



STORINO

anno XXIX
numero 3
2018

comunicazione
informazione
formazione

MEDICA

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

FOCUS

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Interviste a Federico Gelli,
Amedeo Bianco,
Primiano Iannone

Dentro la
giurisprudenza

Nuovo regolamento
europeo sulla privacy

SSN e
politica:
tra rabbia e
prospettive

Cerimonia del Giuramento professionale

Obiettivo DETOX

Per depurarsi e rimettersi in forma, scegliete la cura di bellezza più naturale ed equilibrata per il vostro organismo: acqua Lauretana è perfetta per eliminare le tossine accumulate, facilitare i processi digestivi e ritrovare leggerezza.



	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °F
Lauretana	14	1.0	0.55
Monte Rosa	16.4	1.2	0.54
Sant'Anna di Vinadio	22	1.5	0.9
S.Bernardo Rocciviva	34.5	0.8	2.5
Voss	44	6	N.D.
Levissima	80	1.9	5.8
Acqua Panna	139	6.4	10.6
Fiuggi	145	6.3	9
Rocchetta	174.1	4.13	N.D.
Fiji	224	18	N.D.
Evian	309	6.5	N.D.
San Benedetto Primavera	313	4.1	N.D.
Vitasnella	396	3.4	N.D.

Il residuo fisso, il sodio e la durezza di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale come rilevato da Beverfood 2017-2018.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene



#benessere

www.lauretana.com

Sommario

numero 3_2018

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

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

4 editoriale
Sistema Sanitario Nazionale e politica: tra rabbia e prospettive
Mario Nejrotti

8 La responsabilità
Guido Giustetto

11 focus responsabilità professionale
Legge Gelli-Bianco: intervista ai relatori del testo alla Camera e al Senato
a cura della Redazione FNOMCeO

14 La parola alla giurisprudenza
a cura di Marcello Fontana

19 La responsabilità professionale dentro e fuori i confini italiani
a cura de Il Pensiero Scientifico Editore

24 Garantire linee guida di buona qualità, rispondenti ai bisogni di salute e centrate sul paziente - Intervista a Primiano Iannone
a cura de Il Pensiero Scientifico Editore

27 Dalla Corte di Cassazione (sez. civile): per capire il presente, uno sguardo al passato
Giacomo Travaglino

31 La Responsabilità Professionale in Odontoiatria - Intervista a Gianluigi D'Agostino
a cura di Patrizia Biancucci

36 Dal risarcimento all'indennizzo. Come cambia un diritto
Tonino Aceti

39 Due aspetti meno indagati: difesa civica e trasparenza dei dati
Andrea Ciattaglia

42 spazio a chi scrive
Linee guida e salute

44 salute
La buona salute vuole una buona comunicazione

48 giovani medici
Cerimonia del Giuramento professionale

50 dai convegni
Il nuovo regolamento europeo sulla privacy
Patrizia Biancucci

53 le nostre radici
Trittico
Giuseppe Scarso

56 Dottore ma è vero che...?
Il sito per un'informazione scientifica accreditata
a cura della Redazione

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
Maria Antonella ARRAS

Domenico BERTERO

Tiziana BORSATTI

Emilio CHIODO

Riccardo FALETTI

Carlo FRANCO

Ivana GARIONE

Fernando MUIÀ

Aldo MOZZONE

Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

TORINO MEDICA
Direttore:
Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti
Coordinamento
redazionale:
Rosa Revellino
Redazione:
Sara Boggio, Luca Nejrotti,
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 27-06-2018

SGI

Sistema Sanitario Nazionale e politica: tra rabbia e prospettive

Mario Nejrotti

Direttore di Torino Medica

L'occasione per una riflessione

Il **Welfare Day** è da quasi un decennio un appuntamento nell'agenda dei protagonisti del Welfare e, in particolare, della Sanità pubblica e privata. Si tratta di un'occasione di approfondimento tra le Istituzioni e gli esponenti politici, le parti sociali, gli operatori e gli esperti del settore.

Base della discussione il Rapporto Annuale Censis, commissionato da RBM-Assicurazione Salute, sulla sanità pubblica, privata e intermediata, che racconta, come di consueto, il cambiamento che in questi anni sta attraversando il sistema di sicurezza sociale del nostro Paese.

Il Welfare Day quest'anno è stato dedicato, in particolar modo, al diritto alla salute e alla spesa privata in Sanità, sempre più pesante nel bilancio delle famiglie italiane.

Sembrano ormai lontane le notizie che descrivevano, fino a pochi mesi fa, il nostro sistema sanitario come un'isola felice, che pur in mezzo a difficoltà di ogni tipo e tagli di spesa, rimaneva molto in alto nelle classifiche di qualità del pianeta, pur collocandosi tra quelli con un investimento pubblico più basso.

Chi poneva l'accento sulle carenze qualitative, organizzative e di personale veniva visto nella più rosea delle ipotesi come un pessimista e un disfattista. È come se un canale di informazione si fosse spento e una nuova emittente avesse inaugurato le trasmissioni.

Questa è l'impressione che si ha leggendo le notizie su moltissime testate, che riprendono i contenuti del rapporto Rapporto RBM-Censis.

Un SSN che irrita i cittadini

Scopriamo subito dai titoli del comunicato stampa del Censis che:

Cresce il rancore per la sanità, prova d'esame per il governo del cambiamento.

Ciò accade per molti motivi elencati nel rapporto, ma soprattutto perché la spesa sanitaria privata (cioè quanto i cittadini italiani spendono di tasca propria per diagnosi e cure) sale a 40 miliardi di euro. Era di 37,3 miliardi lo scorso anno. Inoltre, nel rapporto viene stimato un +9,6% nel periodo 2013-2017. L'esborso copre una spesa globale che serve a pagare prestazioni sanitarie per intero o in parte con il ticket.

Probabilmente il nervosismo degli italiani si concentra di più sulla compartecipazione alla spesa di prestazioni pubbliche, ritenute già pagate dalla tassazione. Ma sicuramente anche la scelta privata forzata di prestazioni, che hanno liste di attesa pubbliche inammissibili, fanno crescere il malumore.

Comunque la spesa sanitaria privata è aumentata di più di quella per i consumi nel loro complesso, che si attesta sul 5,3%, e questo capita soprattutto nelle classi meno abbienti, costrette a scegliere delle priorità.

Il rapporto in controluce: è tutta colpa del SSN?

Interessanti sono i dati delle maggiori voci di spesa ricordate da Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute, che ha partecipato al Welfare Day: "Sono 150 milioni le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani. Nella top five delle cure, 7 cittadini su 10 hanno acquistato farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro), 6 cittadini su 10 visite specialistiche (per 7,5 miliardi), 4 su 10 prestazioni odontoiatriche (per 8 miliardi), 5 su 10 prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per 3,8 miliardi) e 1 su 10 protesi e presidi (per quasi 1 miliardo)".

Il consumo di farmaci, a prescindere dalla compartecipazione alla spesa con i ticket, senz'altro da rivedere e razionalizzare, soddisfa bisogni differenti: veri o presunti, frutto di necessità o fortemente indotti.

I consumi al di fuori della specifica cura delle malattie, rientrano nelle scelte personali, non criticabili, ma neanche ascrivibili a carenze del SSN. Infatti, molte spese si riferiscono al concetto diffuso di benessere, che necessiterebbe di un notevole sforzo di educazione culturale per essere reso razionale e obbiettivo. Il mercato degli integratori, ad esempio, quasi tutti criticati dal punto di vista scientifico, ammonta a tre miliardi all'anno ed ormai costituisce l'80% di tutto il comparto in farmacia, come si evince in un report di QuintilesIMS di qualche mese fa.

Anche per quello che riguarda le visite specialistiche, i consulti e le prestazioni diagnostiche, al netto di ticket e superticket, il discorso è molto più complesso del dato che vede oltre 11 miliardi di spesa privata. La complessità sta ad esempio nelle variabili delle situazioni sanitarie regionali che, secondo il rapporto, fa invocare a 13 milioni di cittadini, immaginiamo quelli più privilegiati da buoni sistemi sanitari regionali, uno stop alla mobilità sanitaria delle cure e dei ricoveri.

Un punto dolente sono le liste d'attesa, che andrebbero finalmente indagate e risolte, senza levate di ingegno (come abbiamo già detto sul portale di www.torinomedica.com), ispirate al taylorismo delle catene di montaggio.

Nel futuro degli italiani c'è necessariamente il secondo pilastro?

Per avere una prospettiva costruttiva per questo problema, occorrerebbe capire quanto resterebbe necessario un supporto del settore privato, una volta reso efficiente e competitivo quello pubblico. Per esempio, abolendo o riducendo i ticket sulla diagnostica, che rendono ampiamente competitiva la concorrenza privata, ora sicuramente vincente sul comparto pubblico, anche per la maggiore rapidità di esecuzione delle prestazioni.

Le soluzioni potranno essere molte, come il potenziamento della appropriatezza prescrittiva, condivisa con i pazienti, ma sicuramente sarebbe utile modificare culturalmente la tendenza moralistica di 21 milioni di italiani, come traspare dal comunicato stampa del Censis, che vorrebbe limitare le cure agli incalliti fumatori e ai grandi mangiatori, innescando una deriva molto pericolosa, che potrebbe coinvolgere i consumatori di alcolici o di droghe, chi non si vaccina contro le comuni infezioni, i soggetti colpiti da malattie sessualmente trasmesse, specie se omosessuali, chi si traumatizza sconsideratamente nel tempo libero e via dicendo.

Altro capitolo pesante per le tasche degli italiani, e a cui occorre trovare soluzione, è quello delle cure dentarie e della protesica (complessivamente 9 miliardi di spesa). Cer- ▶

Probabilmente il nervosismo degli italiani si concentra di più sulla compartecipazione alla spesa di prestazioni pubbliche, ritenute già pagate dalla tassazione. Ma sicuramente anche la scelta privata forzosa di prestazioni, che hanno liste di attesa pubbliche inammissibili, fanno crescere il malumore

La rabbia popolare contro uno dei migliori sistemi sanitari universalistici del mondo coinvolge necessariamente la politica e rischia di fare di ogni erba un fascio

tamente la sanità privata potrebbe dare soluzioni collettive di tipo integrativo. Occorre, però, valutare quanto interesse commerciale pesa su questo settore, per un intervento organico e strutturato (secondo pilastro).

Rabbia popolare e politica

La rabbia popolare contro uno dei migliori sistemi sanitari universalistici del mondo coinvolge necessariamente la politica e rischia di fare di ogni erba un fascio. I dati raccolti nel questionario distribuito ai cittadini, seppure hanno raccolto qualche critica, possono dare uno spaccato del sentito popolare. Sono esposti nel capitolo specifico, **Il rancore per la sanità e il ruolo della politica**, di cui riportiamo un estratto:

Rispetto al Servizio sanitario i sentimenti prevalenti sono:

rabbia per liste di attesa troppo lunghe, malasànità, ecc. per il 37,8%;

fastidio, perché oltre alle tasse troppe sono le cose da pagare, perché non sempre funziona come dovrebbe, indicato dal 26,8%;

senso di sicurezza, di protezione, poiché di fronte al rischio di ammalarsi pensano "meno male che il servizio sanitario esiste", indicato dal 17,3%;

orgoglio, positività perché la sanità italiana è comunque tra le migliori al mondo, condiviso dal 11,3%;

indifferenza, senza idee precise sul tema, ed è il 6% a dirlo.

I più arrabbiati sono le persone con reddito fino a 15 mila euro tra i quali ben il 43,3% segnala la rabbia come sentimento prevalente verso il Servizio sanitario. La quota degli arrabbiati si riduce al crescere del reddito degli intervistati, poiché sono il 33,3% tra coloro con più di 50 mila euro di reddito. E sono molto più arrabbiati nel Sud-Isole (45,5%), rispetto alle altre macroaree...

Il rancore è potenziato dalle aspettative piatte sul futuro e in particolare da quelle relative al contributo che potrà arrivare dalla politica.

Infatti, il 63% degli italiani per la sanità non si attende alcun contributo dalla politica malgrado il nuovo contesto postelettorale poiché il 47% ritiene che ci sono state troppe promesse, poco realismo e poche idee veramente valide; il 24,5% pensa che la politica non abbia più la competenza, capacità di un tempo; il 7,4% è convinto che la politica conta poco rispetto ad altre cose.

Il sentimento così poco speranzoso verso la politica è trasversale a gruppi sociali e territori; a sperare di più che la situazione migliori in sanità grazie alla politica sono gli elettori del M5S (47,1%) e quelli della Lega (44,7%), tra gli elettori di Fi e Partito Democratico gli speranzosi di una sanità rilanciata dalla politica sono meno di un terzo, e tra quelli di Liberi e uguali la quota è ancora inferiore.

È grande la responsabilità dei gestori che hanno condotto nel corso degli anni a questi risultati e ancora più grande è quella futura di chi è stato appena eletto, promettendo un cambiamento radicale.

È una priorità assoluta riorganizzare il sistema, invertendo la tendenza che vorrebbe snaturarlo, anche affiancandogli interventi privati, che, tendendo per definizione al profitto, introdurrebbero una variabile tra quelle di debolezza difficilmente governabile.

Gli utenti del SSN chiedono che si migliori l'esistente e lo si renda più accessibile, senza aggiungere nuovi servizi tutti da valutare nella loro efficienza ed equità, come traspare dalla intervista a Tonino Aceti, coordinatore del Tdm-Cittadinanzattiva, comparsa il 9 giugno 2018 su [IlSole24Ore](#).

La responsabilità

LA LEGGE 8 MARZO 2017, N.24 DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE.

Guido Giustetto

Presidente OMCeO Torino

“Essere responsabili” è un’espressione comune con molti e diversi, qualche volta opposti, significati.

Si può essere il responsabile di un incidente stradale ma anche di un reparto vendite; qualcuno è molto responsabile e dunque serio, scrupoloso, coscienzioso. Altri sono responsabili di fronte alla loro coscienza, ma c’è anche chi si sente “la parte responsabile del Paese”.

Quando però il responsabile è un medico di solito ci si riferisce ad una persona che deve rispondere di qualcosa a **livello civile o penale**.

E pensare che nel nostro **Codice di Deontologia Medica** i termini responsabile e responsabilità, che ricorrono ben 17 volte spesso accomunati al termine autonomia, hanno un significato ben più ampio. La responsabilità è intesa come impegno di competenze nei confronti del paziente, come congruenza delle azioni da compiere con gli obiettivi di cura, come scelta dei comportamenti da tenere, autonoma e rispettosa delle volontà del paziente.

Nel Codice di Deontologia Medica il concetto di responsabilità è richiamato quando si parla della diagnosi, della prescrizione, dei protocolli diagnostico-terapeutici, dell’uso di farmaci sperimentali e di sistemi e metodi non convenzionali, della relazione di cura, dei rapporti tra colleghi e con le altre professioni, della medicina militare.

È da questa visione ampia e profonda che bisogna partire per analizzare e comprendere i molti contenuti e le molte sfumature della legge sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità dei professionisti della sanità.

Innanzitutto la legge estende in **senso preventivo** il contesto nel quale tratta la responsabilità professionale, dedicando spazio alla **sicurezza delle cure** e al **rischio clinico**; poi mette in gioco contemporaneamente i **tre soggetti coinvolti nell’atto medico: il paziente, il medico e la struttura sanitaria**, garantendo al cittadino che si ritiene vittima di un danno subito all’interno di una struttura più opportunità di agire e il riconoscimento dell’eventuale risarcimento e al medico che un esito indesiderato di una prestazione condotta secondo le migliori pratiche clinico-assistenziali sia non punibile in sede penale, **distinguendo bene l’errore medico dall’insuccesso (cosa culturalmente confusa nell’immaginario comune)**.

Dalle interviste e dagli approfondimenti pubblicati nelle pagine che seguono si possono trovare molte riflessioni sulle varie disposizioni della legge.

Ne sottolineo soltanto una, tra le più discusse in ambito clinico.

A close-up photograph of a hand holding a blue stethoscope. The hand is positioned on the left side of the frame, with the fingers wrapped around the top of the stethoscope's tubing. The stethoscope has a blue chest piece and a silver-colored binaural. The background is a plain, light-colored surface.

Nel Codice di Deontologia Medica il concetto di responsabilità è richiamato quando si parla della diagnosi, della prescrizione, dei protocolli diagnostico-terapeutici, dell'uso di farmaci sperimentali e di sistemi e metodi non convenzionali, della relazione di cura, dei rapporti tra colleghi e con le altre professioni, della medicina militare

Mi riferisco al contenuto dell'articolo 5, dove si prevede che il professionista si attenga, salvo le specificità del caso concreto, alle **raccomandazioni previste dalle Linee Guida** elaborate, tra gli altri, dalle società scientifiche e pubblicate sul sito Internet dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il tema è molto complesso sia in termini teorici, sia in termini pratici e organizzativi. Per esempio non vi è accordo sul fatto che le linee guida descrivano sempre la miglior pratica, così come sono state sollevati dubbi sulla capacità delle società scientifiche nel loro insieme di produrre linee guida di qualità, senza contare che ad oggi non è ancora concluso il processo di accreditamento delle società scientifiche ed è appena stato istituito il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica.

Su questo tema in particolare troverete un approfondimento interessante, che sviluppa una serie di osservazioni non scontate e piuttosto "coraggiose".

Buona lettura.

PAGG.
15-16

Responsabilità
contrattuale

PAGG.
11-12-13

Iter parla-
mentare
della legge

PAG. 16
Respon-
sabilità
extracon-
trattuale

PAG. 19
Informa-
tizzazione

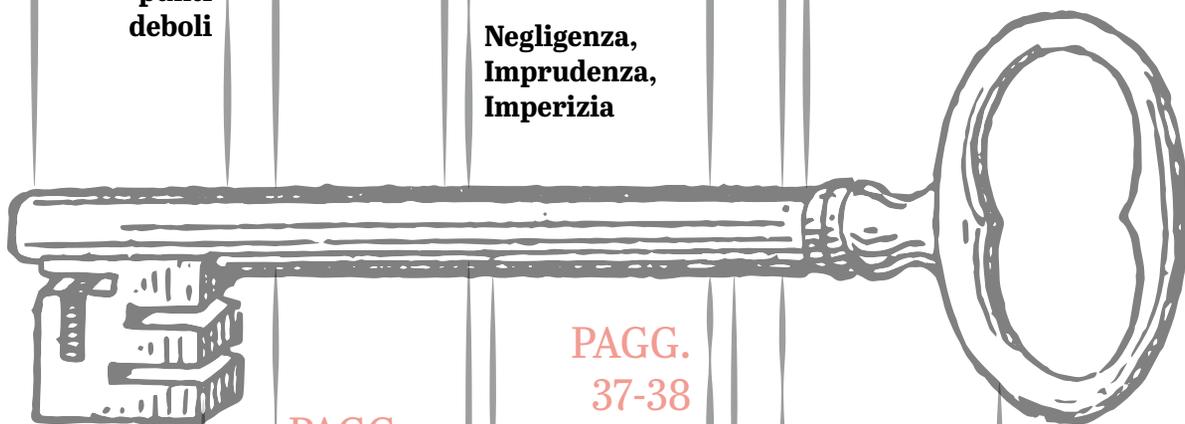
PAGG.
21-22-24-25-26

Linee
guida

PAG. 12
Meriti e
punti
deboli

PAGG.
15-17-18
Negligenza,
Imprudenza,
Imperizia

PAGG.
27-28-29-30
Corte di
Cassazione
- Civile



PAGG.
37-38

Risarcimento

PAGG.
32-34

Liberi
professioni-
sti

PAG. 37
Indennizzo

PAG. 28
Nesso
causale

PAGG.
31-33-34

Contenzioso

PAGG.
39-40

Difensore
civico

PAGG.
31-34
Obbligo di
assicurazione

PAG. 40
Trasparenza

LEGGE GELLI-BIANCO: INTERVISTA AI RELATORI DEL TESTO ALLA CAMERA E AL SENATO

A cura della Redazione FNOMCeO

Iniziamo l'approfondimento dedicato alla Legge 24/2017 – “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, in vigore dal 1° aprile 2017 – con un'intervista all'Onorevole Federico Gelli, relatore del provvedimento alla Camera, e al Senatore Amedeo Bianco, già Presidente FNOMCeO e dell'Ordine dei Medici di Torino, che del testo di legge è stato relatore al Senato.

? INTERVISTA A FEDERICO GELLI

Quali sono state le difficoltà – a livello politico ma anche di orientamento culturale – incontrate durante l'iter parlamentare per l'approvazione di questa Legge?

Le difficoltà sono figlie dell'esistenza di una difficoltà di dialogo culturale tra il mondo della Giustizia e quello della Sanità che nel tempo si è dilatata sino al punto da lasciar parlare, in pratica, soltanto le aule dei tribunali. Questa mancanza di dialogo aveva impedito un confronto ai numerosi attori di questa materia complessa e articolata (i cittadini, i malati, gli operatori della Sanità, le compagnie d'assicurazione, le aziende e le strutture sanitarie) e quindi ha impedito anche il varo di una legge quadro per regolamentare la materia. La Legge 24/2017 nasce anche per riallacciare e rivitalizzare vecchi e fondamentali rapporti, a iniziare da quello tra medico e paziente che mai come oggi necessita di una nuova alleanza terapeutica e non di scambi di carte bollate. Il testo delle norme approvate si propone poi come strumento per sanare le principali difficoltà operative a carico di aziende sanitarie e assicurazioni; difficoltà che avevano portato, di fatto, all'abbandono da parte delle imprese assicuratrici della copertura dei rischi derivante dall'errore in Sanità.

? INTERVISTA AD AMEDEO BIANCO

Quali sono i punti di forza di questa legge? E quali i punti di debolezza?

Nessuna Legge per definizione è perfetta, ed è corretto valutarla in una prospettiva di punti di forza e di punti di debolezza. Tra i primi, richiamo senz'altro la sua impostazione culturale e civile, laddove ogni ragionamento parte dalla sicurezza delle cure e della persona assistita, per arrivare alla riforma giuridica della responsabilità professionale sia penale che civile, agli obblighi assicurativi, al ruolo dei periti e dei CTU, sino alla delicatissima questione delle linee guida. Il progetto riformatore affonda dunque le sue radici nei diritti delle persone e nella consapevolezza che il progettare e l'attuare organizzazioni sicure è materia indissolubilmente legata alla tutela della salute.

Può individuare alcuni punti cardine?

Nel dispositivo che concretamente affronta questi profili, mi preme sottolineare lo sforzo di costruire un data-base nazionale relativo alle attività di prevenzione e gestione del rischio, alla gestione dei sinistri, alle buone pratiche della sicurezza, al fine non solo di rendere trasparenti, ►

focus _responsabilità professionale

? INTERVISTA A FEDERICO GELLI

Il varo di questa Legge si deve anche al fatto che il suo iter parlamentare è stato lineare nei passaggi tra Camera e Senato, grazie all'intervento del Sen. Amedeo Bianco; in che modo avete collaborato?

Sin dal 5 agosto 2015, quando sono stato nominato relatore subentrando all'On. Vargiu che aveva lasciato quell'incarico, ho iniziato col Sen. Bianco un percorso di confronto per la condivisione del testo in modo da intercettare il maggior numero possibile di problematiche rilevate in comune durante l'esercizio della nostra professione di medici, anche all'interno delle Istituzioni: io come amministratore della Regione Toscana e Bianco come Presidente di Ordine e della FNOMCeO.

Quando ho iniziato a confrontarmi su problematiche specifiche di responsabilità professionale col Ministero di Giustizia, il Sen. Bianco ha fatto in modo che la elaborazione del testo fosse condivisa anche da molti suoi colleghi a diverso titolo coinvolti nella materia: ad esempio la Sen. Pina Marturani, la Sen. Emilia Di Biasi, Presidente della Commissione Sanità del Senato e molti altri. Questa condivisione, sin dalle primissime battute dell'elaborazione del testo della Legge, credo sia stato un atteggiamento vincente perché ha agevolato moltissimo i passaggi al Senato, in quanto l'argomento era già noto a quei Parlamentari al momento del voto. Desidero aggiungere che questa Legge è una legge d'iniziativa parlamentare e non legata alle decisioni del Governo e quindi nasce per delle istanze che arrivano in Parlamento dalla società civile. Un lavoro di raccolta di queste istanze che di sicuro è stato favorito (anche durante l'iter parlamentare) dal Sen. Bianco e da me attraverso l'organizzazione di innumerevoli incontri col mondo della professione medica e della Sanità.

Altro fatto politico degno di nota è che una legge d'iniziativa parlamentare di questa portata è una delle poche realizzate. Merito va anche all'attività di supporto assicurato dal Ministro Lorenzin, personalmente e attraverso il gruppo di lavoro del Ministero della Salute, coordinato dal Prof. Guido Alpa.

È indubbio che la Legge 24/2017 sia diventata subito popolare in ambito medico-sanitario. Ma se volessimo indicare un suo aspetto di particolare importanza?

Innanzitutto mi preme dire che la Politica si è fatta carico di alcuni problemi fondamentali in Sanità e ha dato una prima risposta responsabile che verrà verificata nella realtà quotidiana. Una parte consistente degli avvocati, ad

? INTERVISTA AD AMEDEO BIANCO

cioè accessibili al pubblico, queste attività ma anche di consentire confronti sui metodi e sui risultati, in una prospettiva di organizzazioni che imparano. L'indirizzo riformatore dei profili di responsabilità penale e civile dei professionisti e del medico corre all'interno di un sentiero stretto, dovendo rispettare, come è ovvio, i criteri di ragionevolezza costituzionale e quelli dell'equilibrio generale dell'ordinamento, secondo i quali la Legge è uguale per tutti. Hanno fatto, fanno e faranno certamente discutere le soluzioni individuate: in sede penale la non punibilità se il professionista si è attenuto alle raccomandazioni delle Linee Guida e alle Buone pratiche; in sede civile, il cosiddetto doppio binario, responsabilità contrattuale delle strutture sanitarie ed extracontrattuali dei professionisti in queste operanti, con la correlata differenza relativa ai tempi di prescrizione e all'onere probatorio.

E se dovesse, tra tutti, trovare un merito della Legge?

Questa legge, al di là di tutto, fa chiarezza o quantomeno esplicita la volontà del legislatore su materie giuridiche già oggetto di dibattito in sede sia penale che civile, disegnando un contesto normativo che, almeno a mio giudizio, nulla di essenziale sottrae ai diritti dei cittadini di esercitare in ogni giurisdizione la propria azione, a fronte di un danno ritenuto ingiusto.

L'attenzione rivolta dalla Legge al complesso sistema assicurativo e alle altre misure di autogestione della sinistrosità da parte delle aziende sanitarie ha un obiettivo fondamentale, e cioè garantire la solvibilità del risarcimento. Da qui nascono gli obblighi, compreso quello per i professionisti di corrispondere alla tutela della rivalsa per colpa grave, peraltro con un tetto limite del risarcimento pari a tre volte la retribuzione annua.

Veniamo allora ai punti deboli.

Tra i punti di debolezza, metterei al primo posto la concreta applicazione della legge, essendo legata all'emanazione di circa otto decreti. Purtroppo non era possibile fare diversamente, salvo scontare delle rigidità micidiali della legge stessa.

Secondo lei i professionisti come hanno recepito il testo? Ci sono dei passaggi poco chiari che forse ancora adesso possono disorientare i colleghi?

? INTERVISTA A FEDERICO GELLI

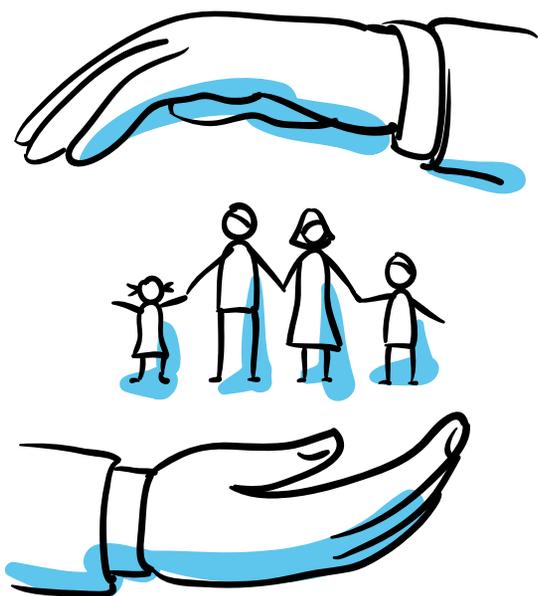
Per esempio, ha sollevato preoccupazioni per l'applicazione di questa Legge e vedremo se queste preoccupazioni si tradurranno in criticità. In ogni caso però la Politica in questo caso ha fatto delle scelte e si è assunta delle responsabilità.

Il secondo aspetto (che è un merito dell'iter parlamentare di questa Legge) è di aver riunito, dopo molto tempo, intorno ad un tavolo tutti gli attori della Sanità e il terzo aspetto, molto importante, è che i numeri dell'approvazione testimoniano che i voti a favore della legge sono stati ben superiori a quelli della semplice maggioranza: si tratta quindi di una legge realmente condivisa a livello parlamentare.

Cosa rimane ancora da fare, On.Gelli, dopo l'approvazione della Legge 24/2017?

Questa Legge è un punto di partenza (oltre che un punto di arrivo) ma da problemi che hanno finalmente una loro precisa connotazione normativa. Con questa Legge si mettono dei paletti fondamentali, delle certezze, in ambito normativo sulle responsabilità dei professionisti della salute e sulla sicurezza delle cure. Ora bisognerà procedere ai decreti attuativi della Legge che dovranno uniformare alla "24/2017" innanzitutto le linee guida che regolamentano la professione medico-sanitaria e i decreti delegati che riguardano l'attività delle imprese di assicurazione.

Sono sicuro che questa legge produrrà una riduzione del contenzioso legale, ridurrà il fenomeno della medicina difensiva, aumentando il livello e la qualità della prevenzione del rischio... Un modo per affermare che legittimamente ci attendiamo una riduzione complessiva degli errori in Sanità e dei relativi danni a carico dei cittadini.



? INTERVISTA AD AMEDEO BIANCO

Per esempio il rapporto tra il professionista operante nello studio monoprofessionale o all'interno di una struttura?

Come è facile immaginare, in questi mesi sono state decine le occasioni pubbliche nelle quali ci siamo confrontati con i professionisti. L'impressione che ne ho ricavato è che, quando spiegata senza eccessivi tecnicismi, vengono comprese le caratteristiche innovatrici di questa Legge.

Oggettivamente, qualche passaggio può apparire contorto, ma nel suo insieme gli orientamenti sono forti e chiari e rappresentano il meglio del "possibile" nelle condizioni date.

Riguardo alla differenza tra un'attività professionale svolta all'interno di strutture pubbliche o private o libero professionali, si crea oggettivamente una differenziazione forte sul piano della responsabilità civile. I liberi professionisti assumono infatti un rapporto diretto con il proprio assistito che, sotto il profilo giuridico, viene unanimemente assimilato al rapporto contrattuale.

Questa condizione non è superabile, se non modificando tutto l'ordinamento civilistico e non solo quello relativo ai medici e alle professioni sanitarie.

Medici e cittadini: quali cambiamenti radicali innesca questa nuova legge? Come cambierà il rapporto con la persona assistita?

Questa Legge non è stata concepita con l'intenzione di essere "contro", ma anzi ha l'ambizione di essere "per". È dunque "per" riportare serenità nel rapporto tra il medico e la persona assistita; "per" garantire la sicurezza delle cure e delle persone; "per" riconoscere che un esito indesiderato di una prestazione condotta secondo le migliori pratiche clinico-assistenziali sia non punibile in sede penale; "per" riconoscere al cittadino che si ritiene vittima di un danno ingiusto subito all'interno di una struttura più opportunità di agire in sede civile, e cioè: verso la struttura, verso il professionista, verso l'assicurazione degli stessi. È soprattutto "per" garantire che il risarcimento riconosciuto gli venga effettivamente corrisposto e "per" un giudizio, sia penale che civile supportato da collegi di CTU e periti competenti, liberi da conflitti di interessi. E non dobbiamo dimenticare che, nei giudizi sia penali che civili, la prova e il nesso di causalità li definiscono periti e CTU.

È infine una Legge "per" la costruzione di un sistema nazionale di linee guida autorevole, affidabile, espressione della libertà di costruzione dei saperi in medicina e della responsabilità di travasare tali saperi in un sistema di cure sostenibile, equo, e universale.

(interviste pubblicate su www.portale.fnomceo.it)

LA PAROLA ALLA GIURISPRUDENZA

Gli articoli principali del testo, i termini-cardine, le sentenze di punta

A cura di Marcello Fontana

Responsabile Ufficio Legislativo FNOMCeO



**LEGGE 8 marzo
2017, n. 24 -
Disposizioni
in materia di
sicurezza delle
cure e della
persona assistita,
nonché in materia
di responsabilità
professionale
degli esercenti
le professioni
sanitarie.
(Gazzetta Ufficiale
n. 64 del 17-03-2017)
Vigente al 1-4-2017**

La legge **8 marzo 2017, n. 24** concerne la sicurezza delle cure sanitarie, la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e la responsabilità delle strutture in cui essi operino.

LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE (ART. 5)

L'articolo 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida) disciplina le **buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida**.

Stabilisce che gli esercenti le professioni sanitarie – nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale – si attengono, **salve le specificità del caso concreto**, alle raccomandazioni previste dalle **linee guida** pubblicate ai sensi del comma 3 ed **elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie** iscritte in apposito elenco istituito e disciplinato con decreto del Ministro della salute da emanarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge e da aggiornare con cadenza biennale.

In mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle **buone pratiche clinico-assistenziali**.

Il comma 3 prevede che le linee guida ed i relativi aggiornamenti sono integrati nel **Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG)** disciplinato con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, da emanare entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

RESPONSABILITÀ PENALE (ART. 6)

L'articolo 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria) introduce nel codice penale il nuovo articolo 590-sexies, che **disciplina la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario**. Viene previsto (comma 1 dell'art. 6) che se i fatti di cui agli art. 589 c.p. (omicidio colposo) e art. 590 c.p. (lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste in caso di **condotta negligente o imprudente** del medico. **Solo se l'evento si sia verificato a causa di imperizia la punibilità è esclusa, purché risultino rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida** o, in mancanza di queste, le **buone pratiche clinico-assistenziali**, e sempre che le raccomandazioni previste dalle linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto. **Rimane fermo, quindi, il fondamentale limite per cui non vi è alcuna attenuazione della punibilità se il fatto è commesso per negligenza o imprudenza.**

Rispetto alla disciplina della legge Balduzzi, le novità introdotte dall'art. 589-sexies c.p. per la responsabilità penale del medico riguardano, in particolare:

⇒ la mancata distinzione tra gradi della colpa, con **la soppressione del riferimento alla colpa lieve**;

⇒ stante l'esclusione dell'illecito penale nel solo caso di imperizia (sempre ove siano rispettate le citate linee guida o le buone pratiche), **la punibilità dell'omicidio colposo e delle lesioni colpose causate dal sanitario per negligenza o imprudenza** (gli ulteriori elementi del reato colposo previsti dall'art. 43 c.p.), indipendentemente dalla gravità della condotta, quindi anche per negligenza o imprudenza lieve.

RESPONSABILITÀ CIVILE DELLA STRUTTURA E DELL'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA (ART. 7)

La legge sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie distingue una **responsabilità** di natura **contrattuale per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private**, che operano nel nostro territorio **nonché per i liberi professionisti**, la cui responsabilità viene equiparata, in questo modo, ad una respon-

focus _responsabilità professionale

sabilità analoga a quella delle strutture sanitarie, mentre si trasforma in responsabilità di natura **extracontrattuale** la responsabilità riguardante **tutti gli altri esercenti la professione sanitaria**.

Viene quindi previsto un regime di **doppia responsabilità civile**, qualificato come:

⇒ **responsabilità contrattuale per la struttura**, con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di 10 anni;

⇒ **responsabilità extra-contrattuale per l'esercente la professione sanitaria** (qualora direttamente chiamato in causa) a qualunque titolo operante in una struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica o privata - **salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente** - con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene leso e termine di prescrizione di 5 anni.

CHE COS'È LA RESPONSABILITÀ EXTRA CONTRATTUALE

La **responsabilità extracontrattuale**, anche detta "**aquiliana**" (dal nome della legge romana che disciplinò per prima la responsabilità *ex delicto*), è quella che consegue allorché un soggetto viola non già un dovere specifico, derivante da un preesistente rapporto obbligatorio (nel qual caso si configurerebbe responsabilità "contrattuale"), bensì un dovere generico che, solitamente, è indicato dalla dottrina con la massima latina "**neminem laedere**".

La norma fondamentale cui bisogna fare riferimento è l'**art. 2043 del codice civile**, in base al quale "**qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno**". A differenza della responsabilità aquiliana che non presuppone alcun rapporto di tipo obbligatorio (negoziale o legale), tra danneggiato o danneggiante, ma soltanto la violazione del generale dovere del *neminem laedere*, **la responsabilità contrattuale consiste nella violazione di uno specifico dovere, proveniente da un preesistente vincolo obbligatorio rimasto inadempito**: "*l'elemento differenziale tipico (tra le due responsabilità) torna ad essere non già la predeterminazione o la predeterminabilità dei soggetti nei confronti dei quali sussiste l'obbligo, ma la fonte, contrattuale o meno, di quell'obbligo*" (Cass. n. 4051/1990).

RESPONSABILITÀ DEL DEBITORE E DILIGENZA NELL'ADEMPIMENTO

Secondo i principi generali la **responsabilità contrattuale** è disciplinata dall'**art. 1218 del codice civile**, in base al quale "*il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno se non prova che l'inadempimento o il suo ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile*".

IL TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE (ART. 8)

L'**art. 8 (Tentativo di conciliazione)** prevede un meccanismo finalizzato a **ridurre il contenzioso per i procedimenti di risarcimento da responsabilità sanitaria** mediante un **tentativo obbligatorio di conciliazione** da espletare da chi intende esercitare in giudizio un'azione risarcitoria.

Più in particolare, viene disposta l'applicazione dell'istituto del ricorso (presso il giudice civile competente) **per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva** ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c. (ricorso che è, di regola, facoltativo) ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Sono previsti meccanismi procedurali volti a rendere improcedibile la domanda ove non sia stato esperito il tentativo di conciliazione. La domanda diviene, pertanto, procedibile, solo se la conciliazione non riesce o il relativo procedimento non si conclude entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso.

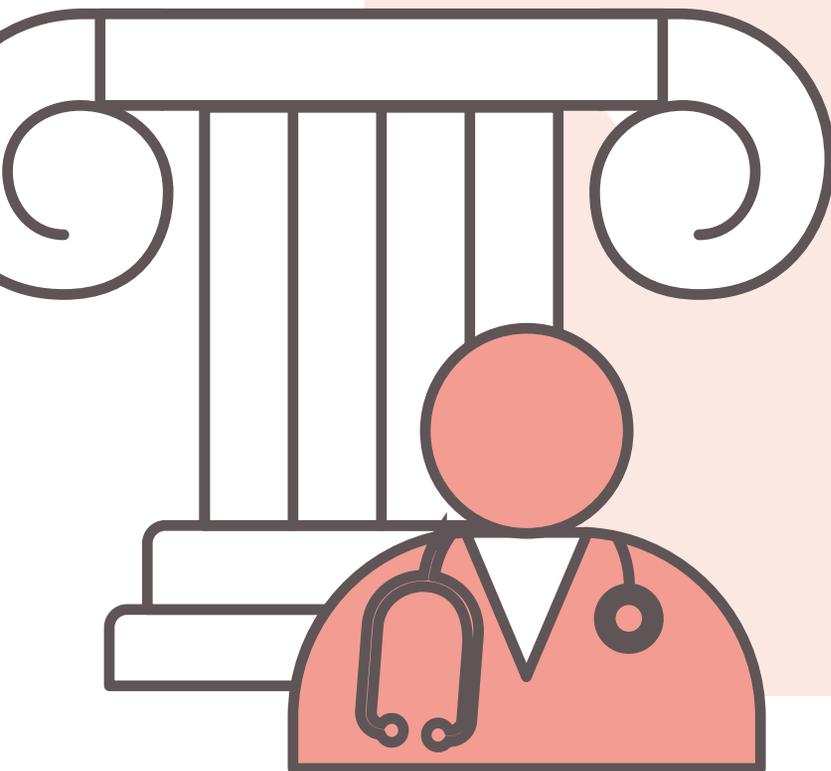
CHE COSA DICE LA GIURISPRUDENZA: RECENTI SENTENZE DI CASSAZIONE SULLA RESPONSABILITÀ MEDICA

Cassazione Penale, Sentenza n. 28187/2017 – Responsabilità medica – Sulla legge n. 24/17 – La nuova disciplina non trova applicazione negli ambiti che, per qualunque ragione, non siano governati da linee guida; e neppure nelle situazioni concrete nelle quali tali raccomandazioni debbano essere radicalmente disattese per via delle peculiarità della condizione del paziente o per qualunque altra ragione imposta da esigenze scientificamente qualificate. Inoltre, il *novum* non opera in relazione alle condotte che, sebbene poste in essere nell'ambito di approccio terapeutico regolato da linee guida pertinenti ed appropriate, non risultino per nulla disciplinate in quel contesto regolativo.

Cassazione Penale, Sentenza n. 50078/2017 – Responsabilità medica – Sulla nuova disciplina introdotta dall'art. 6 della L. 24/17 – Deve affermarsi il seguente principio di diritto: "L'art. 590-sexies cod. pen., comma 2, articolo introdotto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco), prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria operante, ricorrendo le condizioni previste dalla disposizione normativa (rispetto delle linee guida o, in mancanza, delle buone pratiche clinico-assistenziali, adeguate alla specificità del caso), nel solo caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa, essendo compatibile il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche con la condotta imperita nell'applicazione delle stesse". Giova ribadire che con il *novum* normativo si è esplicitamente inteso favorire la posizione del medico, riducendo gli spazi per la sua possibile responsabilità penale, ferma restando la responsabilità civile. La nuova legge, in sostanza, cerca di proseguire in un percorso di attenuazione del giudizio sulla colpa medica, introducendo così una causa di esclusione della punibilità per la sola imperizia la cui operatività è subordinata alla condizione che dall'esercente la professione sanitaria siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali e che dette raccomandazioni risultino adeguate alla specificità del caso concreto.

Cassazione Penale, Sez. Unite Penali – Colpa medica – Informazione provvisoria n. 31 del 21 dicembre 2017 – Le Sezioni Unite penali con l'informazione provvisoria n. 31 del 21 dicembre 2017 hanno chiarito tutte le ipotesi di sussistenza della colpa medica. L'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico-chirurgica:

- a) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da negligenza o imprudenza;
- b) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia: 1) nell'ipotesi di errore rimproverabile nell'esecuzione dell'atto medico quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali; 2) nell'ipotesi di errore rimproverabile nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche che non risultino adeguate alla specificità del caso concreto, fermo restando l'obbligo del medico di disapplicarle quando la specificità del caso renda necessario lo scostamento da esse;
- c) se l'evento si è verificato per colpa (soltanto "grave") da imperizia nell'ipotesi di errore rimproverabile nell'esecuzione, quando il medico, in detta fase, abbia comunque scelto e rispettato le linee-guida o, in mancanza, le buone pratiche che risultano adeguate o adattate al caso concreto, tenuto conto altresì del grado di rischio da gestire e delle specifiche difficoltà tecniche dell'atto medico



NEGLIGENZA

indica una condotta caratterizzata da trascuratezza o superficialità o, ancora, disattenzione e distrazione.

È negligente il medico che, per disattenzione o per superficialità, non rispetti quelle norme comuni di diligenza che è legittimo attendersi da persona abilitata all'esercizio della professione medica e che sono osservate dalla generalità dei medici. Ad esempio, deve ritenersi negligente quel medico che omette, senza giustificato motivo, di fare quegli accertamenti o di attuare quelle terapie che la maggioranza dei suoi colleghi nelle medesime condizioni avrebbe attuato.

IMPRUDENZA

si riferisce a una condotta improntata ad avventatezza ed eccessiva precipitazione. Si concretizza in particolare quando, pur conoscendo i rischi che si corrono, si decide comunque di procedere oltre i limiti del lecito e senza adottare le cautele indicate dalla comune esperienza o da precise regole dettate dalla scienza medica. Riguarda, per lo più, comportamenti precipitosi e talora temerari, scarsamente rispettosi dell'interesse del paziente.

Ad esempio, deve ritenersi imprudente il medico che ricorra a trattamenti rischiosi che in identiche condizioni la maggioranza dei colleghi eviterebbe. Al contrario, il medico prudente è colui che è capace di prevedere le possibili complicanze derivanti dalla somministrazione di un dato trattamento, di prevedere la possibile evoluzione della situazione morbosa del paziente ed evitare le conseguenze dannose.

IMPERIZIA

consiste nella scarsa preparazione professionale quale deriva da insufficienti conoscenze tecniche, da un inadeguato bagaglio di esperienza specifica o ancora da un difetto di capacità.

Ad esempio, deve ritenersi imperito il medico che non possiede il grado di abilità che la maggioranza dei suoi colleghi di pari esperienza o specializzazione possiede. Di fatto si ha imperizia quando la condotta del medico è incompatibile con quel livello minimo di cognizione tecnica, di cultura, di esperienza e di capacità professionale che costituiscono il presupposto necessario per l'esercizio della professione medica.



La responsabilità professionale dentro e fuori i confini italiani

A cura de *Il Pensiero Scientifico Editore*

La Legge di riforma Gelli-Bianco ha profondamente caratterizzato la passata legislatura per quanto riguarda la sanità nel nostro paese. In primo luogo perché sono stati dibattuti alcuni temi importanti, come quello della **responsabilità professionale** ma anche quelli della **medicina difensiva** o dei **contenziosi** tra cittadini e strutture sanitarie. Inoltre, perché ha restituito attualità alla questione della gestione del rischio, di cui si discute da anni senza che però le molte realtà assistenziali regionali siano uniformemente preparate. Per avvicinarci a comprendere come la nuova normativa italiana si relazioni a quella di altre nazioni, occorre partire da una sorta di inventario dei diversi elementi che compongono la legge e in questo lavoro di ricostruzione ci siamo affidati alla competenza di **Alessandra De Palma**, responsabile dell'Unità operativa di Medicina legale della Azienda sanitaria di Modena.

L'ACCESSIBILITÀ DELLE INFORMAZIONI

“Agli aspetti positivi della legge – dice De Palma – aggiungerei il forte invito all'**informatizzazione della documentazione** sanitaria, anche se purtroppo la legge non avrebbe potuto essere approvata se non con la clausola dell'invarianza di spesa: pensare di informatizzare i percorsi di cura e soprattutto le cartelle cliniche, interfacciando i diversi sistemi e gli applicativi senza un investimento è, operativamente parlando, molto difficile da attuare.” L'accessibilità delle informazioni è un passaggio obbligato in un'ottica di valutazione dell'operato dei professionisti sanitari e, più in generale, delle strutture assistenziali. L'investimento del governo degli Stati Uniti per l'implementazione dell'*electronic health record* è stato di 29 miliardi di dollari¹ e a distanza di

diversi anni dall'avvio di una fase più intensa volta all'introduzione delle cartelle cliniche elettroniche la situazione non può essere considerata risolta². Nel Regno Unito il lavoro di informatizzazione del National Health Service ha risentito di un approccio top-down ritenuto indispensabile per limitare la variabilità nei sistemi adottati, che però ha dovuto scontare le difficoltà dovute alla definizione di calendari difficili da rispettare che hanno alimentato troppe aspettative e, infine, risentimenti³. Insufficiente finanziamento, prevalenza di un approccio “manuale” alla gestione del dato e frammentazione territoriale sono alla base anche delle difficoltà sperimentate in Canada⁴. L'informatizzazione della cartella clinica è peraltro soltanto una base che dovrebbe essere integrata in un più generale flusso di dati che sintetizzi i risultati delle prestazioni individuali e di unità operativa e le aree prevalenti di attività lavorativa: valori medi dei tempi di attesa per accedere ai servizi, le statistiche generali e di settore inerenti le prestazioni o gli incidenti. In sostanza, molto è previsto in Italia dal Programma nazionale esiti del Ministero della Salute, che dovrebbe rendere possibile una valutazione dinamica della performance di un clinico, contestualizzata al suo setting lavorativo. A questo dovrebbe aggiungersi la “fotografia” del profilo professionale del medico alla luce delle attività svolte di educazione continua in medicina.

LA TRASPARENZA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Questo insieme di opportunità porta inevitabilmente ad un altro punto chiave considerato dalla normativa, quello della **trasparenza**. “L'articolo 4 ne sancisce l'obbligo in merito alle prestazioni sanitarie erogate dalle ▶

strutture pubbliche e private, così che i familiari possano a loro volta concordare con il Direttore sanitario della struttura il riscontro diagnostico del loro congiunto, facendo presenziare un medico di propria fiducia. Quindi il riscontro diagnostico in caso di dubbi sulle cause di morte non è più solo appannaggio del medico e questo può ridurre il ricorso all'Autorità giudiziaria da parte dei familiari per far partecipare un proprio medico consulente, in modo da essere garantiti verso supposte mancanze di trasparenza se la struttura dove si effettua il riscontro è quella dove si è verificato il decesso. Prima dell'entrata in vigore della Legge 24/2017, questo comportamento era già in uso presso diverse realtà regionali (per esempio in Emilia-Romagna), ma non era ubiquitario in tutto il paese. Alcuni – fra cui anch'io – leggono questa disposizione positivamente, come un vantaggio, mentre altri come l'apertura a un precontenzioso”.

In realtà come quella statunitense la trasparenza è – prima ancora che un valore – la condizione perché un sistema da molti giudicato in frantumi possa gradualmente ricomporsi. “La trasparenza può consentire agli utenti di far diventare gli ospedali responsabili del proprio operato e rendere più onesta la pratica della medicina” sostiene **Marty Makary**, docente di Sanità pubblica alla John Hopkins University nel libro *Unaccountable*⁵. “Considero quella della qualità come una di quelle questioni su cui dobbiamo essere aperti e onesti e vedo che i medici stanno iniziando a essere aperti e onesti. Può essere che un ospedale con una buona reputazione abbia un tasso di complicanze cinque volte superiore a quello di un altro ospedale della zona, senza che i cittadini ne siano informati, così che le decisioni su dove curarsi sono prese senza consapevolezza, come se si camminasse ciechi in un ospedale all'interno del quale le differenze di qualità fossero enormi. Negli **Stati Uniti**, dobbiamo affrontare le grandi differenze nella qualità dell'assistenza sanitaria tra gli ospedali e non stiamo parlando di strutture sull'orlo della chiusura, o di ospedali a cui nessuno si serve, ma di ospedali conosciuti. E dobbiamo affrontare il problema di quel 20-30% di assistenza sanitaria che non è necessaria.”

“La trasparenza può consentire agli utenti di far diventare gli ospedali responsabili del proprio operato e rendere più onesta la pratica della medicina”

IL RIEQUILIBRIO TRA RESPONSABILITÀ INDIVIDUALE E RESPONSABILITÀ ISTITUZIONALE

Prende sostanza, dunque, una dialettica tra responsabilità individuale e responsabilità dell'ente. “L'articolo 6 della Legge Gelli-Bianco avrebbe dovuto attenuare la responsabilità penale – spiega De Palma – ma la Cassazione penale si è pronunciata in maniera difforme e quindi si è fatto ricorso alle Sezioni Unite e, in sostanza, si è vanificato l'effetto di ‘alleggerimento’ voluto dal legislatore. Per quanto riguarda la responsabilità civile, di cui all'art. 7, invece, essa grava ora maggiormente sulle strutture, rendendo più difficile per il danneggiato agire contro i professionisti”. Anche in considerazione di quanto si legge nel libro di Makary, si comprende come il riequilibrio tra responsabilità individuale e responsabilità istituzionale è un punto di arrivo perseguito in diversi paesi. Non a caso l'*Affordable care act* voluto dall'amministrazione Obama incentiva le cosiddette *Accountable care organizations*, una sorta di aggregazione di professionisti disposti a prendersi cura di pazienti definendo preventivamente sia degli obiettivi di spesa sia di qualità della cura. Va detto, però, che negli Stati Uniti la cultura dell'*accountability* del sistema sanitario è andata crescendo a partire dal famoso rapporto *To err is human* curato dallo US Institute of medicine⁶, che tra i numerosi risultati ha portato alla promozione dei *Disclosure, apology, and offer programs* (DA&O): “Adottando un approccio di principio per affrontare gli errori, le organizzazioni che istituiscono questi programmi si impegnano a indagare a fondo sugli eventi avversi e ad attuare interventi per prevenirne il ripetersi. Inoltre, ammettono apertamente i propri errori ai pazienti (e fanno offerte di indennizzo, nel caso). (...) Contrariamente a molte previsioni secondo cui i programmi DA&O avrebbero potuto causare la proliferazione di rivendicazioni legali e aumentare i costi conseguenti, i dati di due programmi pionieristici hanno rivelato una riduzione del 60% dei costi legali e di risarcimenti. (...) I primi successi del programma hanno alimentato un ampio interesse e una spinta per una più ampia attuazione, ma non vi è stata un'adozione diffusa immediata, quindi la trasparenza è tutt'altro che onnipresente.”⁷

Come negli Stati Uniti, la professione medica in **Canada** non è regolamentata a livello federale ma, invece, a livello provinciale o territoriale (ad esempio il College of Physicians and Surgeons of Ontario). Secondo la normativa canadese, ogni operatore sanitario o tirocinante è responsabile nei confronti dei pazienti assistiti, dell'ospedale o della struttura presso la quale lavora. È previsto anche che ogni operatore sanitario mantenga

aggiornate le proprie conoscenze e competenze, osservi un comportamento professionalmente adeguato, si mantenga in buona salute e pratici la professione solo se in buona forma fisica. Le decisioni cliniche del medico devono uniformarsi a "sound policies". I pazienti possono presentare reclamo all'ospedale o alla struttura da cui sono stati assistiti come anche presentare un esposto all'autorità medica regolatoria provinciale. Il Royal College of Physicians and Surgeons del Canada sottolinea come il ruolo professionale rifletta le aspettative della società contemporanea nei confronti dei medici, in primo luogo per quanto concerne "la competenza clinica e l'impegno per lo sviluppo professionale continuo". Inoltre, il professionista deve uniformare il proprio operato agli obiettivi di promozione del bene pubblico, rispetto degli standard etici e valori come integrità, onestà, altruismo, umiltà, rispetto per la diversità e trasparenza rispetto a potenziali conflitti di interesse".

Il College of Family Physicians del Canada si è spinto ancora più avanti ipotizzando una responsabilità del medico a tre livelli: micro (nei confronti del malato), meso (nei riguardi della comunità) e macro (in rapporto alla società nel suo complesso e alla politica). "La responsabilità sociale è il contratto sociale che la medicina ha con la società", leggiamo sul *Canadian Family Physician*⁸. "Affinché l'assistenza sia socialmente responsabile, deve essere equamente accessibile a tutti e rispondente alle esigenze di salute dei pazienti, della comunità e della popolazione. Richiede la difesa da parte dei medici di parlare a nome di popolazioni emarginate riguardo alle condizioni sociali che contribuiscono alla malattia, alla sofferenza e alla morte. Richiede collaborazione con i partner e i responsabili politici per creare un sistema di assistenza sanitaria veramente responsabile. Supporta la ricerca di cure primarie che risponde ai bisogni percepiti e si traduce in pratica basata sull'evidenza e cura di alta qualità. Richiede istruzione e formazione medica che modellano e informano la reattività della comunità e l'erogazione di assistenza sanitaria che affronti le preoccupazioni prioritarie per la salute della popolazione servita."

Nel **Regno Unito**, gli standard di condotta professionale ed etica che i medici sono tenuti a seguire sono definiti dal General Medical Council (GMC). Le direttive base sono quelle esposte nel documento Good Medical Practice che delinea lo standard di condotta professionale che i cittadini si aspettano dai medici. Accanto al libretto di orientamento vi sono una serie di linee guida esplicative, inclusa una nuova sull'uso dei social media. Il GMC fornisce inoltre ulteriori indicazioni per i medici

su argomenti etici specifici, come il trattamento di pazienti di età inferiore ai 18 anni, cure per la fine della vita e conflitti di interesse.

Altri paesi, tra cui **Nuova Zelanda, Sud Africa e Australia**, hanno un ente regolatore centrale simile al General Medical Council. In **Germania**, ogni stato ha un Ärztekammer con autorità legale per regolamentare la professione medica; non esiste un'autorità di livello federale per la Repubblica federale di Germania, anche se i regolamenti di formazione universitaria e di qualificazione (esami di stato medici) sono stabiliti dalla legge federale nel Bundestag (il parlamento federale in Germania). Tuttavia, la Bundesärztekammer, un'associazione volontaria di diritto privato, è stata fondata per sostenere gli interessi delle professioni.

I LIMITI DELLE LINEE GUIDA COME PARAMETRO DI VALUTAZIONE

Legato al tema della responsabilità, uno degli aspetti più dibattuti è quello introdotto dall'articolo 5 della nuova normativa italiana che prevede che **linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali** siano validate come parametro di riferimento valutativo di colpa di responsabilità penale e, anche, in ambito civilistico. Si fa riferimento solo alle linee guida emanate da società scientifiche o da associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie o enti inclusi in un elenco che devono essere vagliate all'Istituto Superiore di Sanità e poi pubblicate nel portale del Sistema Nazionale Linee Guida. "Ciò non mi rassicura – sottolinea De Palma – perché credo che tenga poco conto di come evolvono le discipline scientifiche, soprattutto la medicina e di come le buone pratiche implicino una valutazione circa la bontà delle raccomandazioni, dovendole spesso mutuare da più fonti per il singolo paziente, che magari è polipatologico. È pur vero che il legislatore ha specificato «fatte salve le specificità del caso concreto», per cui se le linee guida non sono adeguate all'adeguato trattamento del paziente in cura ci si rifà alle buone pratiche clinico-assistenziali, ma il mio timore è che, per ossequiare le linee guida pubblicate nel Sistema nazionale linee guida, i medici, magari giovani e timorosi anche per la poca esperienza, perdano di vista che il loro operato è finalizzato a curare al meglio il paziente che hanno davanti e scelgano di ossequiare le linee guida piuttosto che discostarsene nel miglior interesse della persona in cura. Credo che invece si debba attingere alla miglior scienza ed esperienza del momento in cui si opera e che la competenza stia nel saper valutare caso per caso per curare al meglio quel paziente che si ha davanti, la persona piuttosto che la malattia."

Sulla stessa lunghezza d'onda anche **Jeremy Grimshaw**, uno dei più noti esperti in tema di linee guida, oggi direttore del centro di ricerca di Ottawa (Canada) sullo Health Knowledge Transfer and Uptake. "In primo luogo le linee guida non possono coprire tutti i possibili scenari in cui si verificheranno circostanze individuali dei pazienti in cui la stretta aderenza alle raccomandazioni sarebbe inappropriata e potenzialmente potrebbe essere dannosa. In secondo luogo, il ruolo delle linee guida è quello di informare il processo decisionale medico-paziente e altri fattori (ad esempio le preferenze del paziente) sono ugualmente importanti. Ci saranno situazioni in cui le preferenze dei singoli pazienti dovrebbero prevalere sulle indicazioni delle linee guida. In terzo luogo, la base di prove su cui si fondano le raccomandazioni delle singole linee guida è molto variabile. Considerando che mi aspetterei una maggiore aderenza alle raccomandazioni con una solida base di evidenze, penso che i medici dovrebbero esercitare la loro capacità di giudizio nelle aree cliniche caratterizzate da prove più deboli. Detto questo, ritengo che le linee guida siano uno strumento utile per cercare di rendere disponibile ai clinici la base di prove esistente".

Grimshaw lavora da oltre vent'anni alla definizione della metodologia di produzione e di implementazione delle linee guida. Quali sono ancora oggi i limiti di questi documenti? "Direi che sono di tre tipi. Il primo è legato alle evidenze: possono essere introdotti dei bias se un processo di revisione sistematica formale e rigoroso non è alla base di una linea guida o se la base di evidenza stessa è distorta. La seconda fonte di distorsioni la definirei di tipo psicosociale. Il bias può essere introdotto se il gruppo di sviluppo delle linee guida non include tutte le prospettive rilevanti per gli stakeholder (inclusi i pazienti) o se il percorso di lavoro di piccoli gruppi non è ben condotto. Infine, i conflitti di interesse: si possono produrre linee guida condizionate se i membri del panel hanno conflitti di interesse e influenzano consciamente o inconsciamente le raccomandazioni".

"La medicina delle evidenze – prosegue Grimshaw – ha rappresentato un cambiamento epocale per la medicina, sottolineando l'importanza delle prove accanto all'esperienza clinica e alla preferenza dei pazienti per fornire la migliore assistenza individuale. Oggi sappiamo molto meglio quali disegni di studio forniscono la migliore evidenza per diversi tipi di problemi clinici. Abbiamo costruito una serie di organizzazioni e di risorse che facilitano l'accesso di medici e pazienti a sintesi delle evidenze di alta qualità (per esempio la Cochrane). Abbiamo una migliore conoscenza su come presentare le prove ai diversi interlocutori (pazienti e medici) per sup-

portare la comprensione e il processo decisionale. Detto questo, essendo consapevoli che la sintesi delle prove e delle raccomandazioni è necessaria ma non sufficiente, riconosciamo la necessità di approcci attivi di implementazione delle linee guida nella pratica assistenziale".

"Un'altra criticità è l'aggiornamento delle evidenze – ricorda Alessandra De Palma. – È previsto dal legislatore che le linee guida debbano essere aggiornate ogni due anni, però credo sarà oltremodo difficile garantirlo. Il mondo della ricerca produce nuove evidenze con una certa velocità e non sarà facile tenerne traccia e adattarle al servizio sanitario italiano per pubblicarle sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità perché queste possano essere prodotte in giudizio. Se consideriamo i milioni di ricoveri ospedalieri e di prestazioni clinico-diagnostiche nel nostro paese e di quanto siano relativamente pochi i casi di contenzioso rispetto all'enorme mole di prestazioni, non sembra una soluzione appropriata costruire un sistema di questo tipo probabilmente al solo scopo di disporre di parametri di riferimento per la valutazione delle eventuali responsabilità in caso di contenzioso".

Il mondo della ricerca produce nuove evidenze con una certa velocità e non sarà facile tenerne traccia e adattarle al servizio sanitario italiano

IL RUOLO DEL CTU NELLA LEGGE GELLI-BIANCO

Art. 15

Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

Bibliografia

1. Blumenthal D. Wiring the health system—origins and provisions of a new federal program. *N Engl J Medicine* 2011; 365: 2323-9.
2. Adler-Milstein J, DesRoches CM, Kralovec P, et al. Electronic health record adoption in US hospitals: progress continues, but challenges persist. *Health Affairs* 2015; 34: 2174-80.
3. Robertson A, Cresswell K, Takian A, et al. Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: qualitative analysis of interim results from a prospective national evaluation. *BMJ* 2010; 341: c4564.
4. Zinszer K, Tamblin R, Bates DW, Buckeridge DL. A qualitative study of health information technology in the Canadian public health system. *BMC Public health* 2013; 13:509.
5. Kakary M. *Unaccountable*. New York: Bloomsbury, 2012.
6. Institute of Medicine. *To err is human. Building a safer health system*. Washington, DC: National academy press, 2000.
7. Kachalia A. Improving patient safety through transparency. *N Engl J Med* 2013;369(18):1677-9.
8. Buchman S, Woollard R, Meili R, Goel R. Practising social accountability: from theory to action. *Canadian Family Physician* 2016; 62: 15–8.

Come misurare la buona condotta?

Luca De Fiore, Presidente Associazione Alessandro Liberati - Network Italiano Cochrane

Non capita spesso che una nuova norma in un ambito così complesso come quello della sanità raccolga consensi diffusi. È il caso della legge sulla responsabilità professionale approvata lo scorso anno. Una legge che ha molti pregi, soprattutto quello di rendere il medico e il sistema di assistenza sanitaria meno vulnerabili. Ciò premesso, giudicare l'appropriatezza del comportamento professionale sulla base dell'aderenza delle decisioni alle linee guida potrebbe essere complicato, oltre che teoricamente poco giustificato.

In primo luogo, non tutte le raccomandazioni contenute nelle linee guida sintetizzano prove che derivano da studi controllati randomizzati ma derivano piuttosto da un consenso spesso informale fra gli esperti coinvolti nel panel e ne rispecchiano le opinioni variamente affidabili.

Secondo, i conflitti di interesse che influenzano i punti di vista degli “esperti” sono frequenti e ben documentati: derivano non solo da rapporti con l'industria ma anche da altre relazioni potenzialmente condizionanti. Terzo, le linee guida sono solitamente centrate sulle malattie, quasi sempre considerate singolarmente – per così dire – e la trasferibilità delle raccomandazioni alle persone e ai vissuti che il medico incontra nella pratica clinica non è certo automatica. I malati sono portatori di differenze di genere, età, condizione di salute, caratteri genetici, gravità di malattia e aderenza ai trattamenti prescritti: tutti fattori ai quali vanno adattate le prescrizioni impersonali delle linee guida. Ancora, altro limite all'applicabilità delle linee guida è la presenza di più malattie nello stesso paziente, che nei malati di età superiore ai 65 anni supera il 60%. Serve quindi una grande capacità di giudizio clinico da parte del medico curante, che deve dimostrarsi costantemente capace di interpretare le conoscenze messe a disposizione dalla ricerca alla luce dei contesti e delle situazioni particolari.

C'è infine un problema di accesso alle conoscenze: da una parte, non sempre il medico è messo nella condizione di poter consultare liberamente la letteratura scientifica più accreditata. All'opposto, talvolta il rischio è invece nel sovraccarico di informazione dovuto alla molteplicità di linee guida sullo stesso argomento prodotte da diverse società scientifiche o istituzioni, realtà che impedisce la determinazione di una condotta univoca.

Parlando di “responsabilità del medico” sarebbe bello se questa potesse essere valutata – e se possibile “misurata” – come capacità di sintesi tra le prove che derivano dalla ricerca e le specifiche caratteristiche cliniche e aspettative personali del paziente e talvolta anche dei familiari.

Resta la buona notizia di aver sottolineato con questa legge l'importanza della letteratura scientifica e più in generale dell'aggiornamento professionale. Sperando che una novità così importante sia presto accompagnata da un adeguato investimento del Servizio Sanitario Nazionale che garantisca l'accesso alle fonti scientifiche di migliore qualità e affidabilità.

Garantire linee guida di buona qualità, rispondenti ai bisogni di salute e centrate sul paziente

Intervista a Primiano Iannone

Direttore del Centro Nazionale per l'Eccellenza clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure

A cura de *Il Pensiero Scientifico Editore*

La Legge dell'8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", entrata in vigore giorno 1 aprile 2017, interviene dopo poco più di quattro anni dall'approvazione della Balduzzi sui temi del diritto alla salute, della tutela della dignità professionale e personale dell'esercente la professione sanitaria, sul contrasto alla medicina difensiva e sull'incremento della spesa pubblica in materia sanitaria.

La legge ha affidato un ruolo fondamentale alle linee guida, sia come elemento di tutela e salvaguardia della sicurezza delle cure, sia come criterio di valutazione della responsabilità professionale, investendo l'Istituto Superiore di Sanità, tramite il nuovo **Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC)**, del ruolo di garante metodologico e di governance nazionale del processo di produzione di Linee guida. In sostanza, nel **Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)** potranno essere inserite linee guida prodotte da società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato dal Ministero della salute, oppure da enti e istituzioni pubblici e privati, previa valutazione qualitativa da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.



Dottor Iannone, anzitutto perché si è resa necessaria l'introduzione di uno strumento come il CNEC?

Viviamo oggi all'interno di uno scenario contrassegnato da un sempre maggiore ricorso alla medicina difensiva da parte della classe medica, che porta con sé conseguenze non secondarie in termini di appropriatezza terapeutica e quindi di rapporto costo efficacia delle terapie. In questo panorama l'aderenza a Linee guida riconosciute affidabili da un organismo istituzionale diventa sempre più centrale per arrivare, oltre all'auspicata riduzione dei malpractice claim, anche a notevoli vantaggi in termini clinici, con il miglioramento della qualità delle cure e degli esiti di salute e la riduzione della variabilità ingiustificata delle pratiche clinico-assistenziali. A monte però diventa di fondamentale importanza promuovere un meccanismo efficiente di produzione di linee guida nazionali di buona qualità, informate dalle migliori evidenze disponibili e rispondenti ai bisogni di salute del paese.



Qual è il primo passo su cui avete iniziato a lavorare come CNEC?

La prima cosa su cui concentrarsi è senza dubbio definire le priorità del Sistema nazionale Linee Guida e fare ordine. Non possiamo lavorare con una raccolta disordinata di indicazioni: è necessario estrapolare un corpus ordinato secondo precisi criteri di rilevanza, non ridondanza, coerenza interna, finalizzato a uno scopo ben definito. Il nostro compito come CNEC è quello di contribuire a definire i criteri di prioritizzazione delle linee guida, coinvolgendo gli stakeholder interessati, in modo da rendere esplicite e condivise, se non oggettive, le motivazioni che sottendono le scelte più urgenti. La mancanza di adeguati criteri di prioritizzazione e concertazione conduce infatti alla frequente sovrapposizione di linee guida sullo stesso argomento, con produzione di raccomandazioni difformi se non addirittura opposte, a dispetto della stessa base di evidenze di partenza, ingenerando confusione e sconcerto fra gli utilizzatori finali.



Ci può fare due esempi pratici su cui iniziare da subito a lavorare?

Un primo aspetto importante è essere efficienti noi stessi nella produzione di linee guida, nel senso di snellire i tempi che servono a capire se sia meglio lo sviluppo ex novo di linee guida oppure l'adattamento di quelle precedenti, essendo disponibili approcci specifici con il vantaggio di ridurre drasticamente i tempi di produzione delle stesse linee guida.

Un altro punto importante è attivare un meccanismo di registrazione e tracking delle linee guida in fase di sviluppo, simile a quello dei trial clinici, proprio per evitare duplicazioni e sovrapposizioni sullo stesso argomento. Quest'ultimo obiettivo implica inevitabilmente l'esigenza di adottare una valutazione rigorosa delle linee guida per l'inserimento nell'SNLG, in termini di qualità del reporting, del conducting della linea guida e della corrispondenza fra raccomandazioni e rilevanza delle evidenze citate a supporto. Il tutto adottando framework validati e rendendo trasparente l'intero processo.



Qual è il ruolo del paziente nella strutturazione di una linea guida secondo il CNEC?

Uno degli obiettivi del CNEC è stimolare il passaggio a linee guida centrate sul paziente, nel senso di patient oriented, in grado sia di rispondere a quesiti clinici rilevanti per i pazienti sia di affrontare le comorbilità e la complessità. Diversamente quindi da quanto è avvenuto finora, con linee guida disease oriented, a rischio di inapplicabilità o addirittura di esiti inattesi. Inoltre, è di vitale importanza incentivare la definizione di patient related outcome e l'incorporazione degli stessi nelle review questions che sottendono la formulazione delle raccomandazioni, nonché la partecipazione attiva e informata dei pazienti stessi al processo di produzione di linee guida. Lavoreremo dunque nella prospettiva di spostare l'accento dall'applicazione "automatizzata" di raccomandazioni da parte dei medici, spesso senza una condivisione dei contenuti e delle conseguenze di quelle scelte con i pazienti, al loro uso critico e consapevole per costruire una "relazione di cura" efficace e appropriata con pazienti adeguatamente informati anche sui rischi.

La prima cosa su cui concentrarsi è senza dubbio definire le priorità del Sistema nazionale Linee Guida e fare ordine. Non possiamo lavorare con una raccolta disordinata di indicazioni



E fintanto che le linee guida non vengono redatte che cosa proponete di fare?

Siccome al fine di definire linee guida adeguate ai fabbisogni per numero (e qualità) serve tempo, nel periodo di strutturazione delle stesse ci occuperemo anche delle buone pratiche clinico-assistenziali di riferimento. Queste saranno in linea, peraltro, con i dettami della Legge 24, come per esempio linee guida internazionali di elevata qualità non ancora adattate e/o tradotte in lingua italiana, position statement di società scientifiche e raccomandazioni di agenzie internazionali. Introdurremo le low value & negative list, volte a scoraggiare pratiche dal basso valore o dal valore addirittura negativo, perché inefficaci, inappropriate o rischiose per la salute. La non ridondanza e la coerenza inter- ▶

na dovrebbero essere le qualità essenziali anche di questo database di buone pratiche clinico-assistenziali, così come delle linee guida pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida.



Ci sono dei punti ciechi in questo vostro sistema?

Non si può negare che il contesto all'interno del quale ci muoviamo è molto complesso. Al momento ci sono almeno tre elementi di criticità. Anzitutto, a differenza della "controparte" inglese, cioè il NICE (National Institute for health and Care Excellence), che ha un mandato esplicito a produrre linee guida di rilevanza nazionale, la Legge n. 24/2017 pone l'accento sulle società scientifiche italiane come principali produttrici di linee guida, mentre l'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di verificarne qualità e attendibilità. Ciò chiaramente presuppone che le società scientifiche italiane siano in grado di produrre linee guida di elevata qualità metodologica, oltre che in numero sufficiente a coprire il "fabbisogno" nazionale di questi strumenti di supporto decisionale in tempi brevi. Il punto è che stando a come sono andate le cose negli ultimi anni, è difficile che ciò si possa verificare facilmente e in poco tempo. Le aspettative da parte dei vari stakeholder sulla capacità dell'SNLG di offrire un numero di linee guida affidabili sulle problematiche di salute prioritarie sono manifestamente irrealistiche rispetto ai tempi richiesti solitamente, che vanno normalmente dai 18 a 24 mesi. Infine, un ultimo rischio riguarda proprio la medicina difensiva. Non è certo che la costruzione di una sorta di "porto sicuro" grazie all'SNLG possa condurre automaticamente a una riduzione dei contenziosi medico-legali, come altre esperienze hanno dimostrato, poiché solo una piccola parte dei contenziosi è attribuibile a una mancata corretta applicazione delle linee guida.

Non esagero a dire che almeno la metà delle linee guida evidence-based attualmente disponibili sono ben poco affidabili, e le cose sono cambiate poco negli ultimi due decenni



Anche il concetto stesso di Linea guida andrebbe meglio precisato. Qual è la vostra posizione in merito?

La verità è che la qualità delle linee guida è largamente sovrastimata. Godono di una fama di "infallibilità" per una vasta platea di utilizzatori, che le considerano al pari dei migliori trial clinici randomizzati e controllati, anche se si tratta di due cose diverse. Non esagero a dire che almeno la metà delle linee guida evidence-based attualmente disponibili sono ben poco affidabili, e le cose sono cambiate poco negli ultimi due decenni. Le ragioni sono complesse, ma si possono principalmente ascrivere alla cattiva gestione del conflitto di interessi, ai metodi poco chiari di analisi delle evidenze e formulazione delle raccomandazioni e la scarsa rappresentatività dei panel di esperti di tutte le posizioni e punti di vista rilevanti per le linee guida di volta in volta prodotte. L'etichetta "evidence-based" contribuisce non poco a questa ingenua percezione poiché trascura il fatto che esse sono il frutto di un processo deliberativo complesso, che richiede abilità tecniche, oltre a giudizi di valore corretti ed equilibrati sulla qualità delle evidenze e capacità del gruppo di sviluppo di gestire il consenso fra gli esperti in modo trasparente e non manipolativo.

In ogni modo si tratta di problemi affrontabili e che riflettono in larga parte questioni non peculiari al nostro paese. In questo solco si inserisce il lavoro del neonato CNEC, il cui obiettivo è quello di rendere l'SNLG lo strumento cardine per ottenere quell'allineamento di efficacia clinica, appropriatezza professionale e organizzativa, equità, sicurezza e umanizzazione delle cure che può garantire la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale e la sua tenuta rispetto alle formidabili sfide che lo attendono nel prossimo futuro.



DALLA CORTE DI CASSAZIONE (sez. civile): PER CAPIRE IL PRESENTE, UNO SGUARDO AL PASSATO



Giacomo Travaglino

Magistrato di Cassazione (III sezione Civile Corte di Cassazione)

Adattamento dell'intervento c/o OMCEO di Torino (convegno *Responsabilità professionale del personale sanitario*)

Per capire il presente, e immaginare il futuro, è necessario conservare memoria di ciò che è stato il passato. Se questo è vero nella dimensione tanto individuale quanto collettiva dello scorrere della vita e del tempo, lo è ancor di più quando si avvia una riflessione sulla dimensione della salute, della cura, della medicina.

Non è, allora, un vuoto esercizio di memoria rievocare, sia pur brevemente, tutto quanto è accaduto fino ad oggi nell'universo della responsabilità sanitaria, vero e proprio sottosistema della responsabilità civile sempre più spesso permeato di regole sue proprie, nel quale la flessibilità degli istituti civilistici e l'assordante silenzio serbato per troppo tempo dal legislatore

hanno dapprima consentito e poi imposto alla giurisprudenza un'attività di ricerca, di interpretazione, di supplenza che, a detta di molti, è stata causa o concausa di quel fenomeno di cd. medicina difensiva – un sintagma che, ad una più attenta riflessione, costituisce un vero e proprio ossimoro se, nel rapporto (umano prima ancora che professionale) tra medico e paziente, tutto è immaginabile, fuorché l'idea della "difesa".

Ciò che è accaduto fino ad oggi diventa allora il primo viatico di comprensione del perché questo testo di legge cambi radicalmente la scena della responsabilità sanitaria; e forse aiuterà anche a comprendere cosa possa sopravvivere della vecchia normativa e dei consolidati sentieri interpretativi che la Cassazione, come e forse più ancora dei giudici di merito, ha intrapreso negli ultimi anni. ▶

focus _responsabilità professionale

Nella storia della giurisprudenza italiana ci sono, tra le tante, alcune tappe fondamentali che hanno profondamente inciso anche sulla storia della medicina. Limitandoci a raccontare i fatti, e quindi al netto di ogni giudizio etico prima ancora che giuridico, e per non prenderla troppo alla lontana, per evidenti motivi di tempo, partiamo dalla fine del 1800 (ma si potrebbe cominciare dal codice di Hammourabi del 1792 a.c....). Siamo nel periodo pre-unitario, quando le corti di Cassazione in Italia (in tutto quattro) tutelano a tutto campo la professione medica, al punto che, nel 1871 la Corte di Cassazione di Napoli scrive che "il medico è responsabile soltanto per l'animo liberato dal malaffare": di responsabilità sanitaria non era lecito parlare.

In campo medico, questa *Weltanschauung* della giurisprudenza durerà a lungo, nel tempo: Cass. 22.12.1925 evidenzierà, del medico, "la presunzione di capacità derivante dalla laurea", relegandone le possibili ipotesi di responsabilità "alla trascuranza di canoni fondamentali o elementari della medicina"; Cass. 21.3.1941 limiterà la responsabilità del sanitario ai soli casi "di errore grossolano", e, per la giurisprudenza di merito, il Tribunale di Lecce (18.7.1919) definirà l'errore come "il disgraziato fardello della scienza medica".

Ma la storia della responsabilità medica è storia di un **movimento pendolare**. E niente affatto uniforme.

Ad un tempo di iniziale e sostanziale impunità per la categoria (che si ritenga giusta, sbagliata, condivisibile o meno, comprensibile o meno), corrisponderà un moto disarmonicamente contrario, che affonda le sue radici in una mutata visione della responsabilità civile, sempre più attenta ai valori costituzionali della persona, sempre più sollecita ad apprestare nuove e più vigorose forme di tutela alla parte "debole" del rapporto giuridico, nel solco degli insegnamenti, tra gli altri, di Stefano Rodotà.

In questo processo, tra tante, le date fondamentali, quelle da ricordare sono forse quattro: il 1978, il 1999, il 2004 e il 2012. Si tratta di date essenziali perché conducono alle soglie (per poi oltrepassarle) di una vera e propria rivoluzione copernicana in materia di responsabilità medica.

Nel **1978** la Cassazione, con la **sentenza n. 6141**, rivoluziona la disciplina della prova della colpa medica con una brevissima frase, per di più scritta (assai poco coraggiosamente) in latino: il principio della *res ipsa loquitur* cambia radicalmente, sulla scena del processo, il consolidato criterio di ripartizione dell'onere della prova in materia di colpa medica, perché, inizialmente limitato ai cosiddetti interventi routinari (ma, con la sentenza 14488/2004, anche questa limitazione perderà di significato), non sarà più il paziente a dover provare

la colpa del medico, che sarà invece presunta a seguito dell'inalterazione o del peggioramento delle condizioni del paziente stesso rispetto all'intervento (come riaffermato *funditus* da Cass. 8826/2006). È una vera rivoluzione perché siamo ancora in una dimensione di **responsabilità** ritenuta dalla giurisprudenza di tipo **extracontrattuale**.

Perché è così importante la differenza tra i titoli della responsabilità?

Perché quando parliamo di **responsabilità extracontrattuale**, stiamo sostanzialmente dicendo che il medico non ha oneri probatori, ma deve provare tutto il paziente. La responsabilità extracontrattuale presuppone che il paziente, una volta allegato il fatto, dimostri la colpa nella condotta del medico, il nesso di causalità tra la condotta del medico e l'evento di danno lamentato, nonché il nesso di causalità tra quell'evento di danno e le conseguenze dannose che ritiene risarcibili.

Nel **1999**, la **sentenza n. 589** rovescia radicalmente tale prospettiva, tanto per il medico ospedaliero quanto per quello che lavora in strutture convenzionate, perché alla **responsabilità da contratto** (che presuppone l'esistenza di un vero e proprio rapporto contrattuale, che è quanto accade tra medico e paziente in uno studio privato) si affianca una rivoluzionaria **responsabilità 'da contatto sociale'**: la relazione di cura tra medico e paziente è ritenuta talmente rilevante da rendere non necessaria l'esistenza di un contratto vero e proprio, la pregnanza del rapporto medico-paziente è così "densa", in un ambito di tutela di un diritto costituzionale (qual è l'art. 32), che nei processi di responsabilità medica si ritiene di poter applicare le stesse strutture e gli stessi principi della responsabilità contrattuale.

Collegando queste due date (il 1978 e il 1999), il 'sottosistema' della responsabilità medica diventa un universo a se stante, perché la colpa, e la prova della colpa, viene rovesciata sul medico con la citata frase *res ipsa loquitur*, mentre l'ulteriore carico probatorio relativo al nesso di causa si trasferisce - almeno in alcune delle più importanti applicazioni giurisprudenziali, quali quelle del 2008 in tema di danni da trasfusione (Cass. ss.uu. 576-584/2008) - dal paziente al medico.

E qui bisogna aprire un'altra brevissima parentesi su uno degli elementi strutturali dell'illecito civile, il **nesso causale**.

È scientificamente ragionevole, o anche solo minimamente accettabile, e non invece ai confini dell'irrazionale e dell'irreale, che esistano, per i giudici italiani, due diversi nessi di causalità per uno stesso fatto? Pongo questa domanda perché dal **2004** in poi - ecco la terza data fondamentale - giurisprudenza penale e civile si

allontanano definitivamente dalla visione sino ad allora unitaria della prova della causalità.

Al di là della scarsa attendibilità di una regola causale non fondata su dati scientifici, ciò che appare a prima vista inaccettabile è l'idea che il giudice penale applichi un criterio di causalità (quello della sentenza Franzese: Cass. ss. uu. 30328 del 2002) improntato "all'alto grado di credenza razionale" e "all'alto grado di probabilità logica". In base a questo principio, il giudice penale, nel momento in cui non ritiene acquisito il necessario grado di certezza processuale (determinato dal più alto grado di probabilità logica) assolve l'imputato.

Ma nel 2004, con la **sentenza n. 4400**, la Cassazione introduce ed applica, per la prima volta, nel giudizio civile di responsabilità medica, un più basso livello di probabilità. Questo è un passaggio fondamentale, con propaggini che arriveranno alla riforma Gelli-Bianco (ed oltre).

Quello della causalità è un problema probabilmente insolubile, perché, non essendo scienziati, i giuristi lavorano con criteri in apparenza grossolani, ma in questo

caso, apparentemente, al limite dell'assurdo: è possibile che una medesima vicenda, imputabile in via di ipotesi alla stessa persona, in presenza di circostanze fattuali identiche, contemporaneamente "esista" (per il giudice civile) e "non esista" (per quello penale)? È evidente che se uno stesso fatto, agli occhi del giudice penale, porta a un'assoluzione, e nelle mani del giudice civile porta a una condanna e a un risarcimento del danno, la prima sensazione dell'utente, nei confronti della giustizia, è che ci sia qualcosa di profondamente sbagliato. Da cui l'idea che il giudice civile, molto più del giudice penale, sia pervaso dal non celato scopo di perseguire la classe medica.

Senza nessuna intenzione di voler convincere gli ascoltatori del contrario, sottopongo alla loro attenzione l'analisi di una particolare vicenda, che vede protagonisti tre cacciatori intenti alla loro consueta battuta nel bosco: uno di questi si nasconde dietro un cespuglio, e gli altri due, vedendo il cespuglio muoversi, spara- ▶



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

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott.ssa Tiziana Pedrali

Coordinatore scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

Coordinatore didattico: dott. Giuseppe Lupi

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione nelle Medicine non Convenzionali**, come previsto dalla DGR n° 19-4764 del 13/03/2017 (all. A).

La Scuola, attiva dal 1978, che da dicembre inizierà il suo 41° anno di attività, è **abilitata**, quindi, **a rilasciare ai medici diplomati un attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale.

L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario con pari monte-ore.

In virtù dell'accreditamento, gli iscritti avranno diritto a **4 crediti ECM per ogni mese** di frequenza ai corsi.

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 composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **5 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica.

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A. - Federazione Italiana delle Società di agopuntura**.

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **201 edizioni** di eventi ECM.

focus _responsabilità professionale

no all'unisono; il cacciatore nascosto dietro il cespuglio perde un occhio. Inizia un processo penale, a carico di entrambi i fulminei sparatori, per lesioni colpose gravissime; si eseguono le più sofisticate perizie balistiche, si convocano i maggiori esperti di armi (rivolgendosi, magari, all'attuale Presidente degli Stati Uniti, competente per materia), si dà corso a tutti gli accertamenti del caso, ma non si riesce ad accertare quale dei due fucili abbia sparato.

Il processo penale si concluderà con l'inevitabile assoluzione, con la vecchia formula dell'insufficienza di prove, per i due imputati.

Ma ecco che il cacciatore ferito dà inizio ad un procedimento civile per risarcimento del danno, chiedendo la condanna in solido degli incauti amici.

Che esito avrà questo processo?

È ipotizzabile un risarcimento in via solidale per lo sfortunato monocolo?

La soluzione, in punto di diritto, è complessa (la questione fu portata al vaglio della stessa Corte Costituzionale), ma è significativo che la nostra prima risposta - dettata dalla nostra stessa intelligenza emotiva - è diversa da quella adottata dal giudice penale.

Tutto questo per dire che quando ci si misura con il caso concreto, ciò che sembra assolutamente assurdo, o persecutorio, lo è forse un po' meno. Per chi si occupa di responsabilità civile, ogni vicenda è un caso a sé. Perché parliamo di danni, di sofferenze, di salute e di uomini. Ed è questo il *trait d'union* che accomuna giudici e medici.

Ciò che può aver dato alla classe medica la sensazione di mortificazione, di persecuzione, di forzatura di istituti talvolta inaccettabile da parte della giurisprudenza, è stato più semplicemente il prodotto - etico prima che giuridico - **di una scelta**, condivisibile o meno, della magistratura italiana: la ricerca di soluzioni funzionali a non lasciare, nei limiti del possibile, i danni lì dove si sono verificati e di arrivare, sempre nei limiti del possibile, a un accertamento di responsabilità che, pur non avendo i caratteri della certezza, consentissero sul piano probabilistico di risarcire un danno alla salute.

E arriviamo all'ultima data, il **2012**.

Nel 2012 viene pubblicata una sentenza della terza sezione civile della Corte di cassazione, la n. **16754**. Questa sentenza stabilisce che il danno di una bambina nata malformata sia risarcibile autonomamente risarcendo non solo la madre e il padre, ma direttamente anche la minore malformata.

Si tratta di una questione molto delicata, su cui è molto difficile pretendere di offrire soluzioni *tranchant*, come tutte le volte che si ritiene di poter separare, con un colpo d'ascia, il bene dal male, e sulla quale il tempo e i limiti

di questo breve intervento non consente di soffermarsi. Ma questa sentenza segna, con ogni probabilità, la fine del moto pendolare "unidirezionale" della responsabilità professionale (il principio di diritto affermato con quella pronuncia verrà poi sovvertito da una - assai poco memorabile - pronuncia delle sezioni unite della Cassazione, tre anni dopo).

Il primo (non felicissimo) tentativo di cambiamento "di sistema" è rappresentato dalla cd. Legge Balduzzi del 2012, secondo la quale (art. 3), nei casi di colpa lieve, il medico risponde ("resta fermo l'obbligo di cui") all'art. 2043 del codice civile. Questa norma è stata interpretata in vario senso dalla giurisprudenza, soprattutto di merito, ma ha avuto sicuramente la funzione di aprire una breccia in quello che, fino ad allora, era stato il "diritto giurisprudenziale vivente", attraverso il (lessicalmente maldestro) tentativo di tornare a separare le strade della responsabilità sanitaria, consentendo nuovamente al medico di rispondere a solo titolo di responsabilità extracontrattuale.

Tale obiettivo può dirsi definitivamente raggiunto, in modo molto più chiaro e lineare, con la legge Gelli-Bianco, ove si stabilisce *claris verbis* che sarà di nuovo il paziente a dover provare tutti gli elementi dell'illecito di cui lamenta di essere stato vittima (la condotta, la colpevolezza della condotta, il nesso di causalità, l'evento di danno e le conseguenze dannose risarcibili).

L'art. 7 della Legge 24/2017 codifica questo doppio binario di responsabilità, definendo extracontrattuale la responsabilità del medico, contrattuale quella della struttura (e in quest'ultimo caso non potrebbe essere diversamente: sono le regole del diritto civile dei contratti ad indicare che, tra il paziente e la struttura, esista un rapporto contrattuale, e i tentativi di alterarne la natura, a tutt'oggi, non hanno mai avuto seguito).

Siamo a oggi.

I punti qualificanti di una legge finalmente razionale ed organica, frutto di un approfondito e faticoso lavoro di mediazione e dibattito parlamentare, sono il ripristino del doppio binario di responsabilità (regola normativa che potrebbe portare, nel tempo, a un progressivo abbattimento del costo delle polizze); il ricorso all'art. 696-bis, con la presenza, *ab initio*, di un consulente medico legale che possa favorire la conciliazione delle parti; la definizione della responsabilità erariale, con esclusione dalla rivalsa nei confronti del medico della struttura sanitaria; e l'auspicata secretazione degli audit, che consentirà un più efficace ed approfondito dialogo interno nell'attività del cd. risk management.

Ciascuno di questi argomenti (e non solo) meriterebbe un discorso a se, ma questo è irrimediabilmente impedito da evidenti ragioni di tempo.



Dott. D'Agostino, quali sono gli obblighi a carico del libero professionista esercente la professione sanitaria odontoiatrica?

I liberi professionisti rispondono di responsabilità contrattuale, ovvero diretta. Il paziente non ha l'onere della prova e gli basta addurre l'inadempienza contrattuale, che può derivare dalla mancata, ritardata o difettosa prestazione, e il danno conseguente. Spetta alla controparte (l'odontoiatra libero professionista) fornire la prova di insussistenza dell'inadempienza. La prescrizione del diritto è di dieci anni. Chi invece esercita come prestatore esterno, con qualsiasi tipo di contratto, nei centri odontoiatrici, risponde per responsabilità extracontrattuale. La responsabilità contrattuale è invece della struttura.



Questo vale anche per i medici strutturati nelle Aziende Ospedaliere?

Gli strutturati rispondono per responsabilità extracontrattuale, a prescindere dalla natura del loro rapporto lavorativo e anche in regime libero professionale intramurario. Il paziente nei loro confronti ha l'onere della prova, che dovrà provare l'evento (la lesione), la causa (la colpa del medico) e il nesso di causalità tra condotta ed evento. La prescrizione dei diritti è di cinque anni nei loro confronti ma resta di 10 nei confronti della struttura. In caso di dolo o colpa grave la struttura (pubblica o privata) potrà successivamente esercitare la rivalsa sull'operatore sanitario.



Sappiamo che è in aumento il numero di Odontoiatri liberi professionisti che esercitano presso i grandi centri odontoiatrici: a che tipo di responsabilità dovranno rispondere?

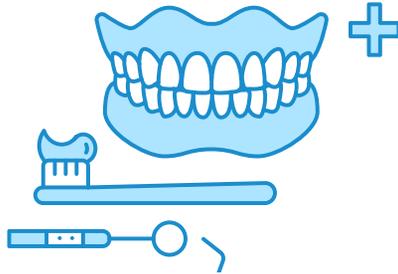
In questi casi saranno tenuti a rispondere di responsabilità extracontrattuale: i pazienti denunciano le strutture, che a loro volta potranno rivalersi sull'odontoiatra in caso di dolo o colpa grave.

Ma ci risulta che alcune di queste strutture si stanno già tutelando facendo dichiarare ai medici impiegati la natura contrattuale del rapporto con il paziente, oppure spingendo per la nascita di società cooperative di professionisti alle quali "intestare" il rapporto contrattuale con gli assistiti. Staremo a vedere quali saranno i risultati. In ogni caso anche il collaboratore esterno per l'implantologia o l'ortodonzia risponderà di responsabilità extracontrattuale.



Dott. D'Agostino, la "questione" Linee Guida non le appare come un'eccessiva intrusione nella sfera dell'autonomia professionale sanitaria?

Con la Legge Gelli-Bianco il medico non è più perseguibile penalmente per imperizia se ha rispettato le linee guida. *"Qualora l'evento si è verificato a causa di imperizia – recita il testo di legge – la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto"*. Ma c'è qualche lato oscuro: il primo è l'inevitabile conflitto di interessi delle società scientifiche e dei medici che scrivono loro stessi le regole del gioco, tra cui le condizioni di esclusione della responsabilità penale. Il secondo è il rischio che le linee guida, fino ad oggi prodotte dai medici per migliorare appropriatezza ed efficacia delle loro terapie, vengano di fatto snaturate, perché d'ora in avanti scritte per uno scopo medico-legale, con eventuali elementi di autotutela. Il problema è ben noto al Ministero della Salute, che si è già espresso in questi termini: *"la previsione che l'ente non abbia tra le finalità istituzionali la tutela sindacale degli associati o che, comunque, non svolga, direttamente o indirettamente, attività sindacale"* per evitare *"conflitto di interessi tra le finalità della società scientifica e quelle proprie di una rappresentanza corporativistica di cui è espressione un sindacato"*.



sembra esserci ancora molto da chiarire dal punto di vista interpretativo, e staremo a veder nel concreto se permetterà di realizzare ciò per cui è nata, vale a dire ridurre il contenzioso medico-legale entro i limiti fisiologici e arginare la medicina difensiva



Qual è al momento il documento scientifico di riferimento per valutare il contenzioso in Odontoiatria?

Per ora non abbiamo le società scientifiche accreditate, sebbene negli ultimi mesi sia partita la corsa all'accreditamento mentre il Ministero le sta valutando una da una, per cui ci atteniamo alle "buone pratiche" piuttosto che alle linee guida. Per alcuni saranno le "Raccomandazioni cliniche in Odontostomatologia" (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4839&area=Sorriso%20salute&menu=vuoto) emanate dal Ministero della Salute, di cui il 14 settembre 2017 è stata pubblicata una revisione condotta dalle società scientifiche odontoiatriche riunite nel CIC (Comitato Italiano di Coordinamento delle Società Scientifiche - <http://www.cicweb.it/>) con il coordinamento scientifico di **Enrico Gherlone** e la verifica degli aspetti etici e deontologici svolta dalla CAO. Secondo la Gelli-Bianco, il ruolo dell'Ordine sarà quello di fornire al ministero il parere preventivo sulle richieste di accreditamento pervenute dalle società scientifiche, con particolare attenzione al contenuto del loro codice etico interno, per prevenire a monte il conflitto d'interessi, soprattutto rispetto all'industria. L'avv. **Antonio Federici**, dirigente della Direzione generale delle professioni sanitarie e del personale del SSN presso il Ministero della Salute, ritiene con certezza che queste raccomandazioni rappresenteranno il punto di riferimento in tribunale: "Il magistrato nel valutare il caso di responsabilità, farà riferimento al documento che più gli è vicino, e se le linee guida in odontoiatria non è possibile farle se non in settori specifici, allora queste raccomandazioni saranno prese sempre a riferimento nel valutare tutti i casi di responsabilità professionale del settore odontoiatrico". **Marco Brady Bucci**, esperto di odontoiatria legale, è più pessimista: "Queste 390 pagine, scritte esclusivamente da clinici senza coinvolgere medici legali, avvocati e giuristi, nel momento in cui da riferimento clinico diventano riferimento per la responsabilità professionale dell'odontoiatra, si trasformano in una pericolosa arma a disposizione degli avvocati dell'accusa. Queste raccomandazioni, se verranno utilizzate come punto di riferimento per la valutazione medico legale, ci creeranno molti problemi".



L'art. 15 della Legge 24/17 delinea le caratteristiche del perito/consulente tecnico di ufficio del tribunale: ci vuole dire quali sono?

Per accedere alla giustizia ordinaria occorre che siano prima svolte la mediazione o la conciliazione (disciplinata dall'articolo 696 bis del codice di procedura civile). Le Camere di conciliazione sono attive anche presso alcune sedi dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e offrono il vantaggio di poter arrivare a una composizione della disputa (l'accordo finale è il frutto della volontà delle parti) in tempi rapidi e con costi sensibilmente inferiori alle cause giudiziarie.

Per la liquidazione dei danni a carico della struttura e del sanitario si applicano le tabelle del danno biologico previste dagli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private. Novità anche sui consulenti di parte: l'articolo 15 della Legge Gelli-Bianco prevede che nei processi civili e penali sulla responsabilità sanitaria, il giudice dovrà affidarsi a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina oggetto del procedimento, con conoscenza specifica e pratica della disciplina ma anche con competenze nell'ambito della conciliazione, escludendo di fatto i consulenti "improvvisati". Il 26 ottobre 2017 il CSM (Consiglio Superiore della Magistratura, https://www.csm.it/web/csm-internet/attualita/comunicati-stampa/-/asset_publisher/YoFfLzL3vKc1/content/csm-approva-risoluzione-per-la-selezione-di-periti-e-consulenti-nei-procedimenti-di-responsabilita-sanitaria) è intervenuto sui criteri per la selezione di periti e consulenti da parte dell'autorità giudiziaria nei procedimenti che hanno per oggetto la responsabilità sanitaria. In pratica significa revisionare gli Albi dei consulenti tecnici e dei periti tenuti in ogni tribunale e applicare criteri validi per le nuove iscrizioni, come l'esperienza professio-

nale maturata e gli incarichi conferiti e revocati. Ciò costituisce una maggiore garanzia sia per il magistrato sia per le parti del processo, con un consulente realmente competente in materia, in grado di fornire pareri che aprano a richieste risarcitorie aderenti alla realtà, con la speranza che si riducano le storture di un sistema ormai fuori controllo.



E cosa prevede il nostro Codice di Deontologia Medica del 2014?

Il Codice di Deontologia Medica già nel 2014 è stato antesignano rispetto alla legge con l'art. 62 sull'Attività medico legale: specialista in medicina legale + specialista di comprovata esperienza nella disciplina interessata, evitare situazioni di conflitto di interessi, possesso di specifiche competenze richieste dal caso, rispetto dei principi deontologici.



Sappiamo che è stato introdotto l'obbligo di assicurazione: solo per gli odontoiatri o anche per le strutture in cui operano?

La Gelli-Bianco ha introdotto l'obbligo assicurativo per responsabilità civile sia verso i terzi che verso i prestatori d'opera per i soggetti che rispondono per responsabilità contrattuale, ovvero liberi professionisti e aziende sanitarie, mentre per gli strutturati è obbligatoria solo l'assicurazione per azioni di rivalsa nel caso di colpa grave. Al momento però, mancano i fondamentali decreti attuativi della legge che definiranno i requisiti delle polizze per gli operatori sanitari e lo stesso **Federico Gelli** aveva promesso un decreto omnibus entro gennaio. Non dimentichiamo che parla chiaro anche il Codice Di Deontologia Medica (2014) Art. 54 - Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile *"in armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale"*.



Anche le Compagnie assicurative hanno lo stesso obbligo?

Oggi il quadro è piuttosto preoccupante perché se da una parte la legge prevede l'assicurazione obbligatoria per sanitari e strutture, dall'altro non obbliga le compagnie assicurative a contrarre le polizze. Un vuoto rilevante, in un momento storico di vera e propria fuga delle compagnie assicurative dal comparto: per loro la responsabilità professionale non è un business, perché il rapporto sinistri/premi non è vantaggioso, soprattutto verso le strutture ospedaliere ma anche verso la maggior parte dei liberi professionisti, e dal 2014 a oggi in molte sono uscite da questo mercato. Mi risulta che un colosso come Allianz, ad esempio, oggi non ha nessun prodotto per la responsabilità professionale. Nel frattempo alcune strutture, di fronte ai costi elevati delle polizze, hanno scelto in questi anni la via dell'autoassicurazione, provvedendo all'accantonamento di denaro in vista di un eventuale evento risarcitorio. In ogni caso le compagnie non hanno alcun interesse a protrarre la trattazione del sinistro, anzi hanno interesse a definirlo subito, magari pagando un po' di più ma subito, perché per loro è conveniente chiudere la partita di giro. Succede spesso che l'assicurazione fa un'offerta alla controparte sulla base delle riserve che aveva riservato per quell'evento, stimate in base ai dati delle serie storiche. Può dunque capitare che non vi sia colpa del dentista, ma la compagnia chiamata in causa decida egualmente di versare un indennizzo al paziente.



Abbiamo dei dati sui contenziosi in ambito odontoiatrico?

Questo è un altro nodo da sciogliere perché ad oggi solo le assicurazioni sono in possesso dei dati nazionali sul contenzioso odontoiatrico ma non li forniscono. Gli unici dati disponibili che ho trovato, per quanto interessanti, risalgono al 2010 e ci dicono che la percentuale annua di sinistri di natura odontoiatrica rispetto al totale di sinistri denunciati (ANIA 2010) sono passati dal 4% nel 2003 al 10% nel 2010. La distribuzione percentua-

ad oggi solo le assicurazioni dei dati nazionali sul contenzioso odontoiatrico ma non li forniscono

le dei sinistri suddivisi per settore odontoiatrico coinvolto, relativamente agli anni 1998, 2005 e 2010 (Montagna et al.) sono i seguenti: il 60% della protesi ridotto al 50%, salito dal 17% al 22% implantologia, conservativa-endodonzia dal 5% aumentato al 23%, ortognatodonzia da 3,5% al 7,5%, parodontologia dal 5% al 1,5%.

Avremo dati oggettivi provenienti dalle strutture sanitarie pubbliche visto che la Legge Gelli-Bianco ha istituito presso l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, <http://www.agenas.it/>) l'Osservatorio nazionale per la gestione del rischio (<http://www.agenas.it/primo-piano/insediamento-osservatorio-nazionale-buone-pratiche-sicurezza-sanita>) che dovrà raccogliere dati e fornire report annuali, mettendo così a regime il risk management in tutte le strutture sanitarie. Purtroppo è prevedibile il vuoto per tutto il settore privato, a partire dall'Odontoiatria, svolta in libera professione per oltre il 90%.



Cosa vuol dire estensione della garanzia assicurativa?

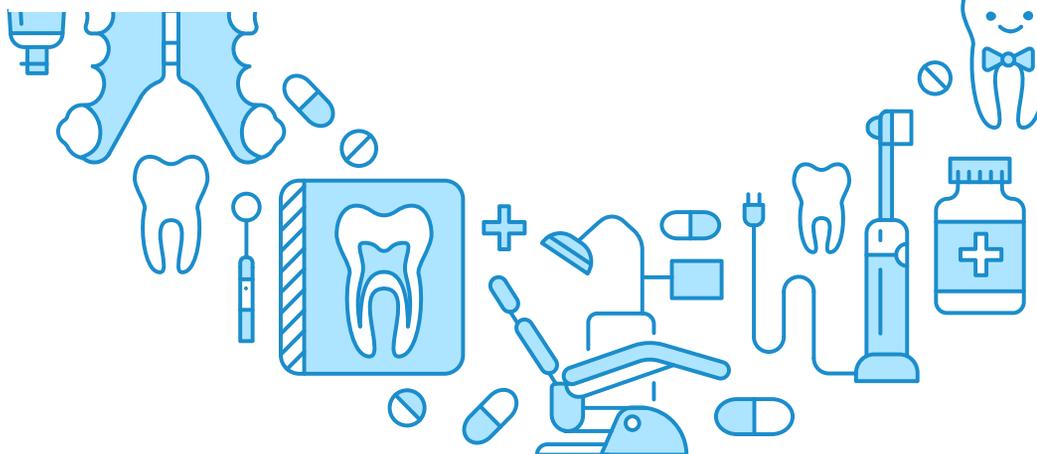
La Garanzia assicurativa prevede una retroattività e una ultrattività di 10 anni per eventi denunciati e accaduti durante l'operatività della polizza, confortata dagli attuali orientamenti giurisprudenziali in tema di colpa medica, come ad esempio la sentenza della Cassazione penale, sez. IV, 4 luglio 2005, n. 38852, "è sufficiente che si sia istaurato un rapporto sul piano terapeutico tra paziente e medico per attribuire a quest'ultimo la posizione di garanzia ai fini della causalità omissiva, e comunque quella funzione di garante della vita e della salute del paziente che lo rende responsabile delle condotte colpose che abbiano cagionato una lesione di questi beni".

La posizione di garanzia è operante indipendentemente da: qualifica giuridica ricoperta dall'esercente la professione sanitaria (libero professionista o alle dipendenze di una struttura sanitaria, sia pubblica che privata), posizione gerarchica occupata dall'esercente la professione sanitaria, grado di urgenza/emergenza della prestazione sanitaria richiesta, durante l'intero tutto di lavoro (e oltre) in riferimento all'esercente la professione sanitaria operante in una struttura assistenziale e oltre la singola prestazione sanitaria erogata in riferimento all'attività sanitaria domiciliare (medico di famiglia) e a quella ambulatoriale (specialista).



Dr. D'Agostino, dopo questa lunga disanima riguardo un argomento non proprio leggero, cosa si sente di dire ai colleghi odontoiatri?

Voglio concludere con una citazione che mi è particolarmente cara e che mi auguro sia un messaggio per tutti gli Odontoiatri che, malgrado gli infiniti oneri che devono accollarsi, sono ancora appassionati della nostra professione e non perdono mai di vista la centralità del paziente: "Il buon medico tratta la malattia; il grande medico tratta il paziente portatore di malattia" (William Osler 1849-1919).





Dal risarcimento all'indennizzo. Come cambia un diritto

Tonino Aceti

*Coordinatore nazionale del Tribunale
per i diritti del malato-Cittadinanzattiva (TDM)*

È stata approvata la Legge 24/2017 sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale. Dopo alcuni miglioramenti apportati al testo grazie anche all'impegno profuso dalla nostra Organizzazione, rimangono ancora importanti ombre e comunque la sfida che attende tutti è quella di un'applicazione della Legge che non sia a due velocità: cioè più veloce su tutta la partita dei profili di responsabilità professionale civile e penale, molto più lenta per quanto riguarda la parte della sicurezza delle cure. La prevenzione e la gestione del rischio clinico rappresentano le questioni che maggiormente stanno a cuore ai cittadini e che qualificano l'assistenza, visto che l'obiettivo finale delle segnalazioni che riceviamo e di Cittadinanzattiva è "perché non accada ad altri". L'altro banco di prova



sarà quello di garantire nella pratica clinica di tutti i giorni il perfetto bilanciamento tra la necessità del rispetto delle linee guida richiamate dalla legge e la garanzia della personalizzazione dell'intervento sanitario in grado di riconoscere l'unicità della persona che si ha davanti, e questo sarà un aspetto sul quale tutti dovranno porre il massimo dell'attenzione. Sarà necessario inoltre "misurare" gli effetti che la legge dovrà produrre rispetto ai suoi obiettivi dichiarati nel corso del dibattito parlamentare e nei dibattiti pubblici, e cioè: ridurre i costi delle assicurazioni per il SSN e per i professionisti; migliorare le coperture assicurative; ridurre la medicina difensiva e quindi i relativi costi a carico del SSN; diminuire l'incidenza degli eventi avversi; aumentare il livello di trasparenza e accesso alle informazioni da parte dei cittadini rispetto alla qualità e sicurezza delle strutture sanitarie... Per quanto riguarda la nostra Associazione siamo già concentrati sul come garantire e rendere effettive quelle parti della legge che intervengono positivamente sui diritti dei cittadini (es. sicurezza delle cure, trasparenza, fondo di garanzia...) ma nello stesso momento capire come possiamo modificare, anche attraverso il ricorso a cause pilota, quelle misure del testo che li penalizzano. Vigileremo su questa legge attraverso l'attivazione di un Osservatorio ad hoc in grado di rilevare e denunciare in tempo reale le criticità che rileveranno cittadini, Istituzioni e professionisti, con l'obiettivo di proporre azioni per il loro superamento, insieme a tutti quei soggetti che vorranno collaborarvi.

Le ombre che rimangono...

Il falso mito della "moda del risarcimento del danno"

L'assunto della "moda del risarcimento del danno" che sta alla base della legge, nella parte che rivede i profili della responsabilità civile del personale sanitario, non trova un riscontro nei dati istituzionali più aggiornati. Infatti, se 1000 persone su 10.000 che entrano in ospedale (10 su 100) vanno incontro a un evento avverso (dato OMS 2016), stando ai dati Agenas 2015, le richieste di risarcimento del danno per lesioni personali e decessi è molto più basso: 9,79 su 10.000 dimissioni, vale a dire lo 0,1%. Di questi vengono liquidati il 2,7%. La priorità sulla quale è necessario impegnarsi è la prevenzione e gestione del rischio clinico.

Dal risarcimento all'indennizzo

Attraverso il richiamo alle tabelle del codice delle assicurazioni private la legge consolida il principio secondo il quale il danno cagionato ad una persona è "indennizzabile" anziché "risarcibile". Mentre il risarcimento pone al centro la lesione prodotta al cittadino senza limitazioni nell'accertamento, le tabelle alle quali si fa riferimento nel testo e la conseguente idea di indennizzo è invece un modo per fissare un tetto rigido alla quantificazione del danno. Si afferma quindi una tecnica risarcitoria che sposta l'attenzione dall'interesse del cittadino (diritto alla riparazione del torto subito) a quello di chi liquida il danno (contenere al massimo le "uscite"). Un paradigma che ci preoccupa molto.

Se la legge "scarica" l'onere della prova sul cittadino

Decidere con legge che il rapporto tra cittadino e professionista sanitario (pubblico, convenzionato e in regime di libera professione intramoenia) è di tipo extracontrattuale vuol dire teoricamente porre l'onere della prova a carico del primo e dimezzare da 10 a 5 anni i termini di prescrizione dell'azione risarcitoria. Obiettivi questi che potrebbero però non essere raggiunti così facilmente per due motivi. Il primo. In più occasioni la Corte Costituzionale ha affermato il principio secondo il quale la qualificazione dei rapporti tra le parti spetta in ultima analisi al giudice che deve valutare il caso concreto. Il secondo. La giurisprudenza afferma il principio processuale ma anche sostanziale di vicinanza della prova a garanzia del diritto alla difesa sancito dall'Art. 24 della Costituzione. Il principio di vicinanza della prova prevede che l'onere della prova debba essere ripartito tenendo conto in concreto della possibilità per l'uno o per l'altro dei contendenti di provare circostanze che ricadono nelle rispettive sfere d'azione, per cui è ragionevole gravare dell'onere probatorio la parte a cui è più vicino il fatto da provare. Applicando tale principio al comportamento sanitario significa che la prova (del comportamento dovuto) ricadrà, anche nel caso di ►

responsabilità extracontrattuale ex art. 2043 c.c., sempre sul soggetto che tecnicamente è in grado di fornirla, nel nostro caso il personale sanitario, che tra l'altro "forma" la prova redigendo la cartella clinica. In conclusione affermare che la responsabilità del personale sanitario è regolata dall'art. 2043 del c.c. non offrirebbe quelle garanzie al personale che la stessa legge ha promesso, ingenerando invece possibili e ulteriori confusioni.

La cartella clinica è l'unica prova?

L'aver previsto di attivare un giudizio attraverso il procedimento ai sensi del 702-bis significa consentire alla persona che ha subito un danno di utilizzare come strumento probatorio solo le prove documentali, in primis la cartella clinica, e non invece tutti gli strumenti probatori su cui invece potrebbe contare in un giudizio ordinario, come ad esempio la testimonianza. Infatti la cartella clinica e la documentazione sanitaria devono essere letti insieme agli altri fatti che "completano" la vicenda e che potrebbero orientare, od anche ribaltare, la decisione.

... e ciò che migliora

È certamente un passo in avanti molto importante quello di aver riconosciuto con legge l'importanza della sicurezza delle cure come elemento fondante del Diritto alla Salute, prevedendo anche l'istituzione in tutte le Regioni di un "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente" con l'obiettivo di raccogliere dati su rischi ed eventi avversi. Bene anche le misure previste in tema di trasparenza e accesso alle informazioni da parte dei cittadini sulla qualità e sicurezza delle cure di ciascuna struttura sanitaria: viene previsto l'obbligo per ogni struttura sanitaria di predisporre una relazione annuale sugli eventi avversi, sulle cause e sulle relative azioni messe in atto, da pubblicare sul proprio sito internet. Tale misura va anche incontro alle indicazioni contenute nella Direttiva Europea sulle cure transfrontaliere e i diritti dei pazienti di rendere accessibili ai cittadini le informazioni sugli standard di qualità e sicurezza che le strutture garantiscono. Nella direzione giusta l'obbligo di rilascio della cartella clinica entro sette giorni dalla richiesta, ora si può attendere anche trenta, sessanta, novanta e più giorni. Un risultato, questo, frutto del forte impegno del nostro Movimento per introdurre nel testo "contrappesi" a favore del cittadino. Insieme a questa misura un altro risultato raggiunto da Cittadinanzattiva-TDM è quello della previsione nel bilancio delle strutture sanitarie di un fondo rischi per dare certezze ai cittadini di accedere al risarcimento del danno riconosciuto, "blindandolo". In questa stessa direzione anche la previsione del Fondo di garanzia, il sistema di vigilanza e controllo sulle imprese di assicurazione e la fissazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative e delle autoassicurazioni.

Queste ultime, quando ben concepite e controllate, consentono di conseguire risultati duplici. Lo mostrano ad esempio le esperienze di regioni che, avendole attivate, hanno previsto nel sistema di gestione in proprio del risarcimento, non solo un "risparmio" nei costi dei premi assicurativi, ma soprattutto una responsabilizzazione e spinta nelle aziende sul fronte della prevenzione del rischio. Questo effetto positivo per "imparare dall'errore", fondamentale per i cittadini, è favorito dal meccanismo che vede realizzare la valutazione del danno dai medesimi soggetti che hanno poi la funzione di prevenirlo e che, quindi, hanno tutti gli interessi di impedire la ripetizione dello stesso evento per il futuro.

(Testo pubblicato in *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria – Commentario alla Legge 24/2017*, Edizioni Quotidiano Sanità, Roma marzo 2017)

Vigileremo su questa legge attraverso l'attivazione di un Osservatorio ad hoc in grado di rilevare e denunciare in tempo reale le criticità che rileveranno cittadini, Istituzioni e professionisti, con l'obiettivo di proporre azioni per il loro superamento, insieme a tutti quei soggetti che vorranno collaborarvi



Due aspetti meno indagati: difesa civica e trasparenza dei dati

NELLA LEGGE SULLA «RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE» PASSAGGI UTILI PER GLI UTENTI DEI SERVIZI SULL'ACQUISIZIONE DI DOCUMENTI E SULLA SEGNALAZIONE DI DIRITTI NEGATI

Andrea Ciattaglia
Fondazione Promozione Sociale

Sembra che siano passati più sotto silenzio di altri, almeno nel dibattito pubblico che ha accompagnato l'iter legislativo, due importanti articoli della "legge sulla responsabilità professionale" (o Legge Gelli-Bianco, pubblicata in Gazzetta Ufficiale poco più di un anno fa, a marzo del 2017). Eppure si tratta di provvedimenti significativi per gli operatori sanitari, per i pazienti e, di riflesso, anche per le organizzazioni – come quella di

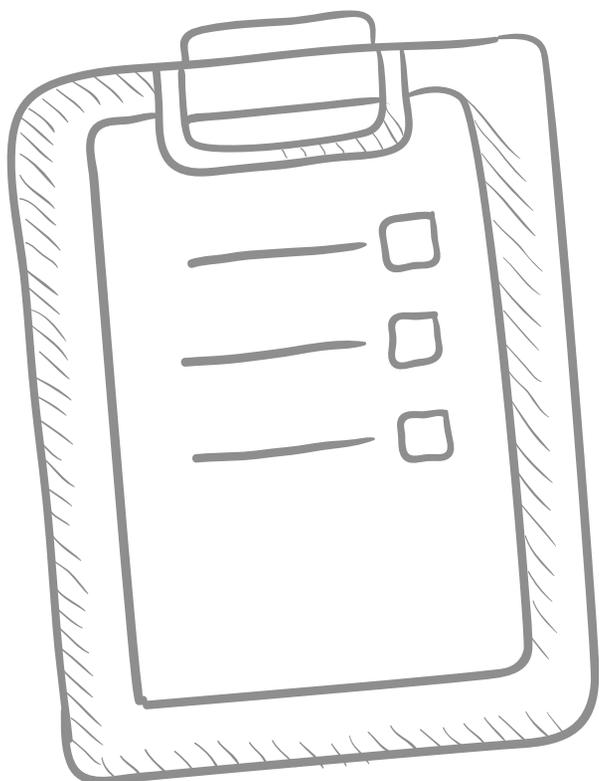
cui fa parte chi scrive – che operano per promuovere e difendere il diritto alle prestazioni sanitarie per i pazienti, in particolare per quelli non autosufficienti, non più capaci di rappresentarsi e difendersi da sé. Si tratta dell'articolo 2, che istituisce la possibilità di attribuire al Difensore civico regionale o provinciale la «funzione di garante per il diritto alla salute», e dell'articolo 4, sulla «trasparenza dei dati».

Difensore Civico.

Va qui ricordato, come premessa alla citazione della legge in esame, che in Piemonte il Difensore Civico regionale viene considerato nei fatti dagli utenti stessi un referente per la segnalazione di disservizi, o di vere e proprie negazioni del diritto, in materia sanitaria. Basti pensare che nell'anno 2017 ha ricevuto in totale 1.333 istanze e che il 44% delle sue risposte ha avuto come destinatari Ospedali e Asl. Pertanto, la legge, che dà facoltà alle Regioni di «affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinare la struttura organizzativa e il supporto tecnico», si configura come un rafforzamento, almeno formale, del suo ruolo in questa materia. La nuova legge stabilisce che il Difensore civico, «nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. (...) Qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto lesso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.

Trasparenza dei dati.

La «legge Gelli» dà poi particolare rilevanza all'accesso ai documenti sanitari. Anche in questo caso, le disposizioni contenute nel provvedimento si innestano su norme preesistenti, con significative precisazioni. Infatti, l'articolo 4 riconferma il «rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196», ma aggiunge che «la direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto (...) fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta». Le strutture sanitarie pubbliche e private avevano l'obbligo di adeguarsi entro tre mesi alla nuova normativa, che quindi è del tutto vigente. Tra i documenti sanitari, per espresso parere proprio del Difensore civico regionale del Piemonte (sua relazione dell'attività svolta nell'anno 2017), figurano tutti quegli atti che si rivelano molto spesso utili, e di non così agevole reperibilità senza precisa richiesta, per inquadrare al meglio le esigenze terapeutiche del paziente, la sua condizione e le sue necessità, per esempio in vista della richiesta di prestazioni riabilitative, o di aggiornamento del progetto individualizzato, o di contestazione di una pratica – anche amministrativa – nell'ambito della continuità terapeutica. In particolare si tratta della «cosiddetta cartella clinica del paziente, che costituisce l'insieme dei documenti che registrano il complesso delle informazioni cliniche e anagrafiche relative ad un paziente. La cartella clinica include, solitamente, verbali chirurgici, referti sanitari, schede infermieristiche, relazione e scheda di dimissione dalla struttura».





Senza biocidi
e ioni d'argento



Con estratti naturali
della frutta

Vincitore del 1° premio:



Ginevra 5-6 aprile 2017

micronAir[®] blue



Respira liberamente
e proteggi la tua salute in auto

L'unico filtro abitacolo con strato BIO-funzionale agli estratti naturali della frutta che blocca efficacemente polveri sottili, allergeni e gas inquinanti. Scegli di proteggere la tua famiglia in auto con **micronAir[®] blue**.

S.I.D.A.T.Group

è il distributore esclusivo dei filtri abitacolo micronAir[®]

www.sidatgroup.it

www.micronairblue.it

Linee guida e salute

Riceviamo la lettera firmata di un medico iscritto al nostro Ordine Provinciale, che descrive un suo drammatico percorso come malato.

Oltre allo sfogo del Collega, che condividiamo, almeno in gran parte, e comprendiamo benissimo, è importante lo spunto di riflessione che suggerisce a tutti noi.

Le Linee Guida, di cui si parla diffusamente nel Focus di questo numero sulla responsabilità professionale, devono essere un utile strumento di orientamento e di scelta per il medico. Esse, però, non possono mai sostituire l'attenzione e l'empatia con i pazienti, le sole che realmente aiutano, come in questo caso, a formulare diagnosi corrette, a prescindere dalla statistica e dall'*evidence*. Il faro che deve continuare a guidarci è il conseguimento del benessere del paziente, oltre gli schemi diagnostici e terapeutici, anche se autorevoli e condivisi.

Mario Nejrotti



Torino, 22.05.2018

Alla cortese attenzione del Dr. Guido Giustetto
Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino.

Chiar.mo Sig. Presidente, caro Guido,

quanto ti scrivo è solo per metterti a conoscenza di un grave episodio recentemente occorsomi, di interesse generale.

Dal febbraio scorso, a seguito di caduta avvenuta sciando avvertivo un dolore toracico intra scapolare irradiato al braccio destro.

Sono stato visitato da ortopedici, pneumologi e neurologi, tutto senza interpellare il mio medico di famiglia, ritenendo tra l'altro di non dover pesare sulla spesa pubblica per una mia disavventura sportiva che potevo gestire in ambito specialistico ortopedico.

Sono stato etichettato come ansioso perché i radiogrammi toracici, la TC toracica eseguita per indagare una vecchia calcificazione da frattura costale e la RMN cervico dorsale erano negative.

Riferendo sensazione di oppressione retrosternale con sintomatologia che a me ricordava il classico angor studiato nei primi anni di Medicina (dolore che scompariva a riposo) mi sono sottoposto PRIVATAMENTE a tutti gli esami del caso; glicemia 95, colesterolo totale 97, F.C. 54', PAO 120/70 prova da sforzo massimale senza alcun sintomo o stive/lamento ST, Eco cardio nella norma, recupero regolare e da super allenato, mai una sigaretta in vita mia, non bevitore abituale.

Correvo (e corro ancora) 15 km due volte la settimana, anche in salita, mediamente in 1 ora e 20', con sensazione di fastidio alla gola iniziale che si risolveva dopo circa 2 Km al punto che poi andavo velocissimo.

Una mattina di tre settimane fa, stufo di sentirmi etichettare come ansioso, di mia iniziativa e privatamente mi sono sottoposto a TC coronarica con m.d.c.; I.V.A. occlusa al 90%, angioplastica 4 ore dopo.

In sintesi caro Presidente, stavo "crepando di salute"; alla mia domanda circa il perché a fronte dei miei sintomi non fosse stato eseguito altro mi sono sentito rispondere che le Linee Guida per uno con i miei parametri non prevedevano altro.

Ti metto a conoscenza del fatto solo per GRIDARE che le linee guida NON servono; al limite dovremmo chiamarle linee guida di base da approfondire al bisogno, senza il terrore della Corte dei Conti o degli Organi di Vigilanza; perché caro Guido, il problema è proprio questo, forse una volta si prescriveva troppo, ma ora si sta esagerando in modo pericolosissimo.

I medici di famiglia e purtroppo ormai anche gli specialisti visitano "al risparmio" sulla pelle dei pazienti per salvare il bilancio; alla mia famiglia di tre figli con moglie a carico chi avrebbe pensato? Caso eccezionale?

No caro Amico; ben lungi da ogni sterile polemica ti invito caldamente a riflettere su quanto ti ho scritto e magari pubblicare quanto accaduto sulla nostra Rivista.

Ai pazienti non piace il medico "malato" e siccome ora sto benissimo vorrei evitare oltre al danno anche la beffa e magari averne un danno di immagine ed economico, essendo l'unico reddito in famiglia.

Non sarebbe forse ora di riconsiderare radicalmente l'approccio medico paziente finendola di ragionare come contabili e non Medici?

Quanti Colleghi realisticamente sono a conoscenza del fatto che la prova da sforzo di per sé in un soggetto allenato non serve?

Ci stupiamo del decesso improvviso dei "controllatissimi" giocatori super controllati? Controllati con cosa? Esami totalmente privi di ogni utilità.

La prova da sforzo, vale meno che zero, specialmente in persone allenate, dotate come me di un buon circolo di compenso che può smettere di essere tale in qualunque momento.

Se non avessi preso io l'iniziativa?

Forse non sarei morto, ma sarei stato rovinato per tutta la vita, con non trascurabile disagio per me e famiglia per non pensare A QUANTO "SAREI COSTATO ALLA SOCIETÀ".

Ti omunico infine che solo nelle due ultime settimane la TC coronarica ha solvato due nostri colleghi.

Ti ringrazio per l'attenzione, un abbraccio.

(Lettera firmata)

In seguito al convegno

“INFORMARE E COMUNICARE PER PRODURRE BUONA SALUTE:
CULTURA E STRUMENTI UTILI”,

che si è svolto il 20 aprile 2018 presso l’Università di Pisa,
è stato stilato un documento per la costituzione del gruppo interdisciplinare
“Vedere Ascoltare Leggere Educare in Salute”,
sottoscritto da rappresentanti di istituzioni, ricercatori e giornalisti.
Ne riportiamo integralmente il contenuto.



LA BUONA SALUTE VUOLE UNA BUONA COMUNICAZIONE



Oggi per parlare di salute bisogna tenere conto dei rivolgimenti epocali avvenuti negli ultimi 20 anni, non solo con la rivoluzione digitale, ma anche con l'evoluzione del modello di salute espresso dall'economia di mercato. Spesso infatti la comunicazione e l'informazione la fanno da "cattivo padrone", mostrando il supermercato illusorio del benessere e intervenendo in maniera spesso distorta sulla reputazione di una struttura, di una metodologia o di un trattamento. Il cittadino diviene un consumatore di salute che deve essere capace di districarsi in un diluvio informativo: in questo modo si accentuano le disuguaglianze, dovute non solo alle diverse disponibilità economiche individuali e all'articolazione disomogenea dell'offerta sanitaria nei 21 servizi sanitari regionali, ma anche alle diverse capacità culturali di utilizzare le tecnologie digitali (*digital divide*) e di comprendere e valutare le informazioni sanitarie (*health literacy*).

Le nuove tecnologie e la diffusione del loro utilizzo offrono importanti opportunità per il miglioramento delle relazioni fra cittadini-pazienti, operatori ed istituzioni sanitarie e forniscono dati e strumenti per indagini sociali ed epidemiologiche. Tuttavia, i nuovi flussi comunicativi, in particolare attraverso i social media, possono facilitare la diffusione di notizie false e incontrollabili, complicando il già complesso scenario, incrinando ulteriormente il fragile rapporto fiduciario cittadino-istituzioni e dando spazio all'occorrenza di "tempeste mediatiche" di notevole portata.

Così i temi di interesse sanitario tendono a perdere la loro valenza scientifica trasformandosi in oggetto di opinione, e il ruolo degli esperti appare delegittimato a fronte di quello di soggetti più popolari.

In tale contesto il "pubblico impaziente" si trova immerso in un oceano informativo senza più punti di riferimento stabili ed è quindi soggetto a rimanere vittima di disinformazione e vulnerabile alle manipolazioni.

In particolare le nuove generazioni, che hanno naturale propensione all'uso delle tecnologie digitali, non sono ancora preparate ad un loro utilizzo consapevole ed alla comprensione della scienza e del metodo scientifico.

Di fronte a questo scenario, anche gli operatori di Sanità Pubblica si sentono disorientati, increduli del fatto che venga messa in discussione la loro competenza e negati concetti elementari e per loro indiscutibili.

Negli ultimi dieci anni sono stati compiuti molti sforzi per far sì che la sanità fosse sempre più presente nel web e sui social media, insistendo sulla diffusione delle informazioni corrette e sulla loro penetrazione, anche attraverso la produzione di linee guida (Ministero della Salute, 2010). Tuttavia, questo non sembra sufficiente ad arginare il diffondersi di notizie false e fuorvianti e di una distorta percezione del rischio.

La molteplicità di fonti e di possibili interconnessioni proprie del sistema "Web 2.0" e delle sue evoluzioni, rendono più debole l'approccio centrato sul sistema sanitario (con i suoi operatori) come unico produttore e disseminatore di informazioni corrette, soprattutto in un contesto sociale nel quale la fiducia nelle istituzioni è in continua discussione, e avanzano insieme istanze effettivamente basate sui bisogni delle persone e domande non basate su evidenze scientifiche o addirittura complottistiche, che vedono nel mercato del bisogno una potente opportunità di lucro.

L'erosione della fiducia nelle istituzioni scientifiche e negli scienziati che si presentano in pubblico quali esperti portatori di un sapere autorevole e rivolto al bene pubblico, è legato anche al fatto che, specie in un periodo di crisi economica e di insufficienti investimenti istituzionali nella ricerca, la scienza è soggetta oggi a pressioni da parte di interessi professionali ed economici, il cui ruolo nell'organizzazione della ricerca stessa e nella finalizzazione dei suoi risultati si propone talvolta in maniera prepotente. Di queste pressioni i cittadini ricevono segnali confusi ma allarmanti, in occasione dell'esplosione di scandali e ogniqualvolta il sapere esperto non risponde adeguatamente alle loro richieste. Da qui la necessità di sviluppare un'alleanza con i cittadini per coinvolgerli ed educarli ad una maggiore consapevolezza sulla ricerca, l'uso e la condivisione di informazioni sulla salute, invitandoli ad una vera collaborazione con le istituzioni per recuperare la loro fiducia.

Una visione paternalistica della medicina, dove si pensa che basti "spiegare in maniera facile le cose difficili" e "avere autorevolezza" per farsi ascoltare, appare superata dai nuovi scenari di apomediazione, nei quali è necessario lavorare in stretta sinergia con i professionisti della comunicazione.

La complessità di questo tema e dei nuovi scenari impone uno sforzo di analisi e riflessione, per comprendere le dinamiche comunicative ed il loro impatto sulle percezioni e le scelte dei cittadini in termini di salute, anticipando l'evoluzione dei percorsi per l'acquisizione delle informazioni sulla salute individuale e collettiva, a partire dalla prevenzione.

Le competenze necessarie a tale analisi sono molteplici, spaziando da quelle sanitarie a quelle sociali, comunicative ed informatiche: è quindi necessario che i molti attori coinvolti nei processi di formazione, informazione e comunicazione abbiano il coraggio di analizzare gli errori comunicativi commessi e si interrogino sul loro ruolo, la loro responsabilità, ed i possibili conflitti di interesse. Questa sarà la premessa per affrontare insieme la ricerca di metodi per valutare e gestire i rischi deri-

vanti dalle disfunzioni in questi ambiti, sfuggendo alle suggestioni che vogliono il primato del mezzo rispetto alla compiuta visione di un fenomeno.

Le componenti istituzionali della cultura della salute dovrebbero anche saper agire insieme a quelle che costruiscono salute commerciale, ed a quelle che diffondono informazione per condividere l'obiettivo comune della salute per tutti.

Per questo l'operatore sanitario dovrebbe essere formato, nei percorsi universitari, sui temi della comunicazione e della health literacy, imparando ad interagire con gli altri professionisti coinvolti, come giornalisti e comunicatori pubblici, i quali a loro volta dovrebbero avere profili professionali ben definiti e strutturati.

Studiosi e rappresentanti di molte istituzioni che intervengono nei processi di informazione e comunicazione sulla salute si sono riuniti a Pisa il 20 Aprile 2018 - in occasione del convegno **INFORMARE E COMUNICARE PER PRODURRE BUONA SALUTE: CULTURA E STRUMENTI UTILI** - per affrontare le criticità di questo tema ed analizzare soluzioni e strumenti che possano concorrere ad una maggiore consapevolezza dei cittadini nelle scelte di salute.

Essi concordano sui seguenti punti, essenziali per un futuro lavoro comune:

⇒ L'informazione e la comunicazione sono elementi imprescindibili delle strategie sanitarie, soprattutto in quella pubblica, e come tali debbono essere considerate fondamentali per la tutela della salute degli individui e della comunità e debbono essere affrontate con professionalità e rigore a tutti i livelli.

⇒ La complessità delle dinamiche comunicative attuali, fortemente influenzate dai social media, implica una maggiore attenzione agli aspetti partecipativi e la necessità di creare nei cittadini una maggiore consapevolezza per l'uso dei media su temi sanitari, superando le categorie frutto più di mode che di prospettive concrete.

⇒ Le enormi potenzialità delle nuove tecnologie digitali ed i rischi di distorsioni comunicative, richiedono analisi secondo metodologie innovative, multidisciplinari e condivise, per valutare e migliorare le risposte da parte delle istituzioni verso i cittadini e da parte dei cittadini verso la propria salute.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai seguenti temi:

- L'efficacia dei programmi di promozione e comunicazione attraverso i social e i media tradizionali (educazione, coinvolgimento, empowerment di cittadini e pazienti).
- Il miglioramento della qualità dell'informazione nei media tradizionali, in internet e nei social media attraverso l'educazione di giornalisti, mediatori e cittadini.
- L'aumento del grado di consapevolezza dei cittadini all'uso critico dei media su temi sanitari (Health literacy, e-health literacy e media literacy), con particolare attenzione alla formazione dei giovani attraverso la scuola.
- La trasparenza rispetto a palesi e potenziali conflitti di interesse in tutte le fasi del lavoro scientifico, dalla ricerca di base alla commercializzazione di farmaci e dispositivi medici e alle scelte preventive, diagnostiche e terapeutiche
- La concretizzazione dell'applicazione delle nuove tecnologie digitali e dell'uso esperto dell'intelligenza artificiale alla comunicazione e all'informazione nei campi della salute e della sanità, in termini di ricerca ed informazione, anche per evidenziare tempestivamente percezione del rischio, atteggiamenti, comportamenti, e situazioni epidemiologiche (*infoveillance* e *infodemiology*).
- La formazione sulla comunicazione sanitaria e sulla *health literacy* come materie fondanti di insegnamento nei percorsi di studio di tutte le professioni sanitarie.
- Lo sviluppo di un linguaggio condiviso tra le molteplici componenti che agiscono nel mondo della salute e in sanità, sviluppando strategie di coinvolgimento che sappiano assorbire la contrapposizione – spesso voluta ed eterodiretta – tra scienza, istituzioni, potere, da una parte, e libertà, alternativa, costruzione dal basso, dall'altra.



I partecipanti al convegno e firmatari del presente documento, auspicano quindi la costituzione di un Gruppo di lavoro multidisciplinare, con lo scopo di discutere i principali temi riguardanti la comunicazione in sanità pubblica ed in particolare di definire metodi di analisi ed indicatori utili nella valutazione e gestione delle disfunzioni comunicative, promuovendo un approccio innovativo per il monitoraggio e la valutazione dell'informazione nel web e sui social media, che sappia declinare, nel complesso delle peculiarità italiane, i percorsi in via di sperimentazione in campo internazionale, o svilupparne di originali.

Silvia Bencivelli
Luigi Roberto Biasio
Guglielmo Bonaccorsi
Annalaura Carducci
Alberto Contri
Umberto Gelatti
Stefania Iannazzo
Marco Magheri
Cosimo Nume
Luigi Rossi
Rossella Sobrero

Fabrizio Bianchi
Paolo Bonanni
Andrea Calamusa
Rosita Cipriani
Liliana Cori
Silvio Gherardi
Pierluigi Lopalco
Walter Malorni
Luigi Pellizzoni
Antonio Scuglia
Alberto Tomasi

“VILLE AUGUSTA”

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*
Specialista in Neurologia

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

“VILLE AUGUSTA” s.r.l.
10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it

CERIMONIA DEL GIURAMENTO PROFESSIONALE

“Siate umani, non abbiate paura di mostrare incertezze”



Guido Giustetto,
Presidente OMCeO Torino

“È un grande onore essere qui con voi, un’emozione profonda. Perché tutte le volte che un nuovo gruppo di colleghi entra a far parte della nostra comunità professionale è come se consegnassimo al futuro principi e regole deontologiche alle quali teniamo molto. Ed è proprio questo il significato del giuramento: far tesoro dei principi scritti tanti anni fa e renderli vivi ancora oggi”. Queste le parole di **Guido Giustetto**, Presidente dell’**Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Torino**, nel suo intervento di apertura alla **Cerimonia del Giuramento professionale** che si è svolta il 6 maggio scorso a Torino. Dopo essersi congratulato con i neo-iscritti per aver raggiunto questo importante traguardo, Giustetto ha messo in luce uno degli aspetti più importanti della professione medica: la relazione con il paziente. *“Avete scelto una professione difficile, ma al tempo stesso bella, forse la più bella. E l’aspetto più importante è che è una professione d’aiuto, che ci mette in contatto molto stretto con l’intimità delle persone, di cui dobbiamo imparare a rispettare i valori e le credenze di riferimento. Per farlo dobbiamo imparare ad ascoltare bene le loro parole, a comprenderle. Io credo che le Università, oggi in grado di fornire una ottima preparazione tecnico-professionale, debbano ancora fare dei passi avanti per quanto riguarda la relazione col paziente e la comunicazione. Senza remore mi sento di dire che noi medici su questi punti dobbiamo fare ancora molta strada. Un paziente perdonerà quasi sempre al suo medico di aver commesso un errore, se ne ha avvertito la solidarietà e se si è sentito considerato, ma non gli perdonerà di non essere stato ascoltato. Bisogna rompere il diaframma tra ciò che dice il paziente e ciò che sente il medico”.*



Essere concreti, a contatto con l'umanità più schietta e semplice, umili: è l'invito del Presidente. Non aver paura di avere delle incertezze e di mostrarle. *“Cercate di non essere troppo convinti delle vostre decisioni. Come sapete, oggi ci si basa spesso su protocolli e linee guida, che però non parlano della singola realtà, non hanno a che fare con il paziente che abbiamo davanti, non fanno emergere le sfumature di grigio che ci sono tra il bianco e il nero. Tra il vero e il falso. Tra ciò che è la verità clinica e ciò che è vero per il paziente. Non rendono conto delle risposte spesso imprevedibili alle cure. Per garantire le nostre certezze qualche volta si finisce per passare più tempo a consultare un software che a parlare con una persona. Certo accettare l'incertezza ci fa sentire vulnerabili e timorosi, ma, se non l'accettiamo, oltre a diventare disumani facciamo degli errori: richiediamo troppi test diagnostici, tendiamo a esagerare con la prescrizione di farmaci ma, soprattutto, soffriamo noi: non a caso il fatto di non accettare l'incertezza è una delle cause più frequenti di burnout medico”.* “La giornata di oggi sancisce un passaggio. Suggella il vostro essere medici – ha continuato Giustetto –. E uso propriamente la parola ‘essere’ perché fare il medico o l'odontoiatra è una questione di vita, non solo una professione.

Noi siamo molto orgogliosi di darvi il benvenuto nella famiglia, molto numerosa, dei medici e odontoiatri della provincia di Torino.

Dedico a tutti un augurio di realizzazione e un riconoscimento alle vostre famiglie che hanno creduto in voi e in questa nostra affascinante e difficile professione”.



Il nuovo regolamento europeo sulla privacy

Patrizia Biancucci

Consigliere OMCeO Torino

Il **25 maggio 2018** è entrato in vigore il nuovo regolamento europeo in materia di privacy (**GDPR**, *General Data Protection Regulation*), e con esso le nuove regole per imprese e professionisti che dovranno adottare tutte le misure idonee per il corretto trattamento dei dati dei propri clienti, con il conseguente aggravio di adempimenti e di costi.

Per approfondire il tema, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino ha organizzato un incontro formativo dedicato, che si è svolto mercoledì 9 maggio 2018 presso la sede dell'Ordine in Corso Francia 8. A illustrare la materia l'Avv. Antonio Ciccia Messina, che ha spiegato gli adempimenti cui, dall'entrata in vigore del GDPR, sono tenuti tutti i medici e gli odontoiatri per la cura dei loro pazienti, fornendo le indicazioni pratiche necessarie a non incorrere in sanzioni economiche.

Di seguito riportiamo un'intervista che affronta alcuni dei nodi principali dell'argomento.



Avv. Ciccia, la "questione Privacy" sta mettendo in allarme i professionisti: cosa può dirci in merito?

Privacy più leggera per il singolo professionista, seppure tenuto a una serie di adempimenti: mettere a posto i propri elaboratori, documentare l'analisi dei rischi, autodenunciare una violazione di sicurezza, aggiornare le informative e i consensi. Più complicata invece la situazione delle associazioni e delle società tra professionisti. Alcuni adempimenti importanti e costosi, come la nomina di un responsabile della protezione dei dati o la stesura della valutazione di impatto non sono stati espressamente esclusi per chi svolge la professione non in forma individuale.

Il regolamento UE n. 2016/679 non chiarisce tutti gli aspetti operativi e somiglia di più a una normativa quadro che a una disciplina compiuta. Si ribatterà che questa impostazione è quella consapevolmente prescelta dal legislatore europeo, che preferisce che siano i singoli titolari del trattamento a responsabilizzarsi e a scrivere le regole concrete, assumendosene le relative responsabilità.



Cominciamo dagli adempimenti meno gravosi e meno nuovi: cosa ci dice del registro trattamenti?

È una mappatura dei trattamenti. Chi ha compilato il Documento Programmatico sulla sicurezza (obbligatorio fino al 2012) può recuperare le schede dei trattamenti e aggiornarlo. Sarà inoltre possibile che i singoli ordini/collegi/associazioni professionali sviluppino un modello di base, valido per tutti. Ciascuna categoria professionale, infatti,



normalmente si riferisce a una legge professionale, che definisce l'oggetto della attività tipica, che potrà essere considerato un punto di partenza. Si pensi a forme di comunicazione e di promozione degli studi/associazioni/società che sfociano nel marketing oppure a modalità di contatto con la propria clientela attraverso nuove tecnologie (ad esempio piattaforme interne con account per ciascun cliente abilitato ad accedere al proprio fascicolo). Di questi aspetti si deve tenere conto nella redazione del registro dei trattamenti.

Attenzione anche alla norma di esonero dall'obbligo di tenere i registri dei trattamenti: se si trattano dati sensibili o altri dati particolari il registro va istituito. Sul punto il Garante potrà diffondere schemi tipi di ausilio, ma già oggi vi sono buoni esempi, come il tracciato della notificazione al Garante.



Anche l'informativa sulla privacy non sembra una novità, è così?

In effetti questo adempimento non è nuovo, essendo già diffuso tra i professionisti l'obbligo di consegnare un preventivo o di stendere un contratto di incarico professionale: saranno quelle occasioni da cogliere per dare l'informativa privacy, rinnovata nei contenuti dal regolamento europeo.



E per i dipendenti?

I dipendenti degli studi ora sono designati "autorizzati al trattamento" anziché "incaricati del trattamento".



Quello della sicurezza sembra essere un aspetto spinoso: perché?

Spinoso perché probabilmente implicherà anche qualche spesa per crittografare i server, comprare dispositivi mobili con la password, sistemare i back-up degli elaboratori, ma così facendo si migliora anche la gestione documentale e dovrebbero essere considerate investimenti necessari per studi che lavorano con strumenti telematici. Peraltro ci sono ancora punti da chiarire e si attende un intervento del Garante, soprattutto per gli studi professionali associati.



Non crede che il consenso a trattamento dei dati sia piuttosto confuso?

Su alcuni aspetti importanti, che toccano i professionisti, il regolamento UE ha demandato ai singoli stati il completamento della disciplina privacy. Qui un nodo da sciogliere è quello dei dati sanitari, per cui il regolamento prevede la possibilità di trattare dati senza consenso per le professioni sanitarie: su questo si aspetta il legislatore italiano come e se si pronuncerà (ci riferiamo al decreto legislativo attuativo dell'articolo 13 della legge 163/2017, in scadenza al 21 maggio 2018).



un nodo da sciogliere è quello dei dati sanitari, per cui il regolamento prevede la possibilità di trattare dati senza consenso per le professioni sanitarie: su questo si aspetta il legislatore italiano come e se si pronuncerà



Cosa ci dice riguardo i rapporti con i committenti?

Non è esplicitamente previsto se i professionisti debbano farsi nominare responsabili del trattamento dai propri committenti che trasferiscono dati di persone fisiche. L'aspetto è particolarmente rilevante a fronte della necessità di sottoscrivere un contratto e della responsabilità civile solidale (tra titolare e responsabile esterno del trattamento). In materia i Garanti europei (riuniti nell'organismo chiamato WP29) hanno affermato che la questione dipende dal grado di autonomia nell'esecuzione dell'incarico.



Si parla di codici di condotta: in che senso?

Il codice di condotta serve per avere certezze sugli adempimenti e per diminuire la responsabilità. Le professioni hanno dunque tutto l'interesse a definire al più presto questo codice. Il regolamento UE 2016/679 sollecita gli organismi rappresentativi di categorie, come quelle professionali, a scrivere un codice di condotta "privacy", da far approvare dal Garante.





Erano passate forse due ore. L'infermiere entrò ad avvisare il medico che la signora si era ripresa ed ora si sentiva di parlare. Il medico terminò la visita che stava facendo per poi fare entrare la signora in barella.

Si alzò, si avvicinò. Iniziarono a parlare. La signora si esprimeva ancora con un po' di fatica. Non ricordava tanto, qualcosa non voleva ricordare e molto non voleva dire. Il medico la incoraggiò pazientemente.

La storia iniziò a svilupparsi lentamente, a frammenti. Le cose non andavano tanto bene da qualche mese. C'erano dei problemi sul lavoro. Le riusciva difficile confessare che la volevano licenziare, ma di più non voleva dire. Era divorziata da molto tempo ed aveva una figlia di quindici anni.

Quel pomeriggio aveva preso delle pastiglie, troppe o troppo poche, dipende dal punto di vista. Non voleva morire, ma solo dormire. Voleva prendersi una vacanza, ma non sapeva dire quanto lunga. Voleva non esserci più per un po', ma per quanto tempo non voleva o non poteva dirlo. L'aveva trovata proprio la figlia ed ora si vergognava di tutto quello che era successo e di essere lì in ospedale.

Il medico le fece ancora qualche domanda, ma la signora preferiva non rispondere. Allora il medico le disse qualcosa per rassicurarla. La signora lo guardava con gentilezza, ma si capiva che non ascoltava.

Il medico decise di aspettare ancora un poco, di darle un po' più di tempo. La fece di nuovo accomodare in degenza su una carrozzina. La barella dava troppo l'impressione della malata.

Ripresero le visite di quella coda di dolore che sembrava sempre più lunga.

Solo più tardi, verso sera, decise di parlare ancora con la signora. Entrando nella camera della degenza la vide pallida sotto la luce al neon, in mezzo agli infermieri che andavano e venivano. Erano arrivati il marito, anzi l'ex marito, e la figlia di quindici anni. La signora era seduta sulla carrozzina, accartocciata su se stessa. Il marito, anzi l'ex marito, in piedi a fianco a lei, le teneva una mano. La figlia di quindici anni la abbracciava intensamente, quasi la volesse tenere lì ferma, che non scappasse, che non andasse via come sentiva che lei, invece, voleva fare, chissà dove e per quanto tempo.

Il medico li vide, guardò quel trittico. Pensò che non era ancora il momento, quello giusto, per intervenire, che sarebbe stato meglio lasciarli lì ancora un poco, che era meglio non disturbarli, non spezzare quel trittico.

Tornò indietro senza dire nulla, fingendo di avere qualcosa da riferire ad un infermiere.

La fila delle sofferenze e dei dolori era ancora lunga, interminabile, un fiume inarrestabile. Era quasi alla fine del suo turno di guardia, ma pensò che aveva bisogno di un attimo di pausa.

Spinse il pulsante della porta a soffietto dopo avere avvertito l'infermiere che andava a prendere una boccata d'aria.

Si ritrovò fuori dall'atrio di ingresso del pronto soccorso, si fermò sotto la tettoia dove sostava un'ambulanza con le luci accese che si riverberavano sulla pioggia scrosciante a dirotto come un muro d'acqua.

Nel riflesso di quella luce intermittente vedeva comparire e scomparire l'immagine di quel trittico.

Non ricordava dove aveva letto di recente che non esistono patologie della persona, ma solo disturbi del destino.

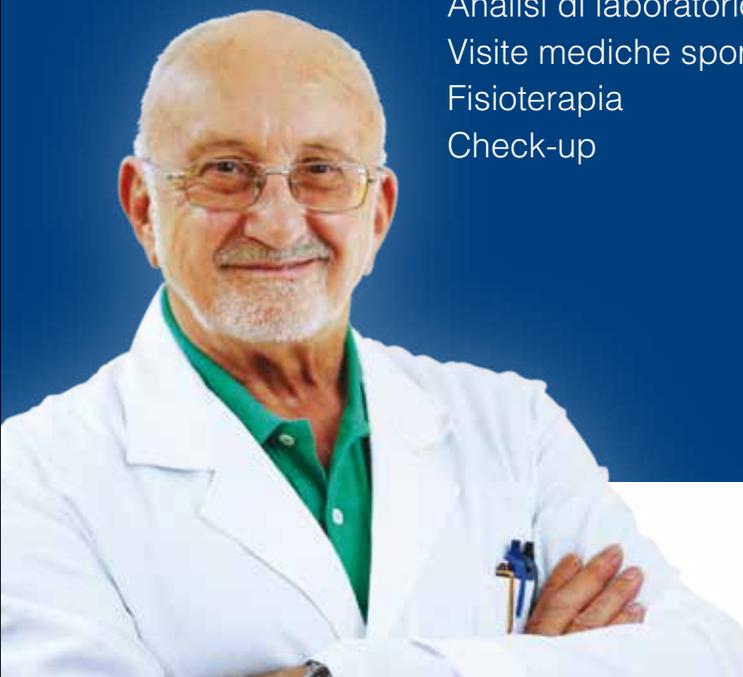
Quel trittico avrebbe rappresentato per lui l'immagine della Pietà riflessa dalla pioggia che rimbalzava sull'asfalto e tamburellava insistente sulla tettoia come un tamtam che invoca aiuto.

Vieni al CeMeDi per:

Visite specialistiche
Esami ecografici e
strumentali
Esami radiodiagnostici
Analisi di laboratorio
Visite mediche sportive
Fisioterapia
Check-up

Info e prenotazioni

www.cemedi.it
Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino
tel +39 011 0066880
fax +39 011 0066510
dal lunedì al venerdì
dalle 08:00 alle 18:45
con orario continuato e
il sabato dalle 08:00 alle 13:00



CeMeDi
Ci prendiamo cura di te.

Direttore sanitario dott. **Sergio Caramalli**

Dottore, ma è vero che...?

IL SITO PER UN'INFORMAZIONE
SCIENTIFICA ACCREDITATA

<https://dottoremaeveroche.it>

a cura della Redazione

La FNOMCeO, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, è un organo ausiliario dello Stato e la principale istituzione del mondo medico nel nostro Paese. Come tale essa ha due scopi principali e perfettamente complementari: tutelare la popolazione facendo sì, insieme ad altri organi, che venga garantito e difeso il suo diritto alla salute e, al tempo stesso, vigilare sulla Professione medica, difendendone la dignità e proteggendola da abusi.

Dottoremaeveroche è un sito che nasce con lo scopo di assolvere a entrambi questi compiti: offrire alla popolazione un'informazione accessibile, scientificamente solida e sempre trasparente, e ai Colleghi strumenti comunicativi nuovi, in linea con i tempi, proficui nell'attualizzare lo scambio che è alla base del rapporto tra medico e paziente.

Proponiamo in lettura, anche in questo numero, due articoli di Dottoremaeveroche che riguardano temi tanto dibattuti quanto, sovente, fraintesi.

SI PUÒ GUARIRE DAL CANCRO CON LA NUOVA MEDICINA GERMANICA?

di IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE

Alla base del concetto di Nuova Medicina Germanica, sviluppato negli anni Ottanta dal medico internista tedesco Ryke Geerd Hamer (è infatti nota anche come “Metodo Hamer”), c'è l'idea per cui ogni malattia fisica rappresenterebbe in realtà la manifestazione di un conflitto psichico. In particolare, le patologie organiche sarebbero naturali reazioni dell'organismo a una sofferenza emozionale che gli impedisce di vivere in serenità [1]. Di conseguenza, i trattamenti proposti dalla Nuova Medicina Germanica prevedono la risoluzione della tensione psicologica alla base del problema fisiologico, spesso senza bisogno di farmaci o di altre terapie organiche, considerate inutili e dannose. Infatti, dietro il Metodo Hamer si nasconde un'opinione molto netta, oltre che razzista, nei confronti della medicina moderna, la quale farebbe parte di una complessa cospirazione ebraica finalizzata a ridurre il numero di non ebrei. Purtroppo, benché la Nuova



Cerca le risposte alle domande
più frequenti sulla salute

...inizia qui a chiedere



Medicina Germanica rappresenti – secondo i suoi adepti – una teoria potenzialmente applicabile a ogni area della medicina, essa ha avuto una certa diffusione nell’ambito della cura dei tumori. Hamer riteneva che il cancro non è mai, di per sé, una malattia mortale. Al contrario, le patologie oncologiche causerebbero la morte del paziente solo indirettamente, per la perdita di peso e di energie prodotte dallo stress psichico associato alla diagnosi.



Da dove nasce la teoria della Nuova Medicina Germanica?

L’origine del Metodo Hamer è legata a un episodio ben preciso. Nel 1978, a causa di una lite che coinvolgeva terzi, il figlio di Hamer, Dirk, fu implicato in un incidente sull’Isola di Cavallo, in Corsica. In particolare, il giovane fu colpito nel sonno da un colpo di pistola partito – sembrerebbe – dalla carabina di Vittorio Emanuele di Savoia, il figlio dell’ultimo Re d’Italia. Dopo qualche mese, Dirk Hamer morì per le complicazioni associate a tale episodio. Secondo Hamer, il trauma emotivo da lui affrontato in quell’occasione fu talmente profondo da causargli, qualche anno più tardi, lo sviluppo di un cancro ai testicoli. Guarito, l’ex medico si convinse sempre di più della relazione tra i due eventi e cominciò a gettare le basi di quella che, in antitesi alla medicina ufficiale (da lui considerata filo-ebraica), chiamò la Nuova Medicina Germanica. Nel 1986, dopo essere stato ritenuto responsabile della morte di numerosi pazienti, venne radiato dall’Ordine dei Medici tedesco. Da quel momento Hamer fu più volte accusato di esercizio abusivo della professione medica dalle autorità tedesche, francesi, spagnole, austriache e belghe. Morì a Sandjeford, in Norvegia, nel luglio del 2017.



Ci sono prove scientifiche a supporto della teoria?

No. Come si legge nella conclusione di una pagina dedicata sul sito dell’Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC), “la teoria alla base del Metodo Hamer non ha nulla di scientifico, e anzi contraddice molto di ciò che si sa essere dimostrato sul funzionamento del corpo umano e sullo sviluppo delle patologie tumorali” [2]. Nel 2001,

un gruppo di esperti dello Swiss Group for Complementary and Alternative Methods in Cancer (SCAC), commissione patrocinata dalla Swiss Society for Oncology (SGO), dalla Swiss Society for Medical Oncology (SGMO) e dallo Swiss Institute for Applied Cancer Research (SIAC), ha preso in esame la teoria della Nuova Medicina Germanica, arrivando alla seguente conclusione: “Dopo un’attenta analisi, non sono state individuate evidenze a supporto delle asserzioni di Ryke Geerd Hamer o dei trattamenti oncologici che egli propone” [3]. Dello stesso parere è David Gorsky, chirurgo oncologo del Barbara Ann Karmanos Cancer Institute di Detroit, il quale in un articolo pubblicato nel 2009 sul sito Science-Based Medicine ha definito la teoria di Hamer “una ciarlataneria” [4]. Inoltre, secondo il medico statunitense, tale approccio è tanto più condannabile in quanto “si nutre di un elemento tipico della ‘medicina alternativa’: la tendenza a incolpare le vittime. (...) Se il malato di cancro non riesce a superare questo ‘trauma’ e muore, la colpa è sua, in quanto evidentemente non ha creduto abbastanza nella cura”.



La Nuova Medicina Germanica è pericolosa?

È molto pericolosa. Come si legge nella relazione dello SCAC, “i pazienti che si affidano esclusivamente ai trattamenti oncologici proposti dal Metodo Hamer rischiano di perdere tempo prezioso”. L'ex medico tedesco, infatti, convinceva i suoi pazienti che la chemioterapia e la radioterapia fossero assolutamente inutili, così come le biopsie e altre tipologie di chirurgia esplorativa. Dal suo punto di vista un tumore doveva essere operato solo in caso di pressione su nervi vitali, arterie e vasi escretori. Inoltre, egli riteneva che il dolore non dovesse essere trattato e invitava i pazienti a sopportare sofferenze estreme con la convinzione che queste fossero utili al processo di cura.

In Italia si è parlato del Metodo Hamer nel 2016, in seguito alla morte di una paziente affetta da melanoma trattata secondo i principi dell'omeopatia e della Nuova Medicina Germanica. La dottoressa responsabile di tali indicazioni è stata poi condannata a due anni e sei mesi di detenzione [5].

Bibliografia

1. "The German/Germanic New Medicine", Sito web curato da allievi di Ryke Geerd Hamer
2. Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro, "Il cosiddetto “metodo Hamer” è una cura per il cancro?"
3. Swiss Group for Complementary and Alternative Methods in Cancer (SCAC), "Hamer's <>", Lega Svizzera contro il Cancro, 2001.
4. Gorsky D. "The “Iron rule of cancer”: the dangerous cancer quackery that is the “German new medicine”".
5. "Torino, cancro curato con le erbe. Medico condannata a due anni e mezzo", Il corriere della Sera, 4 aprile 2017.
6. Fondation contre le Cancer, "Le dangers de la théorie du docteur Hamer"

Fonte: <https://dottoremaeveroche.it/si-puo-guarire-dal-cancro-con-la-nuova-medicina-germanica/>

I FIORI DI BACH COMBATTONO ANSIA E STRESS?

di IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE



Cosa sono?

I cosiddetti fiori di Bach sono una terapia alternativa ideata dal medico britannico Edward Bach (1886-1936), il quale riteneva che tutte le malattie avessero un'origine psicosomatica e che le essenze dei fiori potessero influire sulla psiche umana. Bach individuò 38 fiori e li divise in gruppi: secondo la sua classificazione esistono fiori “guaritori”, “aiuti” e “assistenti”.

All'epoca, per preparare i rimedi floreali di Bach si usavano due metodi: si lasciavano macerare al sole in una ciotola d'acqua o si bollivano per circa mezz'ora. In entrambi i casi al liquido ottenuto, chiamato “tintura madre”, veniva aggiunto del brandy per conservarlo. Oggi la tintura madre originale non si trova in commercio e le soluzioni di fiori di Bach sono ottenute da miscele di brandy a cui vengono aggiunte due gocce di tintura madre.



Per cosa sono prescritti?

I fiori di Bach vengono prescritti per trattare alterazioni delle emozioni e della personalità. Secondo la floriterapia, infatti, il singolo fiore trasformerebbe l'emozione negativa in una positiva facendo scomparire il sintomo fisico, ritenuto il disturbo finale e quindi il segno di un disagio più profondo. I fiori di Bach, secondo i fautori di questo metodo, possono aiutare in situazioni di stress, ansia o insonnia, o aumentare l'efficacia di altre terapie per la soluzione di disturbi e problemi comuni come allergie o dolori mestruali.



Ma è vero che funzionano?

La presunta efficacia dei fiori di Bach è stata ripetutamente invalidata dalla ricerca clinica e scientifica internazionale, che **in numerosi studi ha evidenziato come il loro effetto sia simile a quello del semplice placebo** [1, 2]. Inoltre, da una revisione sistematica delle ricerche scientifiche pubblicata nel 2009, è emerso che la maggior parte delle prove disponibili sull'efficacia e la sicurezza dei fiori di Bach presenta un elevato rischio di parzialità, dovuta principalmente all'**assenza di rigore metodologico nello svolgimento degli studi** [3, 4].



Uno studio randomizzato in doppio cieco ha valutato l'efficacia dei fiori di Bach nei disturbi d'ansia, giungendo alla conclusione di un'efficacia paragonabile a quella del placebo [5] (Walach 2001). Uno studio su 40 bambini tra i 7 e gli 11 anni ha confrontato i fiori di Bach e il placebo nel trattamento della ADHD (sindrome da deficit di attenzione e iperattività) non mostrando alcuna differenza tra le due strategie [6]. Anche la revisione sistematica prima citata non ha mostrato differenze di esito tra la somministrazione di fiori di Bach e placebo nel trattamento sia dell'ansia sia della ADHD [3].



Cosa dicono gli esperti?

Il potenziale terapeutico del placebo – quantomeno in termini di sollievo – è noto, ed è stato confermato da studi molto rigorosi. Ma guardare con favore al ricorso a rimedi come i fiori di Bach usando l'argomento “sono efficaci in quanto determinano un effetto placebo” sarebbe certamente improprio. Come scrive Giorgio Dobrilla, medico con grande esperienza su questi argomenti, “la medicina seria è una sola (...), quella che si propone obiettivi strategici (la guarigione) e non solo tattici (il momentaneo miglioramento sintomatico)” [6].

Bibliografia

1. Ernst E. "Flower remedies: a systematic review of the clinical evidence", Wiener Klinische Wochenschrift 2002; 114: 963-6.
2. Halberstein RA, Sirkin A, Ojeda-Vaz MM. "When less is better: a comparison of Bach Flower Remedies and homeopathy"
3. Thaler K, Kaminski A, Chapman A, Langley T, Gartlehner G. Bach "Flower Remedies for psychological problems and pain: a systematic review", BMC Complementary Alternative Med 2009; 9: 16.
4. Wolff RF, Forbes CA. "Can complementary medicine be based on evidence", Swiss Med Wkly 2010;140:w13113.
5. Walach H, Rilling C, Engelke U. "Efficacy of Bach-flower remedies in test anxiety: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial with partial crossover", Journal of anxiety disorders 2001; 15: 359-66.
6. Pintov S, Hochman M, Livne A, Heyman E, Lahat E. "Bach flower remedies used for attention deficit hyperactivity disorder in children—a prospective double blind controlled study", Eur J Paed Neurol 2005; 9: 395-8.
7. Dobrilla G. "Placebo e dintorni", Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.

Fonte: <https://dottoremaeveroche.it/i-fiori-di-bach-combattono-ansia-e-stress/>



NON SI PUÒ FARE LA CHEMIOTERAPIA IN GRAVIDANZA?

di ROBERTA VILLA



Da dove nasce questa idea?

Un tempo la diagnosi di cancro in gravidanza imponeva spesso una tragica scelta tra la vita della madre e quella del nascituro. Le tecniche anestesiológicas e chirurgiche, infatti, non consentivano la rimozione della maggior parte dei tumori senza che ciò comportasse rischi per il feto. La chemioterapia, poi, necessaria a trattare la maggior parte dei tumori, agisce uccidendo le cellule che proliferano di più: insieme con quelle del cancro si pensava che avrebbe inevitabilmente fatto lo stesso anche su quelle in rapido sviluppo dell'individuo in via di formazione. Un danno analogo ci si aspettava dalle radiazioni usate per la radioterapia.

I tre pilastri del trattamento contro il cancro, necessari per salvare la madre, si scontravano quindi con le loro potenziali conseguenze in termini di gravi malformazioni o altri danni al feto. Nei rari casi in cui la malattia veniva scoperta in occasione della gravidanza, quindi, questa veniva spesso interrotta per consentire le cure necessarie a salvare la madre.



Che cosa la smentisce?

Negli ultimi anni è stato però dimostrato che in molti casi, con particolari accorgimenti, è possibile incominciare le cure durante la gestazione e prolungarla almeno fino a quando il neonato, per quanto prematuro, è in grado di sopravvivere senza troppi rischi al di fuori dell'utero materno.

Gli interventi chirurgici, quando necessari per l'asportazione del tumore, con un'anestesia adeguata sono oggi considerati sicuri anche in gravidanza, a meno che non richiedano un'immediata, successiva radioterapia, che resta controindicata durante tutti e tre i trimestri della gestazione stessa.

Alcuni tipi di chemioterapia, invece, come per esempio quelli a base di antracicline – una volta superate le prime 12 settimane di formazione del feto, e viceversa non troppo in prossimità del parto – possono essere somministrati con alcune precauzioni anche alle donne in gravidanza.

Se il trattamento è effettuato da un'équipe specializzata, secondo appositi criteri che riguardano le dosi, la modalità di somministrazione e i tempi della chemioterapia, almeno nel caso del tumore al seno per il quale c'è una maggiore documentazione scientifica, non sembra che la prole ne debba risentire, se non per un peso alla nascita tendenzialmente inferiore alla media, che però viene recuperato facilmente.

Solo ulteriori studi prolungati nel tempo potranno escludere altre possibili conseguenze a lungo termine, per esempio sul rendimento scolastico o sulla fertilità di questi bambini una volta cresciuti.

Altri trattamenti, come quelli di tipo ormonale (tamoxifene) o basati su farmaci a bersaglio molecolare (come trastuzumab, per esempio), non sono invece considerati sicuri per il feto e restano controindicati in gravidanza.

In ogni caso non esistono ancora raccomandazioni standard che si possano estendere a tutte le pazienti. Ogni caso richiede un approccio individualizzato, che deve essere concordato tra la gestante e i medici, possibilmente di un centro specializzato nella gestione di queste situazioni particolarmente delicate.



Perché se ne parla?

I casi di cancro diagnosticato in gravidanza sono solo una piccola quota del totale dei tumori che colpiscono le donne, ma la loro frequenza è in crescita dal momento che le donne arrivano ad avere un figlio in età sempre più avanzata, quando il rischio di sviluppare un cancro aumenta naturalmente. La gravidanza inoltre è il momento della vita in cui una donna sana si sottopone più facilmente a esami e controlli, per cui può capitare che la malattia sia sospettata o individuata in fase iniziale in occasione di una di queste visite, a cui, se non aspettasse un figlio, magari la donna non si sarebbe sottoposta.

La maggior parte dei tumori che compaiono in gravidanza sono gli stessi che si verificano nelle donne che non sono in attesa, a pari fascia di età. Il più comune resta per tutte il tumore al seno, su cui è stata condotta la maggior parte delle ricerche esistenti.

Bibliografia

1. Balinskaite V, Bottle A, Sodhi V, Rivers A, Bennett P, Brett, S, Aylin, P. "The Risk of Adverse Pregnancy Outcomes Following Nonobstetric Surgery During Pregnancy: Estimates From a Retrospective Cohort Study of 6.5 Million Pregnancies", *Ann Surg* 2017; 266: 260-266.
2. Esposito S, Tenconi R, Preti V, Groppali E, Principi N. "Chemotherapy against cancer during pregnancy A systematic review on neonatal outcomes", *Medicine* 2016; 95: e4899.
3. Raphael J, Trudeau M e Chan K. "Outcome of patients with pregnancy during or after breast cancer: a review of the recent literature", *Curr Oncol* 2015; 22: s8-s18.
4. AIRC - Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, "Il cancro in gravidanza"

Fonte: <https://dottoremaeveroche.it/non-si-puo-fare-la-chemioterapia-in-gravidanza/>

DISPORRE OGGI

PER NON IMPEGNARE I PROPRI CARI DOMANI

CON "100 ANNI" DI GIUBILEO
OGGI È POSSIBILE PREDISPORRE E PAGARE
IN ANTICIPO, CON TRANQUILLITÀ,
LA CERIMONIA DESIDERATA
PER IL PROPRIO O ALTRUI COMMIATO,
IL TUTTO CON LA GARANZIA TOTALE
DI RISERVATEZZA E AFFIDABILITÀ
OFFERTA DA UN LEADER NEL SETTORE.



(011.8181

24 ORE SU 24

www.giubileo.com



GIUBILEO

RENDIAMO ONORE ALLA STORIA DI UNA VITA



efi Eccellenza
Funeraria
Italiana

100 ANNI

*Cerimonie di commiato
predisposte in vita*

LEXUS NX HYBRID



CON TECNOLOGIA
SELF-CHARGING HYBRID.

Nessuna ricarica, nessun diesel, nessun compromesso. Scegli NX Hybrid con Motorizzazione **Self-Charging Hybrid** da **197 CV** con cambio automatico, trazione integrale, innovativa tecnologia **Lexus Safety System+ di serie** e **Premium Navigation** con display da 10,3".



TI ASPETTIAMO PER UNA PROVA SU STRADA.

VALORI MASSIMI: CONSUMO COMBINATO 5.9 l/100 km, EMISSIONI CO₂ 135 g/km.



LEXUS - TORINO NORD



VIA BOTTICELLI, 82 **TORINO** TEL. 011.2466211 - www.spazio4le.spaziogroup.com