

Anno 2017
N. 2
Giugno

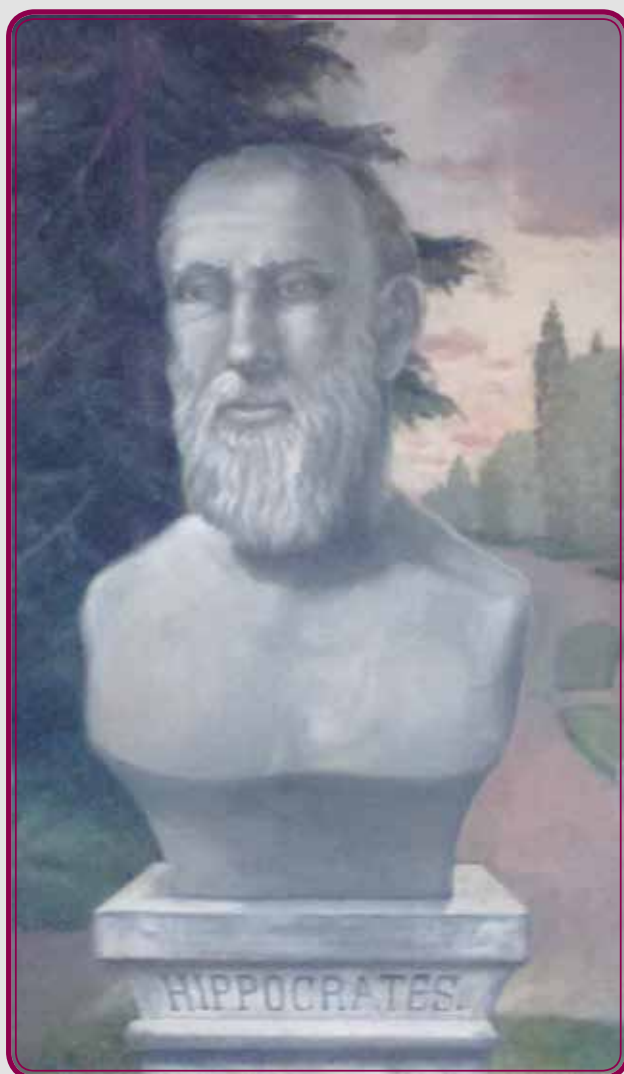
BOLLETTINO MEDICO TRENINO



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

DIRETTORE responsabile: dott. Marco Ioppi

Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) • art. 1 comma 2, DBC Trento
Anno LXIV - N. 2/2017 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51



Olio su tela di Teodoro Fengler de Vogt esposto nell'atrio della sede dell'Ordine.
Il dipinto si trovava abbandonato nello scantinato della sede.



Il Consiglio Direttivo dell'Ordine triennio 2015-2017

Marco Ioppi (*Presidente*)

Nicola Paoli (*Vicepresidente*)
Giampaolo Berlanda (*Segretario*)
Maria Cristina Taller (*Tesoriere*)

Consiglieri:

Francesca Bonfioli
Marco Bortot
Guido Cavagnoli
Monica Costantini
Maurizio Del Greco
Stefano Deluca
Giovanni de Pretis
Alberto Valli
Bruna Zeni
Fausto Fiorile
Mauro Paglierani

Le Commissioni dell'Ordine:

Commissione Ricerca, Formazione e Sviluppo: *coordinatore* Giovanni de Pretis.
Commissione Giovani: *coordinatore* Nicola Paoli.
Commissione per l'integrazione ospedale territorio: *coordinatore* Francesca Bonfioli.
Commissione delle medicine alternative: *coordinatore* Marco Bortot.
Commissione Senior: *coordinatore* Giampaolo Berlanda.
Commissione Comunicazione: *coordinatore* Nicola Paoli.
Commissione albo Odontoiatri: *presidente* Fausto Fiorile.
Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione: *coordinatrice:* Bruna Zeni.
Commissione di Bioetica: *coordinatore:* Stefano Visintainer.
Sportello permanente di ascolto: Alberto Valli, Bruna Zeni.

Revisori dei Conti:

Claudio Paternoster, Imelda Menghini, Clara Revetria.

AVVISO

Il Comitato di Redazione intende far conoscere e valorizzare i medici artisti riservando la copertina a chi di loro volesse aderire alla iniziativa. Si pregano gli interessati di inviare l'immagine di una loro opera all'indirizzo: info@ordinemedicitn.org

Per effettuare inserzioni pubblicitarie sul Bollettino:

1/4 pagina interna (bianco e nero) € 150,00 € 200,00 (1 o 2 uscite) € 250,00 (4 totali)
1/2 pagina interna (bianco e nero) € 400,00 (4 uscite) € 300,00 (per 2 uscite) € 250,00 (1 per uscita)
1 pagina interna (bianco e nero) € 500,00 € 400,00 (4 e 2 uscite) € 350,00 (per 1 uscita)
Ultima pagina-retro copertina (a colori) € 1000,00 (4 uscite) € 800,00 (per 1 uscita)

COMITATO DI REDAZIONE: Consiglio dell'Ordine • Editore: Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento
CONTATTI: Ordine: Tel. 0461 825094 • Fax 0461 829360 • e-mail: info@ordinemedicitn.org
Posta certificata: segreteria.tn@pec.omceo.it • Odontoiatri: presidenzaocao.tn@pec.omceo.it
Stampa: Nuove Arti Grafiche - Trento

Gli Ordini dei Medici diano segni di vitalità

Dott. Marco Ioppi - Presidente Ordine

È l'invito apparso su un quotidiano nazionale che sosteneva che sarebbe il caso che «gli Ordini dei medici facessero «notizia» anche per una maggiore presenza nella società “ e proseguiva affermando che “la gente sa poco di che cosa sono e cosa fanno gli Ordini dei medici” .

Ricordo brevemente che gli Ordini dei Medici furono istituiti dal Governo Giolitti, con legge istitutiva n.455 del 10 luglio 1910, dopo anni di travaglio parlamentare e di pressioni sociali. Dopo che il regime fascista li aveva soppressi nel marzo 1935, con un laconico articolo di legge che ne trasferiva le funzioni ed i compiti al Sindacato fascista di categoria, gli stessi furono ricostituiti dall'Assemblea Costituente con D.L.C.P.S. del 13 settembre 1946, n.233 il cui regolamento di esecuzione veniva approvato con D.P.R. n.221 del 5 aprile 1950.

Gli Ordini dei Medici mutarono la loro denominazione giuridica nell'anno 1985, diventando “Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri” a seguito della emanazione della legge 14 luglio 1985, n.409, che, recependo e dando attuazione alle direttive CEE n.78/686 e n.78/687, relative all'istituzione del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria (D.P.R. 28 febbraio 1980, n.135), istituiva la professione di odontoiatra, creando un Albo degli Odontoiatri nell'ambito dell'Ordine dei Medici. In pratica, si realizzava un sistema di convivenza, in un unico ordinamento, di due Albi professionali con la conseguente istituzione, all'interno del Consiglio Direttivo, della Commissione per gli iscritti all'Albo dei Medici



Dott. Marco Ioppi.

Chirurghi e della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri quali organi collegiali, dotati di specifiche competenze istituzionali.

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è oggi un Ente di Diritto Pubblico, dotato di una propria autonomia gestionale e decisionale, posto sotto la vigilanza del Ministero della Sanità e coordinato, nelle sue attività istituzionali, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Ritornando alla questione posta dalla stampa si deve ammettere che le funzioni e i compiti dell'Ordine sono poco conosciuti dai cittadini e quello che più sconcerta, anche da parte degli stessi medici dal momento che spesso identificano l'Ordine come un soggetto burocratico o lo confondono con il sindacato.

E' sempre stato mio preciso impegno di Presidente far conoscere le prerogative dell'Ordine finalizzate a sostenere e valorizzare la professione del medico nel suo compito di tutela della

salute delle persone, il bene più prezioso che ogni uomo possiede.

Il medico - senza nulla togliere alle altre professioni - è quel professionista unico e insostituibile per la società che diventa punto di riferimento, sostegno, ancora di salvataggio per l'uomo nei momenti più difficili della sua esistenza e di conseguenza ha un obbligo morale di garantire senso del dovere, responsabilità, autonomia, competenza e preparazione scientifica, umanità ed equità. L'Ordine impegnandosi a far conoscere e ad applicare il codice di deontologia medica si rende garante nei confronti della società che il comportamento del medico è conforme a questi principi, che sotto giuramento il medico si è impegnato di testimoniare sempre.

Questo è il senso del continuo richiamo, che mi sono prefissato, a difendere e salvaguardare il servizio sanitario pubblico, equo e universale, come oggi conosciamo che per bene funzionare deve godere dell'apporto e della collaborazione convinta di tutti: di un medico motivato, preparato e dal volto umano, di un cittadino educato all'uso responsabile delle risorse e di istituzioni pronte a fare scelte coraggiose e lungimiranti.

In questo suo mandato il Consiglio dell'Ordine si è impegnato fortemente per la formazione e l'aggiornamento del medico: particolare attenzione è stata posta alla scuola di formazione in Medicina Generale, è stato istituito uno sportello permanente di ascolto, è nata l'iniziativa di ascolto “l'Ordine ci incontra” e i corsi itineranti sulla responsabilità professionale, è stato organizzato il corso sulla

comunicazione terapeutica, sono stati aperti canali di informazione con la cittadinanza e sono stati istituiti rapporti di collaborazione con le Istituzioni e con gli Ordini professionali. **L'Ordine ha sempre rivendicato un ruolo libero e autonomo quale interlocutore privilegiato dell'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali allo scopo di promuovere soluzioni organizzative oggi ormai indilazionabili** (organizzazione della medicina del territorio, organizzazione ospedaliera, integrazione, semplificazione e sburocratizzazione del lavoro del medico...) o dare risposte alle emergenze socio-sanitarie (povertà, immigrazione, disagi nella cronicità, handicap).

L'Ordine nell'intento di essere artefice di un miglioramento del bene salute ha cercato, in questo periodo di consiliatura che volge al termine, di essere stimolo per idee e proposte. A tal proposito il Bollettino in questo numero pubblica il documento elaborato dalla Commissione Bioetica sul tema "L'uso etico delle risorse", che il consiglio dell'Ordine aveva indicato al momento del suo insediamento.

Altre riflessioni, documenti e proposte sono andati via via maturando e a tale proposito un grato pensiero va al direttore generale dell'APSS, dott. Paolo Bordon, per il suo contributo "Le cure primarie in Trentino: quale evoluzione per affrontare la cronicità?", ai colleghi dott. Giuliano Brunori, dott. Giovanni de Pretis, dott. Paolo Dorigotti, dott. Claudio Ramponi, dott. Alberto Valli e al presidente dell'APSP Beato de Tschiderer dott. Dino Leonesi che hanno condiviso con il sottoscritto l'elaborazione di una proposta di organizzazione della sanità trentina "Il sistema sanitario provin-

ziale tra territorio ed ospedale e la risposta ai bisogni di salute della popolazione in termini di qualità e sicurezza".

Questi contributi trovano spazio su questo numero del Bollettino e intendono essere occasione di stimolo e di confronto tra gli iscritti e hanno certamente il merito di far uscire l'Ordine da quel "torpore ideativo" paventato dagli organi di stampa e farlo così diventare non più spettatore ma promotore attivo di proposte innovative in tema di sanità.

Ogni documento, ogni contributo non ha la presunzione di tracciare risposte, ma proposte per stimolare ricerca e progettualità per un nuovo e originale cambiamento del processo assistenziale in Trentino. A tutti i Colleghi che in maniera disinteressata e spirito di servizio, spinti fondamentalmente da amore verso la professione, hanno dato il loro contributo per "una sanità che vorrei" va il mio più sincero sentimento di gratitudine.

Le loro idee, le loro proposte, i loro stimoli mettono certamente l'Ordine in condizione di dare segni di vitalità.



Omeopatia, Fnomceo: "La risposta è nel Codice"

*"In questo contesto tragico e confuso, molti si sentono in questi giorni chiamati a parlare di omeopatia e di medicine non convenzionali. Pur comprendendo le motivazioni di tutti - e invitando a mantenere i toni sommessi per non dimenticare la tragedia e rispettare il dolore della famiglia di Francesco - in relazione ad alcuni titoli fuorvianti apparsi sulla stampa, la Fnomceo ci tiene a precisare che la sua posizione sulle Medicine non Convenzionali è quella espressa all'Articolo 15 del Codice di Deontologia Medica: **"Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali - Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione.***

Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.

Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso.

Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non medici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica".

Roberta Chersevani – Presidente Fnomceo

Documento finale della Commissione Bioetica

L'appropriatezza delle cure in ambito medico e sanitario nel Sistema Sanitario Nazionale

Dott. Stefano Visintainer - Coordinatore Commissione di Bioetica dell'Ordine

INTRODUZIONE

Il Sistema Sanitario Nazionale sembra essere in profonda difficoltà rispetto alla sua capacità di mantenere i livelli di assistenza e cura sinora garantiti.

La crisi economica, diffusa nel nostro mondo occidentale ormai da diversi anni, ha certamente avuto la sua parte nel far emergere delle criticità importanti nell'impianto del SSN, presenti probabilmente da tempo, ma che mai come in questo periodo hanno evidenziato la necessità d'interventi, pena, si afferma, il collasso del SSN stesso. A propria volta l'aumento dei costi degli interventi e delle prestazioni sanitarie ha inciso nell'accentuare tali difficoltà.

La carenza di risorse economiche che incide quindi profondamente sulla possibilità di finanziamento del SSN e questa appare come la criticità più rilevante, foriera di difficoltà e problematicità via via crescenti.

L'azione governativa si è infatti concentrata sostanzialmente sul contingentamento delle risorse economiche disponibili per il sistema ed ha affiancato a questo approccio un tentativo di razionalizzazione della gestione della spesa, con iniziative spesso non ben valutate, che hanno generato notevoli difficoltà nella conduzione anche delle più semplici attività cliniche. In particolare, richiamando il concetto dell'**appropriatezza** delle prescrizioni clinico-farmaceutiche e delle attività di diagnostica strumentale, sono state date indicazioni molto costrittive (ora in parte riviste e



Dott. Stefano Visintainer.

cassate) sulle prescrizioni che non sembravano avere una fondazione adeguatamente valutata. Recentemente è passata l'approvazione della nuova disciplina dei LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza, che pare essere una riorganizzazione ragionata ed aggiornata degli interventi sanitari: in realtà essa non è stata per ora finanziata adeguatamente, lasciando di fatto ancora incertezza.

In questo quadro di difficoltà l'attenzione sulla appropriatezza dell'attività clinica pare essere un punto focale da sottolineare e sul quale intervenire, certamente per ridurre o evitare sprechi nella gestione delle risorse economiche, ma anche e soprattutto per migliorare l'efficienza e l'efficacia clinica stessa. Aspetto questo che ovviamente sta molto a cuore agli operatori sanitari, qualunque sia il loro ruolo.

Il tema dell'appropriatezza, in realtà, è rilevante non soltanto per l'evidente connessione clinica ma anche, a causa della sua connotata relatività, per la qualità dei processi decisionali, spesso molto

critici e che implicano sovente risvolti di rilievo etico.

La Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento è stata invitata dal Presidente dr. Ioppi e dal Consiglio dell'Ordine ad una riflessione sul tema.

Il documento che segue è la sintesi di un percorso d'approfondimento che nonostante l'apparente linearità del tema dimostra invece una notevole complessità e fa capire come l'analisi sull'appropriatezza coinvolga profondamente le basi stesse della natura del SSN.

La riflessione illustrata permette, ad avviso della Commissione, di comprendere meglio quali possano essere i punti critici sui quali concentrare le necessarie attività di revisione rispetto al funzionamento e alla tenuta del nostro SSN.

LA SALUTE

Il diritto alla salute e il sistema universalistico di protezione della salute

Il concetto di salute è un concetto "dinamico" che è passato da una visione organicista di "assenza di malattia" ad una di completo benessere fisico, psichico e sociale (OMS, 1948); tale visione utopica, caratteristica di quel periodo storico, ha lasciato il posto ad una lettura che identifica il concetto di salute con la capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte a sfide sociali, fisiche ed emotive (OMS 2011). Quest'ultima definizione corrisponde ad



Dott.ssa Silvia Angeli.

una visione realistica di una società che invecchia, con una popolazione nella quale sono sempre più presenti e diffuse malattie croniche invalidanti, che richiede sempre maggiori finanziamenti per sostenersi e comporta quindi una necessità crescente di operare scelte di allocazione delle risorse.

Parimenti il passaggio da uno stato liberale di diritto al welfare state, attribuisce – a livello costituzionale – un preciso dovere alla Repubblica di garantire le condizioni di effettiva realizzazione della salute, intesa quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Cost.):

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualianza dei cittadini nei confronti del servizio”.

Il momento più importante per tutelare il diritto alla salute si è realizzato con la legge 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale basato sulla visione solidaristica nell'erogazione delle prestazioni, in cui la copertura sanitaria veniva estesa a tutti i cittadini e non più limitata a talune categorie precedentemente garantite da sistemi privatistici finanziati dai lavoratori: le così dette “mutue”.

In questa nuova impostazione il finanziamento del sistema sanitario italiano è basato sulla fiscalità generale.

La realizzazione di questo sistema “universale” di assistenza ha portato a garantire al nostro paese il tasso di mortalità infantile più basso a livello europeo e la maggior aspettativa di vita.

Inoltre l'inclusione progressiva nel concetto di salute delle idee di salubrità, sicurezza dei luoghi di lavoro, attenzione alle disabilità, conservazione dell'ambiente, che ne erano originariamente escluse, ha portato ad intendere la tutela della salute anche come prevenzione, mirando a ridurre il rischio di malattia, intervenendo sulle condizioni di vita delle persone.

Il sistema così ben concepito ha però un impatto economico elevato che diviene notevolmente più pesante in un momento di crisi economica come quello in corso. Di fronte ad un calo delle risorse viene a essere messa in discussione la visione solidaristica riducendo in modo progressivo e continuo le prestazioni offerte.

Occorre sottolineare che, rispetto al diritto all'assistenza sanitaria, si manifesta un paradosso. Per un verso esso viene considerato un diritto primario e fondamentale, che richiede una completa ed esaustiva protezione; per altro verso tale diritto viene garantito ad ogni persona come un diritto “condizionato” all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il

bilanciamento dell'interesse alla salute con altri interessi costituzionalmente protetti.

Tale assetto, pertanto, si trova inevitabilmente a dovere “fare i conti” con i limiti derivanti dalle scelte di natura politico-amministrativa relative alla allocazione delle risorse economico-finanziarie. In particolare, di fronte ad una loro progressiva e costante contrazione, tali scelte possono finire con il mettere a repentaglio la tenuta del sistema universalistico di protezione della salute nel nostro ordinamento e provocare un progressivo spostamento del baricentro del servizio dal pubblico al privato. Questo produrrebbe inevitabili effetti negativi nei confronti delle persone economicamente svantaggiate.

L'appropriatezza delle cure

Strettamente connesso al tema della salute è il concetto di appropriatezza.

La definizione di appropriatezza in medicina è abbastanza recente (Donabedian 1973): “*Grado in cui la conoscenza e le tecniche disponibili sono usate bene o male nel trattamento delle malattie e nel raggiungimento della salute*”.¹

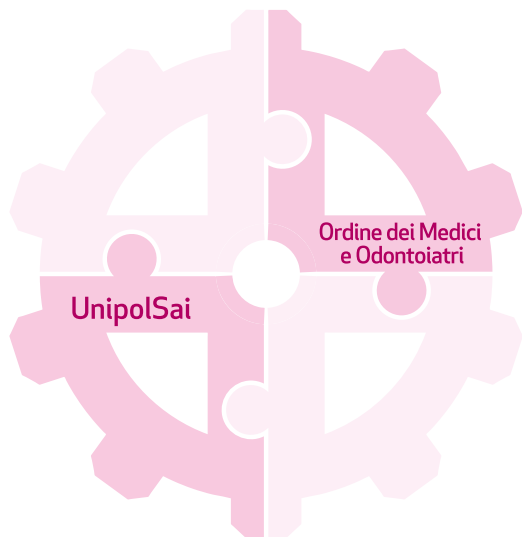
Questo termine compare per la prima volta in un documento ufficiale europeo nel 1997. L'ultima definizione del Ministero della Salute del 2006 la definisce come un “*intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi*”.

Di “appropriatezza capace di umanizzarsi, di individualizzarsi, di confluire nell'alveo della

¹ A. Donabedian, *Aspects of Medical Care Administration. Specifying requirements for health care*, Harvard University Press, Cambridge 1973.

CONVENZIONE ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA TRENTO - UNIPOLSAI

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



la tua mobilità ^{-costi} +servizi

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



la tua casa -20%

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



la tua protezione ^{fino al} -20%

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



il tuo risparmio +vantaggi

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



Grazie a **UnipolSai SOLUZIONI** hai a disposizione una vasta gamma di prodotti da pagare in comode rate mensili a tasso zero*.

Approfitta ora di questa opportunità: **puoi finanziare fino a 2.500 euro.**

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

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **Unipol**

AR ASSISTUDIO
TRENTO
di Vecchi Massimo & C. sas

AGENZIA GENERALE TRENTO

Via Dogana, 3 - Tel. 0461 982114
TRENTO.UN34066@agenzia.unipolsai.it

* Offerta soggetta a limitazioni. Per tutti i dettagli rivolgersi all'agenzia. Il pagamento del premio potrà essere effettuato tramite un finanziamento di Finitalia S.p.A., società del Gruppo Unipol, a tasso zero (TAN 0,00%, TAEG 0,00%) da restituire a rate mensili. Esempio: importo totale del premio € 550,00 - TAN 0,00% - Commissioni di acquisto 0,00% - importo totale dovuto dal cliente € 550,00 in 11 rate mensili da € 50. Tutti gli oneri del finanziamento saranno a carico di UnipolSai Assicurazioni. La concessione del finanziamento è subordinata all'approvazione di Finitalia S.p.A.

Messaggi pubblicitari con finalità promozionale:

- 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
- prima della sottoscrizione della polizza leggere il Fascicolo Informativo disponibile in agenzia e sul sito www.unipolsai.it



Dott. Paolo Bortolotti.

medicina della persona” parla Barni.²

È quindi questo un concetto complesso, che racchiude in sé una dimensione medico-clinica, una soggettiva (relazione medico-paziente; comunicazione), una propriamente etica (autonomia, beneficenza, giustizia), oltre a quelle economico-finanziaria ed amministrativo-istituzionale.

L’appropriatezza in ambito sanitario si definisce su almeno tre livelli: micro, meso e macro.

A livello micro l’appropriatezza viene definita all’interno della situazione clinica particolare, quella che riguarda il singolo paziente, ed è in grado di tenere conto delle specifiche esigenze di cura e volontà individuali. Di questa il medico è il primo e il più diretto responsabile, dal punto di vista clinico, deontologico, giuridico e morale.

A livello meso essa è definita dalle organizzazioni sanitarie e dalle società scientifiche, che forniscono indicazioni e adottano linee guida al fine di indirizzare le scelte dei clinici rispetto al miglior approccio diagnostico/terapeutico e di gestione delle modalità di ricovero e assistenza.

² M. Barni, *L’appropriatezza della decisione medica*, in L. Lenti, E. Palermo, P. Zatti (a cura di), *Trattato di biodiritto. I diritti in medicina*, Ciuffrè, Teramo 2011, pp. 31-38.

A livello macro – quello delle istituzioni sanitarie – vengono individuate e stabilite le priorità della salute ed in base ad esse vengono quindi identificati i livelli essenziali di assistenza, le voci di spesa ammesse e i margini di decisione che restano affidati alle scelte delle realtà sanitarie locali.

È compito dunque della sanità pubblica e dell’economia sanitaria individuare quali budget stanziare. Spetta invece alle organizzazioni sanitarie l’onere di identificare le priorità, tenendo conto del contesto e delle condizioni di vita di una comunità particolare.

La decisione di dove porre il baricentro del bilanciamento tra tali esigenze – potenzialmente in conflitto – non può che spettare al medico, che deve pertanto essere messo nelle condizioni di svolgere al meglio la propria professione, esercitando in pieno e responsabilmente la propria autonomia professionale, sempre con il consenso della persona.

Per fare questo è necessaria una corretta informazione/educazione da parte delle istituzioni sulla appropriatezza degli interventi sanitari, al fine di arginare quell’asimmetria informativa tra il mondo della ricerca e quello dell’assistenza, che genera prospettive irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, aumentando rischi, costi e contenziosi medico-legali.³

Criteri di “misura” dell’appropriatezza

Si propongono, alla luce dell’esigenza di riconoscere una dimensione anche “soggettiva” e “contestuale” di appropriatezza, una pluralità di criteri di “misurazione” della stessa che viene qui intesa quale concetto polisemico, da affrontare e gestire ai diversi livelli dell’organizzazione sanitaria:

a) Opportunità della cura vs futilità della cura: da quale prospettiva intendere questi concetti? Cosa significa opportunità/futilità? A chi spetta decidere cosa sia appropriato e come allocare le risorse rispetto agli obiettivi sanitari? Si tratta di una scelta medica o solo politico-amministrativa?

b) Consapevolezza della cura: si intende parlare dei temi della comunicazione e della comprensibilità delle informazioni, intimamente connessi con le autonomie decisionali coinvolte (medico, équipe, paziente, famiglia, rappresentanti) e con il consenso informato della persona.

c) Responsabilità della cura: di chi è? fino a che punto si può portare ed estendere? A chi è lasciata la responsabilità delle scelte? Alcune linee di comportamento sono date dalla politica, dall’organizzazione sanitaria locale o da protocolli interni, ma spesso la scelta finale ricade sull’operatore.

d) Sostenibilità della cura: quale sostenibilità? Economica, sociale, individuale, medica, organizzativa?

DISPONIBILITÀ E SCARSITÀ DELLE RISORSE

Gli sviluppi della ricerca in ambito biomedico: Evidence Based Medicine



Dott.ssa Patrizia Callovi.

³ Si vedano gli interventi in merito di N. Cartabellotta.

In tale contesto economico ed organizzativo si deve pure tener conto che la ricerca in campo medico ha prodotto una enorme quantità di nuove conoscenze tanto che per il medico è diventato difficile prendere decisioni cliniche fondate sulle diverse e plurime prove scientifiche disponibili. Per ovviare a queste difficoltà sono stati messi a punto nuovi strumenti di diffusione delle conoscenze e di aiuto alle decisioni nella pratica medica, come le revisioni sistematiche, le metanalisi, le rassegne di letteratura, i sistemi decisionali basati su modelli formali e le analisi economiche.

Su queste basi nel 1992 è nata la Medicina Basata Sulle Prove (Evidence Based Medicine-EBM) che si propone di migliorare l'appropriatezza clinica mediante l'utilizzo dei migliori risultati disponibili in letteratura, considerati in base alla loro rilevanza clinica.

La EBM costituisce quindi un nuovo approccio all'assistenza sanitaria dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo delle migliori prove scientifiche disponibili, relativamente all'accuratezza dei test diagnostici, alla potenza dei fattori prognostici, all'efficacia/sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi.

Per rispondere a queste esigenze di trasferimento di conoscenze e



Dott.ssa Valeria Franzoi.

di applicazione successiva nelle scelte assistenziali si sono sviluppati in particolare i seguenti strumenti, che possono interagire e coesistere all'interno del medesimo piano programmatico-operativo:

- le Linee Guida, finalizzate ad assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo quella parte di variabilità nelle decisioni cliniche legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali;
- le Conferenze di consenso (Consensus Conference), che prevedono la stesura di raccomandazioni da parte di una giuria al termine di una presentazione e consultazione di esperti che sintetizzano le conoscenze scientifiche su un dato argomento;
- la valutazione delle politiche sanitarie (Technology Assessment) che si fonda sul giudizio di benefici, rischi e costi (clinici, sociali, economici, di sistema) in merito al trasferimento delle stesse nella pratica clinica, ma con un'analisi particolare dell'impatto complessivo.

Tali strumenti possono essere utilmente adottati anche a livello territoriale, al fine di orientare le scelte di politica sanitaria (intesa in senso ampio, cfr. determinanti sociali della salute) dal livello 'macro' a quello 'micro', coerentemente ai principi di adeguatezza, coerenza, efficacia ed appropriatezza delle scelte da assumere ai diversi livelli di programmazione, gestione ed attuazione.

In tal senso, appare raccomandabile che l'approccio *evidence-based* sia assunto quale metodo di lavoro anche all'interno dei processi decisionali (decision-making process) a livello legislativo, amministrativo e istituzionale, potendosi in tal senso richiamare



Dott. Mauro Larcher.

l'idea di una *evidence-based law*⁴ ed *evidence-based administration*, che richiederebbe una costante e aggiornata valutazione delle decisioni politiche assunte anche alla luce del quadro medico-sanitario, statistico-epidemiologico, sul quale sono destinate ad incidere. Passando al livello micro delle scelte operate dal professionista della salute assieme al paziente, appare opportuno sottolineare la centralità della dimensione soggettiva di tali decisioni, che non si possono esaurire nella applicazione automatica delle linee guida ma che rientrano nel più ampio e complesso concetto di giudizio clinico, che resta essenzialmente soggettivo, in quanto espressione dell'esperienza e della competenza maturata singolarmente dal medico. Deve affermarsi la *centralità della soggettività*, intesa sia come soggettività del clinico – che si costruisce a partire dalla sua esperienza, ma che deriva anche dalla sua capacità intuitiva, immaginativa e di giudizio – sia come soggettività del paziente, nella sua vicenda di malattia, ma al medesimo tempo con la sua storia di vita e le sue priorità. Solo a partire dal dialogo tra

⁴ Cfr. C. Casonato, *Evidence Based Law. Spunti di riflessione sul diritto comparato delle scienze della vita*, in "Bio-Law Journal/Rivista di BioDiritto" 1 (2014), pp. 179-208.



Dott.ssa Lucia Pilati.

medico e paziente e all'interno di una relazione di cura il medico può declinare i dati e le prove, le linee-guida e la EBM nella storia di malattia di quella persona particolare. La dimensione contestuale viene inoltre considerata estremamente rilevante ai fini dell'individuazione della cura più appropriata e pertinente per un particolare paziente.

Non va infine dimenticata la continua rivedibilità delle linee guida e la necessità di una loro continua revisione.⁵

I limiti più rilevanti dell'EBM sono dati soprattutto dalla scarsa rapidità di aggiornamento rispetto all'innovazione (rigidità) e dalla mancata considerazione delle aspettative dei pazienti. Anche per questo è nata "Choosing wisely" (scegliere con saggezza) promossa dall'*American Board of Internal Medicine Foundation* (ABIM), in cui viene focalizzata l'importanza della relazione con il paziente ed il tempo necessario per creare tale relazione. Tale concetto, sintetizzato con la frase "*Fare di più non significa fare meglio*" (cfr. *Choosing Wisely Italy*) e promosso da *Slow Medicine*, ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri

professionisti della salute con i pazienti e i cittadini, segnalando le procedure a rischio di inappropriata scelta per giungere a scelte informate e condivise.

Tutte queste iniziative si prefiggono lo scopo di sostituire alla logica miope della *spending review*, imposta a suo tempo in tema di spesa sanitaria e basata solo sullo spendere meno, una logica di spendere meglio. *Scegliere saggiamente*, piuttosto che tagliare indiscriminatamente; sostituire alla politica del razionamento quella della riduzione/abolizione degli sprechi, come già segnalava Archie Cochrane (Fondatore delle *Cochrane Library*, per la revisione sistematica della letteratura medica): "razionalizzare viene prima di razionare".

La complessità e la necessaria integrazione tra soggettività ed oggettività delle conoscenze medico-scientifiche viene riconosciuta anche a livello giuridico in base al principio secondo cui "*poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione*" (Corte Costituzionale; sentenza n. 282 del 2002).

Appare quindi auspicabile che anche a livello locale possa essere attivato e adottato questo tipo d'approccio, anche alla luce di esperienze già realizzate in ambiti clinici particolari dove si dimostra che l'applicazione condivisa di linee guida migliora sia l'efficacia diagnostica che l'efficienza organizzativa.⁶

CONDIVISIONE E RESPONSABILITÀ

Nell'analisi condotta, il tema della condivisione e della responsabilità acquista un'importanza centrale.

Centralità della relazione di cura

In una relazione di cura ben fondata e condotta uno dei capisaldi è senz'altro la reciprocità del rispetto degli attori della relazione stessa: il curante (l'equipe di cura e terapia) ed il paziente (la persona bisognosa di cure/attenzioni). Ad essi oggi si accosta come terzo attore e polo l'organizzazione sanitaria.

Sino ad ora l'analisi si è concentrata perlopiù sul versante del curante e dell'equipe sanitaria. L'evidente sbilanciamento del "rapporto di forza" sul lato dell'equipe ha fatto emergere la necessità di una rivalutazione tramite strumenti bioetici di tutto l'agire medico contemporaneo.

L'introduzione dell'analisi bioetica ha consentito negli scorsi anni di cogliere le problematicità e di proporre su molti temi delle riflessioni che in diversi e rilevanti ambiti clinici hanno portato ad indicazioni importanti e utili per migliorare la *vivibilità* del curare e per modificare l'approccio al paziente, ritornato ad essere "soggetto di cure" anzi-



Dott.ssa Franca Refatti.

⁵ T. Greenhalgh, J. Howick, N. Maskrey, *Evidence based medicine: a movement in crisis?*, in "*British Medical Journal*" 348 (2014), g3725.

⁶ Cfr. Danila Bassetti e Paolo Lanzafame, *Valutazioni d'impatto economico e organizzativo dell'applicazione di linee guida in auto immunologia*, in "*Rivista Italiana di Medicina di Laboratorio*" 12 (2016), pp. 177-181.

ché soltanto “oggetto di terapie”⁷.

Oggi occorre però sottolineare la necessità d'un approccio etico da parte delle organizzazioni sanitarie, intendendo con questo termine l'attitudine, l'orientamento e l'agire etico che le organizzazioni sanitarie adottano e trasmettono al proprio interno, oltretutto le responsabilità morali e giuridiche delle organizzazioni sanitarie stesse nelle dinamiche di cura.

Il sistema sanitario nazionale e la sua universalità come responsabilità dei cittadini

Il sistema sanitario nazionale italiano (SSN) ha particolarità importanti. L'ancoraggio costituzionale del diritto alla salute ed il derivato aspetto universalistico lo caratterizzano in modo essenziale. È un sistema cresciuto e che ha fatto crescere i cittadini in una situazione di protezione sanitaria a tutto campo. Certamente le criticità, anche in momenti meno difficili di quelli attuali, si sono rivelate essere molteplici e potenzialmente in grado di compromettere la bontà dell'impianto universalistico.

⁷ cfr. ad es.: Malherbe JF: *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Fides, Montréal 2007



Dott. Fabrizio Zappaterra.

Ad una riflessione attenta appare evidente invece che, pur con le manchevolezze, la presenza d'un SSN ha permesso la diffusione ad ogni livello sociale di una disponibilità di trattamenti diagnostico terapeutici altrimenti impossibile. Attualmente la crisi economica ha trovato nel SSN il luogo dove, con più facilità, si è tentato di recuperare risorse procedendo però, come ben si è visto anche recentemente, con delle politiche di tagli lineari o sedicenti razionali (spending review, cfr. sopra).

Pare qui importante mettere in luce il valore della *condivisione* e della *responsabilità del cittadino* nella tenuta del SSN; un aspetto sinora poco considerato.

Una delle caratteristiche ragguardevoli del nostro SSN è appunto la disponibilità sociale diffusa universalmente che ha portato il nostro paese ad essere tra i primi al mondo per longevità della popolazione.

La longevità, l'aumento della durata della vita anagrafica, ha mostrato d'accompagnarsi, però, ad un incremento delle malattie degenerative ed inabilitanti alterando in modo importante la qualità della vita e soprattutto l'autosufficienza delle persone.

Il progresso tecnico in ambito sanitario pare essere inarrestabile per l'affinamento delle tecniche diagnostiche e terapeutico-farmacologiche, che sono sempre più entusiasmanti, ma che implicano un corrispondente incremento di costi.

La suddetta disponibilità tecnica non sempre è accompagnata da un'attenta valutazione delle indicazioni ottimali (questo anche in base alla difficoltà di tradurre tale disponibilità immediatamente nella pratica, cfr. sopra) e genera comunque ed inevitabilmente una richiesta pressante da parte della popolazione per accedervi.



Don Marcello Farina.

Verso una consapevolezza condivisa

Nel quadro d'un SSN come il nostro, rivolto in modo universalistico a tutta la popolazione per tutelare la salute durante l'intero arco della vita, occorre tentare d'individuare delle criticità sulle quali sia possibile intervenire senza inficiare i principi fondanti del sistema stesso.

È essenziale favorire la presa di coscienza da parte della popolazione del valore reale del sistema stesso e la presa di coscienza delle attività effettive e reali che il cittadino/paziente può attuare autonomamente, per la sua separata piccola parte, al fine di contribuire alla tenuta del sistema.

È evidente che questo atteggiamento deve strutturarsi su una diffusa sensibilizzazione ed informazione della popolazione, che però a sua volta dovrà farsi partecipe attiva, e quindi responsabile, della propria salute in modo sempre più puntuale.

La responsabilizzazione e la condivisione passa anche attraverso la formula del cosiddetto “empowerment” del paziente. Locuzione che definisce un'attività diretta del paziente nel partecipare alla gestione del suo percorso terapeutico, ove evidentemente le condizioni sussistano ed il paziente sia stato correttamente messo nelle condizioni di farlo. Si tratta quindi di una vera



Prof.ssa Lucia Galvagni.

responsabilizzazione nel gestire la propria salute e di un ribilanciamento nella dinamica della relazione di cura. Anche a livello ministeriale si fa sempre più spesso riferimento ad empowerment ed educazione del paziente, come strumenti che, insieme a prevenzione primaria, diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, possono cambiare la storia naturale di molte patologie croniche, in termini di miglioramento del percorso assistenziale e di riduzione del peso clinico, sociale ed economico della malattia.

La condivisione e la responsabilizzazione si costruiscono innanzitutto su una diffusa conoscenza e coscienza di cosa sia il SSN e di come sia strutturato. È quindi assolutamente necessario che il valore del *patrimonio cui tutti contribuamo e a cui tutti attingiamo* sia ben chiaro. Ci deve essere una promozione del concetto di salute come ricchezza della comunità e non soltanto del singolo e la diffusione del messaggio che ciò che il SSN offre non è gratis ma ha un costo, che grava sulle spalle di tutti i contribuenti.

Un'altra modalità di diffusione del valore della *salute come bene della comunità* e della necessità di un maggior controllo sull'utilizzo delle risorse è sicuramente l'azione diretta del singolo medico, infermiere od operatore sanitario: il nostro rispondere anche in ter-

mini colloquiali al cittadino che lamenta un'adeguata risposta ai suoi bisogni per "mal gestione dei fondi" può fare la differenza rispetto al suo atteggiamento di "fruitore di servizi".

Sostenere nella formazione degli operatori una riflessione sull'importanza del controllo nella distribuzione delle risorse, sulla validità anche in termini etici di un sistema che definisce dei criteri oggettivi per accedere ai servizi, e sulla responsabilità che abbiamo di essere diffusori di una cultura che ha come fondamento anche *l'equità nell'allocazione delle risorse* potrebbe aiutare a raggiungere poi in modo più capillare le diverse realtà.

Il patrimonio del SSN che si è strutturato in Italia costituisce ormai un valore fondamentale per la società tutta. Purtroppo pare che la coscienza di questo patrimonio non sia assolutamente diffusa e chiara alla popolazione. Più facilmente il SSN viene vissuto come dispensatore di servizi e non percepito *come parte integrante del nostro essere cittadini*. Intervenire in questo senso significa anche, ove possibile, rinforzare ancora a tutti i livelli il valore della relazione di cura, anche per come essa è stata analizzata in ambito bioetico.

Appare pertanto opportuno promuovere modalità di informazione e di comunicazione sull'appropriatezza, che consentano a tutti di comprenderne il valore e la complessità e che favoriscano una maggiore consapevolezza, responsabilizzazione – inerente ad esempio agli stili di vita – e compartecipazione rispetto ai percorsi di cura.

CONCLUSIONI E PROPOSTE

Il concetto di salute è stato rivisto negli anni ed è divenuto un concetto dinamico: nella de-

finizione dell'OMS del 2011 la salute viene intesa infatti come capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte a sfide sociali, fisiche ed emotive.

In Italia il sistema sanitario adottato ha portato a garantire un tasso di mortalità infantile tra i più bassi d'Europa, così come la maggior aspettativa di vita.

Il riconoscimento del diritto alla salute per ogni persona, sancito dalla Costituzione italiana all'art. 32, è però condizionato dalla disponibilità delle risorse. Oggi quindi la tutela di tale diritto dipende anche dalla responsabilità che i singoli – siano essi curanti e/o cittadini – hanno nell'utilizzo appropriato di tali risorse. Il diritto alla salute chiede a propria volta però un'attenzione a mantenere stili di vita corretti, sin dall'infanzia, a promuovere la miglior prevenzione (mediante vaccinazioni, alimentazione sana, movimento ed evitando comportamenti a rischio, come fumo o alcool), e qualora necessario un'adesione a percorsi di cura scientificamente riconosciuti.

I costi del sistema sanitario, che sono in costante e progressivo aumento, devono essere sostenuti grazie al contributo di tutti, a seconda delle responsabilità di ciascuno, sia in termini economici, che in termini di uso appropriato delle risorse messe così a disposizione.



Dott.ssa Giovanna Oliva.

Suggeriamo dunque queste proposte operative, realizzabili a livello locale:

- Comunicazione ed educazione di tutta la cittadinanza al valore di un sistema di assistenza universale pubblico, che ha garantito il benessere attuale, e responsabilizzazione di ogni utente all'uso corretto delle risorse disponibili: ciascuno dovrebbe difendere il "proprio" sistema sanitario pubblico.
- Acquisizione di consapevolezza tra i cittadini del patrimonio che la disponibilità delle cure attuali rappresenta e valorizzazione della relazione con il proprio medico curante, anche per poter declinare comportamenti sani nell'agire quotidiano, in senso sia fisico che mentale.
- Promozione della partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti, anche attraverso sedi di dibattito pubblico e di consultazione/proposta aperta.
- Promozione della prevenzione, intesa non solo in senso sanitario ma anche culturale, sociale ed economico (*nudging*, determinanti sociali della salute).
- Costante adeguamento delle linee guida (aziendali, ospedaliere, nazionali), anche attraverso gli strumenti individuati nel parere.
- Miglioramento nella realizzazione del principio dell'integrazione socio-sanitaria.



Prof. Simone Penasa.

- Utilizzo di strumenti e concetti *evidence-based* anche a livello politico-amministrativo, per quanto riguarda la programmazione e l'organizzazione sanitaria e monitoraggio e valutazione dell'impatto di tali scelte nel medio-lungo periodo.
- Promozione negli operatori sanitari (infermieri, medici, professionisti sanitari ...) di una riflessione sull'importanza dell'utilizzo responsabile delle risorse a disposizione, nel primario rispetto dei bisogni del malato.
- Il medico deve sempre essere messo nella condizione di condurre il proprio mandato il più vicino possibile al malato (meno burocrazia, più umanità) e questo è possibile tanto più quanto più ai curanti viene restituito il tempo di cura.
- Effettiva attuazione dei principi contenuti nel Piano provinciale per la salute 2015-2025.



Dott.ssa Francesca Uez.

- Il curante, sia medico, infermiere o operatore sanitario, deve sempre essere messo nella condizione di condurre il proprio mandato il più vicino possibile al malato (meno burocrazia, più umanità) e questo è tanto più possibile quanto più ai curanti viene restituito il tempo effettivo di cura.

I componenti della Commissione Bioetica

Silvia Angeli

Paolo Bortolotti

Callovi Patrizia

Valeria Franzoi

Mauro Larcher

Lucia Pilati

Franca Refatti

Stefano Visintainer

(coordinatore della commissione)

Fabrizio Zappaterra

Marcello Farina (ministro del culto)

Lucia Galvagni (bioeticista)

Giovanna Oliva (farmacista)

Simone Penasa (giurista)

Francesca Uez (infermiera professionale)

Le cure primarie in Trentino: quale evoluzione per affrontare la cronicità

Dott. Paolo Bordon - Direttore Generale APSS

Il sistema delle cure primarie, attraverso un approccio centrato sulla persona e orientato all'individuo ed alla sua famiglia, ha il compito prioritario di prendere in carico i pazienti in modo globale e completo. A ciò concorrono il medico di medicina generale e gli altri professionisti del territorio, in primis l'infermiere, attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza multiprofessionale (coinvolgimento e co-responsabilizzazione di più professionisti) che promuova meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, di cura e riabilitazione.

Il rafforzamento delle strutture e dei servizi delle cure primarie deve corrispondere ad un'organizzazione della sanità in cui sia distinto il ruolo dell'ospedale da quello del territorio a garanzia della continuità delle cure e della centralità della persona, sviluppando gli strumenti della "sanità d'iniziativa", rivolta sia agli aspetti di prevenzione, counselling ed informazione della popolazione sana, ma soprattutto per una efficace intercettazione e presa in carico dei pazienti fragili e cronici. Per questi il rischio di sottoutilizzo dei servizi di base, e di conseguenza di iniquità nell'accesso ai percorsi appropriati di presa in carico delle malattie croniche è molto elevato, con maggiore sviluppo di complicanze prevenibili. Come raccomandato dal Piano Nazionale per la Cronicità, le cure Primarie devono integrare, attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), gli attori del territorio



Dott. Paolo Bordon.

con quelli dell'ospedale e con la comunità stessa, sempre considerando il paziente come portatore di un sapere esperto che gli deriva dalla sua storia di malattia. Se per il cittadino "sano", che accede occasionalmente al MMG per un fatto acuto, il sistema attuale può ancora funzionare, è evidente che per la presa in carico integrata del paziente cronico la medicina del territorio come tradizionalmente intesa ed esercitata in Trentino non è adeguata al mandato. Professionisti di grande valore, competenza e motivazione, con il loro solo agire quotidiano, nell'attuale modello incidono debolmente sullo stato di salute della popolazione con malattia cronica. Da una parte MMG che lavorano prevalentemente in modo solitario, in modalità "di attesa", senza tempo per il confronto clinico con colleghi ed altri pro-

fessionisti, con scarsa abitudine alla pianificazione delle cure e senza possibilità di esaminare criticamente indicatori di processo e di esito. Dall'altra un sistema di cure infermieristiche domiciliari che deve confrontarsi con interlocutori clinici molteplici, soprattutto nei contesti urbani, sovraccaricato da attività prestazionali con scarse o nulle ricadute in salute (per tutti, i prelievi domiciliari), con scarsa attitudine (e ancor più scarsi strumenti organizzativi) alla medicina di iniziativa. Anche l'investimento sulle competenze educative a sostegno dell'empowerment dei pazienti trova ancora scarsa applicazione, per l'altissima complessità media dei pazienti domiciliari.

Non va dimenticata, infatti, l'asimmetria tra un sistema di offerta di cure ai soli pazienti domiciliari (quindi per definizione non

deambulabili, molto compromessi nelle autonomie e spesso clinicamente complessi) e la necessità di una presa in carico precoce dei pazienti con malattia cronica, prima che diventino tali. E questo gap nell'assistenza non può essere colmato dagli ambulatori infermieristici che, pur distribuiti capillarmente sul territorio, offrono prestazioni puntiformi non inserite in piani di cura strutturati. La riorganizzazione delle cure primarie, complessivamente intese, deve mirare a garantire la continuità nell'assistenza ai pazienti cronici dall'identificazione precoce alla gestione delle complicanze e della disabilità ad essa correlata. Tuttavia, la fase meno presidiata è proprio quella della presa in carico precoce, che è anche quella in cui si annidano i rischi di una maggiore diseguità legata a fattori socio-economici ed health literacy.

Riteniamo che la riorganizzazione della medicina generale debba garantire che il paziente cronico:

- sia preso in carico e seguito nel tempo secondo protocolli e PDTA condivisi che prevedano chiamate attive sulla base di indicatori appropriati.
- riceva interventi educativi per l'empowerment e il self management della malattia con il contributo dell'infermiere e l'accesso ad ambulatori specifici.
- conosca cosa viene garantito dal suo Medico e dal sistema delle Cure primarie (come e dove) e quando è previsto l'intervento specialistico o il ricorso alle cure ospedaliere.

Per questo si propone di implementare forme organizzative della MG che consentano l'integrazione attiva sui pazienti cronici e fragili con l'infermiere di famiglia/comunità e con gli specialisti ambulatoriali, a partire da contesti

che presentano condizioni logistiche favorevoli.

Queste sono rappresentate da strutture che si prestino ad accogliere ambulatori di primo livello, di prossimità alla popolazione, in cui possano coesistere altri servizi sanitari o sociali, in cui possano essere erogare prestazioni coerenti ai principali PDTA sulle malattie croniche, invitando i cittadini riconosciuti portatori di alcune condizioni di rischio per una valutazione e presa in carico precoce (la vera e propria medicina di iniziativa).

In queste strutture può essere concentrata l'intera attività dei MMG o la sola attività di medicina di iniziativa e di monitoraggio e cura dei pazienti cronici.

Tale modello deve essere flessibile rispetto alle diverse realtà (urbane o periferiche di valle) e valorizzare strutture già presenti sui territori. Questo senza privare i territori più periferici dei presidi degli ambulatori, sia infermieristici che dei MMG, che hanno un prezioso ruolo anche sociale per la cittadinanza del luogo.

Su alcune realtà sono già state fatte delle ricognizioni e delle ipotesi progettuali, che sono a diverso grado di avanzamento e di consenso da parte dei MMG dei diversi ambiti.

In questi contesti l'attività di gruppi di MMG porterebbe ai cittadini grande valore aggiunto rispetto alla contiguità con altri servizi della salute, ed ai professionisti l'opportunità di lavorare in condivisione di spazi: sappiamo che questa è la principale e più efficace azione per promuovere il lavoro di equipe, il confronto tra pari e tra diverse professioni, la continuità di informazioni, la fiducia reciproca e la presa in carico condivisa dei pazienti, ciascuno secondo la propria competenza a responsabilità.

Per questo pensiamo che una reale evoluzione delle cure primarie non possa non prevedere la condivisione di strutture fisiche, che diventino anche punti di riferimento chiari, prossimi ed autorevoli per i cittadini. Solo così il territorio potrà, anche nell'opinione pubblica, essere riconosciuto come un elemento di continuità e non di alternativa all'ospedale.

Riteniamo che la comunità dei MMG sia matura, consapevole e pienamente aggiornata sulle necessità di cambiamento richieste ai professionisti, sul territorio ed in ospedale, per affrontare i nuovi bisogni portati dai cittadini in tema di cronicità. Tuttavia, finora i contesti organizzativi non sono stati favoriti, anzi spesso hanno ostacolato il lavoro dei MMG insieme tra loro e con altri operatori sanitari.

Riteniamo che le azioni di cambiamento, soprattutto rispetto al tradizionale modo di lavorare dei professionisti, vadano forzate perché non avvengono spontaneamente. Vanno accompagnate, motivate e sostenute, ma non devono essere lasciate alle sole singole iniziative virtuose, poiché il sistema sanitario pubblico è il garante dell'assistenza primaria che eroga ai suoi cittadini, suoi finanziatori, e ne deve essere il più convinto promotore di azioni strutturali di miglioramento.

Per questo pensiamo di poter costruire insieme ai MMG dei modelli organizzativi adattabili ai territori, ma coerenti con questa visione, progettando e investendo nella figura dell'Infermiere di Comunità, valorizzando e integrando maggiormente gli specialisti ambulatoriali ed offrendo soluzioni strutturali che promuovano e favoriscano la condivisione del lavoro, nel rispetto delle reciproche responsabilità e valorizzando del rapporto fiduciario.

Il sistema sanitario provinciale tra territorio ed ospedale e la risposta ai bisogni di salute della popolazione in termini di qualità e sicurezza

Dott. Giuliano Brunori, Dott. Giovanni de Pretis, Dott. Paolo Dorigotti, Dott. Marco Ioppi, Dott. Dino Leonesi, Dott. Claudio Ramponi, Dott. Walter Spagnolli, Dott. Alberto Valli

PROPOSTE ORGANIZZATIVE

“La medicina cambia, cambia la medicina” è questo l’assioma sul quale il Gruppo di Lavoro ha focalizzato la propria riflessione con l’intento di proporre la realizzazione di un sistema sanitario integrato tra territorio ed ospedale che – passando attraverso l’educazione del cittadino alla responsabilità – si faccia carico della necessità di salute della collettività e del singolo individuo e dove la centralità dell’ospedale deve essere sostituita dalla centralità del sistema salute nel suo complesso, sottolineando la diversità dei ruoli- complementari e paritetici – nell’unitarietà della visione strategica dell’obiettivo salute.

In tale prospettiva sono stati individuati quali temi di riflessione generale, argomenti quali:

Paziente ed organizzazione visti come unitarietà e non come frammentazione: l’attività organizzativa professionale medica deve avere come obiettivo centrale la gestione dei bisogni di salute della persona in una visione di unitarietà psicofisica e socio-assistenziale. La centralità clinica del malato deve prevedere la presa in cura del paziente da parte dei professionisti mirando alla qualità delle prestazioni erogate con particolare attenzione all’appropriatezza ed agli esiti delle stesse in termini di miglioramento della salute.

A questa visione di assistenza consegue il bisogno di un’organizzazione sanitaria che tenda alla visione di insieme e sistemica dei

problemi e che eviti la progressiva frammentazione strutturata e non governata dell’organizzazione stessa e conseguentemente delle prestazioni erogate.

Equità nell’accesso alle prestazioni ed equità nella distribuzione delle risorse:

le prestazioni sanitarie devono essere erogate con equità a tutta la popolazione secondo una visione strategica e sostenibile del sistema, considerando anche le aspettative della popolazione. Lo stesso criterio di equità, secondo un preciso, trasparente piano strategico, va adottato per la distribuzione delle risorse tra le varie componenti e strutture dell’organizzazione generale evitando “fughe organizzative” con consumo di risorse non regolate da un programma di insieme.

Epidemiologia: i dati epidemiologici documentano l’aumento progressivo dell’età media dei pazienti, l’incremento nei singoli pazienti delle comorbidità e/o delle complessità cliniche ed un aumento delle problematiche socio- assistenziali, la crescente domanda di prestazioni sanitarie spesso di tipo “consumistico” difficile da governare.

Questi elementi presuppongono la necessità di misure organizzative sanitarie che prevedano da un lato forti competenze professionali ed equilibrio decisionale, dall’altro opzioni organizzative socio-assistenziali.

Sostenibilità del sistema: la sostenibilità del sistema sanitario provinciale è un problema reale sia di tipo professionale che economico:

- La sostenibilità professionale intesa come necessità di professionisti che sappiano fornire prestazioni di qualità ed appropriate nelle strutture ospedaliere hub e spoke e sul territorio, ciascuno per la propria competenza, ma in un’ operatività di rete tra le strutture secondo le necessità dei pazienti.
- La sostenibilità professionale intesa anche come difficoltà nel reclutamento di professionisti, in particolare per le strutture decentrate, in considerazione dell’aumento dell’età media dei medici e quindi della verosimile futura riduzione numerica degli stessi.
- La sostenibilità economica, infine, con un aumento crescente della spesa sanitaria a fronte di risorse non infinite che rende necessario un governo clinico equilibrato tra l’appropriatezza delle prestazioni da erogare ed il necessario aggiornamento delle prestazioni stesse in linea con gli elementi provati del progresso scientifico.

Cambiare la medicina del territorio e la medicina ospedaliera:

qualsiasi evoluzione professionale ed organizzativa sostenibile passa attraverso un migliore, diverso ed innovativo coinvolgimento della medicina del territorio, valorizzata ed integrata con la medicina ospedaliera ed una riorganizzazione dell’attività ospedaliera operativa in rete tra le varie strutture: ospedali che dovranno essere organizzati secondo modelli che si ispirano all’unitarietà dei problemi e dei bisogni dei pazienti e meno per

settorializzazione di competenze e aperti al coinvolgimento ed alla partecipazione dei professionisti del territorio.

La multidisciplinarietà professionale propeedeutica alla specializzazione: gli elementi professionali che stanno alla base delle modifiche organizzative del sistema sanitario sono la multidisciplinarietà: “sapere più cose in vari campi della medicina” e la specializzazione: “sapere più cose in un campo specifico della medicina”.

Questi due aspetti caratterizzanti le professionalità devono trovare coniugazione e bilanciamento tra loro sapendo che certamente senza uno di questi due aspetti, inevitabilmente, non vi può essere un sistema sanitario in grado di rispondere ai veri bisogni di salute dei cittadini ed in grado di utilizzare un proporzionato consumo di risorse.

La polivalenza del personale, una risorsa per la sostenibilità del sistema organizzativo: favorire una visione dell'organizzazione e della gestione del personale che preveda la flessibilità di impiego in termini di polivalenza all'interno delle varie strutture.

L'aggiornamento e l'attività scientifica: favorire nelle varie aree la presenza di un clima professionale incline all'aggiornamento scientifico continuo e sviluppare/mantenere, in base alle potenzialità presenti nelle singole realtà, una costante attività scientifica.

La partecipazione attiva del cittadino e la comunicazione virtuosa con i cittadini: continuare a migliorare la partecipazione attiva dei cittadini al servizio sanitario non solo come fruitori di un diritto alla salute ma anche come partecipazione, sempre più responsabile, all'educazione sanitaria ed alla promozione della salute con una

politica di comunicazione ed informazione tesa a che il cittadino migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dall'efficacia degli interventi sanitari e dalla tipologia dei servizi offerti.

Partendo da queste riflessioni il documento che si va a proporre ha l'ambizione di voler delineare una nuova organizzazione del sistema sanitario trentino senza affrontare, scientemente, gli aspetti legati al tema dell'educazione alla salute ed alla prevenzione in quanto focus del lavoro sono le tematiche legate al contesto organizzativo sanitario per la gestione delle malattie acute e/o croniche.

Il documento si articola in :

1. Principi generali: risposta ai bisogni di salute in termini di qualità e sicurezza
2. La trasversalità delle cure dal territorio all'ospedale, i bisogni: dal paziente acuto al malato cronico, dal malato cronico alla fragilità
3. I setting assistenziali su cui si struttura l'organizzazione sanitaria dal territorio all'ospedale quali strumenti organizzativi per rispondere ai bisogni di salute della popolazione
4. Ipotesi di organizzazione sanitaria del Territorio e degli Ospedali Hub e Spoke
5. La rete tra gli ospedali, il ruolo e gli aspetti organizzativi dell'Hub e dello Spoke
6. La struttura organizzativa a matrice tra gli ospedali ed il territorio: il ruolo dei Dipartimenti quali collante professionale e gestionale
7. La semplificazione dei processi amministrativi e professionali, un approccio lean

1. Principi generali: risposta ai bisogni di salute in termini di qualità e sicurezza.

“Se vuoi costruire una nave non chiamare la gente che procura il legno, che prepara gli attrezzi necessari, non distribuire compiti, non organizzare il lavoro, prima sveglia negli uomini la nostalgia del mare lontano e sconfinato. Appena si sarà svegliata in loro questa sete gli uomini si metteranno subito al lavoro per costruire la nave”.

Questa affermazione è riportata nel romanzo “Il Piccolo Principe” di Antoine del Saint-Exupery e riassume in maniera sintetica, ma esaustiva, il senso di questa nostra proposta che senza alcuna pretesa, vuole essere uno stimolo a pensare una riorganizzazione della sanità trentina che, puntando sulla qualità e sicurezza, si ponga l'obiettivo di difendere il servizio sanitario pubblico universale investendo prioritariamente sugli operatori sanitari che devono essere coprotagonisti del processo di cambiamento e parte attiva, con idee e documenti, del confronto con la società civile e il mondo politico: processo che non può prescindere da un forte investimento sulla ricerca, sulla formazione di operatori animati da un profondo senso del dovere, *impegnati a fare un'uso etico delle risorse*, professionalmente vocati a superare le resistenze al cambiamento.

Obiettivi come la sostenibilità organizzativa del sistema, che ha come esito anche la razionalizzazione della spesa - pur essendo riferimento costante nei criteri per l'assunzione delle scelte - possono essere derogati con una lettura strategica del territorio e dei suoi bisogni di salute e il venir meno di risorse sul bilancio provinciale non deve incidere sul budget assegnato al comparto sanitario in misura tale da mettere a rischio la sicurezza dei pazienti e una risposta equa ai bisogni di salute.

Il costo del sistema provinciale di salute si è incrementato negli ulti-

mi anni, in maniera esponenziale, tale da far implodere ogni piano sanitario e sociale, ciononostante la salute, essendo un diritto inalienabile di ogni persona, va tutelato anche con il ricorso, in primo luogo, alla prevenzione e all'appropriatezza della diagnosi e cura.

Il cambiamento diventa, peraltro, un imprescindibile atto morale se si pensa che, secondo il rapporto ISTAT 2014 l'11.1% della popolazione rinuncia alle cure, il 50% per difficoltà economiche e il 32.4% per difficoltà di accesso alle cure stesse.

La disposizione orografica del territorio trentino - non disgiunta anche dalla pretesa da parte del cittadino di ritenere possibile l'avere sulla porta di casa tutta una serie di servizi, compresi quelli a complessità elevata - rende particolarmente problematico il mantenimento dell'attuale organizzazione sanitaria, ragione per la quale è urgente elaborare un nuovo modello di assistenza sanitaria in cui l'utente si senta comunque preso in cura e tutelato e l'operatore si trovi a lavorare in un sistema integrato.

Il Trentino, forte della sua autonomia, ha la capacità di ridisegnare un sistema sanitario assolutamente originale e funzionale al proprio contesto per effetto

della potenzialità e responsabilità diretta che le sono proprie - vuoti di carattere normativo che gestionale - potendo contare inoltre su una diffusione capillare di servizi sociosanitari sul territorio: la storia e le tradizioni trentine, il patrimonio umano ricco di motivazione e aperto all'impegno del volontariato sono strumenti che avvalorano e accompagnano un processo di innovazione.

Il Trentino, dove la sanità è per la quasi totalità pubblica e gestita da un'unica azienda provinciale, può ambire, quindi, a diventare laboratorio di una riforma modello, riforma nella quale gli operatori sanitari ne possono essere coprotagonisti assieme agli altri livelli di competenza e responsabilità.

L'ipotesi progettuale che siamo andati ad elaborare - frutto anche di una lettura delle esigenze espresse da chi è quotidianamente impegnato in prima persona a gestire i problemi di salute - è il risultato di approfondimenti, elaborazioni e confronti che hanno impegnato il Gruppo di Lavoro e sono frutto esclusivo di interesse alla qualità del servizio alla persona, di salvaguardia del servizio sanitario pubblico e di valorizzazione della professione.

2. La trasversalità delle cure dal territorio all'ospedale, i bisogni: dal paziente acuto al malato cronico, dal malato cronico alla fragilità.

I problemi di salute della persona in base alla loro presentazione clinica possono manifestarsi in forma di acuzie o in forma cronica e l'organizzazione sanitaria deve essere in grado di dare risposte proprie a queste due condizioni in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza.

La malattia acuta è intesa come un evento clinico che ha bisogno di una risposta tempestiva attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie congrue alla gravità del problema manifestato, assicurate da una o più delle strutture organizzative in cui si articola l'organizzazione sanitaria provinciale: per prestazioni sanitarie si intende l'erogazione, da parte di professionisti, di attività a vario grado di complessità di tipo clinico e/o strumentale e/o assistenziale.

Le problematiche acute possono essere affrontate e gestite attraverso l'effettuazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali sul territorio e/o in ambito ospedaliero.

La malattia cronica è intesa come la presenza di situazioni cliniche e/o disabilità curabili,



ma non guaribili, che persistono nel tempo e spesso per tutta la vita della persona. La caratterizzazione di questa condizione di salute è l'alternarsi di periodi in cui la patologia è clinicamente controllata e di periodi in cui si sviluppano riacutizzazioni e peggioramenti.

La cronicizzazione di molte malattie - frutto anche delle migliorate capacità di cura delle stesse - e l'invecchiamento della popolazione incidono sulla continua crescita di queste situazioni, determinando un aumento incrementale dei bisogni di salute e delle risposte che agli stessi devono essere assicurate da cui consegue la necessaria messa in circuito di risorse sanitarie e sociali. La gestione delle principali patologie croniche deve realizzarsi a livello ambulatoriale territoriale, avvalendosi di specifiche e preordinate risposte in termini di programmazione, interventi clinico-terapeutici ed assistenziali, secondo piani di cura definiti e condivisi fra i diversi livelli di responsabilità e competenza, che sono chiamati a farsi carico della patologia del paziente. L'obiettivo è quello di monitorare l'eventuale progressione peggiorativa di queste condizioni, limitare/evitare lo sviluppo delle conseguenti disabilità e ridurre le riacutizzazioni e la necessità di trattamenti anche ospedalieri.

Anche nella popolazione trentina infatti è crescente il numero di soggetti affetti da più di una malattia cronica configurando quadri di comorbidità con conseguente sviluppo di complessità clinico-gestionali.

Questo elemento, insieme ad aspetti di disagio psicologico e sociale e all'avanzare dell'età, determina lo sviluppo di situazioni di fragilità e quindi condizioni di vulnerabilità clinica e sociale che riguardano prevalentemente soggetti anziani e soggetti non

anziani ma con disabilità: tali situazioni, nel loro complesso, necessitano di una politica sanitaria e sociale articolata e trasversale dove la medicina territoriale deve costituire lo strumento di organizzazione sanitaria per le situazioni di cronicità, incluse le riacutizzazioni, che non necessitano di assistenza ospedaliera.

Una percentuale importante delle persone ricoverate in ospedale - nel contesto ospedaliero provinciale almeno il 20% in area medica - è caratterizzata dalla presenza di una fragilità sanitaria o sociale che non permette la dimissione del paziente al proprio domicilio al termine della fase di acuzie, determinando quindi un prolungamento della degenza ospedaliera.

Tale situazione ha come conseguenza necessaria lo sviluppo di un progetto che identifichi opportunità residenziali intermedie in grado di garantire una appropriata assistenza medica per un periodo adeguato al recupero clinico e delle abilità funzionali, che da un lato evita degenze improprie mentre dall'altro permette la progettazione di un programma di dimissione e presa in carico da parte della medicina territoriale.

L'organizzazione medico sanitaria di tali strutture deve vedere interagire le professionalità specialistiche ospedaliere, i professionisti di area sanitaria della struttura residenziale intermedia e il medico di medicina generale di riferimento.

L'obiettivo della cura della patologia cronica è quindi quello di realizzare un'assistenza sanitaria finalizzata al bisogno di cura e/o di politica sociale del singolo paziente in relazione ai vari momenti della sua storia clinica. Per raggiungere tale fine è necessario che siano coinvolte, in maniera integrata e sussidiaria, tutte le risorse da quelle del self care (l'informazione e la responsabilizza-

zione del paziente nella gestione della malattia) a quelle dell'organizzazione sanitaria pubblica, da quelle del privato convenzionato e non, a quelle del volontariato.

3. I setting assistenziali su cui si struttura l'organizzazione sanitaria dal territorio all'ospedale quali strumenti organizzativi per rispondere ai bisogni di salute della popolazione

Per affrontare e dare appropriata risposta ai bisogni di salute dei cittadini - sia in situazioni di acuzie che di cronicità e/o di fragilità - è necessario che l'organizzazione sanitaria preveda, per il territorio e per l'ospedale, un insieme di setting assistenziali in grado di rispondere a tali esigenze.

Per setting assistenziale si intende una struttura organizzata, formata da professionisti, logistica e tecnologia in grado di fornire prestazioni sanitarie e/o sociali.

I setting assistenziali avranno diversa e progressiva complessità organizzativa in funzione delle prestazioni che devono essere in grado di erogare: dal setting ambulatoriale territoriale ove opera i medici di medicina generale - primo riferimento per i pazienti - al setting residenziale territoriale a quello ospedaliero.

L'insieme integrato delle diverse tipologie di setting delinea l'organizzazione sanitaria provinciale nel suo complesso.

La risposta ai bisogni di salute è assicurata con il coinvolgimento di uno o più setting presenti sul territorio e/o negli ospedali, tenuto conto delle specifiche competenze, in grado di rispondere autonomamente, interagendo o demandando il processo assistenziale ad altri setting.

L'articolazione di tale sistema sanitario prevede che l'elemento base dell'organizzazione territoriale non sia più il singolo profes-

sionista, ma il professionista inserito in un contesto strutturato, interagente con altri professionisti e dotato di specifica logistica. L'elemento strategico per il funzionamento dei setting è costituito da professionalità adeguatamente formate e fortemente motivate, ragione per la quale il setting dovrà necessariamente disporre di professionisti, soprattutto medici, che abbiano una visione olistica del paziente e con competenze di multidisciplinarietà o specialistiche per specifiche patologie.

L'obiettivo dell'organizzazione dei servizi sanitari così delineata è la continuità della cura che rappresenta l'azione e lo strumento che deve garantire al paziente, in base ai suoi bisogni, la continuità della presa in carico lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.

La continuità della cura nel singolo setting, o in caso di necessità in più setting, è la modalità con cui il professionista comunica a se stesso in tempi diversi o a professionisti diversi, gli elementi clinico-assistenziali di base del paziente (minimum data set) e la situazione clinico-assistenziale nuova che deve essere affrontata: la condivisione bidirezionale dei contenuti formalizzati delle informazioni relative ai pazienti sono la base per garantire la continuità della cura e tale processo risulta operativo con l'impiego di tecnologie informatiche e modalità comunicative comuni ai vari setting, ma soprattutto favorendo rapporti e conoscenza interpersonali fra i professionisti.

I bisogni di salute non sono solo clinici: per la popolazione affetta da patologie croniche e fragilità è necessario un importante sostegno assistenziale anche per i bisogni primari della persona con il ricorso prioritario all'assistenza domiciliare ed alla residenzialità territoriale.

4. Ipotesi di organizzazione sanitaria del Territorio e degli Ospedali Hub e Spoke

L'assistenza sanitaria territoriale si configura attraverso i seguenti setting:

- Setting territoriali ambulatoriali di medicina generale (Figura 1) eventualmente associati a setting per l'assistenza domiciliare, ADI – ADI CP (Figura 2)

- Setting territoriali specialistici e/o diagnostici (Figura 3)

Setting residenziali territoriali (Figura 4)

- Le figure allegate a fine testo rappresentano una proposta della tipologia qualitativa dell'organizzazione dei singoli setting territoriali, della loro interazione e della relazione con il Distretto.

Il servizio ospedaliero provinciale è articolato in:

Ospedale spoke costituito dall'insieme dei setting necessari a dare risposte ai bisogni sanitari del territorio di appartenenza per le malattie acute/croniche. L'operatività dell'ospedale spoke è integrata in modo sussidiario - per problematiche cliniche complesse - con l'ospedale hub.

L'attività dell'ospedale spoke si realizza attraverso setting sequenziali secondo criteri assistenziali per intensità di cura e prevede la centralità della persona, l'approccio multidisciplinare, l'appropriatezza degli interventi e l'uso efficiente delle risorse.

Il modello organizzativo dell'ospedale spoke garantisce l'attività di pronto soccorso, di ricovero - in elezione o in urgenza - le attività ambulatoriali e la diagnostica ed è così strutturato:

- Setting ospedaliero di PS con OB, integrato dal personale sanitario di TE 118 e dai medici della continuità assistenziale

- Setting ospedaliero con area di ricovero ordinario per acuti.

- Setting ospedaliero con ricovero a ciclo diurno medico/chirurgico

- Setting ospedaliero ambulatoriale, di diagnostica e di attività clinica indirizzata alle patologie d'organo o d'apparato con più alta prevalenza nella popolazione

Ospedale Hub caratterizzato da una forte valenza in formazione, ricerca e insegnamento:

tali funzioni devono costituire strumento di crescita anche per le strutture spoke e/o del territorio; l'insieme dei setting ad alto livello tecnologico, in grado di dare risposte a patologie acute, ad alta complessità di cura e alle problematiche dell'emergenza/urgenza - senza escludere la possibilità della presa in carico dei bisogni sanitari del territorio di appartenenza di concerto con le altre strutture sanitarie presenti sul territorio stesso - costituiscono la struttura organizzativa dell'ospedale hub

La struttura Hub orientata all'approccio multidisciplinare, alla centralità della persona, all'appropriatezza degli interventi, all'uso efficiente delle risorse è costituita dai seguenti setting:

- Setting di PS con OB e Medicina di Urgenza, integrato col sistema TE 118

- Setting di degenza per aree omogenee per acuti differenziato per intensità di cure

- Setting di area intensiva

- Setting di DH/DS

- Setting ambulatoriale a valenza provinciale per le specialità d'organo o d'apparato e per l'area materno-infantile, attività clinica e strumentale di base.

- Setting dei servizi di diagnostica di laboratorio, strumentale, e altri servizi.

- Area per la formazione e l'aggiornamento per studenti e professionisti.

- Area per la ricerca clinica, il supporto metodologico e statistico.

5. La rete tra gli ospedali secondo il modello organizzativo dell' hub e dello spoke.

Il territorio della Provincia Autonoma di Trento, per la sua particolare conformazione orografica e le sue caratteristiche socio-culturali, necessita – per la gestione delle problematiche sanitarie di tipo ospedaliero – di una organizzazione basata sul modello hub & spoke, che consenta di assicurare a tutti i possibili utenti, indipendentemente dal luogo di residenza, qualità e sicurezza al loro bisogno di salute.

La recente legge provinciale in materia di sanità ha “istituito il servizio ospedaliero provinciale costituito dagli ospedali pubblici individuati dal piano provinciale per la salute, coordinati in un'unica rete secondo criteri di sussidiarietà ed efficienza”.

La rete ospedaliera così unificata prevede la concentrazione delle casistiche più complesse - o che necessitano di più complessi sistemi produttivi - nel centro hub dotato di elevate competenze e tecnologie.

Le altre strutture della rete ospedaliera sono centri spoke per la presa in cura delle patologie che non necessitano del ricorso all'hub, assicurando la coerenza tra complessità clinica e dotazione organizzativo-tecnologica.

L'estensione territoriale, la consistenza demografica e i dati epidemiologici della Provincia Autonoma di Trento impongono l'individuazione di un unico centro hub.

La specialità delle competenze e la qualità della ricerca e formazione, potranno essere, inoltre, strumenti attrattivi anche per realtà extraprovinciali.

Tale mission potrà avere successo se la rete ospedaliera, in tutte le sue componenti, saprà esercitare il ruolo che le è proprio potendo contare su personale sanitario

fortemente motivato, disponibile all'innovazione e con forte propensione al miglioramento continuo del presidio in cui opera.

Per il bacino afferente all'ospedale hub si ritiene che la patologia che può essere gestita in ambito spoke sia soddisfatta anche dalla messa in circuito delle strutture presenti sul territorio, ivi comprese quelle del privato convenzionato.

6. La struttura organizzativa a matrice tra l'ospedale ed il territorio: il ruolo dei Dipartimenti quali collante professionale e gestionale del complesso dell'organizzazione.

Se l'obiettivo è quello di realizzare, come ricordato in premessa, un sistema sanitario integrato tra ospedale e territorio che – passando attraverso l'educazione del cittadino alla responsabilità – si faccia carico della necessità di salute della collettività e del singolo dove la centralità dell'ospedale deve essere sostituita dalla centralità del sistema salute nel suo complesso, sottolineando la diversità dei ruoli – complementari e paritetici pur nell'unitarietà della visione strategica dell'obiettivo salute- non si può non porsi l'interrogativo di quale sia lo strumento organizzativo che possa essere parte attiva e propositiva per raggiungere tale finalità, individuandolo nel livello dipartimentale.

La configurazione dei Dipartimenti risulta essere una tappa essenziale e strategica dell'organizzazione aziendale sanitaria in quanto strumento cardine della “rete” dei servizi erogati.

Il potere di indirizzo, coordinamento e controllo circa gli aspetti clinico/assistenziali di competenza delle unità operative aggregate - esercitato dal Dipartimento - delinea in maniera forte ed inequivocabile ruolo, funzione, com-

petenza ed autonomia del livello dipartimentale.

Il Dipartimento, come modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie, renderà possibile alle Unità Operative ad esso afferenti di interagire ed operare secondo strategie condivise improntate all'appropriatezza, all'equità nell'erogazione delle prestazioni, al governo delle risorse, allo sviluppo sostenibile dell'offerta sanitaria definendo “i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali e sviluppando le reti cliniche provinciali”, se ed in quanto attivate, il tutto finalizzato “a garantire in maniera omogenea su tutto l'ambito aziendale la presa in carico e la continuità assistenziale”.

Il Dipartimento dovrà garantire:

- la capacità di proporre e contribuire a creare modelli organizzativi ospedalieri che possano dare risposte più appropriate in termini di bisogni assistenziali e di uso efficiente delle risorse come l'assistenza alla degenza differenziata per intensità di cura
- il miglioramento della cultura dei professionisti del lavorare in rete con la definizione dei ruoli e delle competenze delle varie strutture e delle modalità di interazione professionale secondo criteri di complessità clinica
- le modalità di definizione di percorsi diagnostico-terapeutici omogenei e condivisi tenuto conto che, ad oggi, le attività distrettuali sono slegate da un percorso di relazione ed interazione con le strutture ospedaliere al fine di trasferire e condividere con gli specialisti del territorio – in rapporto convenzionale e non di dipendenza con l' APSS – gli esiti della ricerca clinica, la metodica diagnostica-terapeutica, la sperimentazione e l'innovazione che solo il lavoro di rete riesce a produrre

- la disciplina di una modalità relazionale-funzionale per rendere comuni i livelli di qualità e di appropriatezza secondo i PDTA con la creazione di un protocollo scientifico-clinico/assistenziale e diagnostico-terapeutico che abbia i requisiti dell'oggettività e della omogenea diffusione su tutto il territorio a garanzia di tutti i cittadini e atto a "rendere coerente con gli obiettivi e con le politiche del servizio sanitario provinciale" il sistema
- Tale relazione funzionale potrà produrre, tra l'altro, la significativa riduzione della mobilità passiva frutto, non infrequentemente, di pazienti orientati fuori provincia a seguito di valutazione degli stessi da parte di specialisti convenzionati.

Al Dipartimento, anche per poter garantire le funzioni sopra riportate, dovrà essere assicurata:

- la possibilità di contribuire attivamente al miglioramento continuo per lo sviluppo e l'integrazione dei sistemi informatici quali strumenti di condivisione di dati e di dialogo tra i professionisti in grado di ulteriormente favorire la refertazione a distanza ed il teleconsulto
- l'efficienza dei trasporti secondari del sistema TE 118 per rendere più rapido il trasferimento tra ospedali
- la flessibilità di impiego e la mobilità provinciale dei professio-

nisti attraverso idonei strumenti incentivanti

- la disponibilità di strumenti che consentano di instaurare rapporti funzionali con i servizi territoriali al fine di favorire l'integrazione con le attività socio-sanitarie

I Dipartimenti rispondono al Direttore generale o ad un suo delegato e nella loro operatività si interfacciano a matrice con le strutture ospedaliere e distrettuali.

I Dipartimenti sono strumenti che devono esercitare mandato vincolante per le strutture che ne fanno parte per le seguenti funzioni:

- programmazione, verifica e controllo delle attività;
- ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate;
- programmazione della manutenzione o dello sviluppo organizzativo;
- partecipazione alla formulazione e valutazione di obiettivi di budget dipartimentali;
- interazione funzionale ed organizzativa tra Dipartimento e strutture ospedaliere e distretti;
- predisposizione di PDTA da applicare trasversalmente tra ospedale e territorio;
- diffusione delle esperienze scientifiche e delle linee guida;
- programmazione della formazione e promozione della ricerca.

Il Dipartimento è composto da:

- Il Direttore di Dipartimento.
- Staff di supporto organizzativo-amministrativo.
- Il Comitato di Dipartimento.

Sono proposte tre tipologie di Dipartimento:

- Dipartimenti che raggruppano i setting (UOOO/Servizi) presenti in tutti gli ospedali provinciali pubblici e privati convenzionati (pronto soccorso e sistema TE 118, area medica, chirurgia, ortopedia, ostetricia e ginecologia, psichiatria, servizi) le cui attività potranno essere variamente sviluppate in base alle necessità della rete ospedaliera provinciale e del contesto territoriale e interagiscono in termini di indirizzo professionale ed organizzativo con gli altri Dipartimenti ospedalieri ed il Dipartimento delle cure primarie.
- Dipartimenti specialistici che raggruppano i setting (UOOO/Servizi/Ambulatori) operativi per specialità d'organo o d'apparato presenti negli ospedali e nelle strutture ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche del privato convenzionato e interagiscono in termini di indirizzo professionale ed organizzativo con gli altri Dipartimenti ospedalieri e con il Dipartimento delle cure primarie.
- Dipartimento delle cure primarie che ricomprende l'area dei setting ambulatoriali e residen-



ziali territoriali, ivi comprese le cure palliative, e la residenzialità territoriale pubblica e privata convenzionata e interagisce in termini di indirizzi professionali con i Dipartimenti ospedalieri ed in termini organizzativi con i setting ambulatoriali specialistici territoriali.

7. La semplificazione delle strutture, dei processi amministrativi e dell'utilizzo dei supporti informatici

Semplificazione delle strutture: appare importante operare una semplificazione dell'articolazione organizzativa dell'Azienda al fine di dare maggiore chiarezza nella linea direzionale e della responsabilità.

Nell'organizzazione attuale, tanto per esemplificare, non appaiono sempre chiare le linee di demarcazione fra competenze del SOP e della Direzione Sanitaria Aziendale. La linea direzionale risulta troppo lunga con la presenza, ad esempio, di 3-4 livelli di responsabilità fra la Direzione Generale e la Direzione di Dipartimento (Direzione Generale -> Consiglio di Direzione -> SOP e Direzione Ospedale).

Per le Unità Operative multizonali, in particolare, va previsto un canale di rapporto diretto col SOP o con un soggetto istituzionale equivalente, con competenze non limitate alla singola struttura ospedaliera, per le problematiche trasversali.

La composizione dei Comitati di Dipartimento pur dovendo garantire l'opportuna rappresentatività va significativamente snellita. Va attivata una modalità comunicativa rapida ed il più possibile diretta per il passaggio delle informazioni e regolari aggiornamenti sulla linea e sulle problematiche aziendali dalla Direzione verso i Dipartimenti e quindi i professionisti.

Semplificazione dei processi amministrativi: l'obiettivo

principale che deve guidare la definizione dei percorsi amministrativi deve essere sempre indirizzato all'obiettivo primario, quello cioè di avere come focus la salute del cittadino, i più snelli possibili, tali da ridurre, comunque, al minimo l'investimento temporale richiesto ai professionisti per soddisfare le richieste.

La predisposizione delle rendicontazioni è indispensabile che utilizzi, in via esclusiva, il canale informatico e l'adozione di specifici programmi informatici va effettuata valutando, come criterio prioritario, il carico di lavoro che è richiesto dal loro impiego e la relativa facilità di utilizzo (quali esempi negativi del sistema possono essere citati il people soft con l'inserimento di curriculum e valutazioni, la gestione degli ordini di materiali, delle scorte e del carico-scarico, la predisposizione e la manutenzione dei fascicoli della sicurezza, le relative check list trimestrali, il processo di budget, pitre ecc).

Per evidenti ragioni di costo-efficacia e rispetto delle professionalità è inoltre opportuno che non si utilizzi personale sanitario per attività di tipo amministrativo.

Semplificazione dell'utilizzo dei supporti informatici e loro implementazione:

è necessario semplificare la modalità di consultazione - già soddisfacente per quanto riguarda la completezza dei dati sanitari del singolo paziente - che attualmente richiede l'apertura "seriale" dei diversi singoli referti o atti sanitari, non collegati fra loro.

Per ogni paziente risulta strategica la realizzazione di un "minimo data set" che si alimenti in automatico con i successivi accessi in particolare per quanto attiene ogni nuovo evento clinicamente significativo registrato nel setting territoriale od ospedaliero (es ricovero, intervento chirurgico, diagnosi di anatomia patologica

e/o radiologica con codifiche rilevanti ecc).

Gli attuali sistemi in dotazione, per quanto concerne la possibilità di analisi dei dati, sono stati impostati a fini quasi esclusivamente gestionali e trascurano la codifica dei dati clinici - ad eccezione delle SDO - cioè impedisce o rende estremamente oneroso, sotto il profilo delle risorse da impiegare, la promozione di attività di valutazione degli outcome e dei percorsi diagnostico-terapeutici. Tali attività sono invece da considerare essenziali in un sistema sanitario moderno, evitano il rischio dell'autoreferenzialità assicurando al cittadino sicurezza e qualità delle prestazioni erogate, potendo contare, per la loro attivazione, di indicatori rilevabili in automatico dai data base aziendali.

Un punto cruciale nell'implementazione dei sistemi informativi è l'attivazione di una via di comunicazione MMG/ territorio -> ospedale (attualmente la via è solo monodirezionale con direzione Ospedale -> territorio/MMG) tale da consentire di alimentare il "data set" già ricordato e che potrà essere, per esempio, parte integrante della cartella clinica per quanto riguarda il dato anamnestico consentendo maggior completezza, evitando errori o mancanze e consentendo risparmio significativo di tempo al personale sanitario.

Strategico, inoltre, risulta il fatto che i dati essenziali del paziente presenti nella data base del MMG siano a disposizione di chi, a livello di setting territoriale od ospedaliero, fornisce assistenza al paziente stesso. Per le stesse ragioni l'accesso ai dati deve essere assicurato - previo consenso del paziente e garantita la tracciabilità degli accessi stessi - ai professionisti che hanno in cura il paziente o intervengano nella valutazione della sua problematica clinica.

Setting Territoriale Ambulatoriale di Medicina Generale (MMG)



Figura 1

Si indica la possibile tipologia qualitativa del setting ambulatoriale dei MMG organizzati in associazione nell'ambito di una struttura adeguata per logistica e risorse disponibili e l'interazione in termini organizzativi con il Distretto ed in termini professionali ed organizzativi con il setting specialistico territoriale (a titolo di esempio gli ambulatori di cardiologia, di dermatologia, ... il laboratorio di ecografia).

Setting Territoriale Domiciliare di Medicina generale (MMG)

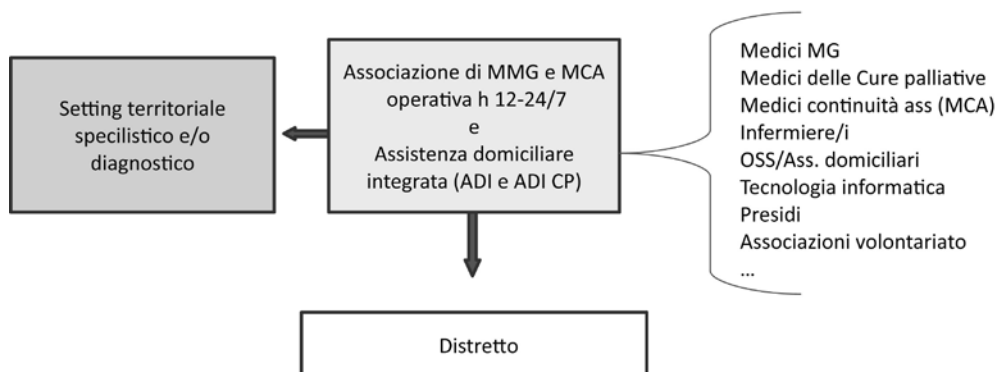


Figura 2

Si indica la possibile tipologia qualitativa della organizzazione per l'assistenza a domicilio per un paziente in ADI-CP (assistenza domiciliare integrata con cure palliative) da parte del MMG in interazione con l'organizzazione delle Cure palliative, tale sistema si interaggisce in termini organizzativi con il Distretto ed in termini professionali in caso di necessità con il setting specialistico territoriale.

Setting territoriale specialistico e/o diagnostico

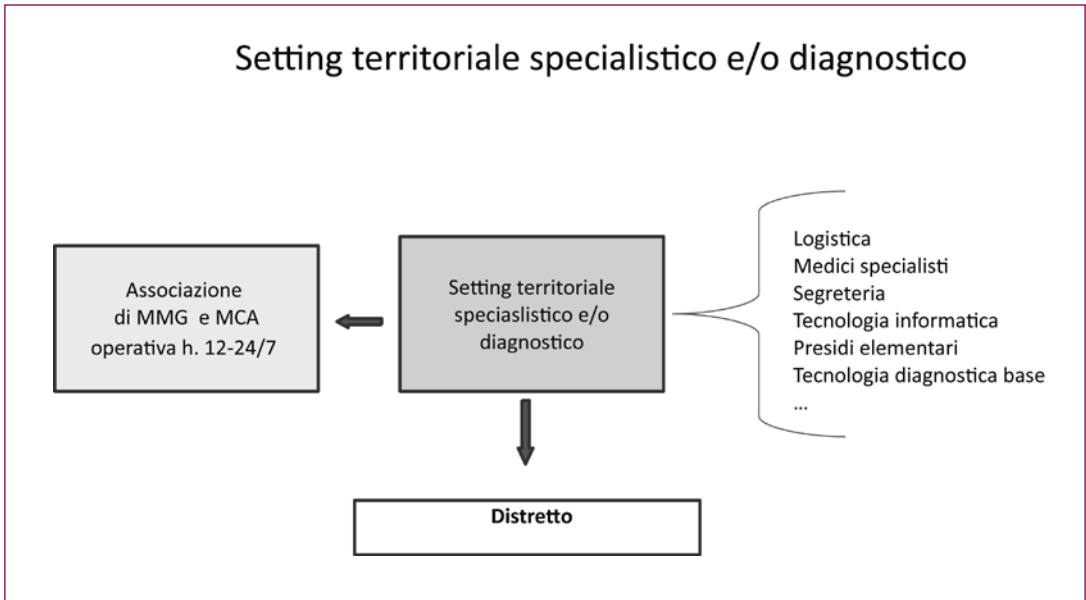


Figura 3

Si indica la possibile tipologia qualitativa della organizzazione del setting specialistico/diagnostico territoriale, a titolo di esempio gli ambulatori di cardiologia, di dermatologia, ... il laboratorio di ecografia e la interazione in termini organizzativi con il Distretto ed in termini professionali ed organizzativi con il setting ambulatoriale territoriale dei MMG.

Setting territoriale residenziale

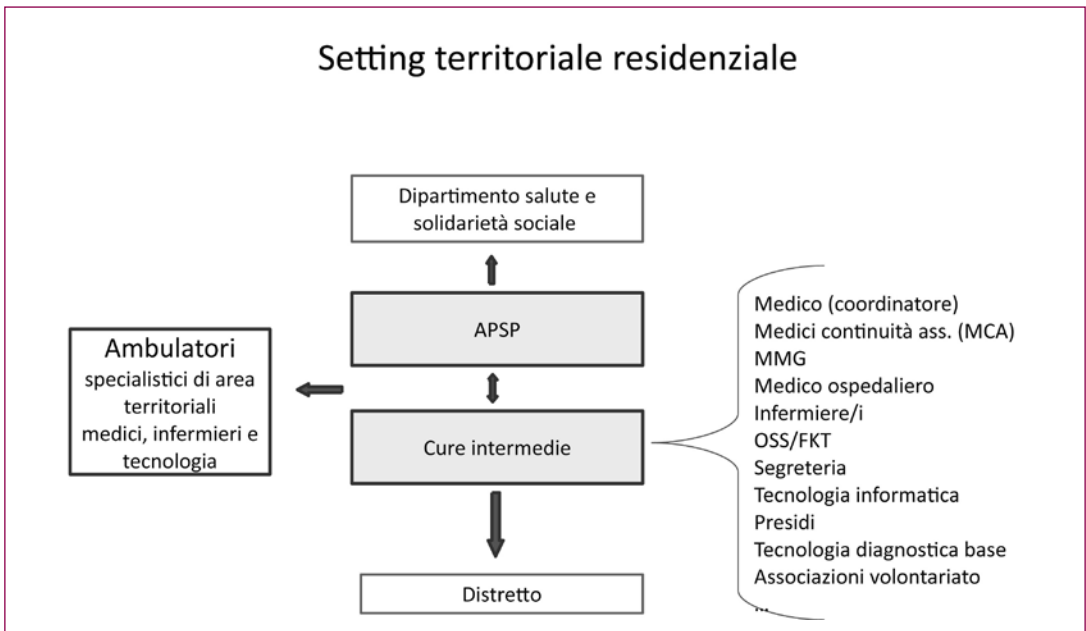


Figura 4

Si indicano nell'ambito dei setting territoriali residenziali l'Azienda Pubblica per i Servizi alla Persona (APSP) e le Cure intermedie (residenzialità temporanea), per quest'ultimo setting si riporta la possibile tipologia qualitativa dell'organizzazione. L'APSP interagisce in termini organizzativi con il Dipartimento salute e solidarietà sociale, le Cure intermedie con il Distretto, entrambe le strutture interagiscono in termini professionali con il setting specialistico territoriale (a titolo di esempio gli ambulatori di cardiologia, di dermatologia, ... il laboratorio di ecografia).

Partecipazione al master "Le nuove core competencies per la medicina generale"

Dott. Marco Ioppi - Presidente - Dott. Mauro Larcher - Direttore della Scuola di Formazione Specifica in MG



Dott. Mauro Larcher

L'Ordine e la Scuola di Formazione specifica in Medicina Generale si sono attivati per partecipare alla organizzazione del Master promosso dalla FBK salute nella convinzione che la collaborazione sia preludio di risultati ambiziosi per il futuro della formazione del medico di medicina generale.

Il Medico di Medicina Generale svolge un compito fondamentale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale essendo il referente privilegiato del paziente che vede nel proprio medico di fiducia il sanitario cui affidarsi per gestire nella sua globalità il proprio stato di salute. Peraltro nessun'altra professione come quella medica unisce indissolubilmente conoscenze scientifiche e competenze relazionali. Dalla medicina delle evidenze si passa a quella dei sistemi, della precisione, della consapevolezza e di iniziativa incardinandola sull'improcrastinabile uso etico delle risorse. La rapida evoluzione delle conoscenze mediche che necessitano di essere calate nella pratica quotidiana e l'accresciuta attenzione del singolo al proprio benessere impongono al sanitario un solido percorso formativo teorico e pratico che si completa in un costante divenire.

La facoltà di Medicina e Chirurgia fornisce ai discenti le nozioni

per esercitare, la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale insegna ai colleghi ad esercitare ma l'esercizio della professione necessita di un continuo aggiornamento.

In quest'ottica l'Ordine dei Medici della Provincia di Trento e la Scuola di Formazione Specifica di Medicina Generale esprimono disponibilità e vivo interesse a partecipare attivamente alla progettazione e alla gestione del master che la Fondazione Bruno Kessler attraverso il programma FBK per la salute e l'Università di Trento rappresentata in primis dalla Facoltà di Giurisprudenza programmano sul tema delle "Nuove core competencies per la Medicina Generale" indirizzato ai medici convenzionati per le cure primarie. L'interesse è giustificato dalla necessità di arricchire ulteriormente

il bagaglio culturale dei MMG. L'apporto dell'Ordine dei Medici per tramite della Direzione della Scuola di Formazione si può concretizzare nell'individuazione delle tematiche di maggior interesse per la medicina di primo livello modulando contenuti e didattica in tema di complessità multifattoriale, profili di fragilità, parametri di appropriatezza e responsabilità gestionali con particolare attenzione all'utilizzo delle nuove tecnologie ed ai molteplici aspetti che ineriscono al biodiritto.

L'intendimento dichiarato è quello di offrire ai colleghi diplomati presso la Scuola di Trento un'ulteriore possibilità di accrescimento culturale e a tal fine si ritiene utile attribuire al diploma conseguito la valenza di titolo preferenziale per l'accesso a questo master di alta formazione.

Premio Cronin
2017
Concorso Letterario Nazionale
rivolto in esclusiva ai medici
X edizione

Sezioni di partecipazione:

- Poesia
- Narrativa
- Teatro

con i contributi di:

Scadenza: Lunedì 31 luglio 2017

Premiazione: Sabato 30 settembre 2017

Savona Teatro Chiabrera ore 17.00 (data da confermare)

Segreteria Organizzativa - cell. 348 2684590
e-mail: premiocronin@gmail.com

www.premiocronin.com

Convenzione per la consulenza assicurativa degli iscritti all'Ordine dei Medici

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 e intermediazione assicurativa.

Tale collaborazione prevede che Eurorisk si occuperà 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 l'attuazione delle attività sopra indicate Eurorisk applica la seguente tariffa di **€ 50,00 + iva a Medico** e 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 vogliono coprire il rischio della c.d. "**Colpa Grave**", intesa come azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria qualora il Medico sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti. Potete contattare Eurorisk per una quotazione personalizzata - vi consiglieremo massimale, retroattività o postuma a seconda delle vostre specifiche esigenze.

	Massimale	Retroattività	Premio annuo lordo
Dirigente Medico	1.000.000,00	0 anni	€ 141,00
Medici convenzionati	1.000.000,00	2 anni	€ 134,00

Eurorisk si occupa inoltre di **formazione** assicurativa, elemento molto importante per rendere i Medici coscienti delle proprie coperture assicurative nonché di quelle della Struttura Sanitaria per la quale operano. Nei prossimi mesi verranno infatti programmati, in coordinamento con l'Ordine dei Medici, alcuni incontri formativi di cui sarete informati.

Per **info** rivolgersi a:

Eurorisk Srl

Via Guardini, 24

38121 Trento

Tel. 0461 433000

Fax 0461 433030

Mail: broker@eurorisk.it



Le nuove core competencies per le cure primarie. Un percorso di alta formazione.

Dott. Giovanni de Pretis - Coordinatore commissione Ricerca, Formazione e Sviluppo

Le cure primarie, pur essendo in Italia ancora lontane dalla realizzazione di assetti organizzativi adeguati ai tempi, sono già chiamate dal rapido evolversi della medicina a riconsiderare le proprie competenze essenziali. L'ampia prevalenza di pazienti con complessi profili di comorbidità e multimorbidità, le nuove tecnologie ICT che vengono introdotte a ritmo serrato, accompagnate da una grande mole di informazioni da elaborare, la disponibilità di nuove classi di farmaci efficaci ma estremamente costosi, la consapevolezza della contemporanea contrazione delle risorse disponibili di non breve periodo, pongono problemi impegnativi sotto il profilo organizzativo, ma forse soprattutto dal punto di vista professionale ed etico. Su queste questioni cruciali il nostro sistema sanitario pubblico sembra in questo momento capace soltanto di reagire aumentando le barriere di accesso, codificando per decreto i parametri di appropriatezza, esasperando la dicotomia tra le funzioni gestionali e quelle assistenziali. In definitiva scavando ulteriormente un solco tra manager e curanti e relegando le cure primarie al ruolo di esecutore formale. In questo scenario le "idee forti" che per molto tempo hanno fornito l'identità professionale costitutiva della medicina generale (le uniche "cure primarie" esistenti sul territorio fino a non molto tempo fa), quali la fun-



Dott. Giovanni de Pretis.

zione di *gate-keeper* per l'ingresso nel sistema o la detenzione di una relazione a priori esclusiva e privilegiata con il paziente, sembrano oggi progressivamente assumere la qualità di "pensieri deboli".

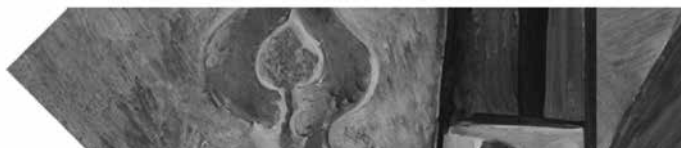
Partendo da questa premessa, ci è sembrato importante elaborare un percorso innovativo per la formazione in Medicina generale, attraverso la proposta di un Master, che permetta di affrontare con strumenti concettuali adeguati, il cambio di paradigma che la medicina dovrà affrontare nel futuro. In particolare si è deciso di offrire ai partecipanti, sulla linea originaria della *Evidence Based Medicine*, la possibilità di analizzare gli articoli per valutarne la robustezza metodologica e la loro trasferibilità. Al tempo stesso il Master affronta alcuni aspetti, quali i determinanti non squisitamente clinici, che rappresentano e rappresenteranno in futuro punti nodali

dell'organizzazione sanitaria delle cure primarie, quali la capacità di leadership, l'approccio di *systems medicine*, il *decision making* condiviso, l'appropriatezza prescrittiva tra medicina difensiva, il *disease mongering*, l'ipermedicalizzazione, la contrazione delle risorse, la gestione dei *big data*, le app, i *social network*. La struttura didattica del Master inoltre, fortemente basata su un approccio costruttivista e sulla "*flipped Classroom*", ha l'obiettivo di conferire ai partecipanti la capacità di:

- gestire i determinanti non esclusivamente clinici della fragilità;
- identificare i profili di non equità nell'accesso alle cure;
- "smascherare" le idee distorte sul rapporto beneficio/rischio delle più comuni procedure della pratica clinica e produrre una cultura della appropriatezza condivisa e praticabile;
- supportare e consigliare il paziente nelle scelte di percorsi di cura complessi e multidisciplinari;
- ridefinire il rapporto tra funzione di curante e responsabilità manageriali di gestione di risorse limitate.

Promotori e collaborazioni

Dal punto di vista della sua fattibilità, il Master - ideato nell'ambito del programma FBK per la Salute della Fondazione Bruno Kessler - sarà proposto formalmente dalla Facoltà di Giuri-



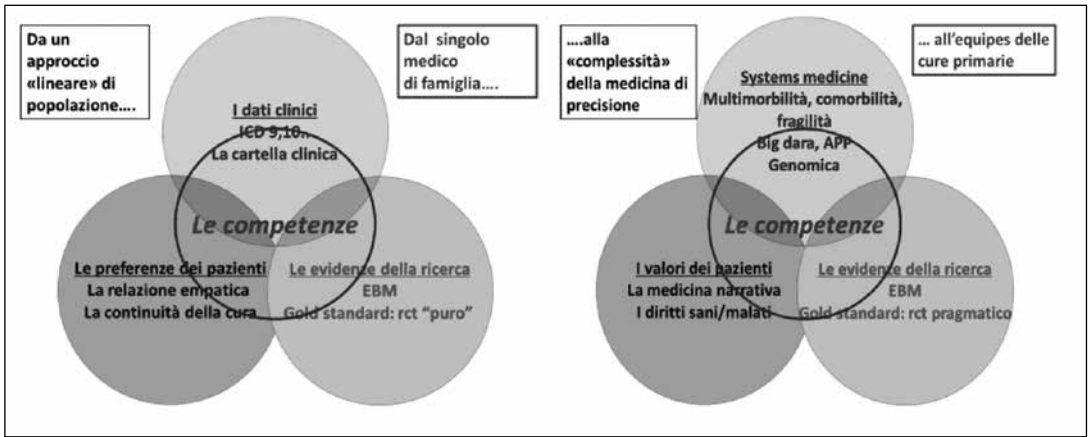


Figura 1: il cambio di paradigma della medicina

sprudenza dell'Università degli Studi di Trento e avrà carattere interdipartimentale coinvolgendo altri 4 Dipartimenti (Sociologia e ricerca sociale, Psicologia e Scienze cognitive, Economia

e Management e Centro per la Biologia Integrata (CIBIO)). Parteciperanno al Master, oltre alla Fondazione Kessler con un ruolo primario nella progettazione ed erogazione, l'Azienda

provinciale per i Servizi Sanitari, l'Ordine dei Medici della provincia di Trento con la Scuola di formazione specifica in Medicina generale e un partnership privata.



A.M.S. srl
ATTREZZATURE MEDICO SANITARIE

Via Degasperì, 34/3 • 38123 Trento (TN)
0461 925715

Psicologia, Psichiatria e Medicina Legale: una riflessione per la corretta utilizzazione delle diverse scienze

Dott. Guido Cavagnoli

La Società Medico Legale del Triveneto in una sua recente presa di posizione¹ si è espressa in merito alle nomine di psicologi da parte di Giudici dei Tribunali italiani per la valutazione di danno biologico di natura psichica.

È allora opportuno estendere a parere di chi scrive la riflessione non solo alla valutazione del danno biologico di natura psichica ma, ancora di più anzi, ad altre fattispecie valutative come ad esempio la capacità di intendere e di volere, la capacità di stare in giudizio e così via.

LE PROFESSIONI COINVOLTE in questa riflessione sono quella dello psicologo e quella del medico; non si tratta, è bene precisarlo, di una contesa o di una disputa, ma soltanto della necessità di esaminare posizioni diverse a tutela del Cittadino. Si tratta, per rilevare i punti salienti, di verificare le diverse competenze delle figure professionali coinvolte, affinché esse siano effettivamente declinate nel loro ambito. Tra le professioni coinvolte, sicuramente a nostro parere ci sono i giuristi quali destinatari delle relazioni medico legali e psicologiche, e quindi ci rivolgiamo ai magistrati e agli avvocati, ma anche ad altri soggetti (titolari di infortunistiche, ad esempio) che si occupano della materia.

¹ Indicazioni medico legali in merito alla valutazione del danno biologico di natura psichica, al ruolo della psichiatria forense ed alle attività psicologiche collaterali, <http://www.sm.lt.it/le-competenze-tecniche-per-la-valutazione-del-danno-biologico-di-natura-psichica/> 4 maggio 2016



Dott. Guido Cavagnoli.

LO PSICOLOGO

Il percorso formativo dello psicologo prevede una formazione universitaria con laurea in psicologia, seguito da un tirocinio pratico ed infine un esame di abilitazione statale. Successivamente è possibile effettuare un percorso di specializzazione, che conduce al titolo di psicoterapeuta. Il percorso formativo dello psicologo prevede una formazione universitaria, seguito da un tirocinio pratico ed infine un esame di abilitazione statale. Successivamente è possibile effettuare un percorso di specializzazione, che conduce al titolo di psicoterapeuta. Tale titolo è acquisibile anche dal medico che segua analogo percorso.

IL MEDICO

Analogamente allo psicologo, il percorso di studio del medico prevede la laurea in medicina e chirurgia (della durata di sei anni), e quindi l'esame di abilitazione. Soltanto in seguito è possibile iscriversi all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, atto essenziale per poter eserci-

tare l'attività di medico chirurgo. L'attuale assetto normativo della professione prevede inoltre in maniera pressoché assoluta la necessità di acquisire un titolo di specializzazione (durata variabile da 4 a 6 anni).

Si può però affermare che dal punto di vista normativo, salvo alcune eccezioni come per esempio per la radiologia o la medicina del lavoro, il medico possa svolgere tutte le funzioni e specialità mediche. Non è, in altre parole, obbligatorio il titolo di specialista in psichiatria per occuparsi di psichiatria, anche se è raro che oggi sia svolto senza il titolo di specialista.

Fatta questa premessa sulle diverse professionalità in campo, si può procedere con altre precisazioni definitorie, affinché si possa poi operare le riflessioni presenti nel titolo di questo breve scritto. La diagnosi è l'elemento centrale e qualificante delle professioni di cui si parla, ed è quindi importante dettagliare meglio questa funzione.

La legge 56/1989 (istitutiva dell'Ordine degli Psicologi) all'art. 1 sancisce che la professione di psicologo "comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi le attività di abilitazione - riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona...". Sempre la medesima norma, all'art. 3, precisa che per l'esercizio dell'attività di psicoterapeuta sia necessaria una "specifica formazione professionale da acquisirsi dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia" affermando al contempo

che “agli psicoterapeuti non medici è vietato ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica”. La ratio di questa precisazione, riservata solo alla categoria degli psicoterapeuti non medici, deriva dal fatto che la professione di psicologo non psicoterapeuta sia così evidentemente diversa da quella del medico da non meritare nemmeno precisazione.

Che, al contrario, questa precisazione non sia necessaria per i medici è ovvio, poiché ad essi è sicuramente consentita l'attività di loro esclusiva competenza ma anche parte di quella dello psicologo, poiché storicamente e da sempre la medicina utilizza la diagnosi per la cura del cittadino. Il consiglio nazionale dell'Ordine degli Psicologi ha elaborato un parere², finalizzato a sintetizzare e “chiarire gli aspetti sia giuridici che tecnico – scientifici relativi alle possibili articolazioni della nozione di diagnosi psicologica”. In questo parere, si fa riferimento alla diagnosi con una duplice accezione: l'una, definita “ristretta” e l'altra “ampia”: questa seconda è definita come “*identificazione di un fenomeno sulla base dell'individuazione dei fattori che la caratterizzano (storia del soggetto, sintomi fisici e psichici, modalità comportamentali, attività mentale, informazioni ottenute con varie modalità di valutazione*”.

Crediamo che sia assolutamente corretto e condivisibile quanto affermato dal CNOP³ nel citato lavoro, perché identifica in modo ben delimitata la funzione dello psicologo ed il ruolo di DIAGNOSI PSICOLOGICA, né

più né meno importante di quello più intuitivo nel sentire comune, di DIAGNOSI MEDICA.

Ritiene infatti il gruppo di lavoro che l'accezione ristretta, cui sopra si accennava, sia “*l'identificazione di una patologia*”, precisando sotto⁴ che “*il concetto di diagnosi ... esclusivamente connesso a quello di identificazione di patologia, come usualmente viene inteso ... riguarda soltanto l'ambito biomedico e anche in ambito medico è praticabile solo in alcuni settori e per alcune patologie*”.

Che la DIAGNOSI MEDICA (o che la diagnosi nell'accezione ristretta) sia ontologicamente differente dalla DIAGNOSI PSICOLOGICA (o diagnosi nell'accezione ampia, per usare la categorizzazione proposta dal CNOP) lo si deriva con chiarezza dallo scopo dichiarato nel parere della diagnosi. Affermano infatti gli appartenenti al gruppo di lavoro “atti tipici” che “*la diagnosi assolve molteplici funzioni e compiti a più livelli:*

- a) *necessità di categorizzare le informazioni,*
- b) *facilitazione della comunicazione tra addetti ai lavori,*
- c) *facilitazione della comunicazione con il paziente,*
- d) *orientamento delle scelte terapeutiche.*

In questo senso la diagnosi è, nell'accezione ampia dei suoi significati possibili, insieme un atto conoscitivo di raccolta e categorizzazione delle informazioni ed un atto pragmatico di comunicazione tra i soggetti implicati a diverso titolo e livello nel fenomeno oggetto di osservazione”.

Appare di tutta evidenza, senza forse nemmeno la necessità di spiegarlo, che la DIAGNOSI MEDICA sia invece proprio l'identificazione di una patologia, di una malattia.

La raccolta di informazioni in medicina si chiama in parte anamnesi, per la parte soggettiva e storica, ed in parte esame obiettivo. Esso si compone di quattro fasi fondamentali (ispezione, palpazione, percussione, auscultazione), e può utilizzare anche elementi di diagnostica strumentale (diagnostica per immagini come radiografia, tac, RMN, oppure con esami di laboratorio, o altri strumenti).

Proprio le informazioni raccolte nella fase anamnestica ed obiettiva conduce il medico con un opportuno ragionamento a formulare una diagnosi di malattia o di salute (si pensi per esempio al medico dello sport che certifica la salute del soggetto).

È importante ricordare che alla base di alcuni quadri psichici possono essere presenti altre malattie organiche. L'aumento del CFR ad esempio, che predice un'ipercortisolemia e di qui un disturbo dell'adattamento, pur in apparenza immateriale è organico. Non è un caso che i recenti antidepressivi operino come antagonisti del CFR o agonisti dei 5HT1A proprio per intercettare ancor prima dei serotoninergici questi movimenti, che si manifestano per esempio con depressione (tipico il quadro depressivo quale esordio di una demenza), o in altri modi. Già il DSM IV⁵ prevedeva l'obbligo di escludere sempre una diagnosi di malattia “organica” (uso di sostanze, per esempio, o tireotossicosi, ecc. ecc.), ed il DSM V (l'ultima edizione del Manuale citato sub 5) riprende questa impostazione obbligatoria consigliando anche, sulla scorta delle indicazioni derivate dall'ICD 10⁶, che quan-

² Gruppo di lavoro “atti tipici” del consiglio nazionale dell'Ordine degli Psicologi, *Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica*, http://www.psy.it/allegati/parere_diagnosi.pdf, consultato il 14.06.2016

³ Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

⁴ Pag. 6, op. cit. supra

⁵ American Psychiatric Association, DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, MI, 1998

⁶ ICD 10 è uno standard di classificazione delle patologie stilato dall'Or-

do un disturbo mentale è causato da una diversa patologia organica (non primaria, come schizofrenia, ADHD, etc.) sia trascritta prima questa nella diagnosi.

Sull'argomento anche un libro di James Morrison⁷ spiega in maniera molto chiara ed interessante quante possano essere le patologie fisiche che hanno manifestazioni psichiche ed altri articoli, divulgativi, persino su quotidiani⁸.

In altre Nazioni (per esempio in Austria o la Germania) le competenze e le specificità sono ben distinte e normate, al punto che lo psicologo può formulare un sospetto di diagnosi (*Verdachtsdiagnose o suspicion diagnosis*), ossia una "ipotesi di lavoro" che deve essere confermata o confutata sulla base di ulteriori accertamenti (tra i quali naturalmente una visita medica, e se necessario con esami strumentali). Purtroppo questa distinzione in Italia non è stata fatta, e ciò ha spinto gli psicologi, per primi, a ritenere necessario un chiarimento.

ganizzazione Mondiale della sanità (WHO). L'acronimo significa International Classification of Disease.

⁷ Morrison James, *Disturbi psichici e malattie organiche - I problemi psicologici che nascondono una condizione medica*, McGraw Hill ed, 1998

⁸ <http://www.zeit.de/zeit-wissen/2013/03/koerper-psyche-gefuehle-gesundheit/seite-4>, visitato il 14.03.2016

LA NECESSITÀ DI UNA DIAGNOSI MEDICA

Nella valutazione della capacità di intendere e di volere

Il concetto di capacità di agire non merita certo di essere spiegato, tanto più per le finalità di queste riflessioni; va solo ricordato il duplice momento di indagine nel quale può essere invocato: quello civile (capacità di agire) e quello penale (capacità di intendere e di volere).

Nell'un caso (si pensi alla capacità di testare) e nell'altro (per esempio nell'imputabilità) la mera possibilità che una malattia psichica o fisica soggiaccia a questa incapacità rende immediata cognizione che si debba fare una diagnosi di malattia o, meglio, una diagnosi di assenza di malattia. Non è pensabile che la diagnosi sia intesa come "un atto conoscitivo di raccolta e categorizzazione delle informazioni ed un atto pragmatico di comunicazione tra i soggetti implicati a diverso titolo e livello nel fenomeno oggetto di osservazione"⁹, dovendosi al contrario avere la certezza della presenza o dell'assenza di una patologia che limita le capacità di giudizio di una persona al punto da renderla non imputabile (penale) o non in grado di disporre

del proprio patrimonio (civile). Non si può non ricordare che in entrambi i casi l'indagine affidata dal giudice (o dall'avvocato o dal PM) è finalizzata a superare una presunzione legale, che è quella prevista dall'art. 85 del codice penale e dall'art. 2 del codice civile. Non appare allora in alcun modo possibile che al quesito sulla capacità di intendere e di volere di un imputato/indagato possa rispondere uno psicologo, poiché altre e diverse sono le sue funzioni che non quella dell'esclusione o della certificazione della malattia. Del pari non può essere accertata la capacità di agire senza escludere patologie che influiscano sulla sfera psichica del soggetto, e quindi nuovamente uno psicologo non potrebbe fornire una risposta al quesito. Recentemente una Corte d'Appello ha proposto il seguente quesito ad uno psicologo: "dica il CTU, esaminati atti e documenti di causa, ed in particolare le certificazioni antecedenti l'atto di donazione in data (omissis), se sulla base delle medesime possa essere affermata l'esistenza di una patologia comportante l'incapacità di intendere e di volere della de cuius in relazione alla natura dell'atto stipulato al momento della stipulazione o se l'incapacità a quel momento possa essa essere desunta dalle certificazioni successive...". Palese allora l'impossibilità per uno psicologo di rispondere ad un quesito siffatto, poiché

⁹ Definizione di diagnosi data dal CNOP, op. cit. supra



la certificazione o l'esclusione di malattia non rientra tra le competenze diagnostiche dello stesso. Sempre citando dei casi reali, e quindi quesiti espressi da Tribunali o Corti d'Appello, si cita la richiesta seguente: "Previa visita dell'imputato, esame degli atti, accesso alle cartelle cliniche ove necessario e visita neurologica se ritenuto opportuno, verifichi le capacità di intendere e volere dell'imputato" o ancora "Preso visione di tutta la documentazione clinica proposta dalle parti ed eseguiti gli accertamenti e le visite del caso, riferisca il Consulente tecnico d'ufficio quali siano le attuali condizioni psicofisiche del paziente e la sua effettiva capacità di autodeterminarsi al fine di rendere possibile anche sotto tale profilo la scelta più opportuna tra gli istituti giuridici dell'amministrazione di sostegno, ovvero dell'inabilitazione e/o interdizione". A meno di non volere ammettere in massima elasticità ed in latu sensu la perifrasi "condizioni psico fisiche", è evidente che non si sta parlando di condizioni psicologiche (anche perché è noto che lo psicologo nulla possa dire sulla salute fisica), ma di vera e propria diagnosi medica. Formulare un quesito come quelli sopra rappresentati impone allo psicologo di esuberare le sue competenze e di entrare nel campo medico; campo che, al di là del percorso formativo, matura attraverso tirocini e/o contratti di lavoro ospedaliero ed è abitualmente irrobustito dalla pratica professionale a contatto con malati (e malattie). Questi ultimi requisiti, oltre ai titoli, dovrebbero essere documentati in un curriculum preliminare che, combinando teoria e pratica, confermi le competenze valutative di ordine forense a partire da imprescindibili esperienze di diagnosi, di terapia e di verifica dell'andamento delle malattie stesse oltre che del funzionamento psichico, più o meno lesa, della persona osservata.

Nella capacità di stare in giudizio

Estremamente rilevante nell'attività peritale e potremmo dire consuetudinario è l'evenienza in cui ad un consulente tecnico venga richiesta una "perizia sulla capacità di stare in giudizio e sulla capacità al momento del fatto, oltre all'individuazione di idoneo luogo per gli arresti domiciliari, nonché sulla pericolosità sociale" (sempre citando testualmente quesiti effettivamente sottoposti a consulenti tecnici).

Si travalica, ancora una volta, la competenza dello psicologo costringendolo a deviare dall'ambito del suo percorso formativo e del suo ruolo giuridico, imponendogli di fare una diagnosi medica di presenza o assenza di malattia, psichica o fisica (si pensi ad una demenza che è malattia neurologica) che possa o meno soggiacere alla capacità di stare in giudizio. Non è il disagio psicologico che non consente di affrontare un giudizio, perché è intuitivo pensare che un imputato abbia un disagio legato alle condizioni in cui si trova (si pensi ad esempio al fatto di essere condotto in vincoli davanti al magistrato, oppure ancora di essere detenuto in un carcere), ma è ben diverso capire se egli abbia una malattia tale per cui NON POSSA affrontare un giudizio.

Nella valutazione del danno biologico

Per dettato normativo¹⁰ e giurisprudenza della Corte di Cassazione "per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del

danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito".

Non si vuole essere didascalici né effettuare un'analisi storica del danno biologico, ma è necessario sicuramente ricordare che la definizione normativa deriva da un lungo percorso dottrinario che ha originato un'affermazione giurisprudenziale, il cui caposaldo è sicuramente la sentenza 186/1984 della Corte Costituzionale (Repetto/AMT Genova) che identifica nella menomazione dell'integrità psico fisica il momento che giustifica il risarcimento del danno biologico.

L'interpretazione di questa locuzione non lascia spazio ad altre assimilazioni che non al concetto di malattia, perché solo questa è una menomazione (temporanea o permanente) della integrità psico fisica.

Diventa allora indispensabile, per poter fare una valutazione di questa menomazione, porre una diagnosi di malattia, che è compito esclusivo del medico. Si aggiunga inoltre il fatto che il citato art. 139 CdA prevede espressamente – come sopra riportato – che la lesione sia suscettibile di ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE, ossia sia accertato (reso certo) in ambiente medico legale. Cosa che ovviamente uno psicologo non può fare!

Sempre per essere concreti e ancorati alla realtà, questo che segue è un quesito posto ad uno psicologo in tema di valutazione di danno alla persona:

"accerti il CTU sulla base della documentazione sanitaria in atti e di altra eventualmente da acquisire presso enti pubblici o dalle parti, nonché delle dichiarazioni testimoniali assunte:

– se la ricorrente **sia affetta dalla malattia denunciata** in ricorso e se questa determini menomazione della sua interiorità psicofisica (danno biologico);

¹⁰ Codice delle Assicurazioni private, art. 139, Il comma

- in caso affermativo, dica se tale menomazione sia derivata dalle condizioni lavorative alle dipendenze della convenuta in riferimento, in particolare, al periodo luglio 2012 fino al deposito del ricorso introduttivo; consideri altresì anche le sue assenze dal lavoro documentate in atti e ogni altro elemento che riterrà utile acquisire nel corso delle indagini;
- la sussistenza del nesso di causalità **tra le accertate patologie** e le condizioni lavorative alle dipendenze della convenuta secondo le modalità accertate sia con riferimento alla fase genetica delle patologie che alla successiva evoluzione;
- in caso di risposte affermative ai precedenti quesiti, individui l'esistenza in concreto e l'entità di ogni elemento utile per la quantificazione del conseguente danno biologico (percentuale di inabilità lavorativa, sofferenze fisiche e psichiche, danno alla vita di relazione), con riferimento sia ai postumi permanenti caratterizzanti l'attuale stato di salute della ricorrente sia all'eventuale danno biologico temporaneo che possa avere causato una riduzione della capacità lavorativa oltre i limiti dei normali postumi **stabilmente collegati alla patologia stessa**;
- indichi l'ammontare analitico e complessivo delle spese mediche e delle cure sostenute e di quelle, eventualmente, da sostenere ritenute necessarie".

Il riferimento alla patologia, alla malattia, al danno biologico derivato non può certo essere demandato ad uno psicologo, posto che non può fare diagnosi di malattia.

Nella valutazione della capacità genitoriale

Tutt'altro che infrequente la fattispecie in cui al consulente del Giudice venga chiesta una valu-

tazione finalizzata a comprendere se un genitore sia affetto da patologia psichiatrica tale da determinare problemi o addirittura scongiurare la frequentazione di un figlio con un genitore. Utilizzando come poco prima lo strumento dell'esemplificazione concreta, riproponiamo un quesito ricevuto nel corso di una CTU medico legale in quest'ambito. Chiede quindi il giudice al CTU *"letti gli atti, acquisita tutta la documentazione necessaria, anche presso terzi e l'azienda sanitaria, accerti il CTU se nella madre sia rilevabile **patologia psichiatrica** che possa eventualmente scongiurare la collocazione del figlio presso di lei"*. Crediamo sia evidente che la risposta ad un siffatto quesito non possa che essere data da un medico, meglio se psichiatra ma sicuramente medico, perché uno psicologo non può rilevare una patologia psichiatrica.

IL RISCHIO LEGATO ALLO SCONFINAMENTO

L'analisi di questo punto non può che essere solo introduttiva, dovendosi proprio per la particolarità dell'aspetto (giuridico e non medico legale) essere esso lasciato ai giuristi. Non si può però sottacere che effettuare ricognizioni e diagnosi che esulano dall'ambito proprio dello psicologo e sconfinano (anche ampiamente) nell'ambito medico configuri a tutti gli effetti un esercizio abusivo della professione. Tale aspetto si rileva ovviamente in ambito penale, ma anche nel campo deontologico. Al riguardo proprio l'Ordine degli Psicologi del Lazio ha predisposto un pamphlet¹¹ nel quale i confini della professione degli psicologi è molto ben delineata.

Lo scopo di quella pubblicazione è altro, ed in particolare è quella di delimitare l'ambito di operatività dei c.d. counselor affinché non prevarichino quella dello psicologo ma può benissimo fungere da riferimento, mutatis mutandis, anche per far sì che l'opera dello psicologo non travalichi i suoi confini operando nel campo medico.

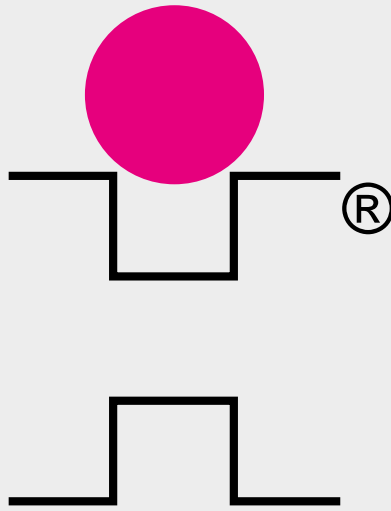
CONCLUSIONI

Se, allora, il significato di diagnosi è diverso in ambito medico ed in ambito psicologico, e se per fare la diagnosi è comunque essenziale escludere una causa organica, è possibile effettuare una diagnosi senza essere medici?

La domanda non è retorica, poiché come si accennava all'inizio di queste riflessioni, è prassi quotidiana che vengano assegnate a psicologi consulenze tecniche d'Ufficio da parte di magistrati, finalizzate a valutare aspetti che – per quanto sin qui detto – esulano pacificamente dalle loro competenze e gli esempi sopra riportati crediamo siano emblematici.

Cercando di fare chiarezza abbiamo predisposto queste riflessioni che saranno inviate ai presidenti dei Tribunali e delle Corti di Appello locali, ai presidenti degli Ordini professionali dei Medici, degli Avvocati, degli Psicologi affinché – auspichiamo – d'ora in avanti sia garantita a ciascuno la possibilità di operare nel proprio campo professionale fornendo il giusto ausilio agli operatori della Giustizia. Sia ben chiaro che lo scopo di questo testo non è quello di alzare muri, ma anzi al contrario è proprio quello di creare le basi per una solida collaborazione tra le diverse professioni coinvolte nel rispetto delle regole e degli ambiti, con lo scopo di garantire al Cittadino, che è il fruitore del sistema, di poter sempre contare sulla Giustizia.

¹¹ <http://www.ordinepsicologilazio.it/abuso-professione/>



ORTHO HOSPITAL s.r.l.
info@orthohos.it

Device
Strumenti

Consulenza e
Assistenza medica

Viale Verona 190/1 - 38123 Trento

Festival dell'Economia 2017. La salute disuguale

Dott. Maurizio Del Greco

La Commissione provinciale per le Pari Opportunità tra donna e uomo in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento ha organizzato un'iniziativa all'interno del Festival dell'Economia 2017, Sezione "Confronti" con un focus sulla Medicina di genere, dal titolo "LE DISUGUAGLIANZE TRA DONNE E UOMINI IN MEDICINA", che ha avuto luogo Sabato 3 giugno 2017 alle ore 10.00 presso il Palazzo della Regione di Trento - Sala di Rappresentanza. Promuovere la salute di tutta la popolazione non può prescindere dalla dimensione di genere, sia sul piano fisiologico che sociale. Donne e uomini possono mostrare per la stessa patologia quadri clinici molto diversi, importanti da riconoscere per diagnosi e cure appropriate; purtroppo ancora oggi la Medicina di Genere (o meglio "Genere specifica") è poco diffusa e le conseguenze in taluni casi sono eclatanti. La sfida oggi è quindi introdurre l'ottica di genere nei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali, per una medicina che metta veramente al centro ogni paziente, con vantaggi sul piano della cura e della gestione delle risorse disponibili attraverso l'uti-

lizzo di terapie adeguate ad ogni persona.

"La medicina di genere - ha chiarito in apertura Simonetta Fedrizzi, Presidente della Commissione provinciale per le Pari Opportunità - non è la medicina delle donne. La differenza di genere in medicina ha una storia relativamente recente. Con questo incontro si vuole stimolare l'attenzione scientifica ma anche quella politica".

Per Maurizio Del Greco, direttore della Cardiologia dell'Ospedale di Rovereto, emblematico è il caso della cardiologia: "Ci sono studi che dimostrano come per anni ci si è dedicati di più ad analizzare e curare gli uomini rispetto alle donne, nonostante i recenti dati dimostrino come nel mondo occidentale le donne muoiano più degli uomini per malattie cardiovascolari. Le malattie cardiologiche sono la principale causa di morte solo per le donne mentre per gli uomini sono i tumori". Tra donne e uomini esistono invece, ha evidenziato il cardiologo, moltissime differenze anche nei fattori di rischio, nel modo di manifestarsi delle cardiopatie e nella prognosi. Anche i sintomi nelle donne sono difficili da sospettare e sono atipici rispetto allo standard maschile. "Nella ricerca

moderna - ha aggiunto Del Greco - le donne sono meno presenti degli uomini e questo può avere delle conseguenze in termini di appropriatezza delle cure".

Fulvia Signani, psicologa dell'Azienda USL di Ferrara e Professoressa incaricata dell'Università di Ferrara, è partita dall'esempio dell'assegnazione degli Oscar per il cinema per evidenziare il diverso impatto del premio nell'aumento dei compensi riconosciuti ad attori maschi, molto di più, e femmine, molto meno. "I dati - ha detto Signani - vanno raccolti tenendo conto delle differenze di genere e vanno comparati". Gli enti pubblici, in materia di salute pubblica, possono avvalersi di una valutazione di impatto basata sulla partecipazione dei detentori d'interesse, come cittadini, imprese, politici, che poggia sulla rendicontazione per una gestione basata sulle evidenze. Signani ha citato gli studi di Ann Oakley che ha dimostrato che il modello di vita di uomini e donne è diverso e nelle organizzazioni sociali non mancano forme di segregazione. Nel campo dell'assistenza e della gestione della casa Signani ha sottolineato il diverso ruolo che viene tradizionalmente lasciato alle donne: "Tutto ciò si riverbera anche nel campo della medicina, che se si limita alle differenze sessuali non è medicina di genere". Roberta Chersevani, Presidente della Federazione nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, ha detto che "Anche per i farmaci stiamo imparando che c'è una peculiarità di genere". Diagnosi, prevenzione, terapia - ha spiegato - possono migliorare tenendo conto delle differenze di genere. "Non è la medicina delle donne - ha ribadito - ma quella che segnala le differenze".



Quale futuro per la Formazione Specifica in Medicina Generale?

Dott. Francesco Chiumeo - Vicedirettore

L'evoluzione della medicina e il cambiamento dei bisogni di salute della società esigono una riflessione profonda sull'organizzazione della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale (SFSMG) fucina dei professionisti che andranno a garantire le cure primarie.

La storia della formazione specifica, in oltre vent'anni dall'avvio, ha vissuto processi e vicende che approdano oggi ad una realtà estremamente diversificata, parcellizzata pur nello sforzo collettivo di assicurare una formazione professionale della medicina di famiglia.

Il rapido declino delle conoscenze tecnico scientifiche acquisite durante il corso di studi universitari, le funzioni consolidate e nuove della medicina generale, le attuali realtà: l'assistenza alle persone più fragili e abbandonate, gli immigrati, le nuove o ricorrenti malattie e tutto quanto, in tema di salute, interessa e coinvolge la medicina generale necessita di entrare nella formazione del medico di famiglia. I percorsi formativi si sono modificati di fatto e conseguentemente vanno governati, organizzati, armonizzati.

Organizzare e gestire le scuole di formazione è attività complessa, difficile, ineludibile se la medicina generale vuole costruire una comunità professionale riconosciuta e autorevole.

La Scuola di Formazione di Trento ha progettato e organizzato un seminario di studio e riflessione sulla prospettiva futura della Scuola di Formazione Specifica in MG dal titolo **"Percorsi formativi condivisi in Medicina Generale"**.



Dott. Francesco Chiumeo.

Il convegno si è svolto il 3 giugno 2017 presso la sala Stringa della sede di FBK di Povo e ha visto giungere a Trento i rappresentanti di scuole di formazione di Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia per conoscersi e discutere del futuro della Scuola di formazione in MG.

L'obiettivo primario è stato quello d'uno scambio di esperienze e attività specifiche delle scuole per condividere idealità e progettualità con la prospettiva di armonizzare percorsi culturali e formativi per costruire la scuola italiana di medicina generale.

Il seminario ha visto la partecipazione dell'Assessore alla Salute e politiche sociali Avv. Luca Zeni, che ha assicurato attenzione e interesse allo sviluppo della formazione specifica in medicina generale, della presidentessa della FNOMCEO dott.ssa Roberta Chersevani che ha presentato le iniziative della Federazione e del ministero della salute sulle scuole, del presidente dell'ordine dei

medici di Trento, dott. Marco Ioppi, dei rappresentanti della Fondazione Bruno Kessler dott.ssa Antonella Graiff e dott. Stefano Forti, del prof. Gianfranco Gensini e di numerosi colleghi della medicina generale oltre ai giovani medici iscritti ai corsi della Scuola.

Le relazioni hanno delineato le difficoltà della sanità italiana che comincia ad avere un saldo negativo generazionale fra entrate ed uscite di medici dall'attività professionale, incluso la medicina generale.

Il dott. Mauro Larcher ha presentato la Scuola di Trento dalla fondazione all'attualità, ai progetti futuri.

L'obiettivo del seminario era quello di porre le basi di costruzione d'una scuola nazionale, superando regionalismi o localismi di corto respiro. Sono stati organizzati tre gruppi di lavoro con i rappresentanti delle scuole italiane per ascoltare le esperienze e proporre una piattaforma comune di lavoro. È seguita una tavola rotonda dove sono emerse proposte, aspetti critici, speranze per il futuro prossimo. A fine giornata è stato presentato un documento "la dichiarazione di Trento 2017" ovvero una proposta progettuale completa per la costruzione della Scuola Italiana di Medicina Generale, ovvero architettura organizzativa, didattica, culturale incluso le competenze da insegnare ai medici in formazione. Rimane aperta la questione relativa al passaggio universitario delle Scuole di Formazione Specifica in MG. La "dichiarazione di Trento" può costituire un punto di partenza culturale

e politico per affrontare nel miglior modo un aspetto strategico della formazione.

C'è bisogno di superare il tradizionale concetto di formazione regionale / provinciale per

approdare verso un processo generale più complesso, di continuo miglioramento, consolidamento ed acquisizione di conoscenze, abilità e competenze.

È importante che ogni scuola

di formazione sappia coniugare bisogni professionali, qualità e sicurezza delle cure, in una logica sistemica, nazionale e internazionale del sapere medico di cure primarie.

Modifiche apportate nel corso del 2016 agli art. 54 e 56

Codice di deontologia medica

il Consiglio Nazionale FNOMCEO alla data del 19/05/2016 ha modificato l'art. 56 e alla data del 16/12/2016 l'art. 54

Art. 56

Pubblicità Informativa sanitaria

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentono confronto non ingannevole.

Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie.

Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti.

Art. 54

Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile

Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale e il principio dell'intesa preventiva, commisura l'onorario alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste e ai mezzi impiegati, tutelando la qualità e la sicurezza della prestazione.

Il medico comunica preventivamente alla persona assistita l'onorario, che non può essere subordinato ai risultati della prestazione professionale.

In armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale.

Il medico può prestare gratuitamente la propria opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela.

Diffusione di foto e video da parte di esercenti le professioni sanitarie realizzati all'interno di strutture sanitarie

Dott.ssa Roberta Chersevani - Presidente FNOMCeO

Il Ministero della Salute, con l'allegata nota del 29 marzo 2017, ha richiamato l'attenzione di alcune Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi Professionali, in merito al problema della diffusione di foto e video da parte di esercenti le professioni sanitarie realizzati all'interno di strutture sanitarie.

Nell'allegare la nota del Ministero della Salute, a firma del Direttore Generale dott.ssa Rossana Ugenti, riteniamo doveroso svolgere alcune considerazioni sulla questione.

Per un medico, che ha prestato giuramento professionale, appare inaudito realizzare simili comportamenti che violano in modo gravissimo le regole della deontologia professionale.

Si ricorda che, il settimo capoverso del giuramento professionale allegato al Codice di Deontologia Medica, obbliga il medico ad attenersi ai principi morali di umanità e solidarietà nonché a quelli civili di rispetto dell'autonomia della persona.

Nel ribadire, che i comportamenti segnalati violano l'essenza stessa del Codice Deontologico, evidenziamo alcuni articoli di riferimento:

– art. 3 primo comma: “doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psicofisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera”;

– art. 7 primo comma: “In nessun caso il medico abusa del proprio status professionale;

– art. 10 primo comma: “il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale;

– art. 12: “il medico può trattare i dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute della persona solo con il consenso informato della stessa o del suo rappresentante legale e nelle specifiche condizioni previste dall'ordinamento.

È da osservare, poi, che il medico è tenuto anche, come qualsiasi cittadino, a rispettare la normativa di legge sulla tutela dei dati personali.

Da ultimo, è necessario menzionare l'art. 20 secondo comma, del già citato codice deontologico dedicato alla relazione di cura che testualmente stabilisce: “il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura”.

Nella certezza che i comportamenti segnalati riguardino una minima parte dei tanti medici positivamente operanti negli ospedali e nelle strutture sanitarie, vi invito comunque a portare a conoscenza degli iscritti questa comunicazione e a vigilare su eventuali violazioni della deontologia professionale, affinché non si ripetano in futuro comportamenti come quelli segnalati dal Ministero.

Sono ormai frequenti le notizie di stampa che segnalano il dilagare del fenomeno della pubblicazione di fotografie e selfies sui social networks scattate da parte di professionisti sanitari durante l'esercizio dell'attività lavorativa presso le corsie di ospedali o sale operatorie in strutture pubbliche e/o private, fino a sfociare in alcuni casi nella violazione della privacy del paziente.

La questione è da tempo all'attenzione di questa Direzione generale che, in casi specifici, si è attivata prontamente, chiedendo agli Ordini e Collegi interessati opportuni chiarimenti in ordine ai fatti accaduti.

Si ritiene opportuno richiamare codesti Enti ad una riflessione circa le conseguenze che possono sfociare dall'uso improprio dei social networks in un ambito delicato come quello sanitario.

Difatti in tale contesto le attività cliniche sono oggetto di spettacolarizzazione e mettono a rischio il rispetto della privacy del paziente, compromettendo l'immagine degli stessi sanitari, oltreché il rapporto di fiducia tra paziente e il sistema sanitario nel suo complesso.

Si evidenzia, pertanto, la necessità di contrastare siffatti avvenimenti che, in alcuni casi, avvengono anche per sottovalutazione dello stesso professionista sanitario.

Al fine di scongiurare o, quanto meno, arginare il verificarsi di tali fatti, si chiede a codesti Enti di farsi parte attiva attraverso l'invio di specifiche raccomandazioni agli Ordini e Collegi professionali nelle quali si evidenzia la problematica sopra esposta e si sottolinei la necessità del rispetto dell'etica professionale.

Dott.ssa Rossana Ugenti



 **WALDNER**
TECNOLOGIE MEDICALI

Our core is Life

*Energia, Passione, Impegno e
una tenace Ricerca di standard d'eccellenza
sono gli ingredienti grazie ai quali cerchiamo
di supportare con qualità e presenza Chi, ogni giorno,
si prende cura delle Persone.*

CONSULENZA, FORNITURA INSTALLAZIONE, FORMAZIONE,
MANUTENZIONE DI SISTEMI OPERATORI,
APPARECCHIATURE E PRESIDIO MEDICO-CHIRURGICI

TRENTO via della Cooperazione, 149
VERONA via Sabotino, 2/c
0461 949898 • info@waldner.co • www.waldner.co