LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

Trimestrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri



Convegno Nazionale IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO FRA DUBBI E CERTEZZE PIACENZA, 27 SETTEMBRE 2014

Convegno Nazionale

IL CAMBIAMENTO IN SANITÀ TRA FORMAZIONE, RESPONSABILITÀ, NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI E MEDICINA FISCALE PARMA, 6 NOVEMBRE 2015

Convegno Nazionale
SCELTE SAGGE IN MEDICINA – SLOW MEDICINE
MATERA, 8-9 APRILE 2016



Indice

CONVEGNO NAZIONALE
Il fascicolo sanitario elettronico fra dubbi e certezze9
PIACENZA, 27 SETTEMBRE 2014
Fascicolo sanitario elettronico: l'impegno della Fnomceo11
Guido Marinoni
Sviluppo del fascicolo sanitario elettronico
in regione Emilia-Romagna
Antonio Brambilla, Anna Darchini
Linee guida italiane sul fascicolo sanitario elettronico21
Luca Puccetti
TIC - 1 1 -
Il fascicolo sanitario elettronico.
Accesso e uso dei dati personali
Chiara Rabbito
La Sanità elettronica: un passo avanti o uno indietro?
Antonio Vittorino Gaddi
2111101110 Y IIIOTIIIO GUUUI

Indice	Cosa cambia per il medico e per il cittadino
	FSE: le esperienze extra-europee67 Francesco Del Zotti
	CONVEGNO NAZIONALE Il cambiamento in sanità tra formazione, responsabilità, nuovi modelli organizzativi e medicina fiscale
	Introduzione ai lavori del Convegno
	I SESSIONE Dalla formazione alla responsabilità di fronte alle competenze professionali diversificate91
	Per una nuova scala etica di valori nelle professioni: ripensamento e rinegoziazione dei rispettivi ambiti di competenza93 Maurizio Benato
	Cursi studiorum specifici in ambito medico e sanitario quale garanzia della funzionalità del sistema103 Roberto Polillo
	La collaborazione efficace in un percorso di cura condiviso tra autonomie e responsabilità di scala. Vi è necessità di una riforma quater?
	Etica ed organizzazione in Sanità: un riferimento ai problemi multi-professionali e multiculturali126 Dario Sacchini

Implicazioni in termini di responsabilità professionale in relazione alla specifica formazione universitaria e alle relative competenze acquisite
L'efficacia delle cure per la stabilità del Ssn in relazione alle pertinenze, competenze, ruoli e specifiche responsabilità145 Franco Vimercati
L'omogeneità dei piani di studio del medico: esigenza formativa reale
II SESSIONE Le novelle legislative riguardanti la P.A.: la medicina fiscale157
Il valore del Polo Unico nel disposto di legge sulla PA: il ruolo della Medicina Fiscale uniformata nel Ssn in ambito privato e pubblico
La regolamentazione Inps dei controlli delle certificazioni di malattia e il ruolo della Medicina Fiscale. Andamento del fenomeno
Il nuovo ruolo del medico fiscale di fronte alle molteplici attività proposte. Nasce un nuovo medico competente?177 <i>Gianluigi Spata</i>
L'auto-attestazione di malattia: un argomento in chiaro-scuro185 Guido Marinoni

CONVEGNO NAZIONALE Scelte sagge in medicina - Slow Medicine
Introduzione
Slow Medicine, la vera appropriatezza
Scelte sagge in Medicina. I cittadini protagonisti di una svolta205 <i>Roberta Chersevani</i>
Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di salute209 Paola Mosconi
Gli strumenti per una partecipazione consapevole dei cittadini216 Franca Braga
Slow medicine: una risposta slow alla crisi del sistema delle cure
I progetti di Slow Medicine
L'Etica della cura
Il ruolo dei medici per una medicina sobria, rispettosa e giusta274 Andrea Gardini
Slow Medicine in Primary Care

CONVEGNO NAZIONALE

Il fascicolo sanitario elettronico fra dubbi e certezze

PIACENZA, 27 SETTEMBRE 2014

Pubblichiamo gli atti del convegno tenutosi a Piacenza nel settembre 2014 e dedicato alle problematiche relative al fascicolo sanitario elettronico. Come introduzione è stato aggiunto un contributo di Guido Marinoni che ripercorre in sintesi il lavoro svolto dalla Fnomceo in questi anni in materia di FSE e gli attuali orientamenti.

Fascicolo sanitario elettronico: l'impegno della Fnomceo

Guido Marinoni vicepresidente Omceo Bergamo componente Comitato Centrale Fnomceo

LA FNOMCEO HA PARTECIPATO al gruppo di lavoro per la definizione dello schema di DCPM attuativo del fascicolo sanitario elettronico, attività che si è svolta nel corso del 2013, a partire da premesse legislative già definite (in particolare dalla legge 221/2012, poi modificata, nel corso dell'attività del gruppo di lavoro, dal DL 21.06.2013 n.69).

Il contributo della Fnomceo è stato richiesto solo in una fase di elaborazione tecnico organizzativa, ma la delegazione Fnomceo, su mandato del Comitato Centrale, ha comunque fondato il suo apporto sugli aspetti di sostenibilità deontologica, coerenti con quanto poi codificato nell'art.78 del Codice di Deontologia Medica del 2014 e negli indirizzi applicativi allegati, oltre che su alcuni aspetti di sostenibilità organizzativa professionale.

La delegazione Fnomceo si è espressa a favore del trattamento dei dati, resi anonimi e non tracciabili, anche per finalità di ricerca e di governo, in quanto sarebbe stato riduttivo limitare al solo utilizzo clinico un'insostituibile fonte di informazioni utili per migliorare le conoscenze e il servizio.

Per consentire tale tipo di trattamento, tuttavia, è stata necessaria una modifica legislativa. In effetti l'articolo 12 della legge 221/2012 è stato modificato con la legge 98/2013. Al comma 6, le parole "senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti e dei documenti clinici presenti nel FSE" sono state sostituite dalle seguenti: "senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti presenti nel FSE".

La delegazione Fnomceo è inoltre intervenuta in merito al profilo sanitario sintetico. Ai sensi dell'art.4 comma 1 del Decreto, il profilo sanitario sintetico è il documento socio sanitario redatto e aggiornato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente conosciuta.

Si è condiviso un modello che, pur essendo in prospettiva adeguabile a un sistema totalmente codificato e potenzialmente in grado di consentire quindi una interoperabilità internazionale, a prescindere dalle differenze linguistiche, consente, in una prima fase, di inserire solo le informazioni essenziali anche con l'utilizzo di campi a testo libero. È ovviamente stato previsto il carico in automatico dei dati amministrativi già presenti nel sistema.

Sono stati inoltre forniti contributi relativi a numerosi aspetti della stesura della bozza di decreto, relativi, ad esempio, alle definizioni, ai profili di accesso, ai profili di responsabilità dei diversi soggetti interessati.

A distanza di tre anni da tale elaborazione la concreta attuazione del fascicolo sanitario elettronico non risulta, al livello nazionale, ancora pienamente attuata e, nelle Regioni che già da tempo hanno implementato tale procedura, i sistemi meriterebbero forse una revisione in termini non solo di efficienza operativa, ma anche di logiche di archiviazione e di utilizzo.

Da più parti i sistemi fondati sulla codifica vengono posti in discussione e si evidenziano i rischi di una limitazione del ragionamento clinico legati ad una chiusura precoce dei problemi. I sistemi informatici tendono ormai a consentire il lavoro su campi liberi. La sfida quindi diventa duplice: realizzare le basi di un sistema informatico che garantisca al cittadino l'utilizzo delle informazioni e ottimizzarlo al passo dell'evoluzione delle nuove tecnologie informatiche.

Di questi temi si discuterà in una apposita sessione della Conferenza nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica che si svolgerà a Rimini dal 19 al 21 maggio 2016.

aprile 2016

Sviluppo del fascicolo sanitario elettronico in regione Emilia-Romagna

Antonio Brambilla

responsabile Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Regione E.R.

Anna Darchini

responsabile Servizio Innovazione e Sviluppo ICT e Tecnologie Sanitarie della Regione E.R.

LA VISIONE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA per quanto riguarda lo sviluppo delle soluzioni informatiche a supporto del Servizio Sanitario Regionale è la seguente.

Le organizzazioni sanitarie stanno sempre più evolvendo verso modelli assistenziali dinamici che presuppongono l'interazione di una molteplicità di soggetti che debbono poter disporre e condividere le medesime informazioni in tempo reale.

I processi gestionali assistenziali sono diversificati in relazione alle patologie, la relazione clinica assistenziale vede intorno al paziente diverse figure professionali non sempre a priori individuate.

Ne deriva che il modello di rappresentazione dei dati e delle funzionalità software deve essere flessibile ovvero modulare così da garantire la disponibilità di soluzioni software ad hoc in tempi brevi.

Il patrimonio informativo, secondo criteri di pertinenza e

non eccedenza, deve essere nella disponibilità di tutti i soggetti che hanno in cura il paziente, deve essere disponibile una infrastruttura di integrazione tale da permettere la veicolazione delle singole informazioni.

L'impiego della rete SOLE

Il sistema che realizza il Fascicolo sanitario elettronico della regione Emilia-Romagna si appoggia alla rete SOLE (SanitàOnLinE), la rete della sanità regionale che mette in relazione il territorio, cioè i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, con le aziende sanitarie, le aziende sanitarie fra loro e con i servizi di accoglienza regionali. La rete SOLE oltre a consentire lo scambio di informazioni fra gli attori del sistema, favorisce l'integrazione dei servizi e delle informazioni a livello regionale.

La rete SOLE, la cui progettazione è iniziata nel 2003, ha ultimato la fase di sperimentazione nel 2010 e nel corso degli anni ha incrementato le sue funzionalità a supporto di nuovi processi sanitari. Ad oggi la rete SOLE connette pressoché la totalità dei medici di medicina generale (99%) e dei pediatri di libera scelta(97%) e movimenta circa 160 milioni di documenti.

Inoltre supporta il processo di prescrizione, prenotazione e refertazione così da consentire il ritorno dell'esito di un'indagine diagnostica o di una visita specialistica al medico proscrittore, coinvolgendo anche i sistemi prenotativi, al fine di rendere più agevole per il cittadino l'accesso alla prestazione sanitaria. L'infrastruttura che permette questo percorso è la base tecnologica su cui si colloca il sistema che realizza il Fascicolo Sanitario elettronico nella regione Emilia-Romagna, come anticipato schematicamente nella figura seguente.

Il sistema che realizza il fascicolo sanitario elettronico è, dal punto di vista funzionale, l'evoluzione dell'Indice Regionale degli eventi clinici e le modalità per la sua alimentazione sono quelle della rete SOLE. Dal 2011 il Fascicolo sanitario elettronico è un servizio reso disponibile ai cittadini assistiti nella regione Emilia-Romagna. Le cittadino al FSE condizioni per poter attivare ed accedere al proprio FSE sono:

- essere assistiti della regione Emilia-Romagna, in particolare avere fatto la scelta del MMG o PLS;
- aver rilasciato il consenso SOLE che comprende, in modo autonomo ed esplicito, il consenso alla costituzione del FSE;
- essere in possesso di credenziali forti.

Si precisa che *non vi sono vincoli di cittadinanza* ma solo di assistenza. Inoltre è resa disponibile la consultazione da parte dei genitori anche del *FSE dei propri figli minorenni*, mantenendo dal punto di vista logico e funzionale distinto il FSE del minore da quello del genitore. Meccanismo analogo è disponibile per l'accesso al FSE di un soggetto sotto tutela da parte del tutore. Il cittadino può accedere al proprio FSE se possiede *credenziali* valide che possono essere:

- carta di identità elettronica;
- Carta Nazionale dei Servizi (CNS): per il personale delle Aziende Usl che ne è in possesso;
- Nuova Tessera Sanitaria con microchip contenente certificato di autenticazione;
- username e password se rilasciate de visu, cioè con procedimento di riconoscimento diretto del richiedente e assegnazione certa delle credenziali di autenticazione. Il cittadino che richiede come credenziali di accesso username/password può iniziare il processo di accreditamento online, ma deve comunque concluderlo con un riconoscimento de visu (correlazione certa fra identità fisica ed identità digitale).

Il cittadino che attiva il proprio FSE può decidere o meno di recuperare lo storico dei propri documenti (dal 2008 in avanti); in caso affermativo, anche questi saranno resi disponibili alla consultazione.

Sebbene ad oggi solo il cittadino, in regime ordinario, ha accesso al proprio FSE, sono in atto sperimentazioni condotte

17

dalla Regione e da alcune aziende sanitarie, volte a valutare, in termini di processo e di impatto tecnologico, l'accesso da parte dei professionisti all'FSE dei propri assistiti.

Il FSE realizza anche il taccuino che racchiude dati e documenti caricati in modo autonomo dal cittadino.

Come accede il professionista al FSE

Gli applicativi di consultazione del FSE possono accedere alla lista dei documenti del FSE solo dopo aver tracciato sul sistema in modo esplicito la presa in carico dell'assistito. Ne consegue che il professionista può accedere solo ai documenti dei cittadini da lui assistiti, secondo le regole di visibilità indicate dal cittadino stesso. Le sperimentazioni condotte in regione si dividono in due categorie:

- accesso al FSE mediante applicativo web regionale: dopo la fase di accreditamento del professionista, l'applicativo consente una presa in carico dell'assistito per un tempo determinato; l'assistito entra a far parte della lista degli assistiti, quindi il professionista può accedere ai documenti del FSE, fino alla data di scadenza di assistenza:
- accesso al FSE mediante servizi applicativi: l'applicativo aziendale può invocare i servizi di ricerca esposti dal FSE solo nel caso di assistito preso in carico da una struttura di quella azienda. Il cittadino può configurare l'invio di notifiche (via mail o via sms) in caso, per esempio, di accesso al proprio FSE, di consultazione dei documenti, di alimentazione del FSE (nuova indicizzazione sul FSE).

Cosa c'è nel FSE della Il FSE della regione Emilia-Romagna è costituito dai seguenti regione Emilia- dati e documenti:

cumenti del FSE) dai documenti che provengono dai sistemi

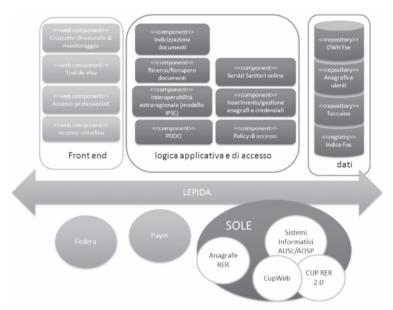
Romagna • dati e documenti personali: il cittadino può caricare documenti in modo autonomo e scrivere appunti ed osservazioni sul suo stato di salute (Area taccuino). I documenti personali sono distinguibili (da un'icona specifica nella lista dei dodelle aziende sanitarie o dai sistemi prescrittivi dei medici di medicina generale o pediatri di libera scelta.

- I documenti provenienti dalle aziende sanitarie sono suddivisi in tre categorie:
 - documenti sanitari, sono documenti che si riferiscono a percorsi di carattere sanitario e comprendono le seguenti tipologie:
 - *referti* che comprendono:
 - ref. laboratorio;
 - ref. pronto soccorso;
 - ref. radiologia;
 - ref. specialistica;
 - profilo sanitario sintetico;
 - lettera dimissione;
 - bilanci di salute.
 - prescrizioni, che comprendono:
 - prescrizione di specialistica;
 - prescrizione farmaceutica.
 - documenti amministrativi che comprendono i documenti non strettamente sanitari, ma inviati dalle aziende sanitarie o rivolte alle aziende sanitarie:
 - buoni celiachia;
 - tesserino medico scelto;
 - autocertificazioni.

Il cittadino che accede al proprio FSE può accedere anche ad una lista di servizi online:

- servizio CupWEB di prenotazione (in regime SSN e libera professione);
- servizio pago on line di pagamento;
- servizio gestione consenso SOLE;
- servizio cambio/revoca medico di medicina generale e pediatra di libera scelta;
- servizio di autocertificazione (di prossima implementazione);
- servizio di consenso alla consegna via FSE del referto (di prossima implementazione).

L'interfaccia di accesso al FSE del cittadino consente quindi l'accesso anche ai servizi sanitari online realizzati dalla Regione e dalle Aziende sanitarie. Si precisa che tali servizi sono integrati nel FSE ma risultano distinti da esso ed accessibili anche se il FSE non viene attivato dal cittadino.



La regione Emilia-Romagna sta promuovendo una campagna di comunicazione insieme alle aziende sanitarie per la diffusione del FSE. Già adesso, seppur il volume dei fascicoli attivati non sia ancora importante, può essere fatta una valutazione sul grado di completezza del sistema FSE in termini di infrastruttura tecnologica e di contenuti indicizzati sul FSE.

Ad oggi il numero dei fascicoli attivati è pari a 70.000 ed è in crescita su tutte le Aziende. Si riporta anche la tabella che illustra la distribuzione dei documenti indicizzati negli FSE già attivi per tipologia e Azienda di erogazione.

Linee guida italiane sul fascicolo sanitario elettronico

Luca Puccetti
presidente Società Medica Interdisciplinare Promed Galileo

NEL 2009 IL GARANTE PER LA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI ha deliberato le linee-guida in merito al FSE (1). I punti cardine sono: il diritto del paziente ad essere preventivamente informato sulla costituzione del proprio FSE e delle relative finalità, il diritto a rifiutare la costituzione del FSE senza che questo rechi alcun pregiudizio ai diritti di cura, la necessità di acquisire un consenso informato autonomo e distinto da quello per il trattamento dei dati di cui all'art. 81 del codice, la costituzione del FSE è esclusivamente per finalità di cura dell'interessato, che può decidere quali siano le informazioni da tenere riservate, anche mantenendone celato l'oscuramento, e quali siano i soggetti abilitati a consultare il proprio FSE, la separazione tra dati amministrativi e sanitari. Il FSE può essere consultato, anche senza il consenso dell'interessato, qualora ciò sia indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività.

Le Linee Guida del Garante sulla privacy

ministeriali

Le Linee Guida Nel febbraio 2010 sono state emanate le linee-guida ministeriali (2). Il FSE verrà realizzato dalle Regioni previo consenso dell'assistito (acquisito dalle stesse Regioni), e consiste nell'insieme dei dati e documenti digitali di tipo socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti il paziente. Coprirà l'intera vita di quest'ultimo e sarà costantemente aggiornato dai soggetti che lo prendono in cura. Nelle urgenze, il FSE permetterà agli operatori di inquadrare immediatamente i pazienti; consentirà la continuità delle cure, permetterà di condividere tra gli operatori le informazioni amministrative. Queste le intenzioni del Ministero, che rischiano di rimanere un libro dei sogni date le esperienze del regno Unito e della Francia, risultate ben poco confortanti. Le LG ministeriali ricalcano quelle del Garante, tuttavia sono state approvate dal parlamento norme (articolo 12 del decreto legge n. 179 del 2012, modificato dall' articolo 17, comma 1, lett. e, del decreto legge n. 69/2013) volte ad autorizzare il trattamento dei dati sanitari per finalità diverse da quelle di diagnosi e cura.

Le criticità del FSE

Nel 2014 il Garante per la privacy, pur esprimendo parere favorevole su uno schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che consentirà a Regioni e Province autonome di dare il via al FSE, ha evidenziato rilievi proprio in merito alle norme che mirano ad autorizzare l'uso dei dati del FSE per finalità diverse da quelle di diagnosi e cura (3). Dal punto di vista giuridico il FSE, come tale, non ha un valore legale, ma possono averlo i singoli documenti che contiene. Un ulteriore elemento è costituito dal cosiddetto Patient Summary o Profilo Sanitario Sintetico (PSS), documento creato ed aggiornato dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS) ogni qualvolta intervengono cambiamenti da lui ritenuti rilevanti ai fini

della storia clinica del paziente, comprendente un set predefinito di dati clinici significativi utili in caso di emergenza. Lo scopo del PSS è quello di "favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento del paziente al momento di un contatto non predeterminato come ad esempio in situazioni di emergenza e di pronto soccorso". Purtroppo le informazioni richieste nel PSS sono ridondanti e quindi poco utili proprio nelle condizioni di emergenza, ove occorre un colpo d'occhio rapido alle informazioni realmente decisive. Uno studio (3) prospetta che le proposte di Patient Summary elettronici attualmente non producono sintesi "intelligenti" e aggiornate e quindi generano rischi di errori per l'eccesso di dati aggiornati. Del tutto oscuro è il valore legale del Patient Summary. Proprio perché nessun atto è privo di valore giuridico, la mancanza di indicazioni circa il valore legale del *Patient Summary* rende ancora più incerto il suo significato nell'ambito di eventuali procedimenti giudiziari, ove, in mancanza di chiari riferimenti legislativi, non si può evitare l'ampia variabilità del convincimento del giudice.

Nell'ambito del FSE è prevista una sezione riservata al cittadino per offrirgli la possibilità di inserire dati ed informazioni personali al fine di completare la descrizione dello stato di salute. Tali informazioni essendo "non certificate" possono risultare fuorvianti e pericolose e costituire fonte di contenzioso medico legale qualora il medico ne tenesse conto ovvero non le considerasse affatto, a seconda dei casi.

Il FSE ha propositi ambiziosi, ma le esperienze di implementazione sul campo sono sconfortanti in merito all'effettiva utilità dello strumento ed all'utilizzo da parte dei cittadini. Il rischio è quello di spendere risorse ingenti per un servizio di scarsa utilità, che costringe i medici, già ampiamente oberati da compiti burocratici, a sottrarre tempo clinico ai loro pa-

Conclusioni

zienti a vantaggio di procedure che non hanno un'effettiva utilità per la salute, ma sono finalizzate al controllo, con risvolti inquietanti di profilazione del rischio sanitario e di perturbazione del rapporto medico paziente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1634116
- 2) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1465_allegato.pdf
- 3) http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/3230826
- 3) Coiera E. Do we need a national electronic summary care record? MJA 2011; 194 (2): 90-92

Il fascicolo sanitario elettronico. Accesso e uso dei dati personali

Chiara Rabbito
avvocato in Bologna
coordinatrice nazionale del Gruppo di ricerca "Sicurezza e Privacy"
della SIT

LA DISCIPLINA DEL FASCICOLO SANITARIO ELET-

TRONICO è stata ed è tuttora oggetto di una lunga gestazione legislativa e regolamentare. Esso è stato inizialmente menzionato nel 2011 dal disegno di legge Fazio sulla riforma delle professioni sanitarie¹, senza però divenire norma di legge. Come noto, prima del disegno di legge Fazio, si erano già espressi in materia sia il Ministero della Salute che l'Autorità Garante per la privacy. Molto opportunamente, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, rilevata "l'esigenza di individuare misure e accorgimenti necessari e opportuni da porre a garanzia dei cittadini interessati", ha avviato nel marzo 2009 una consultazione pubblica relativa al Fascicolo sanitario elettronico e al dossier sanitario, consultazione rivolta a tutti i soggetti e alle categorie interessate, in particolare sot-

¹ Disegno di legge riguardante "Sperimentazione clinica e riforma degli ordini delle professioni sanitarie", presentato alla Camera il 7 aprile 2011.

toposta all'attenzione "degli organismi e professionisti sanitari pubblici e privati, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, degli organismi rappresentativi di operatori sanitari e delle associazioni di pazienti interessati".

Le Linee Guida del Il provvedimento contenente le Linee guida, originariamente Garante sulla Privacy adottato dall'Autorità il 22 gennaio 2009 e poi sottoposto a (2009) pubblica consultazione, ha portato all'adozione in via definitiva delle Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico e di dossier sanitario in data 16 luglio 2009.

> In esse il Garante per la privacy precisa che sia il fascicolo che il dossier si collocano nell'ambito del "processo di ammodernamento della sanità pubblica e privata"e che si prefiggono di "migliorare l'efficienza del servizio sanitario attraverso un ulteriore sviluppo delle reti e una più ampia gestione informatica e telematica di atti, documenti e procedure".

> Il contributo dato in questa sede dall'Autorità garante risulta di grande rilevanza nell'ottica di sgombrare primariamente il campo da questioni terminologiche.

> Dalle indicazioni del Garante è risultato chiaro come il FSE non debba essere confuso con la cartella clinica (elettronica o meno) che, per riconoscimento dello stesso Garante, è oggetto di una sua propria disciplina giuridica².

> Del FSE il Garante dà una prima descrizione secondo la quale si tratta di un "fascicolo formato con riferimento a dati sanitari originati da diversi titolari del trattamento operanti più frequentemente, ma non esclusivamente, in un medesimo ambito territoriale". Da tale definizione si desume la natura del FSE come un insieme coordinato e funzionale di informazioni di varia provenienza attinenti allo stato di salute del cittadino/paziente, finalizzate alla sua cura. In questa prima descri-

² La cartella clinica – di genesi ospedaliera – per costante giurisprudenza della Cassazione è un atto pubblico e gode inoltre di apposita regolamentazione per quanto concerne la sua archiviazione e conservazione.

zione non si fa menzione di documenti sanitari: stando a questa definizione potrebbe trattarsi solo di un insieme di dati e informazioni, raccolte in modo logico e razionale per la cura del cittadino. Tuttavia, nel prosieguo delle citate Linee guida, ci si sofferma sul fatto che "nel caso di FSE" vengono "in considerazione documenti sanitari del tutto distinti tra loro" e, infine, nel paragrafo rubricato "Comunicazioni al Garante" se ne dà la seguente definizione: "un insieme logico di informazioni e documenti sanitari volto a documentare la storia clinica di un individuo condiviso da più titolari del trattamento".

La natura del Fascicolo Sanitario Elettronico come di un insieme di documenti sanitari richiede particolare cura e attenzione sotto il profilo giuridico e della privacy, in quanto, molti documenti sanitari hanno una loro "storia giuridica" e un loro inquadramento normativo, dottrinario e giurisprudenziale di cui bisogna tenere conto in sede di realizzazione del FSE e di digitalizzazione di tali documenti, tradizionalmente cartacei.

Un elemento su cui riflettere è il fatto che il FSE sarà il *fascicolo informatico* che conterrà, una volta implementato, l'insieme più numeroso e vario di atti pubblici, almeno sotto il profilo penalistico, rispetto a tutti i fascicoli digitali finora normativamente previsti nell'ambito della Pubblica Amministrazione. Una vera rivoluzione.

In base alle Linee guida, scopo del "Fascicolo sanitario elettronico" e del "Dossier sanitario" saranno "la condivisione informatica, da parte di distinti organismi o professionisti, di dati e documenti sanitari che vengono formati, integrati e aggiornati nel tempo da più soggetti, al fine di documentare in modo unitario e in termini il più possibile completi un'intera gamma di diversi eventi sanitari riguardanti un medesimo individuo e, in prospettiva, l'intera sua storia clinica".

La rivoluzione del FSE Alla luce della funzione attribuita a tali strumenti, il Garante arriva quindi alla conclusione che "il FSE e il dossier" conterranno "diverse informazioni inerenti allo stato di salute di un individuo relative ad eventi clinici presenti e trascorsi (es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso), volte a documentarne la storia clinica" e che i suoi dati personali saranno "collegati tra loro con modalità informatiche di vario tipo che ne rendono, comunque, possibile un'agevole consultazione unitaria da parte dei diversi professionisti o organismi sanitari che prendono nel tempo in cura l'interessato".

Si parla più precisamente di dossier sanitario "qualora tale strumento sia costituito presso un organismo sanitario in qualità di unico titolare del trattamento (es., ospedale o clinica privata) al cui interno operino più professionisti".

Si intende invece per fascicolo sanitario il "fascicolo formato con riferimento a dati sanitari originati da diversi titolari del trattamento operanti più frequentemente, ma non esclusivamente, in un medesimo ambito territoriale (es., azienda sanitaria, laboratorio clinico privato operanti nella medesima regione o area vasta)".

In considerazione del fatto che il FSE non aveva ancora trovato un suo riconoscimento normativo, l'Autorità Garante con le Linee guida ritenne opportuno intervenire a tutela della privacy del paziente.

Innanzitutto, secondo il Garante poiché i dati sanitari e i documenti che faranno parte del FSE proverranno da più soggetti diversi, dovranno essere adottati idonei procedimenti informatici che consentano di *individuare la fonte di provenienza di ciascun dato*: quale organismo o professionista lo ha raccolto, prodotto e chi lo ha reso accessibile³.

³ Si legga in particolare la Parte I "Il Fascicolo sanitario elettronico e il dossier sanitario" al punto 2 "Ambito di applicazione delle Linee guida": "Nel caso di Fse, venendo poi in considerazione documenti sanitari del tutto distinti tra loro, *deve essere assicurato che ciascun soggetto che li*

In tal modo sarà possibile comporre e mantenere un quadro chiaro di responsabilità con riguardo al trattamento dei dati contenuti, in quanto il soggetto che ha prodotto e inserito i dati ne manterrà di regola la titolarità e le conseguenti responsabilità giuridiche civili e penali.

Con riguardo alle finalità del trattamento dei dati, tale trattamento, secondo il Garante, dovrà essere incentrato nelle attività di cura, diagnosi e prevenzione a vantaggio del paziente.

Il Garante aggiunge però che "qualora attraverso il FSE o il dossier si intendano perseguire anche talune finalità amministrative strettamente connesse all'erogazione della prestazione sanitaria richiesta dall'interessato (es. prenotazione e pagamento di una prestazione), tali strumenti dovranno essere strutturati in modo tale che i dati amministrativi siano separati dalle informazioni sanitarie, prevedendo profili diversi di abilitazione degli aventi accesso agli stessi in funzione della differente tipologia di operazioni ad essi consentite".

Inoltre "eventuali, future utilizzazioni anche parziali del FSE o del dossier per ulteriori fini di ricerca scientifica, epidemiologica o statistica" non saranno di per sé precluse, ma potranno verificarsi solo in conformità alla normativa di settore e dovranno essere oggetto di preventiva e specifica attenzione.

La questione maggiormente dibattuta in relazione alla progettazione FSE è quella che riguarda il suo contenuto: quali siano cioè i dati sanitari che potranno lecitamente confluire Quali dati sanitari confluiranno nel

FSE?

ha prodotti autonomamente ne rimanga di regola l'unico titolare, anche se le informazioni sono -come detto- disponibili agli altri soggetti abilitati all'accesso (ad esempio -come spesso accade-, attraverso la condivisione, da parte di tutti i soggetti che prendono in cura l'interessato, dell'elenco degli eventi sanitari occorsi, elenco strutturato anche sotto forma di indici o di puntatori logici dei singoli episodi clinici)".

Le finalità del FSE

nel fascicolo e quale dovrà essere il grado di incidenza della volontà del paziente su tale contenuto.

Si tratta di aspetti fondamentali che sono già stati oggetto dell'attenzione dei Garanti europei in sede di elaborazione delle Linee guida sulla cartella clinica elettronica (CCE)⁴.

Il principio di autodeterminazione del paziente

In proposito, il Gruppo dei garanti europei già riconosceva l'importanza del principio di "autodeterminazione del paziente", in relazione al quale si affermava che "la decisione del paziente sul come e il quando usare i suoi dati deve rivestire un ruolo fondamentale come garanzia importante".

Il riconoscimento del principio di autodeterminazione da parte del paziente non era tuttavia visto come assoluto dai Garanti europei, i quali, nel citato documento, affermavano che "un sistema di CCE non è interamente fondato sul consenso come base giuridica" e aggiungevano che "poiché i diversi tipi di dati sulla salute non hanno lo stesso potenziale di arrecare pregiudizio, andrebbero distinte delle categorie di utilizzo con vari gradi di possibilità d'esercizio dell'autodeterminazione".

In Italia il tema è stato oggetto di acceso dibattito e l'Autorità garante per la privacy nelle citate Linee guida per il Fascicolo Sanitario Elettronico prende decisamente posizione a favore dell'autodeterminazione del paziente.

Il Garante della privacy si raccomanda che sia consentito al paziente di "scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno un Fse/dossier con le informazioni sanitarie che lo riguarda-

⁴ Si legga in proposito il "Documento di lavoro sul trattamento dei dati personali relativi alla salute contenuti nelle cartelle cliniche elettroniche (CCE)", adottato il 15 febbraio 2007. Il gruppo di lavoro, istituito ai sensi dell'articolo 29 della direttiva 95/46/CE, è un organo europeo indipendente a carattere consultivo in materia di protezione dei dati e della vita privata. I suoi compiti sono illustrati all'articolo 30 della direttiva 95/46/CE e all'articolo 15 della direttiva 2002/58/CE.

no". Altrimenti deve essere garantita al paziente la possibilità che i dati sanitari restino disponibili solo al professionista o organismo sanitario che li ha redatti, senza la loro necessaria inclusione in tali strumenti.

Non solo: non si tratta di garantire la autodeterminazione esclusivamente con riguardo al "se" far redigere un proprio FSE, ma anche sul "come" tale fascicolo debba essere costituito.

Il nostro Garante afferma infatti che il paziente deve potersi liberamente esprimere su quali informazioni egli vuole che siano inserite nel fascicolo e deve essere possibile che alcune informazioni sanitarie che lo riguardano non siano visibili agli operatori aventi accesso.

Quindi alcune notizie molto importanti sul paziente potrebbero non essere visibili, se egli lo vuole. Si tratta del cosiddetto "oscuramento" del FSE.

Ma non basta. Il Garante richiede che gli operatori sanitari che consultano il fascicolo non siano neppure in grado di accorgersi che l'interessato ha deciso di oscurare una determinata informazione. Quindi, l'oscuramento dovrebbe avvenire in modo tale da far sì che gli operatori sanitari non siano in grado di venire a conoscenza del fatto che esso si è verificato (cosiddetto "oscuramento dell'oscuramento").

Come si è detto, la posizione del Gruppo ex articolo 29 sarebbe più moderata: si suggerisce di distinguere "diversi tipi di dati sulla salute" in rapporto alla loro potenzialità di arrecare danno alla privacy del paziente e di "creare diversi moduli di dati con diverse condizioni di accesso".

Per esempio, un modulo di dati "vaccinazioni" oppure "allergie" o "intolleranze ai farmaci" dovrebbero essere accessibili in ogni momento alla persona interessata e potrebbero anche esserlo per un numero piuttosto ampio di operatori sanitari; un modulo "emergenze" potrebbe prevedere mezzi tecnici speciali per l'accesso.

Nello senso della possibilità di un temperamento funzionale del principio di oscuramento si pone anche il Garante italiano nelle citate Linee guida nel momento in cui dà atto che "in alcuni progetti esaminati all'interno del Fse/dossier è stata poi individuata una sintesi di rilevanti dati clinici sul paziente, ovvero un insieme di informazioni la cui conoscenza può rivelarsi indispensabile per salvaguardare la vita dell'interessato (es., malattie croniche, reazioni allergiche, uso di dispositivi o farmaci salvavita, informazioni relative all'impiego di protesi o a trapianti). Tali informazioni – raccolte di regola in un modulo distinto – sono conoscibili da parte di tutti i soggetti che prendono in cura l'interessato".

Le Linee Guida del Ministero della Salute

Alle Linee guida del Garante privacy sono seguite, nel novembre 2010, le Linee guida del Ministero della Salute. Esse definiscono il FSE come un "insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, che ha come scopo principale quello di agevolare l'assistenza al paziente, offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività assistenziali e di cura, nel rispetto delle normative per la protezione dei dati personali". La definizione ministeriale include quindi pacificamente i documenti digitali di tipo sanitario all'interno del FSE, quali cartelle cliniche, referti e certificati.

Per altro verso, tale definizione, sicuramente per motivi di missione istituzionale dell'organo emanante, pare meno direttamente incentrata sull'attività di cura del paziente e maggiormente sulla predisposizione di tutto l'apparato assistenziale e burocratico necessario per tale attività di cura.

Le Linee guida ministeriali introducono poi un oggetto documentale nuovo: il cosiddetto *Patient Summary* (o Profilo Sanitario Sintetico). Si dovrebbe trattare di un documento di importanza cruciale, dato il suo ruolo di "riassunto della storia clinica del paziente e della sua situazione corrente". La redazione e la tenuta di tale documento è affidata dalle Linee guida al medico di medicina generale. Esse infatti affermano: il Patient Summary "è creato, aggiornato e mantenuto solo dal MMG/PLS; non può essere creato in maniera automatica a partire dal FSE; è sempre frutto di una valutazione professionale e la frequenza di aggiornamento, che deve essere adeguata, è a discrezione del MMG/PLS".

Al medico di medicina generale viene quindi affidata una rilevante responsabilità: quella della creazione, del mantenimento e dell'aggiornamento del riassunto della storia clinica del paziente.

Con riguardo poi al rapporto tra le indicazioni contenute nelle Linee guida ministeriali e le raccomandazioni del Garante privacy, si riscontra una piena adesione nelle Linee guida del ministero della Salute, alle osservazioni dell'Autorità Garante.

Si legge nelle indicazioni ministeriali: "Il trattamento dei dati personali del FSE deve rispettare pienamente le norme che disciplinano la protezione di tali dati e deve pertanto assoggettarsi alla libera volontà dell'assistito, che con il proprio consenso ha facoltà di permettere o meno la costituzione del proprio FSE, di far confluire in esso i dati relativi al suo stato di salute pregresso e/o attuale e di esercitare il potere di controllo su chi può accedere al proprio fascicolo e a quali gruppi di informazioni. Le sue scelte possono essere da lui modificate in qualsiasi momento".

Il Ministero aderisce inoltre completamente alla posizione del Garante circa l'opportunità dell' "oscuramento" nonché dell' "oscuramento dell'oscuramento": "Ulteriore garanzia per l'assistito è la facoltà di non consentire la visibilità di alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici,

che potrebbero andare a confluire nel FSE, a soggetti diversi da chi ha prodotto il dato (oscuramento) senza che quest'ultimi vengano automaticamente a conoscenza del fatto che l'assistito abbia effettuato tale scelta ("oscuramento dell'oscuramento").

Perplessità giuridiche

La natura del FSE come emerge dalle indicazioni ministeriali è – a parere di chi scrive – resa complessa dal riconoscimento del principio di autodeterminazione: da un lato, infatti, il suo contenuto è dettagliatamente descritto nelle Linee guida ministeriali (dati identificativi e dati amministrativi del paziente, nucleo minimo ed essenziale dei dati sanitari, altri documenti, tra cui in particolare il Patient summary). Dall'altro però tutto il suo prezioso contenuto, delineato minuziosamente nelle Linee guida, risulta "minacciato" da una applicazione che sia non solo teorica ma reale ed effettiva dal principio dell'oscuramento: in un FSE "reale" potrebbe non esservi quasi nessun dato visibile, avendo il paziente esercitato il suo diritto all'oscuramento. O addirittura il paziente potrebbe non avere un FSE ("Il consenso alla creazione del proprio Fascicolo sanitario elettronico, da parte dell'assistito, deve essere esplicito", cioè manifestato inequivocabilmente, quindi non intuito o desunto da un comportamento, non soddisfacendo il criterio del carattere "esplicito" la soluzione del silenzio-assenso (opt-out)").

Al medico di medicina generale potrebbe quindi essere affidata la manutenzione e l'aggiornamento di un "contenitore" di dati molti dei quali non sono visibili per volontà del paziente.

Quelle sopra descritte sono le perplessità giuridiche di maggiore rilevanza. Ma non sono le sole. Vale la pena anche di riflettere sulla natura e sul valore giuridico del cosiddetto "Taccuino personale del cittadino".

Ci dicono le Linee guida ministeriali: "Nell'ambito del FSE si può prevedere una sezione riservata al cittadino per offrirgli

la possibilità di inserire dati ed informazioni personali (es. dati relativi al nucleo familiare, dati sull'attività sportiva, ecc.), file di documenti sanitari (es. referti di esami effettuati in strutture non convenzionate, referti archiviati in casa), un diario degli eventi rilevanti (visite, esami diagnostici, misure dei parametri di monitoraggio), promemoria per i controlli medici periodici. Questo consentirà di arricchire il FSE con ulteriori informazioni al fine di completare la descrizione dello stato di salute, ma tali informazioni e/o documenti risulteranno "non certificate".

Quale attenzione dovrà prestare l'operatore sanitario al contenuto di tale "taccuino personale" del suo paziente? Fino a che punto dovrà tenerne conto? Quale attendibilità o corrispondenza al vero dovrà il medico attribuire a informazioni e notizie inserite dal paziente ma "non certificate"? Ma soprattutto: quale responsabilità in giudizio gli sarà riconosciuta per averne (o non averne) tenuto conto? La questione è tuttora molto dibattuta.

Come sopra accennato, il percorso legislativo del FSE include due tappe di rilievo successive alle Linee guida ministeriali e a quelle del Garante privacy: la presentazione alla Camera, il 7 aprile del 2011, del disegno di legge Fazio riguardante "Sperimentazione clinica e riforma degli ordini delle professioni sanitarie" – durante il governo Berlusconi – e la presentazione di un decreto legge recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di salute" – durante il governo Monti – da parte del Ministro della Salute Balduzzi.

Il titolo III del disegno di legge Fazio, rubricato "Sanità elettronica", includeva l'articolo 12, intitolato "Disposizioni in materia di fascicolo sanitario elettronico". La definizione che ne veniva data non si discostava da quella delle citate linee guida del Garante e del Ministero: "l'insieme dei dati e do-

Il ddl Fazio

cumenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito".

In ossequio alla competenza in materia di sanità costituzionalmente riconosciuta alle regioni, la sua istituzione viene affidata a queste (e alle province autonome), ovviamente nel rispetto della normativa nazionale sul trattamento dei dati personali. Le finalità del FSE per le quali veniva consentito il trattamento dei dati a contenuto sanitario dei pazienti erano molteplici e andavano ben al di là dello scopo di cura in senso stretto.

- Si trattava di:
- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il comma terzo dell'articolo 12 prevedeva che il fascicolo sanitario fosse alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali.

Come si diceva, al di là degli scopi tipici dell'attività sanitaria (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione), si prevede l'impiego dei dati contenuti nel FSE anche per finalità di ricerca scientifica (lettera b) e per finalità di programmazione, gestione e controllo e valutazione del'assistenza sanitaria (lettera c).

Quest'ultimo impiego dei dati sanitari dei pazienti è molto dibattuto in quanto ci si domanda fino a che punto per funzioni di programmazione e gestione sia necessario usare i dati personali dei pazienti, o se invece non siano sufficienti dati anonimi o aggregati.

Con riguardo a questa spinosa questione, l'art. 12 ai commi 5 e 6 così stabiliva: nel caso in cui il SSN persegua finalità di cura, per la consultazione dei dati del paziente all'interno del FSE è necessario il consenso del paziente, salvi i casi di emergenza sanitaria in cui il paziente non è in grado di darlo.

Nel caso invece in cui l'accesso ai dati del FSE avvenga da parte di regioni, province autonome e Ministero della Salute per finalità di ricerca e di gestione e controllo (lettere b e c), il perseguimento di tali finalità avverrà senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti e dei documenti clinici presenti nel FSE e in conformità ai principi di proporzionalità, necessità e indispensabilità nel trattamento dei dati personali.

Senza grandi modifiche rispetto alla disciplina contenuta nel disegno di legge Fazio, il FSE è stato previsto nel decreto legge di riforma della Sanità durante il Governo Monti, presentato al Consiglio dei Ministri alla fine dell'estate del 2012 dal Ministro della Salute Balduzzi⁵.

Il testo del decreto legge Balduzzi è stato sottoposto all'approvazione del Consiglio dei Ministri a fine agosto del 2012. Il decreto legge è stato approvato, tuttavia gli articoli relativi al FSE ne sono stati stralciati.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è infine divenuto legge con il Decreto Crescita 2.06, il cui articolo 12, inserito nella Sezione IV rubricata "Sanità digitale", definisce il FSE quale "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito". Da tale articolo al FSE vengono attribuite le seguenti finalità:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;

Il decreto Balduzzi

⁵ Decreto legge recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute del 10 agosto 2012, presentato alle Regioni il 24 agosto, all'approvazione del Consiglio dei Ministri il 31 agosto 2012.

⁶ Decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", convertito con emendamenti nella legge 17 dicembre 2012, n. 221.

c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il FSE dovrà essere alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali, nonché, su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso, tuttavia, ai sensi del comma 3-bis, il FSE potrà essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale potrà decidere se e quali dati relativi alla propria salute non vi devono essere inseriti. Con particolare riguardo alle finalità di cui alle lettere b e c (ricerca scientifica e programmazione sanitaria), il Decreto Crescita specifica che esse devono essere perseguite, a tutela della privacy del paziente, senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti e dei documenti clinici presenti nel FSE, secondo livelli di accesso, modalità e logiche di organizzazione ed elaborazione dei dati definiti, con apposito decreto e in conformità ai principi di proporzionalità, necessità e indispensabilità nel trattamento dei dati personali.

Si prevede, infatti, che entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, con decreto del Ministro della salute e del Ministro delegato per l'innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, acquisito il parere del Garante, siano stabiliti: i contenuti del FSE e i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, i sistemi di codifica dei dati, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE, la definizione e le relative modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco dell'assistito che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato.

Da ultimo è intervenuto il cosiddetto "Decreto del Fare", Il "Decreto del Fare" D.L. n. 69 del 21 giugno 2013, recante "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", convertito nella Legge 9 agosto 2013 n. 988 che ha previsto, all'articolo 17, ulteriori misure finalizzate a favorire la realizzazione del FSE.

In particolare, esso apporta alcune modifiche alle norme in vigore e prevede che entro il 30 giugno 2014 le regioni e alle province Autonome presentino all'Agenzia per l'Italia Digitale e al Ministero della Salute il proprio progetto per la realizzazione del FSE sulla base delle linee guida messe a disposizione dalla stessa Agenzia e dal Ministero.

L'Agenzia per l'Italia digitale, sulla base delle esigenze avanzate dalle regioni e dalle province autonome, nell'ambito dei rispettivi piani, curerà, in accordo con il Ministero della salute, con le regioni e le province autonome, la progettazione e la realizzazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità dei FSE, che dovrà essere realizzata entro il 31 dicembre 2015.

Per la realizzazione del FSE si autorizza una spesa non superiore ai 10 milioni di euro per l'anno 2014 e a 5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015, da definire su base annua con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze su proposta dell'Agenzia per l'Italia digitale.

Tra le modifiche più rilevanti introdotte dal citato decreto quella relativa alle fonti da cui trarre le informazioni per la ricerca scientifica e per la programmazione sanitaria, finalità che, secondo il Decreto Crescita, dovrebbero essere perseguite "senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti e dei documenti clinici presenti nel FSE".

Il Decreto del Fare (e relativa legge di conversione) prevede con riferimento a tali fonti l'eliminazione della frase "e dei documenti clinici presenti nel FSE".

⁷ GU n. 144 del 21-6-2013 – S.O. n. 50.

⁸ G.U. n. 194 del 20-8-2013, S.O. n. 63.

Dal combinato disposto della precedente e della successiva versione del testo normativo, pare doversi interpretare la possibilità di consultazione dei documenti clinici degli assistiti a fini di ricerca scientifica, ma soprattutto – per quanto qui di interesse – di programmazione sanitaria.

Gli interpreti sensibili alle problematiche della tutela della privacy del paziente si sono chiesti se la nuova dizione della norma avallasse la consultazione a fini di programmazione sanitaria dei documenti clinici degli assistiti, già redatti e confluenti nel FSE, in modalità "in chiaro", dunque comprese le generalità degli stessi pazienti, ovvero se – a tutela della loro privacy – possa essere prevista e tecnicamente possibile, una consultazione di tali documenti senza la visione dei dati identificativi degli assistiti.

In caso contrario, la dichiarazione del non utilizzo dei dati identificativi degli assistiti rimarrebbe una affermazione puramente di principio, trovandosi tali dati identificativi nei documenti (cartelle cliniche, referti, certificati, schede sanitarie, etc) confluiti nel FSE e consultabili a fini di programmazione sanitaria.

La questione è stata affrontata dal parere del Garante per la privacy in merito al regolamento attuativo cui si è fatto menzione⁹. In particolare l'Autorità Garante al punto 4 del suddetto parere ha confermato l'opinione degli interpreti secondo cui l'articolo 17, comma 1, lett. e), del decreto—legge n. 69/2013, sopprimendo il riferimento ai "documenti clinici", ha di fatto consentito un ampliamento dei dati oggetto di possibile trattamento a tutti quelli contenuti nei documenti clinici (es. referti radiologici, analisi cliniche etc..).

Il Garante, ritenendo tali documenti patrimonio informativo prezioso per la finalità di cura, ma sproporzionato per lo svol-

⁹ Parere del Garante su uno schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in materia di fascicolo sanitario elettronico - 22 maggio 2014.

gimento delle attività di ricerca scientifica o programmazione sanitaria, ha segnalato la necessità di modificare la norma in modo da assicurare ai soggetti pubblici "l'utilizzo delle sole informazioni veramente utili e pertinenti per il perseguimento delle finalità loro assegnate", anche demandando al regolamento di attuazione (ora d.P.C.M.) – che deve definire i contenuti del FSE – di individuare a suo tempo i "documenti sanitari" utilizzabili per le ripetute finalità. La norma non è stata modificata in Parlamento, ma il tavolo di lavoro ha convenuto nel prevedere tra i dati "espressamente esclusi dal trattamento" per le attività di ricerca e di governo le copie per immagine su supporto informatico di documenti analogici; le informazioni non strutturate di tipo testuale; le informazioni non strutturate di tipo grafico, sia statiche (immagini) che dinamiche (video).

La problematica dell'utilizzo (o meno) del dato identificativo dell'assistito è stata ripresa dal regolamento attuativo di cui si è detto, il cui schema di decreto, approvato in Consiglio dei Ministri il 17 febbraio scorso, è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 13 marzo 2014 e sul quale il Garante ha espresso parere favorevole in data 22 maggio scorso.

Come detto, il citato decreto deve stabilire "le modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco dell'assistito che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato".

Pur senza mettere in discussione l'utilità di tale codice identificativo, è bene che si rammenti che l'abbinamento dell'informazione sanitaria a tale codice identificativo del paziente non ne fa un dato anonimo, ma semplicemente un dato personale in cui l'interessato/paziente non è immediatamente identificato, ma è identificabile.

L'utilizzo di un codice identificativo non rende il dato ano-

La problematica sul codice identificativo

nimo, poiché, per quanto l'identificazione non sia "diretta" essa è pur sempre possibile: rende semplicemente il paziente non identificato, ma identificabile.

Poiché il Codice privacy definisce dato personale "qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale", la non diretta identificabilità prevista dalla legge sul FSE e attualmente regolamentata dallo schema di decreto non è "anonimizzazione" del dato, bensì "non immediata leggibilità" dell'elemento identificativo del dato, a seguito dell'applicazione di tecniche informatiche che separano il dato identificativo dall'informazione sanitaria. Tuttavia è sempre possibile la loro ricongiunzione.

In tal caso, i dati trattati sono ancora di dati personali a contenuto sanitario, che – come tali – rientrano in pieno nell'applicazione del Codice della privacy: sarebbe quindi importante un approfondimento sui casi di effettiva anonimizzazione dei dati che l'applicazione corretta dei principi di proporzionalità, necessità e indispensabilità potranno richiedere, specie nei casi di ricerca scientifica e di programmazione sanitaria.

Con riferimento al trattamento dei dati a contenuto sanitario non a scopo di tutela della salute dei singolo, di terzi o della collettività, (ma per esempio a fini di ricerca scientifica e programmazione sanitaria) va precisato che essi non rientrano nella applicazione del quadro disciplinare previsto dal Codice privacy per il dato sanitario (artt. 76 ed segg.), appunto in quanto lo scopo del trattamento non è quello di tutela della salute, bensì vanno applicate le norme relative ai dati sensibili (artt. 20, 85 e 86).

Gli artt. 76 e seguenti infatti vanno applicati nel casi in cui il trattamento avvenga a scopo di tutela della salute e venga effettuato da organismi o professionisti sanitari. Nel caso in

cui uno di questi elementi o entrambi non siano presenti, il regime disciplinare cambia.

In particolare, l'art. 20 precisa che:

- 1. Il trattamento dei dati sensibili da parte di soggetti pubblici è consentito solo se autorizzato da espressa disposizione di legge nella quale sono specificati i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite.
- 2. Nei casi in cui una disposizione di legge specifica la finalità di rilevante interesse pubblico, ma non i tipi di dati sensibili e di operazioni eseguibili, il trattamento è consentito solo in riferimento ai tipi di dati e di operazioni identificati e resi pubblici a cura dei soggetti che ne effettuano il trattamento, in relazione alle specifiche finalità perseguite nei singoli casi e nel rispetto dei principi di cui all'articolo 22, con atto di natura regolamentare adottato in conformità al parere espresso dal Garante ai sensi dell'articolo 154, comma 1, lettera g), anche su schemi tipo.
- 3. Se il trattamento non è previsto espressamente da una disposizione di legge i soggetti pubblici possono richiedere al Garante l'individuazione delle attività, tra quelle demandate ai medesimi soggetti dalla legge, che perseguono finalità di rilevante interesse pubblico e per le quali è conseguentemente autorizzato, ai sensi dell'articolo 26, comma 2, il trattamento dei dati sensibili. Il trattamento è consentito solo se il soggetto pubblico provvede altresì a identificare e rendere pubblici i tipi di dati e di operazioni nei modi di cui al comma 2.
- 4. L'identificazione dei tipi di dati e di operazioni di cui ai commi 2 e 3 è aggiornata e integrata periodicamente.

In conformità all'art. 22, per il FSE il Garante ha specificato nel menzionato parere: "l'accesso da parte delle regioni e delle province autonome alle informazioni del Fse per finalità di governo deve avvenire con le modalità di cui alla scheda 12 dell'allegato A dello schema tipo di regolamento per i trat-

tamenti di dati sensibili e giudiziari effettuati presso le regioni e province autonome, le aziende sanitarie, gli enti e agenzie regionali/provinciali e gli enti vigilati dalle regioni e province autonome (artt. 20 e 21 del Codice)".

Va osservato per inciso che il trattamento di dati sensibili da parte di soggetti pubblici richiede tutte le suddette accortezze normative ma non la raccolta del consenso del cittadino.

Tuttavia, a massima tutela del cittadino, per il FSE nello schema di decreto, su suggerimento del Garante, è stato previsto un particolare regime di consenso:

- sulla base dei rilievi formulati dal Garante alcune informazioni di particolare delicatezza sono ora inseribili nel FSE solo con uno specifico consenso dell'interessato (sieropositività, interruzione volontaria di gravidanza, violenza sessuale, pedofilia, uso di sostanze stupefacenti, parto in anonimato, attività dei consultori);
- ai fini dell'utilizzo del FSE per finalità di cura sono necessarie due consensi: il consenso del paziente all'alimentazione del FSE (in mancanza del quale il FSE rimane vuoto e, quindi, non accessibile né per finalità di cura, né per finalità di ricerca e di governo) e consenso alla consultazione del FSE per finalità di cura, da esprimere successivamente al consenso all'alimentazione;
- nel caso poi in cui manchi il consenso alla consultazione per finalità di cura, il FSE (alimentato sulla base del primo consenso) potrà essere utilizzato solo per fini di governo e ricerca nel rispetto dei limiti stabiliti dal quadro normativo vigente.

Sotto il profilo della sicurezza, lo schema di decreto, concorde il Garante, specifica che devono essere adottati idonei accorgimenti per evitare il rischio di accessi abusivi alle informazioni, anche ricorrendo a tecniche crittografiche, nonché sistemi di autenticazione e di autorizzazione, protocolli di comunicazione sicuri, criteri per la cifratura dei dati, la trac-

ciabilità degli accessi e delle operazioni, sistemi di *audit log*, procedure di anonimizzazione degli elementi identificativi diretti, nonché sistemi di codifica dei dati che assicurino l'interoperabilità semantica nei diversi contesti regionali, nazionali ed europei.

Di fronte al pericolo di accessi abusivi al FSE di uno o più pazienti e al fine di garantire l'esattezza e la continuità della fruibilità dei dati, lo schema di decreto prevede l'obbligo per il titolare del trattamento di avvisare tempestivamente il Garante nel caso in cui i dati subiscano violazioni (c.d. "data breach": attacchi informatici, incendi o altre calamità), che possano comportare la perdita, la distruzione o la diffusione indebita di dati.

Infine, il Garante sollecita ciascun titolare dei dati alla creazione della figura del "responsabile privacy" che sia in grado di interloquire con il Garante, anche in relazione ai casi di data breach.

La Sanità elettronica: un passo avanti o uno indietro?

Antonio Vittorino Gaddi Laboratorio Caravelli ed EuroGenLab, Bologna

LA SANITÀ ELETTRONICA È, E DOVRÀ RESTARE, SANITÀ E BASTA. Non è mai esistito, nella storia della medicina e della tutela della salute pubblica, che gli strumenti divengano così importanti da "comparire nel titolo"! Personalmente, uso spesso il termine eHealth (eH) anche perché molto sintetico, ma difficilmente lo utilizzerei parlando con un malato; e soprattutto, ogni volta che lo uso rifletto criticamente sul "senso" del termine, ma non ho compiuta certezza che tutti faranno così in futuro. La Sanità elettronica (Se) rischia di divenire moda e slogan assieme, senza nessi con i bisogni reali della popolazione e oggetto di forti pressioni e interessi economici, come recentemente sottolineato in alcuni siti Internet¹, dei quali non necessariamente condividiamo i contenuti. In realtà, così come non è mai esistita una Sanità fonendo-

scopica (e sì che questo strumento ha dato una svolta signi-

¹ Cfr recente comunicato del 22-9-14 della Lega Italiana dei Diritti dell'Uomo.

ficativa, per i tempi, allo studio della patologia dell'uomo) forse dovremmo smettere di utilizzare termini che alcuni cittadini non comprendono a fondo, e alcuni colleghi travisano, e quindi evitare di impiegare il termine elettronico a ogni più sospinto. Nel titolo di questa presentazione era però essenziale inserirlo, in minuscolo, proprio per identificare agli occhi del lettore un settore nascente della medicina che rischia di divenire autonomo e di darsi regole proprie, patologiche e avulse dal contesto o dagli interessi del paziente.

Fatta questa doverosa precisazione illustriamo alcune considerazioni a giustificazione di questo primo warning sulla *Se* (o *eH* che dir si voglia). Lo faremo con un occhio particolare al Fascicolo Sanitario Elettronico e al Position Paper che la Società Italiana di Telemedicina ha voluto dare alle stampe assieme al CNR nel recente passato², senza mai trascurare la letteratura³. Riproponiamo alcune considerazioni riprese da questi testi e siamo grati a tutti i Colleghi che hanno collaborato nella stesura del Position Paper.

L'esistenza di strumenti informatici per raccogliere informazioni sanitarie personali citati differenti tra loro e non sempre comparabili è una delle caratteristiche di fondo della Se, anzi, forse ne costituisce la connotazione principale, in quanto rappresenta il triggering point di tutti gli altri elementi che la compongono (dagli strumenti di teledicina, alle reti, ai software informatico. I dati – comunque prodotti – vanno raccolti, e bene, devono poi essere elaborati, associati, resi fruibili a medici e pazienti e quindi gli Electronic Health Records (e gli italici fascicoli) sono irrinunciabili. Il fatto però che siano tanti, diversi, spesso non comunicanti tra loro (che, per qualcosa che gira in rete, rappresenta veramente il colmo)

² Il Fascicolo Sanitario Elettronico. Elementi di Riflessione. A cura di F Ricci, AV Gaddi, A RossiMori, G Russo. SIT&LAVSE-CNR, 2013.

³ Qui citata in modo essenziale e con aggiornamento a pochi mesi orsono, per ragioni di sintesi espositiva e di tempo

ne rende difficoltoso lo studio sistematico e ne riduce la fruibilità, tanto per i cittadini quanto per gli operatori sanitari.

Sul metodo

Alcune revisioni sistematiche sugli Electronic Health Records (EHR) [1,2] e singoli studi sperimentali [3] segnalano le difficoltà di carattere metodologico e i limiti derivanti dall'eterogeneità del materiale disponibile.

Le ricerche nel settore degli EHR e degli strumenti assimilati state classificate come positiviste e/o basate su dati (come l'approccio evidence-based), interpretative (ad es. per l'interazione uomo-computer), a orientamento critico (come nell'approccio della sociologia critica) o integrative⁴ e in altri modi [4,5]; alcuni autori ne hanno proposto l'analisi metanarrativa [6,4]. L'analisi di tutte ha prodotto risultati contrastanti e in alcuni casi, ha ridotto e non fatto aumentare la nostra conoscenza nel settore, per l'incertezza dei dati (né positivi né negativi) e per altre ragioni di carattere metodologico.

Numerosi lavori si sono occupati di "misurare" l'accesso agli strumenti personali online da parte di cittadini e operatori sanitari, verificandone il tipo di utilizzazione fatto e la reale utilità [7,8]. Non sempre i risultati sono stati incoraggianti. La capacità di singoli governi o istituzioni di formulare proposte sufficienti è considerata limitata o esposta a errori: molti autori (e io tra questi) consigliano apertamente ai Governi di seguire linee guida internazionali e di controllare attentamente i dati della letteratura prima di assumere decisioni o di proporre l'uso di specifici strumenti alla popolazione, evitando di dare per scontato un favorevole rapporto costo/beneficio e beneficio/rischio [9-12]. Questi aspetti sono segnalati anche in alcuni volumi recentemente pubblicati [13-15].

⁴ di solito si fa riferimento a quelle basate sulla "actor-network theory" o sulla "technology structuration t."

Danni da Fascicolo

L'analisi critica e comparativa tra i "patient-, medical-, personal-, electronic-, computer patient- e altri- health record" e altri strumenti adottati o proposti dagli Stati, tra cui il Fascicolo Sanitario Elettronico, è irrinunciabile e urgente, viste alcune segnalazioni recenti, come ad es quella relativa alla utilizzazione in campo geriatrico di questi strumenti, con possibili effetti collaterali [16].

La segnalazione (una delle tante in ambito geriatrico) è rilevante, considerando che una delle "mission" fondamentali dalla EU e di alcuni Stati⁵ [17-19] consiste nel potenziamento e nella disseminazione di strumenti home care per gli anziani e i soggetti con fragilità.

Tra gli eventi probabili e prevedibili che possono causare danni viene segnalata, ad esempio, l'impossibilità o la difficoltà di inserimento o di recupero dei dati, la classificazione delle informazioni necessarie al singolo cittatino o malato, la resistenza finale dell'utente a utilizzare il sistema, la complessità della gestione delle informazioni e numerosi altri [16]. Anche il rifiuto dell'uso dei "fascicoli" o il loro abbandono dopo qualche periodo di utilizzazione possono rappresentare una causa maggiore di fallimento del sistema o possono indurre singoli errori "clinici". Alcuni autori suggeriscono l'adozione degli EHR progressiva e in piccole aree [20], per consentire la verifica sul campo dei risultati prima di adottare questi strumenti all'intera popolazione.

La letteratura internazionale dedica molto spazio all'alterazione del rapporto medico paziente [21], al momento della visita [22] o nel setting delle cure primarie [23,24]; i "personal health care records" dovrebbero – al contrario – prevedere l'esistenza di modelli di cura basati proprio sulle relazioni [25]. Dalla letteratura non si desume che il rapporto medico paziente debba essere "necessariamente" peggiorato dall'uso degli EHR, ma la maggioranza degli Autori ne sottolinea il

⁵ più avanti una breve panoramica della situazione in Europa

rischio. Anche gli strumenti destinati all'uso personale del solo paziente, quando contengono dati relativi alla salute, alterano il rapporto col personale sanitario e/o la percezione dei ruoli. Inoltre il paziente potrebbe preferire – se usa strumenti "personali", come il fascicolo – o richiedere al medico – per cartelle cliniche – la copia cartacea "non dematerializzata". Quelli che lo fanno sono oltre il 30%; un autorevole studio suggerisce di offrire sempre, alla lettura del paziente, dati in formato cartaceo e non solo elettronico [26].

Il rischio che lo strumento elettronico crei delle vere barriere può dipendere dalla conoscenza degli strumenti hardware [27], può dipendere da limitazioni di carattere personale o da fragilità, in particolare l'anziano [28,29] che dovrebbe essere il maggior fruitore dei benefici della eHealth. La letteratura recente suggerisce di tenere conto degli elementibarriera come di quelli facilitatori nella progettazione o implementazione degli EHR [30]. A maggior ragione per strumenti personali del cittadino, come il FSE.

Le segnalazioni e i "warning" della letteratura spaziano a 360 gradi e vanno dagli errori di codifica (!) fino all'insoddisfazione del paziente, alla aderenza e persistenza di uso dei FSE/EHR nel lungo termine, alla condivisione e fruizione delle informazioni tra i diversi presidi sanitari, territorio e ospedali (paradossalmente ridotta: qualcosa di simile rischia di avvenire in Spagna, ad esempio). Vi sono poi i report inerenti l'induzione di outcomes sfavorevoli nel campo della prevenzione o della cura, le difficoltà nel migliorare i sistemi di farmacovigilanza o di identificare/prevenire interazioni farmacologiche pericolose; sono segnalati rischi (oggettivabili o percepiti come tali) per coorti particolari ad alto rischio di fragilità, come alcune categorie di anziani, i transessuali, i migrantes, i cittadini a rischio sociale e altre [31-40].

Inoltre "tutte" le struttura di raccolta dati sociali e sanitari, in attesa di sistemi interoperabili contenenti "vere informazioni" [15], dovrebbero consentire la codifica standardizzata degli stati di malattia e di disagio e delle procedure, come l'*International Classification of Diseases* [41] e migliorare l'estrazione di dati sanitari [42].

Quelle riportate sono una minima parte delle segnalazioni presenti nella letteratura più recente, e alcuni degli autori sostengono comunque l'utilità potenziale dei sistemi di raccolta informatizzata dei dati. Ciononostante riteniamo che si debbano considerare con particolare prudenza proprio tutte le strutture informatiche destinate all'uso del solo cittadino. A queste segnalazioni di danni possibili o probabili ne aggiungiamo una, del tutto peculiare, un "già visto" che è ancora sotto i nostri occhi. Molte autorità sanitarie locali e nazionali hanno aderito, o consentito, la distribuzione di referti in forma non cartacea, o con un simulacro di referto cartaceo, lasciando in un DVD o CD le vere informazioni sanitarie. Questo ha determinato per molti pazienti, ma anche medici, difficoltà di fruizione dei dati contenuti, per incompatibilità di software, o non disponibilità dell'hardware necessario, o ancora per semplice incapacità a utilizzare i CD, ma, fatto ancor più grave, espone i pazienti, in futuro, a non poter più fruire dei propri dati. Chiunque avesse infatti archiviato dati sui floppy disk morbidi da 170 Kb di un C64 di qualche anno fa, oggi avrebbe difficoltà estrema, o dovrebbe affrontare spese, per poterli leggere. Non ci troveremo con la babele dei formati fra 20-30 anni, così come è sistematicamente successo negli ultimi 20? Precisiamo che questo problema ha soluzioni "informatiche" facilissime e percorribilissime, ma di fatto non percorse, come nell'esempio. Il rischio quindi è grande.

L'Europa

L'adozione di sistemi semplificati di electronic health record personali (come nel caso del basic HealthSpace del NHS⁶ inglese) già anni orsono aveva suscitato dubbi relativamente

⁶ in poche località erano disponibili tecnologie avanzate

all'uso reale da parte dei cittadini e quindi alla sua utilità; veniva indicata con una certa enfasi il problema dello sviluppo e della approvazione solo "at policy level" [43] oltre ad altri relativi ad aspetti tecnologici e progettuali e alla mancanza di formazione di medici e cittadini. Successive segnalazioni, riferite al diverso setting delle cure secondarie a livello ospedaliero, indicavano come una errata progettazione top-down da parte delle strutture di governo del NHS avesse determinato solo "ritardi e frustrazione" senza nessun utile per operatori sanitari e cittadini [44]. I risultati complessivamente non son stati quelli attesi e gli esperti suggeriscono nuovamente grande attenzione da parte delle autorità che programmano le strategie sanitarie [45,46], ma vi sono possibilità, con gli adeguati finanziamenti e la giusta interazione con NHS, per la telemedicina nell'ambito delle cure primarie [47].

In Spagna la progettazione di un sistema non interoperabile potrebbe creare difficoltà e allontanare territorio, ospedali e cittadini [35,48]; esistono proposte di soluzione del problema, che certamente potrebbe attanagliare anche l'Italia, vista la autoreferenzialità con cui Regioni, singole Aziende e singoli Produttori hanno proposto strumenti in modo non coordinato.

Non entriamo nel merito del FSE italiano rinviando al Position Paper citato e alle altre presentazioni di questo volume, e in particolare a quella del dottor Puccetti e dell'avvocato Rabbito. Lo strumento italiano pare comunque nascere più per ragioni di carattere amministrativo, per ora non vi sono dati utili sugli effetti "clinici" (nel bene e nel male) né sulla adozione; se non adeguatamente implementato su tempi brevissimi, probabilmente porterà con se tutti i difetti degli altri FSE, con le aggravanti dei lacci e lacciuoli generati dalla specificità della normativa italiana (con riferimento anche ad alcuni punti relativi alla tutela della privacy e alla responsabilità

medica). Pare inoltre presente un rischio di conflitto tra regioni e tra regioni e governo centrale, non essendo stata concordata una strategia sufficiente a risolvere i problemi semantici, quelli ontologici, né quelli relativi alla standardizzazione. Vi è una concordanza di fondo tra pubblicazioni recenti presenti letteratura medica e l'analisi di quanto accaduto in alcune regioni europee. A fronte dei proclami di "certa utilità" e di risparmio di spesa pubblica, automaticamente garantiti da tutto ciò che è immateriale ed informatizzato, si pone una realtà ben diversa, che solo in parte è analizzabile attraverso la pur nutrita bibliografia. Si sottolinea come molti lavori recentissimi, altrove citati, non diano solo suggerimenti tecnici o medici specifici, ma invochino norme generali di prudenza, rispetto della logica e dell'etica [33,49,50]. Ciò in parte è causato dalla difficoltà, anche per gli esperti e ricercatori, di identificare modelli di riferimento. Lo stesso schema generale proposto dalla WHO e dalla ITC (National eHealth Strategy Toolkit), molto più dettagliato e ragionato delle proposte nazionali, istituzionali o di singole compagnie, si attiene a schemi generali e prudenti [9,51].

A livello internazionale si è acceso un dibattito che vede giornalisti e cittadini proattivi affiancarsi o contrapporsi a esperti e ricercatori; molti sono attestati su posizioni critiche sull'uso degli EHR, sui rischi per la salute [52][53], sul modo di raccogliere informazioni sanitarie, con costi alti se comparati alla modestia dei risultati [54]. La discussione, in alcuni casi polemica, non riguarda solo proposte di EHR presenti sul WEB e a carattere fortemente commerciale [55], ma tutte le iniziative intraprese, anche dai governi. Un autorevole suggerimento recente è che chi gestisce la politica sanitaria, così come gli esperti e i progettisti, considerino con attenzione: a) che non è scontato che gli investimenti in telehealthcare producano benefici clinici, b) che non è scontato che producano benefici economici, e c) che è probabile che i maggiori

benefici possano essere raggiunti per i pazienti a più alto rischio di esiti gravi [56], cosa che l'attuale Fascicolo Sanitario e la maggior parte degli EHR non consentono. A questi aggiungiamo, in modo documentato, i possibili "effetti collaterali gravi" derivanti dall'uso di EHR.

Infatti per applicazioni relativamente semplici, come ad esempio il monitoraggio dell'aderenza alla terapia, o consigli sullo stile di vita, revisioni sistematiche e metanalisi forniscono risultati incoraggianti, sebbene gli esperti indichino chiaramente una certa contraddittorietà dei risultati e la necessità di studi ben più approfonditi [57-59], mentre in settori apparentemente "sicuri" come le applicazioni della telemedicina (che si basano su EHR o strutture simili) i risultati sono contraddittori e non conclusivi.

L'opinione pubblica e i giornali hanno un atteggiamento per ora reattivo a segnalazioni sporadiche, ma il fronte della ricerca e quello della disseminazione di risultati non brillanti si stanno avvicinando, anche perché molti autori sottolineano sempre di più l'effetto di amplificazione degli errori e delle ricadute sulla popolazione dei "big data" che la informatizzazione promette [60] e ne traggono come conseguenza il rischio di Politiche della Salute totalmente errate e non controllabili, che, di necessità, coinvolgeranno in modo diretto i governi.

BIBLIOGRAFIA

- Hayrinen K, Saranto K, Nykanen P (2008) Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. International journal of medical informatics 77 (5):291-304. doi:10.1016/j.ijmedinf.2007.09.001
- Rinaldi G, Capello, F. and Gaddi, A.V. (2013) Medical Data, Information Economy and Federative Networks: The Concepts Underlying The Comprehensive Electronic Clinical Record Framework. Nova Science Publ., New York

- 3. Holroyd-Leduc JM, Lorenzetti D, Straus SE, Sykes L, Quan H (2011) The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care: a systematic review of the evidence. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA 18 (6):732-737. doi:10.1136/amiajnl-2010-000019
- 4. Greenhalgh T, Potts HW, Wong G, Bark P, Swinglehurst D (2009) *Tensions and paradoxes in electronic patient record research: a systematic literature review using the meta-narrative method.* The Milbank quarterly 87 (4):729-788. doi:10.1111/j.1468-0009.2009.00578.x
- Greenhalgh T (2011) Electronic health records: research into design and implementation. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners 61 (593):718-719. doi:10.3399/bjgp11X613016
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O, Peacock R (2005) Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. Social science & medicine 61 (2):417-430. doi:10.1016/j.socscimed.2004.12.001
- 7. Mold F, Ellis B, de Lusignan S, Sheikh A, Wyatt JC, Cavill M, Michalakidis G, Barker F, Majeed A, Quinn T, Koczan P, Avanitis T, Gronlund TA, Franco C, McCarthy M, Renton Z, Chauhan U, Blakey H, Kataria N, Jones S, Rafi I (2012) *The provision and impact of online patient access to their electronic health records (EHR) and transactional services on the quality and safety of health care: systematic review protocol.* Informatics in primary care 20 (4):271-282
- 8. Dullabh P, Moiduddin A, Babalola E (2010) *Measurement of the utilization of an installed electronic health record.* Studies in health technology and informatics 160 (Pt 1):81-85
- Hamilton C (2013) The WHO-ITU National eHealth Strategy Toolkit as an Effective Approach to National Strategy Development and Implementation. Studies in health technology and informatics 192:913-916
- 10. Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, McKinstry B, Procter R, Majeed A, Sheikh A (2011) The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. PLoS medicine 8 (1):e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387

- 11. Catwell L, Sheikh A (2009) Evaluating eHealth interventions: the need for continuous systemic evaluation. PLoS medicine 6 (8):e1000126. doi:10.1371/journal.pmed.1000126
- 12. Catwell L, Sheikh A (2009) Information technology (IT) system users must be allowed to decide on the future direction of major national IT initiatives. But the task of redistributing power equally amongst stakeholders will not be an easy one. Informatics in primary care 17 (1):1-4
- 13. Gaddi AV, Manca, M., Capello F. (2013) eHealth, Care and Quality of Life. Springer,
- 14. Carter JH (2008) Electronic Health Record. ACP,
- 15. Dimond B (2005) *Electronic health record and electronic patient record.*British journal of nursing 14 (13):716-717
- 16. Yu P, Zhang Y, Gong Y, Zhang J (2013) Unintended adverse consequences of introducing electronic health records in residential aged care homes. International journal of medical informatics.doi:10.1016/j.ijmedinf. 2013.05.008
- 17. States with the most health information exchanges: based on eHealth Initiative's map of health information exchange activity in the US Mod. Healtc., 2012, 42 (24):34 (2012). Mod. Healtc. 42 (24):34
- 18. eHealth Action Plan 2012-2020. *Innovative Healthcare for the 21st century* EC 6-12-2012 COM 736 final (2011). Brussels
- Doupi P. RE, Giest S., Dumortier J. (2010) eHealth Strategies. Country Brief: Sweden (EC, DG Information Soc. and Media, ICT Health Unit. .1-34
- 20. Zwaanswijk M, Ploem MC, Wiesman FJ, Verheij RA, Friele RD, Gevers JK (2013) Understanding health care providers' reluctance to adopt a national electronic patient record: an empirical and legal analysis. Medicine and law 32 (1):13-31
- 21. Rinaldi G, Gaddi, A.V., Marin, M. (2010) *EHR*, *WEB 2.0 and eHealth:* the impacts of new ICTs on doctor-patient relationships.
- 22. Linder JA, Schnipper JL, Tsurikova R, Melnikas AJ, Volk LA, Middleton B (2006) Barriers to electronic health record use during patient visits. AMIA Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium AMIA Symposium:499-503

- 23. Bulik RJ (2008) *Human factors in primary care telemedicine encounters.*Journal of telemedicine and telecare 14 (4):169-172. doi:10.1258/jtt.2007.007041
- 24. Bulik RJ (2004) Perspectives on the patient-provider relationship in primary-care telemedicine. Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association 10 (4):466-468. doi:10.1089/tmj.2004.10.466
- Hebda T, Patton C (2012) Application of the relationship-based care model to improve health outcomes via the electronic personal health record. Creative nursing 18 (1):30-33
- 26. Fowles JB, Kind AC, Craft C, Kind EA, Mandel JL, Adlis S (2004) Patients' interest in reading their medical record: relation with clinical and sociodemographic characteristics and patients' approach to health care. Archives of internal medicine 164 (7):793-800. doi:10.1001/archinte. 164.7.793
- 27. Hilton JF, Barkoff L, Chang O, Halperin L, Ratanawongsa N, Sarkar U, Leykin Y, Munoz RF, Thom DH, Kahn JS (2012) A cross-sectional study of barriers to personal health record use among patients attending a safety-net clinic. PloS one 7 (2):e31888. doi:10.1371/journal.pone. 0031888
- 28. Lober WB, Zierler B, Herbaugh A, Shinstrom SE, Stolyar A, Kim EH, Kim Y (2006) Barriers to the use of a personal health record by an elderly population. AMIA Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium AMIA Symposium:514-518
- 29. Kim EH, Stolyar A, Lober WB, Herbaugh AL, Shinstrom SE, Zierler BK, Soh CB, Kim Y (2007) Usage patterns of a personal health record by elderly and disabled users. AMIA Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium AMIA Symposium:409-413
- 30. McGinn CA, Grenier S, Duplantie J, Shaw N, Sicotte C, Mathieu L, Leduc Y, Legare F, Gagnon MP (2011) Comparison of user groups' perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review. BMC medicine 9:46. doi:10.1186/1741-7015-9-46
- 31. Al-Jafar E (2013) Exploring Patient Satisfaction Before and After Electronic

- Health Record (EHR) Implementation: The Kuwait Experience. Perspectives in health information management / AHIMA, American Health Information Management Association 10:1c
- 32. Phansalkar S, van der Sijs H, Tucker AD, Desai AA, Bell DS, Teich JM, Middleton B, Bates DW (2013) Drug-drug interactions that should be non-interruptive in order to reduce alert fatigue in electronic health records. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA 20 (3):489-493. doi:10.1136/amiajnl-2012-001089
- 33. Bernat JL (2013) Ethical and quality pitfalls in electronic health records. Neurology 80 (11):1057-1061. doi:10.1212/WNL.0b013e 318287288c
- 34. Baer HJ, Schneider LI, Colditz GA, Dart H, Andry A, Williams DH, Orav EJ, Haas JS, Getty G, Whittemore E, Bates DW (2013) Use of a Web-based Risk Appraisal Tool for Assessing Family History and Lifestyle Factors in Primary Care. Journal of general internal medicine 28 (6):817-824. doi:10.1007/s11606-013-2338-z
- 35. de la Torre-Diez I, Gonzalez S, Lopez-Coronado M (2013) EHR Systems in the Spanish Public Health National System: The Lack of Interoperability between Primary and Specialty Care. Journal of medical systems 37 (1):9914. doi:10.1007/s10916-012-9914-3
- 36. Deutsch MB, Green J, Keatley J, Mayer G, Hastings J, Hall AM (2013) Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA 20 (4):700-703. doi:10.1136/amiajnl-2012-001472
- 37. Bailey LC, Milov DE, Kelleher K, Kahn MG, Del Beccaro M, Yu F, Richards T, Forrest CB (2013) *Multi-Institutional Sharing of Electronic Health Record Data to Assess Childhood Obesity*. PloS one 8 (6):e66192. doi:10.1371/journal.pone.0066192
- 38. Gu Y, Day K (2013) Propensity of people with long-term conditions to use personal health records. Studies in health technology and informatics 188:46-51
- 39. Serpelloni G, Gomma M, Genetti B, Zermiani M, Rimondo C, Mollica

- R, Gryczynski J, O'Grady KE, Schwartz RP (2013) *Italy's electronic health record system for opioid agonist treatment.* Journal of substance abuse treatment 45 (2):190-195. doi:10.1016/j.jsat.2013.02.001
- 40. Enos N, Enos M (2013) *Three EHR-related coding errors to avoid.* MGMA connexion / Medical group Management Association 13 (5):59
- 41. Carr KJ (2013) *Closing the ICD-l0 revenue gap*. Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association 67 (6):118-122
- 42. Cars T, Wettermark B, Malmstrom RE, Ekeving G, Vikstrom B, Bergman U, Neovius M, Ringertz B, Gustafsson LL (2013) Extraction of electronic health record data in a hospital setting: comparison of automatic and semi-automatic methods using anti-TNF therapy as model. Basic & clinical pharmacology & toxicology 112 (6):392-400. doi:10.1111/bcpt.12055
- 43. Greenhalgh T, Hinder S, Stramer K, Bratan T, Russell J (2010) Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. Bmj 341:c5814. doi:10.1136/bmj.c5814
- 44. Robertson A, Cresswell K, Takian A, Petrakaki D, Crowe S, Cornford T, Barber N, Avery A, Fernando B, Jacklin A, Prescott R, Klecun E, Paton J, Lichtner V, Quinn C, Ali M, Morrison Z, Jani Y, Waring J, Marsden K, Sheikh A (2010) *Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: qualitative analysis of interim results from a prospective national evaluation.* Bmj 341:c4564. doi:10.1136/bmj.c4564
- Greenhalgh T, Morris L, Wyatt JC, Thomas G, Gunning K (2013) Introducing a nationally shared electronic patient record: case study comparison of Scotland, England, Wales and Northern Ireland. International journal of medical informatics 82 (5):e125-138.doi:10.1016/j.ijmedinf.2013.01.002
- 46. Greenhalgh T, Keen J (2013) England's national programme for IT. Bmj 346:f4130. doi:10.1136/bmj.f4130
- 47. Steele K, Wootton R (1997) *Primary care telemedicine in the UK.* The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners 47 (414):4-5

- 48. de la Torre I, Gonzalez S, Lopez-Coronado M (2012) Analysis of the EHR systems in Spanish Primary Public Health System: the lack of interoperability. Journal of medical systems 36 (5):3273-3281.doi:10.1007/s10916-011-9818-7
- 49. Spriggs M, Arnold MV, Pearce CM, Fry C (2012) *Ethical questions must be considered for electronic health records.* Journal of medical ethics 38 (9):535-539. doi:10.1136/medethics-2011-100413
- 50. Zilgalvis P, Deswarte C (2013) *Front matter*. Studies in health technology and informatics 187:i-xxii
- National eHealth Strategy Toolkit (WHO-ITU). (2013). http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-E.pdf.
- 52. Holt M. http://www.health2con.com/news/2013/07/18/the-ehr-debate-fighting-the-last-war/.
- 53. Robertson J. Digital%20Health%20Records'% 20Risks%20 Emerge%20as%20 Deaths%20Blamed%20on% 20Systems%20-%20Bloomberg.webarchive.
- 54. http://www.theguardian.com/society/2013/sep/18/nhs-records-system-10bn.
- 55. Yeung NK, Jadad AR, Shachak A (2013) What do electronic health record vendors reveal about their products: an analysis of vendor websites. Journal of medical Internet research 15 (2):e36. doi:10.2196/jmir.2312
- 56. McLean S, Sheikh A, Cresswell K, Nurmatov U, Mukherjee M, Hemmi A, Pagliari C (2013) The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. PloS one 8 (8):e71238. doi:10.1371/journal.pone.0071238
- 57. Free C, Roberts IG, Abramsky T, Fitzgerald M, Wensley F (2011) A systematic review of randomised controlled trials of interventions promoting effective condom use. Journal of epidemiology and community health 65 (2):100-110. doi:10.1136/jech.2008.085456
- 58. Free C, Phillips G, Watson L, Galli L, Felix L, Edwards P, Patel V, Haines A (2013) *The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: a systematic review and meta-analysis.* PLoS medicine 10 (1):e1001363. doi:10.1371/journal.pmed. 1001363

- 59. Free C, Phillips G, Galli L, Watson L, Felix L, Edwards P, Patel V, Haines A (2013) *The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review.* PLoS medicine 10 (1):e1001362. doi:10.1371/journal.pmed.1001362
- 60. Hoffman S, Podgurski A (2013) *Big bad data: law, public health, and biomedical databases.* The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics 41 Suppl 1:56-60. doi:10.1111/jlme.12040

Cosa cambia per il medico e per il cittadino

Salvatore de Franco presidente OMCeO – Reggio Emilia medico ospedaliero - Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova IRCCS di Reggio Emilia

IL MEDICO DIPENDENTE OSPEDALIERO opera in contesti clinici caratterizzati dalla disponibilità di differenti livelli di tecnologie informatiche e telematiche attivate negli anni nelle diverse realtà ospedaliere.

In ospedale la quotidianità delle attività del medico vede l'informatizzazione sempre più presente nella relazione con il paziente, nella effettuazione delle attività specialistiche-professionali e nell'organizzazione dei servizi.

Nello specifico delle tecnologie telematiche più in uso per il paziente si evidenzia che quando interagisce con l'ospedale per una prestazione programmata ha dei contatti informatici nella fase di prenotazione delle prestazioni, siano esse esami o ricoveri, iniziando con l'inserimento in agende elettroniche di programmazione delle liste d'attesa e di work-flow operativi per l'effettuazione. A questa fase di contatto seguono successive interazioni informatiche del cittadino, nel momento di

Le tecnologie telematiche in ospedale fruizione della prestazione ambulatoriale o di ricovero; infatti viene riconosciuto in modo digitale, viene coinvolto nell'acquisizione del consenso per il trattamento dati sanitari e per la loro successiva diffusione ed archiviazione.

L'acquisizione del consenso è fondamentale perché avvia la trasmigrazione dati in tutti i data base sanitari resi disponibili nel corso degli anni ed ora anche nel fascicolo sanitario elettronico (FSE), con automatismi di interazioni tra archivi dei dati base prodotti da meta motori di ricerca del percorso paziente.

In successione il cittadino interagisce durante la realizzazione della prestazione con altre tecnologie informatiche, che generano altri dati elettronici suoi personali, sotto forma di dati di laboratorio, di testi di referti , filmati , immagini radiologiche ,endoscopiche ,radioterapiche,filmati digitali HD intraoperatori, terapie informatizzate, dati relativi a parametri vitali e dati di andamento clinico, che oggi vengono raccolti in cartelle cliniche informatizzate, cosiddette CMR. Al termine della prestazione ambulatoriale o del ricovero il paziente riceve una diagnosi ed una terapia che oggi va ad alimentare il FSE.

L'e-patient

Tutte le attività descritte creano quella dimensione virtuale della relazione medico-paziente che viene a configurare il cosiddetto e-patient, identificato e reso visibile dalla mole di dati ed immagini descritte, una seconda realtà virtuale .

Il medico ospedaliero per ogni singolo paziente procede come descritto realizzando una relazione elettronica e, se il paziente è inserito in un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale che prevede la degenza in diversi contesti di cura, come il day hospital, la degenza breve, la week surgery, l'high care o le terapie intensive mediche o chirurgiche, si ritrova ad interagire con altrettanti applicativi informatici che caratterizzano l'Ospedale organizzato per intensità di cura o piattaforme

tecnologiche. In queste dimensioni virtuali il paziente viaggia e viene tracciato percorrendo le diverse realtà clinico-assistenziali reali sotto la guida del medico ospedaliero e di tutte le equipe assistenziali, che alimentano con altri dati di interazione informatica il percorso.

Quotidianamente il medico ospedaliero nei percorsi di cura realizza la condivisione dei dati clinici sui vari supporti informatici al fine di migliorare la personalizzazione delle cure, allo sviluppo di questa condivisione mira anche l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico fruibile attraverso il collegamento con Sanità on-line, in ambiente SOLE. Infatti vi si trovano raccolte altre prestazioni sanitarie prodotte dal medico di medicina generale, dagli specialisti e dagli altri medici ospedalieri in fase di dimissione da realtà non connesse in rete, oltre ai dati che il singolo cittadino/paziente ha ritenuto di inserire rispetto alla sua vita lavorativa, abitudini voluttuarie o prestazioni sanitarie prodotte in ambito extra SOLE.

Tutti gli applicativi informatici scontano il fatto della compatibilità tra i sistemi che generano, gestiscono ed archiviano dati, ma anche che vengono attivati in contesti dove già sono attivi altri applicativi per la gestione degli stessi dati.

Il primo tema da affrontare è quindi la disponibilità di hardware e software compatibili nel contesto di assistenza e cura, la loro affidabilità ed esaustività nel rappresentare la dimensione virtuale del paziente, senza creare ridondanze e interazioni tra applicativi, con necessità di apertura e chiusura dei software di gestione che richiedono impegno di tempo, senza produrre ulteriore valore clinico.

Altra caratteristica è la completezza (ricchezza di dati) oggi in formato testo, che andrebbero resi accessibili permettendo la visione delle immagini che corredano i referti. In questo modo il FSE completerebbe i dati sanitari individuali disponibili nello stesso tempo e luogo; per la loro utilizzazione ed La condivisione del FSE elaborazione interpretativa avanzata si renderà indispensabile ed utile la possibilità di discutere in modo interdisciplinare i singoli casi, ben documentati in ogni momento.

Il FSE è una tecnologia di comunicazione informatica sanitaria che permette la leggibilità, disponibilità e condivisione, certezza e sicurezza dei dati inseriti, non incide sulla relazione di cura ma migliora i contesti e le possibilità di cura. Allo stesso tempo permette di incrementare l'equità di accesso ai dati sanitari individuali in particolare per i soggetti fragili che possono avere accessi facilitati ai servizi nella fase di prenotazione, di fruizione e di lettura referti.

La disponibilità di uno spazio web sanitario, qual è il FSE consente oggi, ma soprattutto in futuro, consentirà alle generazioni native digitali, di fruire dei loro dati sanitari in modo completo ed ubiquitario, superando le attuali difficoltà di integrazione tra datawarehouse pubblici e privati, oggi ancora presente, determinando una reale integrazione e profilatura virtuale del cittadino.

Il cittadino che dispone del fascicolo sanitario elettronico risulta più coinvolto e partecipe nei propri percorsi di cura e motivato ad interagire per migliorare la propria qualità di vita.

FSE: le esperienze extra-europee

Francesco Del Zotti
MMG Verona
direttore di Netaudit (www.netaudit.org)

IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO si presenta ai Medici di Medicina Generale (MMG) come una sfida tecnologica moderna. Esso sembra rappresentare il progresso che è anacronistico contrastare.

Ritengo invece che sia nell'interesse dello stesso Fascicolo sanitario elettronico che si possano identificare i limiti delle sue prime applicazioni.

D'altra parte, sono stato un entusiasta della prima ora dell'informatica medica: negli anni '80 ho comprato il primo personal computer di massa (apple II) e sono stato partecipe dei primi tentativi di "sistemi esperti in MG", anche come co-relatore di tre tesi di laureandi in scienze dell'informazione alla facoltà di Informatica dell'Università di Bari. Alla nascita del web poi sono stato tra i primi a creare comunità telematiche di MMG, in particolare il gruppo italiano di MMG di *Netaudit (www.netaudit.org)*, che dal 2001 analizzano in Rete in modo volontario la qualità del proprio lavoro.

Ho quindi una lunga storia ed un presente orientati all'ulteriore impiego del PC in MG, ma sono anche sempre più preoccupato per alcune tendenze che la telematica delle grandi reti private e pubbliche stanno assumendo nel delicato e fragile mondo della Medicina Generale e della relazione MMG-paziente.

Alcune premesse

Nel corso della presentazione sconfinerò dal mio campo (quello clinico, di MMG) in vari campi disciplinari, rischiando di essere incompleto o magari impreciso. Ho deciso di correre questo rischio perché ritengo che una professione, quella del medico di Medicina Generale, che rischia di vedere cambiati i suoi connotati, a causa di veloci trasformazioni in cui sono attivi per la prima volta tanti esperti di discipline lontane dalla prassi medica, abbia non solo il diritto ma anche il dovere di articolare una interlocuzione con i tanti tecnici che stanno, a ragione o a torto, invadendo il nostro campo di attività lavorativa.

Un'ulteriore precisazione. Per realizzare questa relazione ho contattato alcuni tra i massimi esperti del settore: l'italiano Angelo Rossi Mori, del CNR; la professoressa Trisha Greenalgh (Londra); l'australiano professor Coiera. Secondo questi autori vi sono almeno due costanti che spiegano come in alcune nazioni o organizzazioni ci siano stati progetti avanzati: nazioni con popolazione con pochi milioni di abitanti, con forte tradizione organizzativa; presenza di grandi organizzazioni mutualistiche con buona tradizione organizzativa, con una leadership compatta e forti investimenti.

in Israele

alth Mantainance Organization (mutua). Fondata nel 1941 da medici ebrei provenienti dalla Germania, ha 1,5 milioni di membri e coinvolge 5.000 medici, 32 ospedali, 95 servizi infermieristici, 200 punti di prelievo laboratoristici e 1 laboratorio centralizzato, 700 farmacie.

Sin dal 1993 utilizza Cartelle Computerizzate, usate per tutte le prescrizioni e tutti gli operatori, senza eccezione.

In Italia in genere simili piattaforme, anche dopo anni, non sono utilizzate da tutti gli operatori. L'esempio del certificati Inps telematici è illuminante: a distanza di anni dal varo mentre la stragrande maggioranze dei MMG usa la piattaforma, solo una minoranza di ospedalieri la impiega. Ciò vanifica di molto il valore della suddetta innovazione Ai pazienti della mutua Maccabi sono permessi:

- compiti amministrativi "classici" del FSE (osservare la propria cartella; avere la possibilità di alcuni atti amministrativi, ad es. richiedere ripetizione di ricette; certificati; scelta del MMG; introduzione di alcuni dati personali-taccuino personale);
- sono concesse anche *interessanti funzioni da portali web misti Pazienti* MMG: accanto alle iniziative sul FSE ci sono strutture telematiche ad Hoc, dei veri portali dedicati che consentono una trasmissione in un ecosistema telematico *ad hoc* di email e messaggistica varia tra medico e paziente, nonché l'interfacciamento di questi messaggi con i vari tipi di dati e servizi computerizzati (prescrizione farmaci, analisi, manutenzione Lista dei problemi e delle allergie);
- *palmari*: è stato strutturato un interessante insieme di servizi per palmari per pazienti e MMG. Attraverso questa tecnologia, e relativi sistemi di "alert" e comunicazione, il paziente può seguire meglio moduli di educazione sanitaria, di gestione della prevenzione o delle sue malattie croniche;

Non c'è possibilità di oscurare dati (ad es. specifici problemi o farmaci) da parte del paziente. Si fa invece espressamente riferimento al fatto che le cartelle vengono trasmesse per intero. Occorre considerare che la questione della protezione dei dati, comunque, non ha lo stesso valore in Israele, paese a rischio e perciò militarizzato.

L'organizzazione mutualistica "Kaiser Permanente" in USA In USA, secondo gli esperti, spicca nel campo della sperimentazione del FSE l'organizzazione mutualistica Kaiser Permanente.

Nata nel 1945 (il nostro SSN nasce nel 1978), conta 9,3 milioni di membri in 8 Stati USA. Dal 2002 al 2013 ha avuto un solo CEO, condizione ben diversa dalla nostra intricata rete, persistente o cangiante, di dirigenti di distretto, USL, regione, consorzi tecnici ministeriali, ministri, ecc, ecc.

Grande tradizione: 60 anni, grandi investimenti, dirigenza chiara e unitaria. Come per Maccabi in Israele, una lunga tradizione di compattezza è importante, inoltre "Kaiser Permanente" può contare su un mix organizzativo e informatico con la "Veteran Affairs", la mutua dei veterani di guerra.

Anche in questo caso vi è connessione parziale con un sistema militarizzato: il Dipartimento VA e Kaiser Permanente hanno sviluppato sin dal 2010 un progetto pilota. In base al progetto, Kaiser Permanente sfrutta la dorsale informatica dell'esercito per ottenere la visione delle cartelle elettroniche dei veterani. Non entro nel merito dettagliato dei servizi offerti, che ricalcano quelli già presentati con il sistema MACCABI.

La Kaiser Permanente nella pagina del suo sito web "protecting your privacy" descrive con dovizia di particolare gli svariati sistemi per proteggere le informazioni dei pazienti. Ma aggiunge: "nonostante queste misure, la confidenzialità di qualsiasi comunicazione o materiale trasmesso da noi o a noi attraverso il sito o le applicazioni citate (KP mobile appl.) per via della rete Internet o per email non può essere garantita".

Una sezione interessante delle pagine web di Kaiser permanente riguarda le varie modalità con cui i pazienti possono controllare la qualità dei dati nelle loro cartelle. In particolare:

 a) possono segnalare incongruenze sulla loro residenza, dati amministrativi, telefonici, ecc; il che può risultare utile nelle urgenze;

- b) possono fornire commenti e suggerire cancellazioni, aggiunte, commenti anche sulla lista dei problemi, dei farmaci, dei test eseguiti e persino sulle note di commento dei medici;
- c) possono commentare la composizione della lista dei medici che hanno contatto con la cartella;
- d) possono dare indicazioni per situazioni particolari (donazioni; *advanced directives post-mortem*).

Questa formula apre possibilità interessanti di coinvolgimento attivo dei pazienti. Nello stesso tempo non è chiara la modalità con cui il paziente potrà interagire con il MMG nella gestione delle Liste (problemi, farmaci, test) e note nel PC in cartella medica computerizzata. Questo check continuo porta solo vantaggi? O non rischia di essere un continuo disturbo per la serenità professionale del MMG? E un paziente che sa che i suoi dati vanno in una rete ha il giusto equilibrio quando chiede al MMG di modificare o cancellare quello e quell'altro dato? Alla fine questo lavorio del paziente e del MMG portano vantaggi o svantaggi rispetto alla situazione ben rodata, da almeno tre decenni, di cartelle computerizzate staccate dalla Rete?

Quando ci sofferma sugli Stati Uniti si scoprono sempre due costanti: la forza organizzata di grandi organizzazioni e università private e pubbliche; le iniziative pilota di singoli e di piccole start-up. Per la raccolta dati da gestire nelle urgenze questa bivalenza viene rispettata. In effetti in USA si afferma da tempo un sistema detto "Medic-alert" (http://www.medicalert.org/), che abbina come "base" semplici braccialetti e collari di metallo (con incise in inglese le notizie chiave) ad eventuale computerizzazione di questi dati realmente "portatili".

L'iniziativa nasce nel 1953 ad opera di due genitori che stavano perdendo la figlia a causa di un shock anafilattico per

Il sistema non computerizzato "Medic-alert" in USA un'allergia al siero anti-tetanico: in quel momento i due coniugi, entrambi medici, idearono un braccialetto d'argento su cui incisero a chiare lettere poche parole in cui indicavano l'allergia al siero antitetanico.

Ho scoperto questa iniziativa da un articolo scritto da uno dei massimi esperti di sicurezza informatica, il professor Anderson di Oxford, che, in un articolo del BMJ (Anderson, 2010), sostiene che per le informazioni essenziali per le urgenze è inutile basare tutto su reti telematiche. In qualsiasi Paese e località del mondo, anche sprovvisto di pc e di internet, secondo Anderson, i braccialetti con poche parole scritte in inglese possono funzionare egregiamente. Negli anni la fondazione "Medic-alert" si è diffusa, tanto da divenire un logo riconosciuto (in particolare nei Pronto Soccorso) in molti Paesi al mondo; attualmente il sistema prevede anche una parte elettronica, ma sempre come complemento ai braccialetti o collari in metallo.

Il FSE in Nuova Zelanda

La Professoressa Greenalgh mi ha indicato come una delle nazioni più avanzate al mondo per il FSE la Nuova Zelanda. Oltre a servizi simili a quelli di *Maccabi* e *Kaiser Permanente*, vi sono alcune particolarità che emergono:

- a) il sistema gestisce anche alcuni metodi di Telemedicina, per controllo di pazienti cronici o fragili a distanza;
- b) il sistema neozelandese usa metodi di sicurezza non trascurabili: gli stessi impiegati dalle stesse carte di credito (*verisign*), inoltre i server adoperati sono localizzati solo in Nuova Zelanda e non all'estero;
- c) il sistema integra i braccialetti di metallo e una traduzione computerizzata del sopra citato *Medic-alert*.

Ciò nonostante, negli ultimi mesi sono comparse notizie allarmanti di medici e personale sanitario denunziati e licenziati per aver scrutato in cartelle di celebrità o di casi particolari "curiosi". E il Commissario della ente nazionale per la Sicurezza dei dati ha ora due compiti: passare ad una fase più matura del controllo dei buchi nella sicurezza; fornire ai pazienti maggiore capacità tecnica di controllo sugli accessi ai propri dati e sulla selezione di quali dati mostrare e a quali attori sanitari. Insomma la sicurezza anche nell'avanzato FSE della Nuova Zelanda è un work in progress.

Dalla valutazione degli esempi di queste tre realtà internazionali, si può dedurre che le implementazioni più avanzate del FSE avvengono o in nazioni piccole (nuova Zelanda) o, nel caso di Maccabi e Kaiser-Permanente, in realtà simil-mutualistiche molto organizzate e omogenee, con tradizione di circa 60 anni e in un humus in qualche modo connesso a contesti militarizzati, con leader forti, con finanziamenti cospicui.

Considerazioni in merito agli esempi pilota presentati

Sorge una domanda: cosa succede se si trasferiscono queste esperienze in un contesto piuttosto diverso come quello italiano? L'Italia ha molte caratteristiche piuttosto divergenti rispetto a quelle descritte: è un paese popoloso, molto disomogeneo (20 regioni e magari decine di USL per regione), con leader politici e sanitari spesso traballanti, in crisi economica.

Ma dalla descrizione della situazione di queste esperienze avanzate emerge un altro fatto. Anche in questi contesti il Fascicolo sanitario elettronico e il Patient Summary appaiono ancora in via di realizzazione; ciò conduce ad una conseguenza: serve ulteriore ricerca.

Più che leggi e realizzazioni immediate serve ulteriore ricerca. Possiamo quindi con dati alla mano sostenere che a livello internazionale persiste ancora una relativa immaturità della condivisione (*sharing*) dei dati sensibili in sanità. Data questa immaturità e data la complessità e delicatezza del tema ritengo che sia necessaria a livello internazionale e nazionale ulteriore

Sul FSE serve ulteriore ricerca ricerca inter-disciplinare. E la ricerca ha bisogno di test, gradualità, controlli e *non* di ordini.

Se serve ulteriore ricerca, allora bisogna adoperare i classici ingredienti dell'avanzamento scientifico:

- fase pilota;
- meno "urgenza" (dal Mef o dalle Regioni);
- più lenta ponderazione del disegno;
- Comitati etici.

Qualcuno a questo punto potrebbe obiettare: la ricerca è adatta ad un nuovo farmaco o ad un nuovo test diagnostico, non alla valutazione di vasti progetti come quello dell'introduzione del FSE in regioni o nazioni intere. Permettetemi di contro-obiettare: sono anni ormai che in Centri Governativi di Stati americani si stanno applicando ricerche controllate che in uno Stato USA ad esempio provano una certa campagna alimentare o un certo regime di libertà vigilata e in un altro lasciano la situazione di "controllo". Il grande giurista Sustein (2013) per anni ha avuto il ruolo di promotore di queste vaste ricerche, in un ufficio ad hoc che collaborava con il presidente Obama.

In Italia: il "metodo Harry Potter" E invece in Italia sembra che, più che il metodo scientifico e la sperimentazione ponderata, imperi – tra politici, legislatori e manager – il metodo che definisco "di Harry Potter". Si crea una nuova legge e poi si impone, dalla mezzanotte e un minuto dal varo di quella legge, di applicare tutti insieme su vastissima scala geografica novità stravolgenti, che non sono affatto realtà configurate ma esperimenti di una mera possibilità, da verificare. Insomma, come nei film di Harry Potter, si ha grande fiducia nel potere magico di una legge e della mezzanotte...

Ciò non succede solo nel campo sanitario. Abbiamo un "esperimento naturale" che riguarda il "processo digitale". Nel settimanale *Pagina we99* del 17 luglio 2014 compare un articolo

dal titolo *Il giro d'Italia a tappe forzate del processo civile tele- matico*. Nella stessa pagina compare un altro articolo dal
titolo *Lavorare con lentezza (e gradualità): l'insegnamento del modello americano*. Il primo paragrafo spiega: "Negli Stati
Uniti l'inizio della sperimentazione del modello americano
risale a 18 anni fa". Che dire? No comment....

Servono riflessioni e ricerche qualitative e quantitative in diversi settori. Qui sotto tratteggiamo solo alcune note – a mo' di esempio – per alcune discipline.

Quale ricerca serve?

Ricerca giuridica

Leggendo fonti autorevoli, ad es. di Facoltà di legge di una università (Leslie, 2012), si intravedono principi diversi e a volte in conflitto che devono essere rispettati quando si vogliono implementare FSE e Patient Summary:

- a) il principio della documentalità: se la cartella elettronica ed il FSE devono essere riconosciuti ufficialmente, allora deve essere salvaguardata la loro capacità documentale. La documentalità va di pari passo con la completezza del documento;
- b) nello stesso tempo, se si applica il diritto riconosciuto del cittadino alla proprietà dei dati sanitari personali, allora al paziente deve essere concesso pieno potere nel fare in modo che parte dei dati medici (ad es.: alcuni problemi o alcuni farmaci o test) non siano presenti nelle bacheche elettroniche. Come è facile comprendere ciò può andare in conflitto con il principio precedente.

Quale equilibrio tra i due principi? Il primo aiuta i giudici ed è più economico perché prevede un'architettura telematica più povera. Il secondo principio dà molto più potere a chi viene, almeno a parole, indicato come il protagonista, ovvero il paziente, ma prevede reti telematiche più evolute e investimenti iniziali maggiori, che cozzano con i tempi in cui

prevalgono voglie centralistiche e di "risparmio". Solo una ricerca approfondita potrà dirci come orientarci in questo dilemma.

Ricerca manageriale

I manager in genere vengono premiati per aver raggiunto il massimo degli obiettivi prefissati nel più breve tempo possibile. Ma, chiediamoci, nel campo del FSE e Patient Summary, questo indirizzo è senza rischi? In realtà si ha l'impressione che alcuni sistemi premianti messi in atto in certe parti di Italia (ad es. a favore di personale sanitario o amministrativo che raccoglie un certo numero di consensi informati al fine dell'avvio del FSE) possano favorire un eccesso di velocità ed il rischio di acritica accettazione da parte dei pazienti o di accettazione da parte loro di un frettoloso invio di tutti i dati, invece del più lento esercizio del diritto ad oscurare parti della cartella o parti dei documenti.

Insomma, la tensione irrisolta è tra sistemi di incentivo all'avvio e sistemi di attenzione per alcune funzioni delicate e decisive (legate all'*empowement* del paziente): queste ultime rischiano di essere inviate a calende greche, solo perché legate ad obiettivi più difficili da realizzare.

L'eventuale premio per il numero di Fascicoli attivati in un breve lasso di tempo potrebbe, poi, compromettere seriamente il sistema ponderato e progressivo tipico del metodo scientifico. Invece che inserire subito i fascicoli di tutta la popolazione, sarebbe più saggio avviare il processo a partire da campioni di pazienti, ove è maggiore il rapporto tra il bisogno di sharing di dati sensibili e bisogno i proteggere i dati personali: mi riferisco in particolare a pazienti fragili, invalidi, anziani soli. Anzi, sarebbe opportuno che per situazioni simili il legislatore crei nuovi strumenti giuridici affinché il paziente fragile e senza chiaro care-giver consenta al MMG una sorta di "affidamento parziale", legato esclu-

sivamente alla gestione dei dati medici (ciò è ulteriore materia per la ricerca giuridica).

Ricerca economica: si dice che il FSE farà risparmiare. Siamo sicuri?

Sempre di più leggiamo sui giornali che la ricetta dematerializzata, il FSE, ed il Patient Summary permetteranno forti risparmi. La velocità con cui le autorità stanno propugnando queste novità e la possibilità che le regioni perdano forti incentivi se non aderiscono a questi progetti in una data scadenza (vedi ciò che è successo con il progetto della "Ricetta Dematerializzata") stanno alimentando un pericoloso sillogismo: i vantaggi economici sono "sicuramente scontati". Ma al di là degli esempi europei negativi, quando si deve fare un bilancio tra vantaggi e costi, bisogna mettere nel computo una serie di effetti negativi non ben previsti dai progetti:

- 1) quanto "costa" l'eventuale compromissione del rapporto fiduciario ad opera dei non piccoli rischi e difetti dello sharing dei dati sensibili;
- 2) quanto "costa" il discreto disturbo del lavoro dei MMG e della relazione medico-paziente ad opera di piattaforme telematiche barocche (si veda il recente esposto alla magistratura di un gruppo di MMG di una regione italiana, a causa di perdite dati e non poche interruzioni del lavoro). Insomma servono, a questo punto, serie ricerche economiche *indipendenti*, che valutino, con studi controllati, i pro e contro delle varie e diverse implementazioni del FSE, in diverse regioni e nazioni, con ulteriori analisi sui vantaggi e svantaggi dei diversi moduli inclusi nel progetto.

Ricerca etico-relazionale e consenso informato

Uno dei passaggi importanti nella questione FSE è quella del *consenso informato*. A livello internazionale sono state individuate due strategie. Una è quella del sistema *Opt-out* e

l'altro è quello del Sistema *Opt-in*. Facciamo l'esempio della legislazione per i trapianti d'organo

- Opt-out: è legato a legislazioni favorevoli ad una pratica (ad es. favorevole ai trapianti di organo), ove il cittadino che vuole restarne fuori con un NO, deve espressamente inviare un modulo sottoscritto di suo pugno;
- Opt-in: in questo caso il cittadino può entrare nella lista dei donatori solo se espressamente sottoscrive un modulo in cui dichiara il suo SI.

Ebbene, in alcune realtà come l'Inghilterra, per il FSE è stato usato il sistema Opt-out. Ciò ha comportato gravi problemi e gravi accuse, al punto da dare costringere le autorità a congelare l'avvio del FSE. Ha fatto scandalo la richiesta di Opt-out a cittadini inglesi attraverso semplici depliant, che magari neanche arrivavano nella buca postale dei cittadini che avevano bloccato la pubblicità in cassetta (*BMI Mccartney*,2014).

Insomma, la questione critica è la seguente: può il complesso e delicato nuovo mondo del FSE essere equiparato alla "spinta gentile" invocata dal citato professor Sustein per situazioni più molecolari come appunto quella delle Donazioni di Organo?

In Italia la legge del FSE sembra prevedere, giustamente, l'Opt-in, ma i primi report su ciò che sta succedendo nei luoghi in cui si acquisisce il consenso scritto (strutture amministrative ospedaliere o di ASL; farmacie; alcuni ambulatori medici) fanno pensare che esista il concreto rischio di usare tappe forzate che possono sincopare il tempo necessario per un realmente consapevole Opt in. L'Opt-in costa più tempo rispetto all'Opt-out, e impiega maggiori risorse (ad es. per preparare moduli scritti, o per la formazione ad hoc a favore di moduli comunicativi orali comprensibili, completi e corretti in termini relazionali), ma alla lunga è nettamente superiore.

In buona sostanza serve attivare un filone di ricerca nel campo

degli aspetti etici, relazionali, educativi per quanto riguarda un processo soddisfacente di processo informato dinamico e non basato su una firma "una tantum".

Ricerca Informatica e Ingegneristica

Purtroppo le reti telematiche negli ultimi tempi si stanno rivelando molto più fragili di quanto si pensasse. Numerosi noti scandali e falle ci fanno capire che la rete è molto meno sicura di quanto ci raccontavano.

Agli informatici e agli ingegneri che gravano intorno ai database sanitari chiediamo il minimo possibile di sicumera: in varie circostanze abbiamo visto una certa insofferenza da parte di informatici e ingegneri rispetto ai dubbi sollevati dai medici pratici. Invece li invitiamo a maggiore collaborazione con i centri di ricerca nel campo della sicurezza delle reti, con coloro che nei centri di ricerca stanno tentando nuove vie per evitare che le reti telematiche assomiglino ad un colabrodo. Interessante è a questo proposito ricordare che recentemente alcuni ingegneri stranieri hanno messo a punto

un sistema di "rete quantistica", che arricchisce i sistemi di criptatura, sfruttando la polarità della luce nelle fibre ottiche e la teoria dei quanti (*Newscientist*, 2014).

Ricerca clinica

Mettiamo ora tra parentesi considerazioni riguardanti il rischio sul rapporto personale tra MMG e paziente e sul segreto professionale da parte delle Reti.

Un esempio di colloquio

"Doc, il sostituto mi ha detto che sono diabetica... come si è permessa..?"

In realtà ero stato io a inserire mesi prima nella sua cartella la diagnosi di un diabete in stadio iniziale che perciò merita solo dieta.

Domani, con il Patient Summary ed il FSE, quella signora potrebbe dire:

"Doc, ho scaricato il fascicolo e la Lista dei problemi che lei ha inserito. La prego di eliminare subito questa offesa... Io non sono diabetica... non prendo nemmeno le pillole..." Discussioni su discussioni: la cartella computerizzata ne farà le spese? Entriamo piuttosto, con poche note, nel merito del presunto vantaggio dell'arricchimento del flusso di dati tra medici e pazienti, rispetto ad es. al *Patient Summary* (componente del FSE attivata a partire dalle cartelle de MMG) e al FSE. Secondo questa visione, il paziente ad esempio potrà fare il download in ogni momento della sua *Lista dei Problemi*. Guardiamo (v. box nella pagina precedente) un esempio piuttosto realistico (ho adattato il caso per anonimizzarlo).

Le criticità del FSE e del Patient Summary

Sino ad oggi il MMG ha potuto utilizzare la cartella computerizzata senza il timore di dovere continuamente dare conto al paziente e ad enti esterni. Con il Patient Summary e il FSE vi è il concreto rischio che il MMG non sia più sereno e che magari inserisca meno problemi o problemi "addomesticati", per evitare conflitti o conseguenze.

Sui rischi e i dubbi intorno alla utilità del Patient Summary in MG si è alzata la voce di alcuni tra i massimi esperti mondiali. In particolare, i citati Trisha Greenalgh e A. Coiera. Tratteggiamo brevemente il pensiero del professor Coiera in poche righe:

- lo sharing del Patient Summary (P.Sum) sembra essere priorità politica e tecnica più che clinica;
- sul P.Sum insistono molti "non sappiamo";
- nel caso di "estrattori automatizzati": ovvie imprecisioni dell'automatismo e rischi simili a quelli dei piloti che, "drogati" agli automatismi, scordano il come manovrare la cloche;
- soluzione "manuale": manutenzione costante della lista problemi da parte dei MMG, molto tempo perso e sottratto ad attività cliniche e relazionali più importanti;
- rischi anche di Pronto Soccorso e specialisti che si affidino a P.Sum incompleti (per dati cruciali o con pletora di problemi piccoli o vecchi, non "puliti");
- rischi da centralizzazione snaturante delle cure. Serve più ricerca qualitativa nel setting delle Cure Primarie Secondo la professoressa Trisha Greenalgh, esperta con doppia

competenza nell'Ebm e negli aspetti sociologici della medicina, servono non tanto e non solo ricerche quantitative, ma soprattutto ricerche qualitative, di "contesto", che valutino l'impatto sulle relazioni ed il modo per ridurre attriti e rischi deontologici e aumentare la partecipazione di chi, medico e paziente, vive "on the road" questa nuova delicata esperienza dello "sharing dei dati".

Conclusioni

Tra preoccupazione e impegno ad implementare le novità, a condizione di attivare serie collaborazioni orizzontali e di usare l'intramontabile "Adelante, Adelante, sed cum Iudicio". Preoccupazione. Il mio atteggiamento verso ricetta dematerializzata, Patient Summary e FSE è ambivalente. Da una parte sono preoccupato. Vedo sempre più preponderante un disegno centralistico top-down delle reti telematiche. Esso ha un crescente stile quasi militaresco, che si collega ad una tendenza di fondo delle Reti. Mentre il personal computer, nato in un garage da studenti, ha fornito sin da subito un grande potenziale di liberazione e crescita ai singoli individui, le reti hanno una nascita militare, con Arpanet, nei primi anni '60, e ultimamente hanno dimensioni e articolazioni centralizzate e simil-militari (Big data, grandi server "guida" di importanti aziende pubbliche o private).

La storia della rete può essere equiparata ad un sandwich: uno strato di primavera, con la nascita del web nei primi anni '90, in mezzo a due grossi strati di rete in mano a grandi enti molto centralizzati e verticistici (la struttura militare USA Arpanet, 50 anni fa; e nell'ultimo decennio il crescente ruolo di super-aziende con potere accentrato (Facebook, Google, Amazon, ecc) e di enti regionali e statali (ad es le reti nella medicina pubblica italiana hanno solo circa 10 anni (vedi nascita Siss lombardo nel 2003). La prospettiva. Bisogna per prima cosa distinguere tra incoraggiamento a ricerche su dati seriamente anonimizzati e utilizzo di dati sensibili. Su questo punto sono in perfetto ac-

cordo con la britannica professoressa Caldicott (2013): oggi vi è un eccesso di scambio di dati sensibili che invece andrebbero conservati e non scambiati; e invece vi è un sottoutilizzo, per l'audit e la ricerca, di dati ben anonimizzati.

Ma in questa conclusione mi occuperò soprattutto dello sharing di dati nominativi e sensibili, attivato dal Fascicolo sanitario elettronico.

Ogni prospettiva futura seria deve ricondurre il presente alla riscoperta in chiave moderna del passato. Se la telematica sanitaria dimenticherà Ippocrate, allora rischierà di non avere un futuro serio.

La medicina fiduciaria, ippocratica, funziona da 2400 anni; non saranno i soli 50 anni di Internet, costellati ultimamente da gravi incertezze sul livello democratico e di sicurezza delle attuali reti, a cancellare Ippocrate. Se i medici e cittadini più consapevoli si accorgeranno che la telematica è controllata dall'alto allora ricupereranno il rapporto fiduciario in ambienti diversi, protetti, ove un rinnovato e rafforzato Personal Computer sia rigorosamente sconnesso. Il personal computer essendo appunto personale è per sua natura molto più adatto alla medicina della persona rispetto alle Reti; e il personal computer, da "solo", con i suoi software moderni ha ancora un grande potenziale inespresso in medicina ed in medicina generale.

A questo punto potrebbe accadere non solo che i medici e i pazienti potrebbero preferire PC e software sconnessi , ma anche che essi consegnerebbero alle Reti meno dati o dati sempre meno veritieri.

Certo, è difficile far partecipare seriamente gli attori di base, medici e cittadini, ad un complesso e delicato gioco di scambio di dati sensibili. Ma dal 1978 questa è stata la sfida centrale della Riforma Sanitaria: prestazioni moderne coniugate ad un ricco gioco democratico. La moderna tecnologia delle reti può condurre ad un bivio: definitiva chiusura di quella possibilità o nuova apertura. Sta a noi medici, amanti di Ippocrate

e della migliore e più corretta scienza informatica, batterci per evitare eventuali diktat. È diritto-dovere dei medici e dei cittadini spostare l'asse dalle urgenze manageriali di vecchio stampo dirigistico alle consapevoli e trasparenti opportunità di vita partecipativa moderna.

SITOGRAFIA SULLE TRE ESPERIENZE INTERNAZIONALI CITATE

- Maccabi Israele: http://en.wikipedia.org/wiki/Maccabi_Health_Care_Services
- Maccabi Israele: https://app.box.com/s/kchsvt735y9hg3y0b7jo
- Kaiser Permanente: http://en.wikipedia.org/wiki/Kaiser_Permanente
- Kaiser Permanente: https://healthy.kaiserpermanente.org/html/kaiser/index.shtml
- Kaiser Permanente: Protecting your privacy: http://tinyurl.com/psdsm5y
- Kaiser Permanente: http://share.kaiserpermanente.org/article/better-health-engagement-is-a-blue-button-away/
- Nuova Zelanda http://www.stuff.co.nz/national/health/10367807/Report-slams-medical-privacy
- Nuova Zelanda: http://www.allhealth.org/briefingmaterials/TomBowdenUpdate-1872.ppt
- Nuova Zelanda: http://www.nzdoctor.co.nz/news/2014/august-2014/12/it-leaders-await-judgement-by-privacy-commissioner.aspx

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA GENERALE

- Anderson R. Do summary care records have the potential to do more harm than good? Yes. BMJ 2010; 340:c3020
- Caldicott Principi (2013): Information: To Share or not to Share Government Response to the Caldicott Review https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/251750/9731-2901141-TSO-Caldicott-Government_Response_ACCESSIBLE.PDF
- Coiera E. Do we need a national electronic summary care record? MJA
 Volume 194 Number 2 17 January 2011

- Coiera E. Why e-health is so hard. Med J Aust. 2013 Mar 4;198(4):178-9.
- Del Zotti F. (1993) Metodi di Medicina Generale. Levante editori
- Del Zotti F (2011) I MMG: dal riscatto del "personal computer" negli anni 80 ai gravi rischi dell'attuale telematica sanitaria, impersonale o sovra-personale. Possono i medici di medicina generale (MMG) moderni staccare la spina? Perché no? http://rivistaqq.org/wp/wp-content/uploads/QQ-IT-033-9-2011.pdf
- FIMMG *Specifiche del Patient Summary* http://www.fimmg.org/c/document_library/get_file?folderId=1452499&name=DLFE-3406.pdf
- Greenahlgh T. Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study, BMJ 2010;340:c3111
- Leslie P. Francis. When patients interact with ehrs: problems of privacy and confidentiality-12 Hous. J. Health L. & Policy 171 Copyright © 2012 Leslie P. Francis Houston Journal of Health Law & Policy
- McCartney M. Care. data doesn't care enough about consent -BMJ 2014;348:g2831
- Medic-Alert: http://www.medicalert.org
- Newscientist September 2014 Quantum internet could keep us safe from spying eyes
- Perakslis E. Cybersecurity in Health Care N Engl J Med 2014; 371:395-397July 31,
- Rigon G (2010). Come la tecnologia può modificare la pratica professionale: un'analisi qualitativa (sistema Ampere) Rivista la Qualità e le Qualità in MG www.rvistaqq.it – Maggio 2010
- Sustein (2013) Simpler: The future of government -Simon & Schuster
- Wikipedia e il Summary Care Record: http://en.wikipedia.org/wiki/Summary_Care_Record 1
- Wikipedia e la scomparsa di Google health: http://en.wikipedia.org/ wiki/Google_Health
- Washington Post e rischi per la privacy (autrice Deborah Peel http://online.wsj.com/article/SB100

Il cambiamento in sanità tra formazione, responsabilità, nuovi modelli organizzativi e medicina fiscale

PARMA, 6 NOVEMBRE 2015

Il convegno è stato articolato in due sessioni distinte, con tematiche differenti e con diverso parterre di relatori.

L'obiettivo del convegno è riflettere sugli argomenti oggi ritenuti d'attualità e scottanti, aprendo un fronte di ragionamento che sia funzionale a porre le basi per un confronto con il mondo parlamentare e governativo.

Si toccano i grandi temi della formazione e delle competenze e quelli della medicina fiscale e dell'autodichiarazione di malattia.

I primi visti e inseriti in una nuova flow chart delle responsabilità, che prevede lo start nella formazione, volano di competenza e di specifiche responsabilità. Si valutano aspetti etici, professionali, giornalistici, giuridici e universitari: dalla parte del medico e del cittadino. Vale la domanda: sarà da ripensare una riforma della riforma? Una riforma quater della sanità? I secondi partono dalla scelta del legislatore della certificazione di malattia attraverso la costituzione del polo unico, dando all'Inps la funzione di gestione e controllo delle assenze per malattia, quale deterrente e fonte di risparmio per il settore pubblico e privato.

Introduzione ai lavori del Convegno

Pierantonio Muzzetto presidente Omceo Parma

"L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE PER IL FUTU-RO DELLA PROFESSIONE" è il tema centrale del nostro convegno. La giornata di lavoro è organizzata dall'Ordine dei Medici di Parma insieme alla Federazione medica nazionale (FNOMCeO) e coinvolge nel dibattito bioeticisti, esperti del mondo medico sindacale, l'accademia Universitaria, il mondo medico giuridico e quello dell'informazione. Un'occasione per ascoltare opinioni e comprendere se vi sia un percorso apposito per affrontare efficacemente il problema più generale del sistema assistenziale, togliendo dalla scena quelle incomprensioni che sono immancabilmente fonte di conflitti professionali e altamente improduttive.

Anche l'occasione per ragionare sul problema degli sviluppi formativi, alla luce delle novelle legislative che propongono nuovi assetti assistenziali in medicina, che a loro volta rimettono in discussione i programmi di studio e la loro specificità.

Nuovi assetti assistenziali in medicina, formazione e rapporto tra le professioni Il sistema del rapporto fra le professioni non è secondario per gli Ordini, soprattutto alla luce dei Lea e delle novelle legislative, non sempre in linea con un piano di programmazione del lavoro e degli interventi, che sembrano rispondere a meri criteri economicistici.

Oggi non è più oltre proponibile che si adottino soluzioni che escludano il medico in quegli ambiti in cui invece è previsto e da qui deriva la necessità di pensare ad un nuovo ruolo, in realtà vecchio, dell'Ordine-Federazione in ambito di una rinnovata propositività di politica sanitaria in ambito istituzionale, facendo chiarezza su fino a che punto siamo Istituzione e, soprattutto, fino a che punto siamo considerati tali. Un percorso che inizia dal convincimento, e dunque avendone il coraggio, di doversi mettere in discussione, affrontando le numerose problematiche con quell'onestà intellettuale che è necessaria per arrivare a conseguire risultati apprezzabili.

In questa cornice il convegno nasce dall'esigenza di chiarire alcuni passaggi fondamentali della professione, che segnano il futuro del medico nei prossimi 50 anni, che non possono trascurare l'aspetto fondamentale e qualificante proprio della formazione.

Ancor più perché oggi si vanno delineando quei cambiamenti che fanno prospettare una rivoluzione della figura del medico, pur nella consapevolezza che dal medico Ippocratico fino ad oggi a cambiare sia stata la medicina, coi mutamenti radicali dovuti alla ricerca e all'esperienza, ma in fondo non è mai cambiato il medico nella sua essenza e nella sua funzione.

Nonostante ciò il Convegno s'inserisce in un momento delicato della sanità italiana che si dibatte fra universalismo della cura e limitate risorse disponibili, fra una riforma inapplicata e la necessità di rivisitarla per renderla efficace, tralasciando quelle parti estemporanee e di dubbia validità.

E lo fa partendo da una valutazione dei cambiamenti in sanità, degli assetti interprofessionali determinati da un susseguirsi di provvedimenti legislativi. C'è evidente disorientamento sulla materia e sui rapporti non facili fra le professioni e, prima di procedere ad un confronto diretto, occorre far chiarezza interna su alcuni aspetti professionali, sociali e sull'impatto che le novità avranno sulla garanzia di salute del cittadino.

Oggi è necessario arrivare a una modulazione delle presenze delle professioni in tutto il processo assistenziale. Ma il sistema di garanzia della salute deve passare attraverso un insieme di interventi coordinati in cui ogni attività sia complementare a quella degli altri perché ciò è funzionale al risultato. La medicina basata sull'evidenza, infatti, deve sempre più far riferimento agli outcome, al cui raggiungimento ottimale non concorrono certo il dissidio delle competenze o interventi in piena autonomia.

E qui sta il grande discorso della formazione quale fonte delle competenze e delle responsabilità, per cui dev'essere considerato in primis il percorso di studi e della formazione del pre e post laurea che saranno le determinanti della specificità delle reciproche funzioni.

Un paradigma ovvio ma finora inapplicato: dalla formazione specifica alle competenze specifiche e alle responsabilità altrettanto specifiche.

Una sorta di flow chart che racchiude la cascata delle necessità professionali evolute e alte e che, anche per le conseguenze in ambito di revisione dei programmi di studio, fa parte della proposta che si presenta oggi, ribadendola, al sottosegretario Miur Davide Faraone in sede di questo convegno.

In ambito medico la sollecitazione è stata accolta positivamente, nell'obiettivo d'armonizzare gli studi e d'arrivare alla specificità delle competenze. In altri termini economici, un percorso universitario che corrisponda cioè alle esigenze di qualità del sistema a riprova un corretto uso delle risorse e, Dalla formazione specifica, alle competenze specifiche, alle responsabilità specifiche

proprio per questo, ne costituisce investimento produttivo per lo Stato, con un ritorno anche in termini di efficienza sociale.

Il problema delle competenze e delle aspettative di lavoro considerato nella sua interezza e valore coinvolge anche i medici della fiscalità che oggi sono chiamati ad altre importanti funzioni in ambito pubblico e non solo nel privato. Un ruolo non secondario anche in relazione agli aspetti legislativi recenti col polo unico.

Un valore oggi considerato importante anche in ambito della peculiarità dell'agire medico e del giudizio medico legale dell'assenza della malattia, interpretate nella congruità delle scelte a tutela anche dello stesso lavoratore.

Come considerazione a margine è la constatazione che nel tempo della velocità del vivere e del comunicare, dell'informazione diffusa e capillare, dei modelli economici in continua trasformazione, anche il mondo sanitario deve adeguarsi.

Cambiando, però senza snaturarsi. Senza mai dimenticare l'inalterabilità del ruolo del medico, che è colui che cura e porta sollievo all'uomo e non solo al corpo, che si confronta col malato prima che con la malattia.

E per cui il tempo medico e l'ascolto della persona sono non mai contrattabili.

Da questo punto fisso si può partire per uno sviluppo di tutti i professionisti della sanità, che più sono qualificati più concorreranno ad un ottimale risultato.

Nessun conflitto interprofessionale, quindi e al di là delle comode strumentalizzazioni del concetto bisogna solo che ognuno riconosca il limite ben definito del proprio agire, nel rispetto delle differenze di ruoli e funzioni, in un contesto di assoluta collaborazione per la migliore gestione della salute possibile.

Dalla formazione alla responsabilità di fronte alle competenze professionali diversificate

LETTURA INTRODUTTIVA

Per una nuova scala etica di valori nelle professioni: ripensamento e rinegoziazione dei rispettivi ambiti di competenza

Maurizio Benato
Comitato nazionale di Bioetica

LA SANITÀ, IN QUESTI ULTIMI ANNI, ha prevalentemente prestato la propria attenzione ai tanti problemi interni di sostenibilità del sistema, ma non ha invece prestato altrettanta attenzione ai grandi cambiamenti sociali e culturali che riguardano le professioni.

Non ha prestato attenzione soprattutto al contesto professionale, dove è presente una domanda diversa di medicina e che dovrebbe essere ripensata rispetto alle qualità delle prestazioni offerte, alle modalità delle pratiche, all'efficacia dei trattamenti con riflessi profondi e innovativi nelle relazioni interprofessionali.

Il cambiamento in sanità guarda ai "contenitori" e tralascia i "contenuti"

Questa domanda di segno nuovo e che ben corrisponde alle caratteristiche salienti della post-modernità è stata elusa, ignorando le considerevoli modificazioni intervenute, dove tutti gli attori del sistema-salute (medici, professioni sanitarie, cittadini-utenti/pazienti) concorrono oggi alla costruzione di reti di relazioni stabili in grado di scambiarsi risorse.

Le questioni di "contenuto" sono considerate praticamente secondarie rispetto a quelle dei "contenitori" per cui si sta procedendo ad un mero riadattamento della professione medica e delle professioni sanitarie alle nuove esigenze di politica sanitaria, in una ottica di mera strumentalità di tutti gli operatori sanitari, di fatto mortificando il valore dei professionisti quali protagonisti di eventuali cambiamenti.

Di fatto la questione è stata dirottata sul solo binario economico, quasi che l'aspetto finanziario potesse risolvere il problema e forse proprio per non ripensarla in funzione di una nuova "governance" che permetterebbe di superare la settorialità autoreferenzialità degli interessi corporativi; settori cui i politici sono più sensibilmente legati.

Si dà preferenza al consueto governo gerarchico-burocratico assumendo decisioni che si relazionano con l'immediato, ma che impediscono una vera coordinazione negoziata e condivisa del sistema sanitario che, invece, ci permetterebbe di uscire dalle secche di una palude dove, guarda caso, le questioni professionali sembrano appiattite sostanzialmente sul controllo delle pratiche e delle prassi (vedi comma 566 della legge di Stabilità).

I limiti di un approccio meccanicista Si risponde in maniera ottusamente "meccanica" come se le professioni fossero un ingranaggio di un orologio, nonostante l'urgenza presente di definire ruolo e responsabilità delle nuove professioni sanitarie che dovrebbero tendere, assieme alla professione medica, all'obbiettivo comune di tutela della salute nonostante la cultura, la formazione e lo specifico campo giurisdizionale siano differenti.

Il pensiero in sanità è a tutt'oggi di matrice positivista. Intendo che è pensato ancora in maniera storica con una strutturazione del pensiero di tipo meccanico nonostante che la nostra società sia ora un sistema iper-complesso, la realtà si presenti multidimensionale sociale, psicologica, scientifica, economica, ecc., ecc. Il pensiero in sanità è ancora in stretto rapporto con la professionalizzazione medica di fine Ottocento. È strutturato come un sistema meccanico definito "ex ante" rispetto alle attività e agli attori che oggi ne fanno parte.

Si rifà in gran parte a un modello "Tayloristico" come concezione e "Fordistico" come attuazione; un modello in cui l'ottica meccanicistica, tende ad aggravare i problemi anziché risolverli, proprio perché, questa ottica è utilizzata per inquadrare un sistema complesso che richiederebbe invece una conoscenza multidimensionale o comunque dovrebbe aspirare a questo tipo di conoscenza.

- F. Taylor si applica al processo di produzione in maniera da scomporne i movimenti e i tempi, rendendo predefinite tutte le parti che compongono il processo per far diventare più produttivi i lavoratori.
- H.Ford applica questi principi nella catena di montaggio dell'auto e inizia la produzione industriale di massa, che ha cambiato la mentalità del produrre aprendo all'economia dei consumi di massa.

Penso che questo modo di vedere in sanità sia fra le cause della insoddisfazione dell'utente, del danno e malfunzionamento dei servizio e del burn-out degli operatori.

Il pensiero organizzativo in sanità è pertanto ancora fermo, per quanto riguarda la visione professionale, ai principi che regolavano il lavoro a fine '800 - primi '900, ad una organizzazione razionale verticistica e in rapporto al "riduttivismo" scientifico di quell'epoca nonostante la nostra società e la stessa disciplina medica sia un complesso di sistemi aperti, che si auto organizza continuamente.

Elementi di Fordismo in sanità si ritrovano quando l'obbiettivo della cooperazione professionale sanitaria è solo basato sull'efficienza produttiva in cui il costo della prestazione as-

sume una forte rilevanza, su di una razionalità applicata all'organizzazione, sviluppata industrialmente dalla divisione scientifica del lavoro.

Elementi di Fordismo si ritrovano quando il medico è misurato, in maniera spuria, come numero di pazienti che è in grado di processare in un dato periodo di tempo.

La necessità di passare ad un paradigma sistemico Oggi il pensiero, non solo in medicina, è evoluto dal paradigma meccanicistico-scientifico al cosiddetto paradigmasistemico che sembra cogliere meglio la complessità dando senso, significato e portata agli elementi nel proprio contesto.

Adottare questa prospettiva significa porre mano a tante cose: prendere atto innanzitutto della crisi epistemologica tutta interna all'oggettivismo della scienza classica che ci ha proposto la concezione del paziente come oggetto manipolabile e misurabile, sottoposto al dominio teoretico e pratico del medico, come se la conoscenza delle singole parti costituisse la conoscenza della persona. E sappiamo tutti che non lo è.

Di conseguenza scoprire che l'organizzazione sanitaria deve essere centrata sul bisogno del paziente e non sulle discipline mediche legate alla storia della professionalizzazione medica. Rispondere al bisogno del paziente richiede invece un sistema nuovo di concepire la cura costituito dalla risposta all'intensità del bisogno dove le aree disciplinari si integrano e dove viene garantito alla persona malata un singolare e pertinente percorso di cura.

Pensiamo alle ricadute di un tale svolta di pensiero per esempio sull'edilizia ospedaliera. L'ospedale non è un contenitore generico, non è un sistema di padiglioni e di reparti, come poteva esserlo fino a diversi decenni fa, l'ospedale è un insieme dinamico, vitalizzato da tanti interessi con un unico obbiettivo garantire le cure appropriate al paziente. Da un

punto di vista organizzativo dovrebbe pertanto rifarsi a quelle modalità dove si realizza una congruenza verticale per intensità di cura e quindi di livello di cura e assistenza appropriato, con l'integrazione orizzontale ovvero con procedure per cui i professionisti sanitari intervengono sui pazienti "ovunque essi siano". Questa organizzazione porterebbe ad abbandonare il lavoro centrato sui compiti, ponendo invece forte attenzione al progetto personale di salute della persona. Operando per processi ad alta integrazione multidisciplinare, si dovrebbero riorganizzare e si dovrebbero differenziare le responsabilità cliniche, gestionali e logistiche. Una organizzazione di questa tipologia oltre a favorire di più la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo di percorsi di cura, consentirebbe di intrecciare rapporti meno conflittuali e quindi più efficienti, efficaci ed equi tra la professione medica e le professioni sanitarie in genere.

Sarebbe richiesto un nuovo modo di fare formazione: non una didattica passiva, in funzione delle regole vigenti del sistema ma una didattica attiva, di analisi e soluzione dei problemi al fine di prendere coscienza ognuno del proprio ruolo. Una formazione continua, quale attivazione di un processo, di spinta all'innovazione, di definizione delle competenze dove ognuno di questi elementi è il risultato di un apprendimento. Sotto questi nuovi aspetti, la formazione diventa allo stesso tempo processo e strumento; processo attraverso il quale il professionista, i team e i gruppi di lavoro intra e interprofessionali apprendono e strumento invece che accompagna e sostiene l'agire, la crescita e lo sviluppo. I piani di formazione a loro volta richiedono una mappatura delle competenze attese per ogni setting operativo con il coinvolgimento delle diverse aree professionali. Oggi invece la formazione è separata dal contesto organizzativo e lavorativo, ma non lo potrà essere nel prossimo futuro perché è parte del processo ed essa stessa processo. Noi adoperiamo spesso

in sanità alcuni concetti: *qualità*, *efficienza*, *efficacia*. Come afferma Sir A. Cochrane, "(...) in Sanità non si può raggiungere l'efficienza senza passare per l'efficacia".

L'obbiettivo che ci poniamo di un significativo beneficio in termini di salute lascia intendere che andremo a misurare gli esiti. Anche se si tratta di un concetto apparentemente semplice, la misura degli esiti non è molto rappresentata nella ricerca clinica tradizionale.

Si tratta infatti di misurare una grande varietà di effetti sui pazienti che sfuggono ad una ricerca improntata sul solo metodo scientifico. Infatti l'efficacia della cura va molto al di là delle sue implicazioni biologiche e si rapporta con il paziente- persona che è immerso nel suo mondo di valori e che vive all'interno di relazioni, contingenze e contesti. Questo oggi definisce il concetto di "complessità" quando si ragiona di medicina.

Cosa può significare dar vita a "servizi di qualità"? Sicuramente non deve essere "autoreferenziale"; deve cioè rispondere a concrete istanze (bisogni espliciti, impliciti, latenti, attese, eccetera) dei pazienti; deve presentarsi in forma "rendicontabile", deve avere cioè un sistema di controllo trasparente verso terzi.

La qualità dei servizi non può infine non rapportarsi alla qualità che le professioni sanitarie riescono ad esprimere nell'erogazione delle cure.

Partendo dall'evidenza che il numero ed i profili delle professioni sanitarie sono in continua crescita, occorre chiedersi se, nell'economia dell'intero sistema, il dato è un elemento di criticità oppure può disegnare nuove opportunità organizzative.

Attraverso l'analisi di concetti quali il lavoro di rete, l'integrazione, la multidisciplinarietà e la condivisione interprofessionale della cura (shared care) si possono individuare, a mio avviso, nuove soluzioni di qualità.

Se viene meno la rigidità basata sulla parcellizzazione e specializzazione del lavoro, standardizzazione delle attività produttive e pervasività delle procedure di gestione e controllo, si è spinti, per l'emergenza del modello a rete, a organizzare configurazioni flessibili e a ridefinire i ruoli se non a scoprire nuovi ruoli. Se le organizzazioni si "orizzontalizzano", all'interno di esse, con modalità diffuse possono essere collocate conoscenza, controllo, management e anche potere. Man mano che le organizzazioni sanitarie si "orizzontalizzano", specializzandosi in base al progetto, al prodotto-servizio e valorizzando le competenze professionali specifiche, vengono meno le tradizionali gerarchie del sistema, mentre più voce in capitolo lo assumeranno le équipe assistenziali integrate. Si tratta di un processo di integrazione che non si limita alla ricostruzione dei rispettivi ruoli nella gestione responsabile della salute, ma che prevede diversi livelli di intervento in ognuno dei quali si giocano nuovi ruoli e si hanno strumenti, contenuti specifici e professionalità specifiche. Ecco allora richiamati i concetti che noi usiamo spesso indifferentemente ma che hanno significato proprio. Sono i concetti di: multidisciplinarietà, interdisciplinarietà, transdisciplinarietà.

Il processo di orizzontalizzazione delle organizzazioni sanitarie

In sintesi possiamo dire che la prima riguarda la giustapposizione di varie discipline in un ambito che può essere in questo caso applicativo; la seconda non si accontenta di giustapporre, ma fa interagire più discipline per un unico obbiettivo; la terza, più ambiziosa, tenta di estrarre da questa collaborazione un filo conduttore, fino a pervenire ad una filosofia epistemologica completamente nuova rispetto alle epistemologie delle singole discipline chiamate alla collaborazione.

Nei principi di "governance" sanitaria oggi applicata si nota come molto si sia lavorato sul versante multidisciplinare e interdisciplinare molto meno su concetto transdisciplinare. Le premesse dell'integrazione interprofessionale In conclusione, la coordinazione comunitaria, negoziata e condivisa del sistema sanitario, spinge i gruppi professionali alla ricostruzione dei rispettivi ruoli nella gestione responsabile del sistema salute. Ci sono alcune premesse che garantiscono l'integrazione interprofessionale:

- la consapevolezza che la professionalità è un "attributo" comune che può essere condiviso;
- il reciproco riconoscimento delle identità professionali e delle competenze specifiche;
- lo sviluppo di una cultura comune per gestire unitariamente processi che sono comuni.

La necessità di sviluppare una "cultura comune" porta con sé altre considerazioni; i membri dei gruppi multi-professionali devono dunque possedere e gestire *key competences*:

- una visione multidisciplinare, interprofessionale ed integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia;
- una educazione orientata alla prevenzione della malattia ed alla promozione della salute nell'ambito della comunità e del territorio;
- una profonda conoscenza delle nuove esigenze di cura e di salute, incentrate non soltanto sulla malattia, ma, soprattutto, sull'uomo ammalato, considerato nella sua globalità di soma e psiche e inserito in uno specifico contesto sociale;

Queste competenze consentono di attivare un approccio olistico al paziente/utente, dando maggiore efficacia agli interventi e garantendo così una valenza dinamica al lavoro multi-professionale, che va modificandosi in funzione delle esigenze dell'ambiente di riferimento.

Qual è il ruolo del medico in questo importante cambiamento? Anche per il medico è necessario che ci sia una chiara condivisione dei significati dei nuovi paradigmi culturali. Non si possono sicuramente rimodellare i servizi, definire le autonomie tecnico-operative o l'appartenenza delle pratiche stabilendo nuove gerarchie, senza un ripensamento profondo della professione, perché oggi più che mai non basta più eseguire dei compiti secondo regole e procedure, ma serve un medico che assicuri impegno attraverso lo scambio "autonomia/responsabilità", condizionato dalla verifica degli esiti delle sue decisioni. Sono cambiamenti che richiedono un nuovo modo di fare formazione.

Occorre innanzitutto un ripensamento del modello formativo di base del medico ancora oggi rappresentato dalla tabella 18 proprio al fine di controbilanciare tendenze che implicitamente gestiscono il medico attraverso tecniche, senza minimamente curarsi dei problemi di percezione sociale, dei problemi relazionali che ciò implica, dei problemi della cognizione, dei problemi riconducibili alle modalità ragionative del giudizio clinico e delle modalità organizzative in cui si troverà ad operare. È importante poi che nel corso della vita professionale si realizzi una sintesi funzionalmente coerente ed efficace tra formazione universitaria, esercizio professionale e sviluppo continuo delle conoscenze e competenze, una formazione continua in cui si sviluppino le sane cooperazioni e si disincentivino le false competizioni professionali. È sicuramente necessario quel ripensamento post- moderno della sanità che pone in evidenza la definizione di atto medico da tenere distinto dall'atto sanitario, proprio di queste professioni. Il ragionamento deve rimanere sempre coerente con la centralità dell'utente della sanità che va assistito con le massime garanzie professionali nel rispetto della sua salute e della promozione della salute stessa.

Sicuramente sono da contrastare ed eliminare sovrapposizione funzionali, incertezze ed equivoci sulla stretta biunivoca rispondenza tra competenze e responsabilità.

Per far questo occorre verificare costantemente i contenuti di autonomia professionale correlati ad ogni profilo professionale che dovrebbe corrispondere ai contenuti formativi del corso di laurea e al codice deontologico che è fonte di responsabilità di ciascuna professione, profilo professionale che in vista della laurea ottenuta ha pari dignità tra tutti laureati nell'erogazione delle prestazioni di loro competenza. Tutto quanto ho esposto ha a che fare con le questioni riguardanti l'etica della cura e dell'organizzazione che la supporta. Permettetemi invece un ultimo accenno ad elementi di etica interprofessionale.

L'importanza dell'etica interprofessionale

Occorre adoperarsi per evitare la frammentazione, la eterogeneità dei fini globali, di reparto, individuali, la demotivazione, un carente senso di appartenenza alla struttura in cui si lavora. L'organizzazione è viva, perché insieme si costruisce il senso nelle pratiche, nelle procedure e nella comunicazione. Occorre pertanto passare attraverso le pratiche e il sentire delle persone e nelle realtà della vita lavorativa di ciascuno. Occorre superare poi la percezione negativa della stratificazione del potere anche quando non è formalizzata.

È certo che la matrice dei cambiamenti organizzativi deve invece essere fatta propria dalla cultura e dall'etica pratica delle persone e non può appartenere solo alle figure apicali perché è nell'atto pratico che si generano le empatie relazionali. L'attività di formazione in etica, la ritengo fondamentale per tutti medici ed operatori sanitari perché fornisce a tutti gli strumenti e i criteri di analisi razionale etica e soprattutto assistenza su come tradurre il ragionamento etico in concreta azione valoriale nel contesto del servizio.

Voglio ricordare che il più importante fattore nella costruzione dell'etica di un'organizzazione è l'esempio dato dai suoi leader che godono di prestigio maggiore rispetto ad altri professionisti. È infatti il comportamento dei leader che invia il messaggio più chiaro di qualunque codice etico aziendale.

Mi auguro, da medico, che la "dominanza etica", l'unica delle strategie professionali ancora possibili in un mondo interprofessionale, veda ancora la leadership della nostra professione.

Cursi studiorum specifici in ambito medico e sanitario quale garanzia della funzionalità del sistema

Roberto Polillo medico, già segretario nazionale CGIL Medici

IL TEMA AFFIDATOMI RISENTE INEVITABILMENTE

del dibattito in corso tra le diverse professioni che operano all'interno del Ssn e, in particolare, di quello relativo alla rimodulazione delle competenze tra professionisti medici e professionisti delle altre professioni sanitarie (infermieri in primis), dopo la avvenuta trasformazione a partire dal 1996 dei vecchi corsi regionali in corsi di laurea secondo il modello 3+2 con possibilità di accedere a successivi master di specializzazione

Un dibattito, tuttavia, velato da una serie di bias che, sotto forma di miti razionali, confondono il reale stato dei fatti.

Nello specifico il mito che viene evocato per richiedere come necessario e non più rinviabile il ri-equilibrio delle competenze è quello della co-evoluzione delle professioni medesime. Secondo tale tesi le diverse professioni, con il tempo, avrebbero modificato il proprio statuto in un processo sinergico di imIl mito della co-evoluzione delle professioni plementazione delle rispettive competenze tale da richiedere, oggi, la formalizzazione di un nuovo punto di equilibrio tra le rispettive attività di riserva.

È chiaro che per realizzare un tale percorso, denso di incognite e naturali resistenze, sarebbe stato necessario il coinvolgimento diretto delle professioni interessate con l'avvio di un tavolo di confronto; una scelta che purtroppo è mancata e che è stata invece sostituita dalla manovra tanto maldestra quanto irragionevole di utilizzare uno dei tanti omnibus legislativi in cui inserire una norma, il comma 566, tagliata su misura per uno delle parti in conflitto.

Ricordo questi fatti presenti non per vis polemica, essendo al contrario convinto che l'attuale assetto delle professioni debba subire un restyle non solo di facciata, ma perché il tema affidatomi dall'amico presidente Pierantonio Muzzetto sui *cursus studiorum* assume una giusta luce solo se calato nel dibattito odierno.

La proletarizzazione della professione medica

Entro nel merito. Negli ultimi decenni i processi di evoluzione delle professioni sono stati, all'opposto di quanto mitizzato, sostanzialmente divergenti; la professione medica infatti ha subito un vero e proprio processo di proletarizzazione, per usare un termine entrato ormai nella sociologia sanitaria, causato da una netta perdita di status inteso in senso weberiano e di reddito realmente disponibile. Le professioni sanitarie al contrario e giustamente sono state investite da un movimento ascendente di rifondazione, definito dai collegi degli infermieri in termini biblici come la traversata del deserto, che le ha condotte alla terra promessa dell'autonomia professionale.

La traversata del deserto della professione infermieristica

In tale percorso a significare un punto di svolta è stata nel 1999 la legge 42 seguita a rapido giro dalla legge dalla legge 251/2000 (con la classificazione delle professioni sanitarie nelle attuali 4 aree (*infermieristiche, riabilitative, tecnico-sa-*

nitarie e della prevenzione), dalla legge 43 del 2006 con la classificazione dei professionisti in laureati, coordinatori, specialisti e dirigenti e la istituzione della funzione di coordinamento, per finire con il varo del regolamento concorsuale per la figure del dirigente (art 6 della 251).

Ritornando alla legge 42, tale provvedimento, sicuramente il più innovativo, ha da un lato definitivamente sostituito in ogni disposizione legislativa precedente il termine professione ausiliaria sanitaria e dall'altro ha abolito il termine il "*mansionario*" con cui veniva sancito per legge il loro rapporto di subordinazione nei confronti della professione medica. Con la legge 42, infatti, la definizione del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è stato demandato a tre nuove fonti giuridiche:

- 1.contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali;
- 2. contenuti degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione *post*-base;
- 3. specifici codici deontologici.

In tale nuovo contesto legislativo, dunque, per le professioni sanitarie l'ordinamento didattico di cui alla legge 19 novembre 1990, n. 341 non è più soltanto il regolamento del *cursus studiorum* avente come tale per oggetto il piano degli studi e gli istituti a questo connesso, ma è una delle fonti attraverso le quali la professione delinea il suo campo di attività esclusiva e di riserva per legge.

Per quanto riguarda invece la professione medica nessuna norma di legge ne ha definito finora i contenuti professionali e una tale definizione legislativa, superflua fino a pocanzi, quando il medico era il signore incontrastato del campo, è divenuta importante ora che il ruolo della professione viene messo in discussione.

Per colmare tale vuoto di scarso aiuto sembra essere l'eventuale

La definizione del campo di attività esclusiva delle professioni

ricorso per analogia al codice deontologico e all'ordinamento didattico del relativo corso di studio (DM 16 marzo 2007). In entrambi infatti vi è una declaratoria delle attività generica e tale da non potere essere utilizzata per definire competenze e attività esclusive che di una professione sono il core E di qui la proposta legislativa di Istituzione dell'atto medico avanzata da alcuni parlamentari che, opportunamente corretta, avrebbe sicuramente colmato una lacuna legislative sempre più evidente e che invece la Fnomceo non ha ritenuto opportuno supportare, considerando sufficiente il codice deontologico.

Gli ordinamenti didattici come luogo di individuazione delle attività caratterizzanti Gli ordinamenti didattici dunque, in forma piena per le professioni sanitarie e in forma "difettiva" per la professione medica, sono chiamati a svolgere un ruolo che, andando oltre i meri aspetti formativi, è di individuazione della attività non solo caratterizzanti ma anche di riserva per la professione E qui il quesito postomi: se gli attuali ordinamenti didattici possano o meno fornire garanzia di funzionalità del sistema a fronte della variabilità che essi presentano da università a università e spesso anche all'interno della stessa università. Il problema diventa allora triplice: quale è il grado di dispersione che tali ordinamenti didattici presentano? Quale è il limite oltre il quale l'autonomia delle università, tutelata si ricordi dall'art. 33 della Costituzione diventa un elemento non di pluralismo ma di disfunzione per il sistema? E, in questo caso, quale è la strategia in grado di riportarlo in equilibrio?

Domande estremamente complesse a cui è possibile rispondere solo con un certo buon grado di approssimazione per la portata dei problemi che sono alla loro base. Cercherò di rispondere focalizzando la mia attenzione in modo preponderante sulle lauree infermieristiche

Che un eccesso di dispersione didattica sia presente è un fatto ampiamente condiviso: e del resto questo era largamente prevedibile a seguito dell'approvazione del DM 270/2004 in base al quale (commi 2 e 4 dell'articolo 10) i crediti vincolati a livello nazionale (ora riferiti unicamente alle attività di base e caratterizzanti) sono scesi al 50% per i corsi di primo livello ed al 40% per i corsi di secondo livello, dilatando sensibilmente il grado di autonomia delle sedi universitarie.

Il nodo della dispersione degli ordinamenti didattici

La dispersione nasce poi dalla mancata attivazione da parte di alcune università di taluni settori scientifici disciplinari per carenza di professori nelle materie ad esse afferenti a cui si aggiunge, talvolta, la difficoltà di reperire un numero sufficiente di docenti, considerato che il 50% minimo di questi devono essere professori universitari di 1° e di 2° o ricercatori.

Le lauree in Infermieristica nella regione Lazio

La dispersione è però anche il frutto della autonoma capacità di determinazione che le singole università hanno nell'attivare corsi differenziati pur nel rispetto degli obblighi previsti per legge.

Facciamo il caso di quanto avviene nella regione Lazio nelle cui università si laureano il 47% di tutti gli infermieri che annualmente conseguono la laurea nel territorio nazionale. Nella regione Lazio sono presenti 4 università (La Sapienza, Tor Vergata, La Cattolica e Campus Biomedico) che hanno istituito ben 6 facoltà di medicina (3 alla Sapienza, e una ciascuna per le altre università) a cui corrispondono una cinquantina di corsi di laurea in infermieristica dispersi in quasi tutti gli ospedali e su tutto il territorio regionale.

Ciascuna di queste facoltà ha un proprio manifesto degli studi che presenta diversità non solo tra le diverse università ma anche all'interno delle diverse facoltà (vedi Medicina e Farmacia e Medicina e Psicologia della Sapienza) presenti nella stessa università. Un fatto questo che solleva qualche perplessità per la mancata definizione dei criteri di scelta tra le diverse opzioni possibili e perché all'origine di difficoltà nell'eventuale trasferimento degli studenti

Il problema non è ovviamente solo laziale, ma è equamente distribuito su tutto il territorio nazionale; un problema peraltro molto sentito dai direttori didattici da me consultati ma che non è stato esplorato in modo sistematico, quasi da nessuno; ed infatti totalmente carente è la letteratura a riguardo; fatto questo che ha rappresentato un'ulteriore difficoltà nella preparazione del mio intervento.

Un tentativo di comparazione tra piani didattici di diverse università Molto complesso si è rivelato il tentativo di analizzare i piani didattici delle varie università anche a causa dei nomi fantasiosi con cui sono stati chiamati alcuni corsi: filosofia del nursing o filogenesi delle professioni; denominazioni che non rendono immediatamente percepibili i contenuti didattici e che richiedono pertanto un'analisi di dettaglio dei programmi dei singoli docenti per riuscire a comprendere quali siano gli argomenti trattati.

Attesa dunque l'impossibilità di valutare l'offerta formativa nel suo complesso, ho scelto come soluzione, piuttosto empirica, quello di analizzare il peso in termini di CFU, di una serie di materie che ho più o meno arbitrariamente, aggregato nelle due aree tematiche delle Humanitas e della metodologia clinico-infermieristica EBN.

L'idea è stata quella di vedere nei cursus studiorum di alcune università significative il grado di penetranza di un modello epistemico-didattico basato sul paradigma bio-psico-sociale rispetto ad un approccio più tradizionale di tipo bio-medico. Ho così aggregato nelle humanitas i crediti formativi relativi alle materie: bioetica e deontologia, pedagogia, psicologia, comunicazione, storia della medicina, antropologia e sociologia; e nella metodologia/EBN le materie di: epidemiologia ed igiene, statistica e informatica, metodologia clinica e me-

todologia clinica e EBN. Il quadro che è emerso è riportato nella tabella, dove si evidenzia come si sia passati dai 23 crediti della Università di Parma, molto orientata verso un paradigma a valenza bio-psico-sociale, ai 15 crediti di Tor Vergata, in cui sembra prevalere una impostazione più tradizionale e meno sensibile alle componenti psico-sociologiche della salute.

Comparazione i tra piani didattici per la Laurea

Università	Humanitas	Metodologia clinica infermieristica	TOTALE
Roma Tor Vergata	8	7	15
Firenze	9	6	15
Roma Sapienza Med			
e Odon./Med e Farm.	7	10	17
Napoli (difficile valutazione)	4	6	
Sapienza Med e Psi	7	11	18
Bologna	13	9	22
Parma	16	7	23

Un ulteriore elemento di dispersione è rappresentato dalla decisione di alcune sedi universitarie di valorizzare nei propri ordinamenti didattici i modelli organizzativi e le sperimentazioni in corso nelle relative regioni. È questo il caso dell'università di Pisa dove gli insegnamenti vengono ripartiti secondo il modello di intensità di cura, un modello assistenziale nato e impiantato prevalentemente in Toscana. Nei programmi dunque vengono previste: discipline chirurgiche-infermieristiche nella media intensità di cure (CFU6); discipline medico-infermieristiche nella media intensità di cure (CFU6); terapia intensiva e rianimazione ad alta intensità di cure (CFU6); da segnalare inoltre il peso dato allo studio della legislazione sanitaria (comprensiva di diritto del lavoro, medicina legale e medicina del lavoro a cui vengono attribuiti 6 CFU.

Ordinamenti didattici e modelli organizzativi regionali Lo stesso dicasi per l'ordinamento didattico dell'Università di Padova dove trova forte rappresentazione la continuità delle cure e i percorsi clinici e la gestione del rischio clinico in chirurgia, in ospedale e nelle strutture residenziali (6CFU) con altrettanta attenzione a prevenzione e management professionale (7 CFU). È evidente anche in questo caso la valorizzazione dei modelli di integrazione ospedale territorio tipici del Veneto.

Alcuni studi sulla variabilità degli ordinamenti didattici delle lauree magistrali in Infermieristica Per quanto riguarda invece le lauree magistrali in infermieristica c'è da registrare una situazione sostanzialmente sovrapponibile a quella delle triennali per la presenza di una simile, anche se meno pronunciata, variabilità dei *learning outcome* perseguiti dai diversi ordinamenti didattici. L'argomento peraltro è stato affrontato da alcuni studi che ora illustrerò brevemente.

In un lavoro del 2006 di Saiani e collaboratori sull'ordinamento didattico del corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche di 17 sedi universitarie, è emerso come tra i diversi piani di studio siano presenti orientamenti comuni ma anche sensibili scostamenti. In particolare gli autori hanno potuto rilevare come gli insegnamenti siano composti da ambiti disciplinari aggregati con differenti criteri che si traducono in rilevanti disomogeneità. Da notare poi anche in questo caso come la denominazione degli insegnamenti non segua tassonomie precise ma indulga a un eccesso creatività che di fatto ostacola la possibilità di un'univoca comprensione dei reali contenuti del corso.

La stessa disomogeneità caratterizza l'organizzazione del tirocinio e dei laboratori che, nonostante siano parte integrante del *curriculum* formativo sul territorio nazionale, presentano situazioni molto variegate per quanto riguarda tipologia di attività proposte, contesti operativi e figure incaricate di tutoraggio

In un più recente lavoro di Rega e collaboratori, comparso sul numero 2/2015 della rivista online *L'infermiere*, viene preso in considerazione il profilo del laureato magistrale in scienze infermieristico-ostetrico attraverso l'analisi dei programmi didattici di ben 29 sedi universitarie.

Il quesito che il gruppo di lavoro ha esplorato è stato: "Quale professionista forma il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche?" Gli autori hanno quindi proceduto a effettuare una mappatura dei regolamenti didattici di ogni singolo ateneo attraverso la lettura degli obiettivi formativi e hanno caratterizzato gli obiettivi formativi qualificanti in 6 domini: manageriale, clinica avanzata, formazione e ricerca, disciplinare e deontologia.

In questo modo sono state individuate 6 tipologie di regolamenti didattici a cui sono stati fatti corrispondere 6 differenti profili di laureato magistrale.

In tutti i profili il dominio manageriale e formativo sono stati una costante mentre la diversa presenza degli altri domini e, soprattutto, il loro mix, ha dato origine a specificità che caratterizzano profili peculiari.

La risposta conclusiva al quesito di ricerca è stata dunque che il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche forma un professionista con competenze manageriali.

Mi sembra dunque che, nonostante i limiti dell'analisi da me condotta, alcune evidenze sono emerse con un certo grado di robustezza; le sintetizzo in dieci punti avanzando anche alcune proposte che ovviamente possono essere declinate solo nei titoli.

 La dispersione didattica è una costante sia nelle lauree triennali che in quelle magistrali e una inversione di tendenza a carattere perentorio, stante la legislazione attuale, non sembra all'ordine del giorno. Dieci evidenze intorno agli studi in Infermieristica e alcune proposte

- 2) Sarebbe utile che nella sede preposta, ovverosia la Conferenza permanente delle classi di laurea delle professioni sanitarie, venissero definiti dei criteri condivisi per omogeneizzare quanto più possibile i programmi didattici dei singoli atenei.
- 3) Nessuno dei programmi tiene nel debito conto le *core-competence*, intendendo con tale termine un approccio per preparare i professionisti della salute per la pratica, fondamentalmente orientato alle abilità, considerate come prodotto finale del laureato, e organizzato intorno a competenze derivate da un'analisi dei bisogni della società e del paziente.
- 4) Nelle lauree triennali il numero di insegnamenti è eccessivo e la frammentazione didattica non facilita l'istaurarsi di un rapporto proficuo tra docente e discente; basta pensare che uno studente del 1° anno, il cui primo semestre è in realtà di tre mesi e mezzo, riceve insegnamenti di breve durata e molto frammentati da un pletora di docenti che superano ampiamente le 20 unità.
- L'insegnamento teorico è accompagnato da un tirocinio particolarmente intenso che rende difficile una reale assimilazione degli argomenti trattati.
- 6) Nella logica di una valutazione obiettiva della qualità della formazione ricevuta, il conseguimento del titolo di abilitazione dovrebbe essere successiva a quella della laurea; e questo per avere una migliore valutazione ex post della formazione ricevuta e quindi della "qualità" della sede universitaria.
- 7) La laurea magistrale fornisce delle competenze aggiuntive che vanno esclusivamente nel verso del management e che pertanto non aggiungono nulla o poco alla formazione nello specifico ambito assistenziale.
- 8) La ri-modulazione delle competenze tra professione medica e professioni sanitarie deve tenere conto dei diversi ambiti

- disciplinari. Nel lavoro in team la condivisione degli obiettivi non deve significare la confusione dei ruoli che devono restare distinti specie per quanto riguarda la diagnosi e terapia.
- 9) Nel lavoro in team gli infermieri possono rappresentare un valore aggiunto nella medicina di iniziativa, nella gestione delle cronicità e nei controlli di follow-up sulla base di protocolli definiti in sede di equipe.
- 10)La commistione dei ruoli tra funzioni gestionali e professionali non ha dato i risultati sperati; alla luce delle crescenti difficoltà in cui versano i bilanci sanitari di gran parte delle regioni italiane, ad eccezione delle poche virtuose, si rende urgente la istituzione di un nuovo percorso di laurea in gestione delle aziende sanitarie con accesso multiplo a titolari di laurea magistrale, a cui affidare la gestione dei dipartimenti e delle altre articolazioni affidatarie di budget. Un ruolo a cui ovviamente potrebbero concorrere a pieno titoli i professionisti delle professioni sanitarie che abbiano conseguito la laurea magistrale.

La collaborazione efficace in un percorso di cura condiviso tra autonomie e responsabilità di scala. Vi è necessità di una riforma quater?

Cesare Fassari direttore quotidianosanità.it

sono un Giornalista e come tale cercherò di rispondere al titolo che mi è stato affidato per questa relazione raccontando i fatti. Ovviamente, non essendo una macchina, il mio racconto farà trasparire, almeno penso, il mio pensiero.

La "guerra" tra medici e infermieri

Prima di arrivare a rispondere alla domanda se vi sia o meno la necessità di una riforma quater, penso che per onestà intellettuale bisogna subito andare al punto. È il punto è la guerra tra medici e infermieri.

Intendiamoci, una guerra non dichiarata come tale, da nessuna delle parti in conflitto ma che, da giornalista, non posso che definire tale visti i toni e la drammaticità dei commenti e delle dichiarazioni che in questi ultimi tempi stanno caratterizzando il confronto tra queste due categorie.

E non parlo solo delle dichiarazioni ufficiali, di per sé molto dure, ma anche di quanto ricevo da semplici medici e semplici infermieri, quasi quotidianamente, dove i toni sono sostanzialmente da guerra, guerra vera fatta, come tutte le guerre di odi, incomprensioni, convinzione di essere nel giusto e che il nemico ha comunque torto.

E in questa guerra non dichiarata certamente c'è anche l'oggetto del contendere, la scintilla che ha scatenato il conflitto e questa è senza dubbio il comma 566.

Ma cosa c'è scritto in questo ormai fatidico (almeno per i destini incrociati di medici, infermieri & c.) comma 566 della legge di Stabilità del Governo Renzi? Leggiamolo insieme: "Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

Cosa prevede il "comma 566" della legge di Stabilità

In sostanza, il Governo e il Parlamento hanno deciso di dare forza di legge all'obiettivo di ridefinire le competenze professionali dei sanitari già oggetto dei tavoli tecnici Governo Regioni. Un lavoro che inizia il 15 dicembre 2011, con la prima riunione del tavolo, e da cui sono scaturite diverse proposte di riassetto professionale (la prima, sulle competenze infermieristiche, risale al mese di aprile 2012). Un percorso, da allora ad oggi, caratterizzato da alti e bassi, fino all'ultima ipotesi di accordo sulle competenze infermieristiche tutt'ora in attesa di essere trasmessa alla Stato-Regioni.

Il dibattito
istituzionale per la
ridefinizione delle
competenze
professionali in
sanità

Fin da subito i medici hanno visto con diffidenza questi lavori, timorosi di perdere spazio e il tutto, hanno sempre detto, più per motivi economici ("gli infermieri costano meno di noi", dicono) che per un'effettiva esigenza di ridisegnare il "chi fa che cosa" in sanità.

Di contro le professioni sanitarie, pur con qualche distinguo anche al loro interno, hanno puntato molto su questi accordi che ritengono la prima significativa risposta alla loro evoluzione formativa e professionale.

2014: il tentativo della "Cabina di Regia" Una sorta di compromesso sembrava scaturito dalla cosiddetta "Cabina di Regia" che a novembre 2014 viene condivisa da Governo e Regioni come luogo di confronto permanente di tutte le professioni sanitarie, medici compresi.

Significative tre affermazioni contenute nell'atto di nascita della "Cabina di Regia":

- il ruolo e le responsabilità diagnostiche e terapeutiche sono in capo ai medici anche per favorire l'evoluzione professionale a livello organizzativo e ordinamentale;
- gli infermieri e le altre professioni sanitarie, negli ambiti delle specialità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento, sono garanti del processo assistenziale, ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico;
- i medici, i veterinari, i dirigenti sanitari, gli infermieri e gli altri professionisti della salute riconoscono i relativi e specifici campi di intervento, autonomia e responsabilità anche alla luce della costante evoluzione scientifica e tecnologica, e concorrono a garantire unitarietà del processo di cura e assistenza attraverso la definizione multi professionale obiettivi, e attraverso criteri di verifica e valutazione degli esiti e dei risultati.

Ma nei fatti questo luogo d'incontro ha prodotto poco fino ad oggi. E la polemica sul "chi fa che cosa" tra medici e altre professioni è di nuovo esplosa.

E dopo che il testo è diventato legge lo scontro si è addirittura "incattivito" con un'alzata di scudi univoca dei medici, da una parte, e il plauso entusiasta degli infermieri Ipasvi che vedevano molto più vicina (se non già avviata de facto) quella nuova frontiera professionale che si aprirebbe con le nuove competenze.

Dico la mia: hanno sbagliato tutti e due. Il comma 566, se è vero che rilancia l'accordo Stato-Regioni, inserisce una premessa fondamentale prevedendo che tale accordo si debba fare "previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati".

Avere messo nero su bianco su una legge delle Stato che l'accordo "deve" avere la "concertazione" delle parti in causa (e quindi sia dei medici che degli infermieri e delle altre professioni che saranno via via coinvolte) cambia tutto.

Concertazione non è un termine banale. Non vuol dire semplicemente raccogliere un parere. Vuol dire, come si legge nella Treccani in riferimento al mondo del lavoro, che si sceglie un "metodo di gestione delle politiche del lavoro e delle relazioni sindacali, che si caratterizza per la ricerca costante, da parte del governo, del confronto con le organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro e del loro consenso preventivo sulle decisioni politiche ed economiche che devono essere adottate".

In questo caso, non c'è in ballo direttamente un contratto ma quasi (perché è indiscutibile che a fronte di nuove competenze esse possano divenire contestualmente oggetto anche di negoziazione contrattuale), ma la sostanza non cambia: stante alla legge di stabilità, senza accordo e consenso tra tutte le professioni interessate, Stato e Regioni non potranno sancire alcun accordo. Pena, andare contro lo stesso spirito della "legge del comma 566".

Non è una novità di poco conto, che stranamente non ho visto sottolineare in nessuno dei numerosi commenti ospitati da *Quotidiano Sanità* in tutti questi mesi, salvo in quello di

Il comma 566 e la "concertazione". Una novità sfuggita ai più e che poteva riaprire il confronto

Saverio Proia che giustamente ne rivendicava anche la portata politica generale sottolineando la rivitalizzazione della concertazione quale "strumento democratico" e in quello di Carlo Palermo e Antonio Ciofani dell'Anaao che sembravano però darne una lettura minimalista senza coglierne le opportunità per il rilancio e la riaffermazione del ruolo del sindacato nella vicenda. Senza contare che la sede per la concertazione già esisteva ed poteva essere proprio quella "Cabina di Regia", che a novembre 2014 veniva già indicata da Governo e Regioni come luogo di confronto permanente di tutte le professioni sanitarie, medici compresi.

A questo punto i giochi si devono riaprire, piaccia o non piaccia. La bozza di accordo dell'aprile 2014 può e deve essere ridiscussa e sarà compito del Governo e delle Regioni, proprio in base al comma 566, ricercare il massimo consenso tenendo conto di osservazioni e modifiche delle parti in causa, per arrivare a "concertare" un testo sul quale sancire l'accordo finale.

Quindi hanno sbagliano i medici a sentirsi ormai spacciati quando le possibilità di un accordo sono ancora tutte lì e ha sbagliato l'Ipasvi a dare già come fatto un accordo che ancora deve essere scritto e concertato. Anche con il "nemico".

Comma 566, responsabilità professionale e atto medico: prove di dialogo tra medici e politici Ma in ogni caso i medici hanno iniziato a confrontarsi a cerca di parlare del tema delle competenze di altre professioni al di fuori di una logica esclusivamente conflittuale. La più recente occasione di confronto della categoria è stata promossa dalla Fnomceo nel luglio scorso.

Partendo da una serie di domande.

Davvero il comma 566 minaccia il ruolo medico? E la proposta di legge sull'atto medico che nel frattempo era stata depositata in Parlamento per iniziativa della parlamentare PD (medico) Vittoria D'Incecco, può essere utile a tutelare la professione? E, ancora, quando si riuscirà ad arrivare a

quella legge sulla responsabilità professionale sanitaria intorno alla quale la Commissione Affari Sociali della Camera sta lavorando dall'inizio della legislatura?

Intorno a queste domande, chiaramente intrecciate tra loro, si è sviluppata un'intera mattinata di discussione con spunti certamente interessanti ma ovviamente non risolutivi. Sembrava che qualcosa potesse muoversi. Ma la speranza, almeno del sottoscritto, dura pochissimo.

Il primo tentativo di uscire dall'impasse si attua il 21 luglio. Ma va a finire così, come raccontiamo sul nostro giornale: Il tentativo (fallito) di confronto al ministero

Comma 566. È muro contro muro. Le professioni sanitarie dicono "No" a qualsiasi modifica: "Subito l'accordo Stato Regioni o ci mobiliteremo con i cittadini"

Come purtroppo prevedibile, visto il clima, il primo incontro di concertazione sul comma 566 al ministero va male. O meglio, se l'intenzione, del ministero era quella di convincere le professioni sanitarie ad accettare alcune modifiche al comma nella prima parte laddove si parla delle competenze mediche, come richiesto dai medici, l'intento non è riuscito.

"L'accordo sull'implementazione delle competenze deve andare avanti senza modifiche. Il governo non può bloccare l'innovazione in sanità", questa la lapidaria risposta resa nota al termine dell'incontro in una nota congiunta a firma Fp-Cgil, Cisl-Fp, Uil-Fpl, Fials, Fsi, Nursind, Nursing-up, Ordini, Collegi e Associazioni delle professioni sanitarie.

Ma non basta, i firmatari definiscono l'incontro come "interlocutorio" e, aggiungono, "che ha sollevato la legittima irritazione di sindacati e organismi professionali".

"Dopo anni di discussioni – scrivono ancora – è il momento di dare attuazione all'accordo e di far ripartire l'innovazione nel sistema di salute. Il governo deve smetterla di tergiversare. O dobbiamo pensare che sia sensibile ai richiami delle lobby degli interessi e della disorganizzazione?".

"Si continua a parlare di presa in carico della persona assistita, di rilancio dei servizi alla salute, di miglioramento del sistema sanitario – sottolineano – ma quando si tratta di passare ai fatti, con strumenti efficaci e innovativi come l'accordo sull'implementazione delle competenze, il governo continua a prendere tempo. E a proporre modifiche inaccettabili".

"Noi vogliamo liberare il potenziale inespresso delle professioni sanitarie, aprire la strada alla sperimentazione negli ospedali e nelle aziende, promuovere una riorganizzazione vera del lavoro e dei percorsi di cura. Rendere concreto, cioè – spiegano le professioni sanitarie – quel modello di responsabilità-autonomia che può assicurare al sistema di salute il miglioramento delle prestazioni, la sostenibilità economica e gli strumenti per essere al passo con i nuovi bisogni delle persone. Ecco perché chiediamo che si dia immediata attuazione all'accordo". "Incontreremo di nuovo il governo nei prossimi giorni. Ci auguriamo che l'ennesima pausa di riflessione porti consiglio. Ma in assenza di risposte concrete e convincenti – conclude la nota - siamo pronti ad una grande mobilitazione a fianco degli operatori e dei cittadini in di-

il primo round "vero" della concertazione tra le componenti professionali interessate, dopo l'entrata in vigore del comma 566 della legge di stabilità sulle nuove competenze professionali.

fesa del Ssn". Al ministero della Salute è in programma

(Quotidiano Sanità, 21 luglio 2015)

Insomma andò male e da allora le cose non sono cambiate anche dopo il tentativo del sottosegretario De Filippo di riprendere le fila con la convocazione della cabina di regia dopo l'estate. Ma al di là di questo, penso che in ogni caso l'avvio della concertazione, espressamente contemplata dal comma 566, avrebbe rappresentato una bella opportunità perché è indubbio che modalità e ambiti di una riorganizzazione funzionale del lavoro in sanità debbano essere condivisi da tutti gli attori coinvolti. E questo indipendentemente del problema della leadership d'équipe o di funzione all'interno di qualsiasi struttura o servizio sanitario.

L'attuale *modus operandi* di medici, infermieri, tecnici e quant'altro si è infatti andato via via formando sulla base delle esperienze e delle evoluzioni nelle pratiche cliniche e assistenziali. E ciò anche fregandosene del famoso "chi fa cosa" che, da una parte tutti vorrebbero ben delineato e dall'altra si teme però che, se lo fosse, potrebbe in realtà costituire una gabbia di mansioni e competenze rigide nella quale ci si ritroverebbe incastrati rendendo difficile la gestione sul campo del paziente.

A parole, nessuno nega la necessità di aggiornare le competenze delle professioni sanitarie. Ma al dunque prevale la paura di vedersi scavalcati o peggio affiancati da una sorta di "medici di serie B" con costi inferiori e con i quali non si capisce che tipo di rapporto si andrebbe a istituire. Personalmente penso che un infermiere, piuttosto che un tecnico di laboratorio o qualsiasi altro professionista sanitario, abbia scelto di studiare quella materia per fare quel "mestiere" e non il medico, tantomeno di "serie B".

Come penso che i medici, al di là delle paure, nel loro luogo di lavoro cerchino sempre la collaborazione "alla pari" con gli altri professionisti perché per primi sanno che il loro impegno risulterebbe spesso vano senza l'apporto costante di altre competenze e funzioni.

Riaprire il dialogo partendo dalla realtà In altre parole sono convinto che nelle realtà dei nostri reparti ospedalieri e nei vari ambulatori territoriali, medici, infermieri & C. siano tutti ben consapevoli dell'importanza e dell'utilità reciproca del lavorare insieme e che tutti siano parimenti concordi che in una gerarchia reale (e non burocratica) di competenze e responsabilità sia giusto che sia il medico, nel bene e nel male, ad avere l'ultima parola.

Da qui bisognerebbe partire. L'ideale sarebbe un confronto serio e serrato diretto tra le due grandi componenti, la medica e la non medica, dove il Ministero e le Regioni dovrebbero più fungere da facilitatori del confronto che da mediatori o peggio decisori.

Del resto un esempio concreto di questa strategia già esiste ed è andato a buon fine. Nell'area della radiologia, medici da una parte e tecnici sanitari di radiologia medica dall'altra, hanno trovato da soli l'accordo sulle reciproche competenze e responsabilità. Ministero e Regioni non hanno dovuto far altro che prenderne atto. Così si dovrebbe fare anche per medici e infermieri, in primis, e per tutte le altre professioni coinvolte laddove il loro lavoro si intreccia con quello di altri professionisti.

Sono certo che questa sia la migliore via possibile. Senza ultimatum o prove di forza dall'una o dall'altra parte. Perché in quel caso forse qualcuno potrebbe anche vincere, ma vincerebbe sulla sconfitta dell'altro e questo, oltre a non risolvere realmente il problema, non farebbe affatto bene al paziente che di tutte queste questioni è, giustamente, assai poco interessato.

Comma 566 addio? Le nuove competenze professionali troveranno soluzione nel contratto

La possibile soluzione dell'impasse è stata anticipata nei giorni scorsi in un convegno agli Ifo di Roma da Saverio Proia: "Il contratto costituisce uno snodo decisivo a prescindere dall'evoluzione e dall'esito del dibattitto sul Comma 566". "La sentenza della Corte Costituzionale ci ha conse-

gnato un'occasione irripetibile e ineludibile, cioè quella di valorizzare le competenze nella loro sede naturale: la contrattazione".

Con questa sostanziale resa la storia del comma 566 potrebbe dirsi conclusa, ma i problemi che essa ha sollevato, da qualunque parti li si osservi, restano.

E mi dispiace sinceramente di aver intravisto questa possibile fine senza aver risolto le questioni che l'hanno scatenata già a maggio del 2012 quando uscì la prima bozza di accordo Stato Regioni sulle nuove competenze infermieristiche.

Scrivevo quindi più di tre anni fa:

Infermieri pro e infermieri contro. Lo stesso tra i medici e lo stesso tra le altre categorie intervenute sulla proposta di Governo e Regioni. Se volessimo banalizzare, potremmo concludere che quando una proposta suscita tante reazioni opposte, forse è quella giusta, in grado di cogliere il "compromesso possibile". Ma questa, per l'appunto, sarebbe una sintesi banale che sminuirebbe il problema. Il fatto è che, evidentemente, a fronte di una palese e universalmente riconosciuta necessità di riconsiderare il "chi fa che cosa" in sanità, il mondo professionale, tutto, non aveva fino ad oggi affrontato collettivamente la questione. Limitandosi ad elaborare "proprie" e "unilaterali" visioni di riforma, senza trovare modi e tempi per un confronto aperto, senza pregiudizi e pre-condizioni. Il documento Ministero-Regioni ha avuto l'effetto, forse inconsapevole, di dare il via, finalmente, ad un confronto senza rete. Tra tutti i soggetti interessati. E sarebbe un vero peccato che, per mirare alla "luna" (da una parte o dall'altra) ci ritrovassimo a far naufragare questo coraggioso tentativo di mettere comunque un punto fermo nell'innovazione delle competenze professionali in sanità, di cui, è bene ricordarlo, quelle infermieristiche rappresentano solo la prima tappa.

Ma al di là di questo per poter rispondere alla domanda sulla

necessità di una nuova riforma della sanità a partire proprio dal lavoro, bisogna cercare di capire qual è la reale situazione in cui versa il medico oggi.

La vera condizione del medico oggi. Ancora privilegiati?

Status

Certamente il medico del 2015 non vive più lo status dei suoi colleghi di soli 50 anni fa. Da quei tempi tutto è cambiato. E il medico oggi, pur restando il riferimento primario della salute ha definitivamente perso l'aurea di infallibilità e di onniscienza che lo ha adornato per secoli.

Il primo a rendersene conto è il medico stesso, disincantato rispetto alle sue possibilità e sempre più dipendente da altro: farmaci, strumentazioni tecniche, evidence based medicine...

Dall'altra il paziente non è nemmeno lui quello di 50 anni fa.

È esigente, come scrisse Ivan Cavicchi alcuni anni fa. È più informato. È sempre meno pronto a "mettersi nelle mani del medico" in modo acritico.

Ed è cambiato il contesto lavorativo. Il medico, primari compresi, non è più il *deus ex machina* della sanità. L'aziendalizzazione ha cambiato tutto. I processi decisionali sono diventati meno diretti e spesso sono frutto di decisioni prese altrove e amministrate da manager che quando va bene vedono il medico come un dirigente cui dare disposizioni esecutive.

Status economico

Secondo uno studio recente dell'Anaao, solo il blocco dei contratti di questi ultimi anni avrebbe portato a una perdita secca media di quasi 28mila euro a testa per i medici.

Ma al di là di questo dato legato alla congiuntura di crisi e che probabilmente si rispecchia anche in altre categorie professionali e sociali, resta il fatto che il medico oggi non è più generalmente e tolte le dovute eccezioni un uomo "ricco" come lo è stato per diversi decenni.

Il medico è oggi un appartenente tipo della classe media se non medio bassa e questo tra l'altro vale solo per le vecchie generazioni, non certo per le nuove schiere di neo laureati che se va bene sono precari e se va male sono senza lavoro.

Senza contare che diventare medico costa molto tempo e denaro e che per minimo una decina d'anni tra laurea e specializzazione si sta in quella sorta di limbo professionale che si vive bene quando si hanno certezze sul dopo ma malissimo quando il futuro è incerto come oggi.

Etica ed organizzazione in Sanità: un riferimento ai problemi multi-professionali e multiculturali

Dario Sacchini
bioeticista Università Cattolica di Roma

PREMESSA

Che l'attuale Biomedicina, e la Sanità che ne rappresenta la condizione di declinazione sociale, sia connotate da una formidabile complessità è fuor di dubbio. Essa genera nella pubblica opinione stupore ed attesa pensando alle crescenti possibilità dischiuse dal progresso tecno-scientifico, ma anche inquietudine e sconcerto considerando sia la sostenibilità complessiva dei sistemi sanitari nazionali sia i valori/beni messi in campo, a rischio, o in conflitto.

Anche sul versante delle istanze etiche annotiamo una complessità. Fino a pochi decenni fa, infatti, nell'esercizio della medicina prevaleva largamente l'assioma ippocratico "primum non nocere, deinde lenire dolorem" – risignificato nella contemporaneità nel principio di beneficità/non maleficienza – che ha guidato per secoli l'etica medica, non raramente in chiave autoreferenziale e paternalistica, ma sempre in vista del raggiungimento del maggior beneficio del paziente. Con

la diffusione sociale, dal secondo dopoguerra in poi, del principio di autonomia del soggetto, in tema di compartecipazione del malato alle scelte di salute propostegli dal curante, e più tardi della particolare attenzione alle istanze di giustizia commutativa e distributiva pensando alla sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali, alla beneficità si sono aggiunte due ulteriori e forti istanze etiche: il principio di autonomia e il principio di giustizia, soprattutto distributiva. Nell'insieme, si tratta di tre fattori moralmente "rilevanti", contemporaneamente presenti, talvolta confliggenti, al punto da indurre per un verso la necessaria ricerca di faticose composizioni (trade off), per altro verso sulla scala di priorità interna ad essi.

Attualmente le sfide poste in tema di giustizia in sanità si pongono come assai rilevanti nelle agende dei decisori ad ogni livello (istituzionale-organizzativo, manageriale, clinico-assistenziale, economico-finanziario). Tali sfide hanno nei valori fondativi tanto della medicina quanto dei principi ispiratori di un servizio sanitario come quello italiano di tipo welfaristico la loro necessaria premessa in vista di scelte compatibili con il quadro assiologico di riferimento appena detto. Si fa sempre più strada la consapevolezza sociale che il principio di giustizia richiami la necessità di individuare i termini di accettabilità etica delle relazioni intersoggettive (g. commutativa) e della equa allocazione di beni (g. distributiva). Giustizia commutativa e distributiva, poi, ineriscono entrambe elettivamente lo scenario sociale, il quale a sua volta richiede un grado appropriato di organizzazione per snodarsi efficacemente. Ecco perché, dunque, da circa un ventennio si è sviluppata, in pieno dispiegamento della bioetica, una intensa riflessione teoretica ed applicativa denominata etica organizzativa (EO) in sanità. Anzitutto, si può senz'altro affermare che organizzazione e gestione in sanità hanno rilevanza morale in quanto vi si compiono atti umani, dunque moralmente rilevanti in quanto imIl focus: l'etica organizzativa in sanità plicano coscienza, libertà e volontà del soggetto agente. D'altra parte, tematizzare un profilo etico nelle organizzazioni sanitarie risponde ad un determinato momento storico: la sanità, modalità esplicativa sociale dell'arte medica, porta in sé due caratteri (non difetti, per sé): è complessa, dunque richiede una articolazione interna affinché i processi si snodino efficacemente, l'organizzazione per l'appunto, ed onerosa, dal momento che richiede ingenti risorse umane, tecnico-strumentali, economico-finanziarie, per assicurare al cittadino omogeneità territoriale di accesso ai servizi sanitari.

Non va peraltro dimenticato che la stessa Bioetica sorge negli anni '70 – con la felice intuizione di V.R. Potter (1970) – quale possibile risposta all'inedita complessità della biomedicina: ponte tra scienza e valori occupandosi fin da subito di bio-economia, politiche sanitarie, qualità in sanità ed organizzazione dei servizi socio-sanitari

Dopo avere tentato sinteticamente di spiegare le ragioni a fondamento dello sviluppo dell'EO in sanità, e prima di definirla, dobbiamo sinteticamente precisare cosa può intendersi per organizzazione in genere. Proviamo a declinarne una duplica definizione: sociologica e antropologica. La prima: "L'insieme dei modi in cui un grande numero di persone, troppe per avere contatti personali diretti le une con le altre, e impegnate in una complessità di compiti, interagiscono tra loro per la consapevole e sistematica determinazione e realizzazione di obiettivi reciprocamente convenuti" (J.M. Pfiffer, F.P. Sherwood, 1992). La seconda: "Entità organismica 'aperta', strutturata in modo da rispondere ad un determinato obiettivo, all'interno della quale e all'interfaccia con l'ambiente esterno si esplicano dinamiche umane" (A.G. Spagnolo, D. Sacchini, 2004). Entrambe indicano che in una organizzazione occorre sempre distinguere un duplice livello: quello individuale e quello sovra-individuale (sociale), vale a dire organizzativo, economico, giuridico, politico.

L'organizzazione dice comunque di una "apertura" del sistema, non solo rispetto all'ovvia evidenza per la quale in una organizzazione entrano dall'esterno e ad esso tornano concretamente risorse materiali e persone, ma anche e soprattutto in relazione al fatto che sull'organizzazione riverberano una serie di elementi "immateriali" ma assai incisivi sulle dinamiche interne quali il diritto vigente, la/le culture presenti, il ventaglio dei valori espressi dalla società nella quale l'organizzazione è immersa. In altri termini, l'organismo-organizzazione difficilmente risulterà assolutamente autoreferenziale, ma sarà sempre suscettibile, seppure in gradi diversi, a variabili esterne, pensando soprattutto a quelle di ordine socio-culturale e valoriale. Non solo, ma i modelli organizzativi sarebbero il risultato della dialettica fra un sistema organizzativo e il contesto nel quale si colloca.

In ogni organizzazione esistono caratteri comuni. Essi sono: la struttura organizzativa di base, i meccanismi operativi, i processi sociali (Vaccani, 1992). Con struttura di base (SB) dell'organizzazione ne definiamo la formalizzazione statica e, guardando dietro ai fatti ed alle cose, la "filosofia" ad essa sottesa, vale a dire l'insieme delle priorità scelte alla radice di quella determinata realtà organizzativa. La SB comprende un ampio ventaglio di elementi: la struttura gerarchica e l'organigramma (la seconda essendo espressione della prima); il funzionigramma; la divisione e composizione degli spazi fisici ed ambientali (planimetria, ergonometria); la divisione/attribuzione delle risorse impiantistico-tecnologiche ed economiche.

I meccanismi operativi (MO) costituiscono, invece, la rete integrata di regole ufficiali e sopraindividuali (o impersonali in quanto sussistono indipendentemente dai componenti dell'organizzazione), finalizzate al governo visibile, seppur parziale, ed all'omogeneizzazione di alcuni importanti meccanismi di funzionamento dell'organizzazione, fenomeni che sussisterebbero anche senza MO, ma che si snoderebbero con gradi

diversi di entropia organizzativa. Gli MO sono le logiche informative, i modelli decisionali, i sistemi di valutazione e controllo del risultato, le procedure e protocolli di lavoro, le procedure di controllo delle risorse, di selezione e di premio/sanzione, i criteri e delle regole di sviluppo quadri. Gli MO sono tesi ad orientare l'attività organizzativa in vario modo.

Infine, i processi sociali, cioè i comportamenti umani che gli individui, in una determinata organizzazione, mettono in atto rispetto ad essa. I comportamenti possono essere: 1. c. di accettazione, che manifestano il consenso del singolo rispetto alla struttura di appartenenza, alle sue regole ed agli agiti attesi; 2. c. di rifiuto, cioè azioni che palesano un dissenso totale (pertanto distruttivo) o parziale (costruttivo) rispetto ai canoni organizzativi codificati; 3. c. di compensazione, ovvero quei comportamenti discrezionali che – in assenza di indicazioni precise da parte della struttura di base o dei meccanismi operativi, o se esse risultano contraddittorie o se, infine, si dà una circostanza imprevista non configurabile ne dalla SB né dagli MO – suppliscono ad assenze, contraddizioni, imprevedibilità di SB e MO per raggiungere intuitivamente gli scopi presunti dell'organizzazione. A questo punto, quale mix fra i tre tipi comportamentali assicura un buon funzionamento dell'organizzazione? Gli studi specialistici suggeriscono una fisiologica prevalenza relativa di c. di accettazione e contestualmente una significativa presenza di c. di rifiuto propositivo e di c. di compensazione. Inoltre, il funzionamento di un'organizzazione non dipende solo dalle persone che in essa operano (dunque i comportamenti) e dal ruolo ricoperto (un apicale inciderà più di un livello a bassa discrezionalità), ma anche, e significativamente, da come si dispiega la struttura e le relative norme.

In conclusione, se l'organizzazione manifesta deficit e/o incongruenze, occorre considerare tutti e tre gli elementi prima considerati ai fini della risoluzione dei problemi, a partire dalla SB e dagli MO. Non basta, infatti, fare appello ai valori, alle motivazioni ed alle competenze individuali se poi la struttura e le regole continuano a penalizzare i comportamenti e, a cascata, l'efficacia/efficienza delle prestazioni lavorative e il prodotto finale.

Precisato ciò, ecco allora una tra le prime definizioni di EO in sanità, fornita dal *Virginia Bioethics Network* (2000): "il processo che affronta i problemi etici connessi: all'assistenza del paziente, ai settori aziendali, finanziari gestionali delle organizzazioni sanitarie come pure alle dinamiche professionali, formative e contrattuali che influenzano il funzionamento delle stesse". Si tratta di una accezione estensiva, da manuale per l'appunto, che però suggerisce come nessun comparto organizzativo possa sottrarsi ad una valutazione etica sia considerando i singoli comportamenti di coloro che vi operano all'interno sia le dinamiche sociali che ne scaturiscono.

D'altra parte, ci si può chiedere in quale tipologia ricada una organizzazione sanitaria: la risposta non è semplice, ma potremmo collocarla all'interno di una forbice tesa fra un sistema burocratico, che si organizza, di fatto, in vista degli MO, largamente prevalenti quanto ad influenza rispetto agli altri comparti perché tendono a proceduralizzare tutti i processi (tipico degli apparati pubblici in genere) e un sistema tecnocratico/efficientista che, invece, utilizza al massimo sia le interazioni con l'esterno sia postulando un equilibrio dinamico tra SB, MO e PS, concepite in modo flessibile, il tutto particolarmente attento alle funzioni ed agli obiettivi prefissati (tipico delle organizzazioni aziendali ad alta efficienza).

Interrogandosi poi su quale potrebbe essere il mix eticamente adeguato fra le tre componenti organizzative in una organizzazione sanitaria, potremmo dire quello che risponde meglio alla priorità di valore primaria in sanità, ovvero la persona con i suoi bisogni di salute da gestire, tramite: eccellenza professionale (competenza, consuetudine al lavoro ben fatto);

efficacia clinica (effectiveness/efficacy); equità (uguale accesso per uguali bisogni di salute); efficienza organizzativa; sostenibilità economico-finanziaria. Pertanto, se si vuole ottimizzare una organizzazione sanitaria occorre incidere contestualmente su tutti gli elementi costitutivi, in tempi e modi diversi stante la diversa suscettibilità di detti fattori, superando confusioni e stereotipi legati ai ruoli istituzionali.

Etica Organizzativa in sanità: da dove iniziare e come procedere? A premessa di tutto, va affermato che il modo attraverso il quale una organizzazione si articola non è moralmente indifferente dal momento che può ostacolare o viceversa promuovere il lavoro ben fatto, l'eccellenza professionale. Diventa pertanto decisivo individuare il punto di partenza da cui muovere per mettere in atto successivamente percorsi di ottimizzazione etica di una organizzazione sanitaria. Il primo passo consiste nel conoscere lo stato di salute di un'organizzazione sanitaria. Come? Attraverso strumenti di diagnosi organizzativa. Gli approcci principali sono due: quello analitico (o settoriale), che centra l'attenzione sui singoli elementi che costituiscono un sistema, e quello, preferibile, integrato (o sistemico), che focalizza sui rapporti e le reciproche influenze che legano fra loro i diversi elementi costitutivi. Il secondo approccio prevede analisi, secondo le diverse prospettive (strutturale, sociologica, psicologica, economica, etica), dei diversi fattori organizzativi nel seguente ordine: beni in uscita: *outcomes* di salute; beni utilizzati (servizi di diagnosi e cura o outputs); beni in entrata: inputs (risorse umane e professionali, materiali (finanziarie, tecnologiche, immobiliari e informative, materie prime, fonti di energia, mercato del lavoro, legislazione), immateriali (culture, valori)); struttura di base; meccanismi operativi; processi sociali.

Affermato che la struttura sanitaria si configura quale luogo morale, perché è un contesto in cui si svolgono attività umane in vista di una "mission" e un sistema aperto, perché vi operano persone con ruoli e compiti professionali "ad intra" e "ad extra", essa è dunque chiamata ad individuare e a dotarsi di un'etica istituzionale chiara (mission) e condivisa, che ruoti attorno ai seguenti elementi: affermazione e rispetto dei diritti umani (anche "di salute"); lavoro in équipe, collaborativo e gerarchizzato; perseguimento dell'eccellenza (qualità); raggiungimento e mantenimento di una adeguata comunicazione interna ed esterna; attenzione ai particolari; riconoscimento e correzione degli errori.

Pertanto, nell'organizzazione sanitaria si vive costitutivamente la dimensione etica, considerando che diversi sono gli elementi compartecipanti alla EO in sanità (Spencer et al., 2000): l'etica aziendale (Business Ethics - BE) centrata sulla mission istituzionale; l'etica clinica (EC) centrata sul rapporto op. san./pz.; le Deontologie professionali (DP) quali codici comportamentali in una specifica professione. Diventa pertanto strategico individuare un fattore di convergenza tra le diverse istanze etiche in campo in una organizzazione sanitaria. Esso può rintracciarsi nel soggetto dell'impresa biomedica: la persona con un bisogno di salute, colta secondo livelli osservativi diversi ma concentrici: per la BE attraverso l'accessibilità da parte del soggetto con bisogni di salute; l'efficacia e l'attuabilità organizzativa e tecnica a lungo termine, inclusa la stabilità economico-finanziaria e la qualità ambientale; per l'EC attraverso il beneficio clinico secondo il criterio elettivo dell'efficacia diagnostica e clinica; per le DP coesistenti (medici, infermieri, tecnici sanitari, amministrativi, ecc.) attraverso l'esercizio professionale teso all'eccellenza stratificata nel tempo

Tre sono gli aspetti da considerare relativamente alle specifiche questioni inerenti l'EO in sanità: 1. la definizione e l'applicazione di una adeguata metodologia di analisi etica degli assetti organizzativi: 2. Gli strumenti di EO; 3. la realizzazione di strategie e progetti di EO.

Rispetto alla metodologia, esistono diversi flow-chart, ma in

Etica Organizzativa in sanità: le questioni specifiche e i percorsi realizzativi generale una buona metodologia deve fondarsi su tre step successivi: una puntuale analisi della realtà organizzativa; il confronto con l'etica istituzionale dichiarata; la valutazione conclusiva. Riguardo agli strumenti di EO, questi sono individuati nella formazione pre-/post-laurea; nel ruolo dei Comitati etici, soprattutto in vista della compartecipazione alla realizzazione di documenti di etica aziendale; servizi di consulenza di etica clinica (bedside) e di EO (per la messa a punto di percorsi clinico-assistenziali aziendali); l'expertise etico nei processi di Health Technology Assessment (HTA) hospital-based. Infine, riguardo alle strategie, occorre anzitutto mirare alla creazione di una cultura organizzativa in campo sanitario eticamente informata (R.L. Potter, 1996) fondata sulle seguenti linee di azione: 1. adottare e rispettare una dichiarazione sui valori e la visione che supporti una cultura etica istituzionale; 2. sviluppare e mantenere una cultura ove le considerazioni etiche siano integrate nei processi decisionali a tutti i livelli e ritenute importanti tanto quanto i dati clinici, le considerazioni finanziarie e le questioni legali;

- 3. creare uno "spazio morale" in cui la riflessione sollecita sulle decisioni costituisca uno standard atteso;
- 4. definire l'integrità come virtù centrale a livello di management;
- 5. incoraggiare la fiducia tra coloro che operano nella struttura attraverso una comunicazione aperta ed efficace a tutti i livelli organizzativi;
- 6. educare coloro che operano nella struttura sulle questioni etiche che incontreranno;
- 7. elaborare politiche istituzionali che facciano da guida per gli operatori che si confrontano con problemi a carattere etico; 8. sviluppare metodi formalizzati per gestire i conflitti ed i
- sviluppare metodi formalizzati per gestire i conflitti ed i dilemmi etici.

Implicazioni in termini di responsabilità professionale in relazione alla specifica formazione universitaria e alle relative competenze acquisite

Daniele Rodriguez ordinario di Medicina legale Università di Padova

ANALIZZO LE COMPLESSE INTERRELAZIONI PRO-SPETTATE nel titolo del tema che mi è stato affidato, da un punto di vista che è espressione della disciplina cui appartengo, la medicina legale, e rifacendomi alla mia esperienza di professionista in ambito medico-legale clinico e di docente universitario della disciplina.

Per chiarire questo punto di vista, occorre definire in che cosa consista, oggi, la medicina legale. Sono note le radici culturali, lo storico oggetto di interesse e l'ambito di applicazione della disciplina e non è quindi il caso di esporle in questa sede. Occorre piuttosto soffermarsi sulle linee di sviluppo che originano da quelle radici e che hanno portato ad un più ampio oggetto di interesse e ad un nuovo ambito di applicazione della disciplina. In sintesi, la medicina legale, che si caratterizzava originariamente per il suo intervento forense e/o (secondo i casi) giuridica, è divenuta progressivamente disciplina che si qualifica per la sua presenza in ambito

La consulenza nell'ambito della medicina legale clinica anche clinico. La nuova branca, denominata medicina legale clinica, nasce con l'avvio dell'attività medico legale ospedaliera per opera della riforma nota come Mariotti a partire dalla legge 12 febbraio 1968 n. 132 (articoli 22 e 23 in particolare) e si sviluppa nei decenni successivi fino al suo riconoscimento anche nominale nella letteratura specialistica¹. La medicina legale clinica non sostituisce la medicina legale, per così dire classica, nelle sue proiezioni forense e giuridica, ma aggiunge un campo d'interesse. In altre parole, oggi la medicina legale da un lato continua ad identificarsi con la tradizionale attività giudiziaria e di studio e ricerca e dall'altro si qualifica ulteriormente per un'attività istituzionale nel contesto delle funzioni del servizio sanitario nazionale.

La premessa sulla medicina legale clinica serve per focalizzare il punto d'interesse, cioè la consulenza, che è una delle attività (illustrare le altre² sarebbe qui dispersivo) in cui la medicina legale clinica, appunto, si concretizza e che ha peculiarità tali da rientrare nell'ambito dei temi sia della responsabilità professionale sia della formazione, temi che occorre affrontare nel rispetto del titolo della relazione affidatami: *Implicazioni in termini di responsabilità professionale in relazione alla specifica formazione universitaria e alle relative competenze acquisite*.

A tutta prima si potrebbe osservare che anche la medicina forense si interessa del tema della responsabilità professionale e viene praticata mediante consulenze. Questo è vero, ma la medicina forense si colloca nell'ottica dell'intervento valutativo successivo all'attività errata – o presuntivamente errata – del medico e non riveste interesse per la presente discussione, salvo che si rielabori la casistica giudiziaria in chiave di gestione

¹ Benciolini P., *La Medicina legale clinica (Editoriale)*. Rivista Italiana di Medicina Legale, 2005, 38, 451-459.

² Rodriguez D., *Capitolo I. Inquadramento generale della Medicina legale*. In: Autori Vari: Elementi di Medicina legale, Monduzzi ed., Milano, 2010, pp. 1-4.

del rischio clinico, ma il percorso sarebbe lungo e porterebbe comunque al punto di partenza della medicina legale clinica. Una funzione formativa nei confronti del medico non può essere legata alla logica forense, tesa – in quanto tale – a valutare gli errori *ex post*, ma si fonda sulla identificazione e sull'acquisizione degli elementi costitutivi del percorso virtuoso della presa in carico della persona, elementi caratterizzanti la funzione di garanzia ex ante rivestita dalla medicina legale clinica.

Lo stesso concetto di responsabilità, oggetto dell'intervento della medicina forense, è di matrice giuridica, essendo quello dell'essere chiamati a rispondere, in sede giudiziaria, di un proprio errore. La medicina legale clinica, per contro, si caratterizza per intervenire durante l'attività professionale, prima che il medico termini il proprio intervento, ed è quindi di supporto per le decisioni del professionista. Il concetto di responsabilità che ispira la consulenza medico-legale clinica è, dunque, diversamente qualificato rispetto alla logica forense, essendo legato alla costruzione della condotta professionale corretta, e corrisponde a quello dell'impegno volto a realizzare l'interesse di salute della persona, in particolare procedendo a valutazioni e scelte coerenti con questo obiettivo.

La precisazione sul significato della responsabilità è importante, perché la consulenza medico-legale clinica attiene prevalentemente, se non esclusivamente, ad aspetti particolari del tema generale della responsabilità, intesa ovviamente in senso clinico.

La richiesta stessa di consulenza medico-legale è indicativa della percezione, proprio da parte del medico, della sua responsabilità in relazione ad una situazione problematica, in cui gli aspetti tecnici hanno caratteri di complessità legati a questioni giuridiche e/o deontologiche e/o etiche. Come in precedenza considerato, questa percezione di responsabilità

La consulenza medico-legale in ambito clinico e la responsabilità del medico da parte del medico può essere più o meno matura, essendo spesso indirizzata all'autotutela piuttosto che a risolvere i bisogni della persona, ma è pur sempre indicativa di una presa di coscienza del medico per quanto embrionale e di una sua volontà di attivarsi per quanto utilitaristica.

Completamente diverso è invece il rapporto del medico con la consulenza medico-legale in ambito giudiziario, consulenza che il medico si trova a subire e che è connessa ad un accertamento promosso da terzi e non scaturisce quindi da una sua ricerca volta all'assunzione di responsabilità.

La consulenza medico-legale in ambito clinico come formazione sul campo

Vi è un ruolo "ulteriore" della consulenza medico-legale in ambito clinico. Mi riferisco all'aspetto che costituisce il ponte fra le tematiche indicate nel titolo di questa relazione, cioè la responsabilità professionale e la formazione universitaria. L'attribuzione di quest'ultimo ruolo ulteriore richiede il preliminare riconoscimento che la consulenza medicolegale in ambito clinico sia, anche, formazione sul campo. Ciò è facilmente dimostrabile con le seguenti considerazioni. Non è infrequente che il medico chieda la consulenza medico-legale clinica, con l'intenzione di ottenere indicazioni che lo aiutino ad affrontare un problema in modo tale da consentirgli di evitare conseguenze per lui spiacevoli (abitualmente denominate "grane"). Per quanto forti siano alcune condizioni di tensione e/o di frustrazione che il medico oggi si trova a vivere e che lo inducono a temere azioni negative nei suoi confronti, in vario modo attivate, direttamente dal paziente o, in caso di sua morte o incapacità, dai familiari, non è consono alla dignità della professione rispondere ai bisogni della persona con un atteggiamento ispirato sostanzialmente all'autotutela (cioè all'evitare grane), come avviene quando il medico utilizza la consulenza medico-legale con finalità difensive personali. In questi casi, la consulenza medico-legale stessa diviene intrinsecamente occasione per negarne l'eventuale, malinteso, significato difensivo.

Alla negazione – e soprattutto alla condivisione con il medico richiedente della negazione – del concetto della consulenza medico-legale a finalità meramente difensiva per il medico, è possibile arrivare, gestendo la consulenza come fase di un processo di educazione all'impegno a rispondere al bisogno della persona e, ancora prima, di educazione alla percezione dei bisogni della persona. In poche parole, si tratta di gestire la consulenza come educazione alla responsabilità, ad una responsabilità da intendere come autentico "essere per l'altro".³ Con l'attività di consulenza, il medico legale affianca il clinico nelle sue decisioni, non limitandosi a fornirgli un parere in termini di istruzioni ma consentendogli di maturare una precisa sensibilità e di costruire un percorso a garanzia dei bisogni della persona. Così gestite, le consulenze medico-legali in ambito clinico consentono di promuovere nel medico la cultura della responsabilità intesa come cultura del sapersi assumere responsabilità.

È dunque pacifico che la consulenza medico-legale clinica sia da gestire come, anche, formazione-educazione sul campo. Resta da discutere se essa abbia ricadute anche sulla formazione universitaria e sulle competenze professionali.

La tesi è che, come l'attività delle consulenze medico-legali cliniche si concretizza come formazione-educazione sul campo, così l'esperienza di queste consulenze ha ricadute che incidono sulla formazione universitaria. È evidente – per quanto sopra detto circa il significato della formazione del medico, indirizzata alla consapevolezza della risposta adeguata ai bisogni della persona – che il modello da esportare, dalla corsia

La consulenza medico-legale in ambito clinico e la formazione universitaria.

³ Lévinas E., *Umanesimo dell'altro uomo*. Trad. it., Il Melangolo, Genova, 1985.

all'aula, e che caratterizza la consulenza medico-legale clinica, è quello dell'educazione alla responsabilità. In aula, sarà possibile la duplice proiezione formativa: facilitare l'apprendimento dei principi ispiratori della responsabilità e declinarli nella soluzione, guidata dal docente, della casistica scaturita dall'esperienza. Ciò è ampiamente in sintonia con le indicazioni dell'ordinamento didattico universitario che, fra gli "obiettivi formativi qualificanti" per la classe delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia (46 S) contempla la "capacità di autovalutazione per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi sanitari prioritari" e richiama la "elevata responsabilità professionale". La sintonia è ampia anche con gli "obiettivi formativi qualificanti" della classe delle lauree specialistiche in odontoiatria e protesi dentaria (52 S), laddove sono menzionate, tra l'altro, "le elevate responsabilità etiche e morali del dentista riguardo la cura del paziente sia come individuo che come membro della comunità" e "la riflessione sulle responsabilità sociali ed etiche collegate all'applicazione delle loro conoscenze e giudizi".

Gli ordinamenti didattici chiedono dunque, in sintesi, che nel corso di laurea il futuro professionista sia educato alla responsabilità. Proprio con questo obiettivo, nell'ambito disciplinare della medicina legale può essere costruito un percorso, invero non semplice e non necessariamente condiviso da tutti i medici legali docenti universitari. Percorsi formativi, di progressiva acquisizione di consapevolezza della propria responsabilità da parte dello studente futuro medico, comunque esistono e sono stati possibili perché si sono basati anche sui presupposti tecnico-scientifici del concetto di responsabilità. Per evitare fraintendimenti o banalizzazioni estremistiche, è da chiarire ciò che intendo con l'espressione "presupposti tecnico-scientifici del concetto di responsabilità". Nel mio pensiero, essa significa pensare alla responsabilità come professionisti della salute – con le connesse implicazioni

di prestazioni d'opera basare su evidenze scientifiche nel prioritario rispetto delle scelte consapevoli della persona – e non come operatori del diritto (o, meglio, pseudo - operatori del diritto, visto che il medico non ha una specifica formazione in tal senso). Più specificamente, l'espressione significa aver chiaro che, se è vero che le norme contribuiscono all'assunzione di responsabilità da parte del medico nei confronti del singolo e della collettività, è altrettanto vero che queste norme sono solo una delle fonti di riferimento: in particolare, da esse non scaturiscano automaticamente condotte-tipo alle quali il medico deve attenersi acriticamente di fronte a casi problematici, ma suggeriscono criteri guida ai quali ispirarsi, tenendo conto delle peculiarità del singolo caso clinico.

Con la consulenza clinica, il medico-legale, che rivesta anche il ruolo di docente universitario, acquisisce, affiancando il medico pratico nelle sue decisioni, un'esperienza che può essere efficacemente posta alla base di un percorso formativo, che non sarà costituito da istruzioni rigidamente predeterminate sul che fare in ogni occasione della futura attività professionale, ma sarà finalizzato a far maturare nello studente una precisa sensibilità, volta a ottenere la sua competenza nella costruzione di progetti specifici a garanzia di un'adeguata risposta ai bisogni di salute della persona.

La cultura del sapersi assumere responsabilità deve opportunamente nascere nell'ambito della formazione universitaria e può essere trasmessa dal docente a condizione che ne sia data una chiara rappresentazione pratica, ed in termini positivi.

È necessario, però, che l'impegno formativo non sia parziale. È ineludibile un impegno formativo interdisciplinare integrato e presente nei vari contesti in cui si realizza la formazione dello studente di medicina: cioè in aula, in corsia e nel territorio. In ciascuno di questi contesti vi deve essere coerenza di approccio, soprattutto coerenza tra gli aspetti teorici e le

La formazione universitaria ed i fattori di confusione applicazioni pratiche. Ogni singola disciplina medica non può non concorrere all'obiettivo della formazione alla responsabilità dello studente futuro medico, come detto, in aula, in corsia e nel territorio. Occorre, quindi, che i singoli medici, che sono esempi di condotta per gli studenti, ovunque operanti – cioè sia in situazioni specificamente volti alla formazione, sia nell'attività strettamente professionale – abbiano comportamenti coerenti con questo obiettivo.

Occorre, in particolare, che questi medici si impegnino per contrastare i fattori di confusione rispetto all'obiettivo della consapevolezza della propria assunzione di responsabilità.

Occorre, nel dettaglio, che questi medici:

- si attivino per rendere effettivi i diritti della persona, sia quelli di carattere generale, sia quelli specificamente connessi alla tutela della salute;
- non supportino in alcun modo negli atti e/o nelle parole
 la medicina difensiva;
- non evochino senza concreto motivo il rischio dell'illecito penale da parte del professionista;
- evitino i luoghi comuni ⁴, intendendo con questa espressione parole o locuzioni usate in modo reiterato, stereotipato e acritico, in particolare senza comprendere il reale concetto che la singola parola o locuzione sta a significare o senza rendersi conto che essa fonda su basi non corrette e che veicola quindi idee errate.

Sui luoghi comuni conviene soffermarsi, perché sono forse l'elemento portante della diseducazione del medico – studente o già professionista –, connessi come sono a concezioni profondamente sbagliate, alcune delle quali pongono in grave sofferenza proprio la medicina legale, perché non raramente alcune attività diseducative (e inutili) sono raccomandate da qualche

⁴ Rodriguez D., *Contrastare i luoghi comuni fuorvianti per educare alla responsabilità i futuri professionisti della salute*. Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, 2004, 7, 136-142.

medico pratico (con una qualche propensione pseudo-giuridica) "a scopo medico-legale"5, quando un siffatto scopo proprio non esiste, e non può esistere, visto che in clinica, non può essere introdotto uno scopo medico-legale, che si contrapponga a quello proprio e che è, appunto, clinico. Anche se non dichiarato, l'avallo medico-legale è spesso implicitamente sottinteso come esistente; mi riferisco all'enfasi che è data al significato del sostantivo "responsabilità", quasi sempre considerato in chiave solo giuridica; al richiamo alla responsabilità del paziente (come se questa limitasse o escludesse la responsabilità del medico); al valore liberatorio dell'apposizione di una firma considerata in sé per sé (cioè nel suo aspetto meramente formale, a prescindere dall'effettiva esecuzione dell'attività che la firma è chiamata a confermare); al significato della regolare compilazione della documentazione clinica, identificato esclusivamente nel valore probatorio che essa si trova ad assumere (valorizzandone cioè la finalità giudiziaria, più che la sua funzione di strumento tecnico, volta garantire la continuità della presa in carico del paziente e la condivisione anche interprofessionale delle cure). Nell'ambito dei luoghi comuni sono altresì da includere la banalizzazione dell'espressione consenso informato (la cui essenza è talora ridotta a un modulo, senza comprenderne il significato di garanzia e di promozione - da parte del medico - della consapevolezza e dell'autodeterminazione della persona); il possibile equivoco sul significato della locuzione "clinical risk management" (se l'espressione è intesa riferita al rischio per il medico di essere sottoposto a procedimento giudiziario o disciplinare); il malinteso effetto salvifico della consulenza specialistica (come se potesse sollevare da responsabilità il medico curante, allorquando questi chiede detta consulenza); l'errata opinione che eventuali istruzioni di un magistrato del tribunale ordinario, applicate alla lettera,

⁵ Benciolini P., "... *a scopo medico legale" (Editoriale)*. Rivista Italiana di Medicina Legale, 1991, 13, 689-698.

possano avere valore assoluto e costituire quindi direttive ineludibili (ancora una volta, come se questi potesse sollevare il medico curante dalle proprie responsabilità).

Spunti conclusivi

Come detto, è necessario che l'educazione alla responsabilità sia coerente e costante nei vari ambiti e avvenga da parte, indistintamente, di tutti medici, siano essi formatori professionali istituzionali od operatori in campo clinico coinvolti in attività di tirocinio o assimilabili.

È esperienza comune – nell'ambito della didattica (universitaria ed aziendale nel servizio sanitario) in medicina legale – che quanto il docente cerca di costruire in aula, accompagnando i discenti alla educazione alla responsabilità, è nei fatti spesso osteggiato, e in modo anche drastico, nel contesto della attività di tirocinio.

I luoghi comuni, discussi in aula come inappropriati, inutili e fuorvianti, si trasformano in idee correnti e condivise dai più, che lo studente trova diffuse in ambito clinico e che vanificano il progetto di educazione alla responsabilità costruito in aula. Se crediamo nella dignità della nostra professione, se crediamo che essa debba basarsi su un'assunzione di responsabilità che tragga fondamento anche da "presupposti tecnico-scientifici" di matrice professionale nei termini sopra indicati, se crediamo che la formazione (universitaria e non) debba educare a questa responsabilità, allora occorre contrastare tutti i fattori di confusione sopra elencati e che si riscontrano nella pratica clinica. L'esperienza insegna che la sola disciplina della medicina legale non ottiene il risultato ed occorre quindi trovare, nell'ambito delle competenze della professione, il collante culturale che permetta l'impegno formativo interdisciplinare integrato volto all'educazione alla responsabilità.

L'efficacia delle cure per la stabilità del Ssn in relazione alle pertinenze, competenze, ruoli e specifiche responsabilità

Franco Vimercati presidente FISM

oggigiorno appare piuttosto comune l'atteggiamento di chi affronta il problema della responsabilità professionale partendo dal presupposto negativo orientato alla "caccia al colpevole" ovvero l'identificazione del soggetto a cui attribuire determinate colpe in relazione a specifici accadimenti.

La radice latina della parola "responsabilità", ovvero rispondere, viene declinata nella sua accezione negativa dell'identificare colui al quale chiedere conto di eventuali problemi verificatisi.

Esiste, tuttavia, un'accezione molto più importante e positiva del termine rispondere che ha a che fare con l'atteggiamento di *chi si fa carico di dare risposte*, ovvero trovare soluzioni. Anche nella cultura anglosassone la principale interpretazione della parola "*responsible*" è *incaricato* ovvero *affidabile*, piuttosto che *colpevole di qualcosa*.

Il significato della parola "responsabilità"

La responsabilità professionale in campo medico

La responsabilità professionale in campo medico, quindi, dovrebbe focalizzarsi sulla capacità del professionista di mettere al centro del percorso di diagnosi e cura il paziente, fornendo le giuste risposte, facendosi carico del risultato finale atteso e di adeguare i propri comportamenti in base alla capacità di prevederne gli effetti. La presa in carico del paziente, nell'ambito del processo di valutazione della efficacia delle cure, è il punto irrinunciabile per il raggiungimento del risultato clinico, partendo dall'anamnesi quale atto medico capace di assicurare la conoscenza approfondita dei sintomi e fornire la linea di indirizzo per il corretto inquadramento del percorso di diagnosi e cura. Tale processo rafforza il ruolo indispensabile del medico e del rapporto con il paziente che non può essere surrogato da uno sterile supporto informatico o dall'affidamento di questo momento cardine ad altre figure professionali.

Il professionista *responsabile*, quindi, conosce l'importanza delle competenze che sono sostanzialmente l'insieme delle caratteristiche individuali (profilo) che concorrono all'efficace presidio di una situazione lavorativa, di una prestazione, di un'attività, tipicamente: le conoscenze, le abilità e i comportamenti. Il professionista *responsabile* conosce anche l'importanza della condivisione delle competenze proprie e di quelle degli altri componenti del team, che devono, pertanto, essere riconosciute e valorizzate tramite l'assegnazione di specifici incarichi in funzione dei rispettivi ruoli. Il professionista *responsabile* mette in pratica lo strumento della delega e conosce l'importanza della verifica sul campo delle competenze e del continuo aggiornamento delle stesse.

A chi spetta la valutazione

L'aggiornamento delle competenze introduce un altro importante argomento, ovvero a chi spetti la valutazione delle stesse. Gli ambiti di valutazione sono sostanzialmente quattro:

- 1.l'università;
- 2.le società medico-scientifiche;

3.gli ordini;

4.il sistema sanitario.

L'università ha il compito di fornire le competenze le quali dovrebbero essere uniformi sull'intero territorio nazionale. Le società medico-scientifiche, invece, si prendono carico dell'aggiornamento delle competenze acquisite in ambito universitario, assicurando lo "stato dell'arte" delle stesse e garantendo, ove necessari, approcci trasversali interdisciplinari tra le diverse specialità.

Gli Ordini hanno il compito di fornire aggiornamento delle competenze relativamente agli aspetti di carattere deontologico e comunicazionale mentre per quanto concerne gli aspetti organizzativi, entra in gioco il ruolo del sistema sanitario cui spetterebbe anche il compito di identificare appropriati sistemi incentivanti.

Concludendo, gli strumenti prioritari in grado di garantire *l'empowerment* del professionista in termini di assunzione della responsabilità così come qualificata ai punti precedenti sono i seguenti:

Conclusioni

- il lavoro di equipe;
- la delega;
- il controllo;
- la conoscenza delle responsabilità delle singole figure professionali;
- la conoscenza delle responsabilità del capo equipe.

L'omogeneità dei piani di studio del medico: esigenza formativa reale

Gian Paolo Ceda preside Facoltà Medicina e Chirurgia Parma (alla data del convegno)

IL CORSO DI LAUREA DI MEDICINA deve attualmente affrontare la sfida legata alla necessità di coniugare la crescita esponenziale delle conoscenze biomediche con la loro ricaduta sulla pratica clinica nell'ambito di un percorso formativo capace di garantire un esercizio della Medicina aggiornato ed efficace.

Dal Regio Decreto (1938) al nuovo Ordinamento (1986) Per quasi cinquant'anni l'Ordinamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha seguito senza modifiche rilevanti le norme codificate dal Regio Decreto 4 giugno 1938, n.1269 comprendente la Tabella XVIII, nella quale erano elencati ventuno esami fondamentali e i tre complementari che costituivano l'intero piano di studi e la loro distribuzione nei sei anni di corso. Il Decreto Codignola (L. 910/69) ha portato negli anni 70 ad una liberalizzazione degli accessi (indipendentemente dalla tipologia del Diploma di scuola media superiore) e ad un numero esagerato di iscrizioni (oltre 20.000 studenti in Medicina immatricolati nel solo 1971) senza ade-

guamento delle strutture e dei docenti con ricadute decisamente negative.

Per superarne le criticità, nella seconda metà degli anni '80, si è giunti all'elaborazione di un nuovo Ordinamento didattico (Decreto del Presidente della Repubblica n. 95/1986) con l'applicazione di una "nuova Tabella XVIII" o Tabella XVIII bis, caratterizzata dall'adozione del numero programmato, l'introduzione dell'insegnamento di tipo attivo, basato sull'istituzione della "didattica tutoriale", la definizione preliminare degli obiettivi didattici per ciascun corso di insegnamento, la confluenza di più insegnamenti a costituire i corsi integrati con relativa riduzione delle verifiche di profitto, il tempo pieno per lo studente, l'abolizione degli insegnamenti complementari e la suddivisione dei corsi in semestri in maniera da favorire un rapporto ottimale tra insegnamento, apprendimento e valutazione.

Nonostante questo nuovo Ordinamento fosse stato proposto con l'intento di realizzare un profondo rinnovamento nella formazione del medico, i risultati conseguiti furono tuttavia largamente inferiori alle attese, determinando un incremento del numero degli studenti fuori corso con percentuale di studenti regolari invariata intorno al 20-25% degli iscritti, percentuale molto lontana dalla media europea del 90% di studenti che si laureavano al termine dei regolamentari sei anni di corso e con una constatazione di inefficacia della nuova Tabella in quanto rimasero inespressi i principi della nuova riforma basati su una definizione qualitativa e quantitativa degli obiettivi specifici di apprendimento, la fusione delle discipline nei corsi integrati e le connessioni tra scienze di base e scienze cliniche.

Con il Regolamento per l'Autonomia Didattica degli Atenei, pubblicato come Decreto Ministeriale n. 509 nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2000 viene realizzato un nuovo Ordinamento didattico dei Corsi di Laurea in Medicina (Tabella Il Regolamento per l'Autonomia Didattica degli Atenei (2000) XVIII ter) con lo scopo di promuovere una armonizzazione della formazione medica in Italia con quella degli altri Paesi europei, ma realizzando di fatto una nuova riforma degli studi medici con l'introduzione di attività elettive, corsi "monografici", forme di didattica interattiva, seminariale o a piccoli gruppi e brevi periodi di internato presso strutture cliniche o laboratori di ricerca. L'applicazione ultima del D.M. 509/99 e del dispositivo relativo alla determinazione delle classi dei corsi di laurea specialistica (D.M. 28/11/00, GURI 23/01/'01 n. 18), e nella fattispecie della Laurea Specialistica 46/S, ha ridisegnato il curriculum formativo degli studenti in Medicina, soprattutto per quanto riguarda il tirocinio post-lauream previsto per l'accesso all'Esame di Stato, il quale dai 12 mesi della Tabella XVIII ter, si riduce a soli 3 mesi nella Laurea Specialistica, in quanto l'ordinamento didattico di quest'ultima contempla lo svolgimento di attività formativa di tirocinio professionalizzante per l'ammontare di 60 CFU (Crediti Formativi Universitari) all'interno del Corso di Laurea.

La legge Moratti (2004) e la laurea magistrale Una ulteriore omogeneizzazione del percorso formativo si realizza con l'introduzione della legge Moratti (DM 270/2004) riguardante "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509", che detta le disposizioni concernenti i criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari e determina la tipologia dei titoli di studio. Viene quindi introdotta la laurea magistrale in Medicina e Chirurgia e lasciata alle strutture didattiche di ogni singolo Ateneo la capacità di elaborare il regolamento didattico del corso di studio, vale a dire determinare:

a) l'elenco degli insegnamenti, con l'indicazione dei settori scientifico-disciplinari di riferimento e dell'eventuale articolazione in moduli, nonché delle altre attività formative;

- b)gli obiettivi formativi specifici, i crediti e le eventuali propedeuticità di ogni insegnamento e di ogni altra attività formativa;
- c) i curricula offerti agli studenti e le regole di presentazione, ove necessario, dei piani di studio individuali;
- d)la tipologia delle forme didattiche, anche a distanza, degli esami e delle altre verifiche del profitto degli studenti;
- e) le disposizioni sugli eventuali obblighi di frequenza;
- f) la coerenza tra i crediti assegnati alle attività formative e gli specifici obiettivi formativi e la periodica revisione dei regolamenti didattici dei corsi di studio, in particolare per quanto riguarda il numero dei crediti assegnati ad ogni insegnamento o altra attività formativa.

Con l'istituzione della laurea magistrale viene ribadito l'intero percorso della tabella XVIII introducendo alcune innovazioni:

- a) la conferma del numero massimo di 36 Corsi Integrati e quindi di esami in cui si articola il Corso di Laurea;
- b)una più razionale distribuzione dei crediti evitandone la eccessiva parcellizzazione;
- c) l'attivazione di nuovi ambiti quali medicina delle attività motorie e del benessere, inglese scientifico e abilità linguistiche, informatiche e relazionali, pedagogia medica, etc. L'applicazione pratica della legge Moratti si realizza con il successivo DM del 2007 "Determinazione delle Classi di

Laurea Magistrale" in cui vengono fissati gli Obiettivi formativi qualificanti e le attività formative indispensabili raggruppate in attività formative di base e caratterizzanti, gli ambiti disciplinari comprendenti i Settori Scientifico Disciplinari declinabili nei vari insegnamenti che caratterizzano il piano degli studi del corso di laurea di medicina.

Con questa Riforma si realizza un percorso formativo di Medicina sostanzialmente omogeneo a livello nazionale, in quanto basato su SSD prefissati (di base e caratterizzanti), con la differenza fra i vari corsi di studio a livello di singoli atenei di una certa disomogeneità nell'attribuzione dei CFU ai singoli insegnamenti o corsi integrati. Ad esempio un insegnamento fondamentale, quale Fisiologia (SSD Bio/09) era declinato a livello di singolo Corso di Studio con un'attribuzione di Crediti variabile da 11 a 25 con una mediana di 18 CFU.

Lo sforzo di omogeneizzazione svolto dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea di Medicina. Il sistema AVA Un grande lavoro di omogeneizzazione dei vari Corsi di Studio di Medicina a livello nazionale è stato e continua ad essere svolto dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea di Medicina sotto la guida del professor Andrea Lenzi, i cui obiettivi, fra gli altri, rimangono lo sviluppo delle conoscenze attraverso l'innovazione didattica ed il miglioramento continuo della formazione in medicina.

L'introduzione del sistema AVA (Accreditamento, Valutazione periodica, Autovalutazione) in attuazione della legge 240 e del suo decreto Legislativo n.19 del 2012 ha portato un ulteriore contributo all'omogeneizzazione del percorso formativo secondo il quale ogni Corso di Studio deve garantire l'efficacia della formazione effettivamente messa a disposizione degli studenti e l'attenzione al miglioramento continuo, documentata da azioni concrete di programmazione per il conseguimento di risultati di sempre maggior valore.

In altri termini i Corsi di Studio devono dimostrare che ogni persona coinvolta nelle attività formative svolge i suoi compiti in modo competente e tempestivo, l'apprendimento degli studenti è sostenuto con attenzione ed efficacia e che tutte le attività tecniche e amministrative sono adeguatamente organizzate.

I documenti principali ed i ruoli organizzativi previsti dall'AVA per la didattica prevedono la compilazione di una Scheda Unica Annuale del Corso di Studio (SUA-CdS), la costituzione del Gruppo di Autovalutazione che provvede alla stesura del Rapporto di Riesame e all'individuazione di azioni di miglioramento sia su base annuale che pluriennale, rilevando i

dati relativi ai risultati delle attività didattiche del CdS e le schede dell'opinione degli studenti e dei laureati, la Commissione Paritetica Docenti-Studenti ed il Nucleo di Valutazione che valutano l'efficacia dell'azione didattica e le criticità emergenti.

Il sistema AVA rappresenta quindi una guida per gli Atenei per organizzare i processi di autovalutazione e miglioramento continuo della qualità, dove, per qualità si intende il grado di adeguamento delle attività svolte alle esigenze dei portatori di interesse.

Nonostante negli ultimi anni si siano realizzati notevoli miglioramenti nel percorso formativo dello studente di medicina, rimangono tuttavia alcune criticità:

- a) test di accesso (iscrizioni in sovrannumero);
- b)scarsa integrazione fra formazione e ambiti di esercizio della professione medica (Ssn);
- c) eccessiva lunghezza del percorso formativo.

Per quanto riguarda le iscrizioni in sovrannumero, le numerose denunce di presunte irregolarità durante i test d'ingresso svoltisi negli ultimi due anni, con relativi ricorsi al TAR, hanno portato all'iscrizione di un numero di studenti in eccesso rispetto al numero programmato ed all'offerta formativa dei singoli Corsi di Studio, offerta tarata su precisi requisiti di docenza e logistici.

Quest'anomalia rischia di compromettere la sostenibilità dei corsi di studio e la qualità della formazione. I dati dicono che da quando esiste il numero programmato è migliorata la qualità dei laureati ed è diminuito l'indice di abbandono; questo sovraffollamento della popolazione studentesca avrà certamente ripercussioni negative nel prossimo futuro quando gli studenti dovranno affrontare la parte formativa professionalizzante che prevede una didattica tutoriale a piccoli gruppi al letto del malato.

Le attuali criticità

Per affrontare il tema sempre più cogente dell'integrazione fra formazione ed ambiti di esercizio della professione medica nella rete formativa del SSN, il corso di laurea di Medicina di Parma ha sviluppato un progetto che intende promuovere e stimolare nuove e approfondite relazioni fra la formazione medica e gli ambiti professionali, ovvero tra i processi finalizzati a qualificati livelli di preparazione scientifica ed i luoghi ove tali livelli sono chiamati ad essere esercitati.

Questa generale finalità è specificatamente correlata ai processi evolutivi del Sistema sanitario dell'Emilia Romagna. La scelta è stata quella di inserire, in termini integrati e strutturati nel Piano degli studi, percorsi formativi mirati su tematiche fondamentali per l'agire medico nei contesti attuali entro cui la professione è chiamata a misurarsi e responsabilizzarsi.

A questo scopo la Facoltà di Medicina e Chirurgia ha realizzato il "Laboratorio per i Sistemi Sanitari e l'Organizzazione dei Servizi della Salute" con la partecipazione della Regione Emilia-Romagna (Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali), delle Azienda Sanitarie locali e dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Parma: il Laboratorio organizza ogni anno accademico attività formative che hanno per oggetto la politica sanitaria, l'organizzazione sanitaria, l'economia sanitaria, l'etica medica, gli aspetti interculturali, il governo clinico, le metodologie per la ricerca, la pratica delle esercitazioni "sul campo", le connessioni della medicina con altre discipline e professioni a livello locale ed internazionale, aspetti che solo raramente trovano spazio strutturato nel corso di laurea e che hanno riscosso un crescente interesse ed apprezzamento da parte degli studenti ed anche di molti docenti. Inoltre non va dimenticata la fattiva collaborazione con l'Ordine dei Medici con il coinvolgimento del MMG non solo nella didattica professionalizzante con allargamento della rete formativa ma anche in quella formale.

L'ultimo punto critico è quello dell'eccessiva lunghezza del percorso formativo del medico: fra il momento dell'iscrizione al Corso di Laurea di Medicina e l'abilitazione all'esercizio professionale intercorrono circa 7 anni (6 anni di corso più sei mesi minimo fra tirocinio e abilitazione) cui si aggiunge il percorso formativo postlaurea di 4 o 5 anni secondo la tipologia della specializzazione, tempi decisamente eccessivi. Una proposta emergente è quella di introdurre la laurea abilitante accorciando l'iter formativo recuperando il tempo attualmente impiegato nei tre mesi di tirocinio post laurea attraverso la trasformazione del sesto anno del corso di medicina in un anno professionalizzante ed introducendo il "progress test" con il quale valutare gli studenti lungo tutto il percorso accademico. Già da 10 anni la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina ha introdotto il Progress Test e nell'ultimo anno (2015) hanno partecipato al Test 49 Corsi di Laurea per un totale di 26.899 studenti con ottimi risultati. Attualmente èin via di analisi un decreto per consentire l'abilitazione nell'immediato post laurea.

La bozza prevede che l'esame di stato possa seguire anche immediatamente la discussione della tesi di laurea e la proclamazione del voto di laurea ed essere sostenuto non oltre un mese dallo stesso: in pratica, la laurea e, al massimo un mese dopo, l'abilitazione alla professione medica. Le modifiche previste andranno ad impattare sul tirocinio obbligatorio attualmente spalmato in un trimestre, prevedendo che questo sia effettuato durante i sei anni di studio universitari e non alla conclusione come avviene ora.

In conclusione le varie riforme che si sono succedute nel corso degli anni e l'attività della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea hanno portato ad un notevole Conclusioni

miglioramento e relativa omogeneizzazione del percorso formativo dello studente di Medicina a livello nazionale, anche se rimangono vari aspetti meritevoli di ulteriore miglioramento. La qualità, comunque, della formazione medica in Italia è testimoniata dal ranking a livello internazionale del Sistema Sanitario Nazionale che si colloca in posizioni di eccellenza.

Le novelle legislative riguardanti la P.A.: la medicina fiscale

RELAZIONI

Il valore del Polo Unico nel disposto di legge sulla PA: il ruolo della Medicina Fiscale uniformata nel Ssn in ambito privato e pubblico

Giorgio Pagliari
Senatore della Repubblica

PREMESSA

Non vi è bisogno di ricordare come, per garantire il diritto di malattia di tutti i lavoratori, debba essere evitato ogni abuso di assenze e certificazioni.

Confondere legittimi diritti con scuse e pretesti ha un costo che viene pagato da tutti e, dunque, solo con un sistema di controllo efficiente potremo promuovere equità e sviluppo.

Va segnalato che la Commissione Affari Sociali di Montecitorio, in questi anni, ha condotto un'indagine conoscitiva per risolvere la vicenda dei medici fiscali che operano per conto dell'Inps. Ed il polo unico della medicina di controllo rappresenta una prospettiva utile per migliorare e uniformare la qualità delle attività di verifica, a difesa anche della professionalità dei medici impegnati nel settore.

Gradualmente le assenze per malattia si stanno allineando

agli standard europei, ma il Governo ha agito con coraggio e radicalità: rendere omogenei i sistemi di controllo resta una priorità anche per vincere una sfida culturale e mantenere una corretta percezione della cultura del lavoro".

Normativa

Sulla Gazzetta Ufficiale n.187, del 13 agosto 2015 è stata pubblicata la legge 7 agosto 2015, n. 124 recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche". Il provvedimento è entrato in vigore il 28 agosto 2015.

Tra le novità contenute nella legge di riforma della Pubblica amministrazione vi è l'istituzione del polo unico della medicina di controllo, che comporta il totale passaggio di competenze all'Inps della funzione del controllo sullo stato di salute dei lavorati in malattia.

Il provvedimento, deciso dal Ministero della Funzione Pubblica e dal Governo, riguarda ben 1.300 medici fiscali inseriti in liste ad esaurimento e che già oggi visitano i lavoratori nel privato.

L'art. 17 dispone, infatti, la riorganizzazione delle funzioni in materia di accertamento medico-legale sulle assenze dal servizio per malattia dei dipendenti pubblici, al fine di garantire l'effettività del controllo, con attribuzione all'Istituto nazionale della previdenza sociale della relativa competenza e delle risorse attualmente impiegate dalle amministrazioni pubbliche per l'effettuazione degli accertamenti, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la quantificazione delle predette risorse finanziarie e per la definizione delle modalità d'impiego del personale medico attualmente adibito alle predette funzioni, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e con la previsione del prioritario ricorso alle liste di cui all'articolo 4, comma 10-bis, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modifi-

cazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, e successive modificazioni.

L'articolo 11 delega il Governo alla revisione della disciplina in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici. Nell'istituire il sistema della dirigenza pubblica, viene disposta la realizzazione di tre ruoli unici in cui sono ricompresi, rispettivamente, i dirigenti dello Stato, i dirigenti regionali – inclusa la dirigenza delle camere di commercio, la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale (Ssn), esclusa la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn – e i dirigenti degli enti locali, in cui confluiscono altresì le attuali figure dei segretari comunali e provinciali e fermo restando il mantenimento della figura del direttore generale negli enti locali di maggiore dimensione (cui compete l'attuazione degli indirizzi e degli obiettivi stabiliti dagli organi di governo dell'ente nonché sovrintendere alla gestione dell'ente).

Nel corso dell'esame alla Camera dei Deputati è stato specificato che dal ruolo unico dei dirigenti dello Stato è escluso il personale non contrattualizzato in regime di diritto pubblico. Tale personale è costituito dalle seguenti categorie: magistrati ordinari, amministrativi e contabili, avvocati e procuratori dello Stato, personale militare e delle Forze di polizia di Stato, personale della carriera diplomatica e della carriera prefettizia, personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale della carriera dirigenziale penitenziaria, professori e ricercatori universitari, nonché di talune autorità indipendenti. Al comma 1, lettera p), laddove sono definiti i principi fondamentali di delega per la disciplina del conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, durante l'esame alla Camera dei Deputati è stata introdotta la specificazione che le disposizioni in oggetto si riferiscono anche agli incarichi di direttore dei

servizi socio-sanitari, ove previsto dalla legislazione regionale. Inoltre, è stata aggiunta la disposizione in base alla quale il sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali deve tenere conto non solo del raggiungimento degli obiettivi sanitari, ma anche dell'equilibrio economico dell'azienda. È stato infine introdotto un nuovo criterio direttivo per l'adozione dei decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica nel settore sanitario, volto a definire le modalità per l'applicazione delle norme di cui alla presente lettera p) in particolare alle aziende ospedaliero-universitarie. È stata infine aggiunta, con la lettera q), la previsione di ipotesi di revoca dell'incarico e di divieto di rinnovo di conferimento di incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna anche non definitiva, da parte della Corte dei conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

Per l'attuazione manca però un ultimo tassello, ossia il decreto attuativo che porterà concretezza al nuovo polo che unificherà e uniformerà gli accertamenti medico-legali sui dipendenti pubblici e privati assenti per malattia, trasferendo le competenze e le risorse economiche, attualmente impiegate nella Pubblica amministrazione, in via esclusiva all'Inps.

Commenti

Tra i primi commenti alla normativa non mancano le critiche: 1)si teme che tale passaggio di competenze possa avere esito non dissimile dall'assorbimento dell'Inpdap da parte dell'Inps, che a quanto pare non ha fatto altro che peggiorare la confusione che regna sovrana nella P.A., ed aumentare i debiti nelle casse dell'Inps;

2) si parla dunque di unificare le visite fiscali, ma con quali medici se l'Inps non riesce nemmeno a coprire quelle che ha già di suo, considerato la mancanza cronica dei propri medici, e i recenti mancati rinnovi dei medici a contratto; 3) tale riforma non porterebbe ad alcuno snellimento o risparmio per la Pubblica amministrazione. Al contrario, produrrebbe un aggravio dei costi. Si dovrebbe, invece guardare con occhio più attento alle nuove tecnologie e alla digitalizzazione degli Enti come vero strumento di semplificazione e riduzione delle spese.

Al contrario la riforma sembra aver incontrato il plauso degli operatori. Un apprezzamento è stato espresso dalla Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg). Secondo tale ente, in particolare, la riforma porterà indiscussi vantaggi. Tra questi:

- la certezza dell'esecuzione e un incremento della qualità dei controlli;
- una scelta appropriata delle visite mediche fiscali nel comparto pubblico;
- l'uniformità di giudizio per tutti i lavoratori;
- la razionalizzazione della spesa e la maggiore efficacia nella lotta agli abusi, all'assenteismo e alle truffe con rigore metodologico, con una regia univoca informaticamente supportata e con immediatezza di risposta e di output.

E per questo la Fimmg ha chiesto celerità nella stesura e l'approvazione del decreto legislativo attuativo che stabilizzi e disciplini il rapporto di lavoro tra i medici fiscali e l'Inps, con la messa a punto di una convenzione ad hoc. Per la Fimmg va stabilito un accordo dettagliato: "che contempli un rapporto di lavoro orario, con stabilità di incarico, tendente al tempo pieno, in grado di garantire il necessario numero di visite di controllo oltre che l'assolvimento, anche in ottica di risparmio, di ulteriori compiti istituzionali medico legali soddisfacendo alle attuali esigenze dell'ente".

Anche l'Associazione nazionale medici fiscali Inps (Anmefi) esprime soddisfazione per l'approvazione del disegno di legge di riforma della Pubblica Amministrazione. In particolare, il provvedimento costituirebbe un fondamentale passo in avanti nel contrastare il fenomeno dell'assenteismo mediante

un nuovo, più razionale e funzionale servizio, riconoscendo la centralità della figura professionale del medico di controllo e l'attenzione che essa merita da parte della Politica. I medici di controllo ora si augurano una rivisitazione della materia con stabilizzazione economica e superamento del decreto ministeriale 8 maggio 2008, uscendo così dalla modalità contrattuale di collaborazione fiduciaria, che li ha visti impegnati sul territorio in questi decenni, senza tutele o garanzie, gravemente penalizzati da norme inique adottate il 30 aprile 2013 ed ancora in auge.

La regolamentazione INPS dei controlli delle certificazioni di malattia e il ruolo della Medicina Fiscale. Andamento del fenomeno

Federica Ferraroni
direttore scientifico della rivista la medicina fiscale

IL CORPO MEDICI INPS è formato da circa 2.750 professionisti, così ripartiti: circa 400 dipendenti, 1.250 medici fiscali e 1.100 medici esterni.

Nel 2004 i medici "interni", dipendenti, erano circa 1.500 e l'attività dei centri medico-legali era limitata all'invalidità previdenziale: da allora il Centro Medico Legale è cresciuto moltissimo in termini di aumento di competenze richieste e di mole di lavoro (si è aggiunta tutta l'invalidità civile: manca all'appello solo la prima istanza, ancora in capo alle Regioni).

Dal 1989 non vengono più banditi concorsi di assunzione e i pensionamenti degli interni, insieme all'aumento di attività, hanno richiesto un'implementazione del numero di medici impiegati nelle numerose e complesse attività di sede. Dal 2009 si è, così, dato il via a bandi di selezione, a durata finora annuale e a numero progressivamente crescente (di medici e ore di lavoro), finalizzati all'impiego di contrattisti esterni,

che svolgono in tutto e per tutto lo stesso lavoro dei colleghi omologhi interni, ma con un trattamento economico e professionale esageratamente differente.

La specificità del medico fiscale

Diverso è il discorso dei medici fiscali, da sempre medici non di sede, impiegati "solo" per l'importante funzione di espletare le visite domiciliari sui lavoratori assenti per malattia, che l'INPS deve svolgere per legge.

La visita fiscale, nel diritto del lavoro italiano, è un accertamento sanitario predisposto d'ufficio dall'INPS o richiesto dal datore di lavoro ed eseguito dal personale medico fiscale in servizio presso l'INPS o presso le Regioni. Affonda le sue radici nello Statuto dei Lavoratori del (legge 20 maggio 1970, n-300), finalizzata al conseguimento del risparmio della spesa pubblica, e del decreto ministeriale del 15 luglio 1986. L'art. 5 della legge 300/70 (Statuto dei Lavoratori) sancisce il divieto ad "accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente." Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda."

La figura del medico fiscale vero e propria è nata con la legge 11 novembre 1983 n. 638: la legge 638/83 istituisce le liste in un regime di concorrenzialità con le Asl. Il servizio sarà gestito dall'Inps che "istituisce presso le proprie sedi liste speciali formate da medici...", ma non sarà l'Inps competente sulle modalità della disciplina, sui compensi e sullo schema tipo di convenzione. L'Inps infatti, per precisa volontà del legislatore, non possiede facoltà di scelta nell'attuale arruolamento dei medici fiscali o sul loro inquadramento

Finora la dicotomia della "separazione" dei due settori di controllo medico (i circa 12 milioni di lavoratori del settore privato di pertinenza all'Inps e i circa 3 milioni di lavoratori nel settore pubblico di pertinenza alle Regioni) ha portato ad un diversissimo controllo della spesa pubblica per malattia che ha raggiunto livelli di eccellenza, anche a livello europeo, nel settore privato, mentre è attualmente fuori controllo nel settore pubblico.

Questa evidenza ha portato alla necessità di portare in capo all'Inps anche il controllo del settore pubblico.

Il controllo del lavoratore (privato e pubblico) è e diventerà ancora di più un obbligo di legge al quale l'Ente non può esimersi.

I dati che presenteremo sono elaborati da fonte ISTAT, INPS e Ragioneria di Stato.

Il medico fiscale è il medico consulente esterno chiamato ad esprimere, dopo una raccolta anamnestica (anche lavorativa), terapeutica e diagnostico-strumentale e dopo un accurato esame obiettivo, un giudizio medico-legale sull'idoneità o meno al lavoro: non dà una prognosi clinica ma lavorativa. Al 31 dicembre 2014 i medici fiscali Inps sono 1.250: 703 uomini (56,24%) e 547 donne (43,76%). Al 31 dicembre 2007 erano 1.159: dopo il 2007 si sono iscritti 91 medici. L'età media è di 55,8 anni (56,48 per gli uomini, 54,92 per le donne), la moda è a 57 anni (58 per gli uomini, 56 per le donne), la mediana a 57 anni (57 per gli uomini, 56 per le donne).

In merito all'impegno per fasce orarie, il 65,84% è impegnato su due fasce (dato non recente, antecedente al bando per gli specialisti esterni). Sono meno di 100 i medici fiscali che svolgono anche attività di medico esterno.

Parlando dei medici di lista al 31 dicembre 2014, dai dati contenuti negli archivi della Fnomceo al 30 settembre 2014, il 38,48% (481) risultano essere specialisti (54,47% uomini, 45,53% donne) (461 hanno almeno una specializzazione, 19 ne hanno due, 1 ne ha 3), e il 61,52% (769) non ne hanno

Fotografia del medico fiscale oggi in Italia nemmeno una (tra i post 2007 il 61,54% è specialista). Tra gli altri titoli, 81 hanno il titolo di formazione in MG e 222 hanno la doppia iscrizione (anche all'albo degli odontoiatri). Le regioni che vanno oltre la media calcolata intorno ai 5.000 abitanti per medico fiscale sono 5: Lombardia, Sardegna, Puglia, Trentino Alto Adige, Veneto. Il dato viene confermato sia con riferimento agli occupati nel settore privato che in merito ai dipendenti della PA, in previsione della riforma della medicina fiscale.

Se si sommano i dipendenti del pubblico con quelli del privato, per un totale di circa 17 milioni di lavoratori, queste stesse 5 regioni sono sopra soglia, con un numero di medici fiscali oltre la media (che si ha a 15000 nel rapporto lavoratore /MF). In altre regioni, invece, la somma dei due tipi di lavoratori porta ad una compensazione.

La certificazione di malattia nel 2014

Per poter fare un piano industriale valido, almeno decennale, e mettere le basi corrette per lo sviluppo della nuova Medicina Fiscale Inps, bisogna partire dai dati relativi alla certificazione di malattia nel 2014 e dalla comparazione di quanto sta avvenendo nei due comparti, pubblico e privato.

Nel comparto privato si è registrata una diminuzione del 3,9% del numero dei certificati di malattia (nel 2013 11.869.521, nel 2014 11.401.918)

Nel pubblico si è confermato il trend in aumento (4.701.573 nel 2011, 5.983.404 nel 2014).

Anche se consideriamo il numero di eventi di malattia (sono gli eventi morbosi che hanno determinato lo stato di malattia: vengono considerati come singoli anche in presenza di più certificati di continuazione a patto che non siano stati emessi a più di due gg dalla data di fine del certificato precedente), nel pubblico si è avuto un loro aumento (da 4.838.767 nel 2013 a 4.853.348 nel 2014) con aumento anche del numero complessivo dei gg di malattia (da 30.785.909 nel 2013 a

30.845.920 nel 2014), mentre nel privato sono diminuiti (da 8.809.011 nel 2013 a 8.795.415 nel 2014) con una riduzione dei numeri complessivi di gg di malattia (da 77.640.823 nel 2013 a 75.753.714 nel 2014).

Nel privato la riduzione ha interessato spt di più breve durata con un aumento contenuto di quelli di durata superiore a 21 gg.

Nel pubblico, andamento diverso anche qui: aumento degli eventi di breve durata (1 o 2-3 gg), una diminuzione di quelli compresi fra i 4 e i 10 gg, e un nuovo aumento degli eventi superiori ai 10 gg (limite entro il quale cessa la penalizzazione economica del salario accessorio).

Guardando ai giorni della settimana, anche nel 2014 il lunedì è risultato essere il giorno in cui si ha la massima frequenza di inizio degli eventi con oltre 2.500.000 casi nel privato e 1.300.000 nella pubblica amministrazione. Il venerdì è stato, invece, il giorno in cui sono maggiormente iniziati gli eventi morbosi di un giorno singolo nella PA, seguito dal lunedì: le donne si ammalano maggiormente in questi gg (la domenica il rapporto si inverte: dati confermati rispetto al 2013). L'incremento delle assenze per malattia nella PA nel 2014 si è attutito (incremento di "sole" 60.000 giornate), con un "modesto" incremento (circa 14.550 in più) con un aumento degli episodi di 1 e 2/3 gg e di quelli superiori ai 10 gg. Tutto questo accentua le problematiche medico-legali e dal punto di vista dei costi. Già nel 2013 non si era ottemperato alle norme che regolano i controlli sullo stato di malattia dei lavoratori pubblici (si fa riferimento alla norma art. 55 septies del D.Lgs. n. 165/29001, comma 5, modificato dalla legge n. 111/2011che prevede l'obbligo da parte dell'amministratore di disporre visite fiscali fin dal primo giorno nel caso di assenze che si verifichino nelle giornate immediatamente precedenti o successive a quelle non lavorative, se il giorno di malattia o uno dei gg di malattia cada subito prima o subito dopo la

domenica o altre festività. La "giornata non lavorativa" come da orientamento espresso dal Dipartimento della Funzione Pubblica deve essere individuata anche con riferimento all'articolazione del turno cui il dipendente è assegnato e alle giornate di ferie o permesso concesse. Negli altri casi le visite fiscali sono ricondotte alla discrezionalità del dirigente.

Analizzando le tariffe applicate dalle varie regioni per le visite fiscali sui dipendenti della PA si può calcolare una media nazionale di 42 euro. Se si considerano i circa 2.300.000 eventi di tutte le durate che abbiano inizio il venerdì, il sabato. La domenica o il lunedì, si può facilmente evidenziare come sarebbero necessari oltre 95 milioni di euro per eseguire i controlli applicando le attuali tariffe delle Regioni, superando ben presto i 100 milioni di euro se si considerano le altre festività nazionali (escludendo gli oltre 2.500.000 che iniziano negli altri gg della settimana e che hanno visto un incremento nel 2014 come nel 2013).

Altra differenza da sanare è l'orario di reperibilità di malattia per i lavoratori che è diverso tra il pubblico (7 ore al giorno) e il privato (4 ore al giorno: da considerare il fatto che, agli albori della medicina fiscale Inps nel 1983, gli orari di reperibilità nel privato erano di 24 ore al giorno. Ci sono voluti 20 anni di applicazione della funzione "educativa" della medicina fiscale Inps per arrivare a garantire un controllo efficiente della spesa in questo comparto con le sole attuali 4 ore). In passato si è provato ad aumentare il numero di ore di reperibilità nella PA fino a 11 ore, con un subitaneo calo del numero dei certificati di malattia: quando si è provato a ridurle a 4, si è registrato subito un insostenibile picco di aumento della spesa, trovando un equilibrio intermedio nelle attuali 7 ore. In questo momento, non è pensabile ridurre a 4 ore il tempo di reperibilità giornaliera del dipendente pubblico, pena il fallimento certo della riforma stessa, ancora prima di iniziare ad applicarla.

Se si può considerare virtuoso il controllo della spesa per la malattia nel settore privato, si può altrettanto affermare quanto, invece, nel comparto pubblico la spesa per malattia continui ad essere sostanzialmente fuori controllo.

Il nostro Paese spende, infatti, per la malattia del solo comparto pubblico una cifra molto vicina ai sei miliardi di euro: l'allineamento alle medie dei dipendenti privati potrebbe portare ad un risparmio di un miliardo e mezzo.

La sottrazione di risorse potrebbe portare ad una sua inefficienza con pesanti ricadute economiche.

Benché la funzione di Medicina Fiscale sia nata negli anni '70 sulla base dei dettati dello Statuto dei Lavoratori non se ne è mai discusso pubblicamente fino al 2013. Dal 2013 in poi le cose sono cambiate drasticamente nel settore della comunicazione per due motivi mediaticamente rilevanti: il drastico taglio dei fondi Inps per i controlli nel privato ed il progressivo deterioramento dell'assenteismo nel settore pubblico.

Sul drastico tagli i dei fondi per la Medicina fiscale attuato dall'Inps il 29 aprile 2013, con un messaggio Hermes interno e attuato da un giorno all'altro, senza alcun preavviso, occorre fare chiarezza. La legge di stabilità del 24 dicembre 2012, n.228, art. 108 faceva riferimento alla necessità di tagli nel contesto della cosiddetta "spending review", richiamando la Legge 9 marzo 1989, n. 88. Come chiarisce l'OdG Balduzzi (atto Camera in Assemblea su P.DL. 9/05440-AR/065, seduta di annuncio 706 del 18/10/2012 - Paolo Russo, Girlanda) e soprattutto ordine del giorno del Senato accolto dal Governo (n.G4.101 al ddl n.843 - Compagnone e altri- 2013): "Appare pertanto incomprensibile il motivo della sospensione delle visite mediche disposte d'ufficio, atteso che si tratta di spesa obbligatoria e non di funzionamento (e quindi non applicabile il disposto di cui al comma 108

Dai tagli orizzontali al nuovo Polo Unico della Medicina Fiscale: un problema di risorse della legge 24 dicembre 2012, n.228) e di settore praticamente in pareggio".

Sarebbe quindi auspicabile che l'Inps tornasse a stanziare il budget stanziato per la medicina fiscale fino al 2012 non solo per evitare che torni ad aumentare l'assenteismo nel privato, ma addirittura per potenziare il ritorno economico: la medicina fiscale Inps è sempre stata una voce attiva. Per 18 milioni di euro spesi per le visite d'ufficio, nel 2014 l'Inps ne ha incamerati 20 per riduzioni prognosi, assenti ingiustificati, recupero da responsabilità terzi e patologie non indennizzabili come la chirurgia estetica.

Infine, in ordine al funzionamento del data mining Sa.V.I.O, che rappresenta lo strumento informatico di cui si serve l'Inps per selezionare i certificati da verificare, bisogna tener conto del fatto che, con un volume così basso di controlli (in base a quello che è stato dichiarato dall'ex DG dott. Nori in audizione il data mining si basa sulle curve Roc e sulla accuracy ratio) e con un campionamento così ristretto, prima o poi il sistema andrà in overfitting e ad essere controllati sarebbero sempre gli stessi lavoratori.

Una possibile analisi di ciò che sarà il PU parte dalla definizione del carico di lavoro atteso, del manpower minimo necessario e delle risorse relative, in termini di:

- percentuale di certificati di malattia da verificare;
- numero assoluto di visite necessario a questo scopo;
- monte ore assoluto necessario allo svolgimento delle viste stesse;
- numero di medici fiscali necessari per effettuare queste visite;
- analisi delle risorse necessarie a realizzare questi obiettivi.

PA: i numeri

Le certificazioni nella Come già chiarito in precedenza il monte certificati nella PA è pari negli ultimi due anni a circa 6.000.000/anno: circa il 50 % vengono emessi nei giorni a cavallo dei festivi. Di questi circa il 60 % sono di 1 solo giorno (soprattutto lunedì). È verosimile che in questa fascia di certificazione si annidino gli abusi, ma è necessario anche un attento controllo nella fascia di certificazione oltre i 10 giorni.

Controllando nella fase iniziale almeno il 25 % del totale certificati si arriva a circa 1,5 mln di visite/anno per la sola PA, numero considerato minimo per la significatività statistica del campione ai fini un ottimale autoapprendimento del data mining, oltre che per la valenza sociale dei controlli.

A queste si aggiungono un minimo di circa 1.000.000 di visite per il settore privato (valori pre-2013) per un totale di 2,5 milioni.

Appare critica l'armonizzazione delle fasce orarie di reperibilità a 4 ore al giorno come nel privato: le riduzioni delle ore di reperibilità effettuate nel passato hanno fatto registrare un aumento dell'assenteismo. Vista la tipologia di assenze che si hanno soprattutto nella PA (assenze brevi di 1 o 2-3 giorni e quindi al di fuori della portata dei sistemi informatici esperti dell'Inps) nelle quali verosimilmente si annida l'abuso, è richiesto un sistema prontamente reattivo in grado di sopportare elevati carichi nel brevissimo periodo che se concentrati in sole 4 ore al giorno richiederebbero un contingente di medici molto elevato.

Inoltre, la possibilità di avere fasce orarie più ampie (p. es. 6 ore), consentirebbe la certezza della visita anche nelle zone più disagiate e, per il medico, più tempo da dedicare all'accertamento.

Assumendo un tempo medio di vista attorno ai 50-60 minuti, trasferimenti compresi, ed ampliando la fascia di reperibilità a 6/7 ore die per tutti i lavoratori, si arriva ad una media di 8 visite/die per MF (2.000 visite anno). Per garantire il monte visite complessivo annuo di circa 2,5 mln di visite occorrono quindi non meno di 1.250 medici fiscali (valore espresso in ULA).

Da ciò si deduce che:

• la numerosità attuale del gruppo dei medici fiscali sarebbe

appena sufficiente a garantire l'espletamento di un servizio di qualità;

 l'ingresso nel gruppo dei medici ASL che effettuano le visite fiscali per la PA non crea problemi, dato il loro esiguo numero ed il rateo annuale di pensionamenti dei MF in servizio.

In definitiva non è possibile garantire un servizio efficace riducendo il numero dei medici fiscali o sottraendo comunque risorse orarie alla funzione.

Le risorse per la medicina fiscale

Attualmente la funzione di medicina fiscale è frammentata dal punto di vista organizzativo e attinge a risorse provenienti da capitoli diversi di finanziamento, allocati su Enti e Ministeri diversi.

Per il 2016 si può contare, a invarianza di investimento:

- sui 42 milioni che attualmente l'Inps ha messo in budget per le visite fiscali (18 per quelle d'ufficio e 24 per quelle richieste dai datori di lavoro, cifra questa interamente versata dalle aziende private: si badi che attualmente le aziende private corrispondono all'INPS, per le visite richieste dal datore di lavoro, una cifra di circa 67 euro, ben superiore ai 41 euro + spese di trasferta riconosciuti al Medico fiscale)
- sui 52 milioni di euro stanziati nel bilancio dello Stato 2015 per gli accertamenti medico legali ai dipendenti della PA assenti per malattia. Se è vero che di questi risultano spesi solo 18 milioni allocati alle USL, a fronte di 3/400.000 visite effettuate nel 2015, appare davvero grottesco attribuire al nuovo Polo Unico solo queste risorse, spese per un servizio non rispondente né a ad esigenze statistiche di controllo né allo stesso dettato di legge (Legge 125,15/7/2011, "Brunetta") che impone la verifica di tutti gli eventi avvenuti a cavallo dei festivi, che ammontano ad un totale di circa un milione e mezzo di visite.

Dai dati che abbiamo riportato si evincono alcune conside- Considerazioni finali razioni di base.

- La riforma della medicina fiscale con l'istituzione del polo unico è una necessità per l'erario perché, a parità di risorse attualmente stanziate e utilizzando lo stesso numero di persone attualmente impiegate, si ottiene un risparmio certo della spesa pubblica e questo solo dal comparto del controllo della spesa per la malattia nel settore della pubblica amministrazione. Nel settore privato, i risultati raggiunti dall'Inps in questi 30 anni di medicina fiscali sono di eccellenza a livello europeo. Questo è stato possibile grazie alle risorse umane, professionali ed economiche impiegate, anche in ottica della informatizzazione del servizio e nonostante il persistere di criticità del sistema SAVIO, peraltro risolvibili una volta raggiunta la piena maturità operativa del sistema stesso.
- Sono necessarie le risorse attualmente stanziate (70 milioni alle Regioni), non di più e non di meno, altrimenti si rischia di inficiare l'efficacia della riforma stessa (a partire dai 18 milioni promessi dall'INPS per la medicina fiscale nel 2015 fino ad arrivare in sede di CSR nel momento di passaggio di consegne dalle Regioni all'Inps).
- Il personale medico attualmente utilizzato (medici fiscali Inps e medici ASL non dipendenti) è appena sufficiente a garantire il corretto espletamento della funzione di medicina fiscale. A fronte di sole 5 regioni sovrasoglia (si è fissato il valore soglia utilizzando parametri come il rapporto lavoratore/medico fiscale o la superficie territoriale da coprire o il numero di certificati medici pervenuti), gli organici dei medici fiscali delle altre regioni sono tutti sottosoglia.
- Da rivedere anche l'attuale contratto a notula dei medici fiscali Inps, insoddisfacente per tutti (troppo svantaggioso per l'Ente e poco tutelante per i medici). I medici fiscali dovranno essere pronti a lavorare un po' di più per far fronte

- alla ingente mole di nuovo lavoro con l'arrivo del controllo del comparto pubblico, guadagnando un po' meno al netto, a fronte di maggiori tutele e garanzie.
- Come emerge dall'analisi dei dati, i medici fiscali Inps di lista (che hanno la priorità, per legge, a svolgere le visite fiscali Inps) hanno un'età media elevata e nel giro di un decennio la maggioranza sarà arrivata all'età pensionabile. Bisogna fin da subito mettere in atto le opportune strategie per il ricambio generazionale di questa classe di medici, con la programmazione di un idoneo modus operandi per la formazione dei futuri medici fiscali (quelli attualmente in servizio si sono formati sul campo grazie all'attività pluriventennale esercitata: per i futuri bisognerà pensare ad opportuni corsi di formazione, così come avviene per quelli per la medicina generale, disciplina peraltro affine alla medicina fiscale stessa, insieme alla medicina legale e alla medicina del lavoro).

Il nuovo ruolo del medico fiscale di fronte alle molteplici attività proposte. Nasce un nuovo medico competente?

Gianluigi Spata componente Comitato Centrale Fnomceo

LA COMPLESSITÀ DELL'ARGOMENTO TRATTATO impone lo svolgimento di alcune riflessioni preliminari, indispensabili per garantire un approccio corretto alla tematica.

La L. 20 maggio 1970, n. 300 (art. 5, accertamenti sanitari) ha sottratto ai datori di lavoro la possibilità di effettuare controlli diretti dello stato di malattia del lavoratore. Da allora, infatti, ancora oggi il datore di lavoro deve necessariamente avvalersi dei servizi ispettivi degli istituti competenti, Inps o ASL.

La stessa legge all'art. 9, a proposito di tutela della salute e dell'integrità fisica del lavoratore, stabilisce il diritto del lavoratore di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso le loro rappresentanze.

Quindi la legislazione è orientata, da un lato, ad assicurare

Quadro legislativo

la tutela adeguata della salute dei lavoratori e, d'altro canto, a garantire il diritto alla verifica in capo ai soggetti, Inps e datore di lavoro, che sostengono il costo della malattia del dipendente.

L'art. 5 del D.L. n. 463/83 (convertito dalla legge di conversione 11 novembre 1983, n. 638) al comma 12 stabilisce che "per l'effettuazione delle visite mediche di controllo dei lavoratori l'Inps, sentiti gli ordini dei medici, istituisce presso le proprie sedi liste speciali formate da medici, a rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e da medici liberi professionisti, ai quali possono fare ricorso gli istituti previdenziali o i datori di lavoro"; e ancora al comma 13 che "Con decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, ci concerto con il Ministro della Sanità, sentiti la Fnomceo e il Consiglio di amministrazione dell'Inps, sono stabilite le modalità per la disciplina e l'attuazione dei controlli secondo i criteri di cui al comma 10 del presente articolo ed i compensi spettanti ai medici".

Il Polo Unico per la medicina fiscale

Dopo un lungo percorso che, attraverso l'approvazione dei successivi decreti attuativi del D.L n.463, 1983 (art. 5 comma 12), ha portato a disciplinare le visite mediche di controllo, a definire le graduatorie provinciali e a definire le liste speciali, a trasformare le liste speciali in liste speciali ad esaurimento (D.L n.101, 2013, art. 4, comma 10 bis, modificato comma 340 legge di stabilità 2014) con conferma dei medici già inseriti alla data del 31 dicembre 2007 con l'obbligo da parte dell'Inps di avvalersi prioritariamente dei medici iscritti in tali liste, si è giunti all'istituzione del Polo Unico per la medicina fiscale (art. 17, legge 7 agosto 2015, n. 124) nel quale è previsto il prioritario ricorso alle liste speciali ad esaurimento (art. 4, comma 10-bis, del D.L. 31 agosto 2013, n.101 convertito, con modificazioni, dalla L. 30 ottobre 2013, n.125, e successive modificazioni).

L'istituzione del Polo Unico per la Medicina Fiscale è sicuramente una grossa opportunità per i Medici Fiscali anche se restano aperti alcuni temi come:

- ridefinire e uniformare la normativa relativa ai due settori (settore privato e pubblico);
- prevedere l'istituzione della figura del medico polivalente con una integrazione e un ampliamento delle competenze del medico fiscale;
- riqualificare e definire una nuova tipologia di contratto per i medici fiscali;
- definire il ruolo dei medici esterni.

Allo stato attuale la Medicina Inps può contare su un organico di circa 2.800 medici dei quali 1.250 Medici Fiscali (rapporto libero professionale, processo di stabilizzazione avviato), 1.190 medici esterni (rapporto libero professionale, processo da definire) e circa 500 medici (rapporto di dipendenza) di età avanzata (dal 1989 non sono stati indetti più concorsi).

Ai 1250 Medici Fiscali attualmente in servizio competono le visite fiscali domiciliari, mentre le attività di sede (medicina assistenziale, previdenziale e fiscale ambulatoriale) è di competenza dei medici interni (circa 500 in regime di dipendenza) e dei medici esterni (1.190, con incarico annuale, in rapporto libero professionale, con compensi e tutele completamente diversi dai medici interni).

Qui occorre segnalare una prima criticità del sistema italiano: i medici legali delle ASL, infatti, sono medici assunti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a retribuzione fissa, mentre i medici che effettuano le visite di controllo nei casi di assenza per malattia per l'Inps sono medici in rapporto di convenzione retribuiti a prestazione che, in caso di forte riduzione dei controlli svolti dall'Inps (vedi drastica riduzione visite mediche di controllo voluta dall'Inps nel maggio 2013), vedono ridursi sensibilmente le proprie attività e i propri

Compiti del Medico Fiscale compensi, a fronte di un rapporto convenzionale che impone loro, nella sostanza, un rapporto di esclusività stante il regime stringente delle incompatibilità previste.

Le visite di controllo eseguite dal medico fiscale dell'Inps e della ASL, previa verifica della presenza o assenza dell'ammalato al domicilio indicato, sono indirizzate a utenze diverse; mentre il medico Inps esegue visite fiscali per i lavoratori privati, a campione tra tutti i certificati pervenuti oppure su richiesta del datore di lavoro (costo a carico del datore di lavoro), il medico ASL invece effettua controlli sui dipendenti pubblici, a discrezione del dirigente e in ogni caso dal primo giorno quando l'assenza si verifica nelle giornate precedenti o successive a quelle non lavorative La visita medica di controllo è una prestazione difficile, eseguita in un rapporto di diffidenza, senza la collaborazione dell'ammalato, del quale sono ignoti, al medico di controllo, precedenti clinici e documentazione sanitaria. La visita viene poi svolta senza l'ausilio di accertamenti strumentali.

Tale visita richiede, dunque, elevati livelli di professionalità e di esperienza. Fra gli obblighi previsti dalla convenzione per il medico addetto alle visite di controllo rientra quello di svolgere un'attività efficiente, efficace e di qualità.

Il ruolo del medico di controllo non è in alcun caso sovrapponibile a quello del medico curante.

Mentre il mmg, dopo attento esame clinico del paziente e prescrizione di idonea terapia, stabilisce la durata dell'incapacità lavorativa temporanea del proprio paziente, il medico fiscale valuta la congruità della prognosi stabilita dal mmg e la rilevanza della malattia rispetto all'idoneità al lavoro specifico svolto dal paziente.

La figura del medico addetto alle visite di controllo in Europa Il panorama europeo sulle modalità delle visite di controllo è alquanto eterogeneo.

In *Italia* e *Spagna* i controlli sono effettuati solo da personale medico.

In *Irlanda* e *Danimarca* non vengono praticamente effettuati controlli delle assenze per malattia.

Nel Regno Unito sono effettuati solo controlli in seguito ad accordi fra datore di lavoro e lavoratore.

In *Finlandia* il sistema di controllo si basa sull'assicurazione malattia obbligatoria. Non vengono effettuati controlli delle assenze per malattia da parte di personale medico. L'assicurazione della malattia è organizzata su base professionale con costi che gravano per i due terzi sui datori di lavoro e per un terzo sugli assicurati che però vengono poi rimborsati in parte dallo stato. È interessante invece la grande presenza del medico competente per la sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro.

In *Francia* i controlli delle assenze per malattia sono effettuati esclusivamente da personale medico a ciò preposto, in rapporto di dipendenza con il sistema sanitario pubblico.

In *Germania*, come in altri paesi europei, il controllo è misto e può essere svolto sia da personale medico dipendente dai fondi assicurativi che da personale amministrativo (conferma o no della presenza del malato al proprio domicilio).

FONTI: le informazioni impiegate per la compilazione del presente paragrafo sono state reperite nei report OCSE e HOPE, nonché sui siti istituzionali dell'Unione Europea e delle singole autorità nazionali.

L'attività del medico competente è normata dalla D.Lgs. 81/08, dove all'art. 25, comma 1 lettera a) e m) sono elencati i compiti:

- valutazione dei rischi insieme al datore di lavoro e al servizio di prevenzione e protezione anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria;
- predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;

Il medico competente

- formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza;
- organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro;
- attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute secondo i principi della responsabilità sociale;
- programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori.

All'art. 38 del D.lgs. 81/08 sono elencati i titoli e i requisiti per poter accedere al ruolo di medico competente: vspecializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;

- docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- autorizzazione di cui all'art.55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
- specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

All'art. 41, comma 2 del D.Lgs. 81/08 sono previsti i compiti di sorveglianza sanitaria relativi a:

- accertamenti medici preventivi e periodici;
- accertamenti medici su richiesta del lavoratore (dopo prolungato periodo di assenza dovuto a malattia comune, malattia professionale, infortunio sul lavoro o grave incidente)
- accertamenti medici precedenti alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione;

- accertamenti medici alla cessazione del rapporto di lavoro;
- accertamenti medici in occasione del cambio di mansione.

Dall'analisi dei ruoli svolti dalle tre figure professionali prese in considerazione (MMG, Medico Fiscale e Medico Competente) risulta che tutte e tre hanno come comune denominatore le problematiche relative alla malattia del lavoratore con approcci diversi secondo i propri ruoli;

Il Medico Fiscale e il Medico Competente, pur avendo in comune la valutazione dell'idoneità lavorativa del lavoratore, anche se in ambiti diversi, il primo è in funzione della patologia il secondo è chiamato a esprimere un giudizio di idoneità alla mansione specifica del lavoratore;

Il Polo unico della Medicina Fiscale è una grossa opportunità per i Medici Fiscali; è auspicabile che tutte le sigle sindacali trovino una unità di intenti e solo allora la Fnomceo, come già ribadito in più occasioni, potrà svolgere il proprio ruolo istituzionale di sintesi e di mediazione;

Al quesito di una nuova figura di medico competente è difficile rispondere e allo stato attuale lo ritengo poco praticabile sia perché le competenze hanno finalità diverse (controllo e verifica della malattia per il Medico Fiscale; sorveglianza sanitaria dei lavoratori e controllo della salubrità degli ambienti di lavoro per il Medico Competente) anche se entrambi sono chiamati, ciascuno nel proprio ruolo, ad esprimere un giudizio di idoneità alla mansione specifica del lavoratore.

BIBLIOGRAFIA

- D.L. n.300, 20 maggio 1970, art. 5 e art. 9;
- Art. 5, D.L. n. 463/83, convertito dalla legge di conversione 11 novembre 1983, n. 638;

Conclusioni

- D.M. 15 luglio 1986; decreto attuativo del D.L. n. 463 1983, art. 5, comma 12;
- D.M. 18 aprile 1996; decreto attuativo del D.L. n. 463 1983, art. 5, comma 12;
- VD.M. 12 ottobre 2000; decreto attuativo del D.L. n. 463 1983, art. 5, comma 12;
- D.M. 8 maggio 2008; decreto attuativo del D.L. n. 463 1983, art. 5, comma 12;
- D.L. n.101, 2013, art. 4, comma 10-bis, modificato comma 340 legge di stabilità 2014;
- D.L. n. 124, 7 agosto 2015, art. 17;
- D.L. 81/08, art. 2 comma 2 lettera h;
- D.L. 81/08, art. 25 comma 1 lettera a) e m)
- D.L. 81/08, art. 38;
- D.L. 81/08, art. 41 comma 2.

L'auto-attestazione di malattia: un argomento in chiaro-scuro

Guido Marinoni componente Comitato Centrale Fnomceo

IL TEMA DELL'AUTO-ATTESTAZIONE DI MALATTIA È da anni tra le proposte della Fnomceo, in coerenza con i contenuti del Codice di Deontologia Medica e allo scopo di applicare la normativa di legge sulle certificazioni, rispettandone la sostanza dei contenuti professionali.

A partire dal 1958 il Codice Deontologico fornisce indicazioni in merito all'attività di certificazione, definendo tale attività come un obbligo del medico e limitando la possibilità di certificare solo a quanto personalmente constatato.

Il Codice Deontologico del 2012 precisa ulteriormente che "il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati".

Il Codice Deontologico del 2014 precisa ulteriormente: "Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e

La certificazione di malattia nel Codice di Deontologia Medica diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati".

Questa ultima evoluzione del Codice è coerente in particolare con l'evoluzione della legislazione in ambito di certificazione di malattia.

Va premesso che è costante giurisprudenza della Cassazione il fatto che il certificato di malattia attestante l'inabilità al lavoro sia considerato un atto pubblico e presupponga che il medico abbia visitato il paziente, anche se il certificato non fa menzione della visita, con la conseguenza che risponde di falso ideologico il medico che attesti una malattia senza aver compiuto la visita.

La sentenza definitiva di condanna o di applicazione della pena per falsa certificazione comporta, per il medico, la sanzione disciplinare della radiazione dall'albo ed altresì, se dipendente di una struttura sanitaria pubblica o se convenzionato con il servizio sanitario nazionale, il licenziamento per giusta causa o la decadenza della convenzione. Le medesime sanzioni disciplinari si applicano se il medico, in relazione all'assenza dal servizio, rilascia certificazioni che attestano dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati (D.Leg.vo 27.10.2009 n. 150 art.69).

Tali sanzioni sono sottratte alla discrezionalità dell'Ordine e si aggiungono alle pesanti sanzioni penali previste per il reato di falso commesso dal Pubblico Ufficiale.

È evidente come tale assetto legislativo determini problematiche nel caso di malattie difficilmente obiettivabili e correlate, di solito, a prognosi brevi, quali, a titolo di esempio, la cefalea, la vertigine posizionale, la dispepsia acuta, la dismenorrea, ecc.

La circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica (2010)

In tal senso la circolare 5/2010 del 28/04/2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica chiarisce che la finalità della previsione è di evitare che siano rilasciati certificati o attestati di malattia

senza aver valutato le condizioni del paziente nel corso di una visita e che siano formulate diagnosi e prognosi non coerenti con la buona pratica clinica. Quindi l'applicazione delle disposizioni deve tener conto delle regole proprie della pratica medica, che consentono di formulare diagnosi e prognosi anche per presunzione sulla base di dati riscontrati o semplicemente acquisiti durante la visita. Nell'applicazione della norma, pertanto è rilevante la circostanza che i dati clinici sino stati o meno desunti dalla visita. In sostanza, in base a questa norma, la responsabilità del medico, con l'applicabilità delle sanzioni indicate, ricorrerà quando lo stesso rilasci attestati o certificati attestanti dati clinici non desunti da visita in coerenza con la buona pratica medica.

Nella sostanza, tuttavia, la circolare di cui sopra, pur introducendo indispensabili tutele per consentire l'attività di certificazione, non risolve, nel merito, le problematiche relative alle patologie transitorie e non obiettivabili, come hanno dimostrato i fatti di cronaca degli ultimi anni (caso Alitalia, caso Comune di Roma, ecc.).

La soluzione potrebbe derivare solo dall'auto-attestazione del cittadino per i primi tre giorni di malattia, associata ad un adeguato sistema di controllo e ad una più consona definizione dei sistemi disincentivanti dei comportanti opportunistici.

Qualche indicazione può essere fornita dalla normativa vigente in altri Paesi. Una seria comparazione delle situazioni relative alla possibilità di auto-attestazione delle assenze brevi per malattia non può non tener conto del fatto che l'indennità per malattia trova discipline e limiti diversi nei diversi paesi.

Con riferimento alla situazione italiana è opportuno ricordare che l'indennità di malattia spetta per un periodo massimo di 180 giorni nell'arco dell'anno solare. I primi tre giorni, Auto-attestazione del cittadino: una panoramica internazionale per i dipendenti privati, sono a carico del datore di lavoro, mentre dal quarto giorno di assenza è l'Inps a provvedere al pagamento, mentre per i dipendenti pubblici il pagamento è interamente a carico dell'amministrazione di provenienza. Il certificato medico di malattia è obbligatorio dal primo giorno in *Italia*, *Spagna*, *Grecia* e *Belgio*.

Nel *Regno Unito* è prevista l'auto-attestazione per i primi sette giorni, in *Francia* e in *Germania* per i primi tre giorni. È comunque prevista la possibilità per il datore di lavoro di richiedere un certificato dal primo giorno.

In *Norvegia* e in *Canada* è previsto un numero di assenze per malattia auto-attestate, definito su base annuale e con distribuzione mensile. Il datore di lavoro non può, in tali casi, richiedere certificazioni mediche.

In *Canada* il dipendente dispone di un carnet di giorni di assenza che può utilizzare nel corso dell'anno, auto-attestando la propria indisposizione semplicemente telefonando al datore di lavoro. Il sistema canadese si basa, più che sulla repressione degli abusi, sulla leva degli incentivi. Il dipendente che non utilizza il numero di giorni disponibili per malattia, in tutto o in parte, infatti, matura un proporzionale premio in denaro.

In *Norvegia* il paziente può dichiarare ed auto-attestare il proprio congedo per malattia fino a ventiquattro giorni lavorativi per ciascun anno solare, con il limite di otto giorni lavorativi consecutivi. Detto limite massimo è fissato per le imprese in convenzione con lo Stato – ufficio Social Security. Per le imprese non convenzionate, invece, il limite è fino a 12 giorni lavorativi con il massimo di tre giorni lavorativi consecutivi, nell'arco del singolo anno solare.

Le difficoltà dell'auto-attestazione in Italia

Di fatto la possibilità o meno di auto-attestare la malattia nei diversi paesi è legata a specifici istituti contrattuali dei dipendenti pubblici o dei dipendenti privati. Nei paesi in cui i contratti privilegiano gli aspetti meritocratici del rapporto di lavoro prevale la logica dell'auto-attestazione. Nei paesi in cui i contratti privilegiano gli aspetti di tutela diventa necessario il coinvolgimento di un soggetto terzo garante. Il medico, in particolare il medico di medicina generale, rappresenta un soggetto garante a basso costo.

La Fnomceo a suo tempo aveva invitato le parti sociali a considerare l'ipotesi di una revisione dei contratti di lavoro del settore privato, che con gli opportuni incentivi/disincentivi consentisse l'auto-attestazione di malattia. Le parti sociali non avevano manifestato interesse per una soluzione di questo tipo. In effetti, il sistema attuale consente al datore di lavoro di disporre di un sistema di controllo professionale gratuito che funziona da minimo deterrente, al lavoratore di disporre di una giustificazione gratuita e non penalizzante e a tutti di avere a disposizione, come hanno dimostrato i recenti episodi di cronaca, un capro espiatorio, il medico.

Detto in altri termini, in Italia il certificato medico di malattia, evento che rappresenta una delle ipotesi tutelate di sospensione dell' obbligazione contrattuale in capo al dipendente (art. 36 della Costituzione, art. 2119 c.c.) ha il duplice scopo di legittimare l'assenza tramite la certificazione di un soggetto estraneo al rapporto di lavoro (il medico che redige il documento), comunicare ufficialmente tale situazione al datore di lavoro e all'Inps, per quanto concerne la conoscenza dell'evento e la sua durata, la sua copertura economica e normativa, nonché l'eventuale effettuazione delle visite di controllo.

Per quanto riguarda i dipendenti pubblici, è stata emanata la circolare n. 2 /2014 della Funzione Pubblica che prevede la possibilità di auto-attestazione per coloro che si assentano dal posto di lavoro per sottoporsi ad esami clinici, visite specialistiche e terapie. Non si tratta, tuttavia, di auto-attestazione della malattia, bensì della propria presenza nella struttura sa-

nitaria pubblica o privata, in sostituzione della giustificazione dell'assenza redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura erogatrice.

In conclusione, si può ritenere che nel nostro Paese l'autoattestazione delle assenze brevi per malattia non potrà essere una realtà, sino a quando non si realizzerà un contesto normativo premiante per i lavoratori volonterosi e penalizzante per chi fa un uso improprio degli strumenti di tutela. Nel frattempo il medico continuerà ad essere costretto ad interventi spesso inappropriati sotto il profilo professionale.

Scelte sagge in medicina - Slow Medicine

MATERA 8-9 APRILE 2016

Introduzione

Vito Nicola Gaudiano responsabile scientifico del Convegno "Scelte sagge in Medicina" vicepresidente Omceo di Matera

IL CONSIGLIO DELL'OMCEO DI MATERA ha deciso di organizzare questo Convegno con lo scopo di porre l'attenzione dei medici, ma anche dei cittadini, sul rischio di praticare e subire una sovradiagnosi e un sovratrattamento.

È importante richiamare l'attenzione dei professionisti sulla appropriatezza prescrittiva o meglio sulla appropriatezza clinica cioè effettuare la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto. L'appropriatezza di una prescrizione sia essa diagnostica o terapeutica non ha valore assoluto ma va riferita alle condizioni, quasi sempre complesse, in cui quella pratica viene consigliata dal medico al paziente. Il progetto nazionale "Fare di più non significa fare meglio" a cui si collega il nostro convegno, parla di una medicina sobria, rispettosa e giusta che rispetti il paziente in quanto persona nel suo complesso, con la sua personalità, i suoi valori e i suoi sentimenti.

"Fare di più non significa fare meglio" Spinsanti: pensare a cure mediche "sartoriali" Come scrive Spinsanti (*La Medicina vestita di Narrativa*, Il Pensiero Scientifico Editore 2016) "potendo scegliere tra un vestito prodotto in serie e uno su misura non avremmo dubbi, ma le stesse preferenze possiamo trasferirle alle cure mediche 'sartoriali' ovvero a quelle cure che rispettano il nostro profilo personale e non sono semplicemente uguali per tutti. Il diritto riconosce l'autonomia nella scelta delle cure, la bioetica promuove l'informazione e il consenso ma la chiave che apre la serratura di una medicina personalizzata è la relazione di cura medico paziente (la narrazione) che è fatta di visita, ascolto, consigli ed infine di prescrizioni. Il medico quindi deve agire con autonomia e responsabilità avendo come unico riferimento la relazione di cura con il paziente".

Nessun medico può fare una scelta saggia se non ascolta il paziente e nessun paziente può scegliere in modo saggio se non viene aiutato a rivalutare le sue richieste e a cercare insieme al medico i percorsi di cura più adatti alla sua persona. "Saggezza – dice Giorgio Bert – è saper scegliere con competenza, consapevoli che si tratta di un esperimento, di un tentativo, di una scommessa di cui è necessario essere in grado di valutare gli effetti per essere pronti a cambiare percorso o ad adeguarsi alla realtà. Il medico vorrebbe essere certo del suo sapere, il paziente vorrebbe essere certo di guarire ma queste certezze nel mondo reale non esistono e ogni tentativo di metterle in atto diventa ideologico e autoritario e come tale conflittuale".

Le pratiche inutili o inappropriate sono dannose e sprecano risorse Utilizzare pratiche inefficaci o inappropriate è una pratica comune e documentata che, oltre ad essere dannosa, spreca risorse preziose e, in un sistema universalistico pubblico, sottrae ad altri la possibilità di ricevere cure di cui ha bisogno. Ai cittadini viene fatto credere, soprattutto dai media, che tutte le cure sono utili, che fare di più è sempre meglio, che la tecnologia è in grado di risolvere qualunque problema e ogni ten-

tativo di ridurre sprechi e pratiche inutili viene interpretato come un attentato alla salute o al diritto di accesso alle cure. Howard Brody in un articolo pubblicato sul NEJM (24/5/12), Dall'etica del razionamento all'etica di evitare gli sprechi, sostiene che il 30% della spesa sanitaria riguarda interventi che non portano alcun beneficio ai pazienti e basterebbe evitare esami ed interventi inutili per dare a tutti quello che serve. Argomento questo sostenuto anche dalla campagna Choosing Wisely promossa dall'American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM).

Tessa Richards afferma in un editoriale (Let the patient revolution begin-BMJ maggio 2013) "che il paziente può migliorare l'assistenza sanitaria ed è giunto il tempo di prender sul serio questa partnership. Medici e pazienti devono lavorare insieme per cambiare pratiche e comportamenti profondamente radicati, e non sarà facile per entrambi dopo anni di paternalismo e alcuni pazienti potranno continuare a preferire quel medico che, nelle decisioni, assume un ruolo principale". Ci sono buoni esempi che mostrano la strada per perseguire questo obiettivo, quali Choosing Wisely in USA, Gruppi di pazienti con badanti e medici guidati da James Lind Alliance in Inghilterra e The Patient Centered Outcomes Research Institute in Usa che cercano di far luce sulla non corrispondenza tra i quesiti di medici e pazienti e le risposte derivanti dalle ricerche. Tutto questo ha aiutato a costruire un database sulle incertezze degli effetti dei trattamenti.

La Mayo Clinic permette ai pazienti, attraverso una free app, di avere accesso ai dati clinici, ai reports di patologia e ai reports radiologici. Dobbiamo accettare che il medico esca dal ristretto cerchio dell'area medica e lavori al fianco di pazienti, dei loro familiari, delle comunità locali, delle organizzazioni della società civile e degli esperti in altri settori, perché questo è essenziale per migliorare l'assistenza sanitaria". Questa

Richards: credere alla partnership tra medici e pazienti "Rivoluzione" richiede un linguaggio comune ed una comune partecipazione nelle scelte cliniche e nel disegnare e implementare nuove politiche sanitarie, nuovi sistemi e nuovi servizi.

Garantire l'accesso alle cure efficaci, evitare le cure inutili David Casarett afferma in un altro editoriale (*The science of Choosing Wisely - Overcoming the Therapeutic Illusion -* NEJM marzo 2016) "che il successo di questa campagna può essere limitata dalla tendenza dell'essere umano a sovrastimare gli effetti delle proprie azioni e a cercare la causalità anche dove non esiste, quella che gli psicologi chiamano 'l'illusione del controllo'. In medicina potremmo chiamarla 'l'illusione terapeutica' quando i medici credono che le loro azioni o pratiche siano più efficaci di quanto non siano in realtà".

Robert Brook, professore di Medicina all'Università di Los Angeles, ha enfatizzato la necessità di disporre di uno strumento capace di misurare l'appropriatezza delle cure e l'ha motivata con "la preoccupazione che la crescente complessità delle cure mediche si traduca per alcuni pazienti nel mancato godimento di cure necessarie e, per altri, nel sottoporsi a cure inutili".

Il Ssn sta attraversando un periodo complesso con il difficile compito da un lato di mantenere un servizio universalistico con risorse limitate, dall'altro di proteggere la salute della popolazione garantendo l'accesso a servizi efficaci e sicuri, appropriati ai bisogni e alle esigenze dei singoli utenti ma evitando che questo comporti oneri finanziari eccessivi per gli utenti stessi. Ma se mancano la fiducia dei cittadini e degli altri portatori di interesse e soprattutto la capacità del Ssn di adattarsi ai rapidi e continui cambiamenti che modificano i bisogni e le aspettative dei cittadini, questo obiettivo non si raggiunge. Inoltre molti di noi si chiedono come si fa a curare con reale empatia una persona quando se ne devono curare migliaia e si ha così poco tempo da dedicare a loro?

Non abbiamo quindi bisogno di una revisione della spesa ma di una revisione della governance in sanità. La comunicazione sanitaria deve orientarsi verso una forma partecipativa del cittadino per rafforzare il rapporto di fiducia tra medico e paziente la cui crisi ha tra le cause più importanti quella della sostituzione del paradigma della malattia con quello della salute, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie cronico-degenerative.

Diventa pertanto strategico creare iniziative su base comunitaria che coinvolgano amministratori locali, provider e pazienti per realizzare programmi mirati a migliorare la qualità dell'assistenza e contenere i costi.

Per questo è importante diffondere soprattutto tra i cittadini la cultura delle buone pratiche e ogni medico, sulla base della letteratura scientifica, del codice deontologico e della appropriatezza clinica deve evitare pratiche inutili ed inefficaci abbandonando il grave fenomeno della medicina difensiva che riguarda il 58% dei medici ed è legata ad una legislazione sfavorevole con una ricaduta economica intorno al 10% della spesa sanitaria

L'individuazione, insieme alle Società Scientifiche, di pratiche cliniche inutili ed inefficaci costituisce un esempio concreto di come, in alleanza con le associazioni dei cittadini, si possa raggiungere l'obiettivo di una appropriatezza clinica con un uso più appropriato delle scarse risorse di cui dispone il Servizio sanitario nazionale.

Non una revisione della spesa, ma una revisione della governante in sanità con una maggiore partecipazione dei cittadini

Slow Medicine, la vera appropriatezza

Raffaele Tataranno presidente Omceo Matera

A NOME DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE DI MATERA porgo un saluto a tutti i presenti convenuti nella nostra città che oggi ha il privilegio di ospitare questo Convegno dal titolo *Scelte Sagge in Medicina*. Naturalmente ringrazio la Fnomceo per il sostegno ricevuto nella organizzazione dell'evento e per l'onore concessoci di ospitare qui a Matera una riunione del Comitato Centrale. Il ringraziamento va innanzitutto alla Presidente nazionale Fnomceo Roberta Chersevani che aprirà con il suo intervento i lavori. Ringrazio inoltre tutti i componenti del Comitato Centrale ed i colleghi Presidenti di Ordine che hanno voluto onorarci della presenza a questo Convegno. Un ringraziamento ai relatori e ai moderatori che hanno accettato con entusiasmo di dare il loro contributo di esperienza a queste giornate di riflessione, in particolare agli amici di "Slow Medicine".

Il Convegno che l'Ordine di Matera, insieme con la Fnomceo, ha voluto organizzare vuole essere l'occasione per focalizzare l'attenzione dei medici e degli odontoiatri, ma anche dei cittadini, sui temi relativi all'appropriatezza nelle scelte in medicina; una riflessione su come migliorare la qualità e la sicurezza delle pratiche, attraverso un uso più appropriato e più equo delle risorse disponibili; una riflessione utile in un momento particolare in cui la professione, ma anche la società intera, è chiamata a scelte responsabili.

I sistemi sanitari sono oggi impegnati a governare l'alta complessità derivante dai numerosi elementi umani e tecnologici che li compongono dovendo orientare le attività verso standard di qualità, in sintonia con le aspettative del cittadino/paziente che è il beneficiario finale dell'intervento medico. In questi anni nel mondo scientifico è andata crescendo la preoccupazione che molte procedure diagnostiche e molte terapie farmacologiche e chirurgiche largamente diffuse nella pratica medica non apportano benefici ai pazienti, anzi rischiano di essere dannose.

Il termine "appropriatezza", oggi è spesso usato in modo "improprio". Il Decreto cosiddetto "Appropriatezza", un provvedimento calato dall'alto e senza il preventivo contributo dei professionisti, ha fatto discutere i medici e i cittadini, facendo da detonatore all'accumularsi di disagio e malessere prodotto da criticità irrisolte. Soprattutto in campo diagnostico, è davvero difficile stabilire a priori, e con valore di legge, cosa sia utile fare o non fare nelle diverse circostanze che caratterizzano la pratica clinica. Sappiamo tutti che le prestazioni inappropriate ci sono e in qualche modo occorre intervenire, e che in linea di principio alcune indicazioni possano essere utili a tutela del paziente, prima ancora che per ragioni economiche, ma siamo convinti che la via legislativa non sia uno strumento adatto. La questione dell'appropriatezza clinica necessita di un percorso completamente diverso per ridurre l'eccessivo utilizzo di esami diagnostici

L'uso improprio del termine "appropriatezza": il decreto

e di trattamenti. Se si decide che molte *prestazioni odonto-iatriche* siano a carico del servizio sanitario pubblico fino a 14 anni, non è perché curare i denti dai 15 anni in poi sia inappropriato ma semplicemente perché si decide che i costi di quelle prestazioni ricadano direttamente sul cittadino. Non stiamo parlando di appropriatezza, questo va detto in modo chiaro ed esplicito, proprio per evitare confusioni rispetto ad un termine che in medicina significa invece: prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto.

Sarebbe molto meglio ricomprendere tutte le norme che riguardano il razionamento dei servizi, perché di questo si tratta, negli appositi elenchi che definiscono i LEA, cioè le prestazioni ed i servizi che lo Stato e le Regioni garantiscono a tutti i cittadini.

L'appropriatezza di una prescrizione è un atto professionale, di competenza esclusiva del medico Diamo merito alle iniziative intraprese con grande determinazione dalla Fnomceo e che hanno ottenuto i risultati sperati. Sicuramente è l'inizio di un percorso, ma proprio sulla base delle osservazioni della Fnomceo, la circolare del ministero della Salute precisa che la decisione circa l'appropriatezza di una prescrizione rimane un atto professionale, di competenza esclusiva del medico: la definizione delle condizioni di erogabilità di prestazioni appropriate rappresenta un atto programmatico (che compete al Governo), distinto dalla definizione dell'appropriatezza clinica attinente alla qualità dell'atto professionale, che resta di competenza esclusiva del medico, da valutare con gli strumenti della revisione tra pari e che deve tener conto delle complessità proprie della relazione di cura.

Non è il legislatore a dover stabilire quali sono le pratiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni, poiché la pratica dell'arte medica si fonda su acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione. La regola di

fondo in questa materia è nel nostro Codice Deontologico, che contiene le regole ed i principi fondanti della nostra professione, ed è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico (art.4) che, con il consenso del paziente (art.33), opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a sua disposizione. D'altra parte il Codice ci obbliga alla qualità professionale e all'uso appropriato delle risorse. (Art. 6). Una ulteriore motivazione etica e deontologica proviene dalla consapevolezza che oltre ad apportare scarsi benefici quegli esami e quei trattamenti rischiano di provocare danni anche ai loro pazienti (art. 6 e 14). L'utilizzo di prescrizioni di efficacia non comprovata è una pratica dannosa che può esporre il paziente a rischi di sovra diagnosi e sovra trattamento, spreca risorse preziose e sottrae ad altri, all'interno di un sistema universalistico pubblico, la possibilità di ricevere cure di cui ha bisogno.

L'appropriatezza, sia essa diagnostica o terapeutica, non ha un valore assoluto ma va riferita alle condizioni, quasi sempre complesse, in cui quella pratica viene consigliata dal medico al paziente. D'altro canto essa rappresenta uno strumento efficace per assicurare ai cittadini tempi congrui di accesso alle prestazioni sanitarie, riducendo così i tempi delle liste di attesa con risparmio e contenimento dei costi.

Dal 2012 l'Ordine di Matera, d'intesa con l'Azienda Sanitaria, è impegnato in una iniziativa comune tesa ad individuare alcuni percorsi di *appropriatezza* per profili di patologie a gestione multidisciplinare, per i quali si ritiene auspicabile un livello di interazione/integrazione ed una condivisione di obiettivi tra professionisti. Per tale Progetto, denominato "Casa Comune", si è costituito ed è attivo un gruppo di lavoro in cui sono rappresentate tutte le componenti professionali mediche.

Intanto Choosing Wisely, lanciato negli Stati Uniti nell'aprile

Il progetto "Casa Comune" a Matera 2012, è ormai diventato un movimento internazionale ed il movimento *Slow Medicine*, a livello nazionale, costituiva una rete di professionisti e di cittadini che si riconduceva ad una *medicina sobria, rispettosa e giusta*, lanciando nel 2012 il progetto "*Fare di più non significa fare meglio*", condiviso e sostenuto dalla Fnomceo, attraverso l'individuazione tra le procedure più frequentemente prescritte delle pratiche ad alto rischio di inappropriatezza.

Una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti, in alleanza con pazienti e cittadini Allora questo Convegno ha proprio l'obiettivo di richiamare l'attenzione dei professionisti, medici e odontoiatri, sulle problematiche inerenti il tema dell'appropriatezza clinica, coinvolgendo su tali temi, in maniera responsabile e consapevole, il cittadino/paziente. Oggi c'è una evoluzione nel rapporto tra medico/cittadini-pazienti/sistema sanitario che va verso un modello partecipativo, che vede il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti. La spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non può che partire da una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti, in alleanza con pazienti e cittadini. L'Alleanza con il cittadino rappresenta una condizione indispensabile per entrare nel dominio culturale della Medicina, rappresenta il piano operativo in cui agiscono sinergicamente il medico e il cittadino. Al cittadino spesso viene fatto credere che tutte le cure sono utili, che fare di più è sempre meglio, e che la tecnologia è in grado di risolvere qualunque problema. Per questo è importante diffondere soprattutto tra i cittadini la cultura delle buone pratiche. Anche prevedendo appositi percorsi di formazione dedicati a cittadini ed ai pazienti, per un efficace confronto con il mondo medico e scientifico ed una informazione su malattie, trattamenti, e promozione di stili di vita (art.5 CD promozione della salute). Questo è empowerment, inteso come rafforzamento o potenziamento, insieme di conoscenza, partecipazione e coinvolgimento, perché in tali processi è indispensabile un'ampia condivisione con i cittadini ed i pazienti.

La *prima giornata* del Convegno proprio al rapporto con il cittadino/paziente cui è necessario riconoscere un ruolo attivo come interlocutore privilegiato nelle scelte della salute, anche con il coinvolgimento delle rappresentanze e delle Associazioni dei cittadini, che avranno la possibilità di interloquire con il mondo medico.

Nella seconda giornata si darà spazio alle politiche professionali Fnomceo, all'etica delle cure, all'illustrazione del Progetto di Slow Medicine, agli aspetti legati alla sostenibilità del Sistema Sanitario. In conclusione la presentazione dei dati di uno studio relativo all'approccio prescrittivo dei medici materani, che può consentire una fotografia sul comportamento dei medici di fronte a richieste improprie, anche in confronto a dati ottenuti in contesti diversi.

Per concludere, oggi la vera sfida non è quella dei tagli lineari ma la ricerca condivisa di continui miglioramenti di efficienza proprio a partire dalla più ampia diffusione della cultura dell'appropriatezza. Tutti gli elementi che contraddistinguono l'atto medico e che si basano, oltre che sulle conoscenze scientifiche, sull'instaurarsi di reciprocità nella relazione di cura, ben difficilmente possono trarre vantaggio da provvedimenti impositivi: dunque non una imposizione dall'alto, ma una assunzione di responsabilità dei medici nelle scelte di cura. Al centro dell'interesse permangono la relazione e il dialogo con i pazienti e i cittadini, informati sui benefici e i possibili danni di esami e trattamenti, per giungere ad una decisione condivisa. L'appropriatezza clinica si può migliorare solo se pazienti e cittadini prendono coscienza che esami e trattamenti inappropriati non solo sono uno spreco ma possono rappresentare una minaccia per la loro salute. I punti di forza sono proprio quelli anzidetti: l'assunzione di responsabilità professionale, non l'imposizione dall'alto,

l'avere come principale obiettivo il miglioramento della salute delle persone e non il mero risparmio, e infine quello di sostenere la fondamentale importanza della relazione tra i professionisti e il paziente.

Il dialogo medicopaziente è un'arma contro l'inappropriatezza Che il dialogo medico-paziente sia una preziosa arma contro l'inappropriatezza, è convinta la Fnomceo che ha istituito una commissione specifica dedicata alla *medicina narrativa*, in quanto strumento contro l'inappropriatezza, con l'obiettivo di affrontare la mancanza di dialogo e relazione col paziente. Non ho dubbi che il nostro Convegno, impreziosito dai contributi di relatori e partecipanti così autorevoli, possa essere davvero l'occasione per una riflessione su questi temi, naturalmente nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione della autonomia e della professionalità, che vede l'Ordine come massimo garante.

Scelte sagge in Medicina. I cittadini protagonisti di una svolta

Roberta Chersevani presidente Fnomceo

LA MEDICINA "SOBRIA, RISPETTOSA E GIUSTA" chiama a raccolta pazienti, cittadini e persone. Solo attraverso un dialogo con loro e una sempre più efficace collaborazione, infatti, sarà possibile realizzare quel cambiamento che sentiamo necessario e non più rinviabile, in direzione di un approccio riflessivo all'innovazione.

Le conoscenze, infatti, si sviluppano più velocemente della nostra capacità di assimilarle e applicarle: il tempo di raddoppiamento delle conoscenze in medicina poteva richiedere una cinquantina di anni nel 1950, ma si è ridotto a tre anni e mezzo nel 2010, mentre si prevede che nel 2020 basteranno solo 73giorni (P. Densen, 2011).

Anche in ragione di questa accelerazione, l'interazione tra l'uomo, la medicina e le macchine è sempre più invasiva; basti pensare alla chirurgia robotica, ai sistemi di simulazione, alla tecnologia di imaging diagnostico. L'IBM, ad esempio,

Sviluppo delle conoscenze in medicina e sviluppo tecnologico sta lavorando da 15 anni per perfezionare il progetto del computer Watson, che grazie all'incredibile quantità di dati che riesce ad elaborare, sta già provvedendo a "gestire" i percorsi diagnostici più elementari.

La sfida di una nuova responsabilità: la sostenibilità Vediamo in quale contesto di salute si verifica tutto ciò, indicando solo alcuni elementi tra i più rilevanti. Innanzi tutto registriamo la crescita della speranza di vita media: l'aspettativa di vita nei paesi europei è aumentata di 5 anni, tra il 1990 e il 2012, e le donne vivono di più, anche se molti dei loro ultimi anni sono gravati da patologie croniche. Di conseguenza, l'inversione che nel 1999 si è verificata nel nostro paese, con una riduzione della popolazione infantile e una crescita degli ultrasessantacinquenni, non accenna a variazioni, tanto che gli anziani costituiscono già oggi il 20% della popolazione. L'allarme è che la prevalenza di anziani pesi sempre sui sistemi sanitari, che non sono pronti a sopportarne il carico.

Un altro allarme è quello prodotto dal progressivo aumento della prevalenza del diabete, a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma soprattutto a causa di stili di vita poco sani. Il dato certo è che l'obesità è aumentata in quasi tutti i paesi europei: nel 2002 era obeso 1 soggetto su 8, ma nel 2012 si era già a 1 su 6 e la tendenza si conferma in crescita. Parallelamente al diffondersi della malattia, sta aumentando in tutta Europa la prescrizione di antidiabetici e di anti-ipertensivi. Infine, dobbiamo registrare una crescente difficoltà dei cittadini nell'accedere alle cure: nel rapporto PIT salute 2015, presentato da Cittadinanza attiva, proprio la difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie è al primo posto tra i problemi segnalati.

Tutti questi elementi concorrono a delineare la sfida di una nuova responsabilità: la sostenibilità del nostro sistema sanitario, alla quale si può rispondere trovando un equilibrio tra equa allocazione delle risorse, riduzione degli sprechi e appropriatezza, intesa come impegno professionale, così come appare nel nostro Codice Deontologico.

Per vincere questa sfida è necessario far crescere un dialogo tra medici e cittadini, che trovi spazio non solo nei nostri studi e nelle strutture sanitarie, ma che si nutra anche di occasioni come quella offerta da questo Convegno, dove dialogano rappresentanti della professione medica e rappresentanti delle associazioni dei cittadini.

Menage a trois: medico, paziente e informazione

Ricordava Aldo Pagni come il paziente si sia trasformato nel tempo. Da oggetto di cura, rassegnato alla lotteria della vita, fiducioso e obbediente, poco informato e rispettoso del sapere del medico, a soggetto partecipe della cura, autonomo, ben conscio del suo diritto alla salute, e informato dai media, da internet. L'informazione, occorre dirlo senza ipocrisie, è però spesso incompleta, frammentaria, e può generare confusione. In queste condizioni il patto terapeutico diventa un menage a trois, che richiede una riflessione antropologica anche in tema di cura e salute.

Tra i possibili esiti negativi di questo nuovo menage, c'è una tendenza ad un crescente ricorso alle indagini diagnostiche, che ha un effetto quasi paradossale: è noto infatti che la probabilità di avere un risultato anormale aumenta con il numero di esami fatti, e non corrisponde necessariamente ad uno stato di malattia. Una spirale pericolosa, che coinvolge e rischia di stritolare medici e cittadini.

Piuttosto, credo valga la pena di riflettere se non sia utile sostituire alla definizione statica di salute dell'OMS (la salute come benessere fisico, mentale e sociale), una descrizione più dinamica e funzionale, proposta in un lavoro pubblicato sul *British Medical Journal* nel 2011: la salute come capacità di adattamento ai cambiamenti prodotti dalla malattia e dall'invecchiamento. Perché occorre potenziare la relazione di cura

Mi sembra una proposta interessante, molto consona alla realtà e che potrebbe aiutare tutti a vedere in una chiave nuova il rapporto con la malattia e con la cura possibile. È certo, però, che alla base di questo approccio serve avere una forte relazione fiduciaria tra medico e paziente, serve potenziare la relazione di cura. È un obiettivo che abbiamo ben chiaro: l'articolo 20 del nostro Codice di Deontologia ricorda che la relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sulla individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità, aggiungendo come 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. Proprio qui forse c'è un nodo problematico: ai ritmi cui siamo costretti ad operare, infatti, trovare tempo per la comunicazione può sembrare una vera utopia. Eppure sappiamo, nella nostra esperienza, che questa utopia si realizza, più frequentemente di quanto non si creda, tanto che la persona riconosce ancora nel medico il professionista più amato, quello che media tra salute e malattia, speranza e paura, gioia e dolore, vita e morte. La persona che noi incontriamo cerca comunicazione, non vuole sentirsi sola, cerca empatia. Ed "empatia", ricordando la definizione di Macarov, significa assumere il ruolo dell'altro, vedere il mondo come questi lo vede, sperimentare i suoi stessi sentimenti. È proprio questo il vero prendersi cura (to care).

Di questo dialogo rafforzato, di questa medicina che si fonda sulla riflessione e sulla relazione i cittadini possono essere protagonisti assieme ai medici.

Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di salute

Paola Mosconi

Laboratorio di ricerca per il coinvolgimento dei cittadini in sanità Dipartimento di Salute Pubblica IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

LA SALUTE È UN BENE PREZIOSO, la discussione relativa ad appropriatezza delle prestazioni, impatto e sostenibilità all'interno del Servizio Sanitario interessa tutti: cittadini, pazienti e loro rappresentanze oltre che, come ovvio, tutti coloro che sono direttamente coinvolti nelle attività dello stesso servizio. Per questa ragione, la discussione sulle scelte di salute deve essere informata e consapevole, collegiale e condivisa. Cittadini, pazienti e loro rappresentanze negli anni hanno assunto competenze e ruoli sempre più da protagonisti, pur tuttavia la partecipazione, almeno nella nostra realtà, è ancora spesso formale piuttosto che sostanziale. Possiamo senz'altro dire che, benché il coinvolgimento della popolazione generale - nella sostanza pazienti, caregiver cioè "coloro che si prendono cura del paziente" e loro rappresentanze – fornisca una prospettiva unica e preziosa perché queste persone hanno esperienza di prima mano con una condizione di salute, molto ci sia ancora da fare perché di vero e proprio coinvolgimento si possa parlare.

Nell'affrontare il tema del coinvolgimento va sempre tenuto conto un doppio livello di prospettiva. La prospettiva del singolo relativa al proprio stato di salute, allo stretto rapporto medico/paziente/struttura, alle proprie scelte condizionate da esperienze e aspettative e quella della collettività che considera la salute come bene comune valutando le implicazioni generali su benefici, danni e costi, le scelte di salute da fare nell'interesse generale che può non coincidere con quello del singolo, e quindi il rapporto "politico-sociale" con il Servizio Sanitario.

Nel dibattito in corso sul coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di salute va tenuto conto che, in generale, non siamo un paese ad elevata alfabetizzazione sanitaria, la medicina è considerata una scienza esatta e il concetto di incertezza è ancora poco discusso così come quello di medicina basata sulle prove, soffriamo, infine, di scetticismo verso la scienza. Tre parole in questi anni hanno risuonato in convegni e congressi: health literacy (percorsi di alfabetizzazione sanitaria), empowerment (percorsi/iniziative per mettere nelle condizioni di) ed advocacy (attività per influenzare le politiche pubbliche e l'allocazione delle risorse all'interno dei sistemi politici, economici e sociali e relative istituzioni); queste stesse parole opportunamente declinate con azioni concrete, devono portare:

- il paziente alla condizione di decidere per la propria salute e cura (cioè, decisioni mediche informate e condivise);
- il cittadino (paziente) alla condizione di discutere di accesso e diritti alle cure, qualità dei servizi sanitari e scelte assistenziali (cioè, il cittadino al centro);
- la collettività alla condizione di contribuire allo sviluppo, pianificazione, valutazione e organizzazione dei servizi sanitari, alla messa a punto delle linee guida, della priorità per la ricerca, alle attività regolatorie (cioè, corresponsabilizzazione, democrazia partecipata).

Su tutto ciò la letteratura, in particolare quella che arriva dai paesi anglosassoni, ci insegna che il coinvolgimento è già storia: attraverso i grandi movimenti degli attivisti (tra tutti quello sul tumore al seno e HIV/AIDS), i recenti progetti di coinvolgimento come PCORI (The Patient-Centered Outcomes Research Institute, una organizzazione no-profit, non governativa, indipendente, autorizzata dal Congresso USA nel 2010 il cui mandato è quello di migliorare e aumentare la qualità delle prove disponibili per aiutare pazienti, operatori sanitari, medici, datori di lavoro, assicuratori, e responsabili politici a prendere decisioni informate sulla salute) o le attività collaborative con il servizio sanitario, ad esempio in Inghilterra con il NICE (The UK National Institute for Health and Clinical Excellence, il cui scopo è quello di fornire una guida sulla promozione della buona salute, della prevenzione e del trattamento delle malattie. NICE ha coinvolto fin dal 1999 i pazienti, gli utenti dei servizi, accompagnatori e pubblico, le associazioni di volontariato nel suo lavoro).

Esperienze internazionali di coinvolgimento dei cittadini

Anche a livello italiano si possono portare come esempio al- *Esperienze italiane* cune significative esperienze di coinvolgimento attivo. La prima, a livello di coinvolgimento collettivo, è relativa ai progetti Giurie dei cittadini, un modello che presuppone

Le esperienze delle Giurie dei cittadini FIGURA I



Il caso del PSA

Il Servizio Sanitario deve sconsigliare o consigliare il PSA come test di screening individuale per il tumore della prostata in uomini di 55-69 anni? La Giuria del cittadini ha risposto di sconsigliare il PSA.

Il caso della fibrosi cistica

Il Servizio Sanitario deve o no organizzare uno screening nella popolazione con lo scopo di individuare persone sane che potrebbero avere figli malati di fibrosi cistica? Le tre Giurie del cittadini hanno risposto di organizzare lo screening.

che gruppi di cittadini, che hanno ricevuto informazioni chiare, trasparenti e complete su un determinato argomento, possano deliberare efficacemente, cioè il più possibile in modo unanime, in considerazione dell'interesse collettivo e non di interessi particolari. In tabella nella pagina precedente un riassunto di recenti esperienze.

La seconda esperienza riguarda più la sfera delle decisioni del singolo dove un coinvolgimento sempre maggiore e "culturale" è fortemente auspicabile; così si può leggere l'esperienza di un piccolo gruppo di rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti a sostegno delle attività del progetto Fare di più non significa fare meglio di Slow Medicine. L'idea è stata proprio quella di rafforzare un clima culturale che non rincorra il consumo di farmaci, esami, interventi quando non sono necessari e non sono di beneficio provato. Il Gruppo Italiano per una Sanità Partecipata (GISPa) ha contribuito indicando 5 passi utili nel fare scelte di salute ponderate, dalla parte del cittadino. Alcuni suggerimenti riguardano il momento della visita e vogliono stimolare il dialogo entro un rapporto di fiducia col medico – necessario per una scelta condivisa – altri riguardano più in generale le richieste e le aspettative in ambito sanitario. Nel dialogo con il medico è importante avere chiare tutte le alternative e le scelte disponibili. I 5 passi suggeriti e riportati nella figura sono un aiuto per raccogliere informazioni utili per prendere insieme decisioni consapevoli.

Non va comunque dimenticato in questo dibattito il grande valore che hanno iniziative di formazione, in particolare delle associazioni di cittadini e pazienti che sempre più spesso vengono chiamate a partecipare a tavoli di discussione. PartecipaSalute ha messo a punto e sperimentato in diverse edizioni, anche in collaborazione con iniziative regionali ad esempio in Toscana e in Sardegna, il percorso modulare Orientarsi in salute e sanità: un percorso di formazione alle scelte su ricerca clinica e salute pubblica. I diversi moduli coprono sia aspetti

"5 passi per fare buone scelte per la salute"

(volantino disponibile al link http://www.slowmedicine.it/i-progetti/fare-di-piu-nonsignifica-fare-meglio/materiale-informativo-per-i-cittadini/323-cittadini-5-passi-utili.html)



Il Gruppo Italiano per una Sanità Partecipata ha come principale obiet-tivo di rendere concreta l'Interazione e la collaborazione tra associazioni di cittadini e pazienti, istituzioni e comunità medico-scientifica.

(www.nartecinasalute.it/cms 2/node/6401)

Condivide il messaggio del progetto "Fare di più non significa fare meglio", che ha lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami di controllo e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alle persone alle quali sono general mente prescritte, ma possono, al contrario, esporle a rischi. L'idea è rafforzare un clima culturale che non rincorra il consumo di farmad, esami, interventi quando non sono necessari e non sono di beneficio provato.

Il Gruppo Italiano per una Sanità Parteci-pata vuole contribuire indicando 5 passi utili nel fare scelte di salute ponderate, dalla parte del cittadino. Alcuni suggerimenti riguardano il momento della visita e vogliono stimolare il dialogo entro un rapporto di fiducia col medico - necessario rapporto uniduaci do ineutor, inecessario per una scella condivisa - altri riguardano più in generale le richieste e le aspettative in ambito sanitario. Nel dialogo con il medico è importante avere chiare tutte le alternative e le scelte disponibili.

Fassi suggeriti qui accanto sono un aiuto per raccogliere informazioni utili per prendere insieme decisioni consapevoli.







Quando chiedi un esame di controllo o un farmaco ricordati che "Chiedere di più non significa necessariamente curarsi meglio" e tieni presente che:

- Se il medico non ti prescrive esami o farmaci può essere la cosa giusta per te
- Fare controlli a tappeto può essere inutile e dannoso
- Nuovi farmaci ed esami non sono necessariamente migliori di quelli già disponibili



Se il medico ti prescrive un esame di controllo, un farmaco o un intervento chirurgico ricordati che "Fare di più non significa fare meglio" e chiedi:

- Cosa succede se non faccio questo esame/trattamento?
 Gi sono alternative più semplici e sicure?

 - Ho veramente bisogno di questo esame/trattamento?
- Ouali sono i rischi?
- Che spese devo affrontare?



Prima di andare dal medico, prepara una lista delle domande che vorresti fare o dei dubbi che vuoi chiarirti. Può essere utile anche preparare un elenco dei sintomi.



Durante la visita chiedi al medico di scrivere le indicazioni che ti dà e, se vuoi saperne di più, chiedi dove poter trovare altre informazioni, opuscoli o siti internet. Condividi sempre con il tuo medico le informazioni che trovi.



Se devi fare un esame di controllo o un intervento chirurgico, informati su quanti esami o interventi di quel tipo sono stati fatti in un anno dal medico e dal reparto a cui ti rivolgi. Puoi chiederlo al medico di medicina generale, allo specialista, alle associazioni di pazienti o cercare su Internet.

Per saperne di più



segreteria.gispa@gmail.com

- PROGETTO "FARE DI PIÚ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" di Stow Medicine: https://www.elegarmerlielne.it/bare-di-objenossignifica-fare-meglio/la-storia-di-objenis-significa-fare-meglio-signi
- ESAMI INUTILI: ecco quali evitare: http://www.aitroconsumo.it/salute/diritti-del-malato/speciali/esami-inutili/2
- QUALITÀ, CORRETTEZZA E AGGIORNAMENTO DELL'INFORMAZIONE MEDICA IN RETE: il MisuraSiti: http://www.partecipasalute.it/cms_2/mode/18
- VALUTAZIONE CAMPAGNE INFORMATIVE SULLA SALUTE, rispondi al questionario.
- ALTRE DOMANDE DA FARE AL MEDICO: sito dell'Istituto Superiore di Sanità: http://www.snlo-iss.it/news_domande_medico_2
- VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEGLI INTERVENTI SANITARI: Programma Nazionale Esiti: http://95.110.213.190/PNEed14/index.php
- DOVE SONO LE PROVE? Una migliore ricerca per una migliore assistenza sanitaria: http://www.partecipasalute.it/cms 2/node/2479

tecnico-metodologico (dalla ricerca clinica, ai conflitti di interesse in medicina, alla corretta informazione) sia di potenzialità di ruolo e attività di cittadini/associazioni (metodi di coinvolgimento, gruppi di lavoro).

Conclusioni

Come breve conclusione, in una prospettiva di continuo cambiamento, ci sono differenti aspetti da considerare e sui quali concretamente muoversi nel prossimo futuro per ottenere un vero coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di salute, tra questi:

- incrementare la cultura "evidence-based" cioè basata sulle prove nell'informare e promuovere la salute favorendo e promuovendo l'informazione indipendente;
- raccogliere e condividere tutte le esperienze di coinvolgimento e partecipazione favorendo lo sviluppo di una rete;
- puntare sulla formazione come metodo attivo di coinvolgimento di cittadini e associazioni, per valutare insieme i risultati, per partecipare alle decisioni e per arrivare a discutere in modo strategico i bisogni reali di cittadini e pazienti;
- avere metodo, cioè essere rigorosi, affidabili e sviluppare modelli per una sanità e una ricerca veramente centrata con il coinvolgimento della popolazione, valutandone ricadute e impatto nonché implementandone i risultati.

ARTICOLI DI RIFERIMENTO AL TESTO

- Mosconi P, Colombo C, Satolli R, Liberati A. PartecipaSalute, an Italian project to involve lay people, patients' associations and scientific-medical representatives on the health debate. Health Expect 2007;10:194-204. Mosconi P, Colombo C, Villani W. Health literacy, empowerment, advocacy: orientarsi tra definizioni ed esempi. Dialogo sui farmaci 2011;2: 68.
- 2. Mosconi P, Satolli R, Roberto A, Castellani C, Colombo C. Giurie dei cittadini: coinvolgere e deliberare nell'interesse pubblico. Anche l'Italia è un paese di Giurie dei cittadini. Ricerca & Pratica 2015; 31:149-158.
- 3. Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Villani W. *Does a consumer training work? A follow-up survey of the PartecipaSalute training programs.* Health Res Policy System 2012;10:27.
- 4. Mosconi P, Castellani C, Villani W, Satolli R. Cystic fibrosis: to screen or

- not to screen? Involving a Citizens' jury in decisions on screening carrier. Health Expect 2014;18:1956-1967.
- Mosconi P, Colombo C, Satolli R, Carzaniga S. *Involving a citizens' jury in decisions on individual screening for prostate cancer*. PLOS One 2016;
 DOI: 10.1371/journal.pone.0143176.
- 6. GISPa, http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/6401 (accesso aprile 2016).
- 7. PCORI, http://www.pcori.org/about-us/why-pcori-was-created (accesso aprile 2016).
- 8. NICE, Patient and public involvement policy, https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/public-involvement/patient-and-public-involvement-policy (accesso aprile 2016).

Gli strumenti per una partecipazione consapevole dei cittadini

Franca Braga responsabile alimentazione e salute Altroconsumo

ALTROCONSUMO É LA PIÙ IMPORTANTE ORGANIZ-ZAZIONE INDIPENDENTE di difesa dei consumatori italiana. Nata a Milano da un gruppo di volontari nel 1973 si è sviluppata sul modello anglosassone di associazione che mira all'informazione dei cittadini. Oggi vanta 380.000 soci distribuiti su tutto il territorio nazionale. È riconosciuta per legge ai sensi dell'art. 137 del Codice del Consumo (Dlgs. 206/2005) a livello istituzionale, fa parte del CNCU (Consiglio Nazionale Consumatori e Utenti). A livello europeo é membro BEUC, federazione composta da 40 organizzazioni di consumatori di 31 paesi europei e membro di Consumers International (220 associazioni per 115 paesi).

Informare, educare, rendere il cittadino responsabile e consapevole La nostra missione è da sempre informare, educare, rendere il cittadino più responsabile e in grado di fare scelte consapevoli. Il tutto in maniera assolutamente indipendente e mettendoci sempre dalla parte del cittadino, guardando con la

sua prospettiva i problemi quotidiani, fornendo consigli e soluzioni concrete. E a prescindere dal tema: che si parli di tariffe elettriche o di problemi con la banca, ma anche di salute.

Fare informazione attendibile, perché indipendente e basata sulle prove. Educare il cittadino a comportamenti e scelte appropriate. Dire le cose come stanno.

Ma questo non é facile e non é popolare.

Non è popolare spiegare che riempirsi di integratori è inutile, non è popolare affermare che le diete miracolo non esistono, non è popolare sbugiardare le pubblicità, non è facile parlare di farmaci equivalenti o di screening inutili.

Per comprendere il tipo di informazione che facciamo é utile ricordare alcuni esempi.

La campagna sui farmaci generici. Nel 2001 Altroconsumo ha collaborato con il Ministero della Salute nella realizzazione di un opuscolo informativo sui farmaci generici, spedito a 15 milioni di famiglie. Dal 2001 abbiamo on line una bancadati sui farmaci che evidenzia le possibili alternative più convenienti.

Il rapporto medico paziente. Si tratta di un tema che ci interessa particolarmente perchè prioritario per il consumatore. Abbiamo realizzato nel 2010 un'inchiesta statistica in 4 paesi su un campione di quasi 7.300 persone tra i 18 e i 74 anni. I risultati evidenziavano che il 35 % lamenta il fatto che il medico li scoraggi al fare domande, mentre il 20 % ritiene che il medico non gli dedichi tempo a sufficienza.

Gli screening. Partecipare agli screening utili è importante quanto evitare quelli inutili. Moltiplicare i test e gli esami clinici, quando non ci sono prove della loro utilità, rappresenta uno spreco di denaro, un rischio per la salute e uno stress immotivato per i pazienti.

I costi della sanità per il cittadino. Seguiamo attentamente

Alcuni esempi delle campagne di Altroconsumo con studi e inchieste temi quali i ticket, il costo della sanità privata, le discrepanze regionali, le cure odontoiatriche, il prezzo dei farmaci.

Abbiamo anche voluto studiare il fenomeno del *turismo odon-toiatrico*. Un fenomeno in crescita raccontato attraverso le storie dei cittadini. Abbiamo raccolto 80 testimonianze. Abbiamo selezionato 12 "casi" di due tipologie: chi è andato all'estero consigliato da amici residenti all'estero o chi ci è andato dopo aver fatto una ricerca su internet. Abbiamo ascoltato le loro storie e li abbiamo fatti visitare per una valutazione tecnica del lavoro effettuato oltre confine.

Disease mongering, ovvero come si inventano le malattie. La pubblicità, ma più in generale la cultura dominante, oggi ha un solo messaggio: se vuoi stare bene, devi spendere di più. Dalla sfera sessuale a quella emotiva, passando per le modificazioni fisiologiche legate all'età, siamo tutti ottimi potenziali clienti delle case farmaceutiche. Per descrivere questo fenomeno è stato coniato il temine disease mongering ovvero vendere malattie. Si cerca di convincere le persone sane che sono malate e le malate che lo sono gravemente. Il tutto finalizzato al consumo di nuovi farmaci o di più farmaci. Ne risente il portafogli, ma quasi sempre anche la nostra salute.

La vendita dei farmaci on line. Abbiamo fatto 64 prove di acquisto in rete di un farmaco a base di fluoxetina. L'inchiesta è stata condotta in collaborazione con il Q-Tech Research and Study Centre dell'università di Brescia. Abbiamo analizzato i prodotti che ci sono arrivati verificando la presenza del principio attivo e l'assenza di impurezze. La qualità si è rilevata scadente, molte le impurezze, diverse contaminazioni.

Ma la salute oggi si vende anche su *Groupon*. Abbiamo raccolto 130 segnalazioni di soci che hanno acquistato coupon sui social shopping. Abbiamo raccolto le loro storie. Abbiamo

noi stessi acquistato e utilizzato 15 coupon di offerte di prestazioni legate alla salute. Risultati: pulizie dei denti vantaggiose, ma molto frettolose; screening e check-up senza motivo; visite lampo dal nutrizionista per dimagrire.

Un altro tema che seguiamo con continuità e con attenzione é quello delle *diete*. Abbiamo costruito sul nostro sito un database che analizza le principali diete, più di venti, che sono sul mercato analizzandone la validità da un punto di vista scientifico, l'ingannevolezza dei messaggi, il costo: Dukan, Tisanoreica, dei gruppi sanguigni...

Questa attività informativa ed educativa è affiancata da un'*attività di tutela* che ci ha portato ad esempio a seguire il caso Avastin Lucentis. Due farmaci per la maculopatia senile, due prezzi di vendita molto diversi (20 euro contro 800 euro a dose) e un vergognoso accordo sul mercato. Altroconsumo partecipa al procedimento dell'Antitrust avviato dietro segnalazione della Società Oftalmologica Italiana.

Abbiamo pensato di esemplificare il nostro modo di fare informazione sulla salute con un finto farmaco: VITASANA. Ricalca l'ultima pillola miracolosa sul mercato, ma in realtà contiene solo consigli: i 10 sì e i 10 no della salute.

VITASANA: un finto farmaco

Per mantenersi in forma con gesti semplici e scelte sane, prima di ricorrere a pillole e compresse e senza dar mano al portafogli, suggeriamo alcune dritte su prevenzione e abitudini di vita.

Il foglietto illustrativo di VITASANA Attenzione: per l'uso leggere attentamente le istruzioni riportate nel foglietto illustrativo; tenere alla portata dei bambini per insegnare loro fin da piccolii ad avere buone abitudini; con-



dividere liberamente con amici e conoscenti.

Indicazioni terapeutiche: iperbombardamento pubblicitario, difficoltà a trovare informazioni indipendenti, sensazioni che troppe pubblicità tendano a prenderci in giro, voglia di fare qualcosa di davvero utile per il proprio benessere...

- Sì a igiene a attività fisica, no a fumo e abuso di alcol.
- Sì ad una dieta varia e al controllo del peso, no restrizioni immotivate e integratori alimentari.
- Sì ai farmaci generici e sperimentati, no all'ultima novità e all'uso eccessivo e improprio.
- Sì agli screening di utilità accertata, no a check up periodici ed esami clinici non appropriati.
- Sì ad acquisire un sano spirito critico, no alla pubblicità dei cibi poco sani rivolta ai bambini.

La partecipazione al progetto di Slow Medicine Questa breve carrellata di esempi delle attività di Altroconsumo sulla salute spiega il perchè della nostra partecipazione al progetto di Slow Medicine. Identità di pensiero e di valori, obiettivi che si sovrappongono, complementarietà, consapevolezza sia dell'importanza di lavorare insieme su due fronti, potremmo dire due pubblici, sia dell'accresciuto peso che insieme possiamo avere. Lavorando sulle stesse tematiche ma su target diversi. Portando avanti le stesse campagne.

Ciascuno con i propri strumenti di comunicazione.

Per il progetto *Choosing Wisely Italy* abbiamo iniziato a produrre una serie di schede per il cittadino spiegando trattamenti e farmaci a rischio di inappropriatezza, utilizzando i materiali prodotti dalle società scientifiche, traducendoli in un linguaggio adatto e facilmente comprensibile, aggiungendo una serie di consigli pratici e concreti.

Il progetto sperimentale *Scegliamo con Cura* è stato avviato a Torino nel 2014 in collaborazione fra Slow Medicine, Istituto Change e SIMG, con l'obiettivo di favorire l'applicazione concreta delle indicazioni di appropriatezza fornite dalla Società

Italiana di Medicina Generale (SIMG) all'interno del progetto Fare di più non significa fare meglio attraverso interventi di formazione dei mmg e di informazione dei cittadini.

Per concludere può essere interessante un accenno ad un nuovo progetto che ci impegnerà per i prossimi due anni: DIRITTI IN SALUTE – conoscere i propri diritti fa bene alla salute, progetto finanziato dal MISE.

Il nuovo progetto Diritti in Salute

Obiettivo primario è migliorare l'accesso e le conoscenze dei cittadini rispetto ai propri diritti in sanità e questo è possibile solo migliorando e incrementando il bisogno informativo, formativo e di consulenza dei cittadini.

Il progetto prevede:

- un portale informativo;
- consulenza telefonica;
- consulenza legale;
- analisi e test pilota sul ricorso a procedure ADR in ambito sanitario.

Slow medicine: una risposta slow alla crisi del sistema delle cure

Antonio Bonaldi presidente di Slow Medicine

La progressiva medicalizzazione della società

Oltre 60 anni fa, Aldous Huxley, un visionario scrittore inglese, famoso per i suoi romanzi ambientati in inquietanti mondi immaginari, ebbe a dire: "Grazie ai fantastici progressi della medicina, oggi non è più possibile trovare un solo uomo sano". Alla luce di ciò che è successo, dobbiamo ammettere che per molti versi, quello che poteva sembrare solo uno spiritoso paradosso si stia effettivamente realizzando. É indubbio, infatti, che sia in corso una diffusa medicalizzazione della società di cui tutti dobbiamo acquisire maggiore consapevolezza, per adottare, prima che sia troppo tardi, qualche misura di contenimento dalle sue temibili conseguenze.

L'elenco delle possibili cause implicate nella crescente intrusione della medicina nelle nostre vite e nella progressiva estensione della malattia nel territorio della salute è molto lungo: vediamone qualcuna. In primo luogo vi sono le pressioni del mercato, il cui interesse primario non è certo quello di migliorare la salute delle persone, bensì di aumentare i consumi

e il profitto, utilizzando a questo fine tutti i raffinati sistemi di persuasione proposti dal marketing. Come ben ci ricorda Moynihan dalle pagine del BMJ, "si possono fare un sacco di soldi convincendo le persone che sono malate" (1). Un altro dei motivi che alimentano il sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie è l'eccessiva fiducia riposta nella capacità della scienza e della tecnologia di risolvere qualsiasi problema di salute, nella convinzione che ciò che è nuovo sia sempre più efficace e che fare di più sia sempre meglio. Da ultimo voglio ricordare la paura dell'imprevisto. Siamo un po' tutti ossessionati dal timore che la nostra vita, all'improvviso possa essere rovinata da qualche malattia di cui ignoriamo la presenza, per cui (avendo perso la fiducia nello zodiaco!) cerchiamo aiuto nelle capacità predittive della scienza medica, ignorando del tutto i possibili rischi a cui in questo modo ci esponiamo. Inoltre, molti medici, per paura di sbagliare e per potersi difendere di fronte ad eventuali contenziosi medico-legali dimostrando di aver fatto tutto ciò che era possibile, prescrivono ogni sorta di accertamento, anche se palesemente privo di alcuna rilevanza clinica.

In effetti, che fare di più non sia sempre meglio ce lo ricorda anche Gregory Bateson nel suo bel libro *Mente e Natura*, quando afferma che "sostanze, cose, strutture o successioni di esperienze desiderate che sono in un certo senso 'buone' per l'organismo – regimi alimentari, condizioni di vita, temperatura, divertimenti, sesso e così via – non sono mai tali che una quantità maggiore sia sempre meglio che una quantità minore. Al contrario, per tutti gli oggetti e le esperienze esiste sempre una quantità con un valore ottimale" (2).

Basta dare un'occhiata alla più qualificata letteratura medica per renderci conto che la sanità è pervasa da prestazioni inappropriate e che il sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche può danneggiare seriamente le persone, sopratLess is more, ovvero fare di più non è sempre meglio tutto quelle in buona salute (3-6), con il risultato paradossale che tanto più spendiamo per i servizi sanitari, tanto più ci sentiamo malati (7). I professionisti della salute dovrebbero essere le persone più consapevoli di questa pericolosa deriva e dovrebbero rendersi conto che talvolta, anche in medicina, fare meno potrebbe essere meglio. Per capire di cosa stiamo parlando propongo tre casi attinenti all'area della cura, della diagnosi precoce e dell'organizzazione dei servizi.

Utilizzare più farmaci ci fa stare meglio?

È risaputo che i farmaci hanno contrassegnato i maggiori successi della medicina ed è ovvio che se una persona sta male desideri essere curata nel modo più efficace possibile. Tuttavia la soluzione dei problemi di salute non si trova sempre nei farmaci e qualche volta il loro utilizzo, soprattutto negli anziani, si è dimostrato davvero eccessivo (8).

Nel 2010, in Israele, fu selezionato un campione di ultraottantenni affetti da tre o più patologie croniche che assumevano mediamente 8 farmaci a testa. La loro terapia fu rivalutata e fu sospeso il 60% dei farmaci. La cosa sorprendente è che solo il 2% delle terapie dovette essere ripresa con le indicazioni originarie, nessuno dei pazienti subì alcun evento avverso a causa della sospensione dei farmaci e il 90% di loro, a distanza di 13 mesi, riportava un miglioramento generale delle condizioni di salute (9).

Su queste basi sarebbe opportuno ogni tanto rivalutare i farmaci che assumono le persone anziane e verificare se davvero ne hanno ancora bisogno, ricordandoci che talvolta *less is more!*

Scoprire una "malattia" precocemente è sempre utile?

Chi di noi non conosce qualcuno che ci ha raccontato di aver eseguito, quasi per caso, un esame cosiddetto "preventivo" a seguito del quale gli è stata diagnosticata una malattia da cui, grazie alle cure tempestive, è guarito? L'idea è così naturale e di buon senso che è assai difficile metterla in discussione, anche perché la nostra vita quotidiana pare confermarcela continuamente.

Nel 2012 il *British Medical Journal* pubblicò i risultati di una meta-analisi relativa a 16 grandi studi che si proponevano di valutare l'efficacia dei check-up (test di laboratorio e di imaging eseguiti su persone asintomatiche). La revisione dimostrava che i check-up non diminuiscono la mortalità, non prevengono alcuna malattia, non evitano i ricoveri, non riducono la disabilità o l'ansia e pertanto dovevano essere scoraggiati (10). Tali conclusioni furono riprese anche da molte altre autorevoli riviste internazionali (11), ma con quali risultati pratici?

Per saperlo basta digitare check-up su Google. Vi troverete letteralmente inondati da proposte di ogni tipo, accompagnate da messaggi che suonano più o meno così: "Il check-up offerto dal nostro Centro rappresenta la sintesi aggiornata di protocolli diagnostici secondo linee guida internazionali di prevenzione. Il programma, coordinato da un'équipe di medici specialisti di alta professionalità, è in accordo con le novità tecnologiche che consentono una diagnosi delle patologie sempre più mirata e precoce". Tra le offerte più allettanti ricordo quelle di Groupon che per poche decine di euro propone una variegata lista di possibilità, tra cui:

- 218 test per intolleranze alimentari, a soli 30 euro;
- esami del sangue, tiroide e marcatori tumorali, a soli 30 euro;
- check-up dell'addome, tiroide, pancreas, aorta e ghiandole salivari, a soli 60 euro.

Non importa se ciò che viene offerto è esattamente quello che la scienza ci raccomanda di evitare: ciò che conta è fare di più. Le lusinghe della propaganda sono di gran lunga più seducenti di qualsiasi invito alla ragione. D'altra parte è opi-

nione comune che trovare una malattia il più presto possibile sia sempre utile e comunque non sia dannoso. Per anni ci è stato insegnato che prevenire è meglio che curare e oltretutto, le argomentazioni che sostengono il contrario sono controintuitive. A rigor di logica, infatti, il medico che consiglia di eseguire un test non rischia nulla e avrà in ogni caso la gratitudine del paziente (sia che il risultato del test sia positivo che negativo), mentre un atteggiamento prudente potrebbe essere perdente nel caso il paziente si dovesse ammalare.

Eseguire un test di screening è come prendere un biglietto alla lotteria: la maggior parte delle persone perde, raramente qualcuno vince. L'unica differenza, nel caso dello screening, è che tutti sono convinti di aver vinto. I pazienti non hanno, infatti, alcuna consapevolezza che la ricerca di malattie e di fattori di rischio possa incidere negativamente sulla loro salute. Essi tendono a sopravvalutare i benefici e a ignorare i rischi degli esami e dei trattamenti a cui vengono sottoposti, soprattutto sono del tutto ignari e incuranti dei rischi correlati alla sovra-diagnosi, cioè all'individuazione di patologie che sarebbero rimaste silenti per tutta la vita e che viceversa, a causa del loro precoce, quanto inopportuno riconoscimento, devono essere curate (12).

Benché se ne parli molto poco, la sovra-diagnosi può avere ricadute molto negative sulla salute delle persone, sia a causa degli effetti collaterali dei farmaci e delle complicanze degli interventi terapeutici, sia a causa dei disturbi psicologici conseguenti al fatto di essere stati etichettati come "ammalati". Negli ultimi anni, gli epidemiologi hanno reso bene evidente questo fenomeno. Per esempio, le percentuali di sovradiagnosi di alcune patologie tumorali, evidenziate nel corso degli screening, sono particolarmente preoccupanti: il 20-30% dei tumori al seno identificati con la mammografia (13), il 50-60% dei tumori della prostata identificati con il test del PSA (14), l'80-90% dei tumori della tiroide identificati con l'ecografia

(15). Poiché gli screening possono essere utili per alcune persone e dannosi per altre, è necessario che tutti siano adeguatamente informati prima di decidere se sottoporsi o meno al test. L'obiettivo di un programma di screening dovrebbe essere, quindi, non tanto quello di fate tanti esami e di raggiungere un alto tasso di partecipazione, ma di avere tante persone correttamente informate che decidono consapevolmente se eseguire il test, oppure astenersi.

Come si vede, anche in questo caso non sempre fare di più è meglio. Vale la regola: *less is more*!

Andare in ospedale è sempre meglio?

Certamente disporre di tecnologie sofisticate e di competenze tecniche di alto livello professionale è essenziale per assicurare una buona qualità delle cure. Chiunque di noi, in caso di necessità, vorrebbe essere portato in un ospedale modernamente attrezzato e curato da professionisti altamente qualificati in settori specifici della medicina. Tuttavia, questo tipo di cure non è adatto per tutti i pazienti.

Uno studio pubblicato sul Journal of Geriatrics Society ha dimostrato che oltre il 40% dei pazienti con più di 70 anni, affetti da patologie croniche e ricoverati per episodi acuti di malattia, sono dimessi dall'ospedale in condizioni peggiori di come sono entrati. Ciò a causa dell'immobilità, dell'impiego di sedativi, dell'alimentazione inadeguata e dell'uso inappropriato di cateteri urinari (16).

Questi pazienti sono proprio quelli che durante i periodi influenzali si ammassano nel pronto soccorso degli ospedali in attesa di essere ricoverati, ancorché la maggior parte di loro richieda una presa in carico globale per 365 giorni all'anno e risposte unitarie ai loro problemi di salute che, nella maggior parte dei casi, l'ospedale non è in grado di assicurare. Negli ospedali il paziente è strappato dal suo ambiente domestico, dai suoi familiari, dalle sue abitudini, ed è privato dei suoi

effetti personali, dei suoi abiti e della sua privacy. Occorre, quindi prevedere altre tipologie di servizi che siano capaci di prendersi cura del corpo senza ignorare la persona e il suo ambiente. La maggior parte di questi pazienti, infatti, ha bisogno di cure a bassa intensità tecnologica, garantite da una rete integrata di familiari, amici e volontari con il supporto di personale socio-sanitario, servizi e strutture territoriali a bassa e media intensità di cura. È in questa direzione, quindi, che bisogna investire nuove risorse e individuare nuovi modelli organizzativi e gestionali.

Gli esempi potrebbero continuare ancora a lungo, ma ciò su cui vorrei porre l'accento, è il fatto che prescrivere prestazioni inappropriate e inutili, oltre che configurarsi come un deprecabile spreco, è un comportamento che danneggia sia la singola persona che ne subisce gli eventuali "effetti collaterali", sia la collettività che per questo motivo deve rinunciare a servizi sanitari di comprovata efficacia. Il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, infatti, si accompagna sempre al sottoutilizzo di prestazioni e servizi essenziali, come per esempio: i servizi di assistenza domiciliare per malati cronici, le cure di fine vita, il controllo del dolore, la riabilitazione e la prevenzione secondaria dell'ictus, le cure odontoiatriche e molti interventi sanitari salva-vita, come, per esempio, le fratture del femore, che solo nel 50% dei casi sono trattate entro 48 ore, o l'angioplastica primaria che viene garantita, entro 48 ore dall'infarto, solo al 41% dei pazienti (17).

La dimensione sistemica della cura Negli ultimi tre secoli la chiave della conoscenza e del sapere è stata cercata nella riduzione della realtà in elementi sempre più piccoli, legati tra loro da rapporti lineari di causa ed effetto (riduzionismo). Le leggi della meccanica newtoniana erano così semplici ed eleganti che si è pensato di poterle adattarle ad ogni contesto: oltre che alla fisica anche alla biologia e alle organizzazioni sociali. Così, l'interesse degli scien-

ziati si è progressivamente concentrato sulle proprietà di organi, cellule, molecole e proteine, presi singolarmente e studiati da specialisti di settore. Non v'è dubbio che in questo modo si siano ottenuti formidabili successi: pensiamo, per esempio, al miglioramento delle tecniche anestesiologiche e chirurgiche, alla dialisi, alla protesica, alla disponibilità di farmaci salvavita e allo sviluppo delle tecnologie diagnostiche per immagini e di laboratorio. Insomma, risultati meravigliosi che ci hanno portato a credere che scienza e tecnologia avrebbero potuto risolvere ogni problema di salute: era solo una questione di tempo e di denaro.

Da qualche decennio a questa parte, però, ci si è accorti che questa strada rappresenta solo la metà del cielo. È sempre più evidente, infatti, che nulla succede in modo isolato. Viviamo in un mondo straordinariamente complesso, dove tutti gli elementi (dagli atomi alle persone) sono intimamente connessi e dove ciò che conta sono le relazioni tra gli elementi piuttosto che le loro caratteristiche individuali (18). Si è visto, infatti, che dalla loro interazione possono emergere nuove proprietà che si possono esplorare solo adottando una nuova concezione del sapere: quella sistemica. Ne consegue che bisogna imparare a ricongiungere ciò che per anni è stato separato, prendendo atto che i due approcci (riduzionista e sistemico), rappresentano due modi complementari di osservare il mondo: badate bene complementari, non alternativi. Come nella visione binoculare, allorché utilizzando i due occhi riusciamo a percepire una nuova dimensione dello spazio: la profondità.

Con il progredire degli studi sui sistemi complessi si è chiarito, per esempio, che la persona non è solo la somma delle reazioni che avvengono nelle sue cellule. Gli organismi viventi sono caratterizzati da una rete di connessioni costruita su processi biologici di tipo chimico-fisico che a sua volta agisce all'interno di una rete di comunicazioni che generano strutture

cognitive basate su significati condivisi. Tali strutture sono l'espressione di processi di apprendimento e di adattamento che si alimentano e rinnovano attraverso l'interazione dell'individuo con le persone e con il substrato di valori, aspettative e credenze entro il quale si riconosce. È evidente, quindi, che se per studiare ed intervenire sui processi biologici dobbiamo conoscere la biochimica e la fisica, per studiare la persona e apprendere il funzionamento delle reti cognitive e sociali dobbiamo acquisire i concetti e le idee che caratterizzarono il pensiero, il linguaggio, la comunicazione, la coscienza, la mente, l'etica (19,20).

Sul piano pratico, ciò non significa che ogni decisione debba prendere in considerazioni "il tutto" (a ciascuno il suo mestiere: le specializzazioni sono una conquista irrinunciabile sul cammino della conoscenza e dell'evoluzione); bisogna, più semplicemente essere consapevoli che siamo immersi in un sistema complesso di relazioni, di cui conosciamo solo alcuni segmenti e che l'integrazione dei saperi, la cooperazione tra professioni, il rispetto delle opinioni, il valore della relazione sono elementi vitali e insostituibili del nostro agire. Come ci suggerisce Giorgio Bert, "nella nostra visione i concetti di 'causa' e di 'effetto' non scompaiono, ma sono descritti non più come stabili e unidirezionali ma come provvisori e intercambiabili".

Nella tabella in questa pagina è descritto in modo sintetico come sono affrontati i problemi che riguardano la salute e la medicina, utilizzando l'approccio meccanicistico e l'approccio sistemico.

Riallineare scienza e umanesimo

Abbiamo visto che la medicina non è un mondo binario, del tipo tutto o niente, dove gli interventi sono efficaci o non efficaci, appropriati o non appropriati. Nelle decisioni che riguardano la salute esiste un'ampia area d'incertezza e di sovrapposizione delle scelte, dove le decisioni dipendono non

TABELLA

	Approccio meccanicistico - riduzionista	* *	
Metodo	Riduzionista, basato sui principi della scienza	Sistemico, basato sui principi dei sistemi	
	classica, newtoniana.	complessi.	
Medico	Osserva e decide.	Informa, guida e consiglia.	
Paziente	Un corpo da indagare, che funziona come	Una risorsa, unica e irripetibile che pensa, pro-	
	una macchina.	duce conoscenza, prova emozioni e sentimenti.	
Obiettivi	Orientati verso la ricerca e il controllo dei	Basati su priorità, aspettative e preferenze	
	sintomi.	del paziente.	
Trattamenti	Centrati sulla correzione dei meccanismi fi-	Centrati sull'insieme dei fattori che influi-	
	siopatologici delle malattie.	scono sulla salute.	
Cure	Affidate a specialisti che lavorano, per lo più,	Affidate a professionisti che lavorano in te-	
	in modo isolato.	am e si scambiano informazioni.	
Decisioni	Stabilite da procedure e protocolli standardiz	-Personalizzate, mediate dalle conoscenze	
	zati.	scientifiche e dal contesto di riferimento.	
Risultati	Dipendono da relazioni lineari di causa-effet-	- Dipendono da sistemi dinamici, instabili, intercon-	
	to, statiche, isolate, ripetibili e riproducibili.	nessi, multidimensionali, aperti al cambiamento.	
Conclusioni	Analisi quantitative centrate sulla media, per-	-Analisi qualitative che tengono conto della	
	seguono l'omologazione.	varianza, valorizzano la diversità.	
Salute	Completo stato di benessere, fisico, psichico	Capacità dell'individuo di adattarsi all'am-	
	e sociale	biente fisico e sociale.	

Nota: L'utilizzo di un metodo non esclude l'altro. Tenuto conto delle specifiche esigenze, possono applicarsi, a ragione, l'uno o l'altro dei due approcci. Basta essere consapevoli del metodo utilizzato e agire con equilibrio, controllo e moderazione.

solo dalle conoscenze scientifiche ma anche dalle preferenze, dai valori, dalle circostanze, dalle alternative disponibili. Tali scelte non possono essere incasellate in una tabella a doppia entrata: sì/no.

Il mondo della cura si avvale ovviamente di tutto ciò che viene studiato e provato attraverso l'approccio scientifico (evidence-based), se non fosse così saremmo nella mani di ciarlatani e truffatori, ma contiene anche un ampio spazio non scientifico che si giova di altri saperi quali la filosofia, l'antropologia, la psicologia e l'etica, di cui il professionista sanitario deve tener conto. È il lato umanistico della medicina

(il mondo delle relazioni) che riguarda i sentimenti, gli stati d'animo, i piaceri, le aspettative, le preferenze e i valori. È dall'incontro di questi due mondi che si attiva e si consolida la relazione di cura. Esiste, quindi, il sapere scientifico che richiede studio, acquisizione di conoscenze e specifiche competenze tecniche, ma esiste anche il sapere del paziente che riguarda la sua esperienza della malattia, la sua propensione al rischio, le circostanze sociali, i suoi valori di riferimento: quella che Giorgio Bert chiama la voce della vita e che non possiamo, in alcun modo sottovalutare. Il paziente è il miglior conoscitore di se stesso, ed è con lui che il buon medico deve sapersi confrontare.

Il ritorno alla persona

Da qui l'interesse della medicina a sviluppare sia le conoscenze di carattere biologico sia le discipline che riguardano lo sviluppo della persona e il suo modo di comunicare, di cooperare e di agire con lealtà e senso etico. Il paziente si aspetta di essere ascoltato e di essere aiutato a decidere tenendo conto delle sue esigenze, dei suoi valori, delle sue aspettative: le cure sartoriali di cui ci parla Sandro Spinsanti nel suo ultimo libro, *La medicina vestita di narrazione* (21).

Per stabilire una buona relazione non è sufficiente essere educati e fornire tutte le informazioni utili per decidere. Contesto di cura, empatia, rispetto, aspettativa di un beneficio, speranza di guarire, svolgono un ruolo cruciale nella cura e agiscono in modo indipendente dal principio attivo che viene somministrato. Si è dimostrato, infatti, che, in molti casi, la fiducia nel professionista e l'aspettativa di un beneficio possono migliorare il decorso di una malattia in modo indipendente dal tipo di intervento utilizzato e in molti casi influenzano positivamente l'esito delle cure (22).

Sebbene i pazienti correttamente informati sui benefici e i rischi associati ai diversi trattamenti tendano a scegliere interventi meno aggressivi, solo il 41% dei pazienti ritiene che le cure ricevute tenessero conto delle loro preferenze (23). Per esempio, i pazienti terminali affetti da tumore scelgono interventi meno invasivi e a parità di sopravvivenza, conseguono una qualità di vita migliore e a costi inferiori (24). Allo stesso modo, se correttamente informati, un numero significativo di pazienti affetti da angina stabile, sceglie di essere curato con la terapia medica e non con l'angioplastica (25). La scelta di ricorrere all'angioplastica, infatti, è fortemente condizionata dal fatto che il 90% dei pazienti ritiene che l'angioplastica riduca il rischio d'infarto e migliori la propria aspettativa di vita, più di quanto potrebbe aspettarsi dalla terapia medica e dal controllo dei fattori di rischio, benché, a sostegno di tale ipotesi, non ci sia alcuna prova (26).

I professionisti, quindi, dovrebbero accertarsi se il tipo di cura che garantiscono sia davvero quella che vorrebbero ricevere in condizioni analoghe e dovrebbero incoraggiare i pazienti a porre loro domande, spiegare i rischi e i benefici delle diverse alternative e lasciare il tempo necessario per chiarire le loro necessità, prima di decidere. Il rapporto deve essere interattivo, bidirezionale, fatto di ascolto, di suggerimenti, di consigli e, solo alla fine, di prescrizioni; perché curare non significa solo ripristinare una funzione biologica alterata ma racchiude fattori emotivi, culturali, familiari e sociali (27).

Con queste premesse, nel 2011, nasce a Torino Slow Medicine (28). Una rete di professionisti, pazienti e cittadini che si riconoscono in una nuova medicina caratterizzata dalle tre parole chiave individuate nel suo manifesto fondativo:

- *sobria*: perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi e riconosce che fare di più non significa sempre fare meglio;
- rispettosa: perché attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori;
- *giusta*: perché impegnata a garantire cure appropriate per tutti. Non è passato molto tempo dalla sua fondazione, ma molta

Che cosa è e cosa fa Slow Medicine strada è stata percorsa sia sul piano dei contenuti che delle iniziative. Tutti noi siamo davvero stupiti che in pochi anni, senza finanziamenti e senza una formale struttura organizzativa, sia stato possibile raggiungere l'attuale livello di diffusione. Lo scorso anno siamo stati invitati ad un centinaio di eventi che hanno coinvolto migliaia di persone e hanno contribuito a diffondere sull'intero territorio nazionale e in contesti istituzionali, associativi e sociali, le nostre idee e le nostre iniziative. Siamo stati invitati da molti Ordini dei Medici, abbiamo sottoscritto progetti di lavoro con la Regione Sardegna e con diverse Aziende Sanitarie e Ospedaliere, abbiamo preso contatto con organizzazioni internazionali, siamo intervenuti con specifici documenti (ripresi dalla stampa di settore) su temi di attualità, primo fra tutti il discusso Decreto "Appropriatezza" (29). Inoltre, è in piena attività un Gruppo Facebook con oltre 4.500 iscritti, abbiamo costituito i primi nove Punti Slow (punti di aggregazione e di promozione del pensiero slow a livello locale), distribuiti dal nord al sud del Paese e sono stati avviati alcuni importanti progetti operativi, tra cui: Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italia (30), Ospedali e territori slow (31) e Scegliamo con cura, mentre altri sono in fase di progettazione.

Questi anni sono stati approfonditi i concetti che caratterizzano il pensiero Slow, sono state delineate le possibili ricadute pratiche nei diversi contesti di cura e sono state esaminate le modalità organizzative di ciò che amiamo definire una "rete di idee in movimento". Gli spunti di discussione sono stati tantissimi e ci hanno consentito di scrivere un libro (32) e di delineare con maggior precisione la dimensione sistemica della cura, che rappresenta l'elemento più significativo del nostro modo di ripensare la medicina e di tutelare la salute. Slow medicine non è una nuova società scientifica, ma una rete di persone che s'impegna ad assicurare cure appropriate ai bisogni dei pazienti, ad utilizzare le migliori conoscenze

scientifiche e nello stesso tempo a gestire l'incertezza, a promuove la relazione con il paziente, impiegando il tempo come un alleato ed evitando la prescrizione di prestazioni inutili e potenzialmente dannose. Un movimento di idee e di persone che contrappone ad un mondo dominato dalla tecnologia e dal mercato, l'ideale di una medicina più sobria, rispettosa e giusta; un punto di riferimento per tutti coloro che vogliono impegnarsi a cambiare il modo di intendere la salute e di praticare la medicina nei prossimi anni.

BIBLIOGRAFIA

- 1. Mojnihan R et al: Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886-91.
- 2. Bateson G: Mente e natura. Adelphi 1979.
- Berwick DM, Hackbarth AD: Eliminating Waste in US Health Care. JA-MA. 2012;307(14):1513-1516.
- 4. Korenstein D et al: *Overuse of Health Care Services in the United States*. Arch Intern Med. 2012;172(2):171-178.
- 5. Gawande A: Overkill: An avalanche of unnecessary medical care is harming patients physically and financially. What can we do about it? Annals of Health Care may 11, 2015.
- 6. Moynihan R et al: *Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy.* BMJ 2012; 344: 19-23.
- 7. Sen a: Health: perception versus observation. BMJ 2002; 324:860-1.
- 8. Torrisi G, Buzzetti R et al: *Quando gli anni sono tanti e i farmaci troppi*. Studio SOAP (Studio Osservazionale Anziani Politrattati). Il Cisalpino Rivista medico-scientica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Arezzo. 2016; 41.
- Garfinkel D, Mangin D: Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-1654.
- Krogsbøll LT et al: General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345: e7191.

- 11. Saquib N et al: *Does screening for disease save lives in asymptomatic adults?*Systematic review of meta-analyses and randomized trials. International Journal of Epidemiology, 2015, 1–14.
- 12. McCaffery K et al: Walking the tightrope: communicating overdiagnosis in modern healthcare. BMJ 2016;352:i348.
- 13. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. N Engl J Med. 2012;367(21):1998-2005.
- 14. Welch HG, Black WC. *Overdiagnosis in cancer*. J Natl Cancer Inst. 2010;102(9):605-13.
- 15. Ahn HS, Kim HJ, Welch HG: Korea's thyroid-cancer "epidemic" screening and overdiagnosis. N Engl J Med. 2014;371(19):1765-7.
- 16. Zisberg A et al: Hospital associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors: J Am Geriatr Soc 2015;63:55-62; doi:10.1111/jgs.13193.
- 17. Programma nazionale esiti: http://95.110.213.190/PNEed15/.
- 18. Capra F, Luisi PL: Vita e natura, una visione sistemica. Aboca 2014.
- Maturana, H, Varela, F: L'albero della conoscenza. Un nuovo meccanismo per spiegare le radici biologiche della conoscenza umana. Garzanti Editore, Milano, 1987.
- 20. Luhmann N: Sistemi sociali. *Fondamenti di una teoria generale*. Il Mulino, 2001.
- 21. Spinsanti S: *La medicina vestita di narrazione*. Il Pensiero Scientifico Editore. 2016.
- 22. Benedetti F: Il cervello del paziente. Giovanni Fioriti editore 2012.
- 23. Covinsky KE et al: Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. J Am Geriatr Soc. 2000; 48:Suppl:S187-S193.
- 24. Zhang B et al: *Health Care Costs in the Last Week of Life*. Arch Intern Med. 2009;169(5):480-488.
- Rothberg MB et al: The Effect of Information Presentation on Beliefs About the Benefits of Elective Percutaneous Coronary Intervention. JAMA Intern Med. 2014;174(10):1623-1629.
- 26. Kureshi F et al: Variation in patients' perceptions of elective percutaneous

- coronary interventionin stable coronary artery disease: cross sectional study. Br Med J 2014; 349: g5309.
- 27. Quadrino S: Ascolti, dottore... Edizioni Change 2015.
- 28. Slow medicine: http://www.slowmedicine.it/
- 29. *Slow medicine, Decreto "Appropriatezza"*: http://www.slowmedicine.it/notizie/143-appropriatezza-prescrittiva/424-decreto-appropriatezza.html
- 30. Slow Medicine, Fare di più non significa fare meglio: http://www.slow-medicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/pratiche-a-rischio-di-inappropriatezza-in-italia.html
- 31. Bobbio M, Pirozzi MG. *Progetto Choosing Wisely. Considerazioni e implicazioni organizzative*. Tecnica Ospedaliera 2014: 10: 66-71.
- 32. Bert G, Gardini A, Quadrino S: *Slow Medicine, Perchè una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile*. Sperling& Kupfer 2013.

I progetti di Slow Medicine

Sandra Vernero medico chirurgo cofondatore e vicepresidente di Slow Medicine coordinatore del Progetto "Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy"

sLOW MEDICINE¹ NASCE IN ITALIA NEL 2011 come un movimento d'idee per riportare i processi di cura nell'ambito dell'appropriatezza, ma all'interno di una relazione di ascolto, di dialogo e di condivisione delle decisioni con il malato. La filosofia di Slow Medicine è sintetizzata da tre parole chiave: *sobria*, perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi; *rispettosa*, perché è attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori; *giusta*, perché impegnata a garantire cure appropriate per tutti.

Slow Medicine: una medicina riflessiva Va precisato che il termine "slow" non è sinonimo di medicina lenta, ma richiama il concetto di medicina riflessiva, ponderata, che lascia il tempo al pensiero, al ragionamento e al giudizio. Elementi che oggi sembrano diventati superflui.

¹ Bonaldi A, Vernero S. *Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina*. Recenti Prog Med 2015; 106: 85-91

In tutti gli ambiti, Slow Medicine promuove una visione *sistemica*, che da un lato considera la persona nella sua interezza e non come un insieme di organi da curare, dall'altro promuove il superamento degli steccati tra diverse specialità e professionalità per lavorare con un approccio multidisciplinare.

Fin dal primo workshop tenuto nel castello di Ferrara nel giugno 2011, Slow Medicine ha individuato tra i principali obiettivi della cura del paziente acuto e cronico quello di migliorare l'*appropriatezza clinica*, riducendo il *sovrautilizzo* di esami e trattamenti: a questo fine è ritenuto fondamentale ridare importanza alla visita del paziente, all'esame obiettivo, insieme alla storia del paziente e al suo ascolto.

La questione dell'*appropriatezza clinica*, e ancor più quella del sovrautilizzo di esami e trattamenti, hanno ricevuto l'attenzione del mondo medico solo in tempi recenti.

L'Institute of Medicine (IOM) degli USA già nel 2001 aveva messo al centro del suo rapporto *Crossing the Quality Chasm*², pietra miliare nel mondo della qualità in medicina, la necessità di superare tre tipologie di problemi di inappropriatezza clinica:

- il sovrautilizzo (overuse);
- il sottoutilizzo (underuse);
- lo scorretto utilizzo o errore (*misuse*) di esami o prestazioni terapeutiche.

Ma nel mondo sanitario è stata oggetto di maggiore interesse l'appropriatezza organizzativa rispetto a quella clinica. Quando poi la pratica clinica è stata analizzata dai professionisti attraverso audit strutturati, la maggiore attenzione è stata posta

Appropriatezza clinica e sovrautilizzo

² Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001

alla componente del sottoutilizzo, cioè a esami e trattamenti non erogati quando sarebbero stati necessari, e a quella dello scorretto utilizzo o errore, trascurando il terzo problema di appropriatezza indicato dall'IOM, quello del *sovrautilizzo*, ovvero l'erogazione di esami e trattamenti non necessari e spesso addirittura dannosi.

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

Gli studi sul

Solo in anni recenti il fenomeno del sovrautilizzo di esami e trattamenti ha cominciato ad essere studiato nelle sue dimensioni: negli Usa si è valutato che il suo ammontare corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitaria³; e anche l'OMS ha stimato nel 2010 che una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenti uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse.

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

Tanto più che dati di sovrautilizzo riguardano un numero sempre crescente di prestazioni sanitarie, come ad esempio gli interventi di angioplastica nei pazienti con angina stabile, le colonscopie, gli esami di Risonanza magnetica della colonna lombare, i parti eseguiti con cesareo⁵.

³ Berwick DM, Hackbarth A. *Eliminating waste in US health care* [published online ahead of print March 14, 2012]. JAMA. doi:10.1001/jama.2012.362

⁴ Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. N Engl J Med 2012;366:1949-51

Di importanza fondamentale per il tema dell'appropriatezza clinica è stato un documento internazionale lanciato nel 2002: la *Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio* ^{6 7}, redatta dalla Fondazione ABIM (*American Board of Internal Medicine Foundation*), da quella dell'ACP (*American College of Physicians*) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna.

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

La stessa fondazione ABIM, con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori, ha promosso nel 2012 l'iniziativa *Choosing Wisely* 8 9, invitando le società scientifiche USA ad individuare

Choosing Wisely: l'avvio negli USA (2012)

⁵ Domenighetti G, Vernero S. *Looking for waste and inappropriate-ness:if not now, when?* Intern Emerg Med (2014) 9 (Suppl):S1–S7

⁶ American Board of Internal Medicine Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium:a physician charter*. Ann Intern Med. 2002;136(3):243-246.

⁷ http://www.medicina.unimi.it/files/_ITA_/Homepage/Carta_professio_medica.pdf

⁸ Cassel CK, Guest JA. *Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care.* JAMA. 2012;307:1801-2.

ognuna una lista di 5 test o trattamenti sanitari comunemente utilizzati nella propria specialità, il cui impiego debba essere messo in discussione da pazienti e clinici.

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

E molte altre associazioni di consumatori si sono aggiunte a Consumer Reports nel rappresentare il punto di vista dei cittadini. Grazie alla loro collaborazione è stato elaborato materiale informativo relativo ad un gran numero di pratiche a rischio di inappropriatezza, di facile comprensione per pazienti e cittadini.

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

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

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

In Italia il rapporto tra risultati clinici e spesa pro capite per

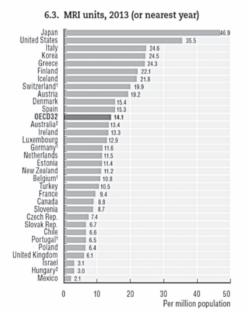
⁹ http://www.choosingwisely.org/

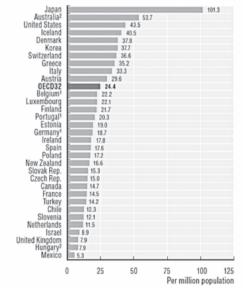
Italia

la salute è uno dei migliori a livello internazionale e netta- La situazione in mente più favorevole rispetto a quello USA: la spesa pro capite per l'assistenza sanitaria è inferiore alla media dei paesi OCSE e i risultati di salute mediamente superiori.

Sono però presenti aree di sottoutilizzo di risorse (es. la spesa per le cure agli anziani e ai disabili) accanto ad aree in cui si rileva un *eccesso di esami e trattamenti*: una di queste è rappresentato dalle tecnologie medicali, in primo luogo in radiologia. Il numero di apparecchiature di RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), aumentato negli ultimi anni in tutti i Paesi sviluppati, nel nostro presenta un rapporto rispetto al numero di abitanti tra i più alti, vicino ai limiti superiori rappresentati da USA e Grecia (figura 1). E anche le stime sul numero di

Numero di apparecchiature di RMN e TC anno 2013 FIGURA I





6.4. CT scanners, 2013 (or nearest year)

Fonte Health at a Glance 2015 : OECD Indicators

esami effettuati ci pone ai primi posti tra i paesi OCSE. Gli stessi radiologi, anche nella consapevolezza dei danni conseguenti ad un'eccessiva esposizione alle radiazioni ionizzanti, si stanno interrogando sull'appropriatezza degli esami radiologici che eseguono. Un loro recente studio eseguito in Italia su prestazioni radiologiche ambulatoriali¹⁰ ha dimostrato l'appropriatezza solamente del 56% di queste: il 44% delle prestazioni prese in esame poteva essere evitato senza recare alcun danno al paziente. Altri esempi di sovrautilizzo in Italia sono la percentuale di parti con cesareo (figura 2), e il sovrautilizzo di antibiotici. Sono poi eclatanti le differenze tra le diverse regioni italiane.

Choosing Wisely Italy

Pertanto, dato che la campagna Choosing Wisely era del tutto coerente con i principi di Slow Medicine e le conclusioni del workshop di Ferrara, e considerato che anche in Italia esistono molte aree di sovrautilizzo di esami e trattamenti insieme ad altre di sottoutilizzo, subito dopo il lancio di Choosing Wisely negli Stati Uniti Slow Medicine ha lanciato in Italia, a fine 2012, il progetto *Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy*¹¹. Ha pertanto rivolto l'invito alle società scientifiche e associazioni professionali italiane a individuare pratiche a rischio di inappropriatezza in Italia, che possano essere oggetto di dialogo nella relazione tra i professionisti e i pazienti e i cittadini.

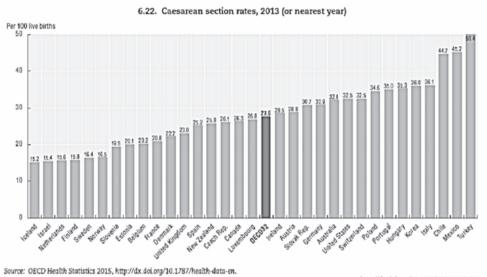
Si tratta di pratiche che:

¹⁰ Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. M. Cristofaro et al Radiol med (2011) 116:000–000 DOI 10.1007/s11547-011-0725-2

¹¹ Vernero S. Slow *Medicine e il progetto Fare di più non significa fare meglio*. Il radiologo 2013;1:41-43

¹² Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. *Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign*. BMJ 2014;349:g4703

FIGURA 2 Proporzione di parti cesarei su parti totali anno 2013



StatLink * http://dx.doi.org/10.1787/888933281033

Fonte Health at a Glance 2015: OECD Indicators

- sono effettuate molto comunemente in Italia;
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritte;
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

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

Come infatti è emerso con sempre maggior chiarezza dalla letteratura scientifica¹³ il *sovrautilizzo* di esami e trattamenti non ha solo la valenza economica di spreco, ma si può con-

¹³ Grady D, Redberg R.F. Less Is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. Arch Int Med 2010; 170: 749-750

figurare come un vero e proprio *errore clinico*, che danneggia i pazienti sia direttamente – come nel caso delle radiazioni ionizzanti in eccesso, di molte procedure invasive, degli effetti collaterali dei farmaci – sia indirettamente attraverso falsi positivi e sovradiagnosi¹⁴, cui conseguono ulteriori esami e interventi chirurgici, in un circolo vizioso pericolosissimo. Spetta dunque ai medici e agli altri professionisti affrontare in prima persona la questione dell'appropriatezza clinica nelle sue diverse componenti.

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

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

Hanno aderito al progetto più di 30 società scientifiche mediche, oltre a società di farmacisti, di infermieri e di fisioterapisti, e sono state pubblicate, a marzo 2016, 29 liste di esami e trattamenti a rischio di inappropriatezza in Italia, per un totale di 145 pratiche¹⁵ (tabella 1, figura 3).

¹⁴ Welch HW, Schwatrz LM, Woloshin S. *Sovradiagnosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati.* Il Pensiero Scientifico Editore 2014.

¹⁵ www.slowmedicine.it/pratiche.html

TABELLA I Progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy"
Società Scientifiche e Associazioni professionali italiane coinvolte nella individuazione delle
pratiche a rischio di inappropriatezza in Italia - Aprile 2016

Allergologia

Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica - SIAAIC Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica - SIAIP

Ambiente

Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia

Assistenza infermieristica

Federazione Italiana Collegi Infermieri - IPASVI

Cardiologia

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology - GICR-IACPR

Chirurgia Vascolare

Collegio dei Primari di Chirurgia Vascolare

Cure Palliative

Società Italiana di Cure Palliative – SICP

Diabetologia

Associazione Medici Diabetologi - AMD

Endocrinologia

Associazione Medici Endocrinologi – AME

Farmacia Clinica e Terapia

Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia – SIFACT

Formazione medica

Società Italiana di Pedagogia Medica – SIPEM

Genetica Umana

Società Italiana di Genetica Umana – SIGU

Medicina Generale

Società Italiana di Medicina Generale - SIMG

Medicina Interna

Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti- FADOI - 1ºLista Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti- FADOI - 2ºLista

Medicina di laboratorio

Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia molecolare clinica - SIBioC

Medicina Legale

Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale - COMLAS

Segue a pagina 248

Segue TABELLA I

Medicina Nucleare

Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare – AIMN

Nefrologia

Società Italiana di Nefrologia - SIN

Neurologia

Cochrane Neurosciences Field – CNF- 1° lista (rivista)

Cochrane Neurosciences Field – CNF- 2º lista (Transitoria perdita di coscienza)

Nutrizione Clinica

Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ADI

Oncologia medica

Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

Organizzazione igienico- sanitaria

Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere- ANMDO

Ostetricia, Ginecologia e Medicina Perinatale

Associazione Scientifica ANDRIA

Pediatria

Associazione Culturale Pediatri - ACP

Radiologia Medica

Società Italiana di Radiologia Medica - SIRM

Radioterapia

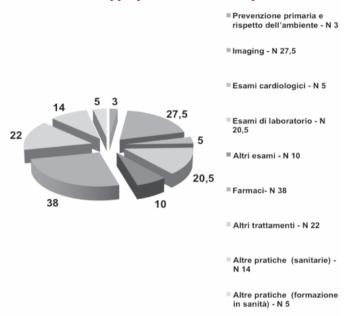
Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica – AIRO

La definizione delle pratiche rappresenta solo il primo passo: sono previste da una parte una diffusa informazione e formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari e iniziative atte a migliorare il dialogo e la relazione tra medici e pazienti, dall'altra un'ampia diffusione delle pratiche a cittadini, pazienti e loro rappresentanze anche grazie alla messa a punto di materiale informativo ad hoc.

La principale scommessa del progetto è quella culturale: diffondere presso i professionisti e i cittadini il messaggio che in sanità a volte è meglio fare meno, nell'interesse del paziente, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente.

"Primum non nocere" rappresenta la principale motivazione

FIGURA 3 Tipologia delle 145 raccomandazioni su pratiche a rischio di inappropriatezza in Italia - aprile 2016.



per ridurre il sovrautilizzo di esami e trattamenti, verso una medicina più sobria, rispettosa e giusta.

Nel frattempo altri movimenti analoghi sono stati fondati in tutto il mondo: il progetto italiano fa ora parte del movimento *Choosing Wisely internazionale*, coordinato da Choosing Wisely Canada con l'università di Toronto.

Nel corso dell'International Roundtable on Choosing Wisely di Amsterdam dell'11 e 12 giugno 2014, cui erano presenti rappresentanti di USA, Canada, Olanda, Italia, UK e Wales, Germania, Danimarca, Svizzera, Giappone, Australia e Nuova Zelanda, sono stati condivisi i principi fondamentali della campagna Choosing Wisely internazionale¹⁶:

I lavori dell'International Roundtable on Choosing Wisely

¹⁶ Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA; *On behalf of the Choosing Wisely International Working Group.*

- la campagna parte dai medici ed è bottom up
- viene attribuita massima importanza alla relazione con il paziente (skills e tempo) per arrivare a decisioni "sagge" e condivise
- le raccomandazioni sono basate sulle prove di efficacia (EBM)
- l'approccio è di squadra e multi professionale
- il processo messo in atto per sviluppare le raccomandazioni è trasparente.

Primo obiettivo della campagna è un cambiamento culturale sia dei professionisti sia di pazienti e cittadini per ridurre i danni derivanti ai pazienti da pratiche inappropriate.

Dopo il meeting di Londra nel 2015, cui erano rappresentati 17 Paesi, il terzo incontro del gruppo di lavoro si svolgerà a Roma nei giorni 11-12 e 13 maggio 2016 presso il Centro di formazione dell'Area Radiologica. Il giorno precedente, il 10 maggio, avrà luogo l'incontro fra alcuni importanti esponenti internazionali presenti a Roma e la rete italiana del progetto, in particolare i referenti delle società scientifiche e associazioni professionali che vi prendono parte.

Progetti italiani di Slow Medicine

Il progetto *Scegliamo con cura*, rappresenta la prima implementazione sul territorio, a Torino e in Piemonte, delle pratiche a rischio di inappropriatezza individuate dai Medici di Medicina Generale della SIMG, attraverso interventi di formazione dei medici di medicina generale e di informazione dei cittadini. Il progetto si sta ampliando nel 2016 ad alcune altre Società Scientifiche per permettere la condivisione delle indicazioni di appropriatezza fra medici di medicina generale e specialisti, e ha l'appoggio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino.

Il progetto Ospedali e Territori Slow, partito dall'ospedale di

^{&#}x27;Choosing Wisely': a growing international campaign. BMJ Qual Saf 2015;24:167-174

Cuneo, che nel 2013 ha già individuato al suo interno, grazie al coinvolgimento dei professionisti, tre pratiche a rischio di inappropriatezza per ogni reparto, sta ora coinvolgendo aziende ospedaliere e territoriali di tutta Italia in rete tra loro, a seguito del workshop realizzato a Cuneo l'8 e 9 ottobre 2015. Numerosi eventi su Slow Medicine sono stati organizzati da *Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* in tutta Italia (figura 4): risulta estremamente promettente a livello locale la sinergia che si viene a creare spontaneamente tra professionisti referenti di società scientifiche, quelli facenti capo a Ordini professionali, le aziende ospedaliere e territoriali con le loro componenti manageriali e professionali, pazienti e cittadini e le loro associazioni.

È stato poi siglato a giugno 2015 uno specifico atto di intesa tra Slow Medicine e l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della *Regione Autonoma della Sardegna*, che prevede la collaborazione alle iniziative avviate in ambito regionale e locale, con particolare riferimento ai principi di Slow Medicine e alle indicazioni contenute nel progetto "Fare di più non significa fare meglio".

E infine Slow Medicine ha lanciato il progetto #buongiornoiosono.... La campagna prende spunto da #hellomynameis,
iniziativa lanciata nel Regno Unito da Kate Granger, medico,
ammalata di tumore, dopo una sua esperienza in ospedale,
e ha l'obiettivo di ricordare a tutti i professionisti della salute
l'importanza di presentarsi con il proprio nome e il proprio
ruolo quando si incontra un paziente, come primo passo per
instaurare una relazione di fiducia.

Dalla descrizione dei progetti di Slow Medicine emergono chiaramente sia le loro caratteristiche¹⁷, sia le loro differenze

Due visioni dell'appropriatezza

¹⁷ http://www.slowmedicine.it/notizie/143-appropriatezza-prescrittiva/397-l-appropriatezza-secondo-slow-medicine.html

FIGURA 4 Eventi su Slow Medicine organizzati da Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Udine	11 maggio 2013	Convegno Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Udine - Decisione ed errore in medicina	Intervento di Sandra Vernero
Monfalcone	26 ottobre 2013	Convegno Slow Medicine - Ordine Provinciale dei Medici di Gorizia e Monfalcone	Roberta Chersevani, Andrea Gardini, Sandra Vernero, Tullio Giraldi, Roberto Satolli.
Genova	9 novembre 2013	Ordine Provinciale dei Medici di Genova - Scelte sagge e condivise	Alberto Ferrando, Giorgio Bert, Silvana Quadrino, Antonio Bonaldi, Sandra Vernero.
Brescia	9 aprile 2014	Incontro con la popolazione promosso da Ordine dei Medici.	A. Bonaldi
Arezzo	13 settembre 2014	Convegno Azienda USL e Ordine dei medici: "Fare di più non significa fare meglio".	S. Vernero
Verona	2 ottobre 2014	Convegno Azienda Ospedaliera e Ordine dei medici: Scelte sagge in medicina.	A. Bonaldi
Cagliari	5-6 giugno 2015	Convegno "SLOW MEDICINE" Fare di più non significa fare meglio	Andrea Gardini; Antonio Bonaldi, Marco Bobbio
Vicenza	24 ottobre 2015	Convegno Società medico-chirurgica vicentina (con l'Ordine dei Medici) "Appropriatezza Prescrittiva. Fare di più non significa fare meglio".	Antonio Bonaldi, Sandra Vernero, Marco Bobbio
Torino	18 novembre 2015	Ordine dei Medici Torino, Presentazione Master Cibo e Salute organizzato da UNISG in collaborazione con ADI, AMD, FADOI e Slow Medicine	Silvana Quadrino
Grosseto	13 dicembre 2015	La "Festa del Medico" presso Ordine dei Medici di Grosseto	Sandra Vernero

segue figura 4 Eventi su Slow Medicine organizzati da Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Trieste	15-16 gennaio 2016	Convegno Ordine dei Medici: Appropriatezza contro futilità nella salute	Mariolina Congedo, Sandra Vernero, Andrea Gardini, Tullio Giraldi, Roberta Chersevani
Belluno	6 febbraio	Ordine dei Medici - Appropriatezza clinica e slow medicine	Antonio Bonaldi Gianluigi Lusiani
Siena	4 marzo 2016	Convegno Azienda Arezzo-Siena- Grosseto + Ordine dei Medici Siena	Antonio Bonaldi,Sandra Vernero, Andrea Gardini, Piersante Sestini, Marco Bobbio, Dafne Rossi
Grosseto	5 marzo 2016	Convegno Ordine dei Medici "Slow Medicine- Fare di più non significa fare meglio".	Antonio Bonaldi, Marco Bobbio, Piersante Sestini, Pier Riccardo Rossi, Dafne Rossi
Reggio Emilia	2 aprile 2016	Convegno Ordine dei Medici	Sandra Vernero, Danilo Orlandini
Matera	8-9 aprile 2016	Convegno Ordine dei Medici "Scelte sagge per la salute"	Vito Gaudiano, Roberta Chersevani, Paola Mosconi, Franca Braga, Antonio Bonaldi, Sandra Vernero, Luigi Arru, Andrea Gardini
Ravenna	16 aprile 2016	Convegno Slow Medicine OMCeO Ravenna	Antonio Bonaldi, Sandra Vernero, Luigi Arru, Sandro Spinsanti, Vincenza Palermo

rispetto al decreto ministeriale sulla "Appropriatezza prescrittiva" ¹⁸ ¹⁹:

- sono i medici, insieme agli infermieri, ai farmacisti, ai fisioterapisti e agli altri professionisti sanitari, ad *assumersi la responsabilità* di individuare in maniera sistematica quegli esami e quei trattamenti che vengono effettuati in eccesso, non si tratta di una imposizione dall'alto come nel decreto;
- la prima motivazione dei professionisti è *etica e deontologica*, in quanto proviene dalla consapevolezza che oltre ad apportare scarsi benefici quegli esami e quei trattamenti rischiano di provocare danni anche seri ai loro pazienti. La motivazione economica, l'unica richiamata dal decreto ministeriale sull'appropriatezza, in Choosing Wisely e negli altri progetti di Slow Medicine resta in secondo piano; e fa riferimento non ad un semplice taglio di costi ma ad un riequilibrio tra sovraautilizzo e sottoutilizzo per un impiego più appropriato delle risorse ed una medicina più equa;
- infine alla base dei progetti di Slow Medicine vengono posti il delicato *rapporto di fiducia* tra medico e paziente e la *relazione* che deve instaurarsi per permettere scelte informate e condivise nel rispetto di valori e preferenze del paziente, elementi del tutto trascurati dal decreto. Le decisioni condivise rappresentano un incontro tra due tipi di "esperti": i medici, che possono essere esperti nella scienza medica, ed i pazienti, esperti in ciò che può essere meglio per ognuno di loro. L'appropriatezza clinica non può non far riferimento al singolo paziente.

¹⁸ http://www.slowmedicine.it/notizie/143-appropriatezza-prescrittiva/424-decreto-appropriatezza.html

¹⁹ Vernero S. *Appropriatezza: non per decreto ma per scelta*. SaluteInternazionale.info 17 febbraio 2016

cambiamento

Trattandosi di un vero e proprio cambiamento culturale, nu- Gli ostacoli al merosi ostacoli sono da prevedere nei confronti della realizzazione del progetto Fare di più non significa fare meglio -Choosing Wisely Italy e degli altri progetti di Slow Medicine. I principali²⁰ possono essere individuati in:

- abitudini consolidate: si è sempre fatto così, perché cambiare?
- negazione del fenomeno del sovrautilizzo: sarà necessario poter disporre di ulteriori dati per quantificare nel dettaglio la variabilità e il sovrautilizzo di molte pratiche;
- "medicina difensiva": molti medici affermano di dover prescrivere esami e trattamenti in eccesso per evitare reclami e denunce da parte dei pazienti. In realtà, come affermano i medici legali e come è dimostrato in letteratura, il miglior mezzo per ridurre il contenzioso è un miglior rapporto medico-paziente insieme alla condivisione delle decisioni²¹;
- scarsa abitudine alla relazione con il paziente: manca nella formazione dei medici, sia pre sia post laurea, un'adeguata formazione sulla comunicazione medico-paziente. E l'attuale organizzazione dei servizi sanitari non attribuisce alla comunicazione medico-paziente l'adeguata importanza né l'adeguato tempo
- essere percepito come un'imposizione dall'alto: il progetto ha una impostazione bottom up, a partenza dai medici e dagli altri professionisti. Una imposizione dall'alto, come controllo ai fini di riduzione dei costi, lo snaturerebbe e ne bloccherebbe lo sviluppo.

²⁰ Vernero S. - Capitolo "Scegliere saggiamente (choosing wisely)" del Manuale Critico di Sanità Pubblica e Prevenzione - Francesco Calamo Specchia- Maggioli Editore – ottobre 2015

²¹ Levinson W, Roter DL, Mullooly JP et al Physician-Patient Communication: The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons JAMA. 1997;277(7):553-559

- essere visto come un razionamento, un togliere prestazioni :per questo motivo il fattore "costo" non è stato incluso tra quelli di scelta delle pratiche, ponendo invece l'accento sui danni che queste possono arrecare ai pazienti
- parametri di valutazione economici e quantitativi e non basati su appropriatezza ed esiti clinici: i meccanismi di finanziamento delle organizzazioni sanitarie incentrati su risultati economici e sul numero di prestazioni e non sul raggiungimento di obiettivi di salute hanno un importante ruolo nel favorire il sovra utilizzo di prestazioni. Sarà opportuno studiare come modificarli.
- *frodi, conflitti di interesse*, economici e professionali: è ovvio che la riduzione di esami e trattamenti inappropriati si scontra con precisi interessi economici e professionali, di cui bisogna tener conto
- comunicazione miracolistica, cultura del "fare di più", pubblicità ingannevoli: l'attuale comunicazione, anche quella istituzionale, è orientata alla promozione del "fare di più" del "nuovo" indicandoli come elementi essenziali per ottenere migliori risultati di salute. È indispensabile una diversa modalità di comunicazione, che introduca la cultura del limite, che incoraggi pazienti e cittadini ad assumere un ruolo più attivo e che sia più centrata sul rapporto tra benefici e danni informando anche sui fenomeni di sovra diagnosi e sovra trattamento²².

²² Domenighetti G, Vernero S. *Fare di più non significa fare meglio*. Salute Internazionale. info 8 maggio 2013.

www.saluteinternazionale.info/2013/05/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/.

L'Etica della cura

Maurizio Benato
Comitato nazionale di Bioetica

La Medicina è fatta di tre cose: la malattia, il paziente e il medico. Quest'ultimo è il servo dell'Arte Ippocrate di Coo, V secolo a.C.

PARTO DA QUESTO NOTO AFORISMA per sviluppare alcune riflessioni su di un aspetto poco dibattuto quando parliamo di etica della cura e mi riferisco al passaggio in cui il medico viene definito servo dell'arte. Le osservazioni più profonde si sono concentrate infatti per lo più all'interno del delicato rapporto medico paziente, sulla definizione di malato con le sue varie apposizioni: malato oggetto, malato soggetto, malato persona. E ognuna di tali apposizioni è stata ed è motivo per ridefinire, di volta in volta, il concetto di relazione terapeutica che si presenta quale importante punto di incontro tra medico e paziente per sortire il miglior risultato possibile nell'opera del medico. Di conseguenza ci siamo interrogati non su "che cosa è", ma "chi è il malato?" un essere ?, un fenomeno?... per arrivare alla conclusione che nessuno mette più in dubbio che il malato è il riferimento di ciò che si manifesta. È senz'altro un fenomeno che si identifica con l'essere e vera peculiarità, ne è coestensivo.

Un rapporto a tre: medico, persona e medicina

Da queste osservazioni, la messa a punto di una nuova ontologia del malato, inteso come co-estensione dell'essere e del fenomeno, scoprendo così senza meravigliarci che si trattava un nuovo oggetto di conoscenza medica con conseguenze di carattere pratico e di utilità clinica unite a importanti implicazioni operative. Concludo questo accenno alla relazione con un una raccomandazione tra le tante che facemmo come Fnomceo al mondo che governa la formazione dei medici: non dover insegnare le scienze umane al futuro medico perché il malato è persona, ma insegnargli a riconoscere la persona che è un malato. In realtà il rapporto non è mai a due ma sempre almeno a tre: anche se lasciamo da parte la famiglia e la società, quella che non manca mai in questo delicato rapporto è la medicina.

medicina

Il concetto di Voglio soffermarmi sul concetto di medicina perché è un concetto su cui spesso si sorvola anche da parte degli stessi medici, abituati per formazione all'azione più che al pensiero. Voglio lasciar parlare i grandi maestri.

> La medicina (...) "un'area della sfera applicativa umana in cui scienza, pensiero esistenziale e etica felicemente si incontrano".

> > Mario Austoni

La medicina è "una scienza sociale e la politica non è altro che la medicina pensata in grande".

Rudolf Virchow

"La Medicina per la sua natura biologica è realmente una robusta arte di una debole scienza".

Milos Jenicek

La medicina è un soggetto impersonale costituito da un insieme di saperi e pratiche che si tramandano si accumulano e diremo, citando Popper, verificandosi man mano in successione a fare da tramite tra i due soggetti. Su che cosa sia

in verità la medicina non c'è un pieno accordo, poiché la medicina è scienza ma come scienza possiede al proprio interno un fine quindi è una scienza applicata con il fine costitutivo che è la tutela della salute dell'uomo. E proprio per avere un fine, per l'esistenza di questo fine, che la medicina si distingue dalle altre scienze, compresa la biologia, e così il medico si distingue dal biologo. La scienza pura, avente come unico scopo la conoscenza vera, la più oggettiva e rigorosa possibile, già di per sé possiede un chiaro valore etico che è il valore della conoscenza per l'uomo, anche se i giudizi scientifici, è chiaro, non sono giudizi di valore, ma soltanto enunciati in cui si descrive e/o si spiega la realtà che cade sotto i nostri sensi. E se la scienza costituisce un bene da perseguire, gli strumenti che permettono di conseguire quel bene assumono anch'essi un valore positivo. Ed è appunto per questo motivo che le regole del metodo scientifico possiedono un valore positivo e diventano regole vincolanti per chi vuole raggiungere la conoscenza della realtà empirica. In questo si riassume in fondo l'etica dello scienziato e la dignità del medico, ovvero: di per sé la scienza è un bene che deve essere perseguito e, se si decide di perseguirlo, allora le regole che permettono di ottenere quel bene divengono obbligatorie e la loro deliberata inosservanza diviene un atto moralmente riprovevole.

La conoscenza in medicina ha sempre invece coltivato due aspetti: uno scientifico e l'altro clinico; e, da Ippocrate in poi, è scienza ed arte. Scienza, come conoscenza organizzata di tutte le circostanze relative alla salute dell'uomo. Arte in quanto capacità di applicare tale conoscenza alla cura della malattia.

La medicina come scienza

Si può pertanto fare distinzione in medicina tra ciò che deve essere fatto (conoscenza pratica) ed il perché deve essere fatto Conoscenza pratica e conoscenza teorica

(conoscenza teorica). Tanto che, a seconda delle modalità del rapporto scienza/arte, emergono varie tipologie di medici:

- vi sono medici che conoscono cosa fare e perché fare: sono i medici eccellenti;
- altri che sono abili nel praticare, ma non conoscono la teoria a monte della pratica: sono i medici empirici;
- altri che conoscono bene la teoria, ma non hanno la capacità di metterla in pratica: sono i teorici;
- altri medici, infine, che applicano gli strumenti pur mancando sia di conoscenza tecnica che di capacità pratica: sono i più pericolosi.

Quali sono gli aspetti etici che incontra il medico nel confrontarsi con la conoscenza teorica e la conoscenza pratica? Cercherò di dare alcune risposte e faccio subito una premessa per non essere travisato nei passi successivi. Penso che la medicina ufficiale sul versante scientifico non debba rinunciare al proprio canone e tanto meno al regime della prova che rappresenta il capitale scientifico a disposizione. Questa impostazione di fondo richiede però una chiara conoscenza dei concetti che vengono abitualmente impiegati nel produrre conoscenza, concetti quali fatto, oggettività, ipotesi, teoria, legge, prova, controprova, verifica, conferma, falsificazione, osservazione, probabilità, spiegazione, esperimento, determinismo, finalismo, riduzionismo. Raramente nel corso di studi viene fornita una informazione critica sul valore e sulla reale portata di ciascuno di questi concetti. Se questi concetti che costituiscono l'ossatura del suo modo di pensare, di un metodo di ragionamento vengono appresi in modo acritico e spesso in maniera approssimativa, i nostri medici difettano degli strumenti metodologici per sottoporre ad analisi valori della disciplina medica.

Conoscenza scientifica e altre forme di conoscenza Ancora sulla conoscenza. Il medico dovrebbe saper distinguere la conoscenza scientifica da altre forme di conoscenza (storica, estetica, giuridica,retorica ecc.). La storia della medicina è

ricca di esempi e istruttiva nel favorire la conoscenza critica delle idee scientifiche. Se sapessimo utilizzare bene l'apporto di questo settore conoscitivo forse acquisiremo tutti un livello di coscienza adeguato sulla consapevolezza critica, sul carattere relativo e contestuale che le teorie mediche presentano rispetto a determinati presupposti filosofici. Tutto questo non dovrebbe sorprendere, se si pensa alle diverse e variabili basi culturali su cui si è appoggiata l'evoluzione della conoscenza in Medicina, che nel tempo si è sempre realizzata con modificazioni delle discipline mediche in una visione contemporanea non solo medica, ma anche filosofica, sociologica e teologica. Lasciando da parte la conoscenza della medicina dell'età classica, secondo cui la salute era garantita dall'equilibrio tra umori interni (microcosmo) e l'ambiente naturale circostante (macrocosmo), e venendo velocemente all'epoca moderna in cui la malattia quale concetto ontologico, tramite la morfologia, la patologia, e la ricerca etiologica, acquisisce una precisa concretezza e si impone come il quadro attualmente accettato, anche questo periodo della nostra storia medica mette in evidenza come la medicina assuma volti e dimensioni diverse.

L'evoluzione della conoscenza in medicina non avviene secondo un percorso evolutivo costante, ma è fatto di svolte e ripensamenti. Certe svolte storiche ritenute "pietre miliari" o "scenari magistrali" possono, in un'analisi retrospettiva, apparire periodi sterili o controversi. E così mi permetto di ricordare che molti sono stati i sistemi epistemologici medici anche nella stessa epoca scientifica. Basti pensare che si è passati dal paradigma anatomo-clinico del Morgagni, al paradigma cellulo-fisiopatologico di Virchow, giungendo all'attuale paradigma molecolare. La biologia molecolare è oggi considerata la base interpretativa di ogni fenomeno cellulare e fisiopatologico. La spiegazione dei processi morbosi viene cercata e situata in meccanismi che modificano le molecole faNon un percorso evolutivo costante, ma svolte e ripensamenti centi parte dei vari sistemi anatomici o fisiologici. Ma oggi si prende atto che la teoria molecolare è insufficiente nell'affrontare i grandi problemi specie nelle patologie tumorali e neuro psichiatriche, la cronicità.

Il ruolo della cultura

Ma c'è ancora di più. Nella medicina scientifica, che comunemente pratichiamo, la malattia resta una nozione legata a fattori storici, culturali; basti pensare al confine tra normale e patologico che varia nel tempo e in funzione dei modelli di spiegazione e delle tecniche di rilevazione dei segni e dei sintomi. Il ruolo della cultura pertanto appare predominante rispetto ad una visione totalmente biologica delle condizioni del corpo. Per cui la medicina come scienza, pur avendo in sé la capacità di determinare significativamente il proprio corso poggiando sul metodo scientifico, è profondamente influenzata dai costumi, dai valori, dall'economia e dalla politica delle società di cui fa parte. Una prima conclusione e un richiamo etico per i medici: in medicina deve sempre prevalere il confronto e non l'assolutismo del sapere. Dobbiamo mettere il medico in grado di conoscere le caratteristiche fondamentali della conoscenza scientifica. L'insegnamento epistemologico dovrebbe mettere il futuro medico al riparo dall'incapacità di riconoscere la verità scientifica dalla pseudoscienza che lede nel profondo il decoro e la dignità della professione;ma dobbiamo evitare che l'enorme quanto tipico rilievo che la formazione medica spesso attribuisce all'anatomia, alla fisiologia, alla biochimica e alla genetica, per non parlare di EBM, lanci un messaggio lacunoso: che il segreto degli scopi della medicina vada cercato in queste discipline e in queste scienze perché esse non sono il segreto, ma solo una parte di esso.

La medicina come pratica clinica

"Nella pratica medica il procedimento clinico non è altro che il metodo della scienza applicato alla medicina", tuonava

Giovanni Federspil (conservo un personale carteggio in cui ci scambiavamo diverse opinioni sul pensiero della nostra comune scuola). Mi permetto di dissentire. L'attività clinica presenta due imperativi etici interni: il primo consiste nell'applicare le nozioni scientifiche più consolidate e nello stesso tempo più aggiornate e di questo ho già parlato, il secondo deriva dal dovere di essere coerenti con la domanda di salute, di non eluderla, seguendo le regole di un corretto procedimento clinico. Lascio parlare ancora i maestri.

La scienza può accertare solo ciò che è e non ciò che dovrebbe essere e al di fuori del suo ambito restano i giudizi di valore. Albert Einstein

Malattia e patologico sono termini che si riferiscono a processi che riguardano la vita e non il comportamento delle molecole. Entrambi implicano un pericolo per la sopravvivenza dell'organismo. (...) Pertanto,
"il termine malattia può essere applicato esclusivamente a quei processi
che, pur avendo un'origine molecolare e cellulare, coinvolgono un'alterazione di sistema.

G.F. Azzone, Biologia e medicina tra molecole, informazione e storia. Laterza, Roma-Bari 1991

L'attività medico-chirurgica non può non tener conto di questo e i suoi interventi possono egualmente riguardare un problema solo molecolare (...): via via che si sale dal livello molecolare a quelli gerarchicamente superiori, l'azione medica si complica e si stravolge fino a fare della stessa complessità uno strumento operativo. (...) Non vi sarebbe alcuna responsabilità umana se tutto fosse biologia, ma non vi sarebbero nemmeno arti e scienze e filosofie, non vi sarebbe storia.

M. Aloisi, Paura della complessità. Belfagor 52; 545-560: 1997.

Non malattie ma individui malati si devono trattare.

Achille De Giovanni, 1892

La malattia cronica non è una categoria dello spirito, né un'etichetta da apporre su un malato costretto a curarsi per un tempo indeterminato senza poter guarire, ma una realtà variabile e complessa, clinica, organizzativa e sociale, che riguarda "quella" persona.

Aldo Pagni

Interpretare il dolore

Il punto di partenza da cui la clinica si è mossa nei secoli è stato, da sempre, la necessità di interpretare il dolore, la sofferenza e il decadimento in termini laici e di conferire loro (almeno in parte) un senso attraverso metodi e metafore scientifiche. Nell'Ottocento si è posta anche obiettivi sociali e individuali (R.Virchow). Allo scopo tradizionale, se ne sono nel tempo pertanto affiancati vari e molteplici e moralmente messi in discussione specie negli ultimi tempi (biopotenziamento). Nella pratica clinica la verità scientifica che rimane fondamentale quale sapere unitario per ben sapere operare non può essere disgiunta dalla riflessione filosofica sulla natura dell'uomo, sul suo ruolo di agente morale, persona irripetibile in natura che esprime giudizi di valore. E il medico, che per formazione crede di interpretare la malattia in modo oggettivo, si confronta in realtà con due istanze: quella medica di oggettività scientifica, che fa riferimento all'epistemologia positivista di cui abbiamo già parlato e quella storicamente preponderante del bene soggettivo dell'uomo. È questo l'aspetto peculiare che contraddistingue la clinica per cui persino la correttezza di una procedura rischia di apparire arida e non pertinente, alla fin dei conti, se non è in sintonia con la percezione di vero bene della persona cui prestiamo la nostra opera. La tradizione biomedica convenzionale invece considera la medicina una scienza e il medico, in forza di questo, una specie di scienziato che produce diagnosi avvalendosi di un metodo che falsificando di volta in volta le ipotesi arriva alla verità clinica. Ma l'osservazione clinica non costituisce un dato oggettivo completamente distaccato dal contesto in cui si è verificato. In conclusione il medico opera una ricostruzione sulla base di una interpretazione della realtà che osserva servendosi del suo expertise professionale.

Quanto sopra naturalmente non significa che i dati desunti dalle analisi cliniche e dalla diagnostica strumentale non abbiano valore in sé, così come non significa che non valgono le leggi chimiche e fisiche da cui questi dati scaturiscono, si tratta in altri termini, di strumenti che, pur non fornendo la verità comunque guidano ad essa. È poi nella pratica clinica che il campo della medicina e quello della società si presentano sempre più intrecciati e tendono ad assumere pertanto contorni sfumati e incerti: di conseguenza, un'indagine sulle finalità e valori della prima deve tenere in considerazione gli scopi e il substrato culturale della seconda. Questa sintetica analisi evidenzia che il metodo della scienza applicato alla pratica medica incontra senz'altro diverse difficoltà al contrario di quanto sosteneva il compianto professor Giovanni Federspil. Se non altro per il metodo, per cui in realtà non è più sostenibile la coincidenza della metodologia clinica con quella

scientifica. L'atto medico, infatti, non è avulso dai contesti ed è inserito in una relazione che si svolge su un piano etico ed è condizionata dal tempo della malattia. Il clinico non procede per confutazioni, come prevede Popper nella ricerca scientifica, bensì per conferme e la diagnosi viene posta anche se sprovvista del massimo grado di affidabilità purché il grado di credibilità per-

Caratteristiche del "giudizio clinico"

- Prende coscienza al letto del malato dei suoi problemi di salute, spesso molteplici.
- Considera la prognosi globale piuttosto di quella delle singole malattie.
- Gerarchizza le decisioni e i momenti degli interventi terapeutici anche in relazione con la prognosi.
- Si pone come obiettivo la qualità di vita del paziente, oltre alla sua quantità.
- Evita terapie futili o eccessive, non volendo perseguire guarigioni improbabili.
- Si confronta con la cronicizzazione, frutto dell'efficacia solo parziale delle terapie.

metta di prendere immediatamente le opportune decisioni terapeutiche. È sufficiente un buon grado di certezza. Di conseguenza ritengo, per le tante premesse citate, che le conoscenze di ordine generale non potranno mai sostituire l'incontro epistemico con la singolarità del paziente.

La differenza tra "medicina scientifica" e "arte medica"

Ecco allora che di fronte alla scelta di sacrificare l'ontologia del malato alla generalizzazione che la conoscenza scientifica impone e all'oggettività dell'indagine che le scienze della natura richiedono (l'indagine del malato ricade sia nelle scienze dello spirito che nelle scienze naturali), il dovere etico del medico è di muoversi con sapienza nel tradizionale motto scienza e coscienza perché la pratica medica si occupa di singolarità, esemplarità e irriducibilità dell'individuale rispetto alla generalizzazione operata dalla scienza. Non il pensiero deduttivo logico della scienza nella sua rigidità! Ecco spiegata la differenza che sussiste tra "medicina scientifica" e la "vera e propria arte medica" e che si rivela nel divario esistente tra "sapere generale" e "applicazione concreta" di siffatto sapere ad un singolo caso. È un rapporto che si rifà a quello che si svolge rispettivamente, tra universale e particolare, ossia, come dice Gadamer a "(...) un tema originario della filosofia e del pensiero e anche un argomento specifico

Differenze tra diagnosi e giudizio clinico

- Metodologia della diagnosi: scompone con razionalità analitica i diversi accidenti del malato, prevedendo interventi separati per ciascuno!
- Metodologia del giudizio clinico: considera con ragionevolezza gli eventi, facendone sintesi per scegliere tra le molte decisioni possibili la decisione "migliore".

Il giudizio clinico appartiene al professionista riflessivo: non sostituisce, ma viene dopo la diagnosi, per aiutare a capire cosa è meglio fare per "quel" paziente. del – suo – (...) lavoro filosofico che si qualifica come ermeneutica". Di fronte alla possibilità di acquisire, con lo studio, in maniera diretta e appropriata, una conoscenza generale sulle cose, la capacità della sua applicazione al caso concreto non può che essere acquisita in maniera del tutto graduale, tramite esperienza e capacità di giudizio e nel caso specifico dall'arte medica. Come si può ben arguire esiste nell'approccio clinico una tensione insuperabile tra relazione individualizzante e ricerca di generalità.

Ma c'è dell'altro. Dobbiamo constatare che ancora oggi le conoscenze di ordine generale, tradotte in termini pratici nella EBM non hanno risolto i problemi che ci si proponeva di affrontare, quali i pregiudizi, l'occultamento di inefficacia o l'orientamento precostituito delle prove di efficacia. Così i cittadini vengono tiranneggiati da una gestione clinica impropriamente guidata da algoritmi, protocolli, direttive top-down e target di popolazione, constatiamo che l'incontro epistemico con la singolarità del paziente è guidato dalla assolutizzazione nosografica che ignora i fatti individuali, mortifica la clinica a sua volta schiacciata da una impostazione nomotetica del pensiero. Ciò, se vogliamo, in contrasto con gli stessi sviluppi della conoscenza in cui l'indagine genetica spinge ora verso la ricerca di farmaci e terapie tarate sulle differenze individuali con l'obbiettivo di potenziare al massimo l'efficacia della cura sul singolo. Come illustra un articolo su *Nature*, i dieci farmaci con il maggiore fatturato negli Stati Uniti funzionano, nel migliore dei casi, in un paziente su quattro (nel peggiore in uno su 25). La "personalizzazione" della medicina, o in termini anglosassoni Precision Medicine, ci ripropone vecchi problemi che sembravano risolti con la proposta dei cosiddetti studi randomizzati per valutare l'efficacia dei trattamenti. Questo modo di procedere oggi super valutato è piuttosto inefficiente nel caso si voglia mirare a un trattamento su misura per ciascun singolo paziente che ha quella particolare sequenza genetica (questi aspetti sono studiati compiutamente dalle scienze "omiche").

La tirannia della gestione clinica fondata sugli algoritmi

Dal punto di vista epistemologico, la genetica umana ha modificato, negli ultimi anni, i suoi paradigmi di riferimento. È infatti divenuto del tutto chiaro che tra il genotipo e il feVerso una medicina delle 5P

notipo si interpongono numerosi prodotti, che condividono il suffisso "omico", correntemente utilizzato per indicare un ampio numero di discipline, o derivati biomolecolari (compreso il trascrittoma, il proteoma, il metaboloma) che identificano diverse espressioni funzionali dei geni. Questi prodotti non sono statici, ma si modificano significativamente durante la vita, in maniera diversa nei diversi organi e apparati. Il loro insieme definisce l'integroma, il parametro idealmente più appropriato per descrivere il profilo genomico e post-genomico individuale. Oggi si ritiene, inoltre, che questi continui cambiamenti siano in larga misura dipendenti dall'esposoma individuale, cioè dagli stili di vita e dall'ambiente nel quale ci sviluppiamo, cresciamo e viviamo, compresi i trilioni di batteri presenti nel nostro organismo e fra essi, in particolare, i microorganismi simbiontici dell'intestino (microbiota); questi ultimi, a partire dalla nascita, svolgono un ruolo di rilievo nella maturazione del sistema immunitario dell'ospite, nell'indirizzarlo ed anche nel modulare funzionalmente il nostro genoma. Ciò significa non solo che una persona non può essere definita unicamente in base alla sequenza genomica ereditata al momento del concepimento (la vecchia idea del determinismo genetico), ma anche che la medicina postgenomica sta superando il tradizionale approccio "riduzionistico" muovendo verso una visione olistica, quella della "medicina dei sistemi", che, in maniera interdisciplinare, guarda al corpo umano come ad un insieme integrato, il quale incorpora le complesse interazioni genomiche, ambientali e comportamentali. La convergenza di approcci sistematici alle malattie - compresi i nuovi strumenti diagnostici e le indagini "omiche", insieme ai nuovi strumenti matematici e computazionali – è destinata a rivoluzionare il tradizionale paradigma della medicina rivolta al paziente ammalato, per sviluppare nei prossimi anni una medicina preventiva, predittiva, personalizzata, partecipativa (cosiddetta medicina delle 4P) a cui aggiungerei anche l'aggettivo potenziativa, portando a 5P gli elementi morfologici della medicina.

Pochi si sono accorti come l'evoluzione scientifica ci porti sempre di più dentro ai domini del dibattito filosofico perché dobbiamo constatare che le problematiche logiche, ontologiche ci vengono, oggi, proposte dalla scienza non solo per esigenza di metodo, ma anche proprio per il problema scientifico che avvalora il concetto di irripetibilità biologica di ciascuno di noi con un proprio funzionamento bio-chimico. L'approccio filosofico ci viene richiesto non più come una

La necessità di un approccio filosofico

semplice giustapposizione esterna, facoltativa come è stato finora estranea al metodo scientifico, ma per aiutarci a superare le contraddizioni interne al metodo stesso. Non solo, gli ultimi cento anni di storia della clinica medica appaiono non più lineari ma circolari come si può arguire dallo schema in questa pagina.

In conclusione ritengo, per le tante premesse citate, che le conoscenze di ordine generale non potranno mai soDalla medicina fisiopatologica alla postgenomica alle "omiche", dal gene editing alla "precision medicine"

Medicina casuistica: ogni paziente è un caso individuale.

Clinica medica sistematica: malattia come categoria nosologica.

Patologia clinica: la causa di ogni malattia si ripete in ogni paziente.

Terapia elettiva: usare sempre il mezzo statisticamente efficace.

- Variabilità della risposta individuale alla terapia.

stituire l'incontro epistemico con la singolarità del paziente. E queste ultime considerazioni ci introducono nell'occhio del ciclone rappresentato dalle ultime decisioni normative (legge sulla responsabilità sanitaria, decreto appropriatezza, ...) in cui si fa riferimento a linee guida e buona pratica clinica. Il medico nelle società occidentali opera per lo più a diverso

titolo nei servizi sanitari di cui è evidente sempre di più la precarietà economica che mette a rischio il soddisfacimento del diritto alla salute dei cittadini.

Il concetto di Pertanto, al di là di una lotta decisa agli sprechi, ai conflitti "essenziale" di interesse, alla cattiva amministrazione, laddove necessario, ecco allor affacciarsi il concetto di essenziale dove si annida la cattiva qualità della domanda e dell'offerta, così da contribuire a liberare risorse finalizzate alla tutela della salute dei pazienti. Non è che questo concetto non fosse presente in medicina in passato, ma aveva significato diverso da quanto oggi attribuiamo ad esso.

> In questi ultimi anni pertanto il concetto di efficacia si sovrappone al concetto di essenziale. L'efficacia, che ci introduce nell'altro concetto di appropriatezza, è diventato il "mantra" della moderna medicina; e il mantra si presenta come un suono per liberare la mente da altri pensieri e si accompagna all'idea che la ripetizione di questa sensazione acustica possa ottenere l'effetto della sua realizzazione. L'efficacia in medicina risolverebbe molti problemi. In primis, come affermato a suo tempo da Cochrane, "solo" i trattamenti efficaci dovrebbero essere forniti gratuitamente. Risolverebbe gran parte dei problemi della qualità dell'assistenza sanitaria in quanto "la qualità è la frequenza con cui si effettuano inter-

Il medico e l'assistenza sanitaria

Diversi significati di "essenziale" nell'evoluzione storica della società

'800	ciò che evita la diffusione dei morbi
inizi '900	ciò che mantiene l'integrità della forza lavoro
anni '80	ciò che la medicina ufficiale può offrire
anni '90	ciò che è economicamente conveniente
anni recenti	ciò che è efficace

venti sanitari di provata efficacia e si evitano interventi inefficaci e/o dannosi" (secondo la definizione di Sackett). Risolverebbe gran parte dei problemi della pratica clinica in quanto, sotto forma di raccomandazioni e/o linee guida, verrebbe agevolata e semplificata ogni decisione clinica. Risolverebbe alla radice l'antico e mai risolto dilemma se la medicina sia una scienza o un'arte perché ambedue le anime tenderebbero all'efficacia del trattamento.

Ma la storia della medicina è istruttiva anche in questo caso!. Già nel 1830, agli albori del paradigma fisiopatologico che verrà di seguito approfondito con R. Virchow in Germania, la pretesa di efficacia era presente nella *Medecine d'Observation* di Pierre Charles Alexandre Louis (Parigi) che così si esprimeva: "Una vera scienza non è che un riassunto di fatti i quali non hanno valore se non sono espressi in numeri (...). La statistiche rappresentano l'unica e fondamentale base di tutti gli studi medici". Era la nascita del metodo numerico.

Non voglio apparire blasfemo, ma sono preoccupato di una cosa: che per trovare soluzioni alla crisi della "medicina" si

cerchi di dare nuovi nomi a cose già praticate e conosciute ma, soprattutto, si voglia ridefinire in peius, di volta in volta, la funzione del medico, calpestando i valori della pratica medica che si esprimono nell'esercizio in piena autonomia nella responsabilità. Penso che tutte le iniziative siano utili e aggiungano nuovi entusiasmi, ma non esistono di volta in volta: la medicina basata sulle prove (EBM), poi di seguito la medicina 'evidencebased patient choice' o la medicina narrativa (NBM).

Dal metodo numerico a Choosing Wisely

Dal metodo numerico a Choosing Wisely

Pierre Charles Alexandre Louis (Parigi) promuove la Medecine d'Observation, "Una vera scienza non è che un riassunto di fatti i quali non hanno valore se non sono espressi in numeri (...). La statistiche rappresentano l'unica e fondamentale base di tutti gli studi medici" (metodo numerico). È l'inizio della statistica medica.

- 1972 Cochrane, consapevole della limitatezza delle risorse economiche, suggerisce di rendere disponibili a tutti i pazienti solo gli interventi sanitari di documentata efficacia.
- 1980 EBM: termine coniato nel 1980 presso la McMaster Medical School in Canada. È il processo di ricerca sistematica, valutazione critica e utilizzazione dei risultati della ricerca come basi delle decisioni critiche.
- Una nuova rivoluzione: Tony Hope, Evidence-Based Patient Choice. Il concetto unisce due importanti movimenti della medicina, l'EBM e Patient Centred Medicine, una risposta critica alla pratica.
- Choosing Wisely: l'iniziativa aspira a promuovere un'alleanza tra pazienti e medici nel contrastare l'idea che la salute si possa assicurare con un sempre crescente numero di prestazioni e interventi che anche se si rivelassero inutili non sarebbero comunque dannosi.

L'EBM può essere descrittiva ma non prescrittiva

Cosa significa allora praticare l'evidenza?

Significa certamente ridurre le aree di incertezza, il che non vuol dire dare certezze, significa assumere l'atteggiamento etico del non assolutismo della scienza, significa rivedere costantemente ciò che si fa comunicando le incertezze. Sono state, infatti, più volte segnalate diverse criticità relative al fatto che le conoscenze prodotte dalle EBM sono riferite a fenomeni patologici ben definiti e diagnosticati con criteri rigorosi e *gold standard* e questo non aiuta sicuramente il medico nelle fasi propedeutiche alla diagnosi, non lo aiuta per esempio nel settore della medicina generale che si caratterizza per sintomi senza malattia, malattie acute auto-risolutive, sintomi sfumati, co-morbilità, disagi psicosociali associati a patologie difficili da gestire.

La proposta delle EBM non può che essere descrittiva e mai prescrittiva. Esiste la medicina *tout court*, esiste la medicina per la persona e non certo la persona per la medicina!

Contro un uso strumentale della scienza

A chi è deputato a tutelare gli interessi professionali rivolgo un mio personale appello: non dobbiamo prestarci incautamente ad un uso strumentale della scienza, definendo appropriatezza l'applicazione di parametri ad un procedimento clinico, valutato in rapporto ai suoi costi e alla sua efficacia. In questa definizione, che trovo presente nei discorsi e nei razionali della normazione di legge, il medico, come soggetto appropriato, è sostituito dal "procedimento", e il malato, come l'altro soggetto appropriato, è sostituito dai "dati" sui benefici e sui costi. In pratica i comportamenti dei soggetti di una relazione clinica sono ridotti e sostituiti dai loro effetti strumentali. È la fine, dopo più di duemila anni, del triangolo ippocratico che abbiamo difeso nel codice di Deontologia Medica! Un'ultima considerazione finale. Una cultura esclusivamente scientifico-tecnica non appare più sufficiente a garantire al medico del XXI secolo una preparazione adeguata a comprendere e ad affrontare molti problemi peraltro ineludibili che gli si parano davanti.

Nel momento in cui l'attuale percorso formativo della Facoltà medica è principalmente teso al solo rapporto "sintomo-diagnosi-opzione terapeutico-riabilitativa", la frattura tra medico e società è destinata a divenire sempre più profonda e sottesa da una reciproca incomprensione. L'insegnamento scientifico, e mi rivolgo a coloro che ne hanno la responsabilità, non dovrebbe più proporsi come una catena di montaggio fondata solo su evidenze, ma promuovere un'educazione che sia anche costruzione dei significati delle conoscenze e delle competenze.

Lascio le conclusioni ai maestri:

Conclusioni

La medicina tecnologica consente di guarire molte malattie, ma non deve dimenticare la vocazione filantropica dell'ars medica, e la dimensione psico-affettiva ed emozionale dell'uomo. Aldo Pagni

L'avvenire della medicina è subordinato al concetto di uomo. La sua grandezza dipende dalla ricchezza di questo concetto. Anziché limitare l'uomo a certi suoi aspetti, deve abbracciarlo tutto quanto, cogliendo il corpo e lo spirito nell'unità della loro realtà

Alexis Carrel

Nell'unione dei compiti di scienza e filosofia risiede la condizione essenziale che rende oggi possibile (...) la conservazione dell'idea di medico. La pratica del medico è concreta filosofia.

Karl Jaspers

E se mi consentite, citando un aforisma galenico, *Optimus medicus sit quoque philosophus* (il migliore dei medici sia anche filosofo).

Il ruolo dei medici per una medicina sobria, rispettosa e giusta

Andrea Gardini
co-fondatore Slow Medicine

IL 29 NOVEMBRE 2010, È USCITO UN NUMERO SPECIALE DI LANCET CON IL SEGUENTE TITOLO: "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world". (1). Il primo firmatario di questo documento è il professor Julio Frenk, Dean della Harvard School of Public Health, ed uno dei più assidui allievi di Avedis Donabedian. Il documento è stato preparato in un anno di lavoro svolto assieme ad altri 19 responsabili delle principali istituzioni formative del Pianeta, da Pechino a Karachi, da Johannesburg a Washinghton, da Londra a Philadelphia.

Come deve cambiare la formazione per i "professionisti per la salute nel nuovo secolo"

Il titolo, "I professionisti per la salute nel nuovo secolo: trasformare l'educazione per rinforzare i sistemi sanitari in un mondo interdipendente", proietta la professione medica di tutto il mondo in una nuova dimensione, quella della rivoluzione in atto dei sistemi informativi, resi ormai accessibili in quasi tutto il mondo dalla rete mondiale di Internet. Il lavoro, durato un anno, si conclude nel centenario del rapporto Flexner, che diede il via alla più importante riforma degli studi di Medicina degli inizi del '900.

Gli Autori, citando 183 voci bibliografiche, nella seconda delle quali è presente un italiano, il professor Giovanni Berlinguer, descrivono tre generazioni di riforme della formazione medica:

- la prima, iniziata all'inizio del secolo scorso, ha portato alla progettazione di un "curriculum medico basato sulla scienza";
- la seconda, iniziata negli anni '50, ha portato all'innovazione pedagogica basata sui problemi;
- la terza, di cui ora c'è bisogno, dev'essere basata sui sistemi per migliorare la performance dei sistemi sanitari adattando il core delle competenze professionali ai contesti specifici, basandosi comunque su conoscenze diffuse globalmente.

La commissione propone la seguente visione, uno standard professionale a livello planetario:

"Tutti i professionisti sanitari in tutti i paesi dovrebbero essere educati a mobilitare le loro conoscenze ed ad impegnarsi nel pensiero critico e nella condotta etica in modo da diventare competenti nel partecipare ai sistemi sanitari centrati sui bisogni delle persone e delle comunità come membri di teams in grado di rispondere localmente e di essere connessi globalmente. Lo scopo finale è garantire la copertura universale di quei servizi sanitari di alta qualità essenziali per far progredire le opportunità di equità per la salute nei paesi e fra i paesi".

Questo documento era stato preceduto dalla Carta della Professionalità Medica (2), promossa dalla European Federation of Internal Medicine, dall'American College of Physicians-American Society of Internal (ACP-ASIM), e dall'American Board of Internal Medicine (ABIM),

La Carta, pubblicata nel 2002, contemporaneamente su Lan-

La Carta della Professionalità Medica (2002) cet (359:520-522) e sugli Annals of Internal Medicine (136:243-246), consiste in una breve introduzione, in tre principi fondamentali e in dieci impegni, concepiti in modo tale da essere applicabili alle diverse culture e ai diversi sistemi politici. Un italiano ha fatto parte della commissione di redazione della carta, il professor Alberto Maliani.

Tre i principi fondamentali:

- il principio della centralità del benessere dei pazienti,
- il principio dell'autonomia dei pazienti,
- il principio della giustizia sociale.

Dieci le responsabilità e gli impegni dei medici:

- impegno alla competenza professionale;
- impegno all'onestà verso i pazienti;
- impegno alla riservatezza riguardo al paziente;
- impegno a mantenere un rapporto corretto con i pazienti;
- impegno a migliorare la qualità delle cure;
- impegno a migliorare l'accesso alle cure;
- impegno ad un'equa distribuzione delle risorse limitate;
- impegno alla conoscenza scientifica;
- impegno a conservare la fiducia, affrontando i conflitti d'interesse.

Formare alla qualità in sanità

Come si saprà, il mio impegno professionale è stato, per 35 anni, nel campo degli studi sulla qualità dell'assistenza sanitaria e nella promozione e sperimentazione di modelli strumenti tecniche e metodi per progettare, attivare, valutare e, al bisogno, migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel 1985, ad Udine, assieme al professor Franco Perraro, organizzammo un laboratorio dell'OMS sulla formazione alla Qualità dell'Assistenza sanitaria cui parteciparono invitati dall'Europa e dagli Stati Uniti. In quell'occasione fondammo la International Society for Quality in Health Care o ISQua, che oggi è una delle più prestigiose associazioni mondiali per la promozione e lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria.

Trent'anni dopo i fondatori viventi dell'ISQua hanno voluto raggiungere Udine per incontrare Franco Perraro e per fare il punto su quanto hanno appreso in 30 anni di attività per la qualità dell'assistenza sanitaria, sommando i loro 240 anni complessivi di esperienza in alcune raccomandazioni, che pubblicammo nell'agosto 2015 sul giornale dell'ISQua (3, 4). Fra queste, alcune sono molto importanti per delineare un ruolo dei medici per una medicina sobria, rispettosa e giusta.

1. "Le professioni cliniche sono responsabili dell'affidabilità professionale, dell'autoregolamentazione, del governo clinico e del contributo a creare sistemi manageriali efficaci. I clinici, soprattutto i medici, devono rivendicare l'importanza di questa responsabilità e del loro contributo alla qualità del sistema sanitario".

- 2. Fate attenzione a non affidare ad una sola persona la responsabilità complessiva per la qualità (ad esempio ad un "responsabile della qualità"). La qualità è una responsabilità di tutti e va considerata come una parte della responsabilità di ciascuno.
- 3. Integrare i clinici nel sistema qualità. Devono essere coinvolti in un modo comprensibile e pratico e le rispettive competenze e responsabilità devono essere ben chiarite. Integrare il lavoro dentro e tra i gruppi di lavoro, le specialità e le discipline; gli errori e la sicurezza spesso si generano dai problemi di comunicazione e nei passaggi fra i turni di guardia, i gruppi di lavoro ed i reparti.
- 4. I clinici hanno bisogno di tempi protetti per partecipare con efficacia agli audit interni, alla revisione fra pari ed alla formazione permanente. Hanno pure bisogno di tempo per partecipare ad altre attività generali di miglioramento della qualità
- 5. Le Università e le accademie dovrebbero introdurre nel curriculum di base e in quello specialistico le conoscenze,

Raccomandazioni ISQua (Udine 2015) i comportamenti e le capacità correlate alla qualità ed al suo monitoraggio. Queste dovrebbero essere estese anche alla formazione permanente ed allo sviluppo professionale e di carriera. Molte scuole mediche devono ancora iniziare a preparare i professionisti del futuro.

- 6. Giornali e congressi celebrano il completamento degli studi che dimostrano il miglioramento delle cure, ma prestano meno attenzione all'analisi ed all'apprendimento dagli errori passati o a setacciare l'orizzonte alla ricerca di sfide future.
- 7. La riunione di Udine suggerisce che la gerarchia delle evidenze in sanità debba pure riconoscere il potere dell'aneddotica sistematica e della narrazione, che sono in grado di dare un notevole contributo per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Quasi tutte queste raccomandazioni sono presenti negli articoli del nostro nuovo Codice Deontologico (5), che per poter essere utile ai pazienti ed ai medici deve poter essere applicato in ciascuno dei suoi articoli, che, tutti, mostrano una vocazione etica della professione medica alla cura sobria rispettosa e giusta.

I medici come leader di comunità

Già più di dieci anni fa, nel chiudere il XIX Congresso annuale dell'ISQua, il presidente del Congresso, Richard Grol delineava con grande efficacia le caratteristiche di un necessario nuovo stile di leadership del dirigente sanitario, perché, secondo la sua opinione di professore di Health Care Quality all'Università di Njmengen e Utrecht, i medici sono "leaders di comunità" che, per salvaguardare meglio lo stato di salute dei loro pazienti e delle comunità cui appartengono dovrebbero aggiornare in chiave sistemica il loro stile di leadership, secondo la tabella 1 (6).

TABELLA I Come aggiornare lo stile di leadership dei dirigenti

VECCHIO, DANNOSO

- Carenza di strategia sostituita da pianificazione improvvisata su input politici orientati alle prox elezioni e gestione per routine burocratiche
- Paternalismo/familismo/autoritarismo (paradigma culturale imperante)
- Autoreferenzialità
- Parlare non ascoltare
- Budget persistentemente sulla spesa (nonostante molti input e molto tutoraggio)
- Divide et impera
- Premiare la fedeltà al capo
- COMANDA, RIDIPINGI, ASPETTA, PUNISCI

INNOVATIVO, UTILE

- Strategia di gestione per problemi, obiettivi, i risultati orientata da progettazione partecipata da tutti gli attori del processo assistenziale
- Visione di sistema
- Tessere reti per processi condivisi orientati ai bisogni dei cittadini e fondati sulle migliori evidenze
- Ascoltare e negoziare
- Budget su attività e spesa
- Costruire ponti fra diversi,
- Premiare i risultati di salute
- GUIDA, INNOVA, SCEGLI, AIUTA

Fonte: Richard Grol, XIX ISQua Conference, UNESCO, Paris, 5-8.11.2003

Ma se ai dirigenti medici, per riuscire a fare una cura sobria, rispettosa e giusta viene consigliato di modificare il loro stile tradizionale di leadership, e qui e là, a 13 anni dal Congresso di Parigi questa è una realtà consolidata, perché i cambiamenti culturali, pure se lentamente, non possono che emergere da una società in tumultuosa evoluzione, non possono farlo con facilità se non vengono aiutati da una organizzazione coerente.

Quali possono essere, allora, le caratteristiche di un'organizzazione sanitaria che favorisce delle cure sobrie, rispettose e giuste?

Un gruppo di lavoro di Slow Medicine si è riunito a Vicoforte alla fine di ottobre 2015 (7) ed ha proposto alla discussione

Quando un'organizzazione sanitaria è "slow"? queste possibili caratteristiche di un'organizzazione "slow": sobria, rispettosa e giusta.

Un'organizzazione sanitaria si riconosce come slow (sobria, rispettosa e giusta) quando:

- è orientata ai bisogni dei pazienti e dei cittadini;
- si pone obiettivi di salute, che misura attraverso appropriati indicatori di esito:
- dichiara i valori che la ispirano e li diffonde;
- diffonde l'etica della responsabilità nei professionisti nei pazienti e nei cittadini;
- valorizza la componente umana (professionisti, pazienti, cittadini) e le relazioni fra le parti;
- rispetta le differenze (naturali, culturali, contestuali) esercitando l'osservazione e l'ascolto;
- si fa forte della partecipazione e del fatto di nascere dal basso;
- mette energia nel sistema, creando occasioni e generando un clima di fiducia:
- valorizza la dimensione tempo, in quanto tempo di relazione per la cura;
- favorisce la relazione interprofessionale, anche nelle reti di collaborazione spontanee e informali;
- riflette sulle regole e osa disattendere la normativa tossica;
- vigila perché la tecnologia sia al servizio dei pazienti, dell'organizzazione e dei suoi obiettivi, non il contrario.

"slow"?

Quando un medico è Lo stesso gruppo di lavoro di Slow Medicine si è posto la domanda che poi risponde al titolo di questa relazione: "Quali sono le conoscenze, le competenze, e gli strumenti da possedere o da acquisire da chi vuole orientarsi per gestire una organizzazione sanitaria slow: sobria, rispettosa e giusta?". La lista che riporto qui di seguito potrebbe essere un insieme ragionato di contenuti che, anche secondo i fondatori dell'ISQua, convenuti a Udine a fine maggio 2015, e fra i molti

soci di Slow Medicine che hanno preso parte al seminario di Vicoforte, dovrebbero essere presenti in tutti i gradi di educazione e formazione medica e delle professioni sanitarie: formazione di base, specialistica, permanente, sviluppo professionale e di carriera:

I medici che si impegnano ad una cura sobria, rispettosa e giusta dovrebbero essere in grado di:

- promuovere la consapevolezza di far parte e muoversi in un sistema;
- promuovere l'autovalutazione come presa di coscienza;
- favorire la riflessività;
- promuovere l'autoapprendimento;
- disabituarsi ad aspettare le risposte dall'alto;
- acquisire capacità di analisi e misurazione dei risultati;
- acquisire competenze relazionali e comunicative;
- condurre il lavoro di gruppo;
- gestire i conflitti;
- essere in grado di motivare i professionisti loro colleghi;
- promuovere e gestire il cambiamento;
- far emergere le potenzialità e favorire le proprietà emergenti del sistema;
- scovare risorse e talenti;
- restare e far restare attaccati al senso del proprio lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- J. Frenk, L. Chen, Z. A Bhutta, J. Cohen, N. Crisp, T. Evans, H. Fineberg, P. Garcia, MD, Yang Ke, P. Kelley, MD, B.Kistnasamy, A. Meleis, D. Naylor, A. Pablos-Mendez, S. Reddy, S. Scrimshaw, J.Sepulveda, D. Serwadda, H. Zurayk.: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010
- 2. Fondazione ABIM, Fondazione ACP-ASIM, Federazione Europea di Medicina Interna *Carta della Professionalità Medica* traduzione su

- http://www.medicina.unimi.it/files/_ITA_/Homepage/Carta_professio_m edica.pdf da: The Lancet 2002, 359:520-522 and Annals of Internal Medicine 2002, 136:243-246
- 3. C.D. Shaw, E.G. Heidemann, R. Sunol, A. Gardini: *ISQua founders'* reunion, Udine, June 2015 DOI: http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv061 421-422 First published online: 12 August 2015
- 4. http://www.isqua.org/who-we-are/30th-anniversary/meeting-in-udine/the-roots-of-the-future
- 5. https://portale.fnomceo.it/fnomceo/Codice+di+Deontologia+Medica +2014.html?t=a&id=115184
- 6. Richard Grol: *Conclusioni XIX Congresso ISQua*, Parigi, Sede UNESCO, 2003. Atti del congresso.
- 7. Documenti di lavoro dal seminario Slow Medicine di Vicoforte, 30 ottobre 2015.

Slow Medicine in Primary Care

Erasmo Bitetti MMG Matera

RINGRAZIO IL DOTTOR GAUDIANO per avermi dato l'opportunità di parlare in questo Congresso in rappresentanza di tutti i medici della provincia di Matera, medici di famiglia e pediatri, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, uniti tra loro da profondi vincoli di stima e da un'intensa collaborazione professionale.

Un video realizzato dalla SIT (Società italiana di telemedicina) dal titolo "La borsa del medico" aiuta a riflettere su ciò che debba intendersi per medicina slow o fast. Il medico anziano, apparentemente "slow", indugia tra una montagna di manuali cartacei prima di riuscire a prescrivere la cura al suo giovane paziente che non sembra affatto soddisfatto. Al contrario, la giovane dottoressa mostra più attenzione nei confronti dell'anziana paziente ed impiega pochissimo tempo, con l'aiuto del suo tablet, per proporre e stampare una terapia personalizzata.

Medicina slow o fast? Una contrapposizione apparente Qual è il modello più bello? Il modello fast o il modello slow? Non è questo il modo di affrontare il problema.

In apparenza questi due modelli sembrano contrapporsi, così come i due classici approcci alla medicina: quello scientista, orientato alla malattia e quello umanista, orientato alla persona. Ma non sarà che questi due modelli possano in qualche modo coesistere? È l'ipotesi suggerita anche dal dottor Benato quando si è appellato all'inscindibile unità che deve caratterizzare la persona del medico, al tempo stesso uomo e scienziato.

La Slow Medicine nelle Cure Primarie

Per entrare nel tema del mio intervento, la Slow Medicine nel contesto delle Cure Primarie, dovremo chiederci innanzitutto quanto questo progetto (o filosofia o movimento culturale) sia effettivamente conosciuto. La risposta ce la fornirà il questionario proposto dall'Ordine dei medici di Matera ai propri iscritti. Quando ho sentito parlare per la prima volta di Slow Medicine mi sono posto molti altri interrogativi: la Slow Medicine è un progetto praticabile e di tipo collaborativo? Quali obiettivi di cambiamento persegue? Sono essi misurabili? Quali condizioni possono favorirne o limitarne l'adozione? È un progetto che può essere regolamentato da un dettato legislativo? E per finire: come si rapporta alle buone pratiche e all'EBM, quali contributi può ricevere dall'e.health, dalle app medicali e dalla ICT?

La prima e fondamentale caratteristica della Slow Medicine è l'essere una medicina centrata sulla persona: caratteristica che è nel DNA e nella mission anche dalla medicina generale e della pediatria di libera scelta.

In un contributo della professoressa olandese van Dulmen la Slow Medicine viene indicata come uno dei quattro strumenti per il corretto uso del *fattore tempo*, giudicato essenziale nella relazione medico paziente. Gli altri strumenti sarebbero:

• la preparazione del paziente alla visita medica (selezionando

prima le domande da porre al medico perché non abbia a scordarsene o seguendo dei video/corsi);

- l'attenzione agli aspetti non verbali della comunicazione (basta un solo minuto perché si realizzi o meno l'empatia medico/paziente; uno studio del 2016 documenta che una relazione "disturbata" tra medico e paziente è tra le principali cause di errore medico);
- il richiamo (recall) delle informazioni fornite durante la visita medica (il paziente affetto da patologia severa riesce a trattenere solo il 22% di quanto il medico gli spiega).

Il contributo apparso sul BMJ dal titolo *Mettere al primo posto il malato e dietro il denaro* si apre con il ringraziamento che un malato di cancro fa al suo medico curante perché l'anticipazione del tempo della diagnosi gli consente di affrontare meglio il tempo che gli resta da vivere. Questo documenta come la Evidence Based Medicine non si identifichi tout court con la Slow Medicine, anche se ne costituisce uno dei suoi più solidi fondamenti.

Esiste una vasta letteratura scientifica sulla Slow Medicine nelle Cure Primarie: a giudizi entusiastici si contrappongo anche osservazioni critiche su temi controversi come:

- la qualità delle linee guida (spesso fortemente compromessa da conflitti di interesse e prive del contributo della Medicina Generale);
- il sottoutilizzo di alcune pratiche o l'uso improprio (come può avvenire nella medicina di laboratorio);
- l'approccio slow a pratiche mediche con frequenti difficoltà di accesso (ad esempio cure psichiatriche).

Un articolo del NEJM richiama l'attenzione sul problema dell'*illusione terapeutica*, rivisitazione in chiave moderna di un mito antico, che spinge a considerare ogni intervento medico "naturalmente" benefico. Occorre riflettere sulla possibilità che, tanto gli esiti giudicati favorevoli che quelli giudicati

negativi, non siano necessariamente correlati al proprio intervento.

È quindi fondamentale individuare degli strumenti utili per misurare i cambiamenti, come quelli che potranno conseguire all'adozione delle cinque pratiche di Slow Medicine. Tra gli strumenti disponibili vanno ricordati quelli derivanti dal database Health Search (Simg), dall'Osservatorio delle buone pratiche (Agenas), dall'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (Aifa), oltre ai contributi della Società per la qualità dell'assistenza e della stessa Fnomceo con i suoi corsi di formazione.

Il Questionario Omceo Matera su test, trattamenti e procedure non necessari nella pratica clinica corrente Presenterò adesso i risultati del Questionario Omceo Matera su test, trattamenti e procedure non necessari nella pratica clinica corrente.

Scopo della ricerca è stato quello di valutare le *opinioni* dei medici di assistenza primaria sul tema dell'appropriatezza, in particolare nelle settimane successive alla pubblicazione del contesto Decreto Lorenzin per poi metterle a confronto con i *comportamenti reali* nella pratica clinica.

Al questionario ha risposto il 34% dei medici di MG e PLS della provincia di Matera.

Le risposte fornite sono risultate in gran parte sovrapponibili a quelle raccolte negli Stati Uniti nel 2014 nel corso di una indagine telefonica su un campione di 600 medici.

Sono più del 50% i medici che giudicano un problema molto rilevante quello dei trattamenti e test non appropriati.

La richiesta da parte dei pazienti di tali pratiche avviene più volte alla settimana (46%) e talora più volte al giorno (17%) ma nel 60% dei casi i pazienti accettano il consiglio del medico di non sottoporvisi.

I medici sono propensi a prescrivere esami non necessari più per ottenere una assoluta sicurezza (31%) che per l'insistenza dei pazienti (26%) o per timore di conseguenze legali, sebbene

questo timore si ritrovi in una parte consistente delle risposte con motivazioni multiple.

Rispetto ai colleghi americani i medici lucani credono meno alla possibilità che il problema dell'appropriatezza possa essere risolto a livello legislativo nazionale (8% contro 15%).

Sorprende il minimo credito assegnato in questo senso alle società scientifiche (3%).

La riforma delle norme sulla responsabilità medica viene indicata come utile da più di un terzo dei medici. Altrettanti medici considerano necessaria la disponibilità di materiale informativo per i pazienti, come quello realizzato dall'associazione Altroconsumo.

Della campagna Choosing Wisely è a conoscenza solo 1/3 dei medici; della traduzione italiana del progetto e delle buone pratiche individuate dalla Società scientifica della Medicina Generale ne sono a conoscenza invece i 2/3 dei medici.

La ricerca illustra anche i reali comportamenti prescrittivi dei medici italiani, ed in particolare di quelli delle regioni meridionali, in rapporto alle 5 pratiche slow in Medicina Generale selezionate dalla Società italiana di medicina generale. http://www.slowmedicine.it/pdf/Pratiche/scheda% 20SIMG.pdf.

Per alcune pratiche, come quella sull'utilizzo della RMN nella lombalgia, i dati globali di appropriatezza potrebbero apparire soddisfacenti (con una oscillazione tra il 65 e il 73%) ma se si analizzano gli andamenti regionali emergono importanti differenze.

Per il governo della spesa farmaceutica i soli *dati di consumo*, complessivamente in calo a livello nazionale, non sono sufficienti a spiegare la variabilità prescrittiva: il data base Health Search permette di farlo incrociando gli indicatori di consumo con gli *indicatori di prescrizione* (per quali patologie i farmaci vengono utilizzati) e con gli *indicatori di aderenza* terapeutica. Sono state numerose nella nostra provincia le iniziative, pro-

mosse dall'Ordine dei medici di Matera e dalla Azienda sanitaria del Materano ASM, per condividere le buone pratiche tra medici di MG e specialisti (ospedalieri ed ambulatoriali): a dei confronti iniziali tra pari, in piccoli gruppi, per condividere le criticità di gestione e presa in carico di patologie croniche, sono seguiti dei corsi di formazione Ecm, sia a Matera che in provincia. Questi incontri hanno prodotto un miglioramento nelle relazioni professionali ed una maggiore disponibilità all'adozione di percorsi diagnostico terapeutici aziendali regionali. Risultati non raggiunti da precedenti iniziative "coercitive" messe in atto a livello regionale.

Il ruolo della comunicazione

Il ruolo che i media giocano in Italia nel campo della salute meriterebbe un'analisi approfondita tenendo conto anche della quasi totale assenza di *opinion leaders* in campo sanitario. Questo può favorire gli improvvidi interventi di tanti magistrati che si ergono ad uomini di scienza in nome dell'indiscusso e supremo diritto alla salute. In Italia il "diritto alla salute" viene spesso declinato, assimilato o ridotto, nel "diritto alle prestazioni" o nel "diritto ad una cura": il problema sorge quando le prestazioni sono inutili e costose (quindi economicamente insostenibili) oppure quando le possibilità stesse di cura sono assenti (malati terminali).

Non si può trascurare il ruolo della comunicazione: emerge la necessità di adottare una Choosing Wisely delle parole e degli aggettivi nel riferirsi alle buone pratiche. Possiamo citare l'esempio dei farmaci generici/equivalenti, quello delle vaccinazioni un tempo solo obbligatorie/facoltative poi "raccomandate" (termine che suona male), poi "consigliate" infine "suggerite" (dove l'aggettivo sottolinea la decisione ultima del paziente nella scelta). Come non parlare poi dell'irritazione dei tanti pazienti che hanno atteso ore per la visita in un "pronto" soccorso!

È possibile il governo della salute? Uno studio americano ha

preso in considerazione le numerose variabili (di mercato, organizzazione sanitaria, percorsi assistenziali, professioni e figure sanitarie) che ruotano attorno ai processi di cura e che rendono assai complesso il governo del sistema, ancor più in tempi di risorse economiche limitate. Il Decreto Lorenzin è un esempio maldestro di invasione di campo che fa porre la domanda: a chi spetta il governo dell'appropriatezza?

In questo scenario complesso interviene un altro fattore: la sanità in generale e la stessa Slow Medicine devono fare i conti con la *digital health* nelle sue varie espressioni. Se il cardiologo americano Eric Topol si fa paladino della rivoluzione digitale come "unica" risorsa della moderna medicina, in Italia la *Società italiana di telemedicina* e sanità elettronica promuove da anni l'utilizzo degli strumenti informatici al servizio di una medicina che metta sempre al primo posto la

clinica e le relazioni medico/paziente.

L'informazione sanitaria e le diagnosi stesse si condividono sempre più nei social, dal livello più basso (whats app) fino a quello planetario rappresentato dalla "crowd medicine" Nel 2013 sono state pubblicate sugli *Annals of Internal Medicine* le prime raccomandazioni sulla gestione dei rapporti medico paziente al tempo dei social e dei mezzi di comunicazione online: viene suggerito di utilizzare con prudenza i nuovi strumenti privilegiando i contatti (esempio mail, sms) con i soli pazienti che intrattengono già dei buoni rapporti personali *face to face*.

Anche l'ITC può dare un contributo nel campo dell'appropriatezza delle scelte sanitarie. Nella regione Basilicata è stato appena inaugurato il portale www.medicodigitale.it che permette ai medici lucani di accedere a materiale formativo sull'appropriatezza prescrittiva, avere dati aggiornati (globali e per singolo paziente) dei propri dati prescrittivi insieme a report trimestrali di consumi per classi farmaceutiche.

Slow Medicine e digital health

Conclusioni

Per concludere possiamo rilevare che la medicina generale è impegnata in un coraggioso processo di rifondazione e di ripensamento del suo ruolo nella società.

La "prevenzione quaternaria", così come proposta dall'associazione europea della medicina di

famiglia WONCA (una difesa contro gli eccessi della stessa medicina) ed in sintonia con quanto richiamato dalla Slow Medicine, si propone come nuovo compito della medicina di famiglia.

Nell'ultima diapositiva che illustra la mia relazione si vedono le immagini verdeggianti della piana di Viggiano (PZ) e del Parco scultura della Palomba di Matera. C'è anche una macchina, un maggiolino di colore verde.

È la macchina della sanità che deve ripartire con il contributo di tutta la classe medica: la crisi è spesso occasione di una rinascita. Ci si augura che il viaggio, con una utilitaria anche non troppo accessoriata, possa farsi per valli verdi ed amene... sperando di non rimanere schiacciati tra i massi della burocrazia!

Nota

Il segreto della rinascita di una città millenaria come Matera, per secoli sconosciuta alle cronache, oggi designata capitale europea della cultura per il 2019, è il suo cuore nascosto, fatto di calore umano, accoglienza e condivisione. Di questo cuore tutti coloro che sono stati e saranno nostri ospiti potranno fare esperienza!

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

Trimestrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

ANNO XVII • NUMERO II - MMXVI

Presidente Roberta Chersevani

Direttore responsabile Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"

Cosimo Nume (coordinatore, presidente Omceo Taranto)

Alessandro Conte (Osservatorio giovani professionisti medici ed odontoiatri)

Antonio De Rosa (consigliere Omceo Napoli)

Anna Rita Ecca (consigliera Omceo Cagliari)



Editore FNOMCEO Piazza Cola di Rienzo 80/A, 00192 Roma



Edizioni e servizi di interesse sanitario

Redazione
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION
Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06.594461
Fax 06.59446228

Chiuso in redazione nel mese di maggio 2016 Finito di stampare nel mese di maggio 2016 con i tipi e gli impianti della Cartostampa Chiandetti - Reana del Rojale (UD)

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della fnomceo: FNOMCEO
Centro elaborazione dati
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma