



# TORINO

anno XXVII  
numero 3  
2016

comunicazione  
informazione  
formazione

# MEDICA

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

## Opposizione all'uso del glifosato: la lettera ai Ministri

## INVESTIRE NEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

Farmacia di  
Comunità:  
chiarire gli  
equivoci,  
condividere  
gli orizzonti

# FOCUS SANITÀ ELETTRONICA

Che cosa sono i Comitati  
Pari Opportunità?

## LA COMPLESSITÀ DEI TSO

bevo LAURETANA perché

preferisco  
la purezza

 Segui la campagna  
#ragionidiunasceltaconsapevole



La purezza è un valore irrinunciabile dell'acqua che beviamo ogni giorno. Rispettare e tutelare il nostro organismo attraverso la scelta di un'acqua incontaminata e salubre dev'essere una priorità per chiunque orienti al benessere le proprie abitudini di consumo.

Lauretana è un'acqua di ghiacciaio. La sorgente alpina si trova sul Monte Rosa in un territorio incontaminato ad oltre 1000 metri di altezza. È pura perché nasce in un ambiente protetto, privo di insediamenti industriali e agricoli, e scorre in profondità in un antico letto di granito che la protegge da ogni contaminazione.

Bere acqua Lauretana significa fare una scelta di salute e di consapevole amor proprio!

[www.lauretana.com](http://www.lauretana.com)

**LAURETANA**

L'acqua più leggera d'Europa

# Sommario

numero 3\_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.

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

**4 tribuna**  
Progetti della Farmacia di Comunità  
*Mario Nejrrotti*

**5**  
Farmacia di Comunità: chiarire gli equivoci, condividere gli orizzonti  
*AAVV*

**12 focus sanità elettronica**  
*a cura di Laura Tonon*  
La sanità dematerializzata in Italia: a che punto siamo?  
*Cristina Da Rold*

**16**  
Il medico in piena rivoluzione digitale  
*Colloquio con Paolo Misericordia*

**19**  
L'eHealth tra medici e pazienti  
*Colloquio con Eugenio Santoro*

**22**  
I pilastri ippocratici nella sanità 2.0  
*Francesco Del Zotti*

**25**  
Questionario su conoscenze informatiche e privacy  
*Silvestro Scotti*

**28 dai congressi**  
Investire nel servizio sanitario pubblico  
*a cura di Mario Nejrrotti*

**31**  
Proposte di reinvestimento sulla salute nella Città Metropolitana di Torino  
*Giulio Fornero*

**35**  
Investire in salute mentale  
*Antonio Macri*

**37**  
Investire in emergenza e urgenza in Piemonte?  
*AAVV*

**39**  
Investire in assistenza territoriale  
*Aldo Mozzone*

**40**  
La complessità dei TSO  
*AAVV*

**44 salute**  
Se il veleno arriva dai campi

**48**  
L'impegno dei medici per l'ambiente - *ISDE*

**49**  
Virus Zika: i fatti, le ipotesi e i dubbi - *ISDE*

**51 spazio a chi scrive**

**52 stetoscopio**  
Risparmio: meglio il fai da te?  
*Emanuele Davide Ruffino*

**56 dalle commissioni**  
I CUG... questi sconosciuti  
*Mariasusetta Grosso*

**59 in libreria**  
Guarire l'amore  
*letto da Rosa Revellino*

**61**  
Cattivi scienziati  
*letto da Sara Boggio*

**61 le nostre radici**  
Il primo dente  
*Giuliano Maggi*

**62 comunicati e avvisi**

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 Nejrrotti

Coordinamento  
redazionale:  
Rosa Revellino

Redazione:  
Sara Boggio, Luca Nejrrotti,  
Laura Tonon (Pensiero  
Scientifico Editore)

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

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

Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 27 aprile 2016

**SGI**

# Progetti della Farmacia di Comunità

Il Focus “Progetti della Farmacia di Comunità”, comparso sul primo numero 2016 di Torino Medica, ha destato da più parti commenti e discussioni, come è nella natura e nella tradizione di questo giornale, che attraverso i suoi articoli vuole sempre stimolare costruttivi dibattiti, volti a valorizzare i migliori contenuti che riguardano l'argomento scelto e a porre in luce le eventuali difficoltà che appunto solo la discussione può migliorare o annullare. La volontà di chiarezza è la motivazione dello scritto del Direttore di questa testata sugli obiettivi dell'articolo “Sanità: una babele di progetti”, a sua firma, che pubblichiamo in questa Tribuna. Tutto ciò per ribadire la volontà di collaborazione, sempre fondata sulla reciproca stima tra diverse categorie di professionisti della salute.

Infatti, in questo Focus i pareri dell'Omceo di Torino non mettono in dubbio il valore e il metodo scientifico delle ricerche discusse, ma semmai richiamano la necessità di tenere sempre presenti e di rivalutare insieme, qualora occorresse, i diversi ruoli professionali del medico e del farmacista nell'ottica unica della salute dei cittadini, come è ben argomentato nell'articolo di rettifica tecnica sul parere del Consiglio dell'Omceo, giunto in redazione a firma di Paola Brusa, Roberto Gnani, Teresa Spadea.

Redazione Torino Medica

**Mario Nejrotti**

*Direttore Torino Medica*

È stato segnalato che l'articolo “Sanità: una babele di progetti”, pubblicato sul n. 1/16 di questa rivista, avrebbe suscitato nei lettori l'idea che l'analisi critica in esso svolta sui tre progetti del Farmacista di Comunità lasci credere che essi siano strumentali agli interessi economici dei farmacisti in quanto funzionali anche a recuperare una fetta di mercato, con grave rischio per la salute del paziente e con un'invasione di campo nella professione medica.

Voglio precisare che questa lettura non risponde al pensiero espresso nell'analisi critica svolta nell'articolo a mia firma.

Questo intendeva esclusivamente stimolare un confronto di idee su nuove forme assistenziali che prevedono un più pregnante coinvolgimento dei farmacisti nel campo assistenziale, da sempre validi professionisti insostituibili nel sistema di tutela della salute nel quale il loro ruolo di “farmacisti di comunità” credo sia meritevole di essere seriamente e attentamente approfondito anche sul versante delle cure primarie.

Come ho scritto nel mio articolo, continuo a pensare che “il farmacista di comunità, professionista legato al territorio e diverso per competenze e formazione dal farmacista ospedaliero, inserito in un sistema di cure primarie, coordinato dalla medicina di territorio, ha un ruolo fondamentale, tutto da approfondire e sviluppare, nell'educazione sanitaria, nel consumo dei farmaci e nell'aderenza alle prescrizioni del medico”.

Null'altro oltre questo, essendo estranee alla mia penna diverse letture o altre detrimenti interpretazioni lesive della reputazione di farmacisti e del loro Ordine professionale.

# Farmacia di Comunità: chiarire gli equivoci, condividere gli orizzonti

Paola Brusa<sup>1</sup>  
Roberto Gnavi<sup>2</sup>  
Teresa Spadea<sup>2</sup>

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

*2 Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3*

Il numero di marzo 2016 di Torino Medica ha dedicato un focus al tema della farmacia di comunità, pubblicando sei interventi di autori diversi, nell'intento di dare un quadro complessivo di quanto si sta muovendo in questo ambito nella nostra regione.

L'intenzione di questo nostro intervento è di rispondere alle contestazioni di tipo metodologico mosse dagli autori, senza entrare nel merito degli aspetti deontologici

Pur ritenendo alquanto irriuale che un Ordine professionale sia stato chiamato ad esprimersi sugli aspetti metodologici di un progetto di ricerca, prendiamo atto che alcuni articoli, in particolare l'intervento dal titolo "Progetti di farmacia di comunità" a firma di Guido Giustetto e Ivana Garione, hanno riassunto le numerose critiche mosse dal Consiglio Direttivo dell'Ordine a tre progetti mirati a valutare il possibile ruolo della farmacia nel migliorare i livelli di assistenza di alcune delle patologie croniche più frequenti.

In sintesi, si precisa al riguardo che il primo progetto prevede l'individuazione, da parte dei medici di Pronto Soccorso (PS), di pazienti con accessi ripetuti per scompenso cardiaco o BPCO da indirizzare a farmacie aderenti alla sperimentazione per attività di *counselling* sul corretto utilizzo dei farmaci e dei *device* inalatori. Gli altri due progetti mirano invece da un lato all'individuazione, in farmacia, di soggetti ad alto rischio di sviluppare BPCO o scompenso cardiaco, dall'altro ad azione di *counselling* in soggetti con scompenso cardiaco o BPCO conclamata sul corretto utilizzo dei farmaci (o del *device* inalatorio) e sul rispetto dei percorsi di cura e degli stili di vita. Va segnalato inoltre, che i progetti non nascono dal nulla, ma si muovono nell'ambito di importanti esperienze internazionali, come ben documentato nell'intervento di Laura Tonon.

L'intenzione di questo nostro intervento, in quanto membri dei Comitati Scientifici promotori dei progetti in questione, è di rispondere alle contestazioni di tipo metodologico mosse dagli autori, senza entrare nel merito degli aspetti deontologici. Abbiamo quindi ritenuto di affrontare la trattazione con gli stessi metodi con i quali si risponde ai revisori di un articolo scientifico; abbiamo riportato in corsivo il testo originale dei commenti del Consiglio stralciati dagli articoli di Torino Medica, seguiti dai commenti e spiegazioni di risposta, suddividendo in base ai tre diversi protocolli di studio esaminati. ►

## PROGETTO PRONTO SOCCORSO

*La proposta di affidare ai farmacisti l'individuazione precoce di cittadini affetti da diabete, scompenso cardiaco o BPCO ha sollevato molte perplessità e ancora di più il progetto di inviare in farmacia, e non al medico, i pazienti dimessi dal Pronto Soccorso (pagina 14).*

*Il protocollo di studio della presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco e BPCO, che accede al PS, prevede l'invio da parte dei medici del PS ad una farmacia senza alcun accenno a un invio al medico curante (pagina 15).*

*L'Ordine ritiene non solo pericoloso per la salute del paziente, ma anche rischioso per i medici di Pronto Soccorso e per i farmacisti stessi, l'invio del paziente dimesso a figure non mediche che potrebbero sconfinare in atti medici con relative conseguenze medico-legali. Inoltre tale percorso è evidentemente non aderente a criteri di appropriatezza (pagina 15).*

La prima frase fa riferimento ai progetti di individuazione precoce di soggetti affetti da patologie croniche. In nessun caso nei progetti in questione è affermato che il farmacista individua cittadini affetti (in altre parole "fa diagnosi"). È ben specificato che il farmacista, mediante questionario ed eventuale misurazione della glicemia o misurazione della FEV1, individua soggetti "a rischio" di sviluppare le patologie in studio e successivamente li invia al curante per eventuali approfondimenti.

In effetti, il progetto non fa menzione dell'invio del paziente dimesso da PS al proprio curante, ma solo al farmacista. Si tratta di una lacuna del tutto involontaria che è già stato corretto nella nuova versione del progetto da sottomettere ai Comitati Etici, dovuto al fatto che si riteneva "scontato" che il paziente venisse indirizzato al proprio curante dai medici del PS: l'invio al farmacista si affiancherebbe al percorso standard dei pazienti dimessi ed è finalizzato al solo *counselling* sul corretto utilizzo dei farmaci e sul rispetto del percorso di cura e degli stili di vita concordato col medico curante.

*Il timore è che si crei una sovrapposizione disordinata di interventi, dei quali non vi sia la regia, con il rischio di un aumento e di un'induzione di spesa inefficiente, senza il vantaggio di tutelare veramente il paziente (pagina 14).*

Il timore espresso – pur legittimo e comprensibile – non pare di per sé un motivo per rifiutare una sperimentazione, il cui obiettivo è esattamente quello di misurare se e quanto l'intervento proposto sia in grado di modificare (auspicabilmente in senso migliorativo) la salute della popolazione e con quali costi.

*Il progetto specifica che "l'arruolamento avviene presso il PS", ma non è precisato non solo quali PS aderiscono ma, soprattutto, quali siano i medici partecipanti (nomi, strutture di appartenenza e relativo Direttore e/o Responsabile che ha autorizzato) per identificare, in caso di problematiche, il medico inviante (pagina 15).*

Effettivamente il progetto non riporta i PS aderenti né i medici partecipanti, che sarebbero stati esplicitati al momento dell'avvio del progetto. Il protocollo da sottomettere ai Comitati Etici (CE) indicherà anche le sedi di sperimentazione.

*L'invio alla farmacia avviene con un promemoria scritto... ma non sono previsti la firma e il timbro del medico a garanzia di tracciabilità del percorso.*

Anche in questo caso, come nel precedente, il protocollo non specificava aspetti che sono facilmente emendabili nella versione da sottomettere ai CE e che non paiono tali da compromettere la qualità della sperimentazione.

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

Anche in questo caso il protocollo non esplicita l'indicazione da parte del farmacista a rivolgersi al proprio curante, ma oltre alla rilevazione dei parametri di cui sopra, viene richiesto (e registrato) se il paziente si sia rivolto al proprio curante. Nella versione da sottomettere ai CE verrà reso esplicito anche questo aspetto. ▶

# VILLA RABY

## “SPAZI ALLA CULTURA”

### CORSO FRANZIA 6-8, TORINO

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

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

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

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



#### **SALA CONFERENZE, COMPRENDE:**

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



#### **SALA CONSIGLIO, COMPRENDE:**

Sala fino a 23 posti | Videoproiezione su schermo | Computer

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

Sala fino a 20 posti



#### **SALA EX CARROZZERIA COMPRENDE:**

Sala fino a 45 posti | Videoproiezione su schermo | Computer



#### **MANSARDA COMPRENDE:**

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

## PROGETTO BPCO

*Prevenzione: è, infatti, acquisito dai dati della letteratura che la prevenzione con programmi di screening rivolti alla popolazione, non può essere affidata ad una sola categoria professionale perché ciò può creare un grande numero di falsi positivi e negativi. Necessariamente avverrà che la maggior parte dei pazienti arruolati sarà inviata al medico per ulteriori accertamenti, con grave dispendio di risorse (pagina 15).*

La prima affermazione appare piuttosto oscura. In nessuna parte dei protocolli viene affermato che la prevenzione sia affidata a una sola categoria professionale; tutti i protocolli, infatti, prevedono, in caso di aumentato rischio, l'invio al medico curante. La frase successiva richiama, come già ricordato in precedenza, la necessità di evitare affermazioni apodittiche, ma di affidarsi al metodo della ricerca scientifica. L'affermazione "necessariamente avverrà..." è quantomeno eccessiva se non argomentata con dati fattuali. L'intenzione dei progetti è appunto quella di sottomettere a sperimentazione il modello misurandone i risultati e, successivamente, trarne le conclusioni sull'efficacia o meno (anche in termini di costi).

*Esistono dati in letteratura, citati nel progetto, che valorizzano il ruolo dei farmacisti collaboranti insieme ai medici a campagne di prevenzione, ma questo è altra cosa dal farsi promotori unici di campagne di prevenzione sulla popolazione (pagina 15).*

Come riportato al punto precedente, il farmacista non è inteso come promotore unico.

*...in farmacia ogni tre mesi della durata di dodici mesi, al termine del quale il farmacista confermerà o no la diagnosi di BPCO, agendo, quindi, come supervisore della diagnosi già fatta dal medico (pagina 15).*

Il protocollo prevede che il farmacista rilevi (ovverosia registri su apposita scheda) la conferma diagnostica fatta dal medico e non che confermi la diagnosi che, in tutta evidenza, è compito del medico. La necessità di rilevare la conferma diagnostica è un passo necessario per disporre di uno degli indicatori di esito previsti dal protocollo, cioè calcolare quanto nuovi casi di BPCO sono stati individuati grazie all'intervento in farmacia. In nessun modo il protocollo fa intendere che si sia affidato al farmacista il compito di supervisionare le attività diagnostiche del medico.

## PROGETTO SCOMPENSO CARDIACO

*Risulta curioso che si sia messo come indicatore di outcome il tasso di ospedalizzazione e di ricorso al PS ad un anno di soggetti che presumibilmente, trattandosi di ipertesi di nuova diagnosi sarà basso.*

È importante precisare che il progetto identifica sei diversi indicatori di *outcome*, tra cui i due citati nel testo. Il fatto che si tratti di ipertesi di nuova diagnosi non implica che la malattia sia di recente insorgenza (e quindi possa già aver prodotto danni d'organo). È ben noto come l'ipertensione sia una delle patologie con la maggior frequenza di sottodiagnosi (oltre che di sottotrattamento) e che il ricovero o più frequentemente l'accesso in PS sia la sede in cui viene "scoperta" la condizione. Un minore ricorso al PS o al ricovero (per cause correlate all'ipertensione) in soggetti precocemente diagnosticati, ci pare, a buon diritto, un valido indicatore dell'efficacia dell'intervento.

*Inoltre si innescano percorsi "non virtuosi" con aumento del ricorso inappropriato ad esami strumentali e visite specialistiche.*

Non è chiaro a cosa ci si riferisca parlando di percorsi "non virtuosi". Il soggetto individuato come a rischio aumentato (con valori pressori superiori alla norma o con punteggio del questionario GOLD elevato) viene indirizzato al medico curante. Sarà poi quest'ultimo a innescare il percorso (virtuoso o meno) di diagnosi e cura.

## ALTRO

*In questo caso l'intervento del farmacista che spieghi, per esempio, l'uso del device nella BPCO e rinforzi il messaggio di aderenza e persistenza alla terapia dei curanti diventa sicuramente efficace (pagina 16).*

Qui gli autori dell'articolo sembrano apprezzare l'efficacia degli interventi di *counselling* sull'aderenza al trattamento farmacologico in pazienti con patologia conclamata.

Tuttavia, anche in questo caso, riteniamo fondamentale misurare in maniera metodologicamente corretta l'efficacia dell'intervento. Nonostante ci sia una letteratura a sostegno degli interventi di *counselling* da parte del farmacista, riteniamo che, prima di indicare come "sicuramente efficace" l'intervento, l'efficacia vada misurata.

*Un'osservazione va fatta anche riguardo al testo di raccolta del consenso al trattamento dei dati che il farmacista sottopone al cittadino: non è esplicitato che, per tutti e tre i progetti, la proprietà dei dati sensibili appartiene ai promotori dello studio e non al cittadino stesso (pagina 16).*

È esplicitato nella lettera di consenso che il cittadino può ritirare in qualunque momento il proprio consenso e nei protocolli – non essendo richiesto dai CE altrimenti – che i proponenti la ricerca sono i proprietari dei dati.

*L'Ordine scrivente è ben conscio che le farmacie territoriali rivestono un ruolo cardine all'interno del SSN che va ben oltre la mera dispensazione del farmaco, ma ritiene che sia fondamentale in qualsiasi progetto di gestione di malattie croniche che siano tutelate la salute dei pazienti, il ruolo dei professionisti e l'utilizzo ottimale e appropriato delle risorse pubbliche (pagina 16).*

Non possiamo che essere d'accordo con questa affermazione, che non è mai contraddetta in nessuno dei progetti in questione ed è fortemente ribadita nell'introduzione ai progetti stessi.

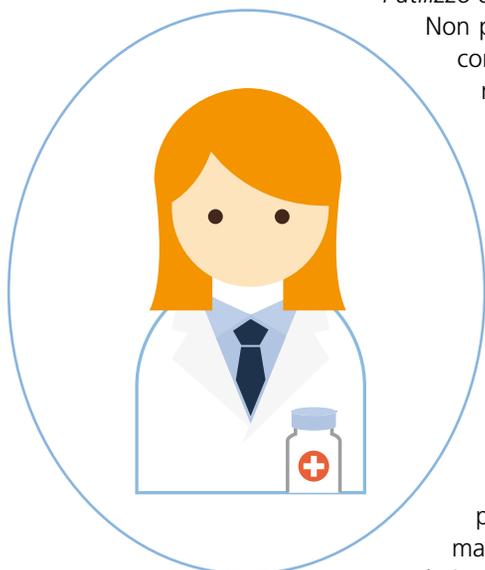
Infine, come detto in premessa, non entriamo nel merito delle considerazioni di tipo etico e deontologico che costituiscono il fulcro dell'articolo "Sanità: una babele di progetti", a firma del Direttore di Torino Medica Mario Nejrotti, ma ci limitiamo a commentare due punti di metodo toccati dall'articolo.

*...Questo delicato lavoro di sintesi si apprende in ambito medico attraverso uno studio lungo, filtrato e potenziato dall'esperienza professionale e non sostituibile da corsi di formazione, necessariamente sommarî e non consoni alle scelte e alle abitudini di lavoro dei professionisti del farmaco (pagina 17).*

Il delicato lavoro di sintesi a cui sembra riferirsi il testo è quello della diagnosi (e della susseguente scelta terapeutica), che è inevitabilmente patrimonio del medico curante. Come più volte ribadito, il ruolo del farmacista all'interno dei progetti è l'individuazione, attraverso strumenti validati nella letteratura internazionale, di soggetti ad elevato rischio di sviluppare alcune patologie croniche e il loro indirizzamento al curante per eventuali successive azioni.

A proposito di formazione, riteniamo importante sottolineare in questa sede come i componenti dei Comitati Scientifici proponenti i progetti abbiano predisposto e condiviso tutto il materiale didattico con rigore scientifico e correttezza professionale.

*Il terzo, di gestione del paziente fragile, affetto da scompenso cardiaco e riacutizzazione di BPCO dimesso dal DEA, organizza un percorso totalmente nuovo, basato (e come potrebbe essere diversamente?), sulla compliance alla terapia, e non sulla gestione del soggetto nel suo complesso e sul suo benessere globale (pagine 17 e 18).*



Non si comprende da dove derivi questa affermazione. Il paziente dimesso da PS è indirizzato al proprio curante (abbiamo già riconosciuto in precedenza come questo punto non fosse esplicitato nel protocollo perché dato per sottointeso) che si occuperà di impostare il percorso di cura ritenuto più idoneo e al farmacista per attività di *counselling* sulla corretta assunzione e aderenza alle terapie, sugli stili di vita, all'uso dei *device* e al rispetto delle raccomandazioni del curante. In tale contesto, sostenere che non si ha cura del benessere globale del soggetto è, quantomeno, infondato e ingeneroso. A questo proposito è utile ricordare la definizione di aderenza (*ex compliance*):

"Adherence to therapy is defined as the extent to which a person's behavior in taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a healthcare provider".

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889324/>)

In conclusione, riteniamo che alcuni dei rilievi mossi dal Consiglio dell'Ordine siano condivisibili e verranno tenuti nella dovuta considerazione per migliorare la qualità dei nuovi progetti da sottoporre ai CE. Altri invece appaiono carenti di motivazione; confidiamo comunque, pur nel breve spazio a disposizione, di aver fornito al riguardo adeguate argomentazioni al loro superamento.

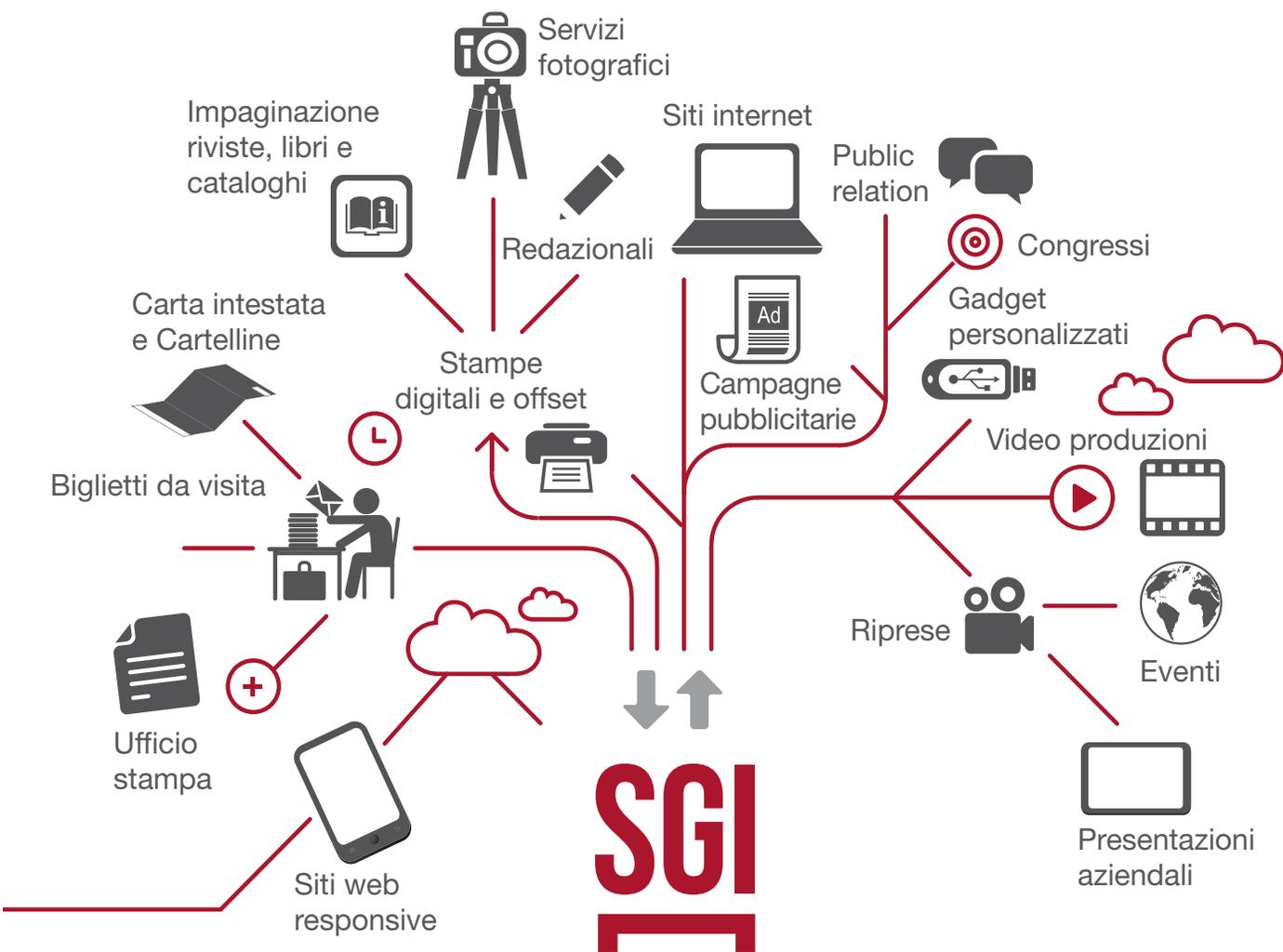
In ogni caso siamo fortemente convinti che i modelli organizzativi in sanità, al pari di qualunque tecnologia (terapie, percorsi diagnostici, ecc.), debbano essere scelti ed applicati sulla popolazione basandosi su quanto di meglio la ricerca ha prodotto; laddove la ricerca non ha ancora prodotto, o non è sufficiente, nasce lo spazio per nuova ricerca. Ricerca che va condotta con il massimo rigore possibile e nel pieno rispetto dei cittadini. Scegliere (o non scegliere) solo sulla base dell'emozione rischia di non tutelare proprio quei cittadini ai quali dichiariamo di voler offrire i migliori livelli di salute possibile.

Anche per queste ragioni non possiamo che fare nostre le parole che chiudono l'articolo di Roberto Venesia:

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



# MODI E MODE DEL COMUNICARE



## COMUNICAZIONE

Oggi, con il tuo budget, puoi aumentare le *impression* o essere presente su nuovi canali. SGI costruisce la tua identità, con lo studio di branding, campagne mirate per l'ADV e coordinati BTL, e aumenta il ventaglio delle soluzioni per darti visibilità: progetta la presenza sui social media e sul web, sviluppa video virali e spot.

## STAMPA

I tempi di produzione nella stampa si sono ridotti sensibilmente e questo consente consegne rapide e più margine alla fase creativa e decisionale. SGI, in sinergia con il network di cui fa parte, investe costantemente nelle migliori macchine da stampa, digitali e tradizionali, per il grande formato o i piccoli quantitativi.

## EVENTI

SGI opera nell'esigente universo degli eventi: individua location, allestisce stand fieristici, cura convention, meeting, festival e presentazioni. Senza lasciare nulla al caso, gestendo in prima persona dalla segreteria all'ufficio stampa, dai supporti ai contenuti, dalla regia dell'evento al filmato conclusivo.

## VIDEO

SGI da 25 anni realizza videoproduzioni per i più prestigiosi committenti nazionali. Oggi le serie TV si trasformano in portali web e contenuti tradizionali si animano online; l'esperienza di SGI è garanzia di un prodotto multimediale accurato, realizzato con le tecnologie più avanzate e le migliori professionalità.

A cura di Laura Tonon  
*Il Pensiero Scientifico Editore*

# La sanità dematerializzata in Italia: a che punto siamo?

Cristina Da Rold  
*Giornalista e comunicatore scientifico freelance*

Non è facile rispondere alla domanda su che cosa dobbiamo aspettarci dall'eHealth oggi. Da una parte vi è la spinta alla dematerializzazione, per assicurare un'interoperabilità dei dati dei pazienti, e favorire così l'accesso agli operatori sanitari nell'ottica di una salute sempre meno "burocratizzata". Dall'altra troviamo una serie di problemi correlati con la condivisione di questa enorme mole di dati, come riuscire a garantire la privacy delle persone, evitare i furti di dati, gli errori umani connessi alla gestione di queste informazioni, e non da ultimo la difficoltà di garantire una medicina in cui il rapporto medico-paziente non sia inficiato dalla presenza della tecnologia. Ma, soprattutto, con la necessità di basare le proprie risposte, e le conseguenti scelte strategiche in termini di salute pubblica, su basi solide come è solita procedere la scienza e l'evidence-based medicine. Si tratta di questioni di primaria importanza oggi, dal momento che i processi di digitalizzazione dei sistemi sanitari sono già in atto da tempo, e si stanno concretizzando anno dopo anno, seppure a diverse velocità e a macchia di leopardo nel nostro Paese.

Di fatto nel nostro Paese la digitalizzazione dei dati sanitari è ancora modesta e disomogenea, con alcune regioni virtuose e altre in ritardo rispetto alla tabella marcia

## I RECENTI PROGRESSI ITALIANI, FRA FSE E RICETTA DIGITALE

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), partito a rilento nel nostro Paese, sta iniziando per esempio a entrare in una fase davvero operativa. Proprio a gennaio 2016 l'Agenzia per l'Italia Digitale e il Ministero della Salute hanno presentato il primo rilascio dell'infrastruttura per l'interoperabilità del fascicolo. Questa prima fase prevede due set di servizi: il primo che assicura i servizi di ricerca e recupero dei documenti oltre alla comunicazione dei metadati, e il secondo che contiene servizi a valore aggiunto sviluppati sulla base delle richieste regionali rendendo i propri fascicoli interoperabili su tutto il territorio nazionale. Il primo marzo è stata introdotta anche la ricetta elettronica nazionale. Secondo Federfarma, ormai il 72% delle ricette mediche è dematerializzato. Un passo importante, risultato di un lungo percorso iniziato diversi anni fa con l'iter normativo iniziato nel 2009 e terminato con l'approvazione del DPCM n. 179 del 29 settembre 2015 relativo alla regolamentazione del FSE e della dematerializzazione della ricetta cartacea. L'obiettivo dichiarato dell'introduzione della ricetta elettronica nazionale è quello di migliorare i servizi ai cittadini, rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa del settore sanitario, accelerare i processi di prescrizione dei farmaci e garantire la validità di una ricetta in tutte le farmacie d'Italia.

## E-prescription in pratica

Per prescrivere un farmaco o una visita, d'ora in avanti il medico si dovrà collegare a un sistema informatico, visibile anche al farmacista, che consegnerà i medicinali prescritti. Al paziente viene rilasciato un promemoria cartaceo che permette di recuperare la prescrizione elettronica in caso di mal funzionamento del sistema o di assenza di collegamento.

Il sistema informatizzato rende automatico il calcolo del ticket e dell'esenzione. Sarà comunque sempre la tessera sanitaria lo strumento utile per l'applicazione del ticket, facendo sì che qualsiasi sia la regione in cui ritiriamo il farmaco che ci è stato prescritto, il ticket applicato sia il medesimo della nostra regione di residenza. Saranno poi le Regioni a bilanciare le differenze dei ticket, senza coinvolgere il paziente.

L'implementazione della ricetta digitale avverrà gradualmente. È prevista infatti una fase transitoria fino al 31 dicembre 2017, che vede però esclusi da questo nuovo metodo alcuni farmaci come gli stupefacenti, l'ossigeno, le prescrizioni per erogazione diretta in continuità assistenziale e i farmaci con piano terapeutico AIFA.

I problemi tuttavia sono dietro l'angolo. Di fatto nel nostro Paese la digitalizzazione dei dati sanitari è ancora modesta e disomogenea, con alcune regioni virtuose e altre in ritardo rispetto alla tabella marcia. Una ricerca condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano ha infatti rilevato che alcune regioni hanno sfruttato percorsi di digitalizzazione già consolidati nel tempo per implementare un Fascicolo completo e aderente alle linee guida nazionali. Altre Regioni invece, a partire da situazioni di base meno avanzate sotto il profilo tecnologico, si stanno muovendo ora seguendo le orme e i percorsi tracciati dalle Regioni virtuose per rispettare le recenti normative.

### LA REGIONALIZZAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

#### Dove si utilizza

Attualmente soltanto 6 Regioni hanno un FSE attivo e funzionante, altre 8 Regioni hanno aderito alla piattaforma di interoperabilità, l'infrastruttura che rende i fascicoli interoperabili e quindi l'accesso e di scambio dei dati digitalizzati fra gli enti che aderiscono al sistema. Il resto delle Regioni è ancora indietro e non ha fatto ancora nulla. Si va a macchia di leopardo e questo è un altro dei problemi della regionalizzazione della Sanità: ognuno usa i propri sistemi e il problema è – laddove esistono – farli parlare tra di loro.

#### Quanto ne sanno i cittadini

Per come sono stati concepiti, i FSE dovrebbero essere una risorsa utilizzabile anche dal cittadino. Da un'indagine dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano su un campione dei 1000 cittadini italiani, alla quale hanno risposto il 32% degli intervistati, è emerso che il 23% sapeva che cosa è il FSE, l'8% ha cercato informazioni sul FSE, solo il 5% ha usufruito del servizio. Quindi è un servizio che non ha ancora raggiunto il cittadino. Se comunicato in modo migliore e se reso più facilmente fruibile, il cittadino avrebbe un tasso di impiego più simile a quello che si vede a livello europeo.

**Eugenio Santoro,**

*Responsabile del Laboratorio di Informatica Medica  
IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri*

### ITALIA: AL 170 POSTO IN EUROPA NELLA DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI PUBBLICI

Un trend confermato anche dalla Commissione Europea, che il 23 maggio scorso ha rilasciato lo European Digital Progress Report (EDPR) che fa il punto, Paese per Paese, sull'attuazione dei processi di digitalizzazione in atto. Quello che emerge è che l'Italia arranca su tutti i fronti rispetto alla media dei paesi dell'Unione Europea anche se fa parte del gruppo di paesi che stanno recuperando il ritardo, secondo l'Indice di Digitalizzazione dell'Economia e della Società della Commissione europea (DESI) 2016, collocandosi complessivamente al 250 posto su 28 Paesi considerati. Siamo al 170 posto invece quanto alla digitalizzazione dei servizi pubblici, fra cui possiamo annoverare la sanità. «Per quanto riguarda il FSE – si legge – non vi è ancora una strategia nazionale: solo alcune regioni l'hanno già messo in atto e non sempre garantendo l'interoperabilità fra i diversi sistemi. Sarebbe importante avere un fascicolo sanitario interoperabile a livello nazionale, migliorando in questo modo l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario».

### UN UNIVERSO "DICKENSIANO"

Per inquadrare gli effetti di una sanità che si fa digitale e dei ritardi di questa dematerializzazione serve uno sguardo che sappia andare oltre la retorica dell'innovazione. Il concetto chiave qui è proprio l'interoperabilità dei servizi, come sottolinea a più riprese anche Mauro Moruzzi, Direttore scientifico di CUP 2000 spa, che ha sviluppato il FSE in Emilia Romagna, ed eHealth Advisor all'Istituto Tumori di Milano. «Con il passaggio dalla cartella clinica cartacea a quella elettronica si superano le barriere spazio-temporali e si genera un circuito di alta comunicazione tra il cittadino, il medico di famiglia e lo specialista, un nuovo welfare a bassa burocrazia per produrre salute».

Non è però così facile a farsi come a dirsi, ed è questa la prima sfida che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare. Anche l'informatica medica deve essere in qualche modo "evidence-based", cioè basata su prove di efficacia. Non dobbiamo dimenticare, infatti, la malpractice generata dall'inserimento di dati sbagliati, dovuta a sistemi non perfettamente funzionanti e alla lacunosa formazione del personale medico nella gestione di questi strumenti.

Un interessante spunto riflessione in tal senso viene da Enrico Coiera, direttore del NHMRC Centre for Research Excellence in eHealth a Sydney, Australia, ricercatore di fama internazionale nel campo dell'informatica medica. Accanto all'entusiasmo di stare implementando servizi sanitari sempre più flessibili e vicini al cittadino, basati sull'idea di paziente empowered, informatizzato ma anche informato, serpeggia la consapevolezza di un sistema potenzialmente sempre più vulnerabile. Scrive Coiera: «È il mondo preoccupante in cui i medici cercano di limitare i danni, costretti a utilizzare sistemi informatici chia-

ramente mal funzionanti. Le cartelle cliniche elettroniche assorbono tutto il tempo a disposizione dei professionisti e non si adattano alla pratica clinica. I provider sanitari si nascondono dietro barricate in fiamme quando i clinici si ribellano. Burocrati governativi in abiti inamidati fanno i vaghi in uffici rivestiti di velluto, spiegano a bassa voce l'ultimo sfioramento dei costi preventivati, i ritardi o la violazione dei sistemi di sicurezza. I dati della nostra salute personale passano di mano in mano su chiavette illegali, fino a quando finiscono nelle grinfie di personaggi che somigliano a Fagin». [L'antagonista nel romanzo *Oliver Twist* di Charles Dickens – N.d.R.]

### **RIPARTIRE DA PROVE DI EFFICACIA**

La difficoltà di rispondere alla domanda iniziale "Che cosa dobbiamo aspettarci dall'eHealth oggi?" si basa inoltre sulla mancanza di studi circa i benefici effettivi di tale informatizzazione. Manca una Evidence-based health informatics (EBHI), una eHealth che si basi cioè su una ricerca scientifica rigorosa che dimostri i vantaggi effettivi dell'utilizzo di singoli processi di dematerializzazione rispetto a quelli tradizionali, sottolinea Coiera ponendosi delle domande pragmatiche. Qual è il limite massimo di sicurezza del numero di farmaci che posso mostrare a un clinico in un menu a discesa? Se voglio migliorare l'aderenza ai farmaci nei miei pazienti con diabete di tipo 2, qual è la soluzione più conveniente? Qual è la prova che una cartella clinica elettronica sia in grado di ridurre il tempo di compilazione? Quali cambiamenti dovrò fare nei percorsi di lavoro del personale infermieristico per implementare un nuovo sistema di gestione dei farmaci? Si tratta di questioni che sorgono spontanee quando un professionista della salute si trova a toccare con mano l'eHealth, ma per le quali al momento non possediamo risposte basate su studi comparativi veri e propri.

Un problema che si ritrova anche in un altro ramo dell'eHealth: la telemedicina. Uno degli ambiti più promettenti per costruire una sanità inclusiva, che accorci le distanze fra chi ha bisogno di cure ma non ha la possibilità di curarsi e chi è in grado di fornirle, che alleggerisca l'iter terapeutico di pazienti in cronicità, e che migliori gli output terapeutici grazie alla possibilità di condividere diagnosi e pareri fra esperti. Poco però si sa infatti circa le implicazioni di questi strumenti sulla relazione interpersonale tra medico e paziente, e sul tempo sottratto alla visita per digitalizzare le informazioni cliniche del paziente.

Nel caso della telemedicina però vi sono esempi di brillanti risultati altrimenti non raggiungibili, in termini di inclusione, di accesso alle cure. Basti pensare per esempio ai progetti di telemedicina che riguardano i Paesi in via di sviluppo, e che fanno sì che persone che vivono a migliaia di chilometri di distanza da un ospedale possano ricevere una diagnosi salvavita. Oppure, senza uscire dall'Italia, ai progetti di telemedicina per la diagnostica nelle carceri, come quello realizzato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino e il Dipartimento di Sanità Pubblica della Facoltà di Medicina dell'Università di Torino, per la creazione di un'infrastruttura per la connessione wireless che permetta ai detenuti di sottoporsi a esami clinici senza dover uscire dalla struttura penitenziaria.

Anche qui ci si scontra infine con il problema della privacy e del pericolo che i dati sensibili dei pazienti, una volta messi in rete possano essere "rubati" con maggiore facilità. Aveva fatto notizia la fuga di dati dal sistema informatico dell'azienda Community Health Systems per opera di alcuni pirati informatici che erano riusciti a superare le misure di sicurezza dell'azienda e di copiare e trasferire con successo un grande volume di dati di 4,5 milioni di pazienti statunitensi. Inoltre, come documentato dallo stesso Garante per la protezione dei dati personale", non mancano casi di accessi abusivi ai dossier sanitari: "consultazione, estrazione, copia delle informazioni sanitarie accessibili tramite il dossier da parte di personale amministrativo o personale medico che non era stato mai coinvolto nel processo di cura del paziente e che per motivi di interesse personale aveva acceduto allo stesso per poi divulgare le informazioni così acquisite a terzi all'insaputa dell'interessato". I dati anagrafici e sanitari hanno un forte valore commerciale per le assicurazioni e per le aziende del farmaco.

È fuori di dubbio che la smaterializzazione dei servizi li renda più vulnerabili. Un binomio, quello fra condivisione e privacy, che rappresenta uno dei principali aspetti che un sistema sanitario oggi deve saper affrontare, per assicurare un diritto ai propri cittadini senza toglierne un altro.



# Il medico in piena rivoluzione digitale

Laura Tonon

Colloquio con Paolo Misericordia

*Responsabile del Centro Studi e dell'Area ICT della Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG)*

**Il Centro studi della FIMMG ha condotto recentemente un'indagine sull'uso dell'Information and Communications Technology (ICT) da parte dei medici di medicina generale (1). Partendo dai vostri dati possiamo dire che i medici di medicina generale italiani sono pronti ad una Sanità dematerializzata?**

I medici di medicina generale sono sensibili all'esigenza di condividere e scambiare informazioni sanitarie per migliorare gli esiti assistenziali cercando di fare evolvere anche l'interazione con i pazienti. Pur non essendo sistemi che garantiscono la riservatezza delle informazioni, ci risulta che molti pazienti contattano i medici attraverso email e sms; sta aumentando in particolare l'uso di WhatsApp. Il dato che emerge con maggiore chiarezza dalla nostra indagine è la disponibilità e sen-

sibilità dei medici di medicina generale italiani a lavorare nella direzione di una condivisione dei dati, anche con il resto del sistema e degli operatori e colleghi del sistema sanitario nazionale, ovviamente laddove c'è una sponda per farlo.

**Recentemente è stata presentata la ricetta elettronica quale strumento della sanità digitale: come viene recepita dalla vostra classe medica?**

La ricetta elettronica rientra nell'evoluzione del sistema di condivisione dei dati che ci trova, nel disegno generale, tutti d'accordo. Rappresenta uno strumento semplice che ha il vantaggio di sincronizzare le attività di prescrizione da parte del medico e di erogazione da parte della farmacia, offrendo la possibilità al paziente di ritirare i medicinali prescritti in qualsiasi farmacia.

Potenzialmente è un sistema che funziona molto bene che, col tempo, dovrebbe sostituire del tutto la ricetta cartacea. Ma nei fatti come categoria professionale abbiamo dovuto sopportare e soffrire tutto il sistema di avvicinamento ad una digitalizzazione che è stata implementata senza un vero disegno strategico complessivo e che ancora non è a regime. Fatta eccezione per alcune singole realtà come il Trentino, non possiamo ancora parlare di una vera e propria dematerializzazione della ricetta: ad oggi il medico è ancora tenuto a stampare un promemoria cartaceo, che non porta nessuna firma e che permette di recuperare la prescrizione elettronica in caso di mal funzionamento del sistema o di assenza di collegamento, e l'assistito deve continuare a portare con sé questa copia cartacea della ricetta. L'inserimento del promemoria cartaceo ha comportato indubbiamente dei problemi pratici e tecnici per gli studi di medicina, come ad esempio stampanti non correttamente settate o la mancata comunicazione dei database. In tutti questi sistemi c'è poi una grande criticità: l'autenticazione "debole" del medico, che non garantisce sufficientemente rispetto alla vera responsabilità della prescrizione (o dell'atto certificativo, nel caso dei certificati online). Le difficoltà che si sono verificate per la gran parte non erano state previste né il sistema pianificato con i livelli professionali. Il risultato è che il medico di medicina generale si trova spesso a fare il lavoro dei videoterminalisti senza beneficiare appieno dell'innovazione digitale, nata con l'esigenza e l'obiettivo di creare vantaggi per il paziente, ma anche di supportare i medici. Riconosciuto il valore intrinseco di questa evoluzione del sistema prescrittivo, andrebbe altrettanto tenuto in considerazione la necessità di rendere il "nuovo" compatibile con le esigenze dell'assistenza e dei professionisti.

**L'evoluzione dell'ICT per facilitare il lavoro dei medici e i percorsi di cura: parliamo quindi della sanità digitale che si declina in un sistema che è fatto dal fascicolo sanitario elettronico (FSE), dalla ricetta elettronica, auspicabilmente dalla teleassistenza. Lei quali vantaggi vede in questo sistema? E quali i possibili risvolti da tenere in considerazione?**

Ogni sistema che permette di agevolare il percorso assistenziale è assolutamente ben accetto. Pertanto la condivisione dei dati assistenziali tra medici di medicina generale e specialisti, tra medici dell'assistenza primaria e quelli di continuità assistenziale, è certamente una frontiera da perseguire. Andrebbe però valutato se, per esempio, il FSE per come è nato e per come si sta attualizzando nelle Regioni dove è già stato implementato garantisce effettivamente un miglioramento dell'assistenza. Alcune iniziative sono state messe in

atto senza una partecipazione della professione medica e pertanto dobbiamo ancora verificare se sono percorsi che hanno il valore aggiunto prospettato di miglioramento dell'assistenza. Per quanto concerne la teleassistenza, dati in letteratura dimostrano che è una risorsa che crea vantaggi assistenziali. Purtroppo le esperienze di teleassistenza che si stanno realizzando in Italia sono poche e circoscritte, si sono realizzati dei lavori pilota che poi non si sono consolidati. Per fare decollare le iniziative della sanità digitale, a monte deve esserci la programmazione di un piano organizzativo e d'investimento. Se vengono fatte partire con un volano organizzativo messo su dal Servizio Sanitario Nazionale va bene, altrimenti rimarremo per molto tempo ancora in mezzo al guado.

**Enrico Coiera, studioso di informatica medica sottolinea che questa promessa rivoluzione digitale in sanità presenta delle criticità. Ha dei forti vantaggi ma anche dei rischi da non sottovalutare. Ad esempio l'utilizzo di queste tecnologie amplifica la propagazione di errori che si possono generare. È stata fatta una riflessione su questo aspetto?**

Non credo che sia stata fatta una riflessione approfondita, però ritengo che conoscere è molto meglio che ignorare. Sapere quello che gli altri colleghi sanno sullo stesso paziente e sapere quanto è già stato esplorato e prodotto in relazione a una sua specifica patologia è sicuramente più vantaggioso che esserne all'oscuro. Ma non dobbiamo assumere che quanto viene riportato nel FSE del paziente sia completamente esaustivo o addirittura sostitutivo della normale attività anamnestica di chiedere al paziente o ai familiari problemi pregressi. La segnalazione da parte di un collega di un'allergia è un valore aggiunto, ma non ci eviterà di chiedere comunque al paziente se soffre di altre allergie. La questione è la valenza che diamo alla condivisione del dato. Pensare che possa affrancare e possa rendere inutili le classiche attività professionali della scienza medica sarebbe una pretesa eccessiva: il medico non può essere sostituito da un FSE o da qualsiasi altra modalità di scambio di informazioni. Se così non fosse, ci sarebbe una resistenza enorme alla condivisione automatica delle informazioni: i medici per primi si opporrebbero se quanto comunicano venisse preso in maniera completamente acritica da altri colleghi. Tanto più rispetto a una storia clinica raccolta sul territorio, in tante diverse fasi assistenziali, alcune delle quali potrebbero anche non essere conosciute dal medico o acquisite in momenti in cui non era possibile procedere alla loro registrazione. Il pensiero che quanto è stato digitalizzato possa condizionare in un futuro le decisioni di un collega – decisioni fuorviate dal fatto che il livello ►

informativo potrebbe non essere stato perfettamente aggiornato – e fare scattare quindi anche delle conseguenze medico-legali, costituirebbero aspetti complicati che andrebbero a vanificare gli sforzi per costruire un valido strumento di comunicazione.

### **A conti fatti le cartelle cliniche elettroniche velocizzano le pratiche burocratiche oppure sottraggono tempo alla relazione medico-paziente?**

È plausibile che una parte del tempo della visita venga sacrificata a questa attività e non destinata al colloquio con il paziente. Tuttavia il valore aggiunto del disporre della totalità di informazioni della storia clinica del paziente rispetto ad un percorso di cura anche pregresso ha un vantaggio molto ragguardevole. Può essere considerato un po' più oneroso, ma a mio avviso è del tutto gestibile nell'ambito dell'organizzazione di uno studio medico. Non abbiamo grossi rammarichi su questo percorso, utilizziamo le cartelle sanitarie dei nostri assistiti da sempre e hanno creato delle vere e proprie soluzioni per tanti problemi che si presentano quotidianamente.

### **Come vi ponete rispetto alla questione della privacy e del consenso all'utilizzo dei dati?**

Questo è un problema importante e complesso e lo sarà sempre di più con l'incremento dello scambio di informazioni che riguardano il paziente. Il dato che è di proprietà del paziente viene assunto, archiviato e gestito da un medico e una volta dematerializzato viene messo a disposizione di soggetti terzi in un ambito condiviso dove altri soggetti possono ripopolare la stessa cartella di altre informazioni. Si creano dunque delle dinamiche nuove e non contemplate dai nostri istituti di garanzia. Ragione per cui la scorsa estate il Garante per la protezione dei dati personali ha varato le nuove linee di indirizzo sul dossier elettronico sanitario territoriale che puntano a definire un quadro di riferimento unita-

rio per il corretto trattamento dei dati raccolti nei dossier da parte di strutture sanitarie pubbliche e private. Per la situazione in cui una stessa cartella clinica elettronica può essere gestita da più protagonisti – come sarà con le prossime aggregazioni funzionali territoriali deputate a garantire la continuità dell'assistenza dove gruppi allargati di medici di medicina generale potrebbero dover condividere delle informazioni assistenziali – è stata presa in considerazione una nuova policy della privacy in cui ognuno dovrebbe mantenere una titolarità delle informazioni immesse, un sistema cioè di co-titolarità del dato.

Per il paziente potrebbe esservi effettivamente l'ipotesi di una minore garanzia sulla riservatezza delle informazioni che lo riguardano. Per proteggere i suoi dati sussisteranno tutte le condizioni di crittografia e di autorizzazione all'accesso attraverso sistemi di credenziali forti; però è del tutto intuitivo che se il dato rimane chiuso nel cassetto del medico l'ipotesi che quel dato venga divulgato su ampia scala è più ridotta rispetto invece ad una informazione disponibile online. Questi rischi vanno presi in considerazione facendo valutazioni adeguate tra il costo e il beneficio, che generalmente cambiano a seconda del contesto. Per i pazienti cronici e anziani che non sono in un'età in cui c'è la possibilità di mettere, ad esempio, in gioco i meccanismi di assunzione lavorativa, il valore aggiunto della condivisione informativa è certamente superiore rispetto al rischio correlato alla possibile diffusione dei suoi dati che invece può essere penalizzante per il paziente più giovane. In prospettiva bisognerà cercare di fare una certa differenziazione tra i pazienti più giovani e pazienti più in là con l'età. Probabilmente le policy che riguardano la riservatezza e la privacy potrebbero anche essere differenziate, cioè, tenendo conto delle caratteristiche anagrafiche dei nostri assistiti.

### **Note bibliografiche**

1. *I medici di famiglia e la telemedicina. Indagine Fimmg*, «Quotidiano Sanità», 4 maggio 2016
2. *Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015*, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015

# L'eHealth tra medici e pazienti

Laura Tonon

Colloquio con Eugenio Santoro

*Responsabile del Laboratorio di Informatica Medica,  
IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri*

La nostra classe medica è ancora restia alla sanità digitale che viene vista solo come un aggravio di lavoro, e continuerà ad esserlo finché non le verrà provato che permette di raggiungere risultati migliori rispetto alle vie tradizionali

## La sanità digitale è pienamente decollata in Europa e in Italia?

Il report sullo stato della sanità digitale in Europa, pubblicato dalla Regione Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [N.d.R. vedi box "Dall'innovazione all'attuazione: eHealth"] è arrivato alle medesime conclusioni dell'indagine "sanità digitale in Italia: non più miraggio, non ancora realtà" condotta dal Politecnico di Milano. Le conclusioni sono state che "nella maggior parte degli Stati membri la sanità digitale è diventata uno strumento importante per fornire servizi sanitari e promuovere il miglioramento della salute pubblica, ma molte sono ancora le difficoltà da superare". L'espansione dell'eHealth si scontra innanzitutto con problemi di carattere economico. Dall'indagine dell'OMS emerge chiaramente che la mancanza di finanziamenti pubblici rappresenta una barriera tanto per l'implementazione dei sistemi di dematerializzazione dei dati sanitari, cioè del FSE che non è ancora decollato nel 40% degli Stati membri dell'Unione europea, quanto per lo sviluppo di programmi di telemedicina. Un'altra difficoltà è l'assenza di prove robuste di costo-efficacia e di effectiveness dei sistemi e degli strumenti di sanità digitale inclusa la mobile health. Serve investire in sperimentazioni cliniche controllate che ad esempio mettano a confronto la medicina o i programmi di salute erogati attraverso le app rispetto a programmi standardizzati utilizzati in ambito sanitario per raggiungere lo stesso obiettivo. Colmare questa lacuna di evidenze andrebbe peraltro ad accrescere la consapevolezza delle potenzialità ed effettiva utilità della tecnologia per cambiare in positivo la medicina e la pratica clinica. La nostra classe medica è ancora restia alla sanità digitale che viene vista solo come un aggravio di lavoro, e continuerà ad esserlo finché non le verrà provato che permette di raggiungere risultati migliori rispetto alle vie tradizionali. La domanda è "se non mi dimostri che è meglio di quello che c'è perché dovrei usarlo?"

## Nel grande mondo della mobile phone rientrano delle app mediche con funzioni diagnostiche e terapeutiche. Un'altra domanda che potrebbe o dovrebbe porsi il medico è "se non mi dimostri che è sicuro perché dovrei usarlo?"...

Diversamente da quanto avviene negli Usa, in Europa non viene richiesta la validazione delle app che trasformano uno smartphone in un dispositivo medico o che permettono di fare diagnosi o dare consigli su come deve essere curato un paziente. Sempre riferendosi al report dell'OMS sappiamo che in metà degli Stati membri europei sono già stati implementati dei programmi per la promozione dell'impiego di applicazioni in ambito medico-sanitario ma soltanto in un terzo degli Stati è previsto un ente certificatore. Esiste una scarsa consapevolezza sulle potenzialità del loro impiego e, soprattutto, sono pochi gli studi di validazione oltre a quelli di costo-efficacia e di effectiveness. L'usabilità è una condizione che può essere soddisfatta dal concetto di validazione, ma per essere inserita all'interno di un processo assistenziale ci devono essere delle prove solide. Un'altra criticità è legata al problema della privacy che è stato riscontrato anche sui sistemi di ►

telemedicina e fascicoli sanitari elettronici: negli Stati Uniti si sono verificati diversi casi di hackeraggio di cartelle cliniche elettroniche. Alcune tipologie di app non rispettano la privacy del cittadino o paziente che le utilizza. Ogni applicazione di tipo medico dovrebbe avere una sezione che spiega all'utente, ancora prima che scarichi l'applicazione, la protezione dei dati personali. Ma recenti studi hanno riscontrato che, in realtà, il 50% delle volte questa sezione non è presente e che anche in presenza di garanzia di privacy i dati raccolti vanno a terze persone non autorizzate e in molti casi anche in maniera non criptata. I dati del paziente diventano quindi potenzialmente visibili a chiunque dovesse mettersi tra il punto in cui vengono trasmessi e il punto in cui vengono ricevuti.

### DALL'INNOVAZIONE ALL'ATTUAZIONE: eHEALTH

Da un'indagine dell'OMS-Regione Europa che ha coinvolto 47 Stati membri dell'Unione europea è emerso che il 93% ha reso disponibili investimenti pubblici per i programmi di eHealth.



#### Fascicolo sanitario elettronico

- Il **59%** ha un sistema di electronic health record.
- Il **69%** ha una legislazione che supporta l'uso dei sistemi nazionali di EHR.
- Il **50%** non ha fondi sufficienti per l'implementazione dei sistemi di EHR.



#### Telemedicina

- L'**83%** usa la teleradiologia.
- Il **72%** usa il monitoraggio remoto.
- Il **63%** usa i servizi di telepatologia.
- Il **38%** deve ancora sviluppare una strategia dedicata alla telemedicina.
- Il **71%** riporta che i finanziamenti per sviluppare e supportare la medicina sono una barriera.



#### Mobile health

- Il **49%** dispone di programmi pubblici di mHealth.
- Il **73%** non ha un organo responsabile della supervisione regolamentare del settore e della qualità, sicurezza e affidabilità delle app sanitarie.
- Il **7%** ha predisposto dei programmi governativi per la valutazione delle app.
- Il **72%** usa mHealth per accedere ai dati dei pazienti.
- Il **70%** usa mHealth per monitorare i pazienti.
- Il **52%** usa supporti mobili sistemi mobili di supporto alle decisioni.



#### Social media

- Nel **91%** degli Stati membri i cittadini e le comunità usano i social media per cercare informazioni sulla salute.
- Nell'**81%** le organizzazioni sanitarie utilizzano i social media per promuovere messaggi di salute.
- Nel **14%** è in vigore una politica nazionale che ne regolamenti l'uso nella professione sanitaria.

Fonte: From innovation to implementation – eHealth in the WHO European Region (2016)



A cura di Laura Tonon  
Il Pensiero Scientifico Editore

# I pilastri ippocratici nella sanità 2.0

Francesco Del Zotti

*Responsabile Centro studi della  
Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG) Verona, Direttore di Netaudit*

...se la rete vorrà dare un servizio alla medicina e se non vorrà bruciare se stessa in questa funzione dovrà rispettare tutti i pilastri ippocratici: è la rete che deve adeguarsi a questi pilastri e non viceversa

Con l'implementazione di Centri unici di prenotazione telematici, del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), delle ricette elettroniche, dei certificati telematici e della telemedicina si sta attuando un cambiamento epocale della Sanità. Il messaggio diffuso è quello di una rivoluzione digitale che dovrebbe migliorare e allo stesso tempo ottimizzare l'assistenza sanitaria dei nostri assistiti, ridurre i costi e velocizzare i processi. Ma servirebbe riflettere su come conservare la tradizione dei valori antichi della professione medica ippocratica in questo processo di rinnovamento, cioè come coniugare l'antico e il moderno.

La medicina ippocratica ha 2400 anni, mentre Internet non ha raggiunto ancora il mezzo secolo di vita. L'equivoco di fondo è considerare l'antico non più vitale quando invece la nostra medicina si fonda sui principi di Ippocrate, ancora attuali e in vigore. Usando una metafora, la medicina è come un ulivo di 2000-3000 anni che continua a produrre olive. Il punto di partenza di questo processo di rinnovamento della Sanità dovrebbe essere come il "nuovo" possa innaffiare l'ulivo e non come l'ulivo debba adattarsi a un terreno fatto di relazioni forzate e di oversharing di dati. L'OMCEO di Verona insieme al Centro studi FIMMG di Verona - Kèiron ha stilato la Carta di Verona che elenca in 12 punti i principi da perseguire per l'implementazione dei servizi digitali secondo i dettami ippocratici. Come si legge nell'introduzione, "se la rete vorrà dare un servizio alla medicina e se non vorrà bruciare se stessa in questa funzione dovrà rispettare tutti i pilastri ippocratici: è la rete che deve adeguarsi a questi pilastri e non viceversa".

Chiarito questo punto, discende tutto il resto che è oggetto di dibattito nella comunità dei medici. La domanda alla quale dobbiamo rispondere è la seguente: come tutelare, nel mondo delle reti, i pilastri della medicina ippocratica del segreto professionale e del rapporto di fiducia che si instaura tra medico e paziente. Per rispondere serve una citazione. La medicina è un'opera collettiva: come afferma il mio collega inglese Julian Tudor Hart "diagnosi e terapia sono delle coproduzioni tra medico e paziente". Il rischio è che questa coproduzione non venga rispettata dallo sharing data bensì espropriata: la priorità rischia di passare dalla relazione medico-paziente al "dato" e a chi governa i grandi database. Sta quindi a noi vigilare.

Ricordiamoci lo scandalo oltremarino nel 2014 del database di Care.data, l'equivalente del nostro FSE. Milioni di cartelle erano fornite in modo solo apparentemente anonimo alle Assicurazioni. Ma, in realtà, incrociando il database con altri sono stati ottenuti i nomi e cognomi di milioni di cittadini britannici e altri dati utili alle Assicurazioni per fare delle valutazioni prospettiche. Tuttavia questa lezione non sembra sia servita a molto visto che, recentemente, sono state cedute più di un milione e mezzo di cartelle cliniche a Google per realizzare un programma per una diagnosi precoce di danni renali in alcune classi di

pazienti a rischio. Apparentemente Google lo farà in maniera caritatevole, senza scopo di lucro, ma una relazione così stretta tra un singolo sistema sanitario nazionale o regionale e un gigante del web 2.0 dove porterà i dati dei nostri assistiti?

Molte discussioni sulla Sanità digitale vengono centrate sul diritto individuale alla privacy ma è una distrazione rispetto a un concetto basilare di proprietà. La medicina è una proprietà intellettuale pratica di gruppi di cittadini e di medici che interagiscono tra loro a due a due. La sensazione è che la rete faticchi a cogliere e fare proprio questo concetto: la tecnologia ha la capacità di raccogliere e scambiare dati da tutte le parti del mondo senza dare delle garanzie, rispetto ai sistemi tradizionali, in merito alla proprietà e protezione dei dati. All'incertezza tecnologica si aggiunge il "confusionismo legislativo" generato dalla stratificazione di leggi e normative europee sulla tutela della privacy e sul consenso informato richiesto al cittadino ad alimentare il FSE. Non possiamo chiedere né pretendere che sia il legislatore a risolvere queste difficoltà che non sono solo di contenuto ma anche tecnologiche, etiche e professionali. Stiamo studiando un cambiamento in corso d'opera e nessuno ha una bacchetta magica per predire come evolverà né per trovare la soluzione. Quando manca una linea guida basata sulle prove, si apre la necessità di un confronto tra le parti per arrivare a un consenso. All'opposto la tecnologia sta imponendo un centralismo non democratico che ostacola il dialogo. L'intensificazione dei modelli di discussione democratica deve invece essere una via obbligata.

L'altro pilastro della medicina ippocratica è la relazione di fiducia tra medico e paziente. Questa fiducia rischia di essere incrinata quando il medico di famiglia minacciato o incentivo dallo Stato e dalle Regioni potrebbe spingere il paziente a dare il consenso a mettere in rete tutti i suoi dati, le sue prescrizioni e i suoi referti clinici, senza che lo stesso medico abbia ricevuto tempo, mezzi e formazione utili a fornirgli la complessità di informazione sui benefici e i rischi della digitalizzazione.

**medicina  
ippocratica:  
2400 anni**



**Internet:  
47 anni**



**La condivisione in rete dei dati in Medicina può costituire nuova linfa e nuovo apparato radicale per l'ulivo della medicina e della medicina generale. Ma, sviluppata o impiegata male o di fretta, può costituire una rete che cattura cittadini e medici, strappandoli pericolosamente alla possibilità di vivere e nuotare nelle proprie acque**

Così si rischia di alimentare un'etica medica paternalistica e non di empowerment del paziente. E in effetti gli attuali modelli di consenso informato che abbiamo visionato, in merito all'autorizzazione della dematerializzazione dei dati personali, appaiono tutt'altra cosa rispetto al modello del consenso informato tipico di un trattamento terapeutico: i primi sono improntati sull'accento quasi esclusivo sui vantaggi, il secondo è molto più perimetrabile ed equilibrato in termini di vantaggi e rischi dell'intervento.

Vi è inoltre l'impressione che lo Stato o una Regione scarichino sul singolo medico o sul singolo impiegato la responsabilità del consenso al FSE e al trattamento di dati, proprio quando la complessità e molteplicità dei cambiamenti chiamano in causa sia competenze diverse per regolamentarne uso e diffusione ed agenzie diverse per spiegare le novità, sia tecnologie evolute (mancanti) per permettere al singolo cittadino di graduare, da protagonista, l'adesione al FSE dal proprio smartphone, token o computer.

La questione è che la Sanità digitale non poche volte viene presentata come una panacea per il nostro sistema sanitario nazionale e per la gestione dei percorsi di cura elencandone solo i benefici e non le controindicazioni o i rischi. Lo Stato e le Regioni diffondono materiali informativi con toni orientati ai soli aspetti positivi. Viene propagandato il messaggio che il FSE servirà a tutti, accelererà i tempi e ottimizzerà risultati e risorse utilizzate. Ma rischi e controindicazioni non mancano di certo, tenuto conto della insicurezza dei dati che viaggiano in rete e della complessità della disciplina giuridica sulla privacy dei dati sanitari. Inoltre, i benefici della dematerializzazione dei dati non sono uguali per tutti. Per il paziente anziano, con malattie croniche, in politerapia, il FSE offre il rilevante vantaggio che tutti i dati riguardanti la sua storia clinica sono reperibili con un solo click da medici e infermieri delle strutture e dei servizi sanitari pubblici che hanno accesso alla piattaforma della sanità digitale e che così possono seguirlo meglio. Se i suoi dati dovessero andare in mano a terzi, questo paziente non rischierebbe gravi danni, dal momento che egli ha una vita stabilizzata socialmente (pensionato da anni e spesso con relazioni affettive stabili da decenni). Diversa invece è la condizione del paziente giovane, frequentemente in cerca di lavoro o con un lavoro non stabile: qui la non improbabile fuga di dati in rete, il passaggio dei suoi dati clinici verso le aziende potrebbe equivalere alla mancata firma di un contratto di lavoro o alla sua perdita.

Per una corretta informazione ai cittadini e ai medici in merito al FSE andrebbero utilizzati i tradizionali foglietti illustrativi (con indicazioni, controindicazioni e dosi) al posto di modelli che, non poche volte, sembrano dei depliant pubblicitari. E, inoltre, andrebbe applicata la metodologia della evidence-based medicine. I risultati dei trial clinici randomizzati costituiscono la base di evidenze scientifiche che dovrebbero orientare le decisioni condivise del paziente e del medico. Si ricercano costantemente conoscenze sempre più approfondite e precise, evidenze sempre più robuste. I vantaggi promulgati del FSE sono per la gran parte presunti e non dimostrati scientificamente. In Italia non c'è stato nessuno studio randomizzato, Regione per Regione, sul sistema di archiviazione e scambio dei dati sanitari digitali dei pazienti. Lo Stato ha dato l'obbligo alla Regione di accelerare l'implementazione del FSE rispettando delle scadenze rigide, quando invece il "nuovo" sarebbe dovuto essere sperimentato in maniera controllata e graduale.

La condivisione in rete dei dati in Medicina può costituire nuova linfa e nuovo apparato radicale per l'ulivo della medicina e della medicina generale. Ma, sviluppata o impiegata male o di fretta, può costituire una rete che cattura cittadini e medici, strappandoli pericolosamente alla possibilità di vivere e nuotare nelle proprie acque. Come sempre tutto sta a come si definiscono parole "ambigue"; in questo caso la parola ambigua è "rete": un potente sistema di pesca a strascico, controllo e blocco degli individui o un nuovo metodo per rafforzare le inter-connessioni orizzontali e metodologiche della scienza, del diritto, della democrazia. I cittadini e i medici non devono essere solo "oggetti" dei criteri di quella definizione, ma hanno tutto il diritto di esserne i protagonisti.

A cura della redazione **MediaFNOMCeO**

# Questionario su conoscenze informatiche e privacy

Utilizzi quotidianamente dispositivi informatici? Raccogli e archivi dati sanitari sul tuo pc? Pensi che il consenso informato da te acquisito ti metta al sicuro rispetto alla trasmissione dei dati? Queste sono alcune delle domande in cui si articola il "Questionario su conoscenze informatiche e privacy" predisposto dal gruppo di lavoro FNOMCeO "ICT Information and Communication Technology". Se le potenzialità dell'ICT sono di enorme importanza, altrettanto importante è affrontare le sfide che pone in modo consapevole e attento: partendo da "una reale conoscenza della professione in cui si calano questi strumenti", tenendo conto delle "possibili implicazioni deontologiche", quindi contribuendo attivamente al dialogo tra i due ambiti.



Qr code del Questionario su conoscenze informatiche e privacy

**Silvestro Scotti**

*Presidente OMCeO Napoli*

"In Italia, a differenza di quanto si possa immaginare - ha affermato il Presidente dell'OMCeO di Napoli Silvestro Scotti, componente del gruppo, in occasione della III Conferenza Nazionale della Professione medica e odontoiatriche (Rimini, 19-21 maggio) - c'è stato uno sviluppo rapido della sanità elettronica, ma le ricadute applicative avvicinano questo ambito di ricerca più alle valorizzazioni economiche riferite all'assistenza che alla definizione di strumenti di supporto del medico o dell'operatore sanitario. Per esempio, la telemedicina si sta espandendo molto ma questo modello va ancora ben chiarito rispetto ai parametri di prestazione: è evidente infatti che nei nomenclatori regionali non sono previste né valorizzate le prestazioni telemediche, ponendole perciò in una condizione di assimilabilità alle prestazioni in presenza senza nemmeno ottenerne il vantaggio di una migliore economia di scala (centralizzazione dei referti, e diffusione territoriale della prestazione). Sembra quindi che lo sviluppo della sanità elettronica, oggi molto sviluppata in particolare negli atti medici di prescrizione e certificazione dematerializzate, sia più legato all'art. 81 (equilibrio della finanza pubblica) che all'art. 32 (diritto alla Salute) della Costituzione: una battuta per dire che la questione della nuova tecnologia si appresta ad essere appannaggio più del ciclo economico che non una estensione del diritto della tutela di salute. Questo aspetto evidentemente rischia di alterare il rapporto tra medico e paziente: il processo dei flussi dei dati, così come viene impostato oggi, non tiene conto del ruolo di una professione intellettuale quale è quella medica: infatti nel momento in cui in Italia si usa la codifica delle diagnosi cosiddetta ICD-9-CM nell'elaborazione di un ragionamento diagnostico, è chiaro che la classificazione sovrasta il ragionamento intellettuale su cui invece si basa sempre la diagnosi. Cioè, l'approccio informatico costringe ad un codifica dei dati senza un ►



apprezzamento intellettuale nonostante le scelte diagnostiche e terapeutiche siano sempre più determinate dalle evidenze clinico-scientifiche basate su dati digitali (N.d.R. La classificazione ICD-9-CM è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche).

Sul delicato tema della privacy è necessario poi ricordare che i flussi di dati stanno oggi assumendo una mobilità che deve essere chiarita e maggiormente sistematizzata: cioè il cittadino non ha l'empowerment positivo alla sanità elettronica ed è quindi importante che possa conoscere le procedure ed avere un accesso diretto ai propri dati così come viene riportato nel nuovo Regolamento europeo uscito qualche giorno fa in Gazzetta. Questo criterio vale anche per il campo delle App sanitarie che in Italia, ma è un problema di dimensione internazionale, spesso non sono validate dall'istituzione sanitaria ma progettate e predisposte a fini di produzione di servizi on-line for profit creando un consumo di sanità piuttosto che una vera azione di prevenzione e di indirizzo agli stili di vita. Quindi in sé il prodotto non nasce ad uso del paziente o dell'operatore sanitario, attraverso un'analisi dei bisogni e delle ricadute, ma è finalizzato al mercato, al consumo. Cioè continua a rimanere prevalente l'approccio informatico.

Questo modello è chiaro che non può essere sufficiente: ci vuole invece una reale conoscenza della professione in cui si calano questi strumenti e soprattutto tutti gli strumenti che producano informazioni sanitarie o potenzialmente utili alla salute dovrebbero tener conto anche delle possibili implicazioni deontologiche conseguenti per il medico che le intercetta. Lo sviluppo delle applicazioni informatiche in sanità dovrebbe essere affiancato da competenze specifiche che mettano a fuoco gli elementi tecnologici per una reale utilità per il paziente, per il me-

dico e per tutte le professioni sanitarie, con un approccio intellettuale e non statistico o classificatorio. Sarebbe utile costituire un albo di consulenti medici esperti della trasferibilità degli applicativi informatici a supporto della buona pratica clinica e gestionale del futuro medico proprio perché la salute non è sempre riconducibile a processi informatici ma ha bisogno di quella quota di relazione professionale che rimane fondamentale nell'area medica.

La Pubblica Amministrazione, ma anche tutto il mondo dei Servizi, è orientato ad estendere sempre più le offerte sul web. Ne sono un esempio i portali di accesso di INPS, INAIL, e quelli delle Regioni. Tra i servizi che queste sono chiamate a sviluppare il famoso FSE, dove confluiranno le diagnosi, le prescrizioni, le indagini effettuate. L'accesso a tali portali è vincolato a protocolli che utilizzano il riconoscimento del Professionista Medico attraverso credenziali che vengono consegnate previa la presentazione di un certificato di iscrizione all'Ordine. L'uso (come sta avvenendo) di credenziali basate su sistema di autenticazione a due fattori (User-ID e Password) è un sistema di autenticazione DEBOLE che rende possibile il furto di identità, e rende problematico il controllo della permanenza nel tempo della idoneità-abilitazione a svolgere le mansioni per le quali il professionista si accredita e accede.

Il futuro disegna in questo campo l'identificazione digitale degli utenti e quello dei singoli professionisti che dovranno accreditarsi attraverso un'autenticazione che li abilita a svolgere operazioni che sono di loro esclusiva pertinenza.

Su questo orizzonte si proietta il futuro degli Ordini, che dovranno accreditarsi come Attribute-Provider per garantire al sistema la possibilità di identificare il medico e/o l'odontoiatra garantendo i suoi titoli ed il mantenimento nel tempo l'idoneità alle mansioni svolte".



8

OTTOBRE



Diritto alla salute per Tutti

PIAZZA  
SAN  
CARLO

Una giornata di  
**PREVENZIONE**  
con controlli  
e screening  
**GRATUITI**

[www.torinotakingcare.it](http://www.torinotakingcare.it)



4 AREE TEMATICHE | PRESIDIO AUDIOMETRICO | CHEKUPNEI | WORKSHOP | FOCUS DONNA | PREVENZIONE ERGONOMICA |  
CONTROLLO PRESSIONE OCULARE | ELETTROCARDIOGRAMMA | PRIMO SOCCORSO PEDIATRICO | MDP | ASSOCIATORI

Progetti e proposte concrete  
alla Regione Piemonte dal  
Convegno OMCeO  
“Investire nel servizio sanitario  
pubblico in Piemonte”, che si  
è svolto il 20 Novembre 2015  
nella sede dell’ordine, Villa  
Raby, a Torino.

# Investire nel servizio sanitario pubblico

A cura di Mario Nejrotti



L’appropriatezza prescrittiva, concetto e valore a cui abbiamo dedicato il Focus sul numero 2, sembra essere la panacea per tutti i mali del SSN e viene usata dal potere politico, evidentemente in modo strumentale, per giustificare decisioni di “erogabilità delle prestazioni” ingiuste e dominate da logiche economiche che poco hanno a che vedere con l’equità e la universalità del nostro solidaristico SSN.

Dopo la presentazione delle Proposte sulla Salute condivise da tutte le professioni sanitarie del Piemonte e presentate già nella primavera del 2014 dall’OMCeO della provincia di Torino al governo regionale del Piemonte, l’incontro, fortemente voluto dal Consiglio Direttivo dell’Ordine, con l’Assessore Saitta, svoltosi nell’autunno scorso, a cui abbiamo dedicato un articolo di cronaca nell’ultimo numero del 2015 di Torino Medica, sembra gettare le basi per orizzonti diversi da quelli esclusivamente economici, che tengano conto dell’esperienza di tutti gli operatori sanitari e dei bisogni reali di salute della popolazione. Anche le dichiarazioni dell’Assessore Saitta all’indomani della sua nomina a nuovo Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni, avvenuta il 25 febbraio scorso, sembrano andare in questa direzione. “Collaborazione, intesa, patto, concordia” sono, infatti, il substrato culturale e politico che sembra sostenere le soluzioni prospettate da Saitta. Finalmente una chiave condivisa per cercare una soluzione alle tante questioni ancora aperte sul tavolo della Sanità dal “decreto appropriatezza”, appunto, alla vertenza salute, fino al rilancio della sanità meridionale. ►

Aprile 2014

## PROPOSTE SULLA SALUTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AL GOVERNO REGIONALE DEL PIEMONTE

Ordine dei Biologi, Ordine dei Chimici, Ordine dei Farmacisti, Collegio degli Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia – IPASVI, Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Ordine dei Medici Veterinari, Collegio delle Ostetriche, Ordine degli Psicologi, Collegio Professionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Ordine Assistenti Sociali.

### **La salute in tutte le politiche:**

migliorare la salute, ridurre le disuguaglianze in salute, rafforzare la Sanità Pubblica.

### **La sostenibilità dei Servizi Sanitari:**

il finanziamento pubblico al SSR deve essere destinato tutto per la Sanità e gli eventuali risparmi conseguenti a razionalizzazioni devono essere reinvestiti per il potenziamento dei Servizi Sanitari.

### **La tutela della Sanità Pubblica e le razionalizzazioni possibili:**

l'appropriatezza nell'uso degli strumenti diagnostici e terapeutici e nei percorsi diagnostico/terapeutici è una competenza specifica e rilevante dei professionisti sanitari.

### **La sicurezza delle cure e la responsabilità in ambito medico e sanitario:**

tutte le strutture sanitarie pubbliche e private devono garantire l'attività dei Nuclei di Valutazione e gestione del Rischio Clinico; tutte le strutture sanitarie pubbliche e private devono garantire la responsabilità civile verso terzi e verso gli operatori per danni patrimoniali e non patrimoniali occorsi nell'erogazione dei servizi.

### **Il rafforzamento della fiducia tra cittadini e professionisti:**

la Regione in collaborazione con gli Ordini e i Collegi delle professioni sanitarie promuove per i cittadini attività di educazione sanitaria, prevenzione e promozione della salute e di educazione terapeutica.

### **Lo sviluppo dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, in continuità assistenziale con gli ospedali:**

superare il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero in posti letto di fortuna, non attrezzati, potenziando e riorganizzando le reti assistenziali e i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, domiciliari e residenziali.

### **Le cure primarie al centro della sanità territoriale:**

riorganizzare le cure primarie senza rinunciare alla capillarità dell'assistenza e valorizzando il rapporto personale con il paziente.

### **La Farmacia di Comunità:**

la Farmacia come componente essenziale della sanità territoriale.

### **Il superamento della pericolosa situazione delle strutture e degli impianti degli ospedali e dei presidi sanitari territoriali pubblici, rendendo sicuri e moderni gli ospedali e le strutture sanitarie territoriali:**

la Regione garantisce il superamento della pericolosa situazione delle strutture e degli impianti degli ospedali e dei presidi sanitari territoriali pubblici, predisponendo e attuando un piano quinquennale di messa in sicurezza di tutte le strutture sanitarie.

### **Il coinvolgimento istituzionale e la valorizzazione delle professioni sanitarie come strumento per una sanità migliore:**

promuovere presso la Regione la consulta degli Ordini e dei Collegi delle Professioni Sanitarie con funzioni consultive della Giunta regionale nelle materie attinenti allo sviluppo e al potenziamento delle competenze professionali.



### CRONACA DELL'INCONTRO

Il Presidente Guido Giustetto ha richiamato la centralità dei temi del rafforzamento della fiducia tra cittadini e professionisti, del coinvolgimento istituzionale e della valorizzazione delle professioni sanitarie come strumento per una sanità migliore.

Rosella Zerbi ha colto alcuni spunti dalla relazione della 12<sup>a</sup> Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato della Repubblica su Stato e prospettive del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità (relatori D'Ambrosio, Lettieri e Dirindin), comunicata alla Presidenza il 23 giugno 2015.

La relazione inizia con il punto "La salute: una condizione essenziale per la crescita, troppo spesso sottovalutata" e si conclude con il punto "Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia".

A pag. 78 (in Fig. IT2-Contributo al disavanzo contabile CE negli anni 2007-2013) è rappresentato l'avanzo contabile della Regione Piemonte; a pag.79 (in Tab. IT8-Disavanzi contabili delle Regioni negli anni 2001-2013) è rappresentato l'avanzo di 80 milioni di euro negli anni 2005-2013 per la Regione Piemonte; è interessante notare che la Regione Piemonte è entrata in Piano di Rientro nel 2010, con una rappresentazione di avanzo contabile dal 2005, mentre altre Regioni indicate in disavanzo negli stessi anni, anche per quasi un miliardo di euro, non sono mai entrate in Piano di Rientro.

Rosella Zerbi ha inoltre ricordato un'intervista, in data 30 marzo 2015 di Aldo Reschigna, attuale Assessore al Bilancio della Regione Piemonte, intitolata "Dirottati altrove gli aumenti IRPEF destinati alla Sanità", in cui era anche precisato che il mutuo sottoscritto per coprire il disavanzo di 650-700 milioni della Sanità piemontese fino al 2004 si concluderà con il pagamento dell'ultima rata di 86 milioni nel 2016.

Luigi Puddu ed Enrico Sorano hanno presentato la relazione "L'aspetto finanziario del Servizio Sanitario Nazionale", ricordando che il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è costituito soprattutto da IRAP e Addizionale Regionale IRPEF in quota intera e da IVA in quota percentuale.

### PROPOSTE: STRADE DA PERCORRERE

Giulio Fornero ha presentato la relazione "Proposte di reinvestimento nel Servizio Sanitario Pubblico nella Città Metropolitana di Torino". Antonio Macrì ha parlato della gestione della Psichiatria sollecitando politiche sanitarie più innovative ed efficaci in ambito di salute mentale. Maria Grazia Breda ha focalizzato l'attenzione sul potenziamento ai servizi per la non autosufficienza. Franco Aprà e Roberta Petrino hanno suggerito soluzioni per "L'emergenza-urgenza", mentre Aldo Mozzone ha sottolineato quanto ancora si debba fare per sostenere la medicina di territorio.

Vediamo in dettaglio alcune proposte che devono essere lo stimolo per un coinvolgimento operativo di tutte le professioni nel governo regionale della Sanità in un'ottica di rinnovata collaborazione e unità, che veda tutte le istituzioni recuperare la fiducia dei cittadini, messa a dura prova negli ultimi anni.

# Proposte di reinvestimento sulla salute nella Città Metropolitana di Torino

Giulio Fornero

*Direttore Struttura Complessa Città della Salute e della Scienza*



## INTRODUZIONE

Le "Proposte di reinvestimento nella Città Metropolitana di Torino" fanno riferimento a criteri di appropriatezza, definita, secondo il Glossario a cura del Ministero della Salute, come "Intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi".

Margaret Chan, direttore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in "Urbanization and health" nel 2010, chiarisce alcune specificità delle città: "Le città concentrano servizi educativi, sociali e sanitari, ospitano i principali ospedali e attraggono medici e infermieri. Nelle città vi è, da una parte, eccesso di consumo di assistenza sanitaria e, dall'altra, per le persone più fragili, difficoltà ad accedere ai servizi essenziali".

## METODI

Il punto di partenza del lavoro è costituito dalla Deliberazione della Giunta Regionale 23 aprile 2014, n. 15-7486 "Assistenza specialistica ambulatoriale: attuazione punto 14.3.4 dei Programmi operativi per il triennio 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.", in cui è specificato che: "Atteso che il consumo globale di prestazioni specialistiche ambulatoriali in Regione Piemonte nel 2013 è stato di 15,94 prestazioni per abitante e che lo standard nazionale di riferimento è individuato in 12 prestazioni per abitante, si stabilisce che per il 2014, al fine dell'avvicinamento allo standard, le singole Aziende Sanitarie Locali riducano il rapporto prestazioni per abitante".

Nella citata D.G.R. sono presentati i quantitativi di prestazioni e gli obiettivi di riduzione, distinti per Prestazioni specialistiche ambulatoriali totali, Prestazioni laboratorio analisi, Prestazioni RM, Prestazioni TC, Prestazioni terapia fisica. ►

## dai congressi

La Regione chiede che le Aziende Territoriali e le Aziende Ospedaliere prescrittrici operino in sinergia per:

- migliorare il grado di appropriatezza prescrittiva
- riorganizzare in modo efficiente i punti di erogazione
- governare la domanda che, nel rispetto dei LEA, avvicini i consumi per abitante della Regione Piemonte agli standard nazionali

A settembre 2014, la Direzione Sanità della Regione Piemonte, rilevato che la quantità di prestazioni pro-capite è particolarmente elevata nella Città Metropolitana di Torino, chiede che il tavolo per la realizzazione di una rete integrata di prestazioni specialistiche (il cosiddetto Tavolo Interaziendale Metropolitano) sia esteso all'intera area metropolitana di Torino, coinvolgendo: ASL TO1, ASL TO2, ASL TO3, ASL TO4, ASL TO5, AO Ordine Mauriziano, AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

I gruppi di lavoro (circa 300 professionisti attivi) hanno riguardato:

- Prestazioni specialistiche ambulatoriali (Dermatologia, Cardiologia, Oculistica, Ortopedia, Endocrinologia e Diabetologia)
- Prestazioni ambulatoriali di Laboratorio Analisi
- Prestazioni TC e RM
- Prestazioni di terapia fisica
- Accessi in Pronto Soccorso
- Semplificazione percorsi di dimissione
- Mobilità interregionale
- Integrativa e Protesica
- Farmaci ad alto costo

I principali strumenti usati sono:

- Definizione di indicatori, standard e percorsi condivisi
- Sistema di monitoraggio della prescrizione e della produzione (collaborazione tra Uffici Regione, CSI Piemonte, Controlli di gestione aziendali)
- Definizione di tetti di produzione (per le Strutture sia Pubbliche sia Private Accreditate)
- Inserimento degli strumenti proposti tra gli obiettivi aziendali (Dipartimenti/Strutture aziendali, Specialisti ambulatoriali/MMG nel rispetto dell'Accordo Integrativo Regionale)
- Condivisione e formazione con i professionisti

Le fasi dei gruppi di lavoro sono state:

- Costituzione dei Gruppi di lavoro
- Condivisione degli indicatori di appropriatezza e dei relativi standard per Azienda Sanitaria
- Elaborazione Percorsi specifici, con individuazione di livelli differenziati di erogazione delle prestazioni e attivazione di percorsi preferenziali per patologie specifiche
- Approvazione dei Percorsi e dei tetti di produzione da parte dei Direttori Generali
- Proposta di approvazione dei Percorsi e dei tetti di produzione con specifici provvedimenti della Regione Piemonte

### RISULTATI

Sono stati elaborati e condivisi indicatori volti a conseguire la riduzione di prestazioni inappropriate (esami di laboratorio già precedentemente individuati con specifiche D.G.R. e altri individuati dai gruppi di lavoro, RM colonna e articolazioni, prestazioni di terapia fisica strumentale, specifiche prestazioni in Cardiologia, Oculistica, Ortopedia), percorsi specifici, con individuazione di livelli differenziati di erogazione delle prestazioni e attivazione di percorsi preferenziali per alcune patologie ed esemplificazione tramite flow chart.



Il Gruppo di lavoro Accessi in Pronto Soccorso ha segnalato che:

- Il numero degli accessi non è in aumento ed è allineato con la media nazionale (Piemonte 351 ‰ ab.; Italia 350 ‰ ab.)
- Il numero di ricoveri da Pronto Soccorso è stabile ed è al di sotto della media nazionale (Piemonte 11,2%; Italia 14,9%)
- La gestione dei codici bianchi a cura dei MMG supporta l'organizzazione del PS
- Il problema principale è il tempo di permanenza in Pronto Soccorso in attesa di ricovero (massimo 6 ore secondo standard internazionali)
- Rispetto al tempo di permanenza in PS c'è variabilità intra-regionale con particolare rilevanza del problema nella Città Metropolitana di Torino
- Pare utile approfondire il miglioramento dei percorsi, da PS verso ospedale e verso territorio e dall'ospedale verso le strutture di post-acuzie e i servizi sanitari di comunità (domiciliari, semiresidenziali e residenziali)

Il Gruppo di lavoro Semplificazione percorsi di dimissione ha rilevato che:

- Attualmente i percorsi di dimissione dagli ospedali, sotto la pressione delle urgenze in Pronto Soccorso, privilegiano la recettività della struttura di post-acuzie o del servizio sanitario di comunità, piuttosto che la specifica necessità di cura
- Le tariffe giornaliere divergono notevolmente per Riabilitazione di II livello fascia A (~ Euro 240), Lungodegenza (~ Euro 150), Residenza Sanitaria Assistenziale (~ Euro 90, di cui 50% quota sanitaria), Assistenza Domiciliare (~ Euro 40, di cui 50% quota sanitaria)
- I posti letto per non acuti (Riabilitazione di II livello e Lungodegenza) pro-capite sono in Piemonte al primo posto in Italia, ampiamente sopra la media nazionale
- I casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata pro-capite sono in Piemonte ampiamente sotto la media nazionale e circa un quarto rispetto alla Emilia Romagna
- Gli utenti di Strutture Sanitarie Residenziali per Assistenza agli Anziani pro-capite sono in Piemonte sopra la media nazionale, ma sotto le altre Regioni del Centro Nord
- I casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata pro-capite sono in tutte le ASL della Città Metropolitana di Torino sotto la media regionale e gli utenti di Strutture Sanitarie Residenziali per Assistenza agli Anziani pro-capite sono nelle ASL di Torino Città sotto la media regionale
- Le ASL della Città Metropolitana di Torino presentano percentuali più elevate rispetto alla media regionale di disoccupazione, di residenti in famiglie con un componente e di residenti in alloggi sovraffollati

Il Gruppo di lavoro Semplificazione percorsi di dimissione ritiene che:

- I bisogni sanitari e socio-sanitari dei malati non autosufficienti siano indifferibili
- I pazienti con tali bisogni necessitano di adeguata e tempestiva risposta da parte delle cure domiciliari e residenziali nella medicina di comunità
- In alternativa, i bisogni dei pazienti non autosufficienti sono riconosciuti come urgenti dai medici di Pronto Soccorso
- I malati non autosufficienti sovraffollano i Dipartimenti di Emergenza, Urgenza e le Degenze Ospedaliere per lunghissimi e inappropriati tempi di permanenza
- La carenza di posti-letto contrattualizzati in Residenze Sanitarie Assistenziali e di Servizi di Cure Domiciliari e l'eccesso di posti-letto ospedalieri accreditati per post-acuzie favoriscano l'accesso a tali strutture accreditate per post-acuzie, con criteri meno appropriati e più costosi rispetto ad altre Regioni del Centro Nord

A giugno 2015 i nuovi Direttori Generali:

- Approvano i lavori già precedentemente conclusi dal Tavolo Interaziendale Metropolitano (Percorso operativo prestazioni di laboratorio analisi, Percorso operativo prestazioni di RM- TC, Percorso operativo di Terapia Fisica, Percorso operativo per le presta- ▶



- zioni specialistiche dermatologiche, Sintesi dei lavori del Gruppo "Accessi in PS")
- Approvano e inviano alla Direzione Sanità Regione Piemonte i lavori ora giunti a conclusione (Percorso operativo prestazioni specialistiche cardiologiche, Percorso operativo per le prestazioni specialistiche endocrino-diabetologiche, Percorso operativo per le prestazioni specialistiche oculistiche, Percorso operativo per le prestazioni specialistiche ortopediche, Percorso operativo per la prescrivibilità di medicazioni e indicatori riferiti alle linee guida regionali in tema di integrativa e protesica)
- Condividono e inviano alla Direzione Sanità Regione Piemonte i documenti relativi alle attività di studio e analisi effettuate in merito a: Gruppo di lavoro Laboratorio analisi (Valutazione software per controllo appropriatezza prescrittiva), Gruppo di lavoro Dimissioni critiche (Documenti di analisi dati), Gruppo di lavoro Razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo (Documenti di analisi dati)

La attività di formazione è avviata a marzo 2015 con il corso "Appropriatezza prescrittiva: realizziamo insieme risultati concreti" e a settembre 2015 con il corso "Professionisti a confronto: migliorare l'appropriatezza prescrittiva nella Città Metropolitana di Torino" cui partecipano circa 200 professionisti.

### CONCLUSIONI

I risultati suggeriscono che è necessario e possibile ridurre la produzione inappropriata, rendendo disponibili risorse per poter erogare più prestazioni domiciliari e residenziali a favore di pazienti anziani non autosufficienti e per ridurre conseguentemente il sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

A novembre 2015 è stato pubblicato il Rapporto annuale OECD "Health at a Glance 2015 OECD Indicators".

Nella tabella "Health Care Resources" è rappresentata la posizione dell'Italia tra 34 Paesi OECD, per i seguenti indicatori:

- Spesa sanitaria pro-capite (20a)
- Medici in attività pro-capite (8 a)
- Infermieri pro-capite (24 a)
- Posti letto ospedalieri pro-capite (22 a)
- Unità RM pro-capite (3 a) (prima posizione in Europa)
- Unità TC pro-capite (9 a) (quinta posizione in Europa)

Nel Capitolo 11, "Ageing and Long-Term Care", per l'Italia è indicato che:

- la proporzione di popolazione che riceve long-term care è inferiore alla media OECD
- non sono stati trasmessi i dati riferiti alle cure domiciliari, a differenza di altri Paesi OECD
- i care-giver informali sono in misura superiore alla media OECD
- i posti-letto per long-term care in strutture residenziali sono poco più di un terzo rispetto alla media OECD

Sembra quindi che le criticità per eccesso di RM ed anche di TC e per carenza di assistenza in cronicità ai pazienti anziani non autosufficienti caratterizzino la posizione della Città Metropolitana di Torino verso la media del Piemonte, come la posizione del Piemonte verso le altre Regioni italiane (soprattutto quelle del Centro-Nord), come la posizione dell'Italia rispetto alla media dei Paesi OECD.

A ottobre 2015, il Bilancio di sostenibilità del Welfare italiano del Censis segnala che "In una popolazione che invecchia sempre di più, 3 milioni di italiani non sono autosufficienti, con una spesa annua per le famiglie dei pazienti non autosufficienti di circa 10 miliardi." Anche questa indicazione concorre a confermare la necessità di rendere disponibili maggiori risorse a favore dei pazienti anziani non autosufficienti.



# Investire in salute mentale

Antonio Macri

*Direttore Struttura Complessa Psichiatria 1-8*

## **ALCUNE CONSIDERAZIONI IN PREMESSA**

La conoscenza e la rappresentazione comune riguardanti i disturbi psichici e le conseguenti azioni di politica sanitaria non sono determinate strettamente dall'analisi dei bisogni di salute mentale, ma risentono, ancora oggi, di pregiudizi: di incurabilità, di inguaribilità, di pericolosità che dà luogo a fenomeni di esclusione e emarginazione sociale e a un mandato sociale più o meno esplicito di controllo e normalizzazione sociale. È presente, ancora oggi, il fenomeno del sottotrattamento: l'impossibilità di far fronte alle necessità di salute della popolazione, fenomeno che è anche correlato allo stigma e al pregiudizio e che porta al riconoscimento e al trattamento tardivo dei disturbi o alla non individuazione o negazione degli stessi (il treatment gap rappresenta la differenza assoluta tra la prevalenza di un disturbo nella popolazione generale e la percentuale di soggetti che ricevono un trattamento per quel disturbo).

La domanda di salute mentale tuttavia continua a crescere e si presenta con caratteristiche molto differenziate, sia per gli aspetti clinici, sia come complessità, sia per gli esiti in disabilità.

Per quanto riguarda la prevalenza dei disturbi mentali comuni nella popolazione italiana, lo studio nazionale di riferimento è l'ESEMeD, che riporta quanto segue: la prevalenza annuale totale risulta del 7,3%, quella dei disturbi dell'umore del 3,5%, d'ansia del 5,1%, di depressione maggiore del 3%. La prevalenza lifetime totale è pari al 18,3%, quella dei disturbi dell'umore 11,2%, d'ansia 11,1%, depressione maggiore 10.1%.

Il Global Burden of Disease and Risk Factors riporta che in Italia i disturbi mentali, incluse le demenze e i disturbi da uso di sostanze, costituiscono il 21% del totale carico di malattia, stimato in termini di Disability-Adjusted Life Years (DALY), un indicatore che combina gli anni di vita persi per morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità. Il lavoro dei servizi di salute mentale non è solo un atto sanitario in senso stretto: è un agire relazionale e sociale finalizzato all'inclusione nella comunità sociale delle persone con disturbi mentali; in Piemonte, pur nelle difficoltà e nella scarsa "visibilità", si conferma mantenere discreti livelli di efficacia e sobrietà nei costi rispetto ai Paesi comparabili, ma rischia di essere pesantemente compromesso.

## **COME INVESTIRE ALLORA?**

Per arrivare, di conseguenza, a definire delle politiche sanitarie innovative ed efficaci per la salute mentale è necessario e possibile ed ovvio considerare le seguenti azioni. ►

**Il lavoro dei servizi di salute mentale non è solo un atto sanitario in senso stretto: è un agire relazionale e sociale finalizzato all'inclusione nella comunità sociale delle persone con disturbi mentali**

La conoscenza: arrivare ad una conoscenza e rappresentazione della realtà fondata su dati rigorosi, significativi e affidabili, sia epidemiologici, sia di servizio (dotarsi di strumenti efficaci di raccolta e interpretazione dei dati, fruibili dai vari soggetti interessati). Restituire voce agli utenti, alle famiglie, alle associazioni, ai professionisti, soggetti in grado di sostenere l'appropriatezza, l'equità e la trasparenza necessari per una forte azione politica di tutela della salute mentale.

Innovazione gestionale e organizzativa: di fronte a una domanda di salute mentale fortemente differenziata è necessario diversificare gli interventi ai fini di trattamenti appropriati e tempestivi. Quindi favorire progetti di innovazione gestionale (per esempio implementare il metodo della gestione per processi, aumentare il mix negli ambiti di cura e differenziare le modalità operative; audit interno alle strutture sugli inserimenti residenziali, semiresidenziali, interventi domiciliari, casi complessi; unità di cure post-acuzie gestite dal servizio pubblico, uniformemente diffusi nei territori). In questo senso è decisivo individuare le buone pratiche che sono presenti nei servizi e definire insieme ai soggetti interessati programmi di cambiamento e innovazione organizzativa e tecnica.

Casa e lavoro: potenziamento delle iniziative rivolte all'inserimento formativo/lavorativo ed abitativo delle persone, in un momento storico in cui il lavoro e la casa sembrano non costituire più diritti fondamentali dell'uomo.

I Servizi vicini ai cittadini: bisogna organizzare i servizi con la consapevolezza che l'accorpamento indiscriminato di strutture e servizi comporta il rischio di una minore accessibilità ai cittadini e di ridurre l'agibilità operativa e, di contro, favorire l'espansione della burocratizzazione.

Lavorare insieme: la consapevolezza che l'approccio biopsicosociale è fondante per l'appropriatezza dei trattamenti, comporta la costruzione di modalità sistematiche di integrazione sociosanitaria, interdisciplinari e con altre le altre agenzie interessate del territorio. Ad esempio diffondere l'intervento dello psicologo e dello psichiatra nella sede dei medici di famiglia nelle cure primarie (intervento già in essere in alcune realtà).

La prevenzione: attivare programmi dedicati di prevenzione primaria (collegamento ai programmi ministeriali e locali) e programmi di riconoscimento precoce e trattamenti tempestivi dei disturbi psichici, con intervento diretto in varie sedi sanitarie (cure primarie, ospedali). Istituire un organismo che valuti l'impatto sulla salute mentale delle azioni politiche istituzionali sanitarie e non sanitarie.

Valorizzazione dei professionisti della salute: è necessario invertire la tendenza al frazionamento dell'organizzazione e alla separazione delle categorie professionali e promuovere l'integrazione interprofessionale e lo sviluppo di team multiprofessionali. Vanno favorite la responsabilità e l'autonomia professionale e programmi di formazione continua innovativi che contemplino esperienze della rete ospedale-territorio.

Ricerca: costruire sinergie su progetti di particolare rilevanza (intervento nelle diverse età e di genere, riconoscimento precoce e trattamenti tempestivi dei disturbi psichici, misurazione dell'efficacia e appropriatezza dei trattamenti, valutazione degli esiti).

Tenere insieme i territori: porre attenzione ai diversi ambiti regionali e costruire concretamente un equilibrio di sistema tra i diversi territori.

Osservatorio regionale sulla salute mentale: che monitorizzi-verifichi gli aspetti epidemiologici, di attività dei servizi, l'utilizzo efficace delle risorse, la diffusione di interventi cost-effective; proponga elementi di programmazione e stimoli l'innovazione gestionale.

In definitiva, ad evitare l'affermarsi del pregiudizio, dell'autoreferenzialità e dell'inefficacia operativa, l'investimento di fondo che bisogna fare è sul metodo: basarsi su una logica di sistema, sul metodo del confronto sistematico e sulla programmazione condivisa tra i soggetti interessati e sulle verifiche rigorose degli esiti.

# Investire in emergenza e urgenza in Piemonte?

Roberta Petrino

*Responsabile MeCAu ASL Vercelli, Vice Presidente Regionale SIMEU,  
Presidente eletto Società Europea di medicina d'Emergenza*

La relazione che mi fu chiesta dall'OMCEO di Torino cadeva giusto all'indomani degli attacchi terroristici di Parigi, evento che ha messo alla prova il sistema dell'emergenza della capitale francese. La domanda quindi è ovvia: capitasse qui, in Italia, a Torino, o in qualunque altra zona del Piemonte, come ci comporteremmo?

La risposta forse c'è ma non è affatto scontata. Dipende. Dipende da una serie di fattori organizzativi che vedremo tra poco, e che ha impatto non solo sulle maxi-emergenze ma anche, e soprattutto, sull'efficienza ed efficacia dell'attività quotidiana dei nostri Pronto Soccorso e servizi di Emergenza Territoriale, ma soprattutto, ed innanzitutto, dipende dalla competenza degli operatori. Competenza significa "formazione" continua, sul campo ma anche fuori dal campo, o meglio su una replica del campo, in scenari simulati, dove è possibile sbagliare e correggersi, per non sbagliare più quando la situazione è reale.

La competenza permette anche di raggiungere un altro importante obiettivo, che è l'appropriatezza di trattamento. Infatti le regole dell'appropriatezza possono essere riassunte nell'assioma: l'intervento giusto nel momento giusto, nel posto giusto e dal professionista giusto. Conosco molto bene quali devono essere le competenze, non solo cliniche, del medico di emergenza europeo e quindi anche piemontese, in quanto ho fatto parte del gruppo di lavoro che le ha scritte. Deve saper trattare i pazienti e prendere decisioni rapide, ma anche organizzare le risorse che ha a disposizione, deve saper comunicare con pazienti, parenti, consulenti, forze dell'ordine, giornalisti e altri, deve essere professionale, etico ed empatico, deve saper trattare con persone di ogni condizione sociale, razza e religione senza farsi condizionare.

Il Pronto Soccorso è il centro e il crocevia di un flusso di pazienti che arrivano da fuori e che devono trovare un loro percorso, che sia la dimissione a domicilio, il ricovero, in strutture a diversa intensità di cura, ma anche l'avvio a strutture di lungodegenza o di assistenza primaria a domicilio. Pertanto è chiaro quanto sia necessario costruire un network di intese e protocolli condivisi, con i vari attori dentro e fuori l'ospedale, per rendere questi percorsi più agevoli, innanzitutto per il paziente.

In Piemonte vengono visitati in Pronto Soccorso circa 1.800.000 pazienti di cui 25.000 emergenze assolute (codici rossi) e 200.000 codici gialli, ossia urgenze indifferibili. Altrettanti 200.000 sono i ricoveri ospedalieri, mentre oltre 250.000 sono i pazienti che vengono trattati in Osservazione Breve e poi, per la maggior parte dimessi. Molti DEA del Piemonte poi hanno attivato le terapie subintensive per la stabilizzazione dei pazienti critici.

La normale attività, quella che tutti conoscono, sono i malati traumatizzati, quelli con insufficienza respiratoria, dolore addominale, cefalea ecc. Gli operatori dell'emergenza, però, devono farsi carico anche delle vittime di violenza (un percorso ben articolato che parta dal DEA è in grado di salvare letteralmente delle vite), dei bambini abusati, delle persone ai margini della società, degli anziani. Il 15% dei nostri pazienti ha oltre 80 anni, e problemi molto diversi dalla popolazione giovane, a cominciare dalle problematiche legate alla polipatologia, politrattamento farmacologico, alla perdita dell'autonomia e delle capacità cognitive. Anche la gestione del fine vita, per carenze strutturali o famigliari o culturali, è diventato lavoro quotidiano dei Pronto Soccorso.

## dai congressi

Per concludere, cerco di rispondere alla domanda iniziale: dove investire in Emergenze e Urgenza in Piemonte?

### **Investire in risorse umane**

Organico dedicato, adeguato e formato per l'emergenza e urgenza secondo il Curriculum Europeo, e possibilmente integrato con l'Emergenza Territoriale.

In questo modo si migliora la sicurezza, l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza garantendo competenza in entrambe gli scenari, riducendo il burn-out e migliorando l'efficienza.

### **Investire in risorse strutturali**

Dotare i Pronto Soccorso di spazi e attrezzature adeguate con sviluppo in tutti i DEA di OBI (osservazione breve intensiva) organizzati con percorsi clinici e personale adeguato.

Questo per garantire efficienza, comfort e umanizzazione, perché si riducono i ricoveri e si aumenta l'appropriatezza, si garantisce maggiore sicurezza nelle dimissioni, e si permette di organizzare percorsi ambulatoriali e domiciliari, anche in ambito sociale.

### **Dotare di Unità di subintensiva ogni DEA di I e II livello**

Perché permette la stabilizzazione dei pazienti critici, riduce il ricorso alle terapie intensive, più costose, aumenta la sicurezza.

### **Incrementare parallelamente le strutture e risorse territoriali**

Per dare risposta a pazienti fragili, ma privi di acuzie medica. Per ridurre ricoveri inappropriati e risparmiare posti letto senza provocare il collasso del Pronto Soccorso.

# 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](http://www.centrosanlorenzo.net) / [info@centrosanlorenzo.net](mailto:info@centrosanlorenzo.net)

Tel. 011.9328638 - Avigliana (To) in Via Umberto I, 8 - [villagrazialma@centrosanlorenzo.net](mailto:villagrazialma@centrosanlorenzo.net)



**SAN LORENZO - CAVOUR**

Presidio accreditato dall'ASL TO3

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

Centro Medico - Poliambulatorio specialistico - Centro Riabilitativo (Aut. Reg. Det. 496/2013)



**VILLA GRAZIALMA - AVIGLIANA**

Presidio accreditato dall'ASL TO3

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



# Investire in assistenza territoriale

**Aldo Mozzone**

*Consigliere OMCeO Torino, Medico di Famiglia*

In molte sedi la Medicina di Famiglia ha indicato con forza le strade che, passando attraverso un investimento mirato e risorse dedicate, porterebbero ad un sostanziale miglioramento dell'assistenza territoriale e del sistema sanitario nel suo insieme, con potenziamento dell'appropriatezza gestionale e prescrittiva, miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni e riduzione delle disuguaglianze di fruibilità delle stesse.

La proposta e le relative azioni che ne conseguono si riassumono brevemente per punti, già contenuti nel documento dell'Ordine sulle Cure territoriali: *Riordino dell'assistenza territoriale in Piemonte*.

- Riorganizzazione e potenziamento delle cure domiciliari attenuando, tra l'altro, le attuali disparità esistenti tra le diverse Aziende Sanitarie Locali
- Riorganizzazione delle cure residenziali con adeguamento della parte normativa
- Informatizzazione delle sedi di erogazione delle prestazioni (Continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale)
- Realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico del cittadino
- Promozione della cultura dell'appropriatezza anche attraverso la identificazione del primo prescrittore territoriale ed ospedaliero anche per mezzo di occasioni formative comuni che coinvolgano Medici operanti sul territorio e in ospedale. A tale proposito fa scuola l'esperienza di eventi formativi sugli esami di laboratorio come TSH-R, azotemia, esami per la contraccezione, esami preoperatori, avvenuta in passato nella nostra Regione e che ha avuto ricadute in termini di miglioramento dell'appropriatezza
- Creazione di sedi strutturali territoriali e delle forme organizzative per la medicina convenzionata (AFT, UCCP) come previsto dalle norme legislative che prevedano l'integrazione della Continuità Assistenziale e del Servizio Emergenza 118 convenzionato con il SSN, ponendo preventivamente rimedio all'attuale sottodimensionamento (evidente nella città di Torino) del numero di medici di Continuità assistenziale e con utilizzo di personale di segreteria e infermieristico adeguatamente formato alle caratteristiche delle Cure Territoriali
- Promozione della medicina di iniziativa per la gestione delle patologie croniche (sul modello della Gestione Integrata del diabete)
- Integrazione con le strutture di supporto sociale
- Creazione di uno sportello telefonico di consultazione all'interno del Servizio pubblico (per alcune branche specialistiche per migliorare l'appropriatezza nella richiesta degli esami di maggior impatto sulla salute dei cittadini)
- Promozione dell'assistenza specialistica a livello di comunità e territoriale attraverso una riorganizzazione della rete specialistica territoriale

# La complessità dei trattamenti senza consenso

Giornata di studio e approfondimento

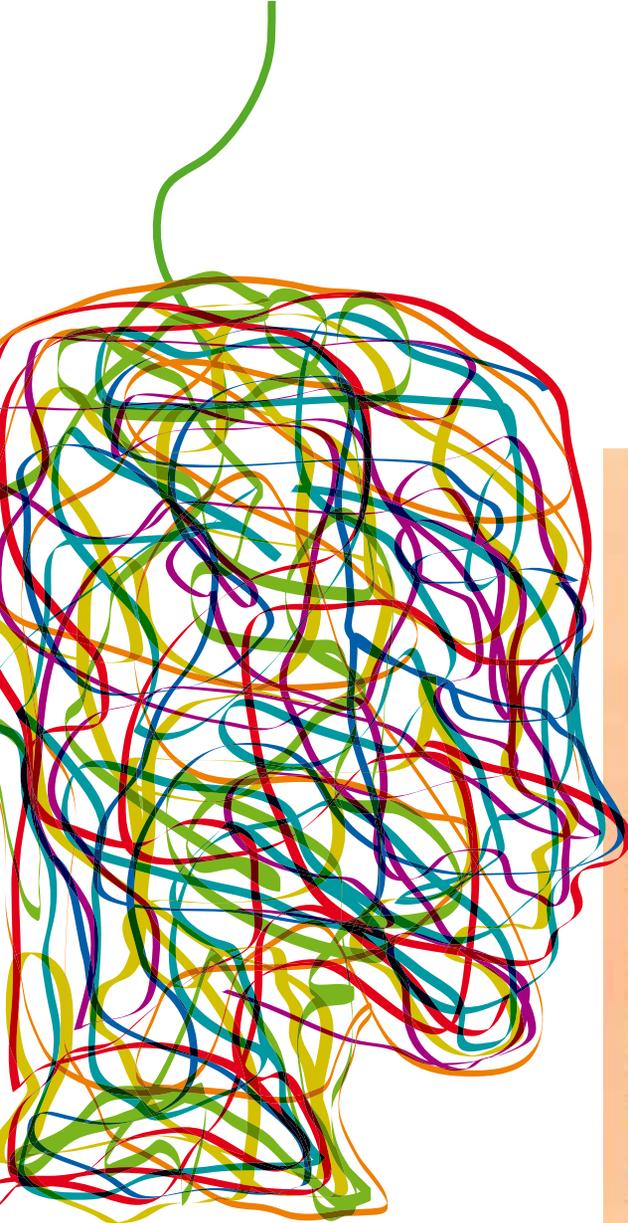
Filippo Pennazio, Vincenzo Villari

*Commissione Salute Mentale e Albo degli Psicoterapeuti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino*

Il 9 novembre 2015 si è tenuta presso la sede dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Torino la giornata di studio e approfondimento "La complessità dei trattamenti senza consenso", a cura della Commissione Salute Mentale e Albo degli Psicoterapeuti. Gli interventi della mattinata, moderati dal Prof. Franco Freilone e dal Dott. Carlo Romano, hanno riguardato gli aspetti deontologici e la tutela dei soggetti fragili nell'ambito dei trattamenti senza consenso.

I lavori sono stati aperti dal nostro Presidente Guido Giustetto, che ha relazionato sulla "Posizione dell'Ordine dei Medici sui trattamenti senza consenso e sui soggetti fragili" sottolineando l'importanza di saper riconoscere e rispettare il grado di autonomia del paziente nel partecipare al processo decisionale, intesa come capacità di acquisire consapevolezza circa la propria malattia e le diverse cure disponibili in termini di efficacia e tollerabilità. È successivamente intervenuta Maria Antonella Arras (Dirigente medico ASL TO 1 e Coordinatrice della Commissione Etica e Deontologia dell'Ordine), in merito a "Consenso informato e relazione nel codice deontologico". Ha ricordato come l'indicazione dell'OMS "niente su di me, senza di me", vada costantemente attuata nella pratica clinica: è necessario includere il malato in ogni iter decisionale, concordando un percorso terapeutico che si inserisca coerentemente nella sua storia di vita. In questa luce possiamo comprendere come la relazione sia sempre un elemento fondamentale della cura, sia che venga attuata con il consenso del paziente, sia senza.

Vincenzo Villari (Coordinatore della Commissione Salute Mentale e Albo degli Psicoterapeuti dell'Ordine) ha relazionato circa "I trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale". Ha evidenziato come nella pratica clinica sia molto importante distinguere le condizioni che rendono necessaria l'effettuazione di un trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale (TSO) - come da artt. 34-35 della legge 833/78 -, dalle emergenze mediche sottese da un disturbo del comportamento o da una vera emergenza comportamentale che possono comportare la presenza di uno stato di necessità - come da art. 54 del codice penale. C'è, infatti, uno spettro di condizioni cliniche con le caratteristiche di urgenza e necessità di cure obbligatorie, ma non di un intervento in emergenza (per esempio un paziente in progressivo scompenso psichico a seguito dell'autosospensione della terapia antipsicotica, ma che ancora non è in una fase di gravità tale da comportare un'emergenza vera). Ha inoltre ricordato che i TSO ospedalieri sono una misura eccezionale da attuare solo dopo aver tentato altri possibili approcci, anche extraospedalieri. In particolare raccoman-



**Convegno dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino**  
 A cura della Commissione Salute Mentale e Abbi degli Psicooperatori

**9 novembre 2015 | Villa Raby Corso Francia, 8 Torino**  
**Giornata di studio e approfondimento**  
**LA COMPLESSITÀ DEI TRATTAMENTI**  
**SENZA CONSENSO**

**9.00-9.30** Registrazione dei partecipanti  
**9.30-9.35** Introduzione ai lavori

**MATTINO**  
**9.35-10.00** Gli aspetti odontoiatrici e la tutela dei soggetti fragili  
 Moderatori: Prof. Paolo Piretti, Prof. Carlo Bono

**9.40-10.00** "La gestione dell'Ordine dei Medici nei trattamenti senza consenso e nei soggetti fragili" Prof. Carlo Bono  
**10.00-10.30** "L'assistenza infermieristica e l'assistenza del medico odontoiatrico"  
 Dott.ssa Maria Antonella Poma  
**10.30-10.45** Discussioni  
**10.45-11.00** Pause  
**11.00-11.30** "Trattamenti sanitari obbligatori per malattie mentali"  
 Prof. Massimo Tassinari  
**11.30-11.45** "Dietro: chi siamo, nessuno è affetto dalla crisi dei soggetti fragili?" Dott.ssa Daniela Caramazza  
**11.45-12.00** "Dietro: alla salute, nessuno è affetto dalla crisi dei servizi"  
 Dott. Claudio Pini  
**12.00-12.30** Discussioni  
**12.30-13.00** Pause

**POMERIGGIO**  
**Le leggi, le governance, le litigiosità**  
 Moderatori: Dott. Antonio Infante, Dott. Vincenzo Vitaro  
**14.00-14.30** "La gestione della Regione Piemonte nei trattamenti sanitari obbligatori per malattie mentali"  
 Dott. Antonio Infante  
**14.30-15.00** "Tutela della salute e del di più" Dott.ssa Maria La Gioia  
**15.00-15.30** "La tutela assicurativa per il trattamento sanitario obbligatorio" Prof. Dr. Vittorio Barozzi  
**15.30-16.00** Discussioni  
**16.00-16.30** Pause  
**16.30-17.00** "I profili di responsabilità civile e penale del medico in materia di trattamento sanitario obbligatorio"  
 Prof. Giuseppe Perinelli  
**17.00-17.30** "I diritti dei pazienti nei trattamenti senza consenso"  
 Dott. Augusto Piro  
**17.30-18.00** Plausibile finale e chiusura dei lavori

**RELATORI**  
 Prof. Carlo Bono, Direttore Generale, Ospedale Civile di Torino, Responsabile e Coordinatore della Commissione Salute Mentale e Abbi degli Psicooperatori della Provincia di Torino  
 Prof. Paolo Piretti, Presidente SIPICAP, Presidente della Regione Piemonte, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott. Antonio Infante, Presidente della Regione Piemonte, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott. Vincenzo Vitaro, Presidente della Regione Piemonte, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott.ssa Daniela Caramazza, Presidente della Provincia di Torino, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott. Claudio Pini, Presidente della Provincia di Torino, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott.ssa Maria Antonella Poma, Presidente della Provincia di Torino, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott. Massimo Tassinari, Presidente della Provincia di Torino, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott. Augusto Piro, Presidente della Provincia di Torino, Presidente della Provincia di Torino  
 Dott. Giuseppe Perinelli, Presidente della Provincia di Torino, Presidente della Provincia di Torino

**SEGRETARIA SCIENTIFICA**  
 Commissione Salute Mentale e Abbi degli Psicooperatori  
 Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino

**SEGRETARIA ORGANIZZATIVA**  
 SIPICAP - Torino - Via XX Settembre 10  
 10121 Torino

dando la necessità di utilizzare più ampiamente gli strumenti dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) e del TSO extraospedaliero. Danilo Bono (Direttore del Dipartimento Regionale Emergenza 118) ha riportato i dati sugli interventi del 118 per problemi del comportamento e per disturbi mentali, precisando che non sempre i due problemi sono presenti contemporaneamente, né sono sempre direttamente correlati. Ha evidenziato le dimensioni dell'impegno dei servizi territoriali di emergenza (dati per il Piemonte, anno 2014: circa 14.600 chiamate, effettuate nell'88% dei casi da privati cittadini, con 12.100 interventi e 8.200 pazienti trasportati in ospedale), le peculiarità degli interventi (per esempio maggior tempo di impiego del mezzo rispetto ad altre patologie) e le criticità degli stessi. ▶

**I TSO ospedalieri sono una misura eccezionale da attuare solo dopo aver tentato altri possibili approcci, anche extra-ospedalieri in particolare gli strumenti dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)**

Daniela Giannone (Consigliere della Corte d'Appello di Torino) ha trattato il tema del "Diritto alla Salute, consenso e rifiuto delle cure dei soggetti incapaci", esponendo le normative vigenti in merito al diritto alla salute, allo stato di necessità, all'incapacità naturale e legale e i loro risvolti giuridici e amministrativi nel campo della sanità. Ha ricordato che il cittadino resta titolare del diritto costituzionale alla salute anche quando è in uno stato di incapacità e quindi non può dare valido consenso informato, ad esempio perché interdetto. In tali casi, comunque, il suo rifiuto delle cure non può essere ignorato, pertanto il legale rappresentante e i curanti devono comunque impegnarsi per fornirgli una completa informazione sui trattamenti e cercare di ottenerne l'accettazione, in mancanza della quale si dovrà procedere con un TSO.

Infine Orazio Pirro (Direttore della Neuropsichiatria infantile dell'ASL TO 1 e componente della Commissione Salute Mentale e Albo degli Psicoterapeuti dell'Ordine) è intervenuto su "Diritto alla Salute, consenso e rifiuto delle cure dei minori", ricordando la legislazione in vigore e le indicazioni contenute nelle "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" pubblicate dalla Conferenza Stato Regioni nel 2009, inerenti le diverse situazioni di consenso, accettazione e rifiuto delle cure da parte di minori e genitori. Ha poi esaminato quali siano, nella pratica corrente, le situazioni di maggior criticità che riproducono, almeno in parte, quanto detto al punto precedente in merito all'incapacità del minore di dare un valido consenso, comportando, quindi, la necessità di acquisire il consenso di entrambi i genitori. È importante, comunque, evidenziare che non è possibile ignorare il dissenso del minore – con gradi diversi, ovviamente, a seconda dell'età – circostanza che comporta sempre la necessità di procedere con un TSO. Vi è, inoltre, la specifica indicazione di segnalare all'Autorità Giudiziaria ogni caso in cui il rifiuto delle cure espresso dai genitori possa far sospettare la presenza di una situazione di rischio per il benessere del minore.

Dal dibattito sviluppatosi nel corso della mattinata è emersa la necessità di approntare intese e protocolli operativi locali condivisi, come indicato dalle già citate Raccomandazioni della Conferenza Stato Regioni. Ciò nella prospettiva di migliorare le pratiche in atto dal 1978 (anno di emanazione delle leggi 180 e 833) che, pur nella indubbia efficacia dimostrata da tanti anni di attività, potrebbero essere ottimizzate, soprattutto perfezionando alcuni problemi amministrativi e operativi che si possono riscontrare nell'effettuazione dei TSO. In particolare, come previsto dalle norme di buona pratica clinica e di risk management, appare necessaria una supervisione operativa e amministrativa dei passaggi più delicati, ad esempio il coordinamento tra i Centri di Salute Mentale territoriali, la Polizia Municipale e il 118 nell'attuazione pratica delle ordinanze di TSO e le modalità da adottare in attesa che l'ordinanza del Sindaco venga effettivamente emessa. Inoltre appare importante distinguere queste condizioni dalle emergenze comportamentali in atto in cui si può intervenire in presenza di uno stato di necessità (ex art. 54 del cp) per poi valutare se vi sia la necessità di dare avvio alla procedura per il TSO.

Il pomeriggio, incentrato su leggi, procedure e istituzioni coinvolte nei trattamenti senza consenso, è stato moderato da Antonio Pellegrino (Psichiatra e componente della Commissione Salute Mentale e Albo degli Psicoterapeuti dell'Ordine) e da Vincenzo Villari. Si è aperto con l'intervento di Vittorio Demicheli (Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale, Assessorato Sanità, Regione Piemonte) che ha relazionato su "La posizione della Regione Piemonte sui trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale". Ha sottolineato l'importanza del rapporto tra le istituzioni e la popolazione nel

È seguito un dibattito ricco di spunti tra i relatori, generosamente presenti fino al tardo pomeriggio, e i molti presenti, tra cui molti operatori del campo

raggiungere obiettivi di salute condivisi. A tal proposito, ha portato l'esempio del dibattito in corso sull'obbligatorietà delle vaccinazioni, nel quale le istituzioni hanno risposto in maniera simmetricamente opposta rispetto alle sollecitazioni provenienti dalla cittadinanza: alla crescente avversione con cui la popolazione guarda alle vaccinazioni si è contrapposta l'ipotesi di reintrodurre l'obbligatorietà e aumentarne il numero, mentre appare irrinunciabile condividere con la popolazione la necessità di adottare delle buone pratiche cliniche basate su solide evidenze di efficacia e sulla percezione condivisa di migliorare lo stato di salute generale.

A seguire, Maurizio Pia del Comune di Torino ha affrontato il tema della "Tutela della salute e reti di cura", evidenziando come, dall'adozione di idonee misure socio-assistenziali in sinergia con quelle sanitarie, possano nascere percorsi virtuosi di cura e di collaborazione tra le diverse istituzioni coinvolte nel sistema di welfare.

Il Prof. Avv. Vittorio Barosio è intervenuto su "Gli obblighi amministrativi per il trattamento sanitario obbligatorio". Ha ricordato come il TSO sia una misura amministrativa di limitazione della libertà personale e che, pertanto, deve essere disposta da un'autorità amministrativa (Sindaco) con un'ordinanza che deve, di norma e secondo le leggi vigenti, essere emessa prima dell'inizio della procedura. Il reperimento dell'interessato e il trasporto competono alla Polizia Municipale con la collaborazione del personale sanitario, fatte salve le condizioni di emergenza medica che possono comportare l'intervento diretto dei sanitari, in prima istanza del 118.

Giuseppe Ferrando (Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Ivrea) ha tenuto un intervento dal titolo "I profili di responsabilità commissiva e omissiva del medico in materia di trattamento sanitario", ripercorrendo gli aspetti di maggiore complessità nell'applicazione dei trattamenti sanitari: diritto alla salute e alle cure; violazione della libertà personale; posizione di garanzia del medico e, in particolare, dello psichiatra; valutazione della capacità del paziente di fornire un valido consenso; criteri di applicabilità del TSO (categorie diagnostiche e gravità del disturbo). Ferrando ha sottolineato che agire sulla base della posizione di garanzia compiendo atti che violino il diritto personalissimo alla salute del paziente costituisce un possibile abuso.

A chiusura della giornata, l'Avv. Augusto Fierro (Difensore Civico della Regione Piemonte) ha relazionato circa "I diritti dei pazienti nei trattamenti senza consenso", fornendo l'imprescindibile chiave di lettura del Diritto dal punto di vista della cittadinanza e l'importanza di tutelare le persone fragili in un momento così delicato come quello dell'effettuazione di un TSO. Questo è compito ancora più delicato perché comporta anche la necessità di tutelare la collettività nel rispetto di quanto sancito dalla nostra Costituzione. Infine ha rinnovato l'invito, più volte ripetuto nella giornata, di attivare un coordinamento tra tutte le istituzioni coinvolte per l'elaborazione di protocolli condivisi.

È seguito un dibattito ricco di spunti tra i relatori, generosamente presenti fino al tardo pomeriggio, e i molti presenti, tra cui molti operatori del campo. Si è discusso delle difficoltà connesse al dover attendere l'ordinanza di TSO per dare inizio al trattamento; della complessità nel distinguere tra casi clinici in cui sia possibile tale attesa e altri che invece richiedano interventi per stato di necessità; dell'attuale pratica comune che talvolta sovrappone queste due condizioni; delle responsabilità commissive degli operatori che eseguono un TSO e, soprattutto per lo psichiatra, della responsabilità professionale derivante dalla posizione di garanzia nei casi in cui decida di effettuare o meno un TSO.



# Se il veleno arriva dai campi



## **Gli scienziati concordano: il glifosato è un pesticida altamente problematico per la salute**

Gli erbicidi a base di glifosato sono gli erbicidi più pesantemente utilizzati in tutto il mondo. Si trovano in acqua potabile, aria e cibo, eppure non vengono monitorati negli esseri umani. A concentrazioni attualmente ritenute sicure, effetti sui reni e fegato sono stati trovati negli animali. La ricerca sulle persone professionalmente esposte indica possibili associazioni con linfoma non-Hodgkin e nel 2015 lo IARC ha classificato il glifosato come probabilmente cancerogeno per l'uomo. Molti studi suggeriscono alterazioni del sistema endocrino.

Una dichiarazione di consenso scritta da quattordici scienziati ha presentato questi fatti documentati, chiedendo un esame tossicologico completo di erbicidi a base di glifosato che si concentra sulle alterazioni del sistema endocrino, così come il cancro, la riproduzione e altri pesanti effetti sulla salute.

Il 22 febbraio 2016 ai Ministeri delle Politiche Agricole, dell'Ambiente e della Salute, così come ai Presidenti di tutte le Regioni, è stata inviata una lettera firmata da oltre trenta organizzazioni italiane che si occupano a vario titolo di tutela dell'ambiente, del territorio e della salute. Oggetto della lettera: l'opposizione all'uso del glifosato, diserbante tra i più diffusi e pericolosi. Ne pubblichiamo integralmente il testo.

On. Maurizio Martina  
Ministro delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali

On. Gian Luca Galletti  
Ministro dell'Ambiente della Tutela del Territorio e del Mare

On. Beatrice Lorenzin  
Ministro della Salute

Presidenti delle Regioni  
LORO SEDI

**Roma, 22 Febbraio 2016**

**OGGETTO: Opposizione a nuova autorizzazione del glifosato a livello europeo e reiterazione richiesta di un provvedimento urgente per il divieto della produzione, commercializzazione ed uso di tutti i prodotti fitosanitari a base di glifosato sul territorio nazionale.**

Onorevoli Ministri,

in data 11 settembre 2015 il tavolo delle Associazioni Ambientaliste e dell'agricoltura Biologica aveva provveduto ad inviarvi la richiesta di un provvedimento urgente per il divieto della produzione, commercializzazione ed uso di tutti i prodotti fitosanitari a base di glifosato in tutto il territorio nazionale nonché la rimozione del prodotto da tutti i disciplinari di produzione che lo contengono e l'esclusione da qualsiasi premio nei PSR per le aziende che ne fanno uso. La stessa lettera era stata inviata anche a tutti i Presidenti di Regione.

Purtroppo ad oggi dobbiamo prendere atto che né il Governo né le Regioni hanno dato nessuna risposta al riguardo e non solo non è stata presa in considerazione la possibilità di vietare la produzione e l'uso di tale principio attivo, ma, visto che il Glifosato continua ad essere incluso nel Piano d'Azione Nazionale (PAN) per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, tutti i PSR gestiti dalle Regioni sono in procinto di finanziare nella misura 10 l'agricoltura integrata e conservativa, premiandone l'utilizzo. Nei prossimi anni si creerà quindi il paradosso che il PAN per l'uso sostenibile dei fitofarmaci promuoverà l'uso sostenibile di un prodotto ritenuto oggi cancerogeno per gli animali ed un "potenziale cancerogeno per l'uomo" e i PSR delle Regioni ne finanzieranno l'uso.

La nostra richiesta nasceva dal fatto che il 20 marzo 2015 lo IARC (International Agency for Research on Cancer), l'autorevole agenzia per la ricerca sul cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, aveva reso pubblico un documento che dichiara il glifosato "cancerogeno" e "potenziale cancerogeno per l'uomo", classificandolo nel gruppo 2A in relazione alla pericolosità per la salute umana. Una definizione che conferma la certezza che l'erbicida è cancerogeno per gli animali e quindi fortemente rischioso anche per l'uomo.

Il Glifosato è l'erbicida più utilizzato al mondo essendo presente in 750 formulati tra i quali il Glinet® e il

Roundup® ed è il diserbante maggiormente collegato alle sementi Geneticamente Modificate (OGM) di mais, soia e cotone, il cui DNA è stato manipolato da Monsanto per resistere al suo diserbante commercializzato, appunto, sotto il nome di Roundup®. Mesnage et al (2014) hanno riportato in una loro importante pubblicazione scientifica che le formulazioni commerciali contenenti "glifosato" sono 1.000 volte più tossiche del solo principio attivo, rivelando esserci effetti sinergici tra i coadiuvanti dell'erbicida. Negli ultimi anni l'ISPRA ha raccolto dati sulla presenza di oltre 175 pesticidi nelle acque italiane superficiali e sotterranee: tra le sostanze maggiormente rilevate il glifosato e l'AMPA (un metabolita del glifosato stesso). Il nostro Paese risulta come il maggior consumatore di pesticidi per unità di superficie coltivata dell'Europa occidentale, con un consumo pari al doppio rispetto a quelli della Francia e della Germania. Siamo quindi tra i primi consumatori al mondo di pesticidi per unità di superficie coltivata, ma anche il paese che subisce i maggiori danni non solo sanitari e sociali, ma anche di tipo economico e produttivo, proprio per le eccezionali potenzialità ambientali che rapidamente degradiamo.

Persone, piante e animali sono oggi esposti in molti modi al "glifosato" e ai prodotti commerciali che lo contengono, come il Roundup®. Oltre che in agricoltura è ampiamente impiegato da Comuni e Provincie per la pulizia dei margini stradali, delle massicciate ferroviarie e dei binari ed è presente anche in prodotti da giardinaggio e per l'hobbistica. Agricoltori, semplici passanti e altri operatori possono essere esposti a queste sostanze durante le applicazioni, anche in aree pubbliche (scuole e giardini) frequentate da bambini.

L'autorizzazione del glifosato a livello europeo, in scadenza al 31 dicembre 2015, nell'ottobre scorso è stata temporaneamente prorogata a giugno 2016 in attesa della revisione paritetica, aggiornata di conseguenza e consultazione finale con gli Stati Membri.

Poco dopo tale proroga, il 12 novembre 2015 l'EFSA,

l'Autorità europea per la sicurezza alimentare in contrasto con le valutazioni dello IARC, ha decretato la non cancerogenicità per l'uomo del glifosato, conclusione che pare voler essere utilizzata dalla Commissione europea per decidere se mantenere o meno il pesticida nell'elenco UE delle sostanze approvate e dagli Stati per valutare ex novo la sicurezza dei prodotti fitosanitari contenenti glifosato.

La decisione dell'EFSA, supportata dalla relazione dell'Istituto federale tedesco per la valutazione dei rischi (BfR), non tiene in considerazione una vasta gamma di studi scientifici pubblicati da riviste internazionali indipendenti, che sono stati invece valutati e considerati rilevanti dallo IARC; minimizza, senza adeguata giustificazione, i risultati positivi di cancerogenicità sugli animali; infine, si basa in gran parte su studi mai pubblicati e forniti dalle multinazionali che producono il glifosato, in contrasto con le più elementari garanzie di indipendenza e in evidente conflitto d'interessi. Un elemento quest'ultimo molto preoccupante e che dovrebbe di per sé spingere i governi a prendere le distanze dalla posizione dell'Agenzia.

In ogni caso, in assenza di consenso scientifico sulla cancerogenicità del glifosato, la Commissione e gli Stati membri hanno la responsabilità di proteggere prima di tutto la salute dei cittadini adottando il principio di precauzione.

Sembra invece che la Commissione e gli Stati membri si stiano muovendo nella direzione opposta apprestandosi ad una nuova autorizzazione per altri 15 anni sulla base di una decisione già redatta dalla DG SANTE, che andrà in votazione nella prossima commissione perma-

nente di PAFF e per la quale tutti gli Stati membri, esclusa la Svezia, sembra siano a favore.

Di fronte a questo scenario chiediamo al Governo e ai Ministri competenti che, nel rispetto del principio di precauzione e a tutela della salute dei cittadini e dell'ambiente, si oppongano a questo scandalo per il quale senza pareri univoci sul piano scientifico sulla cancerogenicità del glifosato si possa procedere ad una nuova autorizzazione a livello europeo per altri 15 anni. Ribadiamo inoltre la nostra richiesta ai Ministeri competenti ed alle Regioni di applicare il principio di precauzione in nome della tutela della salute pubblica, vietando definitivamente e in maniera permanente la produzione, la commercializzazione e l'uso di tutti i prodotti a base di glifosato il cui utilizzo può essere sostituito da buone pratiche agroecologiche, a partire dai metodi di coltivazione biologici e biodinamici.

Alle Regioni si chiede nuovamente di rimuovere il prodotto da tutti i disciplinari di produzione che lo contengono e di escludere da qualsiasi premio le aziende che ne facciano uso.

Attendiamo dalle Amministrazioni in indirizzo un riscontro formale a queste nostre richieste e chiediamo un incontro urgente sul problema evidenziato nella speranza vi sia da parte di tutti gli Enti competenti la disponibilità ad affrontarlo con urgenza, adottando i provvedimenti richiesti ed idonei per la tutela della salute pubblica e dell'ambiente.

Vi inviamo i nostri più cordiali saluti.  
I Presidenti delle Associazioni:



# L'impegno dei medici per l'ambiente

ISDE



Per garantire la salute di ciascuno, noi medici dobbiamo occuparci della salute dell'ambiente in cui viviamo. Questo è ciò che un gruppo di medici italiani ha deciso di sostenere dal 1989, fondando ad Arezzo l'Associazione Italiana dei Medici per l'Ambiente. Negli stessi anni altri colleghi in altre parti del mondo giungevano alla stessa conclusione. Nasceva così l'International Society of Doctors for the Environment (ISDE) che fondata il 25 novembre 1990, unica al mondo nel suo genere e riconosciuta dalle Nazioni Unite e dall'OMS, ha come scopo principale quello di curare l'ambiente nella sua globalità, per poter garantire un futuro all'umanità. L'Associazione Medici per l'Ambiente è nata per stimolare l'impegno dei medici per la salvaguardia dell'ambiente sia in quanto medici che abitanti della Terra.

Con questa filosofia, ai medici di famiglia, pediatri e specialisti in tutte le branche che l'hanno fondata, si sono presto affiancati altri operatori della salute e professionisti sensibili alle tematiche ambientali.

L'Associazione si è rapidamente affermata ed oggi ne fanno parte migliaia di medici che operano in svariati Paesi dei cinque continenti, ne promuovono finalità ed obiettivi, nella consapevolezza che la ricerca di nuovi orientamenti compatibili con la vita, e non solo con lo sviluppo, passi inevitabilmente attraverso la tutela dell'equilibrio ambientale. L'Associazione Medici per l'Ambiente è un ente non commerciale per statuto, ed è iscritta alla Sezione Provinciale di Arezzo del Registro Regionale del Volontariato con decreto n. 218 del 30/07/2007 e quindi Onlus ai sensi dell'art. 10, comma 8, del Decreto Legislativo n. 460 del 4 dicembre 1997.

## Obiettivi di ISDE Italia

Confermare il ruolo etico della professione medica.

Potenziare le politiche di prevenzione.

Promuovere la difesa dell'ambiente sia localmente che globalmente al fine di prevenire patologie e rischi ambientali.

Assicurare le condizioni ambientali necessarie per la salvaguardia della salute ed il miglioramento della qualità della vita della generazione attuale e di quelle future.

Educare e aggiornare i medici e la popolazione.

Informare e coinvolgere pazienti, colleghi, studenti, insegnanti e cittadini accrescendone la consapevolezza sulle problematiche di ambiente e salute correlate, stimolando iniziative sia pubbliche che private.

Integrare le politiche di promozione della salute con quelle di sostenibilità ambientale.

Favorire una base culturale e scientifica sui problemi ambientali promuovendo corsi di formazione, ricerche, convegni.

Svolgere sulle tematiche relative ad "Ambiente, Salute e Sviluppo Sostenibile" un ruolo di unione tra società scientifiche, associazioni, settori professionali, istituzioni e popolazioni, sia a livello internazionale che locale.

# Virus Zika: i fatti, le ipotesi e i dubbi

ISDE Torino

A seguito dei recenti allarmi in merito alla diffusione del virus Zika, la sezione ISDE di Torino ha ricevuto un documento firmato da Roberto Ronchetti (Presidente della sezione ISDE di Roma e Professore Emerito di Pediatria, Università La Sapienza, Roma) e Massimiliano Bianco (ricercatore ISPRA, Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale) e qui lo riassume ed integra, come utile contributo alla discussione in merito.

## I FATTI

La zanzara *Aedes Egipiti* ha colonizzato negli ultimi anni l'America meridionale e centrale (evento che ricorda l'arrivo nell'Europa meridionale della *Aedes Multipictus*, meglio conosciuta come "zanzara tigre"). L'*Aedes Egipiti* è in grado di inoculare, tra gli altri, il virus Zika (noto da oltre 60 anni) che causa una blanda malattia simil-influenzale con eruzione cutanea ad una settimana dalla puntura della zanzara vettrice. Nelle epidemie sudamericane il virus Zika ha mostrato la tendenza a provocare sindromi neurologiche (paralisi ascendente di Guillan Barrè) ed anche malformazioni cerebrali con microcefalia nel feto di donne infettate nei primi mesi di gravidanza. Il virus Zika è stato ritrovato in 17 casi (inclusi due mortali). Dal settembre 2015 le autorità brasiliane sorvegliano attentamente i casi di microcefalia, riscontrando un aumento di incidenza di 20 volte superiore rispetto agli anni precedenti (da meno di 200 a oltre 4700 casi). Riesaminando 1103 di questi 4000, si è accertato che solo 404 (36%) erano effettivamente microcefalie, ma anche se di minore entità l'aumento di incidenza veniva confermato.

La notizia, divenuta di pubblico dominio, ha suscitato un caso mediatico con conseguenze enormi: atleti che si allenavano per i giochi olimpici 2016 sono rimpatriati, turisti hanno disdetto le prenotazioni, alle donne si è consigliato di rimandare progetti di gravidanza. La Presidente del Brasile Dilma Rousseff ha lanciato la campagna "Zika zero" mobilitando 50.000 militari per bonificare oltre tre milioni di abitazioni e pubblici edifici (usando un mix di insetticidi, contro le larve e contro gli insetti adulti) ed eliminare l'*Aedes Egipiti* prima dell'agosto 2016. I prezzi degli insetticidi sono aumentati e pare che una ditta produttrice si sia offerta di sponsorizzare le Olimpiadi.

## LE IPOTESI ALTERNATIVE

È molto probabile che il basso numero di microcefalie precedente il 2015 sia esito di inaccurata notifica, perché l'incidenza nel resto del mondo è di 1 su 20.000 nati e, poiché in Brasile nascono circa 3 milioni di bambini ogni anno, non appare inappropriata un'incidenza di un migliaio di casi su base annua.

La microcefalia è anche correlata all'abuso di sostanze e a malnutrizione. L'etiologia virale riconosce come cause Citomegalovirus, Dengue, Chikungunya, Rift Valley virus, Febbre Gialla, West Nile fever virus ed altri. Il virus Zika si aggiungerebbe alla folta lista.

In Colombia non sono stati registrati casi in eccesso di microcefalia nonostante la vicinanza geografica con il Brasile.

Il Dott. Eduardo Avila Vasquez, membro dell'Associazione dei Medici dei popoli fumigati (associazione sindacale dei Professionisti della Salute dell'Argentina), ha fatto notare che nel 2014 sono state immesse nell'acqua di rubinetto dosi massicce di piriproxifene (inset-

ticida) per contrastare epidemie di Dengue e di Chikungunya (lo stato brasiliano di Rio Grande ha di recente bandito tale prodotto per la possibile associazione con la microcefalia).

### I DUBBI

Per ora in questa vicenda solo i produttori di pesticidi hanno visto aumentare i loro guadagni. La zanzara *Aedes Egypiti* sopravviverà anche in America del Sud, nonostante gli insetticidi usati.

Sui terreni e nelle acque saranno presenti molti più prodotti tossici rispetto all'anno precedente, con conseguenze sugli altri insetti, sugli animali acquatici, sugli anfibi e possibili danni anche per i mammiferi, e quindi per l'uomo.

### Bibliografia

1. *Zika Virus Outside Africa*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819875/>
2. *Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers*  
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00273-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00273-7/abstract)
3. *Researchers Probe Colombia's Claim of No Birth Defects Linked to Zika*  
[https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory\\_157226.html](https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_157226.html)
4. *A Transgenerational Endocrine Signaling Pathway in Crustacea*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3629115/>
5. *Zika virus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda*  
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736>
6. *Utilising additional sources of information on microcephaly*  
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00519-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00519-5/abstract)



*Quali sono il fine, i limiti e i pregi di un testo di legge pensato per tutelare una specifica patologia? Quali i concreti risvolti applicativi? Queste sono alcune delle domande che nel primo numero di Torino Medica del 2016 sono state rivolte a Nerina Dirindin, membro della XII Commissione del Senato, sulla legge dedicata all'autismo (la n. 134/2015).*

*Poiché lo scopo degli approfondimenti è suscitare interesse e sollecitare dibattito - tanto più se riguardano i temi meno "battuti" dall'opinione pubblica - accogliamo e pubblichiamo le osservazioni al riguardo di Francesco Santanera, presidente di Fondazione Promozione Sociale che si occupa di tutela dei diritti in ambito di disabilità, malattie croniche, non autosufficienza.*

Egr. Dott. Guido Giustetto,

in merito all'intervista rilasciata a Sara Boggio dalla Sen. Nerina Dirindin, pubblicata sul n. 1, marzo 2016 di «Torino Medica», ritengo opportuno segnalare che la Legge 134/2015 Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbo autistico e di assistenza alle famiglie costituisce un arretramento rispetto alle già vigenti disposizioni sancite dai Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della Legge 289/2002).

Infatti le prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali previste dalla sopra citata Legge 134/2015 sono fornite (articolo 3) tenendo conto «del nuovo Patto per la salute 2014-2016» e quindi sono erogate «nei limiti delle risorse programmate per il Servizio sanitario regionale e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze». Pertanto è sufficiente ridurre gli stanziamenti per motivare la carenza degli interventi.

Contro le emarginanti norme del Patto per la Salute, l'Associazione Promozione Sociale e altre organizzazioni hanno presentato il 21 ottobre 2014 un ricorso al Tar del Lazio in quanto contrastanti con la nostra Costituzione, ma finora – fatto gravissimo – non è ancora stata fissata nemmeno l'udienza per cui, vista la scadenza del Patto del 31 dicembre p.v., di fatto il ricorso è stato archiviato.

Se si vogliono effettivamente aiutare i nostri concittadini in difficoltà, occorre ricordare che la Corte costituzionale, nella sentenza n. 509/2000, ha precisato che il diritto alle prestazioni sanitarie «è garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti (...). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana", il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto».

Grato della pubblicazione della presente, porgo cordiali saluti.

**Francesco Santanera**

*Presidente di Fondazione Promozione Sociale*

# Risparmio: meglio il fai da te?

Prof. Emanuele Davide Ruffino

*Università degli Studi di Torino*

Più gli esperti sbagliano le loro previsioni e si scoprono interessi nascosti nel fornire indicazioni, maggiore sembra essere la pretesa del settore "istituzionale" a invitare e, in alcuni casi, ad obbligare a rivolgersi ai canali tradizionali di gestione del risparmio. Con una battuta: le banche sbagliano ma ottengono maggiori restrizioni alla libera iniziativa del singolo (obbligandolo a rivolgersi a loro).

Se, ad esempio, un comune cittadino volesse comperare bond (cioè un'obbligazione per cui l'emittente, uno Stato, una Banca o una società, si impegna a rimborsare ad un certa data, la quantità di denaro preso a prestito arricchito da un interesse o altro premio) o equivalenti in moneta giapponese, non trova pressoché nulla sul mercato, mentre trova analoghe emissioni di Cipro, dell'Indonesia, del Cile, del Venezuela, della Slovenia ecc. (peraltro tutti investimenti interessanti sotto il profilo della redditività).

Con la crisi dei "subordinati", spariranno alcuni prodotti dal mercato ma (dovendo poi essere sistemati da qualche parte) ce li troveremo nei fondi comuni e nei piani integrativi. Sarà cioè sempre più obbligatorio passare dai fondi comuni dove troveremo ogni forma di obbligazioni ed azioni: il problema è che i criteri di acquisto dei fondi comuni, in ogni caso, riflettono le politiche di investimento delle Banche (non più considerabili immortali).

Ed allora forse è meglio firmare un po' di moduli in meno (che non leggiamo mai, ma forse sono scritti in modo da non poter essere letti) e tirarsi su le maniche e cominciare a provare ad arrangiarsi da soli.

Non essendo "esperto", il singolo cittadino può adottare alcune linee di comportamento per ridurre il rischio e salvaguardare il proprio patrimonio.

Per ridurre il rischio la prima regola è differenziare il più possibile, investendo in settori diversi assicurandosi contro eventuali andamenti ciclici e anticiclici e, considerata la legislazione italiana anche su più banche, per importi inferiori ai 100.000 euro.

## ORO E MATERIALI PREZIOSI

Oltre all'acquisto della prima casa (sacra per gli italiani, anche perché normalmente si può fruire di alcuni risparmi fiscali), le possibilità di investimento mobiliare spaziano dall'acquisto di metalli e pietre preziose al mercato azionario, ai bond di mezzo mondo.

Se l'insicurezza verso il sistema bancario è elevata, la ricerca di materiali preziosi o da collezione è la soluzione più logica, anche se poi occorre "rifidarsi" delle Banche e del loro sistema di cassette di sicurezza. L'investimento in oro o in pietre può anche offrire possibilità di rivalutazione del capitale, se acquistati in periodo di flessione dei prezzi ed eventualmente rivenduti in periodi di maggiore incertezza, dove la corsa al bene rifugio "oro" fa lievitare i costi. A scoraggiare questo tipo di investimento sono le commissioni applicate da chi com-



**MAPPE DI RISCHIO**

pra e vende gli oggetti, come se fossero beni di lusso. Oro e diamanti possono essere considerati un rifugio, in previsione di fatti catastrofici: purtroppo la frequenza di questi eventi li fa quasi rendere prevedibili e, di conseguenza, con minor impatto sugli andamenti dei prezzi: se dopo le torri gemelle si è assistito ad un tracollo delle borse, dopo gli attentati di Parigi del 2015, le borse non hanno risentito significativamente dell'accaduto. Ovviamente quanto uno consideri inaffidabile il sistema mercato finanziario è una scelta individuale che, una volta esplicitata, determina la percentuale di beni rifugio da "dimenticarsi" nella cassetta di sicurezza.

### LA GALASSIA DEI TITOLI FINANZIARI

Più complesso, ma indispensabile, è provare a districarsi nella galassia oggi disponibile sul mercato dei titoli finanziari: nei siti delle grandi banche appaiono menù contenenti migliaia di prodotti, impossibile anche solo da consultare. Allora specifici raggruppamenti permettono di aiutare il soggetto a muoversi all'interno di questo strano mondo. E forse una prima regola è quella di investire in tutte le macro-aree predisposte da queste mappe. Un po' di azionario (dove si diventa direttamente soci delle aziende), un po' di obbligazionario (dove ci si limita a finanziare l'impresa o l'operazione) e, eventualmente un po' di warrant e future (operazioni di scommessa finanziaria a più alto rischio). Ma prima ancora occorrerebbe definire la diversifica-

zione a livello geografico. Se si percepiscono redditi in euro, può risultare utile pensare a diversificare su altre monete: in questo modo un miglioramento del valore dell'euro comporta una perdita del valore dell'investimento (ma continuando a disporre di redditi in euro, l'impatto risulterebbe limitato), mentre se l'euro scende si possono ottenere corrispondenti guadagni. In ogni caso l'acquisto di monete tradizionalmente forti, può compensare le oscillazioni dell'Euro stesso e delle materie prime (petrolio e suoi derivati, in primis).

La suddivisione per area geografica costituisce la più significativa forma di diversificazione, in quanto permette di accedere ad economie diverse che, nel lungo periodo, possono presentare fasi anticicliche con la nostra economia e per questo possono costituire un'importante forma di tutela del risparmio, da utilizzare nei periodi di crisi del nostro sistema. Il problema semmai è quando acquistare titoli o azioni in valuta diversa dall'euro, per non incappare nel rischio cambio, cioè non acquisire moneta straniera a prezzi elevati per poi doverli rivendere, in caso di necessità non previste, quando questi si sono svalutati. Per evitare questo rischio conviene procedere con acquisti limitati e scaglionati nel tempo, in modo da non essere troppo condizionati dal tasso di cambio e poi, come sempre, seguire l'aurea regola: comperare quando l'andamento di ciò che si vuole comperare presenti da tempo un trend discendente. Non è un raffinato ragionamento economico, ►

## PRIMO CRITERIO

<b>Metalli preziosi</b>	%
<b>Obbligazioni (nazionali ed estere)</b>	%
<b>Azioni (nazionali ed estere)</b>	%
<b>Fondi pensione (assicurativi, risparmio gestito )</b>	%
<b>TOTALE</b>	<b>100 %</b>

## SECONDO CRITERIO

<b>Area Euro (Italia ed altri paesi europei)</b>	%
<b>Altre monete europee (sterlina, franco, corona ecc.)</b>	%
<b>Stati uniti e Canada</b>	%
<b>Sud America</b>	%
<b>Asia (Giappone, Cina, India, altri)</b>	%
<b>Africa</b>	%
<b>Australia</b>	%
<b>TOTALE</b>	<b>100 %</b>



ma psicologicamente permette di consolarsi pensando che almeno non si è stato “il più fesso” ad acquistare quel titolo al prezzo massimo.

Nel definire quantitativamente il valore dei singoli investimenti si può immaginare di prendere un mappamondo e individuare le aree di possibile maggior sviluppo. Il futuro nessuno lo conosce: né gli esperti, né i singoli soggetti, però è più divertente sbagliare con la mente propria!

Si può procedere ad individuare i Paesi su cui scommettere sulla crescita e su questi individuare azioni od obbligazioni su cui destinare piccole percentuali del proprio patrimonio. Teoricamente le variabili in gioco sono:

- rischio emittente (sia che si tratta di azione o di bond emesso dagli Stati sovrani, vi è sempre un rischio che, col tempo, diventi insolvente: si può far riferimento alla cosiddetta tripla A, ma così si paga il prezzo di un rating molto caro e, provenendo da un paese come l'Italia che da tempo naviga a metà classifica, all'investitore italiano può risultare già più che rassicurante una sola A o qualche B)
- rischio cambio (le oscillazioni sui cambi possono sempre influenzare gli andamenti: teoricamente, se il mercato funzionasse alla perfezione, più alto è il rendimento nominale, più elevato è il rischio di cambio o di default)
- rischio andamenti del mercato (qualsiasi azione od

obbligazione, per quanto ritenuta sicura, può presentare oscillazioni).

Sul mercato si possono trovare soluzioni intermedie, come ad esempio, obbligazioni emesse da enti solidissimi in valute soggette a facili oscillazioni (si pensi ai bond di enti sovranazionali emessi in valuta: così facendo ci si assicura sul rischio emittente, mentre ci si fa carico del rischio cambio), oppure obbligazioni in valute pregiate, euro o dollari, ma emessi da emittenti dalla solvibilità incerta (tipiche obbligazioni emesse dai paesi dell'America latina, ma anche da Paesi europei).

### MAPPE DI RISCHIO

A questo punto del ragionamento il soggetto può cominciare a costruirsi semplicissime mappe del rischio, indicando le proprie propensioni (avendo ben presente che concentrare tutti gli investimenti in un solo settore è già di per sé un elevato rischio, quindi più si differenzia, minore è il rischio).

Non essendo degli esperti, più ci si allontana dal mercato italiano (escluso il mercato statunitense che può essere assimilato a quello europeo), minori sono le conoscenze (e la rapidità con cui si possono acquisire dette conoscenze), per cui maggiore è “l'ignoranza” nel decidere, quindi le percentuali devono necessariamente scendere, tranne che, per lavoro o per altre conoscenze, si possa disporre di una posizione di vantaggio.

## MAI TUTTO E SUBITO

Per accrescere la possibilità di guadagno è fondamentale scegliere il momento in cui entrare (andando così a costruire la propria mappa del rischio con gradualità): ovviamente il ragionamento richiede alcuni anni affinché possa svilupparsi compiutamente. Sarebbe infatti un errore, per quanto possa essere razionale la distribuzione del rischio, acquistare tutto immediatamente e non cominciare con piccoli investimenti, alcuni ad alto rischio che solo una volta consolidati (cioè dopo aver incassato gli interessi o i dividendi per un certo periodo), permettono ulteriori apporti. Cioè gli investimenti ad alto rischio è bene che siano progressivamente finanziati dai guadagni ottenuti con il surplus degli investimenti (in sintesi: il reddito finanzia l'investimento tradizionale; gli interessi e le plusvalenze finanziano il rischio).

Una bussola per indirizzare gli investimenti, specie quelli azionari, è indirizzarsi verso i settori dove abitualmente si rivolgono i propri acquisti: per molti soggetti questi acquisti sono comuni (energia, alimentari, auto

ecc.) per cui può risultare "compensativo" acquistare laddove si spende, in modo che un aumento di quel prodotto è in parte compensato dall'aumento delle relative azioni od obbligazioni (e viceversa: se si dispone di azioni nel settore petrolifero, la riduzione del valore è compensato dal minor costo della benzina, così come se si conosce già il modello della prossima auto che si intende acquistare, si possono indirizzare parte degli investimenti verso quel marchio).

## MEGLIO SBAGLIARE DI TESTA PROPRIA

Sicuramente i cosiddetti esperti presentano un superiore margine di approfondimento degli argomenti (quando non sono devianti da interessi propri o dell'ente che rappresentano) ma come il singolo soggetto, non conoscono il futuro, e quindi non possono garantire il successo degli investimenti. In conclusione, citando il detto che "a sbagliare si è capaci da soli" ci si può almeno consolare con il fatto che con il risparmio fai da te, non si sono pagate troppe commissioni per la gestione del risparmio.



## Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche A.M.I.A.R. - TORINO

[www.agopuntura.to.it](http://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.

# I CUG... questi sconosciuti

## Comitati Pari Opportunità nella Pubblica Amministrazione

Mariasusetta Grosso  
*Commissione Pari Opportunità  
Ordine dei Medici di Torino*



L'acronimo CPO, Comitato Pari Opportunità, negli anni è entrato nel linguaggio comune e si è diffuso velocemente non solo tra gli addetti ai lavori, ma anche tra coloro che iniziavano ad occuparsi di pari opportunità, quando successivamente l'articolo 21 della Legge 183 del 2010 e le relative linee guida hanno trasformato i CPO in CUG, Comitati Unici di Garanzia.

Si tratta di un nuovo organismo, che riassume le funzioni precedentemente attribuite ai Comitati Pari Opportunità ed ai comitati antimobbing, la cui costituzione rappresenta un adempimento obbligatorio per le Pubbliche Amministrazioni e che recepisce i principi più volte enunciati dalla legislazione comunitaria.

La normativa assegna al CUG ambiti ben definiti, infatti questo organismo ha il compito di contribuire a fornire elementi utili per la corretta gestione del personale in un'ottica di parità e di contrasto alle discriminazioni, così come previsto nell'art. 21 al comma 4: "L'ampliamento delle garanzie, oltre che alle discriminazioni di genere, anche ad ogni altra discriminazione, diretta ed indiretta che possa discendere da tutti quei fattori di rischio: età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendo il tutto alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni di carriera e alla sicurezza".

### **PARI OPPORTUNITÀ: PER LEGGE DAL 1991**

Andando indietro nel tempo, iniziamo a sentire parlare di pari opportunità nella Legge 125 del 1991, e successivamente nella Legge 165 del 2001. Grazie a queste leggi, in molte Aziende Pubbliche si iniziano a costituire i Comitati Pari Opportunità, in particolare modo nelle aziende della Pubblica Amministrazione dove l'inadempimento di tali indicazioni determinava sanzioni amministrative.

Infatti l'articolo 57, comma 5, del Decreto Legislativo 165/2001, come novellato dall'articolo 21 della Legge 183/2012, prevede che "la mancata costituzione del CUG comporta responsabilità dei dirigenti incaricati della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi".

Questi orientamenti legislativi hanno avuto una grande rilevanza nel favorire lo sviluppo di una cultura sulle pari opportunità, infatti anche i Contratti Collettivi Nazionali del personale delle Pubbliche Amministrazioni (art. 57 del Decreto Legislativo 165/2001) hanno recepito queste normative.

La costituzione di questi organismi non è derivata da singole conquiste sindacali, bensì da leggi, che ispirandosi a direttive europee, hanno cercato di apportare nelle Pubbliche Amministrazioni cambiamenti e trasformazioni in ambito lavorativo con particolare attenzione al benessere organizzativo.



**Il benessere organizzativo viene riconosciuto come un elemento imprescindibile per le organizzazioni che vogliono migliorare la propria produttività e la propria immagine. Questa nuova visione dovrebbe determinare nei dipendenti affezione al lavoro e senso di appartenenza, con conseguente miglioramento del servizio erogato**

Finalmente, il benessere organizzativo viene riconosciuto come un elemento imprescindibile per le organizzazioni che vogliono migliorare la propria produttività e la propria immagine. Questa nuova visione dovrebbe determinare nei dipendenti affezione al lavoro e senso di appartenenza, con conseguente miglioramento del servizio erogato.

### **GLI OBIETTIVI DEI CUG**

Le linee guida emanate dalla presidenza del Consiglio dei Ministri hanno definito il funzionamento e l'attività del CUG a cui hanno attribuito alcuni obiettivi tra i quali:

- assicurare, nell'ambito pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità.

Il CUG ha il compito di predisporre un Piano azioni positive (Pap): i Pap dovrebbero promuovere iniziative dirette ad attuare politiche di conciliazione tra vita privata e lavoro e consentire la diffusione della cultura della pari opportunità, promuovendo i bilanci di genere, indagini di clima e favorendo l'adozione di codici etici e di condotta.

A tutto questo si aggiungono anche compiti di tipo consultivo, infatti i vertici aziendali dovrebbero consultare il CUG ogni qualvolta si affrontano argomenti o atti interni di sua competenza inerenti la formazione del personale, gli orari di lavoro, le forme di flessibilità lavorative, gli interventi di conciliazione vita famiglia/lavoro, il part-time, i congedi, la progressione di carriera ecc.

È compito del CUG verificare che quanto proposto sia attuato dalle direzioni aziendali.

Il CUG collabora anche con altri organismi, come la Consigliera di Parità Nazionale, l'Unar (Ufficio antidiscriminazione razziali), l'istituto presso il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, gli OIV (Organi Interni di Valutazione), i Consiglieri di Fiducia.

Per quanto riguarda il presidente del CUG, questo è nominato con atto da parte del dirigente preposto al vertice dell'amministrazione aziendale, deve possedere requisiti particolari (elevate capacità organizzative e comprovata esperienza maturata in analoghi organismi o nell'esercizio di funzioni di organizzazione e gestione del personale), deve inoltre possedere adeguate conoscenze nelle materie di competenze dei CUG, adeguate esperienze nell'ambito delle pari opportunità e/o del mobbing e conoscenze rilevabili attraverso un percorso professionale.

Tutti gli altri componenti sono in parte nominati dall'azienda e in parte dalle organizzazioni sindacali (deve essere sempre rispettato il requisito di pariteticità). Il funzionamento del CUG è garantito da un regolamento interno.

### **UNA RETE DI ALLEANZE**

Negli ultimi anni molte aziende pubbliche, ospedali e aziende sanitarie hanno istituito i CUG e, spesso tra mille difficoltà, sono stati avviati progetti ed iniziative che hanno diffuso una cultura di pari opportunità.

Attraverso i siti web aziendali si è cercato di divulgare le numerose attività svolte, anche se purtroppo, tra molti CUG, vi è la consapevolezza che ci sia ancora molto da attuare e modificare nei processi organizzativi della Pubblica Amministrazione e che il famoso "soffitto di cristallo" sia ancora da superare. ►

Il superamento di questo ostacolo, in alcuni casi, può concretizzarsi attraverso la costituzione di una rete tra CUG, rete che ha la funzione di rafforzare la presenza dei CUG nella Pubblica Amministrazione e contemporaneamente condividere esperienze, informazioni, progetti e buone prassi.

Verso questo traguardo si è proiettata la neonata rete cittadina dei CUG della Città di Torino: è costituita da 13 Enti/Aziende: Amm, Atc, Arpa, AslTo1, AslTo2, Camera di Commercio, Città della Salute, Azienda Ospedaliera Mauriziano, Politecnico di Torino, Regione Piemonte, Città Metropolitana di Torino, Università degli Studi di Torino.

La rete cittadina si pone come obiettivo la condivisione delle varie professionalità di cui è composta ed il reciproco aiuto nella risoluzione delle problematiche comuni. L'organizzazione di eventi e la maggior visibilità delle attività dei CUG sono una delle priorità per la rete stessa che, nel convegno organizzato a fine 2015, ha gettato le basi per la realizzazione di una Carta d'Intenti.

### **TRA MILLE DIFFICOLTÀ, INIZIATIVE E PROGETTI CONCRETI**

In concreto cosa possono fare i CUG? Quali proposte possono formulare per migliorare il contesto lavorativo e di conseguenza il benessere organizzativo?

In questi ultimi anni i CUG hanno realizzato molti progetti e iniziative che hanno cercato di migliorare la conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare; proprio in questo ambito infatti la discriminazione di genere assume una particolare rilevanza: la cura della famiglia e la gestione familiare condizionano pesantemente il lavoro femminile, sia come crescita professionale che come organizzazione del lavoro, e da questo derivano conseguenze che si ripercuotono negativamente sul reddito familiare e nella progressione di carriera per la donna.

I progetti come il telelavoro flessibile e temporaneo per dipendenti con problemi di cura familiare sono stati sperimentati con buoni risultati in molte aziende pubbliche e private, e la flessibilità del lavoro ha permesso a molti di gestire meglio il proprio tempo.

La creazione di asili nido aziendali e la convenzione con asili nido esterni sono stati progetti che negli ultimi dieci anni si sono sviluppati in alcune realtà torinesi (Politecnico di Torino). L'apertura di ludoteche interne in molte aziende ha permesso ai dipendenti di sopperire alle difficoltà di gestione dei figli negli orari in cui le attività scolastiche non venivano garantite.

In molti progetti dei CUG l'attenzione non è solo rivolta alla gestione dei figli in età scolare, ma anche alla cura ed all'assistenza delle persone anziane che fanno parte del nucleo familiare.

Infatti, sono state stipulate convenzioni con strutture o cooperative che forniscono servizi di assistenza domiciliare alle persone della terza età (disbrigo di pratiche, spesa giornaliera, aiuto nella preparazione dei pasti, acquisto dei farmaci). In alcune aziende si sono attivati servizi di sostegno alla gestione familiare, come la figura del "maggiordomo aziendale", un servizio per sopperire a tutte quelle attività di routine che sistematicamente il dipendente deve affrontare e che per necessità lavorative ha difficoltà a gestire (pagamento bollette, ritiro documenti personali, servizi di lavanderia, consegna spesa).

Tutti questi progetti e questa attenzione al benessere organizzativo, grazie alla normativa nazionale, alle direttive europee, alle reti, alla sensibilizzazione delle organizzazioni sindacali, hanno permesso ai CUG di favorire una cultura di parità e di contrasto alle discriminazioni, incidendo dove possibile nell'organizzazione del lavoro.

In buona sostanza questa è la *mission* che tra mille ostacoli e difficoltà i CUG stanno cercando di portare avanti; non sempre gli obiettivi sono stati facili da raggiungere, ma è pur vero che sempre di più i CUG stanno diventando "la spina nel fianco" delle Pubbliche Amministrazioni con cui è spesso necessario confrontarsi.

### **Bibliografia**

Decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198

(Codice per le Pari opportunità tra uomo e donna) Legge 125 del 1991

Decreto legislativo 165 del 2001 (art. 57) Legge 183 del 2010 (art. 21)

Linee guida: Direttiva Ministro Pubblica Amministrazione e Pari Opportunità del 23/02/2011



Giacomo Dacchino

**GUARIRE L'AMORE.**  
**Strategie di speranza**  
**per la famiglia di oggi**

San Paolo,  
Cinisello Balsamo  
2014

Pagine 240  
Euro 15,00

Quello dell'amore è tema costante nella produzione scientifica, in particolare degli ultimi vent'anni, del noto psichiatra torinese G. Dacchino, dalla "paura d'amare" (1996) a quest'ultimo "guarire l'amore" (2014), l'intera parabola della sua riflessione su di esso non solo ne tocca la complessa e sfaccettata fenomenologia – a partire da "che cos'è l'amore" (1994) – ma si propone come un percorso che oserei definire psicoterapeutico delle difficoltà nell'amore, più ancora, delle *maladies d'amour*; un percorso che non è compiuto in ottica puramente psicologico-psichiatrica ma che si avvale delle più diverse prospettive delle scienze umane – dalla sociologia, all'antropologia, alla semiologia, alla storia letteraria ... – impiegando tecniche sociometriche di rilevamento e dati statistici accanto al ricco materiale clinico accumulato nel corso della sua carriera di medico dell'anima. Quest'ultimo lavoro allarga la disamina dell'amore al contesto più ampio della famiglia di oggi, una famiglia che è il prodotto di una società "liquida" e in crisi, che esonda, cioè, in un mondo globalizzato e informatizzato in cui i confini tra reale e virtuale si intrecciano e si confondo-

no ogni giorno di più, dando uno spazio sempre maggiore alle derive narcisistiche e alle "avventure della differenza". "Guarire l'amore", in questo contesto, intende essere ad un tempo una denuncia e una terapia attraverso un'indagine che, partendo dalla coppia e dalle difficoltà che ne attraversano la formazione e la vita stessa nella continuità del rapporto, passa alla famiglia malata, con rassegna delle tipologie di relazioni – tra genitori e genitori e figli – che la caratterizzano oggi, per arrivare alla proposta di guarigione di quella che Dacchino prevede o auspica come famiglia del futuro, ridisegnanone i confini e le interne forme e modalità tanto nei rapporti nuovi tra genitori quanto nelle complesse dinamiche che investono quelli tra genitori e figli. Un'opera di notevole riflessione e senza dubbio di grande stimolo per un lettore attento al quadro odierno delle relazioni affettive e comunicative che investono la famiglia in quanto istituzione e luogo di formazione e di crescita intellettuale, morale ed emotiva dell'individuo uomo.

**Letto da Rosa Revellino**



Enrico Bucci

**CATTIVI SCIENZIATI**  
**La frode nella ricerca scientifica**

Add Editore

Pagine 157  
Euro 14,00

## Frodi scientifiche: quando la verità della scienza diventa menzogna

«La grande tragedia della Scienza: il massacro di una bella ipotesi da parte di un brutto dato di fatto». Con queste parole del filosofo e biologo inglese Huxley si apre, molto appropriatamente, il libro di Stefano Bucci *Cattivi Scienziati*: la dimensione tragica, e quindi umana, che fa vacillare l'uomo di scienza è tutta raccolta nella verità cristallina della citazione. Dopodiché l'autore dà inizio alla sua opera di smascheramento: che cos'è, esattamente, la frode scientifica? Come e dove possiamo rintracciarla? Si distingue, e se sì perché, da altri tipi di condotta fraudolenta? Dedicato il primo capitolo alla "fiducia sociale" accordata alla ricerca – una conquista recente e pagata cara, ricorda l'autore in memoria di Giordano Bruno e delle sue ceneri – il libro procede quindi a indagare "il peccato, senza trascurare la descrizione di qualche peccatore". A partire dalla prima trattazione sistematica della frode scientifica (un testo inglese della prima metà dell'Ottocento) fino al processo per la falsificazione degli studi su un

vaccino contro l'AIDS (nell'Iowa State University, per ottenere 12 milioni di dollari di finanziamento), passando in rassegna una scoraggiante quantità di casi intermedi, che naturalmente includono anche l'Italia. Dove esistono le frodi scientifiche ma non esiste il reato che le qualifichi come tali.

Ma il testo non è soltanto una denuncia, ampiamente argomentata, da parte di un brillante addetto ai lavori (ricercatore presso il CNR di Napoli dal 2001 al 2014, oggi Bucci si dedica a tempo pieno all'analisi delle frodi scientifiche per Biodigitalvalley, l'azienda da lui fondata nel 2008). La semplicità accurata con la quale, della scienza, vengono svelate verità e menzogne, fa del libro una "dichiarazione d'amore per assurdo" (rileva Elena Cattaneo nella prefazione). Perché la scienza, al netto dei suoi cattivi maestri, è un sapere universale "a disposizione di tutti, patrimonio comune e utile all'umanità nel suo complesso". Che come tale va difeso.

**Letto da Sara Boggio**

# Il primo dente

Giuliano Maggi

Un'estate il medico che sostituivo mi indicò una scatola di latta, dicendomi che conteneva tutto l'occorrente per togliere i denti: pinze, anestetico, siringhe, disinfettante e un pentolino ove versarlo



Negli anni '50 del secolo scorso il corso e l'esame di odontoiatria erano obbligatori al quinto anno del corso di Laurea in medicina. Noi studenti avevamo visto fare qualche estrazione, conoscevamo le pinze e gli altri strumenti, ma non avevamo mai eseguito un'estrazione. Pertanto, quando dopo la laurea feci qualche sostituzione estiva di medici condotti, paventai di dover eseguire prima o poi la mia prima estrazione dentaria, senza l'aiuto di un collega esperto.

Un'estate il medico che sostituivo mi indicò una scatola di latta, dicendomi che conteneva tutto l'occorrente per togliere i denti: pinze, anestetico, siringhe, disinfettante e un pentolino ove versarlo.

La condotta comprendeva diverse borgate e dovevo fare l'ambulatorio in giorni e ore prestabilite; in una di queste borgate, lo studio medico era ospitato in una casetta del comune, ove vi era anche l'ufficio postale. Un mattino, quando arrivai in quella sede, sentii un gran fracasso e vidi degli operai che stavano sostituendo serramento e pavimenti in tutte le stanze. Chiesi al primo che incontrai se qualcuno aspettasse il medico e quello mi indicò un vecchietto seduto su una panca; mi presentai e il paziente mi disse che era venuto per farsi estrarre un dente cariato che gli faceva un male terribile.

«Ahimè, pensai, ci siamo. Ora dovrò cavare il mio primo dente!»

Mi guardai intorno e vidi soltanto stanze a soqquadro e falegnami che davano martellate. In quel momento mi sentii apostrofare da una voce che mi chiamò col nome di battesimo. Mi voltai e riconobbi in uno dei falegnami un ex-ragazzino, mio compagno di scuola alle medie. Erano passati parecchi anni, ma ci abbracciammo, parlammo di compagni di allora, poi gli spiegai che ero diventato medico e che avrei dovuto togliere un dente, ma non sapevo come e dove in quell'ambiente sottosopra.

«Ti aiutiamo noi», mi rispose; chiamò i suoi colleghi, trovarono una sedia, un tavolino, acqua, catino e asciugamano; due falegnami tennero fermo il paziente e un terzo gli tenne la bocca aperta. Feci l'anestesia locale, versai il disinfettante nel pentolino e vi immersi una pinza e un ferretto a punta arrotondata che giudicai essere uno scollatore.

Poi, scollata la gengiva col ferretto, afferrai il dente con la pinza e tirai con la forza della disperazione, cavando al primo tentativo il molare cariato, tra le esclamazioni di giubilo e di compiacimento degli assistenti falegnami.

Il paziente disse: «Bravo, non ho sentito male», e soggiunse «Quanto fa?». «Nulla – risposi – paga la mutua». «Allora voglio offrirvi da bere», e cavò di tasca un biglietto da 500 lire tutto stropicciato, che passai a uno dei falegnami.

Questi partii per il bar e tornò con un bottiglione di vino e dei bicchieri di carta: dopo 10 minuti eravamo tutti allegri, io, il paziente e i falegnami, con i quali finii a giocare al pallone sul piazzale antistante per smaltire il vino, che a mezza mattinata e a stomaco vuoto si dimostrò micidiale.

Ripartii felice, conservai il dentone che mostrai con orgoglio al collega quando tornò. Lui ridendo mi disse: «Bravo, ma il ferretto col quale hai scollato la gengiva non è uno scollatore, che non possiedo, ma il manico del pentolino; comunque sembra proprio uno scollatore!»

### 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 **4 luglio al 2 settembre 2016** gli uffici effettueranno il seguente orario di apertura al pubblico:  
dal **lunedì** al **giovedì** dalle ore 8.30 alle 12.00 e dalle ore 14.00 alle 17.00  
il **venerdì** dalle ore 8.30 alle ore 12.00

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

**Gli uffici saranno chiusi dal 16 al 19 agosto**

# POTRA' CAMBIARE IL MODO DI GUIDARE UNA BMW, NON IL PIACERE DI FARLO.

THE NEXT  
100 YEARS

[www.bmw.it](http://www.bmw.it)



Piacere di guidare



#Next100

THE NEXT  
100 YEARS



**SCOPRITE BMW VISION NEXT 100. LA CONCEPT CAR PROGETTATA PER CELEBRARE I 100 ANNI DI BMW, GUARDANDO AI PROSSIMI 100.**

Vivete in realtà aumentata l'esperienza di guida della BMW Vision Next 100. Vi basterà scaricare l'app BMW VISIONS e scansionare il simbolo qui accanto.

## 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](http://www.autocrocetta.bmw.it)



## L'assistenza domiciliare firmata Fornaca

**Domicare è la nuova frontiera dell'assistenza domiciliare. Un servizio completo, integrato e altamente tecnologico, che permette di avere a casa propria tutta la qualità di Fornaca e condividere informazioni sullo stato di salute con medico curante, familiari e staff della Clinica.**

Con Domicare infermieri, medici e tecnici qualificati seguono il paziente a domicilio sia sul piano terapeutico che psicologico, consentendo di proseguire il percorso di cura a casa propria nei giorni successivi all'intervento. Domicare mette infatti a disposizione del paziente e dei suoi familiari - accanto al passaggio giornaliero dell'infermiere e dei professionisti coinvolti - un kit di strumenti di monitoraggio da remoto, compreso un tablet per consultare il proprio piano di cura.



CLINICA FORNACA DI SESSANT

Numero verde 800.12.39.38 - [clinfornaca.it/domicare](http://clinfornaca.it/domicare)  
Direttore Sanitario: Dott.ssa Maria Renata Paola Ranieri