesso vengono svolte da personale non medico. Chiede che l'Ordine intervenga e che controlli gli elenchi dei Direttori sanitari facendo loro presente tutte le responsabilità e i rischi del ruolo assunto.

Il Presidente Cao D'Agostino accoglie questa istanza e sottolinea l'impegno che si assume l'Ordine nel chiedere alle Asl gli elenchi dei Direttori.

Il Prof. Giuseppe Cozza prende la parola concentrando il suo intervento (per il quale rimandiamo i lettori alla sua lettera pubblicata per intero nella rubrica "Spazio a chi scrive") su alcuni punti critici: la situazione generale della materia sanitaria e le vessazioni cui sono sottoposti i medici; la tassazione, tra le più alte; l'anomalia del sistema Ecm che per i medici in attività è un impegno ridondante; la disomogeneità della normativa in materia di responsabilità penale del medico; il problema delle pensioni; il riconoscimento di un ruolo professionale da parte del Governo, in quanto in Italia la professione può vantare standard di qualità altissimi. Chiede quindi quale sia la posizione dell'OMCeO in materia.

Su questi punti risponde il Presidente dell'OMCeO Guido Giustetto ricordando il percorso fatto sinora dall'Ordine e dalla Federazione in materia di appropriatezza

e ribadendo l'inapplicabilità del decreto che propone un concetto amministrativo e non medico. L'appropriatezza non va confusa con l'erogabilità né con il razionamento. Chiarisce quindi la posizione dell'OMCeO, come già detto nella sua approfondita relazione, secondo cui questo decreto è inapplicabile.

Prende poi la parola il Dott. R. E. Offredi Viana manifestando molte perplessità sulle generali condizioni del ruolo dei medici, anche in materia di appropriatezza, e in particolare pone una prima questione più tecnica: la ricetta sanitaria elettronica per cui non sono stati attivati i rimborsi. In seconda istanza chiede delucidazioni sul ruolo e sulle attività delle UTAP.

Risponde la Consigliera Ivana Garione sulla questione della ricetta dematerializzata specificando che i rimborsi dipendono dalla quantità delle erogazioni e quindi secondo un sistema di incentivi.

Il Dott. Nicolò Montali interviene ponendo all'attenzione un problema di grande importanza: le assicurazioni professionali. Spesso i professionisti rimangono vittime di paure indotte ad arte dalle diverse realtà assicurative per spingere ad aumentare le coperture. Questa realtà si è molto inasprita negli ultimi tempi e i professionisti sono entrati in una sorta di spirale. Chiede quindi indicazioni e riferimenti all'OMCeO.

Il Vice Presidente Guido Regis condivide le questioni poste in oggetto perché il problema è esteso e riguarda tutti i medici in particolare ospedalieri. Ricorda che è necessario attendere l'iter del percorso di legge in materia perché si tratta di norme che devono tutelare la professione in modo coerente e giusto e non, secondo un'errata vulgata, proteggere una casta.

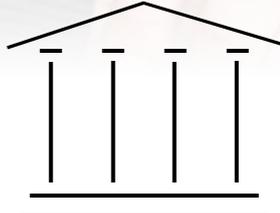


Con 100 ANNI registra della mia cerimonia di addio

PER SCRIVERE ANCHE L'ULTIMO CAPITOLO
DI UNA STORIA UNICA: LA MIA.




GIUBILEO
L'ARTE DELL'ULTIMO SALUTO


100 ANNI
*Cerimonie di commiato
programmate in vita*

(011.8181
24 ORE SU 24
www.giubileo.com

Protocollo di collaborazione fra OMCeO di Torino e il progetto Illuminiamo la salute



Il presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino

Il presidente del Progetto Illuminiamo la Salute

Dall'etica nella professione all'etica come professione: è questo uno dei fondamenti dell'atto medico e l'orizzonte entro cui le parole, inscritte nella coscienza, diventano azioni, comportamenti condivisi, alleanze di reciproco supporto per essere all'altezza della responsabilità che la relazione di cura comporta.

Una responsabilità comune ai due ambiti, sociale e sanitario, che non dovrebbero mai considerarsi disgiunti e che, come per questo progetto, si sono fusi in un'identità unica: insieme per sottoscrivere la collaborazione nella lotta contro la corruzione e per la trasparenza "dei sistemi".

"Oggi più che mai – ha detto Don Ciotti – abbiamo bisogno di unire le forze delle persone oneste per diventare una forza ancora più grande, anche propositiva, all'interno del nostro Paese". Il protocollo di collaborazione tra l'OMCeO di Torino e il progetto Illuminiamo La Salute, di cui qui presentiamo integralmente premesse e obiettivi, è un impegno concreto: per restituire integrità e trasparenza al servizio sanitario, al servizio di tutti i cittadini e per tutti i cittadini.

PREMESSA

Il tema dell'integrità del sistema sanitario e sociale riveste un'importanza sempre maggiore, in quanto appaiono sempre più chiari gli effetti della corruzione e della scarsa trasparenza sia in termini di cattivo uso delle ri-

sorse e sia, conseguentemente, in termini di sicurezza dei pazienti e talora anche di esiti clinici.

Per provare a dare una risposta concreta a questi problemi, nel 2011 è nato il progetto Illuminiamo la Salute, promosso da quattro enti: Libera, Gruppo Abele, Coripe Piemonte e Avviso Pubblico.

Obiettivo del Progetto Illuminiamo la Salute è stato sin da subito quello di promuovere, attraverso iniziative di formazione e sostegno al cambiamento, l'integrità del sistema sanitario e sociale italiano.

Le attività svolte sono indirizzate al sostegno di tutti gli operatori del sistema sanitario e sociale interessati ad impegnarsi su queste tematiche, anche a fronte della recente normativa italiana sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Obiettivo di Illuminiamo la Salute è che l'applicazione di tale normativa non si riduca ad un mero adempimento burocratico e slegata dai contesti organizzativi, ma sia l'occasione per apportare quei cambiamenti necessari a rendere sempre più integri i servizi resi alle persone.

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, quale ente ausiliario dello Stato, ha tra i suoi compiti fondativi quelli di promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti e a vigilare su abusi o mancanze commessi dai medici, non solo nell'esercizio della professione.

L'Ordine provvede ad applicare e a far rispettare il Codice di Deontologia Medica, corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'Ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale.

All'interno del Codice vi sono alcuni riferimenti espliciti ai principi di integrità e trasparenza: tra questi i più importanti sono contenuti nell'articolo 30 e nei suoi indirizzi applicativi sul conflitto di interesse e l'articolo 31 sugli accordi illeciti di prescrizione.

È altresì interesse dell'Ordine vigilare su abusi e mancanze della "governance" in sanità (che rendono difficile per i medici rispettare il Codice Deontologico), e pertanto promuovere tutte le azioni atte a disincentivare e denunciare questi comportamenti.

Tanto premesso, le parti concordano quanto segue:

ART. 1 (OGGETTO DEL PROTOCOLLO)

L'obiettivo principale della collaborazione riguarda la diffusione di principi, criteri e strumenti inerenti i temi dell'etica, della promozione dell'integrità e della prevenzione della corruzione all'interno del sistema sanitario e delle professioni.

Le modalità di attuazione del presente protocollo saranno definite mediante atti successivi e separati che saranno approvati con scambio di note formali tra le parti.

ART. 2 (IMPEGNI DELL'ORDINE DEI MEDICI DI TORINO)

L'Ordine dei Medici di Torino si impegna a realizzare le seguenti attività:

a. Sostegno, contributo organizzativo e di conoscen-

- za metodologica per la realizzazione di una serie di iniziative condivise con ILS, anche per la raccolta di dati e di esperienze, sulle tematiche inerenti la legalità e i conflitti di interesse in ambito sanitario;
- b. Iniziative di informazione/formazione del personale attraverso l'organizzazione di eventi congiunti con ILS;
- c. Partecipazione alla Rete Nazionale per l'Integrità, formata dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, supportata da esperti che contribuiscano a formare il personale sulle strategie del cambiamento da gestire attraverso attività sul sito web dell'Ordine dei Medici di Torino e sul sito web di Illuminiamo la Salute;
- d. Identificazione e valorizzazione delle buone pratiche sul tema delle politiche per l'integrità in ambito sanitario.

ART. 3 (IMPEGNI DEL PROGETTO ILLUMINIAMO LA SALUTE)

Illuminiamo la Salute si impegna a condividere le proprie esperienze, competenze e professionalità nelle attività di sostegno, promozione e valorizzazione dell'integrità nel sistema sanitario. Illuminiamo la Salute offre il supporto alla progettazione e alla realizzazione di iniziative specifiche, di volta in volta congiuntamente definite con OMCeO Torino, ai fini della formazione, sensibilizzazione e/o progetti di ricerca, in particolare mediante la partecipazione degli esperti che volontariamente collaborano al progetto.

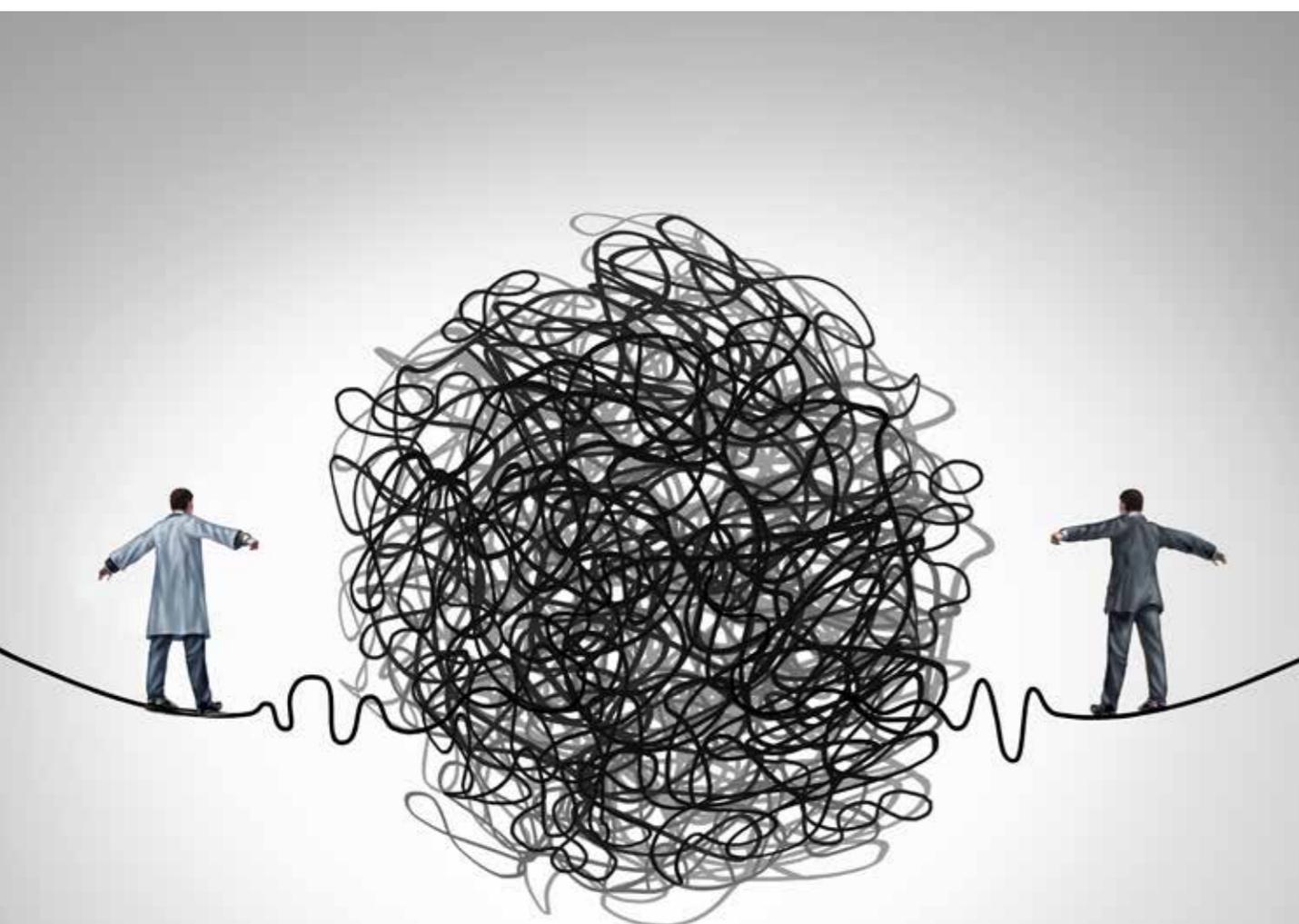
ART. 4 (MODALITÀ DI LAVORO)

Le parti si impegnano altresì a realizzare congiuntamente nel biennio di vigenza del presente accordo iniziative di ricerca, analisi e approfondimento che prevedano fra l'altro:

- lo studio e la diffusione di modalità innovative di formazione, soprattutto dei giovani medici sui temi dell'integrità nella professione medica;
- iniziative culturali per il continuo confronto, l'apprendimento tra pari e l'approfondimento con esperti su tematiche rilevanti per i Medici Chirurghi e Odontoiatri e per tutta la cittadinanza interessata, relative alla promozione dell'integrità con particolare attenzione all'ambito sanitario.

ART. 5 (DURATA DELL'ACCORDO)

Il presente accordo ha durata biennale, a decorrere dalla data della sua sottoscrizione ed è tacitamente rinnovabile per un ulteriore biennio, salvo disdetta da far pervenire dalla parte recedente all'altra parte entro tre mesi dalla sua scadenza.



Il difficile rapporto tra deontologia, pratica di cura e legge

La Redazione di Torino Medica

Il Focus di questo numero di Torino Medica è dedicato al tema dell'appropriatezza, nella sua duplice veste di principio deontologico e normativo, ma anche nei suoi legami con il tema affine, e altrettanto complesso, della responsabilità professionale.

L'appropriatezza è un nodo centrale dell'attuale dibattito di politica sanitaria ma, prima

L'appropriatezza è un nodo centrale dell'attuale dibattito di politica sanitaria ma, prima di tutto, è un cardine deontologico della professione medica che ha risvolti concreti sulle pratiche di cura

di tutto, è un cardine deontologico della professione medica che ha risvolti concreti sulle pratiche di cura; si basa da una parte sulle competenze cliniche e scientifiche di chi esercita la professione, dall'altra sulla delicata relazione che si instaura con il cittadino/paziente, tenendo conto delle specifiche esigenze del singolo caso, irriducibili a norme generali imposte dall'alto per mere esigenze di bilancio.

In questo quadro il "decreto appropriatezza" (Decreto 9 dicembre 2015, Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, in Gazzetta Ufficiale dal 20 gennaio 2016) non rappresenta un riferimento compatibile con la complessità della pratica clinica: al contrario, dimostra l'impraticabilità delle decisioni assunte senza il coinvolgimento dei professionisti. Risultato: l'emanazione di un decreto sostanzialmente inapplicabile, anche dal punto di vista tecnico, con diverse contraddizioni interne giacché incapace di riconoscere e distinguere due concetti che non dovrebbero mai essere confusi: appropriatezza (di esclusiva pertinenza medica, inerente al problema portato dal paziente e non definibile in termini di decreto amministrativo) ed erogabilità, determinata invece dalle decisioni sul finanziamento del SSN. Per questi motivi il decreto, dopo l'accordo Ministero della Salute-FNOMCeO-Regioni dello scorso 12 febbraio, è in attesa di una revisione profonda dei suoi contenuti e attraverserà una fase di sperimentazione durante la quale le restrizioni previste non saranno applicate a pazienti oncologici, cronici o invalidi né ci saranno sanzioni per i medici. Nel frattempo si procederà a monitoraggio e raccolta dati per misurarne e correggerne contraddizioni e criticità.

Strettamente correlato al discorso sull'appropriatezza è la questione della responsabilità professionale, oggetto di un altro provvedimento, atteso da lungo tempo e sottoposto in questi mesi a un iter legislativo particolarmente travagliato, data la delicatezza del tema e la pluralità di norme di riferimento. Il testo unificato che ne è derivato (DDL 2224, Disposizioni in tema di responsabilità professionale del personale sanitario), ha ottenuto l'approvazione dalla Camera dei Deputati il 28 gennaio 2016 ed è attualmente al vaglio della XII Commissione permanente (Igiene e Sanità) del Senato della Repubblica. Tale testo disciplina la sicurezza delle cure e del rischio sanitario, la responsabilità del medico, delle professioni sanitarie e della struttura (pubblica o privata) in cui queste operano, nonché l'obbligo di assicurazione, l'istituzione del fondo di garanzia per i soggetti danneggiati, le modalità dei procedimenti giudiziari che abbiano ad oggetto la responsabilità sanitaria. Di particolare rilevanza, ma anche di criticità, sono gli articoli 5 e 6, in cui si esclude la colpa grave per il medico che abbia rispettato le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida – la cui elaborazione, stabiliscono gli stessi articoli, è affidata alle società scientifiche. A questo proposito, durante l'audizione in Senato del 17 marzo 2016, la FNOMCeO rilevava che "il rapporto tra chi ha le competenze scientifiche specifiche (le società scientifiche accreditate) e chi ha compiti programmatori (il Ministero della Salute), dovrebbe essere mediato da un organismo indipendente e garante". Secondo la FNOMCeO, tale organismo potrebbe essere costituito da "rappresentanti degli Ordini e dei Collegi delle Professioni interessate, dell'AGENAS, e dell'Istituto Superiore di Sanità" e, per arrivare alla validazione delle linee guida, "dovrebbe tener conto di aspetti organizzativi, gestionali, etici, deontologici e della pratica quotidiana". Solo a questo punto, e non prima, le linee guida dovrebbero diventare cogenti. Anche in questo caso il coinvolgimento della professione medica, nuovamente mancato, è cruciale.

Nelle pagine a seguire appropriatezza e responsabilità professionale verranno raccontate alla luce dell'iter legislativo che sta tentando di tradurle in legge, delle normative vigenti al di là dei confini nazionali (con riferimento a Stati Uniti, Francia, Gran Bretagna) e delle "buone pratiche" promosse da Slow Medicine, con ampio anticipo rispetto al dibattito in corso.

Responsabilità e appropriatezza secondo legge

A cura de *Il Pensiero Scientifico*

Il tema della responsabilità chiama in causa i principi di trasparenza e indipendenza delle linee guida, e dell'appropriatezza delle scelte cliniche condivise con il paziente. Principi che rischiano di essere minati da un decreto legge nato con l'auspicio dichiarato di arginare il dilagare della medicina difensiva

Il 2016 della Sanità italiana si è aperto con due provvedimenti che hanno fatto discutere il mondo politico e dei sindacati, le assicurazioni, la comunità dei medici, le associazioni che si richiamano alla medicina basata sulle prove e alcune rappresentanze di cittadini. Oltre al travagliato iter legislativo, questi due provvedimenti hanno alcune cose in comune e una riflessione sul dibattito avvenuto – e per certi aspetti ancora in corso – può partire proprio da queste similitudini. La prima delle quali è certamente il tentativo di dare una risposta attraverso una nuova governance dei comportamenti prescrittivi dei professionisti sanitari alle difficoltà quotidianamente sperimentate in tema di sostenibilità economica del sistema di welfare sanitario, per molti ormai fortemente indebolito dai continui tagli alla Sanità pubblica.

Il primo provvedimento di cui qui discutiamo è il disegno di legge 2224 (Disposizioni in materia di Responsabilità Professionale del Personale Sanitario¹) che ha avviato il proprio iter in Commissione Igiene e Sanità del Senato, dopo il via libera di Montecitorio il 28 gennaio scorso². La principale finalità di questo provvedimento è arginare la spinosa questione della cosiddetta medicina difensiva, vale a dire l'insieme dei comportamenti assunti dai professionisti sanitari che, preoccupati dai possibili contenziosi legali per danni ricevuti dai pazienti durante le cure, si cautelano prescrivendo esami diagnostici e terapie non necessarie, che costano allo Stato circa 10 miliardi di euro. La norma in corso di approvazione prevede che i medici debbano attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida "elaborate da società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute" (articolo 5) e che i professionisti sanitari siano perseguibili solo per colpa grave, responsabilità però comunque esclusa qualora abbiano seguito le raccomandazioni redatte da società scientifiche (articolo 6)³.

Il secondo provvedimento è il cosiddetto "decreto sull'appropriatezza" entrato in vigore lo scorso gennaio⁴ e ora in una fase sperimentale in attesa delle modifiche annunciate dopo l'intesa tra Governo, Regioni e Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO). Essenzialmente – per prevenire gli sprechi in Sanità – una commissione di esperti coordinata dal Ministero ha prodotto una lista di 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a condizioni di erogabilità; la norma prevede una sanzione economica per i medici che non seguano le indicazioni di appropriatezza prescrittiva del decreto.

DISEGNO DI LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

In prevalenza, società scientifiche e sindacati dei medici appoggiano il decreto sulla responsabilità evidenziandone i punti di forza. Diversa invece è la posizione di organizzazioni di medici e associazioni che si richiamano alla evidence-based medicine che – con punti di vista differenti – segnalano dei limiti importanti della normativa proposta, vuoi per i dubbi sull'indipendenza di giudizio nella valutazione delle prove da parte degli estensori di linee guida, vuoi per il rischio di compromettere una pratica clinica che sia la



Oltre al metodo, c'è un problema di contenuti. In primo luogo, si fa una gran confusione tra razionamento e appropriatezza

sintesi di prove derivanti dalla ricerca di migliore qualità, dell'esperienza dei medici e delle preferenze della persona malata.

In una lettera aperta al Ministero della Salute⁵, la Fondazione Allineare Sanità e Salute sostiene sia un errore molto grave anche per la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale che linee guida e buone pratiche siano emanate da società scientifiche seppure iscritte a un apposito elenco. La questione principale, dunque, sarebbe relativa a "chi" deve produrre le linee guida. La Fondazione propone di modificare il decreto prevedendo che le raccomandazioni siano "progressivamente elaborate da un sistema nazionale linee guida coordinato da una pubblica istituzione". Il gruppo di lavoro impegnato nella loro formulazione potrebbe comprendere esponenti della società scientifiche ma anche membri di ordini professionali, rappresentanti di organizzazioni di pazienti, metodologi forti di particolare esperienza in questo campo ed esperti di valutazioni comparative; tutti, a condizione che dichiarino i propri conflitti di interesse. Massima multidisciplinarietà, pertanto, nella composizione del gruppo di lavoro. Infine prima di ricevere il "visto: si adotti", la bozza delle linee guida andrebbe aperta ai contributi e commenti pubblici sul modello adottato dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Regno Unito o dalla US Preventive Services Task Force degli Stati Uniti.

Un po' diversa invece la posizione del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE) che ha messo quasi esclusivamente l'accento sul controllo della metodologia⁶ di produzione delle raccomandazioni. "Oltre 25 anni di ricerca sulle metodologie di produzione delle linee guida hanno dimostrato che la loro qualità non è garantita dall'autorevolezza dei produttori, né tantomeno dalla loro legittimazione normativa, ma è strettamente legata al rigore metodologico nel processo di elaborazione - che condiziona la ricerca, la valutazione e la selezione delle evidenze scientifiche - e a un'adeguata governance dei conflitti di interesse che influenzano in maniera rilevante la formulazione delle raccomandazioni cliniche". La richiesta del GIMBE al Senato, dunque, è di prevedere un riferimento esplicito a standard metodologici internazionali per la produzione di linee guida. L'Istituto Superiore di Sanità potrebbe avere il ruolo di garante, oltre che di collettore di linee guida.

L'Associazione Alessandro Liberati - Network Italiano Cochrane⁷ ha spostato il focus sulla funzione che le linee guida dovrebbero avere nella pratica medica, sostenendo che "la «responsabilità» professionale del medico dovrebbe essere valutata come la capacità di trovare una sintesi tra i risultati della ricerca (non solo quella riassunta dalle linee guida), le aspettative e i valori espressi dal paziente, e un uso responsabile delle risorse". Attribuire alle linee guida un valore normativo nasconderebbe paradossalmente un duplice rischio: da un lato indurre il medico rigorosamente aderente a decisioni non appropriate nel caso di quei pazienti sofferenti di patologie complesse, per esempio dovute a comor-

La definizione di criteri di derogabilità è funzione del Governo ma l'appropriatezza clinica si fonda su complesse interazioni di competenze scientifiche, relazione con il paziente, patrimonio etico e culturale della Professione

bilità; dall'altro, potrebbe esporre il medico responsabilmente non aderente nell'interesse del paziente a rischiare di essere perseguibile penalmente. In merito alla titolarità delle linee guida l'Associazione ritiene che "la produzione, la disseminazione e l'implementazione di linee guida siano attività costitutive di un Servizio Sanitario pubblico".

Il tema della responsabilità chiama dunque in causa i principi di trasparenza e indipendenza delle linee guida, e dell'appropriatezza delle scelte cliniche condivise con il paziente. Principi che rischiano di essere minati da un decreto legge nato con l'auspicio dichiarato di arginare il dilagare della medicina difensiva. Il 17 marzo 2016 la FNOMCeO ha presentato le proprie richieste in un'audizione alla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato⁸ affermando tra l'altro che "la responsabilità degli operatori della salute è un problema che deve assumersi il Paese e non deve essere lasciato all'attività lobbistica di singole categorie professionali". La Federazione ha voluto richiamare l'attenzione sulla necessità di un distinguo tra la "responsabilità sanitaria" alla quale si appella il decreto e la "responsabilità medica e professionale, in quanto è indubbio che tra i medici e le altre professioni esiste un livello enormemente diverso di responsabilità e di rischio". L'articolo 5 sulle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida andrebbe riscritto prevedendo per l'aggiornamento e validazione delle linee guida un organismo terzo nazionale che veda "la partecipazione di AGENAS, AIFA, ISS, Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e FNOMCeO e con l'apporto delle società scientifiche".

DECRETO APPROPRIATEZZA

Altrettanto delicato e contestato è il decreto sull'appropriatezza, disegnato – come ha ribadito il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin – con l'obiettivo non di razionare le cure ai cittadini ma piuttosto di evitare esami inutili e sprechi. In sintesi, le disposizioni contenute nella norma individuano una lista di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a condizioni di erogabilità e prevedono una sanzione economica per i medici in caso di comportamento prescrittivo non conforme (e non giustificato) a quanto stabilito dalla norma. La FNOMCeO e i rappresentanti delle professioni avevano caldamente invitato il Ministro della Salute a sospendere e a rivedere la norma. "La definizione di criteri di derogabilità è funzione del Governo ma l'appropriatezza clinica si fonda su complesse interazioni di competenze scientifiche, relazione con il paziente, patrimonio etico e culturale della Professione. Il ruolo della FNOMCeO alla definizione dei contenuti del decreto è mirato a contribuire ad individuare criteri di derogabilità, secondo priorità che tengano conto di evidenze e di competenze specifiche", si legge nella lettera al Ministero della Salute della Federazione dopo l'incontro con le Regioni e il Governo del 12 febbraio scorso, alla conclusione del quale le diverse parti si erano impegnate ad attivare "un tavolo congiunto allo scopo di definire le criticità evidenziate nella prima fase di vigenza del decreto" in un'ottica di semplificazione ed eventuale riformulazione dei criteri di erogabilità ed appropriatezza.

Le criticità espresse dalla Federazione e dalle Regioni hanno sortito i loro effetti. Nella circolare ministeriale del 25 marzo, la ministra Lorenzin ha comunicato infatti la necessità di "chiarire come la definizione delle 'condizioni di erogabilità di prestazioni appropriate' rappresenti un atto programmatico distinto dalla definizione dell'appropriatezza clinica, attinente alla qualità dell'atto professionale, da valutare con gli strumenti della revisione tra pari e che deve tener conto delle complesse interazioni proprie della relazione di cura"⁹. In questa fase sperimentale decade la norma sulla sanzione dei medici per prescrizioni inappropriate. Spetterà all'accordo Stato-Regioni individuare come e secondo quali criteri monitorare la coerenza del comportamento prescrittivo dei medici alle indicazioni di appropriatezza dettate dal decreto.

Altra voce molto attiva negli ultimi mesi è quella di Slow Medicine, che reputa 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 pra-

tica clinica"¹⁰. Oltre al metodo, c'è però un problema di contenuti. In primo luogo, si fa una gran confusione tra razionamento e appropriatezza. "Molti pensano - commentano Antonio Bonaldi e Sandra Vernero del direttivo dell'Associazione¹¹ - che la soluzione dei problemi della Sanità vada ricercata in un sistema perfetto di regole, misurazioni e controlli, ma non è così. Siamo pieni di dati inutili, che nessuno usa e che impegnano il tempo dei professionisti per compiti che nulla c'entrano con la cura. 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. Paradossalmente, in ambito sanitario il problema dei costi non va affrontato attraverso manovre di tipo economico".

Il decreto sull'appropriatezza, come anche il Ddl sulla responsabilità professionale, ha dunque aperto la strada a un insieme di riflessioni su come limitare gli sprechi in Sanità: per rendere la pratica medica più efficace, più sicura ed economicamente sostenibile, sarebbe necessario applicare le cure appropriate e disincentivare le numerose prestazioni inappropriate. Facile a dirsi, molto meno a tradurre questa determinazione nella pratica quotidiana. "Il recente decreto sull'appropriatezza vorrebbe identificare e prescrivere la effective care, ma in realtà si preoccupa solo di evitare l'overuse e il conseguente spreco di risorse, legittima aspirazione. Ma ignora l'underuse. E pretende di identificare e prevenire il misuse delle prestazioni e delle cure mediche attraverso un'analitica elencazione di condizioni nelle quali stabilisce per legge quelle giuste e quelle che non lo sono. Qui è sbagliato il principio: non è la legge, ma è solo il giudizio del medico a identificare quando, a chi e perché indicare un esame o prescrivere una cura", commentano per Torino Medica Luigi Pagliaro, professore emerito di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Palermo, e Giovanni Merlino, vice presidente dell'Ordine dei Medici di Palermo (vedi box "Qualità e appropriatezza in medicina"). "È verissimo che il medico spesso sbaglia, inducendo uno spreco di risorse soprattutto nell'indicare esami di laboratorio o di imaging immotivati. Però questo problema, che è certamente serio, non può essere contrastato dall'alto con l'emanazione di decreti. Si dovrebbero invece elevare e continuamente aggiornare le conoscenze dei medici. Un esempio e un tentativo - forse migliorabile, ma certamente già di eccellente livello scientifico e culturale - fu per molti anni il Bollettino d'informazione sui farmaci, gratuitamente inviato a tutti i medici iscritti all'Ordine. Oggi, al Ministero e all'AIFA di programmi di questo tipo non c'è traccia. Si punta invece sulle linee guida, nell'esperienza internazionale poco seguite e per nulla efficaci, e per giunta attribuite alla titolarità delle società scientifiche, derubricando l'Istituto Superiore di Sanità alla loro semplice registrazione".



Qualità e appropriatezza in medicina

Secondo lo schema ideato da Avedis Donabedian, la qualità della pratica medica ha tre componenti:

- qualità della struttura, cioè del sistema sanitario, delle sue risorse e della sua macro-organizzazione
- qualità d'uso del processo delle cure, che è la componente più strettamente correlata alla efficacia, efficienza e sicurezza delle cure e che viene generalmente identificata con l'appropriatezza
- esito delle cure (outcome) in termini di salute preservata o restituita.

Qualità	Componenti
Qualità della struttura (setting, sistema sanitario)	<ul style="list-style-type: none"> > Equità del sistema sanitario, garanzia di accesso alle cure di tutta la popolazione > Organizzazione e coordinamento del sistema sanitario > Edilizia, tecnologia, risorse economiche > Risorse umane: numero, qualificazione, organizzazione e carichi di lavoro del personale > Servizi di diagnosi e di terapia (laboratori, farmacia)
Qualità del processo (process, prestazioni mediche): appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> > Prevenzione delle malattie e controllo dei fattori di rischio > Competenza medica nel fare diagnosi, nell'indicare la terapia e nel prevenire per quanto possibile gli eventi avversi iatrogeni > Interpersonal relationship > Aderenza alle linee guida
Utilità dell'esito (outcome, risultati delle prestazioni mediche)	<ul style="list-style-type: none"> > Miglioramenti della salute di comunità e degli individui > Educazione e informazione dei pazienti > Migliori stili di vita della popolazione e degli individui > Soddisfazione dei pazienti

Tabella. Qualità della pratica medica (modificata da Donabedian A, JAMA 1988)

La rilevanza clinica della appropriatezza deriva dalle variazioni ingiustificate (unwarranted variations) della pratica medica, che nella sistematizzazione del Dartmouth Atlas Project sono di tre tipi:

- il sottoutilizzo (underuse) delle prestazioni e delle cure efficaci, efficienti e sicure (effective care);
- l'uso delle prestazioni e delle cure efficaci non motivato (misuse) dalle reali condizioni di salute e neanche dalle preferenze dei pazienti, ma in realtà in funzione delle preferenze dei loro medici (preference sensitive care);
- l'eccesso di prestazioni e di cure (overuse), dovute alla loro esagerata disponibilità (supply sensitive care), nella medicina attuale costituita dai crescenti numeri e tipologie delle specialità.

Luigi Pagliaro,

Professore emerito di Medicina interna dell'Università degli Studi di Palermo

Giovanni Merlino

Vice Presidente dell'Ordine dei Medici di Palermo

CONCLUSIONI

La relazione tra appropriatezza, decisioni cliniche e linee guida nelle due normative italiane è un problema che lo stesso Pagliaro aveva messo in evidenza in un articolo sul Sole 24 Ore Sanità firmato con Luca De Fiore, presidente della Associazione Liberati: "Sarebbe vano raccomandare di basare le decisioni cliniche su linee guida senza poter garantire agli operatori non soltanto l'accesso a queste raccomandazioni ma anche alle posizioni che, sulla letteratura internazionale, le hanno prodotte, le commentano, le criticano e le discutono".¹³

Queste considerazioni chiariscono anche un altro aspetto che lega i due decreti: entrambi hanno a che fare con le informazioni, con la loro produzione, affidabilità, accessibilità. "Molti anni di confronto in ambito scientifico – precisa De Fiore – hanno mostrato tutti i limiti dei dati e delle informazioni, troppo spesso poco robuste, raccolte in modo metodologicamente non rigoroso e molte volte presentate in modo poco comprensibile o lacunoso. La delicatezza della decisione che riguarda la salute delle persone impone una particolare prudenza, anche perché qualsiasi scelta è bene sia compiuta insieme al paziente, correttamente e adeguatamente informato". Gran parte dei commenti critici ai decreti vedono linee guida e raccomandazioni come strumenti per orientare i comportamenti dei medici, privi però di una valenza normativa. "L'impressione è che di fronte a problemi reali, come la medicina difensiva o l'over-prescrizione, le istituzioni pensino di trovare la soluzione agendo sulle conseguenze e non sulle cause che vedrei piuttosto nella crisi del rapporto di fiducia tra cittadini e sistema sanitario, nella sempre minore disponibilità di tempo che il medico può dedicare al paziente, per un crescente carico di lavoro burocratico, e nella difficoltà del servizio sanitario a diventare esso stesso produttore di conoscenze utili a guidare le decisioni condivise con gli utenti, a causa della contrazione dei finanziamenti alla ricerca indipendente e al mancato supporto ad un'educazione continua libera da interessi industriali e gestita in autonomia dai professionisti sanitari".

Note bibliografiche

- 1 Il DdL Gelli sulla "Responsabilità professionale" alla prova dell'Aula. Ecco tutte le novità del testo, Quotidiano Sanità, 25 gennaio 2016
http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=35600
- 2 Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera al DdL Gelli. Linee guida all'Iss, audit precluso alla magistratura e responsabilità extracontrattuale anche per i convenzionati, Quotidiano Sanità, 28 gennaio 2016
http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=35726
- 3 DdL 2224, Art. 5 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida". 1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Ai fini della presente legge, le linee guida vengono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità. DdL 2224, Art. 6 "Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria". 1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente: «Art. 590-ter. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). – L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave. Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge».

- 4 Decreto 9 dicembre 2015. Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, Gazzetta Ufficiale, 20 gennaio 2016
- 5 Lettera aperta al Ministro della Salute del Comitato scientifico della Fondazione Allineare Sanità e Salute, novembre 2015
http://www.csermeg.it/s_files/sin_news/allegati/esempi_di_lg_societa_scientifiche_e_conflitti_interessi_nov_1448977972.pdf
- 6 Fondazione GIMBE, Linee guida e responsabilità professionale: puntare tutto su rigore metodologico e trasparenza, Il Sole 24 Ore Sanità, 10 febbraio 2016
<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2016-02-10/linee-guida-e-responsabilita-professionale-puntare-tutto-rigore-metodologico-e-trasparenza-102807.php?uuiid=ACzllKRC>
- 7 Filippini G, De Fiore L, DdL responsabilità professionale. Network Cochrane Italia: "Il 'sistema linee guida' va affidato a un'istituzione pubblica indipendente", Quotidiano Sanità, 16 novembre 2015 http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=33424
- 8 Audizione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sul Disegno di Legge n. 2224 recante "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" adottato dalla Commissione quale testo base per il seguito dell'esame. FNOMCeO, 17 marzo 2016 <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/downloadFile.nocache?id=144633>
- 9 Fassari L, Decreto appropriatezza. Sospese le sanzioni ai medici. Scatta la fase sperimentale. Nessun limite per pazienti oncologici, cronici e invalidi. La circolare del ministero della Salute. Quotidiano Sanità, 26 marzo 2016
http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=37993
- 10 Slow Medicine. Decreto "Appropriatezza": l'ennesimo pasticcio all'italiana
<http://www.slowmedicine.it/notizie/143-appropriatezza-prescrittiva/424-decreto-appropriatezza.html>
- 11 Appropriatezza? Non per decreto ma per scelta. Va' Pensiero n. 693, 10 febbraio 2016 http://pensiero.it/attualita/articolo.asp?ID_sezione=37&ID_articolo=1318
- 12 Donabedian A, The quality of care. How can it be assessed?, JAMA 1988; 260: 1743-48
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=374139>
- 13 Pagliaro L, De Fiore L, Responsabilità del medico: oltre le linee guida, Sole 24 Ore Sanità, 23 novembre 2015
<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2015-11-23/responsabilita-medico-oltre-linee-guida-094410.php?uuiid=ACB5SVfB>

La pratica medica sotto controllo: uno sguardo oltre confine

A cura de *Il Pensiero Scientifico*

Nel nostro Paese, la questione del controllo del comportamento prescrittivo dei camici bianchi è sotto i riflettori alla luce del disegno di legge sulla responsabilità professionale medica e del cosiddetto decreto sulla appropriatezza. Misure che nel breve o lungo periodo vengono avvertite dalla classe medica italiana come norme imposte dall'alto che potrebbero minare vuoi il principio di autonomia del professionista sanitario, vuoi la medicina centrata sul singolo paziente e la produzione di linee guida indipendenti e trasparenti. Sorge quindi spontaneo osservare quali regole e quali strumenti di governance del comportamento prescrittivo dei medici sono adottati oltre i confini italiani come, per esempio, negli USA, in Gran Bretagna e in Francia dove le linee guida non hanno alcun valore normativo nei confronti dei professionisti e non vengono esercitati dei controlli diretti sull'appropriatezza prescrittiva ricorrendo anche a sanzioni.

Negli Stati Uniti, maggiori produttori di linee guida cliniche (ad oggi ne hanno già pubblicate 2159), le linee guida possono essere prodotte, previa sottomissione di una richiesta formale all'Agency for Healthcare Research and Quality, da qualsiasi organizzazione – in primis le società scientifiche che fanno la parte da leone, e a seguire enti di ricerca, singole università o ospedali, istituzioni infermieristiche e lo stesso governo americano con il National Clinical Guideline Centre e la US Preventive Services Task Force. Il singolo professionista non è tenuto ad applicare alla lettera le raccomandazioni contenute anche se la piena autonomia prescrittiva decade, come ci spiega Gavino Maciocco, quando "le assicurazione stabiliscono – sulla base di proprie linee guida – quali prestazioni rientrano nel pacchetto di terapie e servizi coperti dall'assicurazione".

Diversa invece la conduzione dei lavori oltremarina. In Gran Bretagna entra in gioco il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – agenzia governativa indipendente – che Richard Smith¹, ex direttore del British Medical Journal (BMJ), aveva definito "una delle più importanti esportazioni culturali della Gran Bretagna insieme a Shakespeare, alla fisica newtoniana, ai Beatles, a Harry Potter e ai Teletubbies." Il NICE ha il mandato di produrre valutazioni di health technology sull'efficacia clinica e sulla costo-efficacia soprattutto di prodotti farmaceutici e la produzione di linee guida cliniche che forniscono ai professionisti sanitari raccomandazioni per il trattamento di condizioni specifiche. Le linee guida sono sviluppate – attraverso una complessa procedura standard – da un gruppo di lavoro formato da medici specialisti, di medicina generale e da pazienti con una rigida politica sui conflitti di interesse. Le raccomandazioni in esse raccolte suggeriscono, con diversi gradi di forza, interventi che (non) devono, dovrebbero o potrebbero essere usati. La parola del NICE conta su quelle che saranno le scelte del Governo di erogare gratuitamente o meno un farmaco piuttosto che un altro e che a loro volta esercitano un controllo sulle scelte prescrittive del medico. Altro punto di forza che potrebbe essere un buon esempio da prendere, ci spiega Fabrizio Tediosi, sarebbe la regia centrale di un ente indipendente qual è il NICE, "grazie alla quale si è riusciti a diffondere una forte cultura della valutazione che favorisce l'aderenza alle linee guida sia per la pratica clinica sia per l'organizzazione dei servizi".

Sorge spontaneo osservare quali regole e quali strumenti di governance del comportamento prescrittivo dei medici sono adottati oltre i confini italiani come, per esempio, negli USA, in Gran Bretagna e in Francia dove le linee guida non hanno alcun valore normativo nei confronti dei professionisti

Ispiratrice potrebbe essere anche la storia della Francia. Nel 1993 su iniziativa delle assicurazioni sanitarie e dei sindacati medici erano state introdotte dal Governo francese le *Références Médicales Opposables* (RMO) indirizzate ai liberi professionisti (generalisti o specialisti) con l'obiettivo di promuovere delle regole destinate a limitare se non a sopprimere cure e prescrizioni inutili o pericolose dal punto di vista medico. Le *Références* individuavano sulla base di criteri scientifici interventi ammissibili, inutili o inutili-e-sconsigliati. La loro istituzione è stata uno degli elementi portanti della politica del *Maîtrise Médicalisée*, ossia del sistema di contenimento medicalizzato della spesa sanitaria che si fonda su criteri legati alla pratica medica e non sulle impostazioni di parametri fissi di spesa². Inizialmente le *Références* avevano forza di legge: al medico che in un arco di tempo superava un certo numero di prescrizioni non ammissibili queste potevano essergli 'opposte' dalla Cassa Nazionale Assicurazione Malattia e poteva essere penalizzato finanziariamente. La loro istituzione era stata oggetto di forte dibattito in Francia fino a che nel 1999 il Consiglio di Stato ha annullato le sanzioni finanziarie per chi non rispettava le RMO. Attualmente le RMO sono state sostituite dalle raccomandazioni di buona pratica che vengono sviluppate da una commissione nazionale e sotto la guida della Haute Autorité de Santé, la sorella francese della nostra Agenzia Italiana del Farmaco. Però, la Haute Autorité de Santé si occupa della produzione di protocolli razionali di diagnosi, delle direttive su screening e prevenzione, di health technology assessment anche di dispositivi medici nonché di valutazioni economiche applicate alla salute. Lo scopo di tali valutazioni³ è studiare il risultato di un intervento sanitario sulla base delle risorse utilizzate per produrlo. La premessa è che gli interventi sanitari soggetti a valutazione da parte delle istituzioni pubbliche siano confrontati sulla base dei loro risultati e i relativi costi. Come si legge sul sito dell'Agenzia, "la valutazione economica non è solo per mettere in prospettiva il risultato di interventi sanitari rispetto alle risorse impiegate sotto forma di un rapporto costi-ricavi. Va inquadrata in un approccio più ampio in grado di integrare: valutazioni delle conseguenze economiche dei cambiamenti organizzativi indotti dalla scelta di un particolare intervento; valutazioni dell'impatto sull'equità del sistema della decisione di adottare un determinato intervento sanitario; riflessioni sul modo con il quale gli incentivi possano influenzare il comportamento degli operatori sanitari e dei pazienti; analisi dell'impatto sul bilancio per misurare gli effetti positivi o negativi della decisione di adottare/rimborsare una prestazione sanitaria".

Lo scopo della valutazione economica è quello di dare la priorità alle varie opzioni in base alla loro capacità di generare i migliori risultati possibili sulla base delle risorse utilizzate. In sintesi, diversamente dalla strada imboccata dall'Italia di controllare l'efficienza del singolo professionista, la Francia parte dal presupposto del controllo economico della prestazione e del miglior rendimento del sistema: è il contesto a dover essere più o meno efficiente.

Note bibliografiche

- 1 Smith R, The triumph of NICE, BMJ 2004; 329:0-g
<http://www.bmj.com/content/329/7459/0.8?goto=reply>
- 2 Giarelli G, Il malessere della medicina. Un confronto internazionale, Milano 2006, Franco Angeli
- 3 Haute Autorité de Santé. Évaluation médico-économique
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250026/fr/evaluation-medico-economique

Il supermercato di linee guida a stelle e strisce

Colloquio con Gavino Maciocco,
Università di Firenze

Negli USA chi è titolare della produzione delle linee guida per la pratica medica e chi ne garantisce la qualità?

Diversamente dalla Gran Bretagna dove il NICE ha il potere di produrre ed emanare le linee guida per la pratica clinica, negli Stati Uniti le linee guida vengono sviluppate da università, enti di ricerca, Ministero della sanità e, non da ultime, le società scientifiche (prevalentemente statunitensi, ma non solo), mentre per il controllo e la disseminazione entra in gioco un secondo attore: la National Guideline Clearinghouse, una branca dell'Agency for Healthcare Research and Quality, l'agenzia governativa dipendente dal Ministero della sanità per il miglioramento della qualità, della sicurezza e rischio clinico, efficacia e efficienza del sistema sanitario statunitense. La mission della National Guideline Clearinghouse è di "fornire a medici e professionisti sanitari, provider di cura, sistemi integrati di consegna e altri attori dei meccanismi accessibili per ottenere informazioni dettagliate e imparziali sulle linee guida per la pratica clinica e per promuoverne la disseminazione, l'implementazione e l'utilizzo". Di fatto la National Guideline Clearinghouse si limita a selezionare, raccogliere e mettere a disposizione di tutti le linee guida prodotte da altri soggetti verificando che soddisfino determinate caratteristiche di solidità dell'impianto metodologico senza però entrare nel merito della qualità finale del prodotto. Non sorprende quindi che il vasto catalogo di linee guida contenga più documenti sullo stesso argomento che arrivano a conclusioni anche molto diverse. Le raccomandazioni contenute – che per la gran parte provengono dalle società scientifiche – vengono usate dai professionisti sanitari e anche dalle compagnie assicurative per decidere in base a criteri di efficacia quali prestazioni diagnostiche, terapeutiche o assistenziali sono coperte in un determinato contratto. Quali siano fondatezza e autorevolezza delle linee guida applicate nel sistema assicurativo è tutto da dimostrare, tenuto conto che le prestazioni sanitarie con una valutazione certa di efficacia sono meno del 20% e quindi nel rimanente 80% dei casi la valutazione viene lasciata a interpretazioni soggettive e a considerazioni di carattere finanziario.

Che valore hanno quindi le linee guida per il medico di medicina generale negli USA?

Le linee guida hanno il valore di una raccomandazione svolta allo scopo di aiutare le decisioni del medico e/o del paziente sulle cure più adatte in determinate circostanze. Il professionista autonomo è libero di scegliere di adeguarsi o di non adeguarsi alle linee guida. Ma la situazione cambia se esso opera all'interno di un servizio gestito da una compagnia di assicurazione che stabilisce – sulla base di proprie linee guida – quali prestazioni rientrano nel pacchetto di terapie e servizi coperti dall'assicurazione. Il comportamento prescrittivo ne è condizionato: laddove il medico sa che una prestazione non è rimborsata dall'assicurazione è libero di prescriberla ma dovendo dire al suo assistito che deve pagare di tasca propria. Questo condizionamento è stato oggetto di dibattito negli Stati Uniti. Alcuni anni fa lo stesso direttore del New England Journal of Medicine, Jerome Kassirer, fu costretto a dimettersi perché in un editoriale affermò che spesso il medico si trova di fronte al dilemma se perseguire i diritti alla cura del paziente oppure se seguire i diritti del proprio portafoglio.

Alcuni anni fa lo stesso direttore del New England Journal of Medicine, Jerome Kassirer, fu costretto a dimettersi perché in un editoriale affermò che spesso il medico si trova di fronte al dilemma se perseguire i diritti alla cura del paziente oppure se seguire i diritti del proprio portafoglio

Qual è il limite delle linee guida nella governance dei comportamenti prescrittivi dei medici?

Oggi la questione delle linee guida viene dibattuta all'interno di una cornice più ampia: a cosa servono e come vengono costruite? Le linee guida vengono sviluppate essenzialmente sulla base di evidenze prodotte da studi clinici su singole patologie e su gruppi di pazienti selezionati che generalmente non includono soggetti anziani, persone con comorbilità o pazienti psichiatrici. Ciò che circola quindi sono linee guida che rispecchiano poco o nulla della situazione reale del singolo paziente che generalmente è anziano e ha più patologie. Davanti a un paziente diabetico il medico può affidarsi alle linee guida come indirizzo tecnico-scientifico. Ma se il paziente non è solo diabetico ma anche cardiopatico e con altre patologie, magari con gravi problemi economici e familiari, la linee guida non può essere applicata in maniera meccanica e automatica. Quindi le linee guida non possono essere vincolanti nei confronti delle decisioni e dei comportamenti dei medici. La prima grande obiezione da fare al testo in discussione al Senato è che di fatto obbliga i medici ad attenersi alle linee guida, perché "attenersi" escluderà la colpa grave (e quindi l'incriminazione) per chi abbia cagionato a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita. La seconda grande obiezione è affidare lo sviluppo delle linee guida alle società scientifiche che potrebbero essere influenzate da chi le finanzia e cioè l'industria biomedica.

Una soluzione?

Una soluzione potrebbe essere quella intrapresa da altre nazioni, come la Svezia e la Gran Bretagna: istituzioni statali e indipendenti dal punto di vista di chi ne ha la responsabilità che producono linee guida e che rappresentano un riferimento per i professionisti ma non un vincolo per i prescrittori.

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.



VILLA GRAZIALMA - AVIGLIANA
Presidio accreditato dall'ASL TO3

Convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale - R.S.A.

Il pragmatismo Oltremarica

Colloquio con Fabrizio Tediosi

Health Systems Research & Dynamical Modelling Unit, Department of Epidemiology and Public Health Swiss Tropical and Public Health Institute, Basilea (Svizzera)

Oltremarica come viene indirizzata la prescrizione dei medici?

Una sorta di indirizzo viene sicuramente dal NICE, l'agenzia governativa che ha il compito di fornire valutazioni sulla qualità dei servizi erogati dal National Health Service (NHS), di produrre report sull'introduzione e impiego di tecnologie sanitarie e di sviluppare linee guida di tipo clinico. Il NICE produce valutazioni sul valore delle innovazioni da introdurre nel sistema sanitario, dei processi clinici e dei comportamenti prescrittivi, delle modalità di erogazione dei servizi (service delivery) e, più recentemente, anche dell'impatto sociale degli interventi. I report del NICE sono vincolanti per il NHS: qualsiasi innovazione, che sia una tecnologia, un farmaco o un servizio, per essere erogato dal NHS in prima istanza deve ricevere il parere positivo del NICE per poi passare alla negoziazione politica. L'attività pragmatica e consolidata di valutazione del NICE produce una grossa mole di dati anche sulle prescrizioni che permette al NHS un controllo sistematico sui comportamenti prescrittivi dei General Practitioners. Comportamenti che a loro volta sono orientati da un lato dalle linee guida prodotte dal NICE, e dall'altro da un sistema di remunerazione in parte basato sulla performance, definita da un sistema di standard e da un mix di indicatori. Questo sicuramente è un modo per governare i comportamenti dei medici; tuttavia non esistono evidenze solide che esso migliori l'efficienza del sistema salute: innanzitutto perché è difficile definire dei sistemi di valutazione della performance ragionevoli e poi perché spesso i medici, i provider, sono in grado di aggirare i vincoli e quindi di raggiungere gli obiettivi che conviene loro raggiungere.

Questo modello anglosassone potrebbe essere un buon esempio di governance dei comportamenti prescrittivi dei medici trasparente e indipendente?

Per l'Italia il modello anglosassone è sempre stato fonte di ispirazione per affinità del sistema sanitario. Se anche in Italia si investisse maggiormente sulla valutazione dei servizi sanitari in generale e delle innovazioni attraverso un maggiore coordinamento a livello centrale, sulla linea di quanto succede in Inghilterra, sarebbe un passo avanti. Il punto di forza dell'Inghilterra, da prendere come esempio, sarebbe sicuramente la regia centrale del NICE grazie alla quale si è riusciti a diffondere una forte cultura della valutazione che favorisce l'aderenza alle linee guida sia per la pratica clinica sia per l'organizzazione dei servizi. A questo si aggiunge una governance più trasparente rispetto ad altri Paesi: l'attività del NICE è sotto l'attenzione del sistema sanitario e anche della politica. Il contesto è sicuramente più avanzato e più organizzato del nostro con una cultura della valutazione più diffusa, tuttavia non è esente da problemi di conflitti di interesse che esistono ovunque.

A generare l'inefficienza di un sistema contribuisce l'erogazione di prestazioni sanitarie non indispensabili. In Italia si sta cercando di contrastare il fenomeno con due testi di legge sulla responsabilità professionale e l'appropriatezza prescrittiva del medico. Cosa ne pensa?

In un periodo di difficoltà economica dove non ci è permesso di sprecare è ragionevole in-

Se anche in Italia si investisse maggiormente sulla valutazione dei servizi sanitari in generale e delle innovazioni attraverso un maggiore coordinamento a livello centrale, sulla linea di quanto succede in Inghilterra, sarebbe un passo avanti

dividuare i servizi meno efficaci sui quali serve disinvestire. Tuttavia è irragionevole affrontare il problema con due decreti senza considerare i cambiamenti necessari per affrontare le diverse cause dell'inappropriatezza e innescare miglioramenti significativi dell'appropriatezza prescrittiva. Non ho molte speranze sull'efficacia del "decreto appropriatezza" e la discussione che ne è conseguita, sia per migliorare l'efficienza del SSN sia per la sua sostenibilità. Per realizzare tali cambiamenti sono necessari interventi ben più articolati da perseguire con processi partecipati dai portatori di interesse del modo della sanità a partire dai medici e dal management delle aziende sanitarie. Sarebbe inoltre necessario investire più seriamente nella ricerca sui servizi per capire sia cosa funziona e cosa non funziona in differenti contesti, sia come realizzare cambiamenti che consentano di reinvestire in settori più promettenti in una prospettiva di investimento e non di taglio. Il problema andrebbe affrontato nella sua complessità coinvolgendo i medici e restituendo meccanismi di governance più forti anche a livello centrale, regionale, locale per riuscire a disinvestire in ambiti a bassa efficacia e investire invece sulle innovazioni utili. ■



Appropriatezza clinica

Sandra Venero

*Cofondatore e vicepresidente Associazione Slow Medicine,
Coordinatore del progetto*

"Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy"

Il concetto di **appropriatezza clinica**¹ prevede che venga effettuata la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto.

La sua definizione risale almeno agli anni '90:

- "Si definisce appropriata una procedura se i benefici da essa derivanti superano i rischi ad essa connessi con una probabilità tale da renderla preferibile alle possibili alternative"²
- "L'appropriatezza deriva dal rapporto tra la probabilità che l'intervento – somministrato in certe circostanze – produca un effetto positivo rispetto a quella che produca effetti negativi"³

È importante ricordare che l'appropriatezza clinica, rapporto tra benefici e possibili danni, deve riferirsi al singolo paziente.

L'Institute of Medicine (IOM) degli USA ha messo al centro del suo rapporto del 2001 "Crossing the Quality Chasm"⁴, pietra miliare nel mondo della qualità in medicina, la necessità di superare tre tipologie di problemi di inappropriatezza clinica:

- il sovrautilizzo (overuse)
- il sottoutilizzo (underuse)
- lo scorretto utilizzo o errore (misuse)

di esami o prestazioni terapeutiche.

Ma fino a poco tempo fa il concetto di appropriatezza clinica non ha ricevuto la dovuta attenzione nel mondo medico né ha trovato una adeguata applicazione pratica.

Le ragioni sono molteplici.

Nella realtà delle organizzazioni sanitarie, come faceva notare Pierluigi Morosini, l'appropriatezza è stata più spesso applicata nella sua componente organizzativa, trascurando quella clinica o professionale.

Molti modelli di qualità si sono poi focalizzati su criteri di "conformità ai requisiti" e sulla "capacità di soddisfare le esigenze e le aspettative di tutte le parti interessate", senza prendere in considerazione l'impatto clinico di esami e trattamenti in termini di benefici e di possibili danni per i pazienti.

Per di più, le modalità di finanziamento delle organizzazioni sanitarie, imperniate sulla quantità di prestazioni effettuate e non sul raggiungimento di obiettivi di salute, non hanno favorito il contrasto a sprechi e inappropriatezze cliniche.

Quando poi la pratica clinica è stata analizzata dai professionisti attraverso audit strutturati, la maggiore attenzione è stata posta alla componente del sottoutilizzo, cioè a esami e trattamenti non erogati quando sarebbero stati necessari, e a quella dello scorretto utilizzo o errore, trascurando il terzo problema di appropriatezza indicato dall'IOM, quello del **sovrautilizzo**, ovvero l'erogazione di esami e trattamenti non necessari e spesso addirittura dannosi.

Fino a poco tempo fa il concetto di appropriatezza clinica non ha ricevuto la dovuta attenzione nel mondo medico né ha trovato una adeguata applicazione pratica



Il rapporto tra risultati clinici e spesa pro capite per la salute è in Italia uno dei migliori a livello internazionale [...]. Sono però presenti aree di sottoutilizzo di risorse (per esempio la spesa per le cure agli anziani e ai disabili) accanto ad altre in cui si rileva un eccesso di esami e trattamenti

Da una ricerca Medline da noi effettuata⁵ riguardante gli articoli inerenti alla pratica medica pubblicati in Italia nei precedenti 10 anni, su un totale di 167.296 solo 141 erano focalizzati sull'inappropriatezza clinica (0,084%), e di questi solo 29 riguardavano il sovrautilizzo di esami e trattamenti.

Solo in anni recenti il fenomeno del sovrautilizzo di esami e trattamenti ha cominciato ad essere oggetto di attenzione e valutato nelle sue dimensioni: negli Usa si è valutato che il suo ammontare corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitaria^{6,7}; e anche l'OMS ha stimato nel 2010 che una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenti uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse.

Questi stessi studi sottolineano come, per limitare esami e trattamenti non necessari, sia fondamentale il ruolo dei medici, dalle cui decisioni si stima dipenda circa l'80% della spesa sanitaria.

Tanto più che dati di sovrautilizzo riguardano un numero sempre crescente di prestazioni sanitarie, come ad esempio gli interventi di angioplastica nei pazienti con angina stabile, le colonscopie, gli esami di Risonanza magnetica della colonna lombare, i parti eseguiti con cesareo.

Di importanza fondamentale per il tema dell'appropriatezza clinica è stato un documento internazionale lanciato nel 2002: la "**Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio**"^{8, 9}, redatta dalla Fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation), da quella dell'ACP (American College of Physicians) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna.

La Carta, una sorta di codice deontologico per i medici di tutto il mondo, ha come suoi principi fondamentali il primato del benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In particolare, forse per la prima volta nella storia della medicina, la Carta **chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell'allocazione appropriata delle risorse**, che sono limitate, e dell'evitare test e procedure superflue, dato che "fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri".

In seguito, è emerso con sempre maggior chiarezza dalla letteratura scientifica¹⁰ che il sovrautilizzo di esami e trattamenti non ha solo la valenza economica di spreco, ma si può configurare come un vero e proprio errore clinico, che danneggia i pazienti sia direttamente – come nel caso delle radiazioni ionizzanti in eccesso, di molte procedure invasive, degli effetti collaterali dei farmaci – sia indirettamente attraverso falsi positivi e sovradiagnosi¹¹, cui conseguono ulteriori esami e interventi chirurgici, in un circolo vizioso pericolosissimo.

Spetta dunque ai medici e agli altri professionisti affrontare in prima persona la questione dell'appropriatezza clinica nelle sue diverse componenti.

Una prima iniziativa concreta in questo senso è rappresentata dalla campagna **Choosing Wisely**¹² promossa nel 2012 da ABIM Foundation, negli USA, con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione indipendente di consumatori, attraverso l'invito rivolto alle società scientifiche USA ad individuare ognuna una lista di 5 test o trattamenti sanitari comunemente utilizzati nella propria specialità, il cui impiego debba essere messo in discussione da pazienti e clinici.

Pazienti e cittadini dovranno sempre più assumere un ruolo attivo nell'ambito del rapporto medico-paziente: la decisione circa l'effettuazione di quegli esami e trattamenti non deve essere lasciata al solo medico, ma venire il più possibile condivisa tra medico e paziente, grazie ad un colloquio in cui il medico esponga i benefici e i possibili danni del trattamento in questione e ascolti e tenga in considerazione valori, aspettative e preferenze della persona che ha di fronte.

L'assunzione di un ruolo più attivo da parte del paziente comporta anche che questi si abitui a porre al medico delle domande, come ad esempio:

- Ho veramente bisogno di questo esame/trattamento?
- Quali sono i rischi?
- Ci sono alternative più semplici e sicure?
- Cosa succede se non faccio questo esame/trattamento?
- Quanto costa?

L'adesione delle società scientifiche USA è stata molto alta: dopo le prime 9 liste di test e trattamenti a rischio di inappropriatezza pubblicate ad aprile 2012, risultano attualmente più di 70 le società che hanno presentato una o più liste per un totale di più di 400 pratiche¹³.

Slow Medicine¹⁴, associazione di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, fin dalla sua fondazione ha affrontato la questione dell'appropriatezza clinica e in particolare quella del sovrautilizzo di molti esami diagnostici e trattamenti in Italia.

Il rapporto tra risultati clinici e spesa pro capite per la salute è in Italia uno dei migliori a livello internazionale e nettamente più favorevole rispetto a quello USA: la spesa pro capite per l'assistenza sanitaria è inferiore alla media dei paesi OCSE e i risultati di salute mediamente superiori.

Sono però presenti aree di sottoutilizzo di risorse (per esempio la spesa per le cure agli anziani e ai disabili) accanto ad altre in cui si rileva un eccesso di esami e trattamenti: basti pensare all'altissimo numero di apparecchiature e di esami TAC e RMN per numero di abitanti, alla percentuale di parti con cesareo, al sovrautilizzo di antibiotici.

Gli stessi radiologi, anche nella consapevolezza dei danni conseguenti ad un'eccessiva esposizione alle radiazioni ionizzanti, si stanno interrogando sull'appropriatezza degli esami radiologici che eseguono. Un loro recente studio eseguito in Italia su prestazioni radiologiche ambulatoriali¹⁵ ha dimostrato l'appropriatezza solamente del 56% di queste: il 44% delle prestazioni prese in esame poteva essere evitato senza recare alcun danno al paziente.

Nel 2012, subito dopo il lancio di *Choosing Wisely* negli Stati Uniti, Slow Medicine ha pertanto lanciato in Italia il progetto **Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy**^{16, 17}, invitando le società scientifiche e associazioni professionali a individuare pratiche a rischio di inappropriatezza in Italia, che possano essere oggetto di dialogo nella relazione tra i professionisti e i pazienti e i cittadini.

Si tratta di pratiche che:

- sono effettuate molto comunemente in Italia;
- non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali vengono generalmente prescritte;
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

La prima motivazione dei professionisti è etica e deontologica, in quanto proviene dalla consapevolezza che oltre ad apportare scarsi benefici quegli esami e quei trattamenti rischiano di provocare danni anche seri ai loro pazienti

Non è stato volutamente incluso tra i criteri di scelta quello dell'alto costo, perché il progetto non fosse considerato come un mero "razionamento" di risorse.

È importante sottolineare che gli esami e i trattamenti individuati dai professionisti non rappresentano liste di esclusione ma esami e trattamenti su cui il professionista deve riflettere ogni volta, e di cui deve parlare con il paziente. Il vero obiettivo di *Choosing Wisely* è quello di **favorire il dialogo** dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini, in modo che vengano fornite informazioni sui rischi e sui benefici di esami diagnostici e trattamenti a rischio di inappropriatelyzza, e che le scelte di cura possano essere condivise e coerenti con i valori e le preferenze dei pazienti.

Si sono associati come partner del progetto FNOMCeO, IPASVI, l'Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano.



Hanno aderito al progetto più di 30 società scientifiche mediche, oltre a società di farmacisti, di infermieri e di fisioterapisti, e sono state pubblicate, a marzo 2016, 29 liste di esami e trattamenti a rischio di inappropriatelyzza in Italia, per un totale di 145 pratiche.

E sono iniziate le prime applicazioni: il progetto **Scegliamo con cura**, prima implementazione sul territorio, a Torino e in Piemonte, delle pratiche a rischio di inappropriatelyzza individuate dai Medici di Medicina Generale della SIMG, che si sta ampliando nel 2016 ad alcune altre Società Scientifiche per permettere la condivisione delle indicazioni di appropriatezza fra medici di medicina generale e specialisti; e il progetto **Ospedali e Territori Slow**, che, a seguito dell'esperienza dell'ospedale di Cuneo, sta coinvolgendo aziende ospedaliere e territoriali in rete tra loro.

Choosing Wisely, lanciato negli Stati Uniti nell'aprile 2012, è ormai diventato un movimento **internazionale** composto da 17 Paesi tra cui l'Italia¹⁸, rappresentata

da Slow Medicine: si è dotato di principi condivisi nel corso di due incontri tenuti ad Amsterdam nel 2014 e a Londra nel 2015 e terrà il suo prossimo incontro a Roma a maggio 2016.

Dalla descrizione dei progetti di Slow Medicine emergono chiaramente sia le loro caratteristiche¹⁹, sia le loro differenze rispetto al decreto ministeriale sulla "Appropriatezza prescrittiva"^{20, 21}:

- sono i medici, insieme agli infermieri, ai farmacisti, ai fisioterapisti e agli altri professionisti sanitari, ad **assumersi la responsabilità** di individuare in maniera sistematica quegli esami e quei trattamenti che vengono effettuati in eccesso: non si tratta di una imposizione dall'alto come nel decreto;
- la prima motivazione dei professionisti è **etica e deontologica**, in quanto proviene dalla consapevolezza che oltre ad apportare scarsi benefici quegli esami e quei trattamenti rischiano di provocare danni anche seri ai loro pazienti. La motivazione economica, l'unica richiamata dal decreto ministeriale sull'appropriatezza, in *Choosing Wisely* e negli altri progetti di Slow Medicine resta in secondo piano; e fa riferimento non ad un semplice taglio di costi ma ad un riequilibrio tra sovrautilizzo e sottoutilizzo per un impiego più appropriato delle risorse ed una medicina più equa;
- infine alla base dei progetti di Slow Medicine vengono posti il delicato **rapporto**

di fiducia tra medico e paziente e la relazione che deve instaurarsi per permettere scelte informate e condivise nel rispetto di valori e preferenze del paziente, elementi del tutto trascurati dal decreto. Le decisioni condivise rappresentano un incontro tra due tipi di "esperti": i medici, che possono essere esperti nella scienza medica, ed i pazienti, esperti in ciò che può essere meglio per ognuno di loro. L'appropriatezza clinica non può non far riferimento al singolo paziente.

Noi pensiamo che queste caratteristiche dei progetti di Slow Medicine, coerenti con i principi di appropriatezza clinica, siano alla base della risposta estremamente positiva finora ricevuta da parte sia dei professionisti sia di pazienti e cittadini.

Note bibliografiche

1. Vernerio S. "Scegliere saggiamente (*Choosing Wisely*)" in Manuale Critico di Sanità Pubblica e Prevenzione, Francesco Calamo Specchia, Maggioli Editore, ottobre 2015.
2. Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL et al., Measuring the necessity of medical procedures. *Med Care* 1994; 32: 357-365
3. Muir Gray JA, L'assistenza sanitaria basata sulle prove: come organizzare le politiche sanitarie, Ed. italiana a cura di Alessandro Liberati e Roberto Grilli, Centro scientifico, Torino 1999
4. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001
5. Domenighetti G, Vernerio S, Looking for waste and inappropriateness: if not now, when? *Intern Emerg Med* (2014) 9 (Suppl): S1-S7
6. Berwick DM, Hackbarth A, Eliminating waste in US health care [published online ahead of print March 14, 2012]. *JAMA*. doi: 10.1001/jama.2012.362
7. Brody H, From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012; 366: 1949-51
8. American Board of Internal Medicine Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002; 136(3): 243-246.
9. http://www.medicina.unimi.it/files/_ITA_/Homepage/Carta_professio_medica.pdf
10. Grady D, Redberg RF, Less Is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Int Med* 2010; 170: 749-750
11. Welch HW, Schwartz LM, Woloshin S, Sovradiagnosis. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati. Il Pensiero Scientifico Editore 2014.
12. Cassel CK, Guest JA, *Choosing Wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care*. *JAMA*. 2012; 307: 1801-2
13. <http://www.choosingwisely.org/>
14. Bonaldi A, Vernerio S, Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 85-91
15. Cristofaro M. et al, Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests, *Radiol med* (2011) 116: 000-000 DOI 10.1007/s11547-011-0725-2
16. Domenighetti G, Vernerio S, Fare di più non significa fare meglio, *SaluteInternazionale.info* 8 maggio 2013
17. Vernerio S, Domenighetti G, Bonaldi A, Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014; 349: g4703
18. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, On behalf of the *Choosing Wisely* International Working Group. '*Choosing Wisely*': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167-174
19. <http://www.slowmedicine.it/notizie/143-appropriatezza-prescrittiva/397-l-appropriatezza-secondo-slow-medicine.html>
20. <http://www.slowmedicine.it/notizie/143-appropriatezza-prescrittiva/424-decreto-appropriatezza.html>
21. Vernerio S, Appropriatezza: non per decreto ma per scelta. *SaluteInternazionale.info*, 17 febbraio 2016

la buona pratica

Appropriatezza: una responsabilità esclusiva del medico

Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino

Mario Nejrotti
Direttore Torino Medica



Ridurre la distanza tra conoscenza scientifica e pratica medica quotidiana e tra aspettative dei cittadini, spesso alimentate ad arte, e concrete possibilità di soluzione dei problemi è un processo lento e difficile, che non può essere risolto d'imperio

L'appropriatezza prescrittiva in senso lato, ovvero la capacità di scegliere e decidere professionalmente, è una delle fondamentali abilità che il medico acquisisce e mantiene per essere tale.

In ogni processo diagnostico-terapeutico il professionista si domanda, più o meno consciamente, se la sua scelta diagnostico-terapeutica è adeguata al problema da risolvere e se è di vantaggio al paziente. Soprattutto quando decide la terapia da somministrare valuta il bilancio rischio-beneficio e costo-beneficio. Storicamente questo secondo parametro è più alieno ai medici e alla loro cultura, che impone di fare sempre il massimo per il singolo paziente. Però, il contesto sociale ed economico in continua evoluzione e la presenza del sistema sanitario pubblico, sempre alle prese con problemi di bilancio, disservizi, sprechi, ignoranza gestionale, scarsa lungimiranza imprenditoriale e corruzione (il 37% delle ASL in Italia presentano casi di corruzione come risulta dal rapporto Curiamo la corruzione, realizzato da Transparency Italia, Censis, Ispe-Sanità e Rissc) ha obbligato i medici a fare conti sempre più ossessivi con la scarsità di risorse per sostenere un sistema malato e ottusamente autoritario nei confronti dei suoi professionisti.

In questo clima affondano le radici delle polemiche sulle norme che riguardano l'appropriatezza.

La FNOMCeO, come si legge nel Focus sull'argomento pubblicato nelle pagine di questa rivista, ha preso una decisa posizione di autonomia culturale dei medici, perché non si confonda appropriatezza – responsabilità specifica del medico – con erogabilità, responsabilità politico-amministrativa del sistema.

Dopo le giuste rimostranze della categoria, il governo ha deciso di prendere tempo per riflettere e modulare gli interventi, rivalutando anche la rosa di collaborazioni necessarie per giungere a un "pacchetto" di buone pratiche che tengano presenti le migliori fonti della letteratura, ma anche le variabili, che non possono essere trascurate, collegate a singoli casi e al rapporto tra il medico e il suo paziente.

L'OMCeO della Provincia di Torino sta riflettendo su come poter contribuire, se pure in piccola parte, a questa discussione culturale, che deve portare ad una cura sempre migliore dei cittadini, bilanciando anche il fattore "risorse", che deve permettere di dare il massimo possibile al maggior numero di persone possibili.

Siamo convinti, per decenni di esperienza in campo formativo, che non basti "sapere"

per variare le proprie abitudini professionali e per superare pregiudizi e incomprensioni. Ridurre la distanza tra conoscenza scientifica e pratica medica quotidiana e tra aspettative dei cittadini, spesso alimentate ad arte, e concrete possibilità di soluzione dei problemi è un processo lento e difficile, che non può essere risolto d'imperio.

Un metodo utile e relativamente facile è costruire un percorso formativo che comprenda la somministrazione di un problema ai professionisti, l'osservazione delle loro abitudini professionali, il confronto con la letteratura delle loro scelte e la condivisione dei risultati. Infine l'osservazione delle modifiche ottenute in un arco di tempo determinato ed eventualmente un rinforzo culturale per i punti che restano deboli.

Come si può capire è un processo non semplice e certamente non breve, ma è l'unico che può far migliorare in modo stabile le performance professionali.

Starà all'intelligenza del sistema scegliere prioritariamente settori e problematiche che, se ottimizzate nelle loro soluzioni, coniughino salute con risorse disponibili.

Un primo interessante esempio su come si potrebbe lavorare in futuro, anche superando obsoleti concetti di ECM, ci viene dal lavoro della Dott.ssa Valentina Avalli, che pubblichiamo di seguito.

108 Medici di Famiglia, su un problema prescrittivo puntuale e frequente, sono stati messi di fronte alle loro abitudini, analizzando un caso clinico e rispondendo a precise domande. Le loro risposte sono state messe a confronto con la migliore letteratura. Di qui potrà nascere il dibattito tra medici per raggiungere, attraverso coinvolgimento e confronto, l'adesione stabile alla migliore pratica.

Nei mesi prossimi sarà opportuno stimolare momenti culturali in cui coinvolgere istituzioni, formatori, cittadini, per sviluppare un indispensabile percorso, gestito dai medici, a supporto di un sistema universalistico sostenibile. Se altri Ordini assumeranno iniziative analoghe, potrebbe nascere un movimento di pensiero in grado di portare a risultati concreti e duraturi nel tempo.

Se i medici autonomamente faranno la loro parte, come sempre hanno fatto, sarà evidente per tutti che le limitazioni nelle prestazioni saranno esclusiva responsabilità dei decisori politici, che ne dovranno rispondere ai cittadini attraverso gli strumenti democratici.

La gestione periprocedurale della terapia antiaggregante nell'ambulatorio del medico di medicina generale: evidence-based medicine?

Valentina Avalli

Medico di Medicina Generale

Non sempre i Medici di Medicina Generale (MMG) basano la loro pratica clinica sull'evidenza scientifica. È stato chiesto a 108 MMG di risolvere un breve caso clinico sulla gestione della doppia terapia antiaggregante in un paziente che deve essere sottoposto ad una colonscopia in elezione.

Si è cercato di capire se tra i MMG ci fosse uniformità di atteggiamento su questo argomento e quali fossero i punti di maggior divergenza tra i medici stessi e nei confronti della letteratura.

Probabilmente a causa delle tante variabili da tenere in considerazione per una corretta gestione della terapia antiaggregante in caso di manovre invasive e del basso grado di evidenza delle raccomandazioni della letteratura scientifica su quest'argomento, le risposte date dai MMG risultano essere divergenti tra di loro e talvolta rispetto alla letteratura.

Essendo la valutazione del rischio trombotico ed emorragico di un determinato paziente molto complessa, soltanto attraverso un percorso decisionale sistematico basato su semplici quesiti, si può cercare di uniformarne la gestione nei diversi contesti clinici, incluso quello relativo alle manovre invasive.

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia [1]. Il Medico di Medicina Generale (MMG) sempre più spesso deve confrontarsi con la gestione di pazienti cardiopatici e con le loro terapie.

Questo breve lavoro si pone come obiettivo, attraverso la risoluzione di un caso clinico, la valutazione dell'atteggiamento terapeutico dei MMG rispetto alla gestione della terapia antiaggregante in pazienti che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche minori o a manovre invasive.

MATERIALI E METODI

È stato chiesto a 108 MMG della provincia di Torino di risolvere un breve caso clinico. In seguito, attraverso un metodo sistematico basato su sei brevi quesiti, sono state analizzate le risposte dei MMG e confrontate con i dati della letteratura scientifica.

L'analisi della letteratura è stata condotta facendo riferimento all'archivio scientifico di PubMed e al sistema di supporto decisionale Uptodate. Particolare rilievo è stato dato alle Linee Guida della British Society of Gastroenterology (BSG) e European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), e a quelle dell'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), entrambe redatte nel 2015.

Il caso clinico presentato è stato il seguente: un paziente di 62 anni viene da voi perché è risultato

positivo alla ricerca del sangue occulto nelle feci; dovrà quindi fare una colonscopia, che ha già in programma per la prossima settimana. Il paziente otto mesi fa è stato ricoverato in cardiologia per un infarto miocardico in sede inferiore, per cui è stato sottoposto ad Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA) e a posizionamento di stent medicato; è in terapia con acido acetilsalicilico (ASA) 100 mg/die e Clopidogrel 75 mg/die.

Cosa faccio?

a) 5 giorni prima sospendo il Clopidogrel e mantengo ASA 100 mg.

b) Non potendo assolutamente sospendere nessun farmaco, opto per una colonscopia virtuale.

c) Chiedo una consulenza in urgenza al cardiologo per decidere se e come sospendere la terapia antiaggregante.

d) Una settimana prima sospendo sia Clopidogrel che ASA e prescrivo eparina a basso peso molecolare (EBPM) a dosaggio scoagulante.

RISULTATI

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dei 108 MMG, il 12% ha proposto la sospensione del Clopidogrel e il mantenimento dell'ASA; il 27% ha sottolineato l'impossibilità di sospendere la terapia e la necessità di trovare un esame alternativo; il 12% ha deciso di chiedere una consulenza cardiologica mentre il 43% ha optato per la sospensione della doppia antiaggregazione e l'introduzione di una terapia ponte con EBPM a dosaggio scoagulante. Il 5% dei medici ha indicato risposte alternative o più di una risposta. L'1% non ha dato alcuna risposta.

ANALISI DELLA LETTERATURA E RISOLUZIONE DEL CASO ATTRAVERSO UN METODO SISTEMATICO

Se analizziamo il caso ponendoci delle domande preimpostate e rispondendo attraverso i dati raccolti dalla letteratura arriviamo alla seguente conclusione:

1)	Il nostro paziente sta assumendo un farmaco che aumenta il rischio di sanguinamento?	Sì, Clopidogrel e acido acetilsalicilico (ASA)
2)	È necessario sospendere il farmaco in questione per il tipo di procedura a cui deve essere sottoposto?	Per eseguire una colonscopia diagnostica +/- biopsia (BASSO RISCHIO EMORRAGICO) non è necessario sospendere nessun farmaco [2-5]. D'altra parte la possibilità di dovere eseguire una polipectomia (ALTO RISCHIO EMORRAGICO) è del 22,5-34,2% [6], rendendo in questo caso necessaria la sospensione del Clopidogrel [2-5]. ASA può essere continuata [2-5].
3)	Per quale motivo il nostro paziente sta assumendo questo farmaco? Qual è il rischio che egli abbia un evento tromboembolico sospendendo il farmaco?	Il nostro paziente è stato sottoposto a posizionamento di uno stent medicato 8 mesi fa. Ha superato il periodo a più alto rischio di trombosi (i primi 6 mesi ed in particolare i primi 30 giorni). La letteratura si divide sul comportamento da tenere nel periodo tra i 6-12 mesi successivi. Alcuni infatti mettono come soglia tra il basso e l'alto rischio di trombosi il compimento del sesto mese [5,7], mentre altri quello del dodicesimo [2-3]. Tutti concordano di rimandare la procedura, se clinicamente possibile, al compimento di questa soglia.

4)

È maggiore il rischio emorragico se si decide di eseguire la procedura senza sospendere il farmaco o quello tromboembolico se si decide di sospenderlo? Questa procedura è veramente indispensabile? Ci sono altre possibilità?

Non è possibile rispondere alla prima domanda in quanto non sappiamo se l'endoscopista dovrà intervenire o meno e, se sì, come (vedi quesito 2).

In questo caso è importante chiedersi se la procedura è rimandabile (esame clinico, anamnesi e ricerca di red flags) e decideremo quindi tra:

- rimandare l'esame di quattro mesi, raggiungendo così la soglia di 12 mesi.
- eseguire una colonscopia diagnostica o virtuale e se necessario, intervenire successivamente.
- sospendere il Clopidogrel e procedere con l'esame diagnostico ed eventualmente terapeutico

5)

In caso di sospensione del farmaco quanto tempo prima della procedura deve essere sospeso e quanto tempo dopo può essere ripreso?

Il Clopidogrel va sospeso 5 giorni prima della procedura e ripreso la sera stessa dell'esame, se la colonscopia è stata solo diagnostica [2-5]. Clopidogrel potrà essere ripreso con o senza una dose di carico, non appena possibile in considerazione del rischio emorragico: è importante confrontarsi con l'endoscopista per capire se c'è un rischio di sanguinamento tardivo legato alla procedura, come ad esempio in caso di rimozione di un grosso polipo [4].

6)

Può essere utile in questo caso prescrivere una terapia ponte? Con quale farmaco? A che dosaggio? Per quanto tempo?

In letteratura non c'è accordo unanime sulla terapia ponte in caso di interruzione di una terapia antiaggregante. La maggioranza delle linee guida non affronta la tematica; altre ne suggeriscono l'uso con diverse molecole (EBPM; inibitori GPIIb/IIIa; farmaci antinfiammatori non steroidei) ma con grado di evidenza basso e livelli di raccomandazione deboli. ACCP (American College of Chest Physicians) e ACC (American College of Cardiology) sostengono che la terapia ponte routinaria non debba essere applicata [8,9].

DISCUSSIONE

Dall'analisi della letteratura risulta evidente che il caso clinico ha più di una soluzione possibile (risposta a, b, c). L'unica risposta che non trova supporto dalla letteratura è la d, che prevede la sospensione della doppia antiaggregazione (sia ASA che Clopidogrel) e l'introduzione di una terapia ponte con EBPM.

Se infatti mancano linee guida solide e con elevati livelli di evidenza scientifica relative all'argomento, in letteratura trapelano tuttavia alcuni punti saldi supportati da un alto grado di raccomandazione [5]:

- Usare estrema cautela nell'interruzione della doppia antiaggregazione dopo PTCA + stent.
- Differire le procedure endoscopiche in elezione; preferibilmente dopo 12 mesi dal posizionamento dello stent medicato, se clinicamente fattibile.
- Se la procedura endoscopica è necessaria e ad alto rischio emorragico, interrompere Clopidogrel 5 giorni prima e mantenere ASA.
- Per i pazienti complessi rivolgersi allo specialista cardiologo, se necessario anche dopo il compimento della soglia di 12 mesi dal posizionamento di uno stent medicato.

Per ciò che concerne la terapia ponte risulta evidente la mancanza di dati evidence-based circa l'attualità della stessa e ai farmaci da utilizzare: questo fatto potrebbe spiegare l'assenza di un iter gestionale condiviso dai MMG relativamente a questo punto.

CONCLUSIONE

Il grande numero di variabili da prendere in esame di fronte alla gestione del delicato equilibrio trombotico-emorragico dei pazienti in terapia antiaggregante in caso di manovre invasive, unita alla scarsa solidità dei dati di letteratura, disorienta il medico nella pratica clinica quotidiana. Appare quindi evidente la necessità di formulare un metodo clinico pratico, congiunto a linee di indirizzo condivise e al dialogo tra MMG e gli specialisti coinvolti, per una gestione clinica del problema più uniforme e responsabile.

Note bibliografiche

1. Dati ISTAT-ISS 2011
2. Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early DS, Eloubeidi MA, Evans JA, Faulx AL, Fisher DA, Fonkalsrud L, Hwang JH, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Pasha SF, Saltzman JR, Shaikat A, Shergill AK, Wang A, Cash BD, DeWitt JM, The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. ASGE Standards of Practice Committee. *Gastrointest Endosc.* 2016; 83(1): 3-16
3. Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, Radaelli F, Knight E, Gralnek IM, Hassan C, Dumonceau JM, Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants. *British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Gut* 2016; 65: 374-389
4. Kamath S, Management of antiplatelet agents in patients undergoing endoscopic procedures. www.uptodate.com (This topic last updated: March 23, 2016)
5. Becker RC, Scheiman J, Dauerman HL, Spencer F, Rao S, Sabatine M, Johnson DA, Chan F, Abraham NS, Quigley EM; American College of Cardiology; American College of Gastroenterology, Management of platelet-directed pharmacotherapy in patients with atherosclerotic coronary artery disease undergoing elective endoscopic gastrointestinal procedures. *J Am Coll Cardiol.* 2009; 54(24): 2261-2276
6. Bowles CJ1, Leicester R, Romaya C, Swarbrick E, Williams CB, Epstein O, A prospective study of colonoscopy practice in the UK today: are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow? *Gut.* 2004; 53(2): 277-283
7. Douketis JD1, Spyropoulos AC, Spencer FA, Mayr M, Jaffer AK, Eckman MH, Dunn AS, Kunz R; American College of Chest Physicians, Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012; 141(2 Suppl): e326S-50S
8. Gurajala I, Gopinath R, Perioperative management of patient with intracoronary stent presenting for noncardiac surgery. *Ann Card Anaesth.* 2016; 19(1): 122-131
9. Darvish-Kazem S, Gandhi M, Marcucci M, Douketis JD, Perioperative management of antiplatelet therapy in patients with a coronary stent who need noncardiac surgery: A systematic review of clinical practice guidelines. *Chest* 2013; 144: 1848-1856

Cerimonia del giuramento professionale

UN "SÌ" PER IL FUTURO DELLA MEDICINA

Rosa Revellino

Redazione di Torino Medica



Dall'alto: i giovani all'arrivo in sala conferenze e in attesa del Giuramento

Lo scorso 3 aprile si è tenuta a Villa Raby la cerimonia del Giuramento professionale dei neoiscritti. Il Presidente dell'OMCeO di Torino Guido Giustetto, insieme all'Esecutivo, ha accolto i molti giovani che hanno dato la loro disponibilità a partecipare e che in pochi minuti hanno riempito la sala conferenze. Quest'anno però c'è stato di più. Ad accogliere i nuovi iscritti è stato invitato Luigi Ciotti, più noto forse come "Don Ciotti", ma che, come sa chi conosce un po' la sua biografia, e la sua attività, preferisce farsi chiamare solo "Luigi". Uno scenario suggestivo, come di consueto in questa occasione, ma che forse negli anni tende a diventare sempre più "domestico", con un'accezione letterale e simbolica: non solo i giovani del futuro, ma anche le loro famiglie e gli amici, numerosi e partecipi di questo atto formale che sancisce un rito di passaggio nella "casa di tutti i medici".

Come è chiaro tutti gli atti linguistici, e il giuramento li rappresenta in modo emblematico, sono atti formali che però si caricano di un valore molto concreto, riconosciuto socialmente, poiché certificano una nuova identità. L'identità professionale che, con il Giuramen-

to, diventa atto deontologico, etico.

"Grazie". Così inizia l'accoglienza dell'Ordine ai suoi giovani medici, con le parole della Segretaria Rosella Zerbi.

"Grazie di essere qui oggi, così numerosi. Questo è un risultato comune: della vostra scelta e del nostro impegno. Fare i medici è la più bella professione al mondo – ha detto il Presidente Guido Giustetto – è uno slancio sulla vita che non tutte le altre professioni offrono. È però un'immensa responsabilità il cui peso va riconosciuto e portato con consapevolezza e realismo. Ricordate che questa è la nostra casa e qui potete tornare per qualsiasi necessità, dubbio o problema.

"Noi siamo qui per ascoltarvi – ha ribadito il Presidente Cao Gianluigi D'Agostino – perché questa è casa vostra, di medici e odontoiatri.

"In questa Professione magnifica che voi state intraprendendo – ha ricordato Luigi Ciotti – con questi volti pieni di entusiasmo, avete la responsabilità di quella relazione e di quella dimensione etica verso la quale oggi voi direte 'sì': per assumervi l'impegno di accompagnare le persone a ritrovare salute nella vita".



In senso orario:

L'accoglienza dell'Esecutivo dell'Ordine: la Segretaria dell'OMCeO Rosella Zerbi apre i lavori

Guido Giustetto, Presidente OMCeO Torino, e Don Luigi Ciotti

Il Giuramento Professionale

L'assist della fondazione ai laureandi

Ai blocchi di partenza la nuova iniziativa ENPAM rivolta agli studenti

Giulio Del Mastro

Componente del comitato consultivo del fondo di previdenza della libera professione ENPAM

È stata licenziata dal Parlamento, all'interno della legge di stabilità, una norma *ad hoc* - comma 253 - che permetterà agli studenti in medicina e odontoiatria di iscriversi alla Fondazione Enpam, in maniera assolutamente facoltativa, già dal V anno del corso di laurea e anche se fuori corso, afferendo alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale.

«I corsi di studio di medicina e odontoiatria sono molto lunghi e impegnativi e gli studenti degli ultimi anni già, di fatto, svolgono attività professionalizzanti. Per questo è doveroso garantire loro le stesse tutele a cui hanno diritto i lavoratori», ha dichiarato il presidente della Fondazione, Alberto Olivetti.

Questo progetto, una volta a regime, consentirà a medici e odontoiatri *in pectore* - la cui iscrizione definitiva, a termini di legge, potrà essere perfezionata solo al momento dell'abilitazione e della successiva iscrizione al proprio Albo - di iniziare da subito la costruzione temporale di una posizione previdenziale, concorrendo tra l'altro a maturare prima la propria anzianità contributiva e ad aumentarne la consistenza.

Inoltre, l'inclusione in Enpam darà la possibilità di avere **accesso immediato a tutte le forme di tutela previdenziale e di assistenza riservate agli iscritti**, una forma di "paracadute" personale poggiato sulle robuste risorse di welfare dell'ente.

La Fondazione Enpam - che ormai, come recita il nuovo logo, si occupa di previdenza assistenza e sicurezza - potrà garantire ai nuovi contribuenti sostegno economico in caso di maternità, necessità legate a spese per avvenimenti imprevisti o per eventuali cure sanitarie. Enpam potrà intervenire per danni dovuti a calamità naturali o per la concessione di prestiti o mutui (ad esempio per l'acquisto della prima casa).

Come ovvio, l'ingresso nel mondo della previdenza non

è gratuito ma, qualora necessario, alcuni Ordini hanno già comunicato la disponibilità a farsi carico degli importi, comunque ragionevolmente contenuti, garantendo il pagamento. I laureati inizieranno a rendere quanto anticipato loro solo all'ingresso nel mondo lavorativo.

Manca poco per arrivare alla fase operativa, iscrizioni e relative modalità: sarà necessario aspettare che il Consiglio di amministrazione stabilisca l'entità dei contributi minimi (che dovranno tenere conto della capacità reddituale degli interessati) e che i ministeri vigilanti (Lavoro ed Economia) diano semaforo verde.

Positive, al momento, le reazioni degli studenti. Anche Enpam avrà dei vantaggi dall'iniziativa. Questo, infatti, potrebbe essere considerato uno dei possibili correttivi da mettere in campo per fermare l'emorragia di versamenti in atto nei primi anni della professione, quando le entrate sono scarse. Con effetti dirompenti su un sistema che, anche per questo, è stato recentemente ripensato, con un'ampia revisione dello Statuto ed il raggiungimento di pesanti compromessi legati alla richiesta di sostenibilità portata prima a 30 e poi a 50 anni.

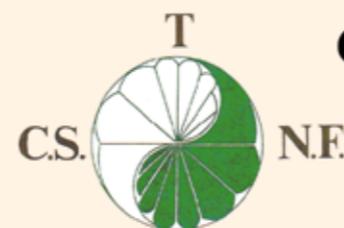
A maggior ragione se analizziamo la situazione di giovani medici, anche in possesso di un diploma di specialità, rifiutati da un SSN avaro di assunzioni ed estremamente parco nel turn over. O il fenomeno relativamente nuovo che vede gli odontoiatri assunti a tutti gli effetti come dipendenti e con retribuzioni risibili, in grado di generare scarsi o nulli contributi. Senza considerare il numero di colleghi in aumento disponibili ad un trasferimento all'estero per bypassare il sistema Italia, modulato ad arte per mortificare le competenze.

Chi pagherà le pensioni se il futuro professionale dei giovani continua ad essere pervaso di ostacoli?

I VANTAGGI

(Il giornale della Previdenza dei medici e degli odontoiatri, n. 1/2016, pag. 10)

- Maturazione di anni di anzianità contributiva utile ai fini previdenziali
- Tutela in caso di maternità
- Immediata tutela in caso di invalidità assoluta e permanente o morte prematura (pensione di circa 15mila euro annui, senza requisiti minimi di iscrizione)
- Sussidi straordinari (per eventi imprevisti o per particolari stati di bisogno, per interventi chirurgici o cure non a carico del SSN)
- Sussidi in caso di calamità naturali (per danni a cose mobili o immobili, per ricostruzione)
- Accesso a mutui e prestiti erogati con capitali Enpam



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.

SEGRETERIA C.S.T.N.F.: C.so Galileo Ferraris 164, 10134 TORINO
Tel. 011.304.28.57 (ore 9-12) - e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (Legge di stabilità 2016)

COMMA 253

All'articolo 10 del Decreto Legge 28 giugno 2013, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla Legge 9 agosto 2013, n. 99, dopo il comma 2 è inserito il seguente: «2-bis. Ferma restando la disposizione di cui all'articolo 21 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, gli iscritti ai corsi di laurea in medicina e chirurgia e in odontoiatria, a partire dal quinto anno di corso e sino all'iscrizione nel relativo albo professionale, al fine di rafforzare la propria posi-

zione previdenziale, possono facoltativamente provvedere all'iscrizione e al pagamento della relativa contribuzione presso la "Quota A" del Fondo di previdenza generale gestito dall'ente di previdenza di cui all'elenco A, nono capoverso, annesso al Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509. L'ammontare del contributo e le modalità del versamento vengono determinati dal consiglio di amministrazione dell'ente di cui al primo periodo, tenendo conto della capacità reddituale degli interessati. Per le finalità di cui al presente comma, l'ente può favorire l'iscrizione e il pagamento della contribuzione da parte degli studenti di cui al primo periodo anche attraverso prestiti d'onore. Dall'applicazione delle disposizioni del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

Comm a 253	Co mm a 138 -bis	La disposizione è diretta a consentire la facoltà agli iscritti ai corsi di laurea in medicina e chirurgia e in odontoiatria, a partire dal quinto anno di corso e sino all'iscrizione nel relativo albo professionale, di provvedere all'iscrizione e al pagamento della relativa contribuzione presso la "Quota A" del Fondo di previdenza generale gestito dall'Enpam. La disposizione prevede che l'ammontare del contributo e le modalità del versamento vengano determinati dal consiglio di amministrazione dell'ente, tenendo conto della capacità reddituale degli interessati. Per tali finalità, l'ente può favorire l'iscrizione e il pagamento della contribuzione da parte degli studenti anche attraverso prestiti d'onore. Complessivamente dalla disposizione non derivano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e d'altro canto l'ente è vincolato nell'esercizio deliberatorio, sottoposto all'approvazione dei Ministeri vigilanti, a rispettare tale vincolo..
---------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



26° Corso Nazionale Teorico-Pratico sulle Malattie Metaboliche dell'Osso Torino 16-17 giugno 2016

DIRETTORE DEL CORSO Prof. Giancarlo Isaia

SEDE DEL CORSO

Hotel NH Santo Stefano – Via Porta Palatina 19 Torino

ECM

La manifestazione è stata accreditata dall'Università degli Studi di Torino (Provider Agenas nr. 173). Professioni accreditate: Medico Chirurgo – tutte le specialità
Accreditamento nr. 157638 – Crediti attribuiti: 12,5

ADESIONE

Corso a pagamento con ammissione secondo l'ordine cronologico di richiesta, fino ad esaurimento dei posti disponibili. Per informazioni sulla disponibilità dei posti e sulle modalità di ammissione si prega di contattare la Segreteria Organizzativa (info@symposium.it, infoline 011/9211467) o di consultare il sito www.symposium.it

Segreteria organizzativa: SYMPOSIUM – infoline 0119211467
info@symposium.it - www.symposium.it

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Giovedì 16 giugno 2016

- 14.30 Introduzione. G. C. Isaia, Torino – C. Marocci, Pisa
Lettura Magistrale
Moderatore: P. Falaschi, Roma
- 14.45 Microbiota ed osso. P. D'Amelio, Torino
I Sessione
Moderatore: C. Marocci, Pisa
- 15.30 HIV ed osso. F. Vescini, Trieste
- 15.50 Nutrizione ed osso. S. Migliaccio, Roma
- 16.10 Malattie autoimmuni ed osso. L. Sinigaglia, Milano
- 16.30 Muscolo ed osso. M. Minetto, Torino
- 16.50 Coffee break
Lettura Magistrale
Moderatore: R. Caudarella, Bologna
- 17.15 La terapia dell'osteoporosi nel paziente anziano.
G. C. Isaia, Torino
II Sessione
Moderatore: G. C. Isaia, Torino
- 17.45 Rene ed osso. S. Giannini, Padova
- 18.05 Per quanto tempo trattare? M. Di Monaco, Torino
- 18.25 Indicazioni alla vertebro – cifoplastica nel paziente osteoporotico. A. Nardi, Rovigo

Venerdì 17 giugno 2016

Sessione interattiva: casi clinici.

- 8.30 – 10.20
Le osteoporosi secondarie. C. M. Francucci, Ancona
L'osteoporosi severa. C. Tamone, Torino
La malattia di Paget. M. Di Stefano, Torino
Il paziente neoplastico in blocco ormonale adiuvante.
G. Fornelli, Torino
- 10.20 Coffee break
- 10.40 – 12.30
Le osteoporosi secondarie. I. Chiodini, Milano
L'osteoporosi severa. D. Merlotti, Siena
La malattia di Paget. L. Gennari, Siena
Il paziente neoplastico in blocco ormonale adiuvante. G. Passeri, Parma
- 12.30 Lunch
- III Sessione**
Moderatore: G. Passeri, Parma
- 14.00 La supplementazione calcica: pros. F. Bertoldo, Verona
- 14.25 La supplementazione calcica: cons. G. Osella, Orbassano
- 14.50 Radiology quiz.
Sessione interattiva: presentazione di casi clinici.
L. Pietrogrande, Milano – L. Ventura, Mantova
- 16.30 Conclusioni del Corso.

Longevità-Cronicità una sfida per il futuro Torino, 20 maggio 2016 Sala delle Colonne Palazzo Civico Piazza Palazzo di Città n. 1

- 8.15 Registrazione dei partecipanti
- 8.45 Apertura dei lavori:
Presentazione del Convegno:
Dott. Fausto Fantò – Dott. Michele Ruggiero
Saluto autorità

I Sessione

- Moderatori: Dott. Guido Barberis – Dott.ssa Alice Pluderi
- 9.00 Longevità e malattie croniche: presente e futuro
Prof. Giuseppe Costa
- 9.20 Gli aspetti socio antropologici di una società che invecchia
Prof.ssa Anna Cugno
- 9.40 Longevità e malattia di Alzheimer: epifenomeno della longevità? Dott. Fausto Fantò
- 10.00 Psicologia e longevità: i consigli per invecchiare bene
Prof.ssa Antonella Granieri
- 10.20 Discussione
- 10.45 Break
- 11.00 Introduce Dott. Piero Secreto – Ricordo del Prof. Leone Poli – Prof. Carmine Macchione

II Sessione

- Moderatori: Dott. Antonio Cotroneo – Dott. C. Gulotta
- 11.10 Stili di vita ed età d'argento – Prof. Giuseppe Poli
- 11.30 Attività fisica e l'osso – Prof. Giancarlo Isaia
- 11.50 Appropriately diagnostica e salute degli anziani
Dott. Ottavio Davini
- 12.10 Malattia cronica: quali percorsi riabilitativi
Dott.ssa Federica Gamna
- 12.30 Discussione
- 13.00 Pausa Pranzo

III Sessione

- Moderatore: Dott. Emanuele Ruffino
- 14.00 Come cambia l'economia con la longevità
Prof. Pietro Terna
- 14.20 Longevità-salute-malati cronici: ruolo della città
Prof. Enrico Desideri
- 14.40 Discussione
- 15.00 Test di verifica ECM

15.15 Sessione aperta al pubblico

- Moderatore: Dott. Mario Berardi
Longevità e cronicità: una sfida per la sanità piemontese
Dott. Antonio Saitta

15.45 Tavola rotonda

- Longevità e salute: La riorganizzazione dei servizi sanitari
Moderatori: Dott. Fausto Fantò - Dott. Franco Ripa
Partecipano: Dott. Vittorio Demicheli - Dott. Aldo Mozzone
Dott. Scassa Roberto – Dott.ssa Elide Tisi - Avv. Gian Paolo Zanetta

17.00 Conclusioni

Ore formazione: 5
Crediti assegnati: 5
Destinatari: tutte le professioni sanitarie
Numero partecipanti: 70

Responsabile scientifico:
dr. Fausto Fantò

Segreteria organizzativa:
AMisura tel. 0116679063, ecm@amisuraconsulenza.eu

I medici di fabbrica della Fiat 60 anni fa

UN RICORDO DI EMILIO MACCHI

Paolo Gallinaro

Professore Emerito Università di Torino

Già medico di fabbrica FIAT

La recente scomparsa dell'amico e Collega Emilio Macchi mi induce a scrivere queste brevi note relative ad anni lontani in cui giovani medici erano assunti dalla Fiat con contratti di poche ore settimanali, debitamente controllate con timbratura del cartellino alla pari di tutti i dipendenti.

Non è dato sapere con quali criteri la Fiat ci assumesse, non certo per concorso, ma forse, visti i nomi che qui ricorderò, con molta lungimiranza. Emilio Macchi, quando fu assunto nei primi anni '60, era il mio medico capo presso la Sala Medica delle Carrozzerie, successivamente presso la Sala Medica della Meccanica 2, cancello 21 di via Settembrini: un mondo ormai scomparso. Il "grande capo" dei Servizi Sanitari della Fiat all'epoca era il famoso cardiologo Professor Crosetti, primario alle Molinette. Alla guida della FIAT c'erano il Professor Valletta e l'ing. Bono. Non so se sia stato Emilio a scegliersi collaboratori quali i Colleghi qui di seguito citati, ma se lo ha fatto, ha certo dimostrato di aver avuto anche Lui fiducia in giovani Colleghi... di belle speranze. Per un assistente universitario straordinario come eravamo all'epoca sia io sia, credo, Giorgio Palestro, quella decina di ore settimanali perlopiù rubate all'ora di pranzo, valevano più del doppio di quanto eravamo pagati per lavorare tutto il giorno all'Università. Emilio Macchi non aveva solo l'importante impegno con la FIAT; era un medico di famiglia molto noto e stimato come testimoniano sulla Stampa del 2 marzo il necrologio di Carlo De Benedetti e quello della Famiglia Zagrebelsky. Altro importante collaboratore del gruppo di Emilio era Franco Accossato, medico di famiglia anche Lui tra i più noti e stimati di Torino, purtroppo scomparso.



L'organizzazione del lavoro sotto la guida di Emilio Macchi era a dir poco eccellente e come tale riconosciuta anche dagli operai. Non ci facevamo problemi ad andare in officina a verificare di persona la causa di una preoccupante incidenza di distorsioni di polso in linea montaggio motori, tirandoci su le maniche e provando noi stessi a fare quel lavoro. Scoprimmo che il responsabile non era l'avvitatore pneumatico Atlas Copco, non molto diverso da quelli in uso in una sala operatoria ortopedica. Era un problema ergonomico: gli addetti di bassa statura, spesso donne, erano costretti ad impugnare l'avvitatore a polso flesso e ulnarizzato, una posizione che non permette di impugnare lo strumento con forza sufficiente a stabilizzare il polso. La soluzione fu semplice quanto immediata e con buona pace di tutti: dotare di una pedana chi era di statura troppo bassa. Ma vedere il medico in officina che provava di persona ad avvitare i dadi della testata al ritmo della linea era per l'epoca qualcosa di rivoluzionario.

Che il nostro lavoro fosse apprezzato ne ebbi la prova quando lasciai il servizio dovendomi recare per lavoro in Svizzera per circa un anno: chiamato per una finta emergenza medica in officina, durante un intervallo del lavoro, mi ritrovai invece di fronte una tavola improvvisata con vino, pane e salame: era la mia festa di addio. Alcuni di quegli operai sono rimasti miei amici per una vita.

Ho accennato alla lungimiranza con cui la Fiat sceglieva i suoi medici e credo sia sufficiente completare questo piccolo elenco. Gli altri colleghi erano Giuseppe Garetto, poi diventato Direttore del DEA delle Molinette, Giuliano Maggi, divenuto poi ordinario di Chirurgia Toracica. Del Professor Palestro, anatomopatologo, poi divenuto Preside della Facoltà di Medicina, ho già riferito e per quanto concerne la mia carriera universitaria credo sia nota. Penso che tutti gli amici citati leggendo queste righe ricorderanno quegli anni e il comune Amico Emilio Macchi.

“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

Suggerimenti per la Presidenza

In riferimento all'Assemblea generale, il Prof. Cozza ha fatto pervenire il suo intervento che pubblichiamo per intero.

Prof. Giuseppe Cozza

Ill. mo Presidente, faccio seguito all'accordo di mettermi per iscritto alcune mie riflessioni come contributo all'impegno per migliorare la nostra professione a tutti i livelli, con l'obiettivo di dare serenità e crescita alla nostra vita di lavoro, nonché alla società tutta.

Ritengo a questo proposito che la funzione dell'Ordine dei Medici sia fondamentale per il buon andamento del nostro lavoro, al di sopra degli stessi impegni delle varie Sigle sindacali, che nascondono spesso un'ispirazione politico-partitica.

Sono sempre più convinto che si possa ottenere rispetto nei nostri confronti se ai tavoli delle trattative (o comunque del confronto sociale e politico) siano sempre presenti le proposte degli Enti esponenti delle categorie professionali, di quella nostra in particolare.

Pertanto ti elenco, con maggior ordine, quanto ho già detto velocemente durante l'Assemblea del 21/03/2016.

1) Troppe sono le figure pseudo-politiche, e poco o nulla tecniche, sopra le nostre teste e tutte ben pagate e che hanno poca o nulla responsabilità nella vera tutela della salute: direttori generali e sanitari, funzionari amministrativi, impiegati, ecc. che dimostrano sempre più di frequente di ignorare il funzionamento di reparti e/o territori, anche perché raramente si confrontano con chi è in prima linea, ignorando anche la convocazione dei Consigli dei sanitari (od Organismi similari), che dovrebbero essere il vero strumento tecnico-consultivo e propositivo in materia sanitaria.

2) ECM: non è produttivo che si debbano frequentare obbligatoriamente Corsi (spesso di dubbia utilità e/o specificità) da parte di chi opera già in servizi presso Enti e/o strutture pubbliche o accreditate, consumando male risorse che sarebbero utilizzabili in miglior modo per la "formazione sul campo".

3) Responsabilità professionale penale: grava sugli operatori sanitari solo in Italia, Polonia e Messico. Va rivista subito questa stortura, che serve solo a favorire contenziosi lunghi e costosi, caldeggiati da legali spesso senza scrupoli. Sappiamo benissimo come sia pericoloso, per la serenità nell'esercizio della nostra professione, avere la spada che ci pende sulla testa, a discapito quindi della sicurezza ed efficacia della prestazione richiesta.

4) Per i medici che sono in pensione non sono previsti incarichi, pur compatibili ed in assenza di conflitti di interessi, in Consigli di amministrazione, consulenze varie, ecc. mentre per altre categorie, vedi magistrati, tali restrizioni non hanno valore.

5) Abolizione dell'intramoenia: a quale scopo e con chi è stata concordata una proposta così deleteria per le Casse pubbliche? Il Presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, la considera addirittura una "riforma da sinistra".

6) Valutare periodicamente i medici: ottima idea, purché si possa fare la stessa cosa con tutte le altre categorie professionali, pubbliche e private. Sarebbe una proposta condivisibile per "isolare" vagabondi ed incapaci. Più difficile è individuare un modo giusto ed efficace di valutazione.

7) Le tasse ed i contributi che gravano sulle retribuzioni dei medici sono i più alti in assoluto, a fronte di stipendi non proporzionati ai costi (ed alla lunghezza) dei nostri curriculum di studi universitari e di aggiornamento, nonché degli obblighi assicurativi, con responsabilità che non sono equiparabili a quelle di nessuna altra categoria.

8) Il controllo sul numero programmato per l'accesso alle Facoltà di Medicina e Chirurgia è ridicolizzato dalle senten-

ze dei TAR, compresa l'ultima, che ha riammesso 10.000 aspiranti, ritenuti non idonei dopo regolare concorso.

Non è accettabile una presa di posizione simile, che annulla anni di sforzi e sacrifici di chi seriamente si è preparato, ha dimostrato più meriti, ha sopportato stress prima e durante l'esame.

Contemporaneamente alcune Regioni, "altamente democratiche e rispettose dell'Italia", aprono Facoltà senza test di accesso.

Questi due gravissimi attacchi si vanno a sommare ai problemi delle specializzazioni (numero chiuso, fughe di cervelli, ecc.). Alcune specializzazioni, poi (Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia, Chirurgie, Anestesia, ecc.), sono sempre più in crisi anche per le "fughe disperate" dei nostri medici all'estero a causa dell'insopportabile peso del rischio medico-legale connesso, con gravi ripercussioni (economiche ed affettive) sulle stesse loro famiglie.

9) Pensioni a rischio anche nel capitolo reversibilità. Le nostre attuali sono tutte pensioni retributive e non devono essere penalizzate in modo retroattivo (né nella loro misura, né nella loro indicizzazione annuale), perché sarebbe intervento scandaloso ed illegale.

Personalmente chiedo che sia fatto un esposto alla Magistratura per evidenziare se lo Stato non sia venuto meno al patto sociale di fatto stipulato con le varie categorie di lavoratori nel corso della loro vita attiva di lavoro.

Molti di noi hanno aderito ad un ricorso, regionale e nazionale, alla Corte dei Conti contro la mancata o ridotta perequazione automatica delle pensioni negli anni 2012-2013 e successivi.

Il Presidente Renzi, i Ministri Padoan e Poletti, sono colpevoli di aver dato un ulteriore schiaffo, con la legge 109/2015, a chi la pensione l'ha sudata e meritata attraverso una vita di lavoro e di adeguate ed obbligate contribuzioni.

10) Il Ministro Lorenzin pochi giorni fa ha partorito, con proprie decisioni e decreto, indicazioni operative autoritarie per i medici, nonché programmi di investimenti in sanità per il personale, per la ricerca e per l'accesso ai farmaci, ecc. Mi rendo conto che la materia è estremamente complessa per chi non abbia conoscenza specifica dei problemi ed un bagaglio culturale consolidato in materia sanitaria. Per fortuna pare in atto un ripensamento del Ministro, senza il quale la catastrofe in materia di quantità, qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie sarebbe più che probabile.

Di fronte allo scenario evidenziato, che per forza di cose non può essere qui completo, mi auguro che si possa correre ai ripari senza perdite di tempi, gradite solo a chi "fa il tifo" perché le cose vadano male.

L'Ordine dei Medici ha tutte le carte in regola per far sentire la sua voce, chiedendo il rispetto per la professionalità dei suoi iscritti, rivalutando il ruolo istituzionale che riveste in ragione delle sue peculiarità culturali, professionali e deontologiche.

Finalmente saremo liberi dalle beghe dei sindacati politicizzati, se il nostro Ordine siederà per primo, e con l'autorevolezza che gli compete, ai tavoli dove si "decide" la programmazione della salute, che negli ultimi anni non ha tenuto conto di tutte le sfaccettature dell'universo-sanità, lontana quindi dalle aspettative della società. Società/pazienti che si rendono sempre più conto dei rischi che corrono essi stessi se manca la serenità nell'esercizio della professione da parte degli addetti a questo difficilissimo e prezioso compito, che non deve essere occultato o svilto dalle mire di politici, spesso incompetenti od interessati.

Cordiali saluti.



RICERCA DI DISPONIBILITÀ PER CONFERIMENTO INCARICO DI TERZO ARBITRO

Periodicamente pervengono all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino richieste di nomina di medici con funzioni di terzo arbitro per la definizione di vertenze concernenti domande di invalidità, domande di risarcimento danni, domande di indennizzo sinistri e simili.

Per rendere trasparenti tali nomine è stato istituito un elenco dal quale il Consiglio provvede a selezionare con sistema rotatorio il soggetto al quale attribuire la funzione di terzo arbitro.

Si invitano pertanto i colleghi che siano in possesso della specializzazione in medicina legale, in medicina del lavoro, gli iscritti nel registro dei medici competenti e chiunque interessato ad essere inserito nell'elenco a far pervenire la propria disponibilità mediante compilazione dell'allegato modulo da recapitare alla segreteria dell'Ordine entro e non oltre il 30 maggio 2016.

La Consigliera Segretaria Dr.ssa Rosella Zerbi

RICERCA di DISPONIBILITÀ

Il sottoscritto _____

specialista in _____

con studio in _____ mail PEC _____

FAX _____

chiede

di essere inserito nell'elenco per l'attribuzione di incarichi professionali dichiarando la propria disponibilità ad assumere la funzione di terzo arbitro.

Torino _____

Firma _____

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 e 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

e martedì pomeriggio dalle ore 14.00 alle ore 17.00

La Consigliera Segretaria Dr.ssa Rosella Zerbi

THE NEXT 100 YEARS

NUOVA BMW X5 PLUG-IN HYBRID.

DUE MOTORI. PIÙ PIACERE DI GUIDARE

PERFORMANCE

3 MODALITÀ DI PROPULSIONE.
La vettura offre diverse modalità propulsive. Quella puramente elettrica è perfetta per la città, quella ibrida offre la migliore combinazione possibile fra consumi e prestazioni, mentre la modalità a combustione serve per risparmiare la capacità della batteria per guidare successivamente in modalità esclusivamente elettrica.

CONSUMI ED EMISSIONI.
I due motori offrono un'ottimizzazione dei consumi e delle emissioni di CO₂ con valori compresi fra i 3,3-3,4 l/100 km e i 77-78 g/km rispettivamente. In modalità full electric, le emissioni e i consumi sono pari a zero.

PLUG-IN HYBRID.
Il Plug-In Hybrid sfrutta le soluzioni tecnologiche dei suoi due motori per offrire il massimo della potenza abbinata a livelli di efficienza mai raggiunti prima.

TRAZIONE INTEGRALE INTELLIGENTE BMW XDRIVE.
Il sistema si adatta perfettamente anche a condizioni stradali difficili, offrendo sempre la massima forza motrice.

Consumo di carburante ciclo misto (litri/100km) 3,3 - 3,4; emissioni CO₂ (g/km) 77 - 78.

BMW X5 xDrive40e

www.bmw.it

Piacere di guidare

DA BMW i8 NASCE iPERFORMANCE, LA TECNOLOGIA PLUG-IN HYBRID ORA SULLA GAMMA BMW.

VENITE A SCOPRIRE LA NUOVA BMW X5 PLUG-IN HYBRID PRESSO LA NOSTRA CONCESSIONARIA BMW AUTOCROCETTA.



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

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

bevo LAURETANA perchè

condivido i suoi valori

 Segui la campagna
#ragionidiunasceltaconsapevole

14
residuo fisso
in mg/l

1,0
sodio in mg/l

0,55
durezza in
gradi francesi



LAURETANA

L'acqua piú leggera d'Europa

La scelta dell'acqua da bere ogni giorno ha un ruolo di primaria importanza nel benessere dell'organismo.

Le acque minerali non sono tutte uguali! Le ragioni per bere Lauretana sono i suoi valori unici, di prodotto e di brand: condividili ed entra nel mondo Lauretana, segui le nostre iniziative sui social e fai una scelta di consumo ragionata.

La tua preferenza sar  un gesto concreto di amorproprio, la garanzia di qualit  nel bicchiere.

www.lauretana.com

consigliata a chi si vuole bene

Tabella comparativa	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °F
Lauretana >	14	1,0	0,55
Monte Rosa >	16,4	1,2	0,54
Sant'Anna di Vinadio >	43,2	1,2	3,3
Voss >	44	6	N.D.
Levissima >	80,2	1,9	5,8
Acqua Panna >	139	6,4	10,6
Fiuggi >	145	6,3	9
Rocchetta >	174,1	4,13	N.D.
Fiji >	210	18	N.D.
San Benedetto >	268	6	N.D.
Evian >	309	6,5	29,1
Vitسنella >	400	3,3	N.D.

Elaborazione: L'Espresso (1998). I valori di Lauretana in gradi francesi (°F) di durezza sono stati determinati per mezzo della DMO (°F) (conversione tabella nei gradi francesi come indicato da Sanpellegrino).