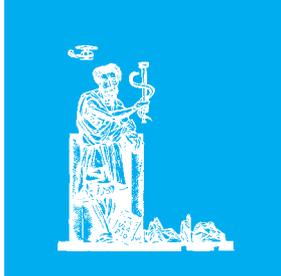


BOLLETTINO



03 | 2018

MEDICOTRENTINO

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO



RIFORMARE LA DEONTOLOGIA MEDICA

Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • 70% NE/TN • Anno LXV - N. 3/2018 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51

Speciale Deontologia

Dal convegno di Trento- 23 giugno

Giornata del medico e dell'odontoiatra

17 novembre- Teatro Sociale Trento

Continuità assistenziale

La sicurezza nei posti di guardia

LE 7 MERAVIGLIE DEL CLUB

GRATIS PER I SOCI

1 75 CREDITI IN FAD H 24 – 7 GIORNI SU 7 PER QUALSIASI SPECIALIZZAZIONE

2 TUTELA LEGALE, UNICA SUL MERCATO, MASSIMALE ILLIMITATO PER ANNO E SINISTRO

3 ASSISTENZA LEGALE PERMANENTE, IN AMBITO PROFESSIONALE E CIVILE

4 EDICOLA DIGITALE, QUOTIDIANI E RIVISTE NAZIONALI E INTERNAZIONALI (7.500 RIVISTE E QUOTIDIANI E 300.000 E-BOOK E TANTO ALTRO)

5 100 EURO DI BONUS VIAGGI, SENZA LIMITI, SUL NOSTRO CATALOGO VIAGGI RISERVATO

6 SOLUZIONI UNICHE DEDICATE, IN AMBITO FINANZIARIO, ASSICURATIVO, IMMOBILIARE

7 MY PLUS LA CARD CHE SPALANCA LE PORTE AL BENESSERE DI TUTTA LA TUA FAMIGLIA.

sport e relax in oltre 400 Fitness Club e Spa, con un risparmio fino al 60%

oltre 1.100 strutture sanitarie in Italia, con un risparmio fino al 30%

oltre 1.200 studi odontoiatrici, con un risparmio fino al 70%

cure fisioterapiche e riabilitative, con un risparmio minimo del 25%

ASSOCIATI A CLUB MEDICI

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE

150€

TARIFFA PER ISCRITTI ALL'OMCeO TRENTO*

~~150€~~
120€

*la tariffa è valida fino al 30 Novembre 2018

Riformare la deontologia ■ medica

Le conclusioni del convegno nazionale svoltosi a Trento



Marco Ioppi
Presidente dell'Ordine



Stefano Bonora
Presidente della CAO

Il 23 giugno 2018 l'Ordine ha organizzato un congresso nazionale per far conoscere le proposte per un nuovo codice deontologico elaborate dal gruppo di lavoro al quale hanno partecipato oltre al Consiglio direttivo e la Commissione di Bioetica dell'Ordine anche FBK, programma per la salute e la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento, sezione di Biodiritto.

Il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli, ha dato il suo sostegno all'iniziativa assicurando il costante appoggio della Federazione.

L'obiettivo era di mettere in campo una idea nuova di medico e stimolare cambiamenti nei suoi modi di essere e di operare, per saper rispondere in modo coerente alle tante sfide del tempo.

In questo scenario Trento può giocare un ruolo da protagonista, portando avanti questo processo culturale e diventando così, come Ivan Cavicchi l'ha denominata, "Città della deontologia".

Una buona sanità è possibile solo con il coinvolgimento dei medici e la partecipazione responsabile dei cittadini e non basta più una deontologia che si limita a regolare comportamenti e condotte dei medici, ma è fondamentale invitare anche i cittadini a fare altrettanto, promuovendo assieme una Deontologia sociale.

Partendo da questa convinzione la proposta è prevedere una intesa tra Ordine dei Medici e Provincia Autonoma di Trento - che per le condizioni favorevoli che derivano dalla sua Autonomia, rappresenta sicuramente uno straordinario laboratorio di progetti e di idee innovative - una intesa volta a sviluppare nuove condizioni di alleanza tra medici e cittadini e quindi tra etiche professionali ed etiche sociali, in un percorso sperimentale e condiviso, costruito in partnership tra Professionisti, Istituzioni locali e Federazione nazionale.

Il primo atto di questa intesa potrebbe essere la sottoscrizione di un "patto di ospitalità", che consista nel sostenere e attivare nella società un processo culturale teso a trasformare il concetto di ricovero in ospitalità e quello di accettazione in accoglienza e impegnarsi a costruire un sistema integrato, dove davvero la relazione di cura sia al centro, dove il medico sia coinvolto e responsabile e il cittadino reso coprotagonista si senta tutelato nelle sue richieste di salute.

L'ordine dichiara la disponibilità per vedere realizzata la proposta/scommessa di questo percorso pilota che ovviamente prevede, con il coordinamento dell'assessorato il coinvolgimento degli altri ordini e della consulta per la salute.

La provincia di Trento diventerebbe capofila di una iniziativa semplice, ma rivoluzionaria a difesa del servizio sanitario pubblico e potrebbe fare da apripista di altre iniziative analoghe nel resto del paese.

SOMMARIO

EDITORIALE

Riformare la deontologia medica: proposte per un nuovo codice deontologico 3

Ampio resoconto sul convegno del 23 giugno 5

SPECIALE DEONTOLOGIA

Deontologia e prescrizione 8

La relazione con i pazienti 10

Tecnologia e deontologia 12

Riformare la deontologia medica: l'errore medico 14

Verso un nuovo codice o una nuova deontologia? 18

Medico e paziente: è cambiato tutto 21

IN PRIMO PIANO

La continuità assistenziale: la sicurezza nei posti di guardia 23

Attività di soccorso in montagna e gestione delle malattie croniche 24

Un libro tutto da gustare 26

PARLIAMO CON...

Parliamo con Antonella Graiff: FBK per la salute 28

SANITÀ: NORME, FATTI, EVENTI

Albi dei consulenti tecnici e dei periti 31

ENPAM 32

Omessa conservazione della cartella clinica 33

Protocollo intesa CAO assessorato alla salute e APSS 34

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

Triennio 2018-2020

Marco Ioppi *Presidente*
Costantini Monica *Vicepresidente*
Ziglio Andrea *Segretario*
Filippi Lorena *Tesoriere*

CONSIGLIERI:

Bortolotti Paolo, Caliaro Michele, de Pretis Giovanni, Del Greco Maurizio, Della Sala Sabino, di Geronimo Maria Claudia, Falzone Rosalba, Noro Gabriele, Parisi Giuseppe, Polizzi Leonardo, Bonora Stefano (*odontoiatra*), Albertini Laura (*odontoiatra*)

REVISORI DEI CONTI:

Del Dot Luca (presidente), Ventura Luisa, Zuech Sandro
Supplente: Longo Luigi

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

Bonora Stefano (presidente), Albertini Laura, Barbacovi Renzo, Casagrande Massimo, Furlini Nicola

LE COMMISSIONI DELL'ORDINE:

Commissione Ambiente:

coordinatore Paolo Bortolotti

Commissione Bioetica:

coordinatore Stefano Visintainer

Commissione Formazione e Aggiornamento:

coordinatore Giuseppe Parisi

Commissione Giovani:

coordinatore Andrea Ziglio

Commissione Ricerca e Sviluppo:

coordinatore Giovanni de Petris

Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione:

coordinatrice Bruna Zeni

Commissione delle medicine alternative:

coordinatrice Maria Claudia di Geronimo

Commissione Ricerca Storica:

coordinatore Gianni Gentilini

Sportello permanente di ascolto:

Giuseppe Parisi, Sabino Della Sala e Maria Claudia di Geronimo

Osservatorio per la professione al femminile:

coordinatrice Monica Costantini

Commissione per la medicina di genere:

coordinatore Maurizio Del Greco

Commissione riorganizzazione delle cure primarie:

coordinatrice Monica Costantini

Responsabile revisione sito web:

Leonardo Polizzi

BOLLETTINO MEDICO TRENTO NUMERO 03 OTTOBRE 2018

COMITATO DI REDAZIONE:

Consiglio dell'Ordine

Direttore Responsabile: **Marco Ioppi**

Segretario di redazione: **Michele Caliaro**

Editore: Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento

CONTATTI:

Tel. 0461 825094 - Fax 0461 829360

info@ordinemedicitn.org

Ordine: segreteria.tn@pec.omceo.it

Odontoiatri: presidenzacao.tn@pec.omceo.it

GRAFICA, PUBBLICITÀ:

OGP srl - Agenzia di pubblicità

Via dell'Ora del Garda, 61 - Tel. 0461 1823300

info.ogp@ogp.it - www.ogp.it

STAMPA:

Nuove Arti Grafiche - Trento

■ Deontologia medica: proposte per un nuovo codice deontologico

Il saluto di Antonella Graiff per FBK

In occasione del convegno del 23 giugno si è parlato di deontologia medica, di una nuova deontologia e di un viaggio per costruirla, del quale – riprendendo le parole di Cavicchi – si conosce il punto di partenza e più o meno il punto d’arrivo, ma che si svolge attraverso un territorio aperto e poco noto.

Vorrei portare una mia breve osservazione a questo proposito, dopo aver curiosato la letteratura e ascoltato con attenzione la discussione e il confronto dialettico, talvolta serrato, a cui ho avuto modo di assistere durante i lavori, che hanno portato alle riflessioni e considerazioni che sono ben illustrate nel libro. Osservazione, la mia, che mi permetto di fare da non medico e da non giurista e mi perdonerete per la presunzione.

Si può dire che la medicina è nata con la Deontologia? In fondo, l’elemento fondante della medicina moderna non è proprio il Giuramento di



Ippocrate, quel Giuramento che ogni giovane medico presta prima di affrontare la propria professione, che a me piace chiamare in modo retrò, missione?

In Ippocrate non è possibile scindere la dimensione scientifico – professionale del medico dalla sua dimensione etica: “Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa”, detta uno dei precetti del testo antico.



Quello che si è fatto è ripartire dunque da quei principi fondamentali, scritti nel Giuramento, ripensando la tradizione nel quadro di una società che sta profondamente cambiando. Una sorta di “compromesso” tra la conferma millenaria da una parte, e il rapido mutare del contesto sociale e di prospettive scientifiche dall'altra.

VORREI TERMINARE CON UNA SUGGERZIONE.

La stele di Hammurabi, esposta al Museo del Louvre a Parigi, è un blocco di pietra nera vulcanica alta più di 2 metri. Nella parte superiore è scolpito Hammurabi, re illuminato dell'impero babilonese, che ha regnato circa nel 2000 a.c. , in piedi, che aspetta di ricevere le leggi dal Dio della giustizia – Shamash, seduto su di un trono. Al di sotto del bassorilievo si trova il testo delle leggi, il Codice di Hammurabi, scritto in carattere cuneiforme (primo codice di leggi scritte), grazie al quale i cittadini potevano sentirsi tutelati, nel bene e nel male. Dei suoi 282 paragrafi, 11 si riferiscono alle pratiche di medici e veterinari.



Antonella Graiff
 Coordinatrice del progetto
 FBK per la salute

TRA QUESTI VORREI CITARE ALCUNE DISPOSIZIONI:

«Se un dottore ha curato un uomo libero con un coltello di metallo per una ferita grave e l'uomo libero è guarito, dovrà ricevere dieci sicli d'argento».

«Se è il figlio di un plebeo, riceverà cinque sicli d'argento».

«Se è uno schiavo, il proprietario dello schiavo darà due sicli d'argento al dottore».

«Se un dottore ha curato un uomo con un coltello di metallo per una ferita grave, e ha causato la morte dell'uomo, o ha aperto il tumore di un uomo con un coltello di metallo e ha distrutto l'occhio dell'uomo, gli verranno tagliate le mani».

«Se un dottore ha curato lo schiavo di un plebeo con un coltello di metallo per una ferita grave e ne ha causato la morte, dovrà rendere schiavo per schiavo».

Ne abbiamo fatta di strada, mi pare!

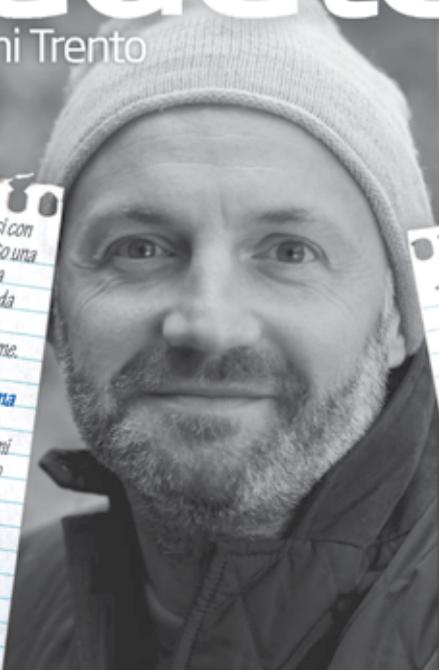
chiedetelo a loro

Alessio, 39 anni Trento

Attilio, 82 anni Bolzano

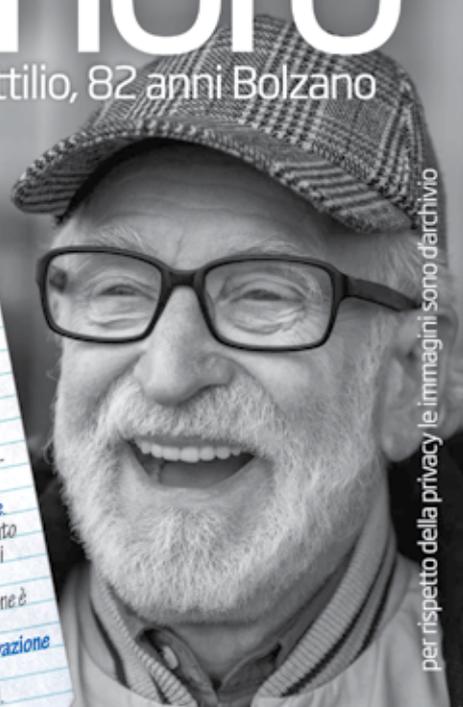
...ho acquistato i nuovi apparecchi acustici con tecnologia Velox: finalmente ho incontrato una vera evoluzione! Posso ascoltare la TV senza cuffie aggiuntive, registrare vari programmi da utilizzare in base all'ambiente in cui mi trovo: posso velocemente alzare o abbassare il volume. **Ma la grande differenza è che posso sentire anche i più piccoli rumori che prima non riuscivo a cogliere.** Danno il meglio in ambienti chiusi o in mezzo alla natura facendomi percepire suoni ormai quasi dimenticati e la loro distanza. Certo, rimangono protesi acustiche ma assomigliano sempre di più all'udito "naturale" avvicinandosi a quella che potremmo definire "normalità". Vorrei ringraziare Acustica Trentina per la professionalità e capacità nel seguire le esigenze del cliente.

Alessio F.



"Quando si riscontra un problema è ovvio cercare di risolverlo. Così, quando il mio udito ha cominciato a perdere colpi, ho cercato una soluzione che potesse aiutarmi. Mi sono stati consigliati degli apparecchi acustici con tecnologia Velox che ho provato e poi acquistato. Come speravo, il mio udito è migliorato notevolmente. Ma la vera sorpresa - estremamente gradita - **è stata quanto questo miglioramento abbia agito sulla mia attività cerebrale.** Mi sento veramente ringiovanito, ho ritrovato l'energia mentale per tornare ad occuparmi delle mie attività, con rinnovato vigore e passione. Relazionarmi con le altre persone è diventato divertente come una volta. Posso dire senz'altro che **questa innovazione mi ha cambiato la vita.**"

Attilio M.



Giovanna, 67 anni Trento

Fiorenzo, 58 anni Bolzano

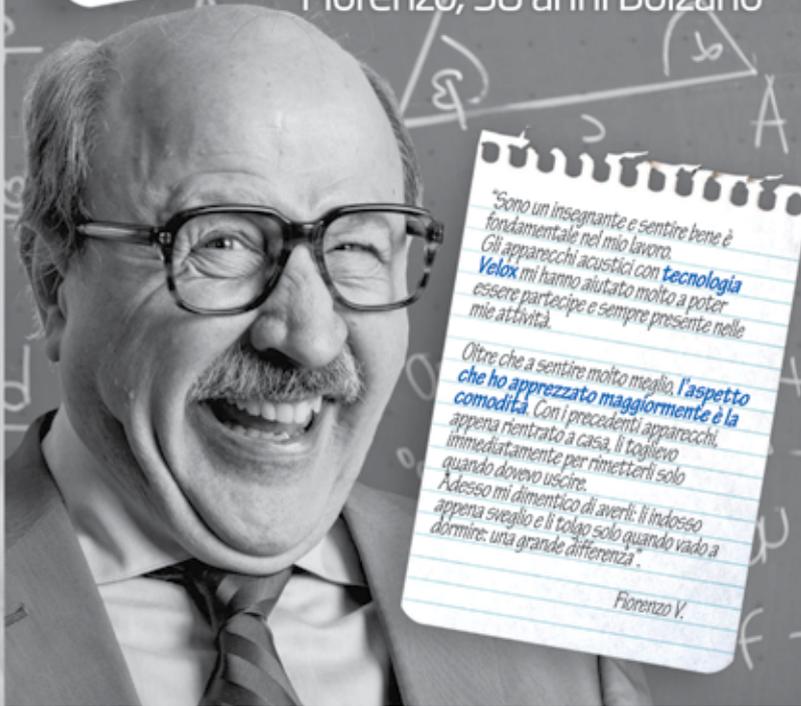
"Sono una pensionata e porto da un po' gli apparecchi acustici. Devo dire che mi trovo molto bene, li indosso al mattino e li tolgo alla sera, non mi accorgo nemmeno di portarli! Posso parlare al telefono, ascoltare la TV, e le persone che mi parlano, compreso mio figlio, sono molto contente. **I miei nuovi apparecchi acustici sono i miei gioielli!**" Vorrei ringraziare Acustica Trentina per la professionalità con cui segue i suoi clienti.

Giovanna C.



"Sono un insegnante e sentire bene è fondamentale nel mio lavoro. Gli apparecchi acustici con tecnologia Velox mi hanno aiutato molto a poter essere partecipe e sempre presente nelle mie attività. Oltre che a sentire molto meglio, l'aspetto che ho apprezzato maggiormente è la comodità. Con i precedenti apparecchi, appena rientrato a casa, li toglievo immediatamente per rimetterli solo quando dovevo uscire. Adesso mi dimentico di averli: li indosso appena sveglio e li tolgo solo quando vado a dormire: una grande differenza".

Fiorenzo V.



Queste sono solo alcune delle tante testimonianze che i nostri clienti ci regalano e che ci fanno sentire orgogliosi del nostro lavoro.

Se volete approfondirle maggiormente, possiamo darvi la possibilità, grazie alla loro grande disponibilità, di **parlare direttamente con loro** per un confronto più approfondito.



ACUSTICA TRENINA
innanzitutto persone

Sede: Trento, Viale Verona 31/2 - Tel. 0461 913320 - Bolzano, via Palermo, 65/d - Tel. 0471 910169 - www.acusticatrentina.com
Filiali: via Mazzini, 25 - via Brennero, 90 Arco - Borgo Valsugana - Cavalese - Cles - Mezzolombardo - Pergine - Ponte Arche - Rovereto - Merano

■ Deontologia e prescrizione

Credo che uno dei pregi da rimarcare della discussione sulle “Coordinate per una nuova deontologia medica”, che si è svolta all’Ordine dei Medici di Trento sotto la guida del prof. Cavicchi, sia l’ambizione sin da subito dichiarata di non limitarsi all’approfondimento deontologico su temi di alta rilevanza ma di affrontare complessivamente tutti gli aspetti dell’agire medico, anche quelli apparentemente più banali.

C’è infatti tutta una “deontologia del quotidiano” che richiama a scelte frequenti, apparentemente neutre, ma che a ben vedere hanno importanti implicazioni sul giudizio di valore del bilanciamento tra i diritti del cittadino e i doveri del medico, che costituisce in fondo l’essenza della deontologia.

Paradigmatico, a mio parere, è il comune atto di prescrizione dei farmaci: “la terapia”, praticamente inevitabile conclusione finale di ogni visita, forse la massima espressione simbolica della centralità del medico.

Bene, proprio su questo le “Coordinate per una nuova deontologia medica” hanno fatto un’affermazione netta e importante: la cura non va intesa e non va ridotta alla sola terapia.

La cura ha come obiettivo quello di perseguire uno scopo, che sia prevenzione o guarigione o anche solo controllo dei sintomi, discusso e condiviso tra medico e paziente.

Questo pone al centro della medicina non il medico, non il paziente, ma la loro relazione.

Questa affermazione ha delle implicazioni rilevanti, anche nella “logica” della prescrizione del farmaco.

Logica che ha tutta una sua evoluzione, soprattutto nei tempi recenti.

Basata da sempre sull’esperienza empirica del medico perno del sistema, ha avuto una prima grande svolta nel 1992 con la pubblicazione su JAMA del documento dell’EBM working group. Da allora l’Evidence Based Medicine è diventata il paradigma.

Il medico rimane al centro del sistema ma accetta una necessaria standardizzazione del suo agire, con le linee guida che diventano lo strumento di sintesi delle prove della ricerca scientifica a cui l’agire del prescrittore tende a conformarsi.

A un quarto di secolo di distanza da questa importante innovazione molte cose sono però cambiate. Dall’epidemiologia dell’acuto si è progressivamente passati a quella della multimorbilità.

Le principali condizioni patologiche (es. diabete, ipertensione) hanno visto abbassarsi i valori soglia di definizione di presenza di malattia, il concetto stesso di malattia è stato esteso ai fattori di rischio di patologia (es. osteopenia vs frattura).

Questo ha significato, in termini di prescrizione farmacologica, il crearsi della comune condizione, per la maggior parte dei pazienti cronici, di assuntori a tempo indefinito di politerapie addizionali che contemplanano almeno 10-15 farmaci diversi.

La prescrizione farmacologica è diventata la sommatoria di interventi settoriali costruita nel tempo da una spesso casuale aggregazione di professionisti che non costituiscono quasi mai una rete di curanti che comunicano tra loro e condividono l’obiettivo della cura.

Singolarmente essi possono agire con appropriatezza, tenendo conto ciascuno delle evidenze dei trial e delle linee guida di ogni singola specialità.

Ma le politerapie che ne conseguono come risultato finale a ben vedere rappresentano quanto di più empirico ci possa essere, non essendo mai in realtà state verificate in un contesto sperimentale rigoroso.



Marco Clerici
Medico di Medicina
Generale



Somma di evidenze troppo frammentate uguale nessuna evidenza? Forse.

Su questo punto le “Coordinate” esprimono però un concetto secondo me deontologicamente importante e che fornisce una risposta anche di valore metodologico: più che appropriate le cure devono essere adeguate e coerenti alla complessità individuale.

Se la relazione tra medico e paziente è il centro del sistema, allora la personalizzazione condivisa della terapia, che tenga conto delle evidenze scientifiche ma anche delle preferenze e dei valori dei pazienti, diventa il nuovo paradigma.



Nella relazione nessun criterio decisionale è superiore al consenso e nel percorso di cura i processi e le procedure non devono mai predominare sull’outcome, che deve essere un obiettivo condiviso e definito individualmente.

Questa rilevanza attribuita dalle “Coordinate” alla relazione tra pari e quindi alla necessaria comunicazione di contenuti anche scientificamente complessi pone anche al cittadino alcuni “doveri”, anche se ovviamente non deontologicamente prescrittivi, primo tra tutti quello di ricercare/acquisire una adeguata dimestichezza sulle conoscenze mediche relative alla propria salute/malattia.

La “Coordinate” attribuiscono inoltre esplicitamente agli Ordini il dovere di promuovere nel tessuto sociale lo sviluppo di conoscenze mediche adeguate alla co-costruzione di un’efficace relazione di cura.

Anche questa affermazione mi sembra di rilevante interesse nella prospettiva di una nuova definizione dei compiti degli Ordini nei confronti dello sviluppo di strumenti di collaborazione con i cittadini per il miglioramento della “health literacy” complessiva di tutta la popolazione.

Il tema, anche per quanto riguarda la terapia farmacologica, è molto attuale. Internet, e in particolare l’uso pervasivo dei social media, ha creato l’illusoria impressione di avere il sapere medico a totale disposizione senza nessuna necessaria intermediazione con il curante.

Le conseguenze sono la rivalutazione delle esperienze aneddotiche sull’efficacia delle terapie o “l’irreversibilità del fake”, quale l’associazione vaccini-autismo.

Una nuova relazione di cura, funzionale alla condivisione informata delle scelte terapeutiche, fondata sulla reciproca responsabilità del medico e del paziente, centrale di per sé e non vissuta come contrapposizione di due centralità separate, è la risposta che le “Coordinate” suggeriscono.

Il medico diventa in questa prospettiva il professionista “autore” capace di identificare un profilo di senso complessivo da proporre al singolo paziente in un progetto condiviso di cura, non certo il tecnico che si affida meccanicamente a percorsi predefiniti di supporto decisionale, quando non a logiche di tipo difensivo.

Un professionista “autore” capace di intravedere, in ogni atto medico anche quotidiano come la prescrizione di un farmaco, tutta la dimensione deontologica che esso racchiude.

■ La relazione con i pazienti



Monica Costantini
Vicepresidente dell'Ordine

N

el ripensamento della deontologia medica è stata riservata ampia riflessione e discussione alla figura e al lavoro del medico oggi.

La professione medica, infatti, sta vivendo uno stato di sofferenza profondo, che non è soltanto legato ai contratti di lavoro, ma all'essenza, all'identità della professione stessa. Alla radice vi è una crisi dell'autonomia del medico, la cui libertà è sempre più condizionata da fattori economici, sociali, culturali, antropologici, tecnologici.

L'autonomia per un medico è la libertà di decidere, quindi di scegliere, ciò che è meglio per un malato e per la cura; e l'autonomia del medico è garanzia per il malato.

L'autonomia è un grandissimo valore, e lo è sempre più; più il medico si deve confrontare con pazienti esigenti, complessi, singolari, sempre diversi. L'autonomia serve a governare la complessità.

Se deve rimanere dentro una linea guida rigida, se non ha un'autonomia di scelta, come fa a curare bene questo malato?

A proporre la cura più precisa e individualizzata per questo malato? Le linee guida, che dovrebbero avere un ruolo di ausilio per il medico, adesso stanno diventando sempre più prescrittive. Esperienza e soggettività vengono viste come aspetti negativi dell'operare del medico. E nel momento in cui una linea guida è prescrittiva, è una lesione all'autonomia del medico.

Anche il concetto di autonomia evolve e deve essere puntualizzato. Non può essere un'autonomia, diciamo così, assoluta.

Da un lato che è un'autonomia che correla con quella delle altre figure con cui il medico si mette in relazione, che incontra altre autonomie e con queste si confronta.

Ad esempio è evidente che la relazione medico-paziente (con l'attuale paziente-esigente) comporta un relativo ridimensionamento dell'autonomia del medico perché questa si deve mettere in relazione con l'autonomia del malato. E tutte le scelte cliniche importanti dovrebbero essere fatte all'interno della relazione, nella cosiddetta alleanza terapeutica.

Così è anche nel rapporto con le altre professioni che è un incontro responsabile di autonomie. Non è possibile certo



il trasferimento di compiti medici agli infermieri, ma vanno ridefinite le relazioni reciproche e confrontate le autonomie.

Dall'altro lato, come vedremo, l'autonomia del medico è strettamente correlata alla responsabilità. Maggiore è l'autonomia, maggiore è la responsabilità.

L'autonomia deve anche essere sostenibile. Siamo realisti e sappiamo che le risorse sono poche. Dobbiamo essere sostenibili. Useremo l'autonomia del medico per fare sostenibilità attraverso il medico.

Il medico deve essere soluzione, non problema, e per esserlo deve ripensarsi diventando più bravo, imparando a governare le complessità, costruendo relazioni, combattendo diseconomie, ricostruendo un patto fiduciario con la società e con l'economia. Noi medici produciamo ricchezza, in quanto produciamo salute. E produrre salute è un'impresa impegnativa e difficile. Il malato è sempre più spesso un malato complesso, che presenta molteplici problemi, non solo di natura clinica, ma anche psicologica, sociale, economica, di relazioni. E proprio la complessità del malato rende difficile la comprensione dei suoi problemi di salute e la loro soluzione attraverso la cura. E anche la cura di questo malato complesso è necessariamente un atto complesso.



L'opera medica è tutto quanto costituisce la cura della complessità del malato e comprende tutti gli aspetti intellettuali, clinici, relazionali, strumentali, organizzativi, informativi che ne permettono l'attuazione. L'opera medica, intrinsecamente complessa proprio in ragione della complessità del malato, non è riducibile né a mansioni, né a compiti, né a singoli atti, né a singoli trattamenti e meno che mai a singole prestazioni (e quindi non può essere parcellizzata e suddivisa tra più operatori).

Non può essere pre-definibile in uno standard, in una procedura, in un atto compiuto. Deve necessariamente avere, come si dice, una forma epistemologica aperta.

L'opera medica è la cura. Se l'opera del medico è la cura, il medico nei confronti della cura è l'autore (come lo è un musicista, un pittore, un artigiano nei confronti della propria opera).

L'autore è una figura di medico, che non è più dipendente, convenzionato, libero professionista, ma è autonomo e responsabile (come dicevamo: dammi più autonomia e ti dimostro più responsabilità). L'autore è colui che con la sua opera governa in autonomia e responsabilità la complessità. Egli è definito da un particolare rapporto tra la sua autonomia di giudizio, la sua libertà decisionale e la responsabilità che egli assume nei confronti del malato in cura, della società e del datore di lavoro.

Alla base dell'autore c'è il grado di autonomia intellettuale e le sue responsabilità correlate. E questo medico è definibile per impegni e non solo per compiti. Al compito deve subentrare l'impegno. Con l'impegno professionale dell'autore il tradizionale principio dell'attribuzione, che stabilisce i compiti del medico, è integrato con il principio della realizzazione e del conseguimento dell'obiettivo di cura.

È fondamentale riconoscere al medico maggiore autonomia, avendo in cambio dal medico, come dicevamo, maggiore responsabilità; misurandone l'opera con i suoi effetti pratici quindi con i risultati conseguiti.

Tutto questo pone alla deontologia almeno due problemi davvero inediti:

- l'autore da un punto di vista deontologico non può avere solo doveri professionali, ma è portatore anche di diritti, ad avere almeno le condizioni minime e sufficienti per garantirli. A che serve stabilire dei doveri se poi il medico non è messo nelle condizioni di garantirli? Quindi per la prima volta la deontologia dovrà richiedere le condizioni necessarie all'esigibilità dei doveri professionali.

Il medico, dal proprio datore di lavoro, deve essere messo nelle condizioni di esercitare queste sue prerogative, di garantire al malato l'opera attesa e auspicabile, senza le quali i suoi doveri professionali rischiano l'inesigibilità. E l'organizzazione sanitaria non gli può imporre pratiche o modalità organizzative che gli impediscano di esercitare adeguatamente queste sue funzioni.

- l'opera dell'autore proprio, perché è prevalentemente un atto intellettuale, pone la questione della formazione adeguata per l'autore.

L'autore di fatto necessita di una formazione nuova quindi di un ripensamento dei programmi delle facoltà di medicina e delle scuole di specializzazione e di formazione in medicina generale. Egli deve essere formato alla complessità, alla nuova relazione medico-paziente.

■ Tecnologia e deontologia

I grande progresso tecnologico affermato negli ultimi decenni ha profondamente influenzato quasi tutti i campi sia per quanto riguarda gli aspetti professionali che le nostre attività quotidiane. Tale progresso ha consentito un eccezionale miglioramento dei risultati della cura medica, pensiamo solo ai progressi che si sono verificati nel campo della diagnostica di immagine ed in quello dei trattamenti chirurgici mini-invasivi ed ha anche profondamente modificato il modo di esercitare la professione medica. Nell'ultimo pur recente aggiornamento del codice deontologico (2014) il tema è affrontato in un solo articolo (art. 78) e limitatamente alla tecnologia informatica e con l'obiettivo di disciplinarne prevalentemente l'uso appropriato. Ma nulla di più.

Esiste invece un forte legame fra tecnologia e deontologia che si collega principalmente a come la tecnologia può modificare il lavoro del medico ed il rapporto con il paziente.

Ricordiamo che tecnologia non significa solo avveniristiche apparecchiature mediche ma anche accessoristica, farmaci, procedure chirurgiche, procedure mediche, percorsi organizzati (come ad esempio quelli degli screening), tutti aspetti che infatti rientrano nelle valutazioni sistematiche di efficacia dell'health technology assessment. La tecnologia in quanto tale



non sempre presenta solo elementi positivi, come usualmente viene invece enfatizzato dai mass media e come ritiene la maggior parte dei cittadini e, ad un progresso tecnologico, non necessariamente corrisponde un reale vantaggio clinico per gli utenti. Il continuo sviluppo tecnologico è la causa principale della natura inevitabilmente incrementale della spesa sanitaria, aspetto che pone inevitabilmente il tema della sostenibilità del sistema sanitario pubblico. Questo ha portato progressivamente alla imposizione di condizionamenti e limiti che tuttavia non esimono il medico dal curare in modo adeguato il malato e pur garantendo che la cura sia economicamente giustificata dalle necessità prioritarie del malato, ha anche il dovere di ricusare limiti finanziari o limiti tecnologici che siano lesivi nei confronti della cura del malato. La individuazione di una cura sostenibile, priva di contraddizioni finanziarie fra bisogni del malato e risorse, viene definita nel nostro documento "compossibile". Questa è una specifica competenza del medico e sempre del medico è la responsabilità sull'impiego delle risorse per la cura del malato con il dovere di evitare qualsiasi uso improprio.

Nel primo capoverso della nostra proposta di riforma della deontologia (titolo 15°) si precisa che dovere del medico è di servirsi di tecniche e delle tecnologie sempre e comunque in scienza, coscienza, razionalità ed economicità.



Giovanni de Pretis
 Coordinatore Commissione
 per la Ricerca e Università
 OMCeO Trento

Questo non è tuttavia un obiettivo facile da raggiungere e molte sono le difficoltà da superare. Una delle principali è legata alla grande velocità della evoluzione tecnologica che evolve più rapidamente della professione. Inoltre il tempo necessario allo sviluppo delle nuove tecnologie ed innovazioni è molto inferiore a quello necessario per definirne la vera efficacia nel percorso di cura. Pertanto spesso il medico deve gestire o si deve confrontare con tecnologie che in realtà sono ancora in fase di valutazione. Inevitabilmente la tecnologia è per sua natura orientata alla malattia mentre la cura orientata alla persona al cittadino, al malato. Vi sono anche dei possibili elementi di condizionamento che possono spingere verso un eccessivo impiego di una tecnologia (pressione del mercato, mass media) o all'opposto impedire o ritardare la acquisizione di una tecnologia efficace che invece va offerta all'ammalato (prevalenza degli obiettivi aziendali su quelli dell'ammalato) o che possono comunque promuoverne un utilizzo improprio (prestigio personale).

Al tema della tecnologia si correlano numerose problematiche più specificamente deontologiche anche perché la tecnologia inevitabilmente è per sua stessa natura orientata alla malattia mentre la cura è orientata alla persona, al cittadino, al malato. Vi è innanzitutto il rischio di diventare subalterni e di considerare la tecnologia come valore a se stante e questo è probabilmente uno degli aspetti che porta alla frequente richiesta di "umanizzazione delle cure" e rafforza movimenti di opinione che si orientano verso percorsi di cura non ufficiali e privi di evidenze scientifiche. Altri possibili rischi sono la tentazione di trasferire (delega) alla tecnologia i compiti del medico, l'orientare il medico a dedicare minor attenzione e minor tempo alla visita dell'ammalato, il rischio di effettuare una "sovra diagnosi" con conseguente spreco di risorse e talora anche di maggiori rischi per il paziente e non da ultimo la possibile ricerca di una gestione "autonoma" della tecnologia da parte del paziente.

L'utilizzo della tecnologia associato alla information technology può tendere a far diventare il medico un applicatore di algoritmi e procedure nella convinzione che ciò

possa da solo garantire gli esiti positivi. Ciò comporta il rischio di una medicina spersonalizzata che necessariamente tenderà a perdere l'obiettivo della cura dell'uomo per limitarsi alla malattia. Il medico non deve scambiare il mezzo tecnologico di cui si serve con il fine della cura. Nei confronti della cura la tecnologia resta un mezzo ad essa subordinata. La medicina non è riducibile né a tecniche né a tecnologie. Il medico deve scegliere in autonomia e responsabilità la tecnologia da impiegare ed ha il dovere di essere cosciente e consapevole delle sue implicazioni economiche ed anche dei rischi che comporta. L'utilizzo della tecnologia deve essere competenza e libera scelta del medico, influenzata dalla disponibilità della tecnologia ed anche dalle richieste del malato. È tuttavia compito del medico responsabilizzare i malati circa l'impiego ragionevole della tecnologia informandoli sulle relative conseguenze ed è anche dovere del medico il non assecondare eventuali richieste irragionevoli dei malati. La tecnologia va pertanto selezionata ed applicata in modo oculato con grande attenzione alla appropriatezza delle indicazioni (in particolare per le procedure invasive), va interpretata con competenza ed attenzione, senza voler trarre da essa conclusioni definitive che vanno necessariamente applicate nel quadro complessivo della cura della persona inserendola in un percorso di diagnosi e cura "personalizzato".

È pertanto necessario che il medico mantenga un elevato grado di libertà e di responsabilità nella scelta. La principale "protezione" per il paziente verso i rischi sopra citati è rappresentata dalla preparazione, dalla motivazione e dall'eticità del medico. È chiaro che il progresso tecnologico è un processo prezioso ed inarrestabile ma va governato. È un supporto imprescindibile nei percorsi di diagnosi e cure ma la gestione delle scelte e dei nodi decisionali non può prescindere dalle competenze del medico non solo scientifiche ma anche cognitive, emozionali, dalle sue capacità di comunicazione di comprendere e di risolvere i problemi del malato.

Riformare la deontologia medica: l'errore medico



Rosalba Falzone
Consigliere dell'Ordine

In ogni organizzazione sanitaria, caratterizzata da un alto grado di complessità, possono verificarsi errori potenzialmente dannosi per il paziente.

La **questione dell'errore** medico è oggi di grandissima importanza, i codici deontologici nella storia non se ne sono mai occupati perché il problema non esisteva.

Una delle conseguenze più importanti del mutamento della figura del paziente e delle aspettative sociali è stata sicuramente quella di aver fatto emergere la questione dell'errore con risvolti e ripercussioni profonde, come il contenzioso legale e la conseguente medicina difensiva.

Si è cercato di affrontare e arginare il problema con la prima legge sulla responsabilità sanitaria, la legge 24 del marzo 2017 (legge Gelli-Bianco), ma una delle prime conseguenze reali è stato un raddoppio dei professionisti denunciati pur non essendo aumentati gli errori denunciati; il problema è legato al coinvolgimento di più medici in uno stesso errore (art 13: obbligo di comunicazione dell'avvio del giudizio da parte della struttura all'esercente potenzialmente coinvolto entro 10 giorni, pena la preclusione delle azioni di rivalsa da parte della struttura sul professionista). Questo sta comportando un aumento dei professionisti coinvolti, fino a situazioni paradossali in cui per un unico sinistro viene interessata un'intera équipe di anestesisti-rianimatori, determinando uno tsunami di comunicazioni che portano

ad un aumento della conflittualità tra medici e aziende e conseguenze non trascurabili sul profilo assicurativo per singolo operatore e sulla serenità dei professionisti. Insomma, a detta degli anestesisti, categoria più coinvolta, proprio il contrario di quello che la norma si proponeva.

Gli errori in medicina ci sono ovviamente sempre stati, ma fino ad alcuni decenni fa venivano per lo più imputati alla natura, alla sorte avversa o al destino. Nel corso dell'ultimo secolo lo spettacolare successo della medicina ha alimentato un atteggiamento di arroganza scientifica pronta a raccontare ambiziosamente di conquiste, progressi, nuovi trattamenti salvavita e nutrire così le crescenti aspettative pubbliche di perfetta salute e tenace longevità confermando l'illusione pericolosa di una completa e perenne libertà dalla malattia. Le società occidentali sono dunque sempre più convinte di avere diritto a una salute perfetta, la cui perdita viene considerata un semplice insuccesso della medicina, un errore medico.

Al contrario, la medicina è un'impresa conoscitiva fallibile, dove l'imperizia, la negligenza e imprudenza possono portare all'errore e quindi all'**insuccesso**, ma quest'ultimo può verificarsi anche in assenza di errore, cioè indipendentemente dall'intenzionalità del medico, per ragioni naturali, per evenienza avversa casuale occasionata da imponderabilità, cioè quando il medico non è in grado di controllare gli esiti delle sue scelte a causa della mancanza

DA 20 ANNI
CRESCIAMO CON TE



DA 20 ANNI CRESCIAMO CON TE

Club Medici: nuove soluzioni e nuovi vantaggi esclusivi per l'intera categoria medica

Club Medici è l'Associazione che da oltre vent'anni si prende cura del medico nel suo percorso professionale e di vita, garantendo un'assistenza costante e personalizzata.

L'obiettivo del Club è permettere a Medici chirurghi e Odontoiatri di godere del loro tempo libero senza preoccupazioni, facilitando l'accesso e l'utilizzo di servizi indispensabili e sviluppando per ogni necessità l'offerta più adatta.

Trasparenza, cura e affidabilità sono per Club Medici fattori indispensabili, in quanto il Socio è sempre al primo posto. Oggi, grazie ai suoi quasi 34.000 iscritti, continua a crescere ed evolversi.

Gli accordi con tutti i principali OMCeO, Società scientifiche ed Enti sull'intero territorio nazionale permettono a Club Medici di offrire una presenza ancora più capillare.

Diventare socio vuol dire accedere ad una pluralità di soluzioni e vantaggi unici, e, soprattutto, affidarsi a mani esperte e sicure per vedere realizzati al meglio i propri progetti.

Ecco alcuni numeri di una freccia che punta sempre verso l'alto:

225 milioni di euro erogati dal settore finanziario in favore di

oltre **16.000** medici

oltre **5.000** medici hanno viaggiato con il Club

oltre **30.000** medici sono protetti dalle nostre soluzioni assicurative

Quest'anno l'iscrizione "porta a bordo" nuovi ed importantissimi servizi gratuiti: la tutela legale che migliora ancora, diventando unica sul mercato con il suo massimale illimitato, la biblioteca digitale (oltre 75.000 titoli - e-book, periodici e quotidiani) e il gradito bonus viaggi di 100 euro che diventa senza limiti sul catalogo riservato.

Ma non si ferma qui e rilancia ancora: 75 crediti ECM in FAD in forma totalmente gratuita completano un'offerta realmente inimitabile.

di elementi analizzabili quantitativamente o qualitativamente, per assenza di conoscenza scientifiche disponibili al riguardo. La probabilità di un insuccesso deve esser ben chiara al medico che deve informare adeguatamente il paziente in sede di consenso informato e condivisione delle cure.

Un altro aspetto fondamentale che non è trattato nel codice deontologico in vigore, è la **complessità epistemologica** del ragionamento medico. Applicare il principio della conoscenza scientifica al malato è molto più difficile che applicarlo alla malattia. All'università abbiamo studiato le malattie, ma il malato è una cosa completamente diversa. Il malato è per definizione individuale, unico, la singolarità di un malato è il grado di differenza che esiste nei confronti di un modello di malattia assunto come riferimento. Il medico ha il dovere di essere adeguato e coerente alla singolarità del malato e quando necessario di reinterpretare, nella pratica, il modello di malattia di riferimento, per fare questo formula delle teorie provvisorie basate su un principio di probabilità che deve poi avvalorare e corroborare empiricamente e pragmaticamente sulla base dei risultati. Nel processo vengono dunque formulate e scartate diverse ipotesi di cura fino al raggiungimento del risultato auspicato, senza prove congetturali, in molti casi complessi, è impossibile comprendere la malattia, esse fanno parte integrante del processo conoscitivo e in quanto tali non sono errori.

Il medico deve rendere partecipe il malato delle ipotesi di cura e della complessità del ragionamento che tale ipotesi di cura sottendono.

Oltre alla complessità epistemologica abbiamo la **complessità clinica**. Una qualsiasi linea guida, per sua natura, implica una relativa riduzione della complessità di un malato. È ormai riconosciuto che la tipologia di pazienti studiati nei trials clinici, i cui risultati vengono usati per formulare linee guida e medicina basata sull'evidenza, non è rappresentativa del mondo reale, la comorbidità rappresenta motivo di esclusione nell'81%, l'età nel 72%, in sostanza anziani e pazienti complessi sono frequentemente esclusi dagli studi clinici e questo è sempre più evidente ora che possiamo confrontare le popolazioni di pazienti con quelle dei più recenti big data, grandi database trasversali di tipo amministrativo che non hanno filtri di arruolamento e quindi rispecchiano il mondo reale.

Alla luce di quanto sopra è quindi ragionevole dedurre che la possibilità di trasferire i risultati dei trials alla popolazione reale di cui ci prendiamo cura quotidianamente è quantomeno discutibile. Richard Smith, già editor del BMJ, scrive che solo il 15% delle decisioni mediche si basano sulle evidenze.



L'operato medico può essere paradossalmente appropriato per la malattia ma risultare inadeguato per la complessità del malato. Al crescere del grado di complessità, cresce il grado di fallibilità.

Con il malato entra il concetto di relazione, che con la malattia non c'è, ed è proprio dalla relazione che nasce la complessità. Il ragionamento clinico è complesso: a volte dobbiamo essere appropriati, quando facciamo una cosa che corrisponde ad un'evidenza scientifica, adeguati, quando siamo coerenti con la complessità del malato e pragmatici quando valutiamo la verità in base agli effetti di ciò che decidiamo di fare, mentre lo facciamo. L'autonomia decisionale del medico diventa quindi fondamentale per governare la complessità.

Va ribadito dunque il concetto che l'**incertezza** fa parte integrante della cultura del medico e in quanto non è un errore. Se i medici sono incerti è perché anziché fare



ricorso ad una linea guida essi vogliono ottenere una maggiore precisione empirica. Rivalutare l'incertezza significa rivalutare la prudenza, imparare a non sbagliare ma soprattutto, se inevitabile, a sbagliare bene, cioè commettere un errore che non danneggia il malato ma ne favorisce la cura. È quindi interesse del malato che il medico usi il ragionamento, sperimenti delle ipotesi, abbia la capacità e il coraggio di uscire dal percorso più semplice, accettando e condividendo il rischio di sbagliare. Una medicina senza errori sarebbe la medicina peggiore del mondo, perché implicherebbe la cura solo dei malati facili ai quali è sufficiente applicare un semplice algoritmo per avere successo e l'astensione dalla gestione del malato difficile e/o complesso per il quale è necessario seguire percorsi nuovi assumendo rischi maggiori dettati da meno certezze.

Liam Donaldson, delegato dell'OMS per la sicurezza dei pazienti, denunciava nel 2004 su Lancet che "un volo di linea è più sicuro di una degenza in ospedale". L'organizzazione sanita-

ria è caratterizzata da un alto grado di complessità, proprio per questo possono verificarsi errori potenzialmente fatali per il paziente. La sicurezza sanitaria è rimasta indietro rispetto ad altri settori economici dove si investe maggiormente. Un difetto sistematico scoperto su un motore di un boeing 757 in un Paese qualsiasi porterebbe ad una immediata ispezione a tappeto di tutti i velivoli di linea e alla correzione del problema in tutto il mondo. Un errore che mette a rischio la vita dei pazienti in Svizzera non porta ad una correzione simultanea nei servizi sanitari di tutto il mondo, a volte nemmeno nello stesso Stato, nella stessa Provincia o addirittura nello stesso Ospedale.

L'incertezza non deve essere nascosta ma anzi condivisa col paziente e con la società in generale.

Concludendo:

- Le università dovrebbero insegnare al medico che non sbagliare è irrealistico e che quando non si può evitare bisogna farlo in modo controllato con un approccio metodologico consapevole e riconosciuto.
- I medici dovrebbero iniziare a parlare di medicina in modo realistico, farne un'impresa umana, condividere la complessità del ragionamento medico e l'incertezza, favorendo un mutamento nella percezione sociale dell'errore e del rischio.
- Gli ordini hanno il dovere di promuovere iniziative di sensibilizzazione nei confronti della comunità, volte a spiegare la fallibilità dell'impresa medica e ricostruire il rapporto di fiducia tra medici e cittadini basato sull'onestà intellettuale del riconoscimento dei propri limiti.

Verso un nuovo codice o una nuova deontologia?



Simone Penasa
*Ricercatore di Diritto
 Costituzionale dell'Università
 di Trento*

L'idea di Carta costituzionale e della sua funzione all'interno di una comunità intesa in parallelo rispetto alla natura e alla funzione del codice di deontologia e della deontologia medica ha rappresentato uno dei fili rossi degli incontri che hanno condotto alla redazione di questa opera. Il punto di partenza è stato quello di una scelta assiologica e di metodo: l'orizzonte era quello di ripensare al codice deontologico intendendolo come un codice civile o come una carta costituzionale? Qual è il senso di un codice deontologico e quale l'obiettivo di un processo di riforma, di un mutamento di paradigma di un codice di deontologia medica?

La scelta è stata quindi tra una riforma intesa come adeguamento dei contenuti, della struttura esistente al mutamento sociale, alle trasformazioni tecnologiche che caratterizzano la contemporaneità, oltre che all'evoluzione sociale, e l'individuazione di quello che - *mutatis mutandis* - in termini giuridici può essere inteso come momento costituente: un cambio di paradigma, una rottura pur nella continuità rispetto all'assetto esistente, non tanto rispetto ai contenuti quanto e in primo luogo rispetto al metodo e alla natura del codice.

La scelta si è quindi orientata naturalmente verso l'individuazione degli elementi fondanti una carta costituzionale che ridefinisse l'identità professionale del medico e della natura della professione, che rimane stretta – quali paradossa-

li motori di innovazione – tra istanze sociali, mutamenti tecnologici, esigenze economiche e organizzative. Questo consente di entrare in contatto diretto con quella che è l'idea di costituzione: darsi delle regole operative direttamente applicabili di natura organizzativa e istituzionale (la forma di governo, gli organi), ma soprattutto definire il confine valoriale di una comunità.

Una volta tracciata questa rotta, occorre anche chiarire che, continuando sul parallelismo tra deontologia e diritto, affermare che una comunità "ha" una costituzione non basta: molti ordinamenti totalitari hanno una costituzione scritta, formale, ma non possono essere considerati un ordinamento sostanzialmente costituzionale. Bisogna andare oltre al testo scritto, significa fare una scelta di paradigma che coinvolge direttamente gli archetipi della professione: la centralità della persona in ambito medico è un principio che ormai è quasi imposto dall'evoluzione sociale, ma non è altro che la realizzazione in tale ambito della scelta assiologica compiuta dai Costituenti nel pensare il nuovo ordinamento statale come non più fondato sul potere dello Stato, ma sul concetto di persona, la cui protezione e promozione diventano il fine ultimo dell'ordinamento.

Parlare di persona come archetipo, che integra la scienza e la coscienza del medico, significa ridefinire le relazioni: ciò non può che partire da una nuova idea delle regole fondanti della professione. C'è anche una continuità di riferimenti tra costituzione e deontologia: solidarietà, uguaglianza, salute, doveri, sono concetti che troviamo sia a livello deontologico sia a livello costituzionale; così come anche un elemento ulteriore che, soprattutto se il codice vorrà aprirsi verso l'esterno e fungere non solo da insieme di regole per i propri appartenenti ma come patto con la società, è rappresentato dalla necessaria mediazione e

CONVENZIONE ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO - UNIPOLSAI

Offerte esclusive riservate agli iscritti all'ordine dei medici e odontoiatri della provincia di Trento e familiari conviventi.

L'agente UNIPOLSAI ti aspetta per una consulenza su misura.

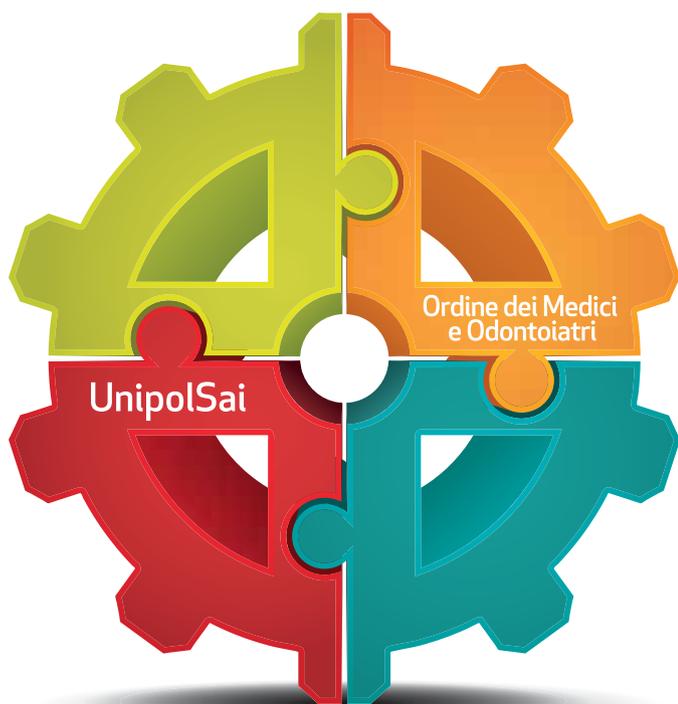
Via Dogana, 3 - 38122 Trento
Tel. Uff. 0461 982114 - Fax 0461 980034
E-mail: 34066@unipolsai.it
PEC: 34066@pec.agenzie.unipolassicurazioni.it
www.assistudiotrento.com

ASSISTUDIO TRENTO

di Vecchi Massimo & C. sas

UnipolSai
ASSICURAZIONI

L'unione che dà forza al tuo futuro.



MOBILITÀ

Assicura la tua auto e risparmi il **25%** su RCA e il **40%** su Incendio e Furto. Installa gratis **Unibox**: scopri **servizi innovativi** e **ulteriori sconti**.

-costi +servizi



CASA

Offri maggiore protezione alla tua **casa** e alla tua **famiglia** con la polizza multirischi.

-20%



PROTEZIONE

Assicura la serenità tua e della tua famiglia con le soluzioni **Infortuni e Salute**.

fino al -20%



RISPARMIO

Investi in modo sicuro, **proteggi i tuoi risparmi** e garantisci un futuro sereno alla tua famiglia.

+vantaggi

**TASSO
ZERO**
rate mensili

Puoi pagare in comode rate mensili a tasso zero* fino a 2.500 €

*Pagamento del premio di polizza tramite finanziamento a tasso zero (TAN 0,00%, TAEG 0,00%) di Finitalia S.p.A., da restituire in 5 o 10 rate mensili in base all'importo del premio di polizza (minore o maggiore di € 240,00). Esempio: importo totale del premio € 500,00 - tan 0,00% - Commissioni di acquisto 0,00% - importo totale dovuto dal cliente € 500,00 in 10 rate mensili da € 50 ciascuna. Tutti gli oneri del finanziamento saranno a carico di UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Operazione subordinata ad approvazione di Finitalia S.p.A. intermediario finanziario del Gruppo Unipol. Prima di aderire all'iniziativa, consultare le Informazioni europee di base sul credito ai consumatori (SECCI) e l'ulteriore documentazione prevista dalla legge disponibili in Agenzia e sul sito www.finitaliaspa.it. Offerta valida sino al 31.12.2018 soggetta a limitazioni. Per tutti i dettagli e per verificare quali sono le polizze disponibili con il finanziamento a tasso zero rivolgersi all'Agenzia.

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Prima della sottoscrizione della polizza leggere il Fascicolo Informativo disponibile in agenzia e sul sito www.unipolsai.it



compromesso tra soggetti e valori coinvolti dalla pratica medica. Anche l'idea di compromesso ha una forte carica costituzionale, se pensiamo alla natura della nostra Costituzione.

Infine l'idea di bilanciamento: di valori, ma anche di diritti dei soggetti che sono coinvolti nella e dalla pratica medica, in primis il medico e la persona malata. All'interno di quello che può essere raffigurato come un percorso verso il nuovo codice – scandito da una serie di tappe che corrispondono a scelte di natura valoriale e assiologica – una delle prime scelte da affrontare è proprio quella di decidere quale soggetto sia chiamato a compiere questo bilanciamento, questa opera di mediazione: come coniugare parametri di natura organizzativa, economica, valoriale, individuale, tecnica? Dove e in quali sedi, attraverso quali processi questa mediazione avverrà? Tenendo presente, inoltre, che questa mediazione non potrà avvenire una volta per tutte, fissando una aprioristica e definitiva gerarchia tra valori e interessi. L'obiettivo di un codice deontologico inteso come carta costituzionale è quello di tracciare un perimetro e di individua-

re dei parametri e degli strumenti alla luce del quale compiere questa continua opera di mediazione, da parte di tutti i soggetti coinvolti. Definire un insieme adattabile di principi per tenere assieme le diverse istanze che partecipano al patto deontologico, che per essere effettivo non potrà che essere condiviso anche dalla comunità di riferimento.

Infine, il rapporto tra deontologia e diritto, che deve essere inteso come dialogo e non come conflitto, dando effettiva attuazione all'idea di un necessario riconoscimento da parte del diritto del ruolo della deontologia, delle sue istituzioni e dell'autonomia e responsabilità del medico, il cui esercizio secondo la Corte costituzionale deve rappresentare assieme al consenso della persona malata la regola di fondo dell'attività medica.

La sfida non è quindi solo giungere a un codice di deontologia che si faccia carta costituzionale, ma fare della deontologia un motore attivo del processo di progressiva realizzazione del progetto costituzionale: la deontologia deve quindi porsi quale strumento di realizzazione del diritto alla salute (art. 32), della libertà della scienza (art. 33), dell'uguaglianza delle persone (art. 3), pienamente all'interno del disegno costituzionale tracciato nel 1948. Per raggiungere questo obiettivo, un futuro codice di deontologia non potrà che essere aperto alla comunità, inclusivo di una pluralità di istanze con le quali trovare sedi di continuo confronto, complementare rispetto ad altre fonti. In ultima analisi, un codice che si ponga come "albero vivente", come un organismo in grado di adattarsi all'evoluzione sociale, tecnologica in base alla forza dei propri principi fondativi.

Medico e paziente: è cambiato tutto

Riformare la deontologia medica

*C'è tra la potenza della parola
e la disposizione dell'anima
lo stesso rapporto che tra
l'ufficio dei farmaci e la natura del corpo.
(Gorgia da Lentini)*

Il percorso inaugurato a Trento per una profonda riflessione sulla deontologia, individuata come chiave per comprendere cosa significhi essere medico oggi, stante che sembra essere messa in discussione l'idea stessa ed il valore della professione medica in sé.

Innanzitutto si è individuato nel profondo cambiamento sociale che ha cambiato radicalmente la fisionomia del "paziente", il momento di rottura con il passato per la professione medica generando ciò che è definita come "questione medica".

Oggi il malato non è più un ignaro guidato lungo un percorso del quale poco si riteneva egli fosse in grado di comprendere, come ben accettavano ed asserivano i codici di comportamento e poi di deontologia sin dalle prime scritture e riflessioni (cfr Sassari 1903 e Torino 1912 poi unificato nel '24). Ove il rapporto con il malato era all'insegna della giustapposizione o, per usare un termine diffuso, del paternalismo.

Rispetto a questo i percorsi di "autocoscienza" della medicina, scaturiti da fonti anche urgenti quali ad esempio Norimberga nel 1948 e negli anni 60 lo scandalo del Tuskegee Study dell'Alabama, si sono organizzati soprattutto nella riflessione bioetica, ove, semplificando molto, l'etica medica si apre alle discussioni che le trasformazioni mediate dalla tecnica impongono al mondo ed all'uomo e con le quali è necessario confrontarsi, per ognuno certamente ma soprattutto in ambito medico.



L'emergere della individualità del malato stesso, del suo voler riconoscersi come persona ed agente diretto nel rapporto di cura ha determinato la rottura con gli schemi precedenti questa novità con le sue conseguenze ha coinvolto e condizionato in modo forte l'agire medico portandolo anche a derive difensive che poco avrebbero a che vedere con l'atto medico.

Nella riflessione sulla deontologia è emersa l'importanza fondamentale della Relazione di Cura (RC), con le sue estensioni nel consenso informato.

Abbiamo individuato la RC come un processo sintetico di scambio di conoscenze oggettive, biologiche, cliniche, scientifiche e, non ultime, soggettive dipendenti anche dalla relazione stessa.

Nella relazione che si struttura il punto focale non è, come più volte proposto riduttivamente, il paziente ma è la RC stessa; che deve



Stefano Visintainer
Coordinatore della Commissione
Bioetica dell'Ordine

essere creata coscientemente ed altrettanto coscientemente sostenuta da ambedue i partecipanti la RC stessa.

La RC si basa sulla cura e non sulla terapia che in essa è contenuta. Non è una precisazione di poco conto. La terapia è l'insieme dei mezzi e delle modalità con le quali la cura si dispone all'interno della relazione. La terapia, molto spesso tecnica dipendente, invece si esplica nella cura, che è quindi la complessità dell'agire medico. Complessità che si confronta con l'altrettanto fondamentale complessità del malato non più riducibile alla sola malattia.

Ma il malato ha la sua parte nel creare e mantenere la relazione e la fiducia nella cura intrapresa. Dovremmo quindi cominciare a parlare in un qualche modo anche di un "dovere", di una deontologia del paziente nel disporsi affinché si crei una RC efficace; valida ed utile per ambedue i protagonisti del processo di cura.

Il lavoro relazionale, si capisce, è anche alla base del necessario e richiesto consenso alla cura che è condizione necessaria ad ogni approccio decisionale. La fiducia (reciproca) diviene quindi determinante ed in questi tempi pare proprio che la fiducia latiti o almeno faccia fatica a strutturarsi e mantenersi. La relazione è data da un percorso basato sul reciproco rispetto e quindi è un processo dialogico, costituito da un processo di scambio d'informazioni e di conoscenze: il procedere costruttivo della RC.

Onde evitare da subito fraintendimenti chiariamo che la RC è sì funzionale alla reciproca conoscenza, come ovvio, ma non può prescindere dalla conoscenza scientifica basata sulle prove, che è il principio edificatore della terapia nella cura, ma dovrà essere adeguata e declinata alla singolarità e complessità del malato, agente complesso. Quindi non si potrà rifiutare a priori le opinioni del malato, il che non significa avallarle ma introdurle nel percorso di conoscenza reciproca che consentirà davvero di fondare la cosiddetta alleanza per la cura basata sul consenso.

È evidente la necessità dell'uso di linguaggi adeguati posta la diversità di piani di partenza degli agenti la RC. Il medico ha il dovere di proporsi come mediatore dell'informazione da veicolare approntandosi nel modo più idoneo verso le caratteristiche del malato.

Il medico dispone d'un bagaglio che consente l'avvio della RC nella singolarità del momento, il paziente è portatore d'una crescente coscienza di valore individuale che ad oggi, proprio perché individualistica, tende a mostrare caratteristiche che portano a ridurre il rapporto con il medico ad una richiesta di mere prestazioni.

Su questo dobbiamo senz'altro lavorare come Ordine professionale. Probabilmente sta in questo punto nodale e critico una delle fonti principali della questione medica. Il medico deve comprendere, ancor più oggi come forse mai prima, che il senso della malattia è unico e personale in ogni relazione. Dipende primariamente dal carico di senso che il malato e la sua rete vi attribuiscono.

Alla base di questa impostazione sta quindi una nuova visione del malato, che deve essere colto nella sua complessità di persona, ma anche in modo esteso, cogliendo che egli è non solo la sua unicità ma persona immersa in una rete relazionale che non può essere sottratta alla valutazione.

Nasce un dovere medico di considerare tale aspetto estensivo a cui il medico deve prestare adeguata attenzione; nel particolare, ovviamente, la famiglia. Verso questi anche va indirizzata la RC e ciò va preso dal medico come un dovere deontologico oggi. Il medico dovrà ancor di più usare linguaggi adeguati, ovvero con la corretta informazione che ha il significato che il malato attribuisce stante le sue attitudini ed il suo vissuto.

Va ricordato che proprio recentemente e con soddisfazione anche a livello legislativo, sul delicatissimo punto delle DAT, alla RC è stato dato un rilievo normativo: non solo inserito nella norma del processo DAT ma a normarlo davvero rendendola imprescindibile momento (cfr art. 1, comma 2).

In conclusione, nella nostra attuale proposta si tenta di fare il punto e ci si vuole confrontare positivamente sull'"entità" malato/cittadino, sulla sua evoluzione nella società. Certamente profonda e complessa ma dalla quale non possiamo discostarci attaccandoci inutilmente a comportamenti che solo qualche decennio fa permettevano ragionamenti atti anche ad evitare il consenso alle terapie previste nella cura, rendendo difficile che il malato venisse a conoscenza sia della diagnosi infausta che delle cure terapeutiche messe in atto.

■ La continuità assistenziale

Testimonianza di un giovane medico alle prime esperienze in un ambulatorio periferico di continuità assistenziale

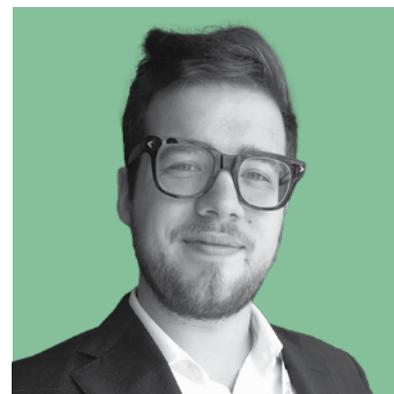


di Paolo Verri

Pochi pazienti, questa notte del 24 settembre. Qualche caso semplice, quasi da manuale.

Manuali a cui fino a qualche mese fa ero costantemente attaccato, da cui attingevo quella conoscenza convinto che mi potesse dare la sicurezza di affrontare qualsiasi scenario. Ho scoperto successivamente, durante il mio primo turno di guardia in primavera, che la realtà si discosta molto dai libri, quasi in maniera violenta. Dopo quasi 30 guardie, distribuite lungo l'estate in diverse sedi trentine e quasi tutte notturne, le stesse sensazioni della prima notte ci sono ancora; affievolite, certamente, ma sempre fedeli compagne di turno.

Credo che per un medico alle prime armi, come sono, il sentimento preponderante sia un misto tra eccitazione e paura: paura di sbagliare la diagnosi o il trattamento, di compilare male "le carte", ma anche di avere qualche incontro con soggetti spiacevoli. Dal mio quasi metro e ottanta e 85Kg posso dire che riesco ad accantonare quest'ultimo aspetto, ma mettendomi nei panni delle mie colleghe, un brivido mi corre lungo la schiena. In caso di aggressione, pensandoci, in nessuna sede tra quelle in cui ho lavorato avevo a disposizione una linea diretta, un dispositivo di allarme che mi mettesse in contatto diretto con le forze dell'ordine. Solo il mio cellulare. Credo sia necessario, in questo senso, un miglioramento delle condizioni di sicurezza per poter garantire una maggiore serenità ad ogni medico, più o meno giovane.



Paolo Verri
Medico di guardia di continuità assistenziale

Attività di soccorso in montagna e gestione delle malattie croniche

Corso di formazione in alta montagna rivolto agli studenti di medicina



Cristina Basso
Associazione ASTMed

In maggio si è tenuto l'incontro formativo "Attività di soccorso in montagna e gestione delle malattie croniche". Vi hanno partecipato venti fortunati soci dell'Associazione Studenti Trentini di Medicina (ASTMed). L'evento, organizzato dalla Sezione del Soccorso Alpino della Guardia di Finanza di Predazzo in collaborazione con l'Università di Milano e l'associazione LIFC Trentino, si è tenuto presso la caserma della Guardia di Finanza di Passo Rolle e prevedeva l'alternarsi di esercitazioni outdoor, lezioni frontali e momenti di condivisione.

Vari sono stati i temi affrontati in maniera chiara ed esaustiva durante le lezioni frontali tenute dai dottori Antonio Prestini, Michele Samaja e Piergiuseppe Agostoni. In particolare, il dottor Prestini (Direttore U.O. Complessa "Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità" dell'ATS di Brescia) ha illustrato, partendo dalla sua esperienza di guida alpina, il ruolo del medico nelle spedizioni alpinistiche, le patologie tipiche dell'alta quota e la loro terapia. In seguito, il dottor Samaja (Professore del Corso integrato di Basi Molecolari di Vita della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano) ha trattato delle risposte all'ipossia acuta e cronica: adattamento, acclimatazione e maladattamento. Ha analizzato nello specifico le alterazioni genético-laboratoristiche delle popolazioni d'alta quota, come gli Sherpas sull'Himalaia e i Quechuas

nelle Ande. Infine, il dottor Agostoni (Docente di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano) ha approfondito le alterazioni fisiopatologiche del sistema cardio-respiratorio in alta quota, in acuto e dopo 3 settimane, e come queste si modificano con l'uso di Beta-bloccanti.

Il luogotenente Uselli ed altri collaboratori della Scuola Alpina della Guardia di Finanza di Predazzo ci hanno illustrato la gestione dell'attività di soccorso in montagna, dal momento della chiamata al 112 fino alla presa in cura del paziente da parte del medico. Vari sono stati gli scenari ricreati: dalla simulazione di un recupero in parete mediante l'allestimento di ancoraggi e la ca-



lata di un operatore, alla ricerca con cani da valanga, superficie e macerie. Inoltre, molto interessante è stata l'esercitazione pratica sull'uso di presidi medici e trasporti in terreni accidentati come sentieri montani e piste da sci. A noi, giovani studenti di Medicina, ha colpito molto sia la passione per le attività di soccorso che la disponibilità con cui il Luogotenente Usuelli ha risposto alle nostre domande e curiosità.

Per tutta la durata dell'incontro formativo è stata fondamentale la presenza di Angela Trenti, presidentessa della LIFC ("Lega Italiana Fibrosi Cistica") del Trentino, che ha contribuito ad arricchire queste giornate attraverso il racconto della sua esperienza personale. La sua testimonianza ci ha resi maggiormente consapevoli delle piccole e grandi difficoltà quotidiane della gestione delle malattie croniche e, nello specifico, della Fibrosi cistica.

Ci ha stupito la forza, il coraggio e il sorriso con cui affronta la malattia, anche portando avanti varie iniziative dell'Associazione volte a migliorare le condizioni di benessere dei pazienti. Tra queste, vi è il progetto "Guide Alpine per guadagnare salute", inserito nel Piano Provinciale

2015-2018, che vede la collaborazione della Scuola Alpina della Guardia di Finanza, in particolare del Luogotenente Usuelli, degli Accompagnatori di media montagna, delle Guide Alpine e della Polizia di Stato di Moena. L'obiettivo ultimo consiste nell'accompagnare ragazzi e ragazze affetti dalla Fibrosi cistica in montagna per incrementare la loro funzionalità respiratoria e verificare se l'ambiente naturale possa determinare un risultato migliore rispetto a quello ottenuto con l'attività sportiva indoor.

Cogliamo l'occasione per rivolgere i nostri più sentiti ringraziamenti alla Sezione del Soccorso Alpino della Guardia di Finanza di Predazzo, per la calorosa accoglienza presso la caserma di Passo Rolle, ed al Luogotenente Usuelli per averci trasmesso non solo la sua esperienza professionale, ma anche il suo amore per la montagna. Un particolare ringraziamento va ai docenti per averci fatto guardare al tema della montagna con una maggiore consapevolezza medico-scientifica e per averci fatto comprendere come la loro attività di ricerca clinica sia profondamente legata all'ambiente alpino. Infine, siamo infinitamente riconoscenti alla presidentessa Angela Trenti per la sua preziosa testimonianza e per gli stimolanti spunti di riflessione.

Per concludere, l'incontro formativo di Passo Rolle è stato per tutti noi partecipanti un'occasione unica di crescita personale e professionale, oltre che di condivisione dell'amore per la montagna. Ci auguriamo quindi che tale opportunità possa essere riproposta di nuovo in futuro.



UNA TRADIZIONE DI SALUTE



**L'Acqua Forte di Levico e Vetriolo
solfato-arsenicale-ferruginosa calcio magnesiacca
alleata della tua salute**

**fangoterapia - balneoterapia
cure inalatorie - irrigazioni vaginali**

I trattamenti termali sono in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale

APERTURA ANNUALE PER I SEGUENTI SERVIZI:

Servizio di riabilitazione e rieducazione funzionale con fisioterapia, osteopatia, idrokinesiterapia e ginnastica riabilitativa di gruppo a secco o in acqua, Human Tecar®;
Poliambulatorio specialistico;
Percorso flebologico.

SPECIALE AUTUNNO "LA SALUTE TI PREMIA"

Per chi ha già effettuato un ciclo di cure presso i nostri stabilimenti, sono previsti sconti dal 20% al 75% sul secondo ciclo di cure termali!
Chiusura stagione termale: 10 novembre 2018

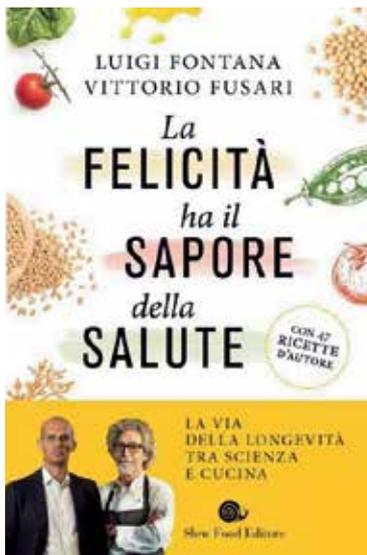
■ Un libro tutto da gustare

“L

a felicità ha il sapore della salute”, edito da Slow Food Editore, è il nuovo libro del Prof. Luigi Fontana, Direttore del Programma Clinico e di Ricerca sulla Longevità in Salute, Direttore della Cattedra di Medicina Metabolica Traslazionale presso la prestigiosissima Università di Sydney in Australia.

Dopo l'enorme successo del suo primo libro “La Grande Via” (edito da Mondadori) che ha venduto l'anno scorso più di 50.000 copie, il Prof. Fontana, un medico Trentino e nostro iscritto, ha deciso di scrivere un nuovo libro con il preciso intento di contrastare la disinformazione dilagante e pervasiva in tema di nutrizione. Ormai chiunque (preparatori atletici, modelle, presentatrici, giornalisti, etc.) pensa di poter scrivere di medicina e nutrizione e di poter prescrivere diete e piani nutrizionali, a volte persino pericolosi per la salute. È un trend pericoloso che deve preoccupare noi medici.

In questo libro Fontana ha riassunto i risultati dei suoi studi pionieristici condotti in Italia e negli USA, insieme e quelli di tanti altri colleghi seri e preparati. Ha spiegato in modo semplice alcuni importanti concetti sul ruolo della nutrizione e dell'esercizio fisico nella prevenzione delle alterazioni metaboliche che stanno alla base di alcune delle più comuni patologie croniche. Infine, ha dimostrato, con il prezioso aiuto dello chef stellato Vittorio Fusari, che una alimentazione sana e



il piacere del cibo non sono nemici, ma degli alleati preziosi del nostro benessere psico-fisico.

È un libro che potrebbe essere un utile strumento a tutti i colleghi che ogni giorno devono affrontare una serie di domande dei loro pazienti su cosa sia giusto mangiare, sulle diverse diete (vegetariane, macrobiotiche, iperproteiche, dei gruppi sanguigni etc). Un raggio di scienza nella giungla della disinformazione dilagante.

Luigi Fontana, MD, PhD

Professor of Medicine and Nutrition Leonard P Ullmann Chair of Translational Metabolic Health

Director, Healthy Longevity Research and Educational Program

The Charles Perkins Centre & Central Clinical School

Faculty of Medicine and Health

Level 5W, room 5211, Charles Perkins Centre D17

The University of Sydney | NSW | 2006.



Luigi Fontana

Responsabilità Sanitaria e novità legislative

Convenzione con Eurorisk srl

La legge n. 24 del 08.03.2017 conosciuta come “legge Gelli” ha modificato sostanzialmente il regime delle responsabilità delle Strutture sanitarie pubbliche e private e del personale sanitario – medico e non medico – sia dipendente che libero professionista.

L’entrata in vigore della legge ha comportato la necessità, per i medici, di conoscere il nuovo assetto dei rischi inerenti l’attività professionale e le modalità per poterli trasferire agli assicuratori.

Eurorisk srl, primaria società di brokeraggio assicurativo nella gestione dei rischi nel settore della sanità, in accordo con l’Ordine dei Medici di Trento mette a disposizione degli Associati l’attività di consulenza, formazione e intermediazione assicurativa.

Spesso i contratti di assicurazione sono un rebus ed in questo momento, in particolare, i medici sentono la necessità di chiarezza e di conseguente tranquillità nelle scelte assicurative. Noi ci impegniamo costantemente nella ricerca di soluzioni semplici e funzionali anche per i problemi più complessi.

Il successo dei nostri progetti assicurativi è legato soprattutto al nostro network di professionisti capaci di interpretare i bisogni del mercato, fornire il supporto decisionale e soluzioni personalizzate ai nostri clienti.

Eurorisk affianca i medici affinché le scelte, nella gestione di rischi e nel trasferimento all’Assicuratore, siano compiute con la più completa conoscenza e consapevolezza

La collaborazione prevede che Eurorisk si occupi anche delle seguenti attività:

1. Analisi della posizione assicurativa del Medico iscritto all’Ordine (rischi possibili, coperture in essere e valutazione dell’adeguatezza qualitativa ed economica delle stesse);
2. Consulenza al Medico per definire un progetto assicurativo personalizzato che tuteli la Sua attività professionale;
3. Offerta di un’adeguata copertura assicurativa integrativa o sostitutiva.

Per quanto sopra specificato Eurorisk applicherà la tariffa di € 50,00 + iva a Medico, per progetti relativi a coperture assicurative rientranti in un costo massimo di € 5.000,00.

Indichiamo di seguito una proposta per i Medici dipendenti di Strutture Sanitarie Pubbliche (es. Apss di Trento) che vogliano coprire il rischio della c.d. “colpa grave”, intesa come tutela dall’azione di rivalsa fatta dall’Azienda Sanitaria qualora il Medico sia dichiarato responsabile, per colpa grave, con sentenza della Corte dei Conti.

	Massimale	Retroattività	Premio annuo lordo
Dirigente Medico	3 volte la RAL*	0 anni	€ 119,85
Medici convenzionati	3 volte la RAL*	2 anni	€ 113,20
Medici specialisti in formazione	3 volte la RAL*	0 anni	€ 81,57

*RAL Retribuzione Annuo Lorda – Massimale indicato nella legge Gelli

Contattando Eurorisk, per una quotazione personalizzata, vi consiglieremo il massimale, la retroattività o la garanzia postuma a seconda delle vostre specifiche esigenze.

Per la formazione assicurativa, elemento fondamentale nel rendere i Medici consapevoli delle proprie coperture e di quelle della Struttura Sanitaria per la quale operano, verranno programmati, in coordinamento con l’Ordine dei Medici, alcuni incontri specifici di cui sarete informati.



Per info rivolgersi a: Eurorisk Srl – Trento
Tel. 0461 433000 - Mail: broker@eurorisk.it

■ FBK per la salute ruolo prospettive

Intervista con
Antonella Graiff
coordinatrice
del progetto
FBK per la
salute

“Penso ad una Accademia di Medicina come luogo di studio e formazione per la salute e come strumento per la valorizzazione delle strutture mediche ed ospedaliere del territorio”. Seppur impegnata su tanti fronti la dott.ssa Antonella Graiff, con l'entusiasmo che la contraddistingue, guarda avanti, alle sfide, alle opportunità ed alle ricadute positive che possono derivare dall'inserimento di FBK per la Salute in circuiti più ampi, nazionali ed internazionali. Non a caso FBK per la Salute è partner di Digital Health Academy, la prima agenzia che organizza corsi di Salute digitale on line per medici, e dialoga con università ed esperti italiani e non solo. Però avere un'Academy tutta in casa, che coinvolga il meglio dei professionisti italiani e stranieri, sarebbe sicuramente un investimento ed una iniziativa qualificante per tutto il Trentino.

Ma in attesa che il sogno maturi, che cosa è FBK per la Salute? Ce lo racconta lei stessa. Antonella Graiff ha cominciato la sua carriera all'Università di Trento, dove come ricercatrice si occupava di Sistemi informativi. Poi nel 1992 all'ITC (allora si chiamava così e diventa Fondazione Bruno Kessler nel 2007) arriva il prof. Achille Ardigò, figura di spicco nel panorama nazionale. Il prof. Ardigò, oltre a dare impulso ai vari istituti che operano all'interno dell'ITC, pensa anche alla sanità ed alla salute. Ritiene che questo ambito possa essere - anzi debba essere - terreno di ricerca e di innovazione scientifica per quanto riguarda le attività che si portavano avanti all'IRST, Istituto per la ricerca scientifica e tecnologica, che dell'ITC era allora il pilastro.

Il prof. Ardigò chiama la dott.ssa Graiff all'ITC. Inserita nella Presidenza, comincia ad occuparsi su indicazione del presidente Ardigò di progetti che hanno a che fare con l'utilizzo delle nuove tecnologie dell'informazione e comunicazione nell'ambito della salute e sanità. Si apre così il percorso che porterà, tra le altre iniziative, alla nascita di FBK per la Salute, un programma della Fondazione che si pone come punto di stimolo e riferimento per l'aggiornamento e l'alta formazione dei medici, soprattutto nell'ambito della Salute digitale.



Antonella Graiff

Sarebbe arduo sintetizzare il lavoro, i corsi, gli aggiornamenti promossi in questi anni da FBK per la Salute. Sono iniziative che hanno coinvolto decine e decine di medici, suscitando interesse e partecipazione. Il 2016 segna un evento importante: promuove un Accordo con Ordine dei Medici e Provincia Autonoma e porta all'interno degli edifici della Fondazione Kessler la sede della Scuola di formazione specifica di medicina generale, con la quale s'instaura subito una forte e sinergica collaborazione. Nel 2017 viene anche progettato un Master dal titolo "Nuove competenze per la Medicina generale. Affrontare la complessità e i cambiamenti tecnologico-organizzativi". L'iniziativa è seguita da un gruppo di lavoro composto da Ordine dei medici, Azienda sanitaria e Università di Trento. Il Master è rivolto ai giovani neo laureati e rappresenta un'occasione per far crescere le competenze per la medicina generale, attraverso un approccio multidisciplinare. Oltre che all'entusiasmo ed alla competenza, la capacità di Antonella Graiff sta nel far sistema e coordinare le varie iniziative, dialogando con l'Ordine dei medici, la Provincia, l'Azienda sanitaria, l'Università.



Ettore Zampiccoli

Quindi iniziative condivise, dove i vari interlocutori percorrono motivazioni, itinerari e contenuti di quello che via via FBK per la Salute propone ed organizza. C'è un lavoro condiviso ma anche, da parte di FBK, un affiancamento culturale e di sensibilizzazione verso le esigenze dei medici, giovani e non giovani. Un supporto che poi – nel concreto – si traduce nell'organizzazione di corsi e workshop di aggiornamento, ai quali partecipano relatori di alto profilo ed indiscussa professionalità. L'apporto di FBK per Salute non si ferma peraltro al solo aggiornamento.

C'è un tema di condivisione e di apporto sulle grandi tematiche che riguardano l'intero settore: dalla deontologia medica alla riforma della sanità. Su questi temi FBK per la Salute dà il suo apporto di idee costruttivo e qualificato e si propone come interlocutore autorevole delle varie realtà che operano nel settore della salute e della medicina, a cominciare dall'Ordine dei medici per arrivare all'Università ed ai suoi dipartimenti.

Sarebbe difficile tradurre qui e ricordare le proposte ed i workshop promossi da FBK per la Salute in questi anni. Sono incontri di alto profilo scientifico che di volta in volta vanno ad approfondire aspetti specifici della medicina ed in particolare i rapporti tra medico e pazienti.

Dott.ssa Graiff partiamo dagli workshop riservati ai medici che FBK per la Salute organizza ormai da qualche anno: qual è il filo conduttore di questi incontri, ovvero quali le finalità, e quale è il livello di partecipazione?

FBK per la Salute è un programma pensato per promuovere un nuovo modo di fare medicina, attraverso esercizi di alta formazione, partendo dai luoghi e dalle attività legate al territorio: questo è in un certo senso il nostro motto. La medicina sta attraversando un tempo di grandi mutamenti – un cambio di paradigma – che ne fanno evolvere il profilo, gli strumenti e l'organizzazione.

La missione di FBK per la Salute in questo senso è quella di offrire approfondimenti su concetti oggi centrali quali Systems Medicine, medicina personalizzata e continuità di cura che trovano anche nel know how scientifico, tecnologico e metodologico delle diverse Unità di ricerca della Fondazione, importanti elementi di forza.

I seminari che fino ad ora abbiamo organizzato, condotti in stretta collaborazione con le istituzioni territoriali interessate, dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari all'Università degli Studi di Trento, all'Ordine dei medici e la Scuola di formazione



TUTELA LA TUA SALUTE E QUELLA DEL TUO BAMBINO.



NON FIDARTI DELLE OPINIONI.



LA VACCINAZIONE PROTEGGE TE STESSO E GLI ALTRI.

La scienza ha dimostrato che i vaccini rappresentano una delle più grandi conquiste dell'umanità contro malattie anche fatali e invalidanti.

IL VACCINO È PRIMA DI TUTTO UN DIRITTO.

Campagna a sostegno delle vaccinazioni a cura di



Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
PROVINCIA DI TRENTO

www.ordinemedicitn.org

specifica in Medicina generale, hanno riportato un ottimo consenso, segnala questo che ci induce a pensare alla necessità di un investimento maggiore per il futuro.

Quando si parla di sanità e salute si parla sì di medici, ma si dovrebbe parlare anche dei pazienti: verso questa categoria FBK svolge qualche attività di informazione e sensibilizzazione?

Negli ultimi mesi FBK per la Salute, assieme alla Biblioteca di Trento, sta lavorando ad un progetto di Health Literacy, che rappresenterà un ambito importante di lavoro per il 2019. Di che cosa si tratta? La Health Literacy (HL), nata negli Stati Uniti negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), rappresenta il grado di capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute. Possedere una buona "Health Literacy" significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggiore controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari, come - ad esempio - fare attività fisica e mangiare cibi sani. Che cosa ci proponiamo con il progetto? Vogliamo sensibilizzare i cittadini sull'importanza della Health Literacy nel garantire cure adeguate e di qualità; intendiamo identificare e sperimentare possibili azioni che possono essere messe in campo da una struttura pubblica come la biblioteca per migliorare la Health Literacy della cittadinanza; promuoviamo un approccio collaborativo e coordinato tra la biblioteca, le strutture locali di ricerca e formazione, il sistema sanitario locale per promuovere iniziative di miglioramento della Health Literacy. Per il fine ultimo di rendere la comunicazione medica e sanitaria più chiara, semplice e comprensibile a tutti.

Di recente sono state presentate delle proposte per una nuova deontologia medica ed FBK ha dato il suo contributo di pensiero. Che cosa si aspetta da questa nuova piattaforma deontologica?

Sono convinta che non basti più soltanto una deontologia che si limiti a regolare i comportamenti e le condotte dei medici, ma sia necessario promuovere anche una deontologia sociale, perché credo che una buona sanità sia possibile certamente con il coinvolgimento dei medici, ma anche con la partecipazione responsabile dei cittadini. Serve per questo sostenere con forza un "patto di ospitalità", che consiste nel sostenere e attivare nella società un processo culturale, teso - in due parole - a trasformare il concetto di ricovero in ospitalità e quello di accettazione in accoglienza. Dunque un patto di ospitalità tra medicina e società, tra medico e paziente, dove la parola ospitalità divenga una modalità di cura, e cioè rappresenti la relazione di cura, come un legame di eguaglianza e di reciprocità. Che vuol dire, trasformare l'emergente sfiducia tra medico e paziente in un incontro che arricchisca entrambi e dia maggiori possibilità di riuscita della cura. Sostenere questo patto vuol dire impegnarsi a costruire una comunità, dove davvero la relazione di cura sia posta al centro, dove il medico si senta coinvolto e responsabile e il cittadino tutelato nelle sue richieste di salute.

Si parla spesso di Università di Medicina: secondo Lei a Trento è necessaria oppure si può pensare a forme di collaborazione con Verona ed Innsbruck che diano un supporto maggiore ai medici. E in questo senso FBK per la Salute che ruolo potrebbe avere?

L'argomento Università di Medicina sì/Università di Medicina no è stato oggetto nel tempo di grandi polemiche, sollevate più o meno strumentalmente, dai vari soggetti interessati. Partendo dalla convinzione che la formazione e il Life long learning in ambito medico sia garanzia di qualità di cura, penso che non sia più possibile, per questioni di sostenibilità finanziaria ed equilibri, perseguire il progetto di una Facoltà di Medicina. Può invece essere ragionevolmente sostenuta la formula di una Teaching University all'interno del nuovo Ospedale che si andrà a costruire, con l'obiettivo di affiancare alle attività di tutorship che già si tengono, anche dei corsi specializzati di alta formazione accreditati.

Lei accennava all'inizio ad una possibile Accademia di Medicina: ha già qualche idea o qualche percorso in proposito?

L'idea è ancora prematura, è ancora - come si dice - un sogno nel cassetto. Mi auguro di avere l'occasione di parlarne su queste pagine nel prossimo futuro, spero molto vicino.

Ettore Zampiccoli

Albi dei consulenti tecnici e dei periti

Cambiate le norme

In seguito della entrata in vigore della legge n. 24/2017 (c.d. "Gelli- Bianco") il quadro normativo relativo alla nomina, da parte dell'autorità giudiziaria nei procedimenti civili e penali, dei periti e dei consulenti tecnici, è significativamente cambiato. È disposto, fra l'altro, che consulenti tecnici e periti siano scelti all'interno degli albi tenuti dai Tribunali per la cui formazione il legislatore detta nuovi criteri.

Il Consiglio Superiore della Magistratura (CSM) rilevando l'opportunità che a livello nazionale si avessero standard e modalità omogenee di selezione dei consulenti tecnici e dei periti, il 20 maggio 2018, ha stipulato con la FNOMCeO ed il Consiglio Nazionale Forense (CNF) un protocollo d'intesa per uniformare criteri e procedure e adottare "parametri qualitativamente elevati per la revisione e tenuta degli albi, affinché, in tutti i procedimenti civili e penali che richiedono il supporto conoscitivo delle discipline mediche e sanitarie, le figure del perito e del consulente tecnico siano in grado di garantire all'autorità giudiziaria un contributo professionale qualificato e adeguato alla complessità che connota con sempre maggiore frequenza la materia".

È una risoluzione importante e innovativa in tema di responsabilità professionale che attesta una particolare attenzione del CSM alle dinamiche di conferimento e gestione degli incarichi da parte dei magistrati, nella prospettiva di promuovere e assicurare il più obiettivo e completo grado di giudizio attraverso la garanzia della competenza dei consulenti.

L'Ordine in questo contesto ha un ruolo di garanzia "della speciale competenza e della specchiata moralità" di chi fa domanda di iscrizione o istanza di revisione agli albi e ritiene suo dovere deontologico sollecitare i colleghi che sono in possesso dei requisiti richiesti a presentare la relativa domanda e istanza. Al contempo la disponibilità a presentare domanda di iscrizione agli albi da parte di colleghi preparati e consapevoli della delicatezza e importanza del compito è ritenuta espressione di autentico spirito di servizio. Solo attraverso una forte collaborazione tra Magistratura e Professione, infatti, possiamo ridare al medico serenità e fiducia indispensabili per espletare al meglio l'esercizio della professione a tutela della salute del cittadino.

Nel documento di protocollo di intesa sono elencati requisiti e modalità per la presentazione delle domande sia di prima iscrizione che di revisione sia per i medici chirurghi sia per gli odontoiatri.

Significativi i contenuti degli articoli 4, 6, 7, 8, 9, 10 cui si rinvia integralmente. In particolare l'art. 6 riporta gli elementi e i requisiti ritenuti significativi per la valutazione della speciale competenza e l'art. 7 (comma 1 e 2) elenca ogni informazione utile a completare la domanda.

Il Tribunale di Rovereto per primo ha applicato il protocollo di intesa e ha pubblicato sul sito Web del Tribunale l'avviso per la presentazione delle domande di iscrizione e le istanze di revisione che devono essere inoltrate al Tribunale di Rovereto all'indirizzo di posta certificata: prot.tribunale.rovereto@giustiziacert.it.

Gli iscritti ne sono stati informati con newsletter inviata in data 7 settembre 2018.

Il termine ultimo per la presentazione delle domande di prima iscrizione e le istanze di revisione scade il 31 ottobre 2018.

Gli iscritti verranno informati quando anche il Tribunale di Trento avrà attivato la nuova procedura prevista dal protocollo d'intesa. Per ogni informazione è a disposizione la segreteria dell'Ordine via telefono: 0461 825094 o tramite mail: info@ordinemediciti.org

Il protocollo di intesa è pubblicato sul sito web dell'Ordine.



Marco Ioppi
Presidente dell'Ordine

ENPAM

Liberi professionisti e
inabilità assoluta temporanea.

Nella seconda metà dell'anno scorso, come si ricorderà, la Consulta della Libera professione ENPAM era riuscita ad approvare una sostanziale ed importante modifica del regolamento sul punto cruciale della Inabilità Assoluta Temporanea (IAT) per i liberi professionisti. Sino ad allora i liberi professionisti che contribuiscono per la loro pensione al Fondo B in caso di impossibilità a lavorare per malattia od infortunio sarebbero stati protetti solo da una normativa d'assistenza incapace di sostenere anche le minime esigenze nei momenti difficili.

La nuova normativa, voluta con forza e determinazione dalla Consulta, consentirebbe di percepire, in caso di IAT certificata superiore ai 30 giorni, una diaria dal 31° giorno in poi legata direttamente al reddito dichiarato ENPAM. In tal modo il sostegno al libero professionista si sostanzia adeguatamente. Ad oggi, però, la norma non è ancora attiva in quanto il processo formale prevede che i ministeri vigilanti approvino la modifica regolamentare. Da qui le lungaggini legate a richieste di modifiche della normativa che non entrano nel merito della stessa ma sono volte solo a meglio definire la sintassi interpretativa. Infatti recentemente, quando sembrava d'essere giunti alla fine del già lungo percorso, i ministeri hanno nuovamente rimandato all'ENPAM un'ulteriore richiesta di chiarimenti, allungando di fatto l'entrata in vigore della norma.

La Consulta segue con attenzione il processo d'approvazione e, preoccupata per i colleghi che potrebbero già aver avuto efficace sostegno dalla norma sulla IAT, si è attivata per cercare di tamponare i disagi creati per colleghi in difficoltà. Si è chiesto quindi al Consiglio d'Amministrazione ENPAM, qualsiasi sarà la data effettiva dell'entrata in vigore del nuovo regolamento ITA, di considerare valide le domande in modo retroattivo sino alla data d'approvazione da parte dell'ENPAM, il 13 settembre 2017. La richiesta è stata considerata opportuna e sarà meglio normata nel breve. Nella sostanza si consiglia a tutti coloro che hanno avuto un evento che ha causato ITA dopo il 13 settembre 2017 d'inviare tutta la documentazione comprovante direttamente all'ENPAM chiedendo erogazione del contributo in oggetto.



Stefano Visintainer
Delegato Empam

Dal punto di vista formale non si potrà attingere dal fondo previsto dalla nuova norma ma si è previsto di stornare da un altro capitolo di bilancio gli importi necessari. Ripeto, al momento questo escamotage non è ancora definito ma siamo certi lo sarà. È fondamentale inviare la domanda con documentazione come illustrato in attesa comunque delle decisioni definitive in merito.

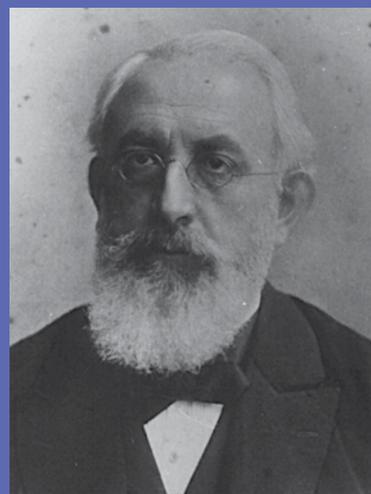
Sperando d'essere stato esaustivo sono a disposizione per chiarimenti

NEL CENTENARIO DELLA MORTE RICORDATO IL PROF. LUIGI DALLA ROSA

Nel corso di un convegno svoltosi al Liceo Prati di Trento è stato ricordato nei giorni scorsi il prof. Luigi Dalla Rosa nel centenario della sua morte. Eminente anatomista, nato a Civezzano l'11 agosto 1847, si diplomò all'Imperial Regio ginnasio liceo di Trento, oggi liceo Prati, e successivamente si laureò in medicina generale a Praga.

Rimase a Praga a specializzarsi negli studi anatomici con Carl Toldt, di cui divenne assistente. Nel 1889 fu nominato professore straordinario. Nel suo lavoro scientifico descrisse dettagliatamente la crescita post embrionale del muscolo temporale, mettendola in relazione con quella delle ossa e dei muscoli vicini.

Al convegno al Prati ha partecipato anche il presidente dell'Ordine, dott. Marco Ioppi, che ha ricordato la figura del dott. Dalla Rosa. Il profilo storico e scientifico è stato tracciato rispettivamente dal prof. Renato Mazzolini, biografo del Dizionario biografico italiano, e dal dott. Rodolfo Taini della Fondazione Museo storico di Trento.



il prof. Luigi Dalla Rosa

■ Omessa conservazione della cartella clinica

Responsabile dolo la struttura sanitaria

In tema di responsabilità sanitaria, il principio della vicinanza della prova, fondato sull'obbligo di regolare e completa tenuta della cartella clinica, le cui carenze e omissioni non possono andare a danno del paziente, non può operare in pregiudizio del medico per la successiva fase di conservazione. Lo ha detto la Cassazione con l'ordinanza n. 18567 del 13 luglio. Per i giudici della sezione terza civile dal momento in cui l'obbligo di conservazione si trasferisce sulla struttura sanitaria, l'omessa conservazione è imputabile esclusivamente a essa. La violazione dell'obbligo di conservazione non può riverberarsi direttamente sul medico determinando un'inversione dell'onere probatorio.

La consegna della cartella all'archivio centrale - Ai sensi dell'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 128/1969, per tutta la durata del ricovero, responsabile della tenuta e conservazione della cartella clinica è il medico. Questi esaurisce il proprio obbligo

di provvedere oltre che alla compilazione, alla conservazione della cartella, nel momento in cui consegna la cartella all'archivio centrale, momento a partire dal quale la responsabilità per omessa conservazione della cartella si trasferisce in capo alla struttura sanitaria, e quindi alla direzione sanitaria di essa, che deve conservarla in luoghi appropriati, non soggetti ad alterazioni climatiche e non accessibili a estranei. L'obbligo di conservazione della cartella clinica, come più volte ribadito dalle circolari del ministero della Sanità, è illimitato nel tempo, perché le stesse rappresentano un atto ufficiale. Nelle cause di responsabilità sanitaria il ruolo dei medici evocati in causa come convenuti insieme alla struttura sanitaria è attivo per cui essi devono attivarsi per articolare nel modo migliore la propria difesa. È compito degli stessi medici, che hanno compilato la cartella clinica, a poterne e doverne richiedere copia alla struttura per acquisirne la disponibilità ai fini di produrla in giudizio.

TORNA LA GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

**SABATO 17 NOVEMBRE
AL TEATRO SOCIALE**

Torna la Giornata del medico e dell'odontoiatra promossa dall'Ordine della Provincia di Trento. L'evento si svolgerà sabato 17 novembre al Teatro Sociale con inizio alle ore 17.00. Come di consueto verrà consegnata una medaglia di riconoscimento ai medici che hanno raggiunto i 50 di laurea e successivamente verranno presentati i giovani neo laureati e iscritti all'Ordine che presteranno il solenne giuramento di Ippocrate. Tutti i colleghi sono invitati e con loro familiari e amici. Seguirà invito ufficiale con le informazioni necessarie per la partecipazione.

Save
THE
Date



Protocollo intesa Cao, ■ assessorato alla salute e APSS

“ I denti. Se li curi fin da piccolo restano sani anche da grandi”. Questo il messaggio scelto da CAO , Provincia autonoma di Trento e APSS per sensibilizzare la popolazione sull’importanza della salute del cavo orale fin dalla prima infanzia.



Stefano Bonora
Presidente della CAO

È partita, con l’inizio dell’anno scolastico, una campagna di educazione che invita ad adottare corretti stili di vita per prevenire le patologie odontoiatriche con particolare riferimento alla carie dentaria.

L’OMS si pone come obiettivo di ottenere una percentuale di bambini “liberi da carie” che superi l’ 80% entro il 2020 e questi risultati si possono ottenere attraverso programmi di prevenzione e di educazione sanitaria.



Luca Del Dot
Presidente Revisori dei conti

La prevenzione della carie si fonda sull’adozione di precise norme di comportamento legate a pratiche di igiene orale giornaliera e sane abitudini alimentari molto più incisive se iniziate fin dai primi anni di vita.

Questo è il messaggio che deve arrivare alle famiglie oltre a periodiche visite dal dentista.

In Italia ed in Trentino in modo particolare si è assistito ad un miglioramento della salute orale negli ultimi 20 anni ma è importante non abbassare la guardia e quindi viene offerto ai bambini del secondo anno della scuola primaria lo screening odontoiatrico e con la legge provinciale n. 22 del 2007 “ disciplina dell’ assi-



stenza odontoiatrica in provincia di Trento” viene garantita come livello essenziale di assistenza la prevenzione primaria articolata in visite specialistiche, igiene orale e sigillature dei solchi per l’età evolutiva.

Consapevoli che i tempi delle prime visite dovrebbero essere anticipati e non di poco, stiamo organizzando, all’interno del progetto, incontri con le neo mamme della nostra provincia al fine di sensibilizzare da subito le famiglie su come sviluppare corretti comportamenti di igiene orale.

Sulle radio e tv locali andrà in onda uno spot che ci auguriamo raggiunga più case possibili oltre al poster che potremo ammirare in ospedali, luoghi pubblici, autobus ecc. che pubblichiamo di seguito.

Certi che tutto ciò sia solo l’inizio di un percorso di sinergie fra Cao e Sanità pubblica che ci spinga a motivare la popolazione ad attuare comportamenti atti a diminuire l’incidenza di una malattia distruttiva e debilitante come la carie.

I denti. Se li curi fin da piccolo restano sani anche da grande.

Insegnare ai bambini ad avere cura dei dentini fin da piccoli è il più grande regalo che potete fare ai vostri figli, nipoti, alunni.



Igiene orale

Pulizia e pazienza per la cura del cavo orale.

Alimentazione corretta

Adottare stili di vita sani riducendo cibi e bevande zuccherate

Controlli periodici

Igiene, alimentazione e cure quotidiane vanno verificate dai genitori senza dimenticare i controlli periodici dello specialista.

Dentifricio al fluoro

Fondamentale fin dai primi anni di vita.

www.apss.tn.it



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



ORDINE MEDICI CHIRURGHI
E ODONTIATRI
PROVINCIA DI TRENTO
COMMISSIONE
ALSO ODONTIATRI



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*



Audi Q5 2.0 TDI Business Sport. La sportività è un valore senza tempo.



Audi Q5 2.0 TDI 190 CV Business Sport, con cambio S Tronic, trazione quattro con tecnologia ultra e MMI Navigation system. Tua da 389 euro* al mese. E con Audi Value, al termine del finanziamento hai la certezza del valore futuro garantito del tuo diesel e puoi scegliere di cambiarla, restituirla o riscattarla.

Configurala nel nostro Showroom e su audi.it

TAN 3,49% - TAEG 4,13%

*Esempio ai fini di Legge: Q5 2.0 TDI 190CV Business Sport, in caso di permuta di una vettura di proprietà da almeno 6 mesi, a € 52.170 (chiavi in mano IPT esclusa, grazie al contributo delle Concessionarie Audi che aderiscono all'iniziativa. Prezzo di listino IVA inclusa € 54.000) - Anticipo € 15.904 - Finanziamento di € 36.566 in 35 rate da € 389 Interessi € 3.293 - TAN 3,49 % fisso - TAEG 4,13 % - Valore Futuro Garantito pari alla Rata Finale di € 26.244 - Spese istruttoria pratica € 300 (incluse nell'importo totale del credito) - Importo totale del credito € 36.566 - Spese di incasso rata € 3/mese - costo comunicazioni periodiche € 3. Imposta di bollo/sostitutiva € 91,41 - Importo totale dovuto dal richiedente € 40.061,41 - Gli importi fin qui indicati sono da considerarsi IVA inclusa ove previsto - Informazioni europee di base/Fogli informativi e condizioni assicurative disponibili presso le Concessionarie Audi. Salvo approvazione Audi Financial Services. Offerta valida sino al 31/12/2018.

Gamma Q5. Consumo di carburante (l/100 km): ciclo urbano 6,4 - ciclo extraurbano 5,3 - ciclo combinato 5,7 emissioni CO₂ (g/km): ciclo combinato 149. I valori indicativi relativi al consumo di carburante ed alle emissioni di CO₂ dei modelli di veicoli sono stati rilevati dal Costruttore in base alla normativa vigente. Eventuali equipaggiamenti aggiuntivi possono modificare i predetti valori. Oltre al rendimento del motore, anche lo stile di guida ed altri fattori non tecnici incidono sul consumo di carburante e sulle emissioni di CO₂ (biossido di carbonio è il gas ad effetto serra principalmente responsabile del riscaldamento terrestre) di un veicolo. Per ulteriori informazioni sui predetti dati, vi invitiamo a rivolgervi alle Concessionarie Audi presso le quali è disponibile gratuitamente la guida relativa al risparmio di carburante e alle emissioni di CO₂, che riporta i dati inerenti a tutti i nuovi modelli di veicoli. I dati sui valori sono periodicamente aggiornati in conformità all'Allegato 3 del DPR 84/2003.

Dorigoni

Via di San Vincenzo, 42 - Trento - Tel. 0461 381 200
www.dorigoni.com - vendita.audi@dorigoni.com

Via Parteli, 8 - Rovereto - Tel. 0464 038 899
www.dorigoni.com - vendita.rovereto@dorigoni.com