



bollettino

bimestrale • anno 60°
n.5 settembre ottobre 2008

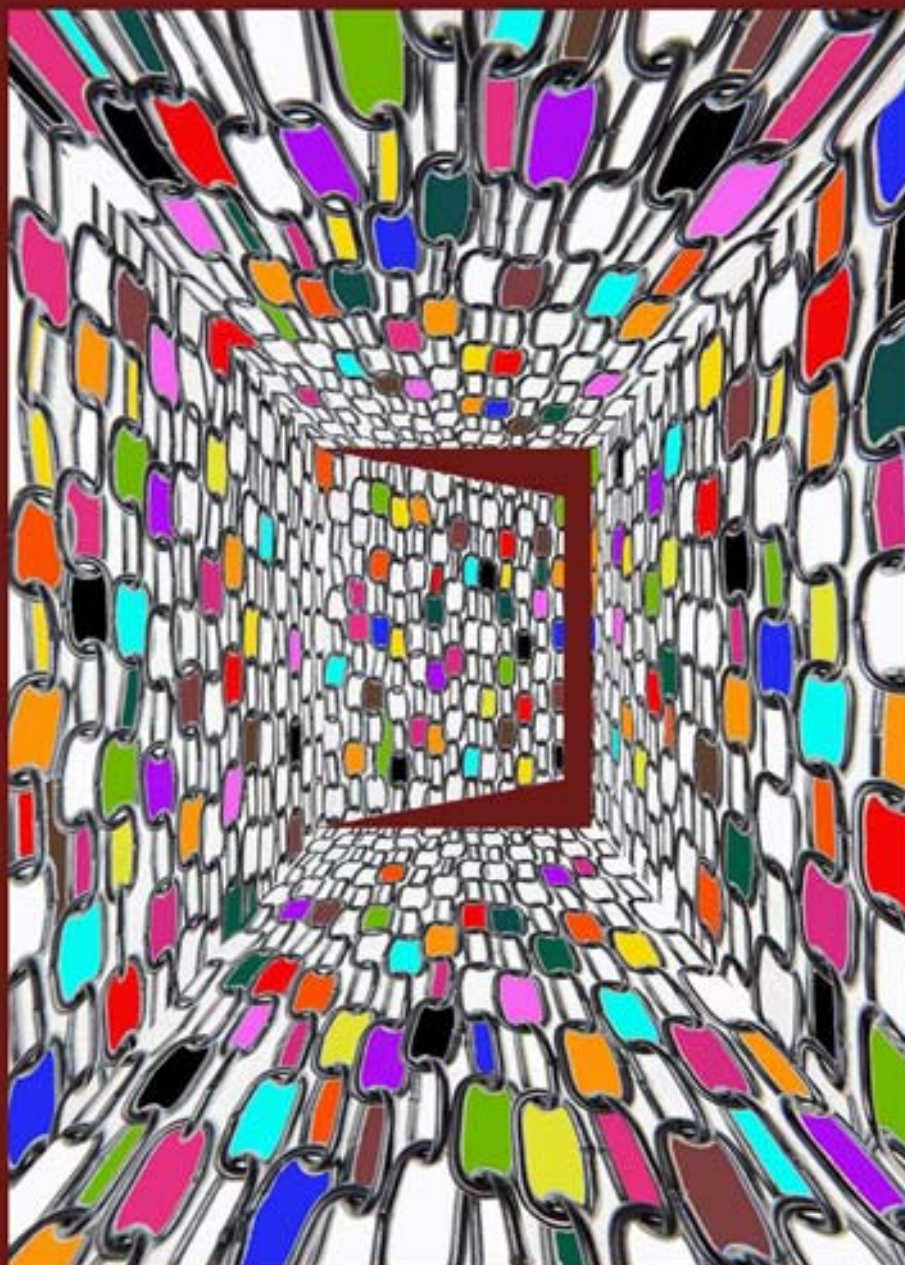
bollettino

dell'ordine provinciale di roma
dei medici chirurghi e degli odontoiatri

i risultati
delle elezioni
per il triennio
2009/2011

5

- nel Lazio la sanità pubblica si estende sul territorio, a parole o con fatti concreti?
- un buon contratto, ma iniziamo a lavorare per una corretta applicazione
- etica e deontologia di inizio vita



SPORTELLO DELLE MALATTIE RARE

CENTRO DELLE MALATTIE NEUROCUTANEE	CENTRO PATOLOGIE DA MALASSORBIMENTO
SERVIZIO DI IMMUNOLOGIA OCULARE	CENTRO PER LE OSTEODISTROFIE CONGENITE
SEZIONE EMATOLOGIA	DIVISIONE VI DI CLINICA MEDICA
DIVISIONE DI NEUROLOGIA PEDIATRICA	ISTITUTO DI REUMATOLOGIA
CENTRO PER LE DISLIPIDEMIE	CENTRO PER LA RETINITE PIGMENTOSA
SEZIONE EMATOLOGIA-REPARTO PEDIATRICO	SERVIZIO SPECIALE ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
SERVIZIO SPECIALE ENDOCRINOLOGIA	SERVIZIO SPECIALE FISIPATOLOGIA DIGESTIVA
SERVIZIO SPECIALE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	SERVIZIO SPECIALE ONCOLOGIA PEDIATRICA
	SERVIZIO SPECIALE MALATTIE GENETICO-METABOLICHE



UMBERTO I
POLICLINICO DI ROMA

www.policlinicoumberto1.it

una grande vittoria, una grande responsabilità, un grande impegno per il futuro

anche quest'ultima tornata elettorale del nostro Ordine si è conclusa e permettetemi di salutare con grande soddisfazione l'affermazione della lista "Professionalità e lavoro medico". Una vittoria che permette, innanzitutto, una reale continuità tra passata e nuova gestione ma è anche forte stimolo per chi scrive. Se da un lato la vittoria è figlia del lavoro portato avanti sino ad oggi, è altrettanto vero che la stessa ci spinge ad investire ulteriori energie e responsabilità nel continuare lungo la strada intrapresa.

L'aumento dei colleghi votanti e gli scarti nei risultati elettorali, rispetto ai nostri avversari, suonano infatti come incoraggiamento ad impegnarci in un percorso difficile ma nel quale porremo tutti noi stessi. La difesa del cittadino, nella sanità moderna, nella sanità di questa regione, passa per la difesa del medico, ma non secondo le logiche che alcuni sindacati di categoria vorrebbero introdurre anche nella casa ordinistica (e testimonianza ne è l'assalto sostanzialmente non riuscito di queste elezioni) ma secondo valori deontologici e di identità professionale che travalicano il semplice (seppure complesso e controverso) rapporto di lavoro.

Valori di affermazione di una professione totalmente orientata alla tutela della salute del cittadino, scevra da qualsiasi condizionamento politico, salda nella propria identità di classe dirigente di un Paese. La Sanità è come un'orchestra in cui non è possibile inserire elementi dissonanti. Per questo continueremo strenuamente a combattere contro qualsiasi

tentativo di sostituire il medico nei ruoli che ad esso competono per cultura e responsabilità. In tal senso sono illuminanti i tentativi di porre, ad esempio, a capo di Sert o Distretti professionisti non medici. Abbiamo già detto della necessità di arretramento della politica nella gestione della sanità e di forti azioni per contrastare il sensazionalismo e lo scandalismo che troppi media percorrono per fini tutt'altro che nobili. Per questo tutte le iniziative intraprese in tal senso non soltanto continueranno ma verranno implementate, se possibile, con ancora maggiore vigore. Deve però fare da contraltare a questa nostra legittima istanza, una chiara adesione della professione ai principi della meritocrazia, da un lato, e del coraggio e onestà intellettuale dall'altro.

L'indagine dell'Ordine di Roma, la prima in Italia, sulla Medicina difensiva, di cui riportiamo un'ampia sintesi nell'inserito staccabile di questo numero del Bollettino, ci riconsegna, invece, un medico in crisi. In crisi nei suoi rapporti con il cittadino malato e con se stesso. La tutela della dignità di una professione come la nostra va oltre qualsiasi sfida sindacale, è una battaglia etica innanzitutto, una sfida di civiltà, un categorico imperativo che deriva direttamente dalle sacrosante attese che i cittadini hanno di essere curati bene, con trasparenza, con competenza, nella cornice di una nuova e più solida alleanza terapeutica che, giorno dopo giorno, tutti insieme, dobbiamo ricostruire.

Mario Falconi

bollettino

dell'ordine provinciale di Roma
dei medici chirurghi e degli odontoiatri

Bimestrale - anno 60° - n. 5 settembre ottobre 2008

Autorizz. Trib. Roma n. 1979 del 17.2.1951 - Poste Italiane S.p.A. -
Sped. in Abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.
46) art. 1, comma 2 - DCB - Roma - Invio gratuito agli iscritti

Periodico associato all'USPI - Unione Stampa Periodica Italia

DIRETTORE RESPONSABILE
Mario Falconi

VICE DIRETTORE
Mario Bernardini

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente
Mario Falconi

Presidente onorario
Benito Meledandri

Vice-presidente
Roberto Lala

Consigliere segretario
Luigi Pignataro

Consigliere tesoriere
Vincenzo Scarpino

Consiglieri medici

**Donato Antonellis, Pier Luigi Bartoletti,
Franco Berti, Enrico Bollero, Filippo Custereri, Lui-
gi Frati, Aldo Isidori, Luigi Tonino Marsella,
Rodolfo Proietti, Ivo Pulcini**

COMMISSIONE ODONTOIATRI
Presidente

Claudio Cortesini

Segretario
Renato Ori

Componenti
Livio Gallottini,

Alessandro Rampello, Alberto Sordi

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI
Presidente

Foad Aodi

Componenti

Francesco La Commare, Giorgio Lodolini

Supplente

Debora Giannini

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Via G.B. De Rossi, 9 - 00161

Tel. 064417121 - Fax 0644234665

REALIZZAZIONE EDITORIALE A CURA DI

INIZIATIVE SANITARIE

Viale di Val Fiorita, 86

00144 Roma

Tel. 065919418 - Fax 065912007

www.iniziativesanitarie.it

iniziative
sanitarie



STAMPA: Tipografia SGS srl - Roma
Sede legale: Via Guido D'Arezzo n.14 - 00198 Roma
Stabilimento: Via Cancelliera n. 24 - 00040 Cecchina (Roma)

Finito di stampare il 30 novembre 2008

EDITORIALE

Una grande vittoria,
una grande responsabilità,
un grande impegno per il futuro

pagina 3

ATTUALITÀ

I nomi del nuovo ordine

pagina 6

I numeri delle elezioni

pagina 7

Non costringete i medici
alla disobbedienza civile

pagina 8

Nel Lazio la sanità pubblica
si estende sul territorio,
a parole o con fatti concreti?

pagina 10

Un buon contratto,
ma iniziamo a lavorare
per una corretta applicazione

pagina 12

PROFESSIONE

Etica e deontologia di inizio vita

pagina 15

La scoliosi nell'adolescente

pagina 18

Odontoiatria: presente e futuro in Italia

pagina 19

Convegno AMMI all'Ordine di Roma

pagina 20

Comunicazione medico-paziente

pagina 21

Morte cardiaca improvvisa:
una guerra che si può vincere

pagina 22

TEATRO • MOSTRE • CONCERTI

pagina 26

CONTAGOCCE

pagina 27

DALL'ORDINE

Convenzioni a favore degli iscritti

pagina 28

INSERTO STACCABILE

In scienza, coscienza e paura

Executive Master in Healthcare & Pharmaceutical Administration

formula
week-end

dicembre 2008 - dicembre 2009

Un master per

- ✓ sviluppare qualificate competenze in ambito giuridico-istituzionale e manageriale per la governance della sanità
- ✓ acquisire una visione completa della filiera della salute
- ✓ gestire e innovare con successo le organizzazioni sanitarie, farmaceutiche e biomedicali
- ✓ confrontarsi con leader ed esperti della sanità italiana e internazionale
- ✓ entrare a far parte di un network di eccellenza nel management sanitario

L'EMPHA si rivolge a tutti coloro che, impegnati nello svolgimento della propria attività, clinica o manageriale, in Istituzioni, organizzazioni sanitarie pubbliche e private, società di consulenza e aziende farmaceutiche e biomedicali, intendano migliorare la propria performance e quella dell'organizzazione in cui sono inseriti. Il modello part-time permette di conciliare formazione e impegno professionale attraverso l'alternarsi di lezioni in aula e online.

Elezioni ed attribuzione
cariche Organi Istituzionali
per il triennio 2009/2011

i nomi del nuovo ordine

A seguito delle elezioni per il rinnovo degli Organi Istituzionali dell'Ordine, tenutosi nei giorni 10-11-12 ottobre 2008, e della seduta di insediamento degli stessi, del 22 ottobre 2008, nel corso della quale sono state assegnate le diverse cariche a norma degli artt. 2 e 20 del D.P.R. 05/04/1950 n. 221, e dell'art. 6 della legge 409/85, si comunica la composizione del Consiglio Direttivo, della Commissione Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti

Consiglio Direttivo dei Medici-Chirurghi

<i>Presidente</i>	Mario Falconi
<i>Vice-presidente</i>	Donato Antonellis
<i>Consigliere segretario</i>	Filippo Custereri
<i>Consigliere tesoriere</i>	Vincenzo Scarpino
<i>Consiglieri medici</i>	Aodi Foad Bartoletti Pier Luigi Bollero Enrico Colistra Claudio Marchetti Patrizia Marsella Luigi Tonino Martelli Massimo Nasi Gabriella Pignataro Luigi Proietti Rodolfo Pulcini Ivo
<i>Consiglieri odontoiatri</i>	Claudio Cortesini Susanna Annibali Giuseppe Badia Renato Ori Alberto Sordi

Commissione Odontoiatri

<i>Presidente</i>	Claudio Cortesini
<i>Segretario</i>	Renato Ori
<i>Componenti</i>	Susanna Annibali Giuseppe Badia Alberto Sordi

Nomine collegio dei revisori dei conti

<i>Presidente</i>	Francesco La Commare
<i>Componenti</i>	Debora Giannini Giuseppe Imperoli
<i>Supplente</i>	Luigi Laino

Inoltre, il nuovo Consiglio Direttivo ha ritenuto di confermare al Benito Meledandri la nomina a *Presidente Onorario*.

i numeri delle elezioni

I risultati finali e la composizione del Consiglio Direttivo, della Commissione Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti per il Triennio 2009-2011

Consiglio Direttivo Consiglieri Medici

Falconi Mario	3183
Martelli Massimo	3182
Bollero Enrico	3176
Antonellis Donato	3175
Pulcini Ivo	3170
Colistra Claudio	3156
Scarpino Vincenzo	3154
Marchetti Patrizia	3153
Aodi Foad	3152
Custureri Filippo	3152
Pignataro Luigi	3152
Nasi Gabriella	3150
Bartoletti Pier Luigi	3143
Proietti Rodolfo	3140
Marsella Luigi Tonino	3136

Lala Roberto	2714
Gatta Luisa	2688
Onotri Giuseppina	2683
Poerio Michele	2679
Mele Stefano	2673
Petrolati Sandro	2668
Maggiorotti Maurizio	2663
Bellantone Rocco D.A.	2656
Cuffari Alfredo	2656
Marrocco Walter	2655
Luca Francesco	2653
Brescia Antonio	2648
Mazzoni Mauro	2646
Martuscelli Eugenio	2637
Andrich Renato	2588

Commissione Odontoiatri Consiglieri Odontoiatri

Cortesini Claudio	858
Sordi Alberto	837
Annibali Susanna	789
Ori Renato	611
Badia Giuseppe	598
Ghirlanda Carlo	358
Illuzzi Nicola	341
Mazzacuva Domenico	88
Pollifrone Brunello	80
Picozzi Gian Luca	55
Pignatelli Nicola	39
Monti Carlo	21

Collegio dei revisori dei conti

La Commare Francesco	3780
Imperoli Giuseppe	3754
Giannini Debora	3724
Laino Luigi	3713
Panarello Muscolino Gianfranco	2983
Orazi Vanessa	2963
Marella Antonino	2955
Wongher Luca	2939

Un emendamento in Senato eliminerebbe il principio di non segnalazione degli irregolari da parte dei medici

non costringete i medici alla disobbedienza civile

L'Omceo di Roma esprime giudizio critico sulla proposta di modifica dell'art. 35 del Dlgs 286/98. Preoccupazione per le conseguenze in campo sociale ed economico

La norma, proposta dalla Lega e presentata alla Commissione congiunta Affari Costituzionali e Giustizia, punta ad eliminare il principio di "non segnalazione all'autorità" a cui si devono attenere i medici. In sostanza si intende sopprimere il punto fondamentale del decreto 286/1998 che dice: "l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano" (comma 5, articolo 35). «Siamo fortemente preoccupati delle proposte avanzate da alcuni senatori in sede di esame del Ddl 733 sull'immigrazione per modificare l'attuale art. 35 del D.Lgs 286/98». Ad affermarlo è l'Ordine provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Roma. «Si vorrebbe sopprimere il punto fondamentale di questo decre-

to» sottolinea Mario Falconi, Presidente dell'Ordine. A parte l'inevitabile e diffusa disobbedienza civile che si avrebbe da parte dei medici, in considerazione della mortificazione che subirebbero le scelte etiche e deontologiche essenziali e prioritarie per un corretto esercizio professionale, si avrebbero poi altre gravi conseguenze». Secondo l'Ordine capitolino, infatti, la modifica proposta comporterebbe una reale ripercussione sulla salute collettiva, per il rischio di diffusione incontrollata di malattie infettive trasmissibili. Inoltre, si verrebbero a creare percorsi sanitari paralleli al di fuori di sistemi di controllo e verifica della sanità pubblica. Infine, è da mettere in preventivo anche un notevole aumento di costi per il servizio sanitario nazionale, dovuto all'aumento esponenziale di prestazioni urgenti di pronto soccorso più gravi, complesse e prolungate.

La denuncia di Medici Senza Frontiere

a rischio il diritto fondamentale alla salute

«Medici Senza Frontiere chiede che venga mantenuto» dichiara Loris de Filippi, responsabile delle operazioni di MSF in Italia in merito all'emendamento al Disegno di Legge 733 sull'immigrazione «il principio di "non segnalazione all'autorità" degli stranieri privi di permesso di soggiorno

che chiedono assistenza sanitaria, per evitare di porre barriere all'accesso alle cure mediche e di condannare queste persone ad una pericolosa marginalizzazione sanitaria». Inoltre l'Organizzazione medica è preoccupata per l'intenzione, contenuta nell'emendamento, di legare la segnala-

Società Italiana di Medicina
delle Migrazioni

un atto inutile e dannoso anzi pericoloso

In un Appello, inviato a tutti i senatori, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni chiede di ritirare l'emendamento «che mina radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese e cioè la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina». La Società, inoltre, definisce l'emendamento «inutile e dannoso» perché: «spingerà all'incistamento sociale, rendendo invisibile una popolazione che sfuggirà ad ogni forma di tutela sanitaria e di contatto sociale legittimo; potrà produrre percorsi sanitari ed organizzazioni sanitarie parallele al di fuori dei sistemi di controllo e di verifica della sanità pubblica (rischio di aborti clandestini, gravidanze non tutelate, minori non assistiti, ...); creerà condizioni di salute particolarmente gravi poiché gli stranieri non accederanno ai servizi se non in situazioni di urgenza indifferibile; avrà ripercussione sulla salute collettiva con il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili a causa dei ritardi negli interventi e la probabile irreperibilità dei destinatari di interventi di prevenzione; produrrà un significativo aumento dei costi in quanto comunque le prestazioni di pronto soccorso dovranno essere garantite e le condizioni di arrivo saranno significativamente più gravi e necessiteranno di interventi più complessi e prolungati; spingerà molti operatori ad una "obiezione di coscienza" per il primato di scelte etiche e deontologiche».

zione all'autorità competente anche all'impossibilità dello straniero irregolare di partecipare alle spese per la prestazione sanitaria ricevuta, ledendo, anche in questo caso, il principio costituzionale per cui la Repubblica "garantisce cure gratuite agli indigenti". Il timore è che venga esacerbato il processo di esclusione sociale ai danni di queste persone, con il rischio che diventino così ancora più vulnerabili. «Si sta cominciando

Ferruccio Fazio,
Sottosegretario alla Salute

Il medico deve poter curare il paziente fino alla sua guarigione

«Ritengo corretto che il medico debba poter visitare un paziente, come è previsto dal codice deontologico, fino alla sua guarigione in prima intenzione, cioè nella fase acuta» della malattia». Il sottosegretario al Welfare Ferruccio Fazio ha commentato così l'emendamento della Lega a margine dell'audizione in Commissione sanità del Senato. «Fin che si è ammalati si è pazienti, poi però è necessario regolarizzare la propria posizione. Questo è il concetto» ha aggiunto il Sottosegretario precisando come questa affermazione rappresenti la sua opinione personale, non concordata con altri componenti di Governo.

Livia Turco

emendamento che mina la dignità umana

«È gravissimo, è un emendamento che va contro il più elementare senso della dignità umana e che mina i principi base della politica sanitaria del nostro paese». Ha dichiarato Livia Turco del Pd commentando l'emendamento al testo unico sull'immigrazione proposto dalla Lega. «Mi aspetto» prosegue Turco «che si elevi un coro di indignazione contro questo emendamento che vuole impedire le cure sanitarie di emergenza, quelle salva vita, ai cittadini irregolari. Mi appello al presidente Schifani perché impedisca la discussione di un emendamento non conforme ai principi della nostra Costituzione e che va contro il minimo basilare senso della dignità umana».

a mettere in discussione» ha concluso de Filippi «uno dei diritti fondamentali dell'uomo, quello alla salute. La proposta di questi giorni si aggiunge ad altre avanzate nell'ultimo periodo in tema di immigrazione, come quella di introdurre il reato di immigrazione clandestina o quello di estendere a 18 mesi il tempo massimo di permanenza all'interno dei Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE)».

nel Lazio la sanità pubblica si estende sul territorio, a parole o con fatti concreti?

Da almeno 10 anni si parla di redistribuzione dell'offerta di servizi sanitari, di una allocazione di risorse equa e ripartita tra Ospedali e sistema di cure primarie. Il piano di rientro della Regione Lazio determina una forte accelerazione verso il cambiamento, il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 almeno nelle intenzioni fa intravedere una forte ideazione di modelli alternativi a quelli attuali, ma tutto questo sarà sufficiente per "fare" realmente una rete di offerta di prestazioni alternativa a quella Ospedaliera? Ad esempio, nel Regno Unito, se una donna deve fare un Pap Test neanche si sogna di andare in Ospedale, ma si rivolge alla rete dei General Practitioners. (I MMG Inglesi).

Così per altre prestazioni a bassa complessità e senza necessità di ricovero, in Day Hospital od in degenza per acuti.

Se si ha la febbre, nei paesi del Nord Europa, nessuno va al Pronto Soccorso, escluse alcune grosse aree metropolitane come Bruxelles, ma ci si rivolge sempre alla rete di servizi sul territorio.

In Irlanda se si decide di andare in modo autonomo al Pronto Soccorso e si è classificati come codice bianco o verde si paga l'accesso e le prestazioni eseguite, diverso è se invece l'invio è predisposto da un medico di medicina generale.

In questi Paesi, insomma, c'è una forte caratterizzazione di offerta di servizi, l'Ospedale ha l'offerta connessa alla degenza, il sistema di cure primarie tutto il resto.

In Italia no, negli ultimi 10 anni di progressivo spostamento di risorse verso la cosiddetta sanità territoriale, in molte Regioni è avvenuto che l'ospedale si sia attrezzato per diversificare l'offerta, Week Hospital, Day Hospital, Day Surgery, Ambulatori, mentre il sistema di cure primarie non ha avuto alcuno strumento reale in termini di cessione di offerta di alcune prestazioni, in grado di poter motivare un serio investimento, economico e professionale, da parte delle varie componenti che ne fanno parte.

Inoltre nella nostra Regione una serie di provvedimenti, dagli standard per le RSA, molto elevati rispetto all'assistenza da garantire, alle norme per l'autorizzazione degli studi medici ed odontoiatrici ai laboratori privati accreditati, hanno di fatto reso molto più difficile la competizione per i cosiddetti "piccoli", a vantaggio delle grandi strutture e dei grandi gruppi imprenditoriali.

Il ventilato passaggio a Fondazioni di Ospedali e Policlinici rende ancora più difficile la sopravvivenza di quella classe di piccoli e medi professionisti ed imprenditori che rappresenta il tessuto connettivo della rete dei servizi territoriali,

che non sono in grado di competere sia finanziariamente che politicamente con questi Moloch della Sanità pubblica e Privata.

È paradossale che molti di questi cambiamenti siano stati determinati da una giunta di centrosinistra, meno attenta alla classe media rispetto al Centro Destra, non tanto nelle intenzioni quanto nei fatti concreti.

La situazione ad oggi è tale che la riconversione reale della sanità pubblica attraverso il cosiddetto sistema di cure primarie, dall'assistenza domiciliare alla diagnostica di base, al primo soccorso, può avvenire solo attraverso una decisione forte, di carattere politico e strategico: cambiare radicalmente il sistema di offerta di alcune prestazioni per le quali già ora abbiamo la paradossale situazione di duplicazione dell'offerta, con conseguente lievitazione dei costi e senza nessun beneficio per il paziente. Basti pensare ad alcune prestazioni di terapia fisica e riabilitativa, che se svolte in regime di day hospital sviluppano una tariffa superiore anche di 40 volte a quella svolta dalle strutture ambulatoriali. E sulla stessa prestazione e processo di cura.

Non serve annunciare strutture di prossimità aperte per 24 ore al giorno senza definirne i compiti in relazione allo spostamento radicale e drastico, anche attraverso manovre di de tariffazione, di prestazioni inappropriate se svolte in ambito Ospedaliero. Per fare un esempio, un PTP, indicato dal piano sanitario regionale come una struttura alternativa ai Pronto Soccorso, ha ragione di esistere se produce un numero di prestazioni che ne giustifichi la creazione, per esempio drenare l'80% dei codici bianchi ed il 50% di quelli Verdi nei Pronto Soccorsi che insistono nella stessa area, e così i Pronto Soccorsi debbono avere una ragione per inviare presso i PTP i cittadini che lì si rivolgono, vedi



disincentivi tariffari, ed i cittadini debbono avere la percezione del cambiamento anche attraverso l'introduzione di modalità di pagamento diverse da quelle attuali delle prestazioni erogate nei Pronto Soccorsi, ticket e pagamento delle prestazioni eseguite nel caso di triage bianco o verde e se l'invio non è derivato da richiesta medica.

Per concludere, cambiare il sistema si può, ma la domanda che si pone a questo punto è se davvero si vuole cambiare. La risposta non sta nelle dichiarazioni d'intenti ma nell'effettiva scelta da parte del Legislatore e dell'Amministratore Regionale, di offrire al sistema di cure primarie una serie di prestazioni sulle quali orientarsi e sviluppare una professionalità specifica.

**Segretario Generale Regionale
FIMMG del Lazio*

Ordine Medici e Odontoiatri di Roma

Centralino 064417121 (8 linee r.a.) - Fax **0644234665**

Numero Verde **800 90 50 99**

Indirizzo di posta elettronica rmomceo@tin.it

Sito internet www.ordinemedicidiroma.it

Televideo RAI TRE pagine **445** e **446**

un buon contratto, ma iniziamo a lavorare per una corretta applicazione

Dopo mesi di trattativa, i dirigenti medici e veterinari del Servizio sanitario nazionale, per un totale di 120.000 professionisti, portano a casa il nuovo contratto di lavoro: l'accordo relativo al quadriennio normativo 2006-2009 e al primo biennio economico 2006-2007, è stato firmato il 17 ottobre scorso all'Aran e pubblicato in Gazzetta Ufficiale i primi giorni di novembre. Sia pur siglato con grave ritardo, e non affrontando né risolvendo tutti i problemi della categoria, il giudizio che si esprime è sostanzialmente positivo, soprattutto se si pensa che è stato

firmato in un momento particolarmente complesso per la situazione economica del Paese. Il biennio 2006-2007 vale per i medici un aumento medio lordo mensile di 260 euro, con punte fino a 389 euro per i direttori di struttura complessa; va da sé che l'aumento sarà naturalmente legato anche ad altre voci e all'anzianità. Ma una cosa è chiara: in questo modo si recupera l'incremento economico di stipendi fermi a dicembre 2005. Con il contratto arrivano anche importanti novità normative per il quadriennio 2006-2009, dal

segnalazioni sulla situazione di disagio nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali

L'Ordine invita tutti i medici ed odontoiatri che operano nelle strutture sanitarie ed ospedaliere, ad inviare segnalazione, scritta o verbale, di situazioni di disagio che possono verificarsi nell'ambito dell'attività lavorativa e nei rapporti con le suddette amministrazioni, soprattutto in riferimento ad assegnazione di incarichi di Direzione di UOC e/o Dipartimenti a profili professionali non medici con sottoposti medici.

L'Ordine farà propria la segnalazione rispettando, ove richiesto, il più stretto riserbo sul nominativo dell'esponente.

Per quanto sopra, si prega di contattare l'Ordine ai seguenti recapiti:

Ufficio Segreteria Tel. 06 44171226
segreteria.medici@ordinemediciroma.it

sistema di valutazione del dirigente medico (anche se le modifiche richieste dalla parte pubblica ed accettate dai sindacati sono riconducibili solo a richiami formali, essendo la materia trattata dettagliatamente nel contratto del 2005), alle sanzioni disciplinari conservative, agli effetti del procedimento penale, alla definizione dettagliata dei tempi e delle procedure per la contrattazione integrativa aziendale e da ultimo a quello che è stato l'argomento "caldo" al tavolo contrattuale, la tematica del "giusto riposo".

In particolare la problematica relativa ai riposi giornalieri ha dovuto tener conto dei provvedimenti legislativi contenuti sia nella finanziaria per il 2008 sia nella recente legge 133, che ha privato i medici del diritto soggettivo al riposo di 11 ore tra l'espletamento di un turno e il successivo. Il contratto è intervenuto a colmare questo vuoto legislativo tenendo conto della necessità di garantire il riposo giornaliero, legando quest'ultimo non solo al recupero delle energie psicofisiche ma anche ad un concetto di prevenzione del rischio clinico. E proprio nell'ottica di tutela di un diritto, costituzionalmente garantito, alla salute è stata ribadita l'obbligatorietà del riposo giornaliero ed è stato stabilito che dopo un periodo di lavoro notturno il riposo debba essere continuativo e sufficientemente lungo da garantire un recupero psicofisico ed una reale interruzione tra prestazioni lavorative consecutive. Inoltre è stato recuperato il diritto al riposo settimanale, cancellato dalla manovra estiva. Sono stati individuati, nel Coordinamento regionale e nella contrattazione integrativa aziendale, gli strumenti contrattuali per la definizione e l'individuazione delle modalità applicative dei riposi.

Si esprime soddisfazione per il rinvio, a tempi successivi, per la definizione di sanzioni disciplinari conservative e aggiuntive alle esistenti, richieste dalla parte pubblica, rinvio ottenuto grazie ad una forte opposizione dei sindacati. Per la categoria è infatti previsto il licenziamento, ma la richiesta era quella di prevedere ulteriori sanzioni come la decurtazione di stipendio o la sospensione.

Sono stati definiti in modo più dettagliato i tempi della contrattazione integrativa aziendale,

prevedendo l'inizio della stessa tassativamente entro sessanta giorni dalla entrata in vigore del contratto, e la chiusura entro centocinquanta giorni, salvo diverso accordo fra le parti ed in presenza di trattative già avviate ed in fase di conclusione. L'obbligo di prevedere una calendarizzazione degli incontri tali da consentire il rispetto dei tempi e di individuare tempi, modalità e procedure di verifica della applicazione delle norme contrattuali, aumenta senza ombra di dubbio, il grado di certezza attuativa del contratto medesimo.

Ed infine la previsione per le ASL di fornire un continuo aggiornamento ai dirigenti sulle garanzie assicurative stipulate con periodiche e dettagliate informazioni, può favorire l'ottimale funzionalità dei sistemi di gestione del rischio.

Ora è tempo di cominciare a lavorare nelle aziende per la corretta e tempestiva applicazione del contratto.



**“Valori.
Competenze.
Comportamenti”.**

Valori che generano valore, perché Banca Network Investimenti si impegna ad ascoltarti e a dedicarti del tempo, a tenerti sempre informato, nel segno della chiarezza e della trasparenza.

Responsabilità. Attenzione. Trasparenza. Reciprocità. Dinamismo.

Sono i valori di Banca Network Investimenti, nei quali si riconoscono tutti coloro che ne fanno parte.

Valori che si declinano in competenze e comportamenti e si traducono in vantaggi per te.

due “Magnifici” iscritti dell’Ordine di Roma



Luigi Frati



Renato Lauro

Luigi Frati e Renato Lauro, due autorevoli iscritti del nostro Ordine professionale sono stati eletti al vertice, rispettivamente dell’Università la Sapienza e Tor Vergata di Roma

Il preside della prima facoltà di Medicina e chirurgia Luigi Frati, Consigliere dell’Ordine dal 2000, è il nuovo rettore della Sapienza per il quadriennio 2008-2012. Frati ha raggiunto la maggioranza necessaria per l’elezione nel corso della seconda tornata prevista dal calendario elettorale che si è svolta dal 30 settembre al 3 ottobre scorsi. Nei quattro giorni di consultazione hanno votato complessivamente 6.171 elettori, pari al 61,8% degli aventi diritto. Luigi Frati, nato a Siena il 10 aprile 1943, è stato assistente ordinario e professore incaricato all’università di Perugia (facoltà di Medicina e di Scienze), poi all’università di Roma (facoltà di Farmacia e di Medicina e chirurgia). Professore ordinario di patologia generale e medicina molecolare dal 1980 alla Sapienza, ha diretto il dipartimento di Medicina sperimentale dal 1985 al 1992. È stato tra l’altro presidente della Conferenza dei presidi delle facoltà di Medicina e chirurgia, componente del Consiglio universitario nazionale dal 1979 al 1998, di cui è stato anche vicepresidente, vicepresidente della Commissione unica del farmaco dal 1993 al 1994 e presidente del Consiglio superiore di sanità dal 1994 al 1998. Ha svolto ricerche nella Clinical Endocrinology Branch dei National Institutes of Health, Bethesda, Md., USA ed è autore di oltre 350 pubblicazioni su riviste internazionali su argomenti di medicina molecolare e biotecnologie applicate al controllo del differenziamento e proliferazione cellulare, con particolare attenzione alle applicazioni cliniche in terapia antiblastica ed alla medicina rigenerativa.

Renato Lauro, anch’egli Preside della Facoltà di Medicina, è diventato Rettore della seconda università di Roma Tor Vergata. Sessantotto anni, siciliano, Lauro vanta una lunga carriera accademica e guiderà l’Ateneo fino al 2011. È membro della Società Italiana di Medicina Interna, della Società Italiana di Endocrinologia, della Società Italiana di Diabetologia, dell’American Diabetes Association, dell’European Association for the Study of Diabetes, dell’American Society of Endocrinology, dell’American Society of Andrology, N.Y.A.S., e del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Endocrinologia. È membro della Commissioni Epatiti del Ministero della Sanità, della Commissione per i contributi dell’editoria di elevato valore scientifico del Ministero dei Beni Culturali, dei Comitati dei Progetti Finalizzati del Cnr. È membro della Conferenza permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina della Cee e della Commissione mista Conferenza dei Rettori-Farminindustria per la Ricerca Biomedica. È membro del Collegio dei Professori di Medicina Interna. Ha coordinato numerosi trials clinici nell’ambito della terapia di malattie endocrine, diabete, ipertensione, dislipidemia. Ha compiuto studi sugli steroidi gonadici e surrenali, sull’ipertensione arteriosa nell’uomo ed in modelli animali, sul diabete ed in particolare sull’espressione del recettore insulinico in diverse condizioni fisiopatologiche nell’uomo, sulla produzione di anticorpi diretti contro il recettore insulinico e sul loro impiego per lo studio della struttura e funzione del recettore insulinico nell’uomo, sui recettori oppioidi al di fuori del sistema nervoso.

Il Documento del Consiglio Nazionale Fnomceo
approvato a Ferrara

etica e deontologia di inizio vita

Approvato all'unanimità dal Consiglio nazionale della Fnomceo il Documento su "Etica e Deontologia di inizio vita".

Frutto del Gruppo di lavoro di Bioetica della Federazione e delle osservazioni delle Associazioni confessionali, laiche, dei cittadini e delle Società Scientifiche, il Documento è stato varato il 25 ottobre a Ferrara dai Presidenti degli Ordini Provinciali italiani dei Medici, riuniti in assemblea, dopo che il giorno precedente, al Castello Estense, proprio su questi temi, si era tenuto un importante Convegno. «Sottolineo con grande gioia l'unanimità del consenso, consapevole delle molteplici sensibilità e culture che si muovono su tali materie» ha dichiarato il presidente Fnomceo, Amedeo Bianco, al termine della votazione. «Tale unanimità» ha proseguito Bianco «dà ancora più valore al contenuto etico e civile della nostra riflessione deontologica che mettiamo al servizio dei medici e dei cittadini».

premessa

Lo sviluppo tumultuoso della scienza e di una tecnologia sanitaria che si è mostrata capace di modificare l'evoluzione della vita dalla nascita alla morte, ha aperto nuovi spazi alla normazione deontologica che, pur non essendo fonte primaria di diritto, è tutt'altro che indifferente alla sua interpretazione e applicazione, nel quadro dell'irrinunciabile autonomia del medico e della tutela della salute del cittadino.

A fronte di ciò il diritto, laddove si esprime, tende a non essere "mite", intervenendo in maniera sempre più dettagliata nelle decisioni mediche, provocando reazioni di rigetto in coloro che non ne condividono i contenuti e creando contrasti tra leggi, deontologia e scienza.

Questa è la ragione che ha indotto la FNOMCeO a proporre una piattaforma di confronto e a

promuovere un'ampia consultazione delle associazioni mediche confessionali e laiche, delle associazioni dei cittadini e delle società scientifiche, in vista di un convegno dedicato alle problematiche etiche di inizio vita.

Negli ultimi tempi è aumentata nella società e nel confronto politico l'attenzione sulle problematiche che si riferiscono alla contraccezione, alla PMA, all'interruzione farmacologica di gravidanza e ai comportamenti da assumere verso feti vitali in età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane), **nati** da parti preaturi o da aborti terapeutici.

Queste tematiche coinvolgono i medici secondo **più** profili: quello tecnico professionale, basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, e quello etico-**deontologico** che attiene ai

principi deontologici, sia comuni a tutta la professione sia individuali, propri cioè dei singoli statuti morali.

Tra questi profili il medico esercita ed interpreta il suo ruolo civile e sociale di servizio alla persona ed alla collettività, contribuendo alla piena attuazione di diritti costituzionalmente sanciti. Per quanto attiene al profilo tecnico-professionale, è opportuno ricordare che le evidenze disponibili sulle varie materie consentono orientamenti e/o linee guida elaborati dalle società scientifiche, di varia "forza" e comunque tali da rappresentare mere raccomandazioni cliniche, sulle quali e per le quali viene garantita l'autonomia al medico.

Relativamente al profilo etico-deontologico, i fondamenti morali del nostro Codice di Deontologia Medica e cioè i principi di giustizia, di beneficenza e di rispetto dell'autonomia del cittadino, costituiscono un prezioso e insostituibile presidio etico. Essi fanno sì che la professione medica sia legittimata se totalmente svolta al servizio dell'uomo, dei suoi bisogni, dei suoi diritti e delle sue libertà, se ogni innovazione delle conoscenze e delle tecniche, **equa ed accessibile**, sia in grado di risolvere e aiutare a tutelare la salute e la vita delle persone e a limitarne la sofferenza.

Il medico deve, dunque, considerare ogni relazione di cura come unica ed irripetibile e valorizzare la propria autonomia e la propria responsabilità agendo sempre secondo scienza e coscienza, documentando le ragioni della sua scelta.

Nel merito delle questioni riteniamo che:

La prescrizione del levonorgestrel

Nel riaffermare il diritto del medico alla clausola di scienza e coscienza che trova il suo fondamento nell'art. 22 del Codice di Deontologia Medica, va ricordato il dovere per il medico di ".....fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento".

In altre parole, l'equilibrio tra il diritto del medico alla clausola di **scienza e coscienza** e quello della **donna alla fruizione della prestazione** riconosciuta come disponibile, non fa venir meno l'obbligo, anche deontologico, dei medici di adoperarsi per tutelare, **nei termini suddetti**, l'ac-

cesso alla prescrizione nei tempi appropriati. Spetta alle Autorità Sanitarie porre in essere ogni iniziativa che consenta la corretta organizzazione del servizio. L'eventuale abolizione dell'obbligo di prescrizione per la "pillola del giorno dopo" presuppone una valutazione tecnico scientifica che compete alle Istituzioni allo scopo preposte. In questa prospettiva, e più in generale, occorre invece rilevare l'insufficienza delle politiche di educazione alla procreazione e alla sessualità responsabile da realizzare anche attraverso una corretta informazione e diffusione dei mezzi contraccettivi, al fine di ulteriormente ridurre il tasso di gravidanze indesiderate e di diminuire l'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale.

Questioni inerenti la PMA

Su alcune questioni della PMA, in particolare i vincoli previsti dalle prime linee guida alle diagnosi preimpianto sull'embrione, limitate alle sole tecniche osservazionali, escludendo quindi quelle genetiche (limitatamente a malattie di cui sono noti i meccanismi di trasmissione e le devastanti espressività fenotipiche *quoad vitam et valetudinem*), e all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni prodotti (fino a tre), la Federazione degli Ordini si era già pronunciata negativamente prima e dopo l'approvazione della L. 40/2004. Oggi, anche alla luce di alcune autorevoli sentenze della Magistratura, sulla scorta di dati su consistenti fenomeni di "mobilità procreativa", considerate le incertezze determinatesi successivamente alla revisione delle linee guida (abolizione della previsione della diagnosi osservazionale pre-impianto) emergono nuove problematiche **rispetto alle quali confermiamo il valore delle disposizioni dell'art. 44 "Fecondazione assistita" del Codice di Deontologia Medica.**

Rispetto a queste riteniamo che le linee guida non possano né debbano intervenire nella relazione di cura definendo, indipendentemente dal contesto clinico, atti e procedure diagnostico-terapeutiche non fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, sulle quali non è consentito alla donna esercitare un diritto attuale all'autodeterminazione, né al medico quello di compiere il proprio dovere agendo secondo scienza, nel rispetto del principio ippocratico di perseguire il massimo bene delle pazienti. An-

**Indagine dell'Ordine dei Medici di Roma
sulla medicina difensiva in Italia**

**In un quadro comparato:
problemi, evidenze e conseguenze**

in scienza, coscienza e paura



La ricerca è stata realizzata da un gruppo di lavoro formato da M. Falconi (Presidente dell'Ordine), D. Cosi (Direttore dell'Ordine), A. Piperno (Professore Ordinario dell'Università di Napoli, Federico II) e M. Centra (dirigente di ricerca, Isfol). L'esecuzione è stata curata da A. Piperno che si è avvalso della collaborazione di M. Centra, per l'elaborazione dei dati, e di V. Chiovenda e P. Bernardoni dell'Ufficio Informatico dell'Ordine per la raccolta degli stessi. Il Rapporto è stato scritto da A. Piperno.

*In copertina:
fotografia e titolo
gentilmente concessi
dal settimanale "Panorama della Sanità"

Indagine dell'Ordine dei Medici di Roma sulla medicina difensiva in Italia

in scienza, coscienza e paura

In un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze

La medicina difensiva: modello, definizione, tipologia, evoluzione e conseguenze

Il modello decisionale del medico

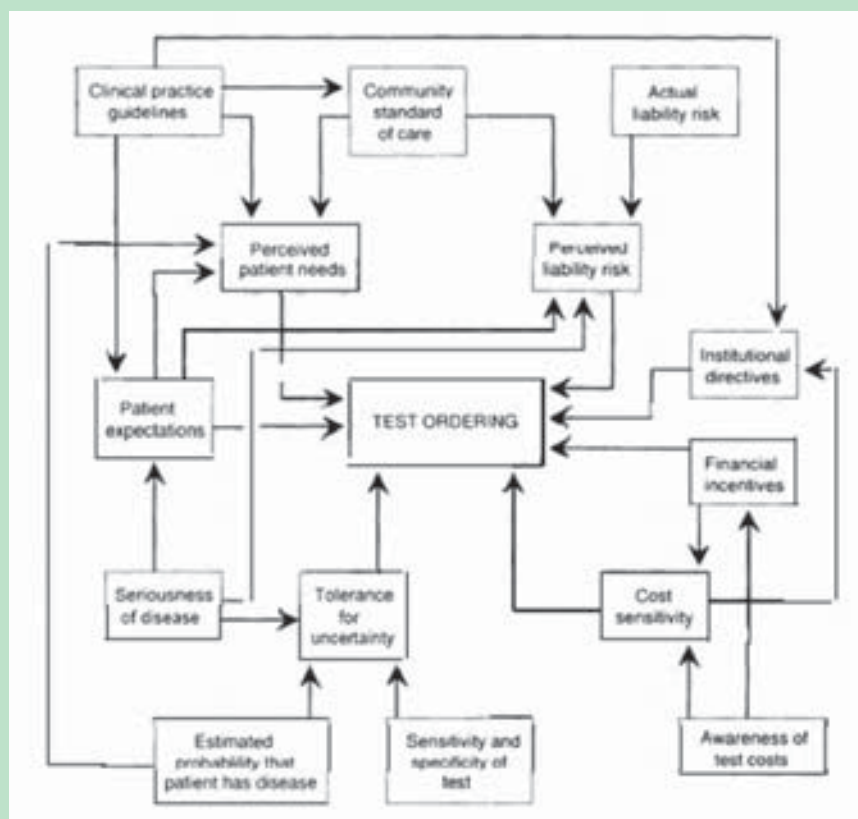
Il modello decisionale che adotta il medico per arrivare alla diagnosi e stabilire interventi e terapie è la risultante di un insieme di variabili riconducibili a tre macrofattori che riguardano: il paziente, il medico e l'ambiente. Detto in altri termini, si tratta di fattori dal cosiddetto lato della domanda, dell'offerta e del contesto intesi in senso ampio. Per studiare il processo decisionale in modo completo è necessario, quindi, mettere assieme teorie ed evidenze che riguardano, in primo luogo, la medicina ed in secondo luogo, ma non meno rilevanti, le principali scienze sociali.

Kravitz (1994) ha illustrato, relativamente allo specifico momento del "test ordering" - ossia alla decisione di prescrivere

accertamenti di vario tipo per arrivare alla diagnosi - la complessità multifattoriale del fenomeno attraverso il modello in basso.

Si può agevolmente osservare

che in questo modello alcune variabili sono di natura clinica (i sintomi del paziente, la gravità della malattia sospettata, il livello di certezza della diagnosi, il livello di accuratezza dei tests dia-



gnostici, i rischi/benefici del trattamento, ecc), altre sono di natura non clinica (la disponibilità di tecnologie, la specializzazione e la formazione del medico, l'assetto organizzativo della struttura ove il medico lavora, il livello di conoscenza del paziente, la consapevolezza e la sensibilità al costo dei tests, gli incentivi, le aspettative del paziente, il livello di copertura ovvero la tipologia quanti qualitativa delle

prestazioni garantite, le regole di accesso, ecc.). Altre variabili riguardano il rischio "oggettivo" del medico di essere oggetto di una cosiddetta "malpractice litigation" e il rischio "percepito" per l'accadere di tale evento che, a sua volta, può essere anche superiore a, e funzione di, il rischio oggettivo.

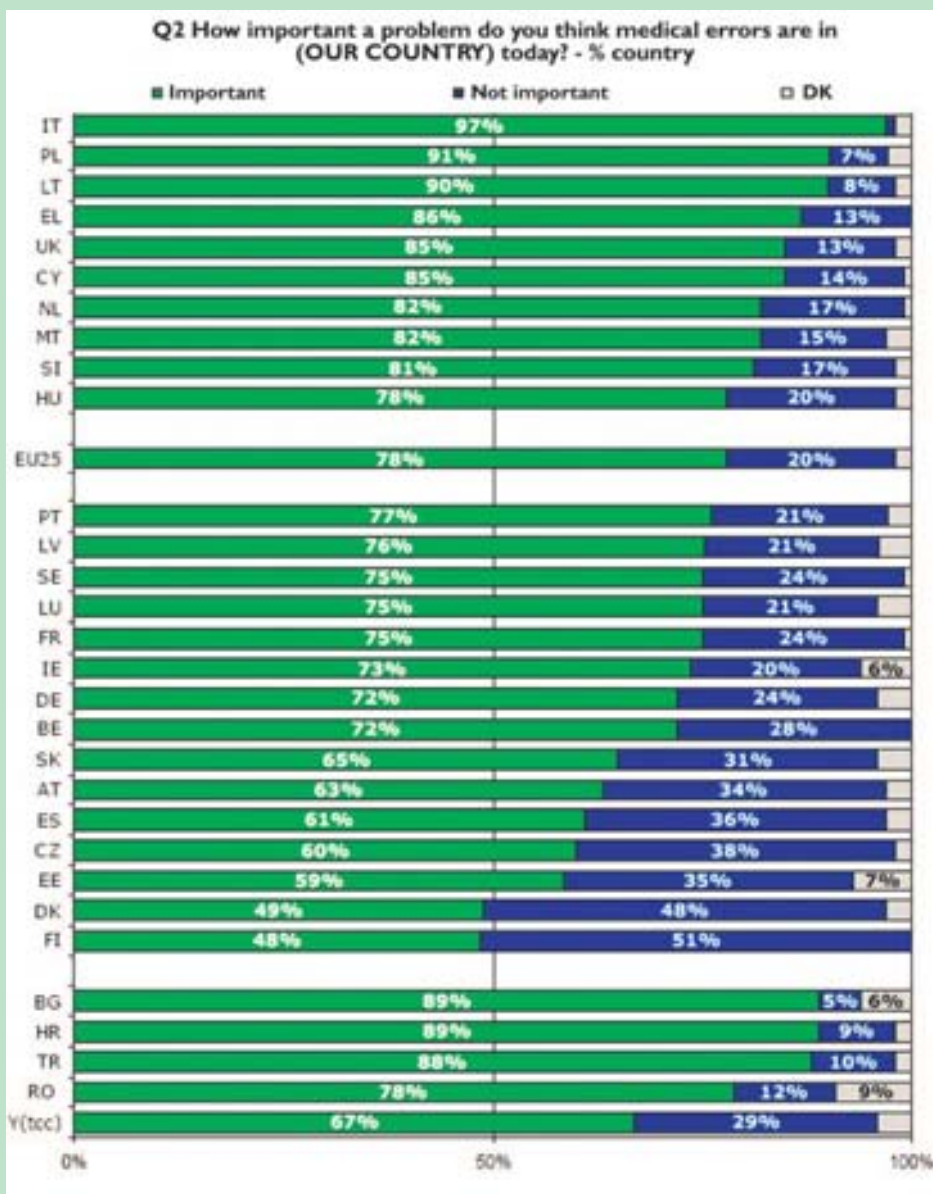
Lo studio di cui in questo volume si presentano i risultati riguarda nello specifico quest'ultimo

aspetto: la pratica della "medicina difensiva" come conseguenza del rischio del medico di essere oggetto di esposti e denunce da parte del paziente e di andare incontro ad una "malpractice litigation".

Essere chiamati in tribunale a seguito di una malpractice litigation ha conseguenze per il medico sotto il profilo professionale, morale e psicologico e queste conseguenze - di cui il medico è

consapevole sia per il messaggio che proviene dal contesto (soprattutto dai media) che per il sentimento collettivo che si innesta nella "mentalità" della categoria di appartenenza - contribuiscono a rafforzare la propensione del medico a praticare la medicina difensiva.

Le prime conseguenze sono di carattere economico. Sono molti i medici ad affermare, in occasione di sondaggi effettuati a questo proposito, che l'essere oggetto di una controversia giudiziaria danneggia la loro reputazione e riduce la domanda dei loro servizi. I medici affermano inoltre di sopportare danni economici in termini di produttività e, cioè, di "giorni di lavoro persi" per occuparsi di



tutte le incombenze che derivano dallo "stare dietro" alla malpractice litigation. Altri danni derivano dall'innalzamento delle loro polizze assicurative che essi stipulano in via esclusiva o in aggiunta a quelle rese disponibili dalle strutture ove lavorano.

Si registrano poi conseguenze psicologiche che si manifestano nella caduta della autostima. Tra il 20 e il 40% dei medici riporta sintomi di depressione, rabbia, fatica e irritabilità.

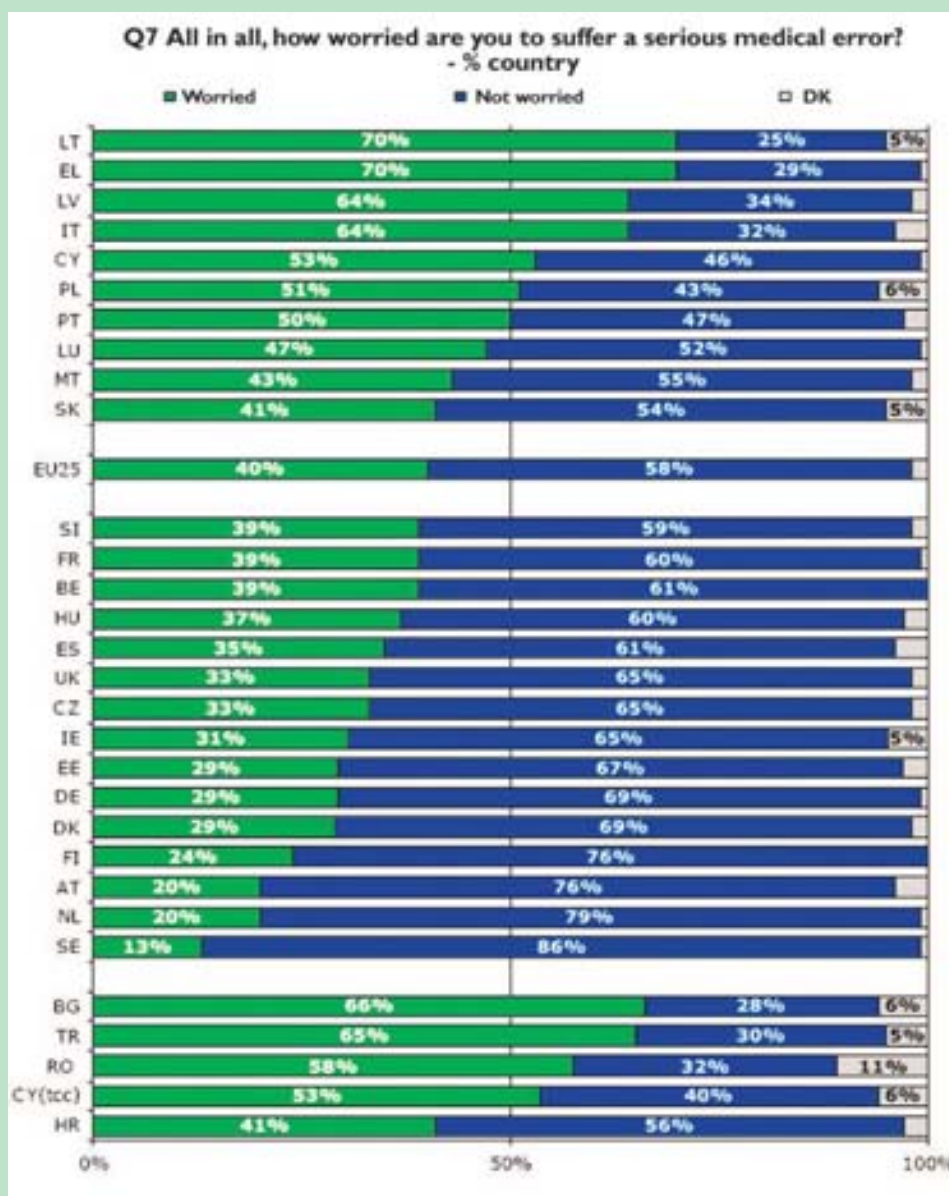
L'ansia intervenuta per la comparizione nel ruolo di accusato in tribunale perdura nel tempo anche dopo che il giudizio è finito (Charles et al., 1984 e 1985; Maeve e Charles, 1994; Committee on professional liability, 2001; Fileni et al., 2007).

A seguito di una lite giudiziaria i medici tendono a cambiare il loro stile professionale non solo in termini di medicina difensiva ma di rapporto con i pazienti nel suo complesso. È il rapporto fiduciario (trust) a soffrirne. Il paziente viene vissuto frequentemente come un potenziale antagonista e nel rapporto di cura si innestano comportamenti caratterizzati da accondi-

scendenza e orientati alla prudenza (Law, 1986; Elmore, J., 2005).

Studi che mirano a misurare la differenza tra il modello prescrittivo (l'insieme delle azioni cliniche decise dal medico dopo una visita sia in termini qualitativi che quantitativi e, cioè, quali accertamenti, quanti, ecc.) prima e dopo aver sperimentato personalmente da parte dei medici un passaggio in tribunale, rivelano

che il modello prescrittivo è diverso anche a parità di casistica. Tale risultato si conferma anche in studi longitudinali, ovvero studi in cui un gruppo di medici è monitorato nel tempo per verificare per l'appunto se esistono ed in che misura relazioni di causa-effetto tra l'aver sostenuto una lite giudiziaria e il modello comportamentale e prescrittivo del medico (Rodriguez et al., 2007).



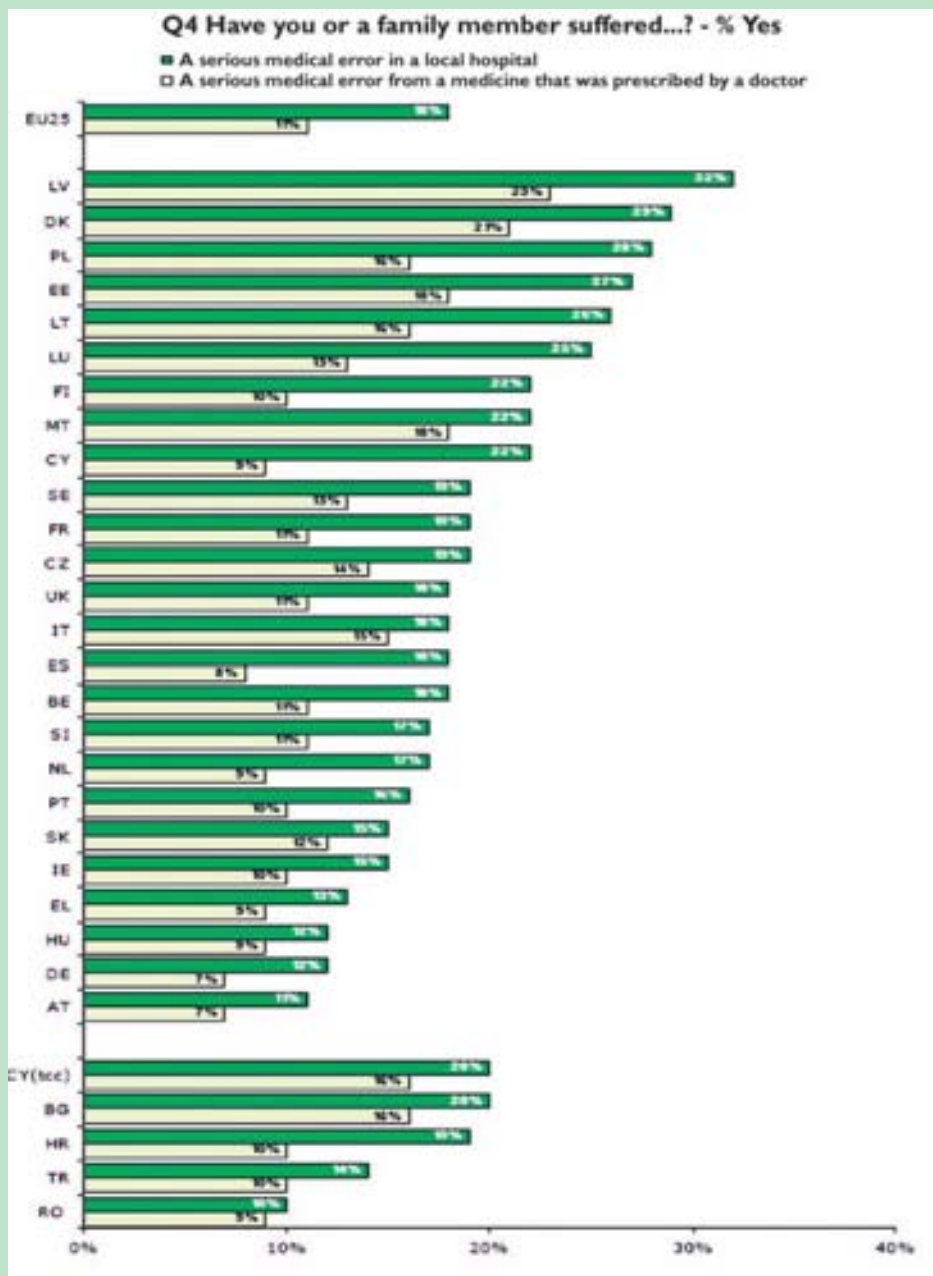
Lo stato dell'arte: evidenza empirica della medicina difensiva

Introduzione: l'errore medico nelle opinioni della popolazione. In questa parte di descrivono le evidenze empiriche in ordine alla misurazione della medicina difensiva come essa è stata rile-

vata nelle principali ricerche condotte dalla fine degli anni '70 ad oggi. È utile segnalare che le ricerche in questione documentano la questione sotto molteplici aspetti e con l'utilizzo di metodi diversi. Riguardano però soprattutto gli Stati Uniti e alcuni in casi alcuni paesi europei ed extraeuropei. Non si è

trovata traccia di ricerche di questo tipo realizzate in Italia e quella di cui qui si riportano i risultati è con molta probabilità la sola effettuata nel nostro paese e per caratteristiche metodologiche (il campione, il questionario, ecc.) è, presumibilmente, una ricerca completa anche in confronto a quelle europee e a molte americane.

Vale la pena soffermarsi sui risultati di un'indagine europea del 2006 ove si è studiato come la problematica dell'errore medico è vissuta dalle popolazioni del continente (European Commission, 2006). Si riportano questi dati in quanto la questione dell'errore medico è, secondo il modello dei processi decisionali medici illustrato, in qualche misura correlata a quella della medicina difensiva. Laddove la percezione collettiva della popolazione e dei pazienti si sente più preoccupata ed esposta all'errore medico, è presumibile che attraverso meccanismi vari (qui non studiati) vada ad impattare sui rapporti medico/paziente ed a diventare una delle cause da cui origina la decisione di intraprendere azioni giudizia-



rie verso i medici che, a loro volta, possono da questo clima essere indotti a praticare medicina difensiva.

Nella tabella di seguito riportata (numerata come Q2) e nel successivo grafico sono riprodotti i dati relativi ad una domanda che chiede ai cittadini quanto importante è nel loro paese la questione degli errori medici. L'Italia è il primo paese della graduatoria: il 97%, infatti, risponde che la questione è importante. Seguono la Polonia, la Lituania, l'Inghilterra (altro paese ove esiste un Ssn). Francia, Germania, Belgio sono al di sotto della media europea. Al crescere dell'età (gli anziani) e a minori livelli di scolarità la percentuale che percepisce la questione come importante è superiore.

Nella tabella Q7 sono riportate le percentuali di popolazione che invece affermano di essere o no preoccupate per gli errori medici. Un conto, infatti, è ritenere che la questione dell'errore medico è importante, un conto è esserne preoccupati personalmente. In Italia la percentuale dei preoccupati è del 64%; anche questa superiore alla media di tutti i paesi pari al 40%. Con tale percentuale l'Italia si colloca al quarto posto della graduatoria diversamente dalla collocazione degli altri principali paesi europei (Francia, Belgio, Germania, ecc.). La collocazione dell'Italia è simile a quella dei paesi che sono entrati solo recentemente nell'Unione europea.

Il grafico seguente (Q4) riporta risultati diretti. Si chiede agli intervistati se essi personalmen-

te o i membri della famiglia abbiano sofferto per un errore medico distinguendo tra un "errore grave" in ospedale, oppure un "errore grave" a causa di un farmaco prescritto dal medico. Affermano di aver sofferto (personalmente o un membro della famiglia) di un errore in ospedale il 18% della popolazione e per un farmaco il 15% rispetto rispettivamente a percentuali europee del 18 e dell'11%.

Pur non sottovalutando che il 18 e il 15% dell'Italia sono per-

centuali meritevoli di attenzione, il confronto tra questa e le altre tabelle evidenzia che in Italia la percezione è molto più elevata della realtà.

Da che ciò dipenda è materia di riflessione soprattutto se si tiene presente - come peraltro apparirà dai dati della nostra indagine sui medici - che anche per in medici in Italia si registra un elevato livello di percezione del rischio per una malpractice litigation.

Si può riassumere quanto evi-

Tab. 1 Ritieni, oggi, rispetto al passato, di essere più soggetto a esposti o denunce da parte dei pazienti?

Caratteristiche del medico	Si	No	Totale
Classe di età			
Fino a 34 anni	90,4	9,6	100,0
Da 35 a 44 anni	87,2	12,8	100,0
Da 45 a 54 anni	86,8	13,2	100,0
55 anni e oltre	87,6	12,4	100,0
Totale	87,6	12,4	100,0
Posizione professionale			
Medicina generale	83,3	16,7	100,0
Specialista ambulatoriale	82,7	17,3	100,0
Dipendente ospedale pubblico	93,8	6,2	100,0
Dipendente ospedale privato/accreditato	85,6	14,4	100,0
Dipendente servizio extraospedaliero	88,6	11,4	100,0
Totale	88,2	11,8	100,0
Specialità			
Medicina generale/assistenza primaria	87,3	12,7	100,0
Anestesiologia e rianimazione	96,8	3,2	100,0
Cardiologia	76,8	23,2	100,0
Chirurgia	98,9	1,1	100,0
Medicina interna	89,4	10,6	100,0
Nefrologia/urologia	85,1	14,9	100,0
Psichiatria/neurologia	90,0	10,0	100,0
Ortopedia	100,0		100,0
Ostetricia e ginecologia	100,0		100,0
Pediatria	81,5	18,5	100,0
Pronto soccorso	100,0		100,0
Altro	83,0	17,0	100,0
Totale	87,8	12,2	100,0
Genere			
Uomo	89,4	10,6	100,0
Donna	84,7	15,3	100,0
Totale	87,6	12,4	100,0

Fonte: Ordine medici Roma e Provincia

denziato dal sondaggio europeo del 2006 che in Europa, soprattutto in alcuni paesi tra cui l'Italia, il substrato di percezione ed esperienza della popolazione verso l'errore medico - che è una delle principali cause della medicina difensiva - farebbe ragionevolmente attendere che la questione fosse stata studiata ed investigata come è avvenuto negli Stati Uniti.

Tale attesa avrebbe dovuto trovare un rinforzo ed un incentivo anche dal fatto che il numero di esposti e denunce e di liti giudiziari avviate da pazienti verso i medici e le strutture sta registrando in Europa e in maggior misura in Italia un incremento ragguardevole.

L'associazione delle imprese d'assicurazione italiana (Ania) informa che i premi assicurati-

vi per la responsabilità civile sono passati dai 34,9 milioni di euro nel 1994 ai 381,3 nel 2004 e di questi il 33% circa riguarda i premi dei professionisti mentre il restante 67% circa quelli delle strutture sanitarie. Il numero dei sinistri è nello stesso periodo triplicato passando dai 9.484 ai 27.953 del 2004. Il rapporto sinistri/premi è stato per l'assicurazione delle strutture pari al 214% e per i professionisti pari al 204% medi dell'intero periodo (Ania, 2007). Tali dati riguardano solo i casi per cui esiste una copertura assicurativa. Innumerevoli, si presume che siano quelli giacenti nei tribunali d'Italia in attesa di definizione. Il fenomeno dell'errore medico o di casi giudiziari di conflitto tra medici e pazienti per cui è chiamata oppure no in causa un'assicurazione, per quanto se ne desume da questi dati, non è che il riflesso dal lato dell'offerta, per così dire, di quanto si registra dal lato della domanda in base ai dati del sondaggio europeo sopra esposti.

In letteratura, invece, gli studi su questa materia ed in particolare sulla medicina difensiva sono assai pochi in Europa (in Italia non si è trovata nessuna citazione), mentre negli Stati Uniti sono numerosi pur se inferiori al numero che anche in quel paese si sarebbe atteso in considerazione dell'importanza del tema e della attitudine in America a investigare empiricamente e con intensità i problemi sociali e quelli che hanno a che fare con la salute della popolazione.

Tab. 2 Qual è secondo la tua opinione la probabilità che ti accada personalmente di ricevere un esposto o una denuncia da parte dei pazienti ?

Caratteristiche del medico	Nessuna probabilità	Fino al 30 %	Tra il 31 % e il 50 %
Classe di età			
Fino a 34 anni	6,4	62,9	16,7
Da 35 a 44 anni	4,7	65,5	19,1
Da 45 a 54 anni	6,5	70,3	12,6
55 anni e oltre	7,7	70,9	15,0
Totale	6,7	68,9	15,1
Posizione professionale			
Medicina generale	13,4	71,3	12,4
Specialista ambulatoriale	4,2	81,5	10,1
Dipendente ospedale pubblico	2,6	63,6	20,0
Dipendente ospedale privato/accreditato	6,7	66,0	17,3
Dipendente servizio extraospedaliero	3,8	69,2	8,3
Totale	6,2	68,6	15,5
Specialità			
Medicina generale/assistenza primaria	9,7	78,6	10,4
Anestesiologia e rianimazione	3,0	59,0	24,0
Cardiologia	1,6	82,2	12,3
Chirurgia	2,8	45,7	27,2
Medicina interna	10,6	58,6	8,1
Nefrologia/urologia	2,4	73,4	18,0
Psichiatria/neurologia	1,8	56,0	28,5
Ortopedia	14,6	59,0	13,2
Ostetricia e ginecologia	1,3	65,8	16,0
Pediatria	18,9	78,7	1,0
Pronto soccorso		53,7	31,0
Altro	6,7	75,3	11,3
Totale	6,5	69,5	14,7
Genere			
Uomo	7,0	66,9	15,0
Donna	6,2	72,1	15,4
Totale	6,7	68,9	15,1

Fonte: Ordine medici Roma e Provincia

I risultati della ricerca dell'Omceo di Roma

La percezione del rischio

L'87,6% dei medici ritiene che oggi il rischio di ricevere un esposto o una denuncia da parte dei pazienti è più elevato che nel passato. Il confronto tra questa percentuale relativa a tutto il campione con le percentuali dei sottogruppi (sia essi per classi d'età o per posizione occupazionale o per specialità o per genere) rivela se in alcuni sottogruppi o segmenti di medici tale percentuale sale o scende. Se sale o scende in misura significativa vuol dire che in quel sottogruppo il numero di medici che si sentono più a rischio è superiore o inferiore. Nel caso specifico di questa tabella, si osserva che le distanze delle percentuali dall'87,6% dell'intero campione non sono marcate, tranne che nel caso dei medici dipendenti di ospedale pubblico (93,8%) e operanti nelle seguenti specialità: anesthesiologia (96,8%), chirurgia (98,9%), ortopedia (100,0%), e ostetricia (100,0%). Il risultato è coerente con la letteratura che identifica le medesime come specialità a rischio e, cioè, specialità ove è tendenzialmente più frequente il caso di una controversia giudiziale e la medicina difensiva (tab. 1).

Se si va ad analizzare la percezione del rischio in termini personali chiedendo al medico quale sia la probabilità effettiva di essere egli stesso citato in giudizio, si evidenzia che solo il 6,7% dei medici dice che tale probabilità è nulla. Il 68,9% afferma che la probabilità arriva fino al 30%,

mentre il 15,1% e il 9,3% dei medici afferma, rispettivamente, che la probabilità è superiore e va dal 31 al 50% e oltre il 50%. I medici che si collocano in questa ultima categoria hanno una percezione del rischio assai elevata. Comparando quelli che hanno una percezione elevata del rischio con i medici che non percepiscono alcun rischio, meglio si evidenzia se i due segmenti sono identificabili in base

a specifiche connotazioni socio-demografiche e professionali. Si sentono molto a rischio i medici fino ai 34 anni, quelli dipendenti di ospedale pubblico e quelli operanti nelle specialità di anesthesiologia, chirurgia, medicina interna, nefrologia, psichiatria, ostetricia, pronto soccorso. E gli uomini più che le donne (tab. 2) Una percentuale elevata di medici ritiene che fare affidamento sulla sola valutazione clinica piut-

Tab. 3 In che misura nella pratica clinica di tutti i giorni ti senti sotto pressione a causa della possibilità di ricevere esposti o denunce da parte dei pazienti?

Caratteristiche del medico	Molto	Abbastanza	Poco
Classe di età			
Fino a 34 anni	18,6	38,9	37,1
Da 35 a 44 anni	15,2	44,9	32,1
Da 45 a 54 anni	14,3	42,0	37,6
55 anni e oltre	18,2	32,8	38,5
Totale	16,5	38,6	36,9
Posizione professionale			
Medicina generale	9,2	32,7	47,2
Specialista ambulatoriale	9,8	29,8	47,8
Dipendente ospedale pubblico	25,4	42,2	28,3
Dipendente ospedale privato/accreditato	16,1	47,9	24,6
Dipendente servizio extraospedaliero	11,0	41,2	43,0
Totale	16,9	39,1	36,1
Specialità			
Medicina generale/assistenza primaria	8,6	31,7	49,8
Anesthesiologia e rianimazione	32,6	37,1	28,1
Cardiologia	7,5	45,9	32,5
Chirurgia	34,2	42,6	19,5
Medicina interna	14,9	47,8	25,3
Nefrologia/urologia	15,4	28,2	50,0
Psichiatria/neurologia	17,8	34,2	44,6
Ortopedia	14,2	50,0	13,9
Ostetricia e ginecologia	27,4	40,2	30,1
Pediatria	8,0	29,9	52,7
Pronto soccorso	39,2	34,5	26,2
Altro	12,8	40,6	37,7
Totale	16,5	38,3	37,3
Genere			
Uomo	20,7	38,8	32,8
Donna	9,8	38,3	43,3
Totale	16,5	38,6	36,9

Fonte: Ordine medici Roma e Provincia

tosto che sulle tecnologia per arrivare alla diagnosi è oggi più rischioso per il medico. L'89,8% dei medici concorda molto e abbastanza con questa valutazione. Simili a quelle delle domande precedenti sono le differenziazioni in base alle caratteristiche socio-demografiche e professionali dei medici. La convergenza in tal senso del risultato tende a dimostrare che la struttura per-

cezione del rischio è, da un lato diffusa e pervasiva e, dall'altra, riconducibile ad un livello di maggiore intensità presso alcune categorie di medici.

L'ultima domanda della sezione del questionario tende a cogliere quale sia il livello di pressione derivante dalla percezione del rischio che coinvolge il medico (tab. 3). Qui si coglie un risultato di estremo interesse:

il 16,5% e il 38,6% dei medici afferma di concordare molto e abbastanza con l'affermazione relativa al sentirsi sotto pressione per la possibilità di esposti o denunce. Si tratta di un 51,1% di medici che è distante dal quasi il 90% dei medici che prima avevano dichiarato che oggi il rischio maggiore e con esso la probabilità di essere citati in giudizio. Tale differenza potrebbe significare che se, da un lato, la percezione del rischio è elevata, dall'altro questa si traduce in una vera e propria pressione per una percentuale inferiore di medici. Come a dire che quasi tutti sentono il rischio ma solo la metà si sente sotto pressione. Gli altri (circa il 40%) si sono, per così dire, abituati al clima di timore che in tal senso pervade la categoria medica. Questo presumibile fenomeno di scarto tra livello di percezione e pressione e, quindi, di abitudine al clima è più presente presso i medici dipendenti di ospedale pubblico, nelle specialità di anesthesiologia, chirurgia e ostetricia. In fondo se non intervenisse una sorta di abitudine a lavorare anche in una situazione di stress derivante da timori di conflittualità coi pazienti, il lavoro diverrebbe insostenibile e per questo in qualche misura il medico finisce con l'adattarsi a questo clima ricorrendo magari alla medicina difensiva. E questo lo si vedrà meglio nelle tabelle successive.

Tab. 4 Con quale frequenza negli ultimi anni ti è capitato di prescrivere più ricoveri di quelli che avresti prescritto sulla sola base della tua valutazione di ciò che ritenevi sufficiente a causa del rischio di ricevere un esposto o una denuncia?

Caratteristiche del medico	Mai	Quasi mai	Talvolta
Classe di età			
Fino a 34 anni	47,6	40,6	8,9
Da 35 a 44 anni	37,1	40,4	20,1
Da 45 a 54 anni	44,1	41,7	11,1
55 anni e oltre	40,7	41,0	15,6
Totale	42,0	41,1	14,1
Posizione professionale			
Medicina generale	41,4	50,3	6,1
Specialista ambulatoriale	53,2	38,4	8,4
Dipendente ospedale pubblico	33,9	39,1	22,9
Dipendente ospedale privato/accreditato	41,8	40,0	13,1
Dipendente servizio extraospedaliero	59,2	29,2	10,2
Totale	41,6	41,1	14,3
Specialità			
Medicina generale/assistenza primaria	37,8	50,8	8,6
Anesthesiologia e rianimazione	53,1	22,5	13,4
Cardiologia	42,2	39,1	18,8
Chirurgia	32,4	45,1	21,1
Medicina interna	28,2	53,6	16,8
Nefrologia/urologia	47,1	25,0	19,1
Psichiatria/neurologia	38,0	47,1	13,3
Ortopedia	35,4	47,1	7,3
Ostetricia e ginecologia	20,6	58,5	16,1
Pediatria	60,4	34,5	5,1
Pronto soccorso	22,4	27,7	42,7
Altro	49,2	38,3	11,0
Totale	42,1	41,4	13,7
Genere			
Uomo	35,0	44,8	16,7
Donna	53,2	35,0	9,8
Totale	42,0	41,1	14,1

Fonte: Ordine medici Roma e Provincia.

La misura e l'incidenza della medicina difensiva positiva

La misura e l'incidenza della medicina difensiva variano a se-

Tabella di sintesi: % di medici che prescrivono medicina difensiva secondo il tipo di bene e servizio

frequenza in termini scalari	mai	quasi mai	talvolta	spesso
frequenza in termini quantitativi:				
media	0,0	1,5	3,5	5,0
farmaci	39,3	41,3	13,6	5,8
visite	14,3	39,0	35,7	11,0
accertamenti	10,7	39,4	35,6	14,3
ricoveri	42,0	41,1	14,1	2,9
Media totale	21,26	32,46	20,5	7,8

conda del tipo di bene o servizio. Si fa precedere la valutazione nel suo complesso da una dettagliata analisi dei singoli tipi di prescrizione.

Farmaci

Il 39,3% dei medici dichiara di non prescrivere mai ricette motivate dalla medicina difensiva. Il 41,3% dichiara di farlo quasi mai (1-2 casi su 10), il 13,6% talvolta (3-4 casi su 10) e il 5,8% spesso (oltre 4 casi su 10). A ricorrere alla medicina difensiva spesso sono per lo più i giovani medici specializzati in medicina generale e ortopedia e gli uomini più che le donne. Non lo fanno mai, invece, in maggior numero i medici anziani e le donne e quelli specializzati in anestesiologia, psichiatria e ortopedia. Se si mettono insieme i medici che praticano medicina difensiva di farmaci quasi mai e talvolta e, cioè, fino a 4 casi su 10, si raggiunge oltre la metà del campione (54,9%). Le patologie per le quali si prescrivono farmaci a titolo di medicina difensiva sono in ordine gerarchico le seguenti: Apparato cardiocircolatorio (33,8%), apparato digerente (28,3%), apparato respiratorio (27,9%), malattie infettive (22,0%) e percentuali decrescenti inferiori a 20 relativamente a tutte le altre patologie.

specialistiche di medicina difensiva, mentre sono l'11% quelli che le prescrivono spesso. Quasi mai e talvolta rappresentano rispettivamente il 39% e il 35,7%. Si collocano percentualmente di più tra quelli che non prescrivono mai i medici più anziani, i dipendenti dei servizi extraospedalieri, quelli che operano nel settore della medicina interna, della psichiatria e soprattutto nella pedia-

Visite specialistiche

Sono il 14,3% dei medici a dichiarare che mai prescrivono visite

Tab. 5 Con quale frequenza ti è capitato nel corso della tua pratica clinica di dover prescrivere e seguire indicazioni diagnostico/terapeutiche di uno specialista che ritenevi non appropriate?

Caratteristiche del medico	Mai	Quasi mai	Talvolta	Spesso	Totale
Classe di età					
Fino a 34 anni	16,4	37,5	35,0	11,1	100,0
Da 35 a 44 anni	26,9	31,3	32,9	8,9	100,0
Da 45 a 54 anni	24,8	36,8	26,1	12,3	100,0
55 anni e oltre	28,9	36,7	23,4	11,0	100,0
Totale	25,8	35,9	27,2	11,1	100,0
Posizione professionale					
Medicina generale	6,4	28,7	36,8	28,1	100,0
Specialista ambulatoriale	40,4	34,0	23,0	2,5	100,0
Dipendente ospedale pubblico	25,3	38,3	28,3	8,2	100,0
Dipendente ospedale privato/accreditato	35,2	37,2	21,9	5,7	100,0
Dipendente servizio extraospedaliero	32,8	48,6	17,2	1,4	100,0
Totale	24,6	36,1	27,9	11,5	100,0
Specialità					
Medicina generale /assistenza primaria	4,1	28,0	32,6	35,3	100,0
Anestesiologia e rianimazione	30,6	30,4	34,4	4,6	100,0
Cardiologia	18,6	37,4	39,7	4,3	100,0
Chirurgia	34,7	40,5	18,8	6,1	100,0
Medicina interna	16,8	26,1	41,3	15,8	100,0
Nefrologia/urologia	17,0	48,3	27,9	6,8	100,0
Psichiatria/neurologia	33,8	36,5	26,9	2,8	100,0
Ortopedia	39,4	35,8	21,8	2,9	100,0
Ostetricia e ginecologia	34,0	27,0	23,2	15,8	100,0
Pediatria	15,8	50,1	29,0	5,1	100,0
Pronto soccorso	21,6	46,1	24,8	7,5	100,0
Altro	32,7	36,6	23,0	7,7	100,0
Totale	25,7	36,2	27,1	11,1	100,0
Genere					
Uomo	25,3	35,5	25,9	13,2	100,0
Donna	26,6	36,5	29,3	7,6	100,0
Totale	25,8	35,9	27,2	11,1	100,0

Fonte: Ordine medici Roma e Provincia

tria (37,8% rispetto alla percentuale media totale del 14,3%). Per converso prescrivono spesso visite specialistiche difensive i chirurghi, i nefrologi e soprattutto gli ortopedici e i medici del pronto soccorso. Gli uomini più che le donne.

Le patologie per cui si prescrivono più visite specialistiche di medicina difensiva riguardano l'apparato cardiocircolatorio (63,2%), l'oncologia (25,7%), il sistema nervoso (23,0%), il sangue e gli organi emopoietici (21,5%) (tab. 6 bis)

Tab. 6 Con quale frequenza ti è capitato nel corso della tua pratica clinica di evitare di effettuare interventi o procedure diagnostico/terapeutiche che ti esponevano a un maggior rischio di denunce o esposti?

Caratteristiche del medico	Mai	Quasi mai	Talvolta	Spesso	Totale
Classe di età					
Fino a 34 anni	43,5	40,6	15,4	0,6	100,0
Da 35 a 44 anni	40,1	31,2	20,5	8,2	100,0
Da 45 a 54 anni	44,5	36,0	16,2	3,4	100,0
55 anni e oltre	43,7	34,8	17,4	4,1	100,0
Totale	43,3	35,2	17,3	4,2	100,0
Posizione professionale					
Medicina generale	36,6	42,3	14,5	6,6	100,0
Specialista ambulatoriale	55,1	28,6	10,7	5,5	100,0
Dipendente ospedale pubblico	42,0	37,0	18,5	2,5	100,0
Dipendente ospedale privato/accreditato	53,5	23,4	21,7	1,4	100,0
Dipendente servizio extraospedaliero	34,6	35,9	20,5	9,0	100,0
Totale	43,3	35,2	17,2	4,3	100,0
Specialità					
Medicina generale /assistenza primaria	34,7	42,1	17,6	5,6	100,0
Anestesiologia e rianimazione	42,2	32,6	16,8	8,4	100,0
Cardiologia	53,7	25,8	19,2	1,3	100,0
Chirurgia	50,5	30,6	17,6	1,4	100,0
Medicina interna	48,7	32,6	15,0	3,7	100,0
Nefrologia/urologia	53,2	22,0	18,0	6,8	100,0
Psichiatria/neurologia	41,6	34,0	11,8	12,7	100,0
Ortopedia	45,3	25,9	21,5	7,3	100,0
Ostetricia e ginecologia	46,9	27,6	23,8	1,7	100,0
Pediatria	56,8	37,4	5,8		100,0
Pronto soccorso	36,4	33,1	25,7	4,9	100,0
Altro	40,6	38,2	18,4	2,8	100,0
Totale	43,7	34,9	17,4	4,1	100,0
Genere					
Uomo	37,1	36,8	21,0	5,2	100,0
Donna	53,2	32,8	11,4	2,6	100,0
Totale	43,3	35,2	17,3	4,2	100,0

Fonte: Ordine medici Roma e Provincia

Accertamenti diagnostici

Il 10,7% dei medici non prescrive mai accertamenti diagnostici per motivi di medicina difensiva, mentre il 14,3% lo fa spesso. Il 75% dei medici ricorre a visite specialistiche di medicina difensiva quasi mai e talvolta, in media da 2 a 4 casi su 10. Ad influenzare la tendenza a prescrivere spesso è soprattutto la specialità: anestesia (25,8%), ortopedia (28,8%), ostetricia (30,8%) e pronto soccorso (32,7%). Tendenzialmente, gli uomini più che le donne. Gli accertamenti diagnostici sono stati studiati in dettaglio, sia relativamente al settore di laboratorio che quello degli esami strumentali, in quanto rappresentano i settori tipici ove si evidenzia la medicina difensiva.

• Laboratorio

Si è tentato in questo caso di raccogliere informazioni non sulla frequenza con cui si prescrivono esami ma sulla misura specifica, ovvero, sull'incidenza percentuale rispetto al totale delle prescrizioni. Il 27,1% dei medici non prescrive affatto esami di laboratorio, mentre il 3,9% dei medici prescrive ben oltre il 40% degli esami come medicina difensiva. Il 57,5% ne prescrive fino al 20% in più e l'11,3% ne prescrive dal 21 al 40% in più. Quasi il 70% dei medici, quindi, prescrive più esami in una misura che va dal 20% al 40% in più. Gli iperprescrittori sono in anestesiologia, psichiatria, ostetricia e pronto soccorso. Gli uomini più che le donne. Per i medici che prescrivono fino al



2% in più, fa differenza la posizione professionale (medicina generale) e la specialità (75,0%) e ortopedia (63,1%).

Nella tab. 8 bis è possibile vedere quali sono i settori del laboratorio ove si prescrivono più esami di medicina difensiva. Rispetto alla classe "fino al 20% in più" i settori in ordine decrescente sono questi: ematologia (48,5%), chimica clinica (47,3%), microbiologia (31,7%), immunologia (27,2%) e il 28,5% in altri settori residui. Se si guarda ai settori ove l'iperprescrizione di medicina difensiva è la più alta, la graduatoria vede la chimica clinica al primo posto.

• **Esami strumentali**

Sono il 18,8% dei medici che non prescrivono affatto esami strumentali per ragioni di medicina difensiva, mentre sono il 4,8% quelli che li prescrivono oltre il 40%. Il 76,3% prescrive esami strumentali di medicina

difensiva tra il 20% e il 40%. Ricorrono molto a questa pratica (ben oltre il 40%) i medici giovani (7,6%) e quelli operanti nelle specialità di medicina generale, ma soprattutto di anestesiologia (10,4%), psichiatria (9,4%), ortopedia (10,2%), ostetricia (10,1%) e pronto soccorso (11,4%) e tendenzialmente gli uomini più che le donne. Nella tabella 9 bis si possono esaminare i settori ove la medicina difensiva incide di più. Si prenda, ad esempio, la classe dal 21 al 40% che rappresenta una situazione di consistente iperprescrizione di questo tipo. Le percentuali di incidenza per tipo di prestazione sono le seguenti: radiografie (11,3%), ecografie (16,8%), risonanza (7,6%), tac (9,4%), mammografia (5,2%), eco-doppler (6,5%), ecocardiogramma (8,8%), elettrocardiogramma (11,3%), elettroencefalogramma (1,7%), medicina nucleare (1,5%), ga-

stroscopia (5,4%), colonscopia (5,5%), broncoscopia (0,3%), coronario grafia (1,9%) e altro (0,9%). Da questa lista si desume: primo che tra il 5 e il 10% dei casi la prescrizione di questi tipi di esami, tra cui alcuni esami costosi, origina dalla medicina difensiva; secondo, che laddove l'esame è però invasivo la tendenza si attenua molto. Questo non significa che l'iperprescrizione decresce in quanto le percentuali di cui sopra riguardano il caso ove il più si aggira sul valore da 21 a 40%. Se si scende alla classe inferiore (fino al 20%), le percentuali sono più alte non solo rispetto agli esami costosi, ma anche riguardo a quelli più o meno invasivi. Esempi ne sono: gastroscopia (26,3%), colonscopia (25,4%) broncoscopia (8,3%), coronario grafia (9,6%).

Si potrebbe "obiettare" che nei caso ove il dubbio diagnostico è superiore il medico prescrive più esami. Questa obiezione è esclusa in quanto è il medico a dichiarare che la prescrizione non origina dal dubbio ma dal timore di ricevere un esposto o una denuncia. Se il medico non avesse questo timore, una buona parte di questi esami non sarebbe prescritta.

• **Ricoveri**

Anche i ricoveri possono essere prescritti a causa del timore di ricevere un esposto o una denuncia: spesso (2,9%), mai (42,0%), quasi mai (41,1%) e talvolta (14,1%). Sono in percentuale di più i medici che mai prescrivono ricoveri difensivi gli specialisti ambulatoriali (53,2%)

e i dipendenti dei servizi extraospedalieri (59,2%). Tra le specialità: i pediatri (60,4%) e le donne più che gli uomini.

La tabella 4 bis mostra in che misura si prescrivono ricoveri di medicina difensiva secondo la patologia dei pazienti.

Visti nel loro complesso, i risultati relativi alla medicina difensiva, sia che riguardino le visite o gli accertamenti, sia che riguardano alcune tipologie di analisi ed esami o altre, mostrano che il fenomeno è diffuso in termini di frequenza (parecchi sono i medici coinvolti) ed ha un'incidenza consistente. I risultati appaiono in linea con quanto si è riscontrato nelle indagini realizzate in altri paesi. La tabella seguente può essere utile per fare qualche ragionamento di sintesi:

Si possono fare alcune osservazioni interessanti concentrando l'attenzione dapprima sui casi estremi (mai e spesso) e poi su quelli intermedi (quasi mai e talvolta). Rispetto ai primi si nota che sono proprio gli accertamenti seguiti dalle visite, i settori ove è più elevata la percentuale di medici che ricorrono alla medicina difensiva, mentre sono i ricoveri il settore ove maggiore la percentuale di medici che non vi ricorre mai. I risultati sono in questi termini quelli attesi se l'aspettativa dipende da quanto risultante in altri paesi. In questi termini i medici italiani non appaiono ne più ne meno "difensivi" rispetto ai loro colleghi esteri. Si osserva a questo proposito che i dati sui medici italiani sono quelli di oggi, mentre le evidenze estere, tranne pochi casi, riguarda-

no vari anni fa. "Stupisce", per così dire, che il fenomeno si evidenzi in Italia oggi, ma questo forse dipende dal fatto che prima non era stato studiato e forse pre-esisteva pur non nella misura attuale. Comparando le classi intermedie emerge che mediamente la medicina difensiva è praticata, mediamente, dal 32,6% di tutti i medici, 1-2 casi su dieci (in media 1,5) e in misura diversa a seconda del settore (farmaci, ricoveri, accertamenti e visite) in quest'ordine; farmaci e ricoveri (intorno al 41,3%), visite e accertamenti (intorno al 39,0%). Visti i dati da un'altra prospettiva si può dire che circa il 53% dei medici (32,46 + 20,5) prescrive medicina difensiva 2,5 (media tra 1,5 e 3,5) volte su 10 e il 60% circa la prescrive 3,3 volte su 10 (media tra 1,5 ; 3,5 ; 5), sia che si tratti di una ricetta, una visita, un accertamento o un ricovero. Il 60% dei medici all'incirca sarebbero coinvolti in altri termini, pur se in diversa misura, nella pratica della medicina difensiva. A conclusione dell'esposizione di questa parte dei risultati si evidenzia che la medicina difensiva è diffusa in Italia presso le categorie mediche nel loro complesso. Pur con la cautela con cui si debbono interpretare queste "stime di sintesi" fondate su statistiche relative a prescrizioni non omogenee, non può sfuggire all'attenzione che il dato dell'incidenza è meritevole di attenzione e riflessione da molti punti di vista, anche qualora si volesse applicare al medesimo una tara o uno sconto.



La medicina difensiva negativa e la non appropriatezza

Ai medici si è posta questa domanda "con quale frequenza ti è capitato nel corso della tua pratica clinica di dover prescrivere e seguire indicazioni diagnostico/terapeutiche di uno specialista che ritenevi non appropriata?". La risposta sollecitata era quella consueta, da mai a spesso. Il fenomeno che si intende studiare con questa domanda non rientra nella definizione adottata di medicina difensiva in senso stretto ma, ma è certamente un fenomeno limitrofo. Riguarda infatti prescrizioni che il medico in prima istanza non avrebbe fatto ma che effettua pur se la sua valutazione è quella della non appropriatezza. Il 25,8% dei medici non effettua mai questo tipo di prestazioni, ma circa il 63% si conforma (quasi mai e talvolta, tra l'1 e i 4 casi

su 10) alla prescrizione dei colleghi. L'11,1% effettua spesso questo tipo di prescrizioni. Non capita mai con maggior frequenza agli specialisti ambulatoriali, ai chirurghi, psichiatri, ortopedici e ostetrici (tab. 5).

La tabella 6 riporta i risultati della medicina difensiva negativa, ossia, di quei casi in cui il medico per timore di una malpractice litigation evita interventi e procedure che lo espongono ad un maggior rischio. Il 43,3% dei medici non evita mai i casi a rischio, mentre il 4,2% li evita. Il 52 % circa dei medici li evitano in un range che va da 1 a 4 casi su 10. A praticare la medicina difensiva negativa spesso sono percentualmente di più i medici tra i 35 e i 44 anni, tendenzialmente i medici generali, gli anestesisti e gli psichiatri, più gli uomini che le donne. La medicina difensiva negativa,

in conclusione, ha un minore defusione di quella positiva in quanto maggiore è la sua criticità che può sconfinare con l'omissione delle cure. Il dato è coerente con quello della letteratura internazionale.

Governare la medicina difensiva

La medicina difensiva è effettivamente una questione bisognevole di governo sia per i risvolti sulla salute dei pazienti che per le conseguenze economiche (per i medici e per il sistema) e quelle organizzative. Trattandosi di situazioni ove il numero delle prestazioni cui il sistema deve far fronte è superiore a quello che teoricamente sarebbe "normale", è indubbio che fenomeni di intasamento dei servizi possono essere l'effetto anche dei flussi superiori di domanda.

Tra i molteplici rimedi la ricer-

ca ha studiato il contributo che può derivare dai protocolli diagnostico/terapeutici e il ruolo che può essere svolto dall'Ordine dei medici.

Il 50,8% dei medici ritiene che l'uso dei protocolli può essere sufficiente a proteggere il medico dal rischio di esposti e denunce. Ne sono convinti in maggior percentuale i medici anziani, quelli della medicina generale e gli ostetrici, Giova ricordare che ben il 49,2% dei medici non ritiene, invece, che l'uso dei protocolli possa essere sufficiente al riguardo. Visti nel complesso i risultati della tabella fanno propendere per questa interpretazione : il livello di convinzione sull'efficacia dei protocolli non è diffuso quantomeno nella misura che si attenderebbe. I medici pensano, presumibilmente, che i fattori che sono all'origine della medicina difensiva non posso-

Risultati dell'indagine sulla medicina difensiva per la stima dei costi					Quantità e costo totali dei beni e servizi		Quantità e costo dei beni e servizi dovuti alla medicina difensiva		Quantità e costo dei beni e servizi dovuti alla medicina difensiva		Quantità e costo dei beni e servizi dovuti alla medicina difensiva		
Beni e servizi	Risposta scalare	Distribuzione nei medici	Risposta quantificata			Quantità	Costo	Ipotesi MINIMA		Ipotesi MEDIA		Ipotesi MASSIMA	
			Minima	Media	Massima			Quantità	Costo	Quantità	Costo	Quantità	Costo
Farmaci (1)	mai	39,3%	0,0%	0,0%	0,0%	14.762.746	457.229.329	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	41,3%	10,0%	15,0%	20,0%	15.514.031	480.488.539	1.551.403	48.048.854	2.327.105	72.073.281	3.102.806	96.097.708
	talvolta	13,6%	30,0%	25,0%	40,0%	5.108.737	158.223.829	1.532.821	47.467.149	1.788.058	55.378.340	2.043.495	63.289.531
	spesso	5,6%	40,0%	50,0%	60,0%	2.178.726	67.477.809	871.490	26.891.124	1.080.383	33.738.905	1.357.736	40.468.686
	TOTALE	100,0%	-	-	-	37.564.240	1.163.410.505	3.955.514	122.507.126	5.204.525	161.180.525	8.453.536	199.873.925
	Incidenza medicina difensiva su totale							10,5		13,9		17,2	
visite (2)	mai	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1.755.464	87.773.218	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	39,0%	10,0%	15,0%	20,0%	4.787.630	239.381.504	470.763	23.930.150	718.145	36.907.326	957.526	47.876.301
	talvolta	35,7%	30,0%	35,0%	40,0%	4.382.523	219.126.146	1.314.757	65.737.844	1.533.883	76.894.151	1.753.009	87.650.458
	spesso	11,0%	40,0%	50,0%	60,0%	1.350.357	67.517.860	540.143	27.007.144	675.178	33.758.930	810.214	40.510.716
	TOTALE	100,0%	-	-	-	12.375.975	613.798.728	2.333.663	116.683.138	2.927.206	146.360.307	3.520.750	176.037.475
	Incidenza medicina difensiva su totale							18,9		23,8		26,7	
Accertamenti (3)	mai	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2.840.508	184.835.565	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	39,4%	10,0%	15,0%	20,0%	9.722.962	680.609.484	972.298	68.060.948	1.458.448	102.091.420	1.944.588	136.121.893
	talvolta	35,8%	30,0%	35,0%	40,0%	8.785.242	614.866.927	2.635.573	184.490.078	3.074.835	215.238.424	3.514.097	245.988.771
	spesso	14,3%	40,0%	50,0%	60,0%	3.528.903	247.023.232	1.411.561	98.809.293	1.764.457	123.511.816	2.117.342	148.213.039
	TOTALE	100,0%	-	-	-	24.877.616	1.727.435.187	5.019.433	351.360.317	6.297.735	440.941.480	7.576.037	530.322.692
	Incidenza medicina difensiva su totale							26,3		25,5		30,7	
ricoveri (5)	mai	41,9%	0,0%	0,0%	0,0%	418.674	2.398.277.236	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	41,1%	10,0%	15,0%	20,0%	411.861	2.353.467.646	41.186	235.346.795	61.749	353.020.147	82.332	470.693.529
	talvolta	14,1%	30,0%	35,0%	40,0%	141.227	807.394.010	42.368	242.218.203	49.429	282.587.904	58.491	322.957.604
	spesso	2,9%	40,0%	50,0%	60,0%	28.047	166.059.761	11.619	66.423.804	14.523	83.029.890	17.428	99.835.857
	TOTALE	100,0%	-	-	-	1.001.809	5.726.199.653	95.153	543.988.872	125.702	718.637.921	156.251	693.296.990
	Incidenza medicina difensiva su totale							0,5		12,8		15,6	
TOTALE						9.238.843.873		1.134.579.453		1.467.838.223		1.795.528.992	

1) Fonte: elaborazioni su dati Farmindustria, indicatori farmaceutici 2007 su dati ISTAT, Federtema, Ministero delleconomia e Finanza.
 Il costo e la quantità totali dei beni e servizi sono stati stimati dal dato complessivo disponibile per il Lazio, la cui quota parte attribuita alla sola provincia di Roma è stata calcolata in misura proporzionale all'incidenza della popolazione. Il dato sul costo è relativo alla spesa lorda, pari a 1.163.410.505 euro, di cui 1.004.541.331 (pari al 85,2%) è convenzionata.
 2) Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute - Sistema informativo sanitario 2005.
 3) Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute - Sistema informativo sanitario 2005.
 4) Fonte: Elaborazioni su dati Agenzia di sanità pubblica, Rapporto RAD: i ricoveri ospedalieri nel Lazio 2005.

no essere portati sotto controllo dal semplice ricorso ai protocolli. Strumenti utili, necessari ma che non possono esaurire quanto occorrerebbe per governare il problema.

Quasi tutti i medici, ben il 96,1%, si mostra d'accordo con quanto l'Ordine fa per contrastare il fenomeno e nello specifico per stimolare un diverso impegno della classe politica verso questo problema. L'accordo è diffuso senza alcuna differenza dovuta a specifiche caratteristiche personali e professionali dei medici. Questi vedono, in sostanza, l'Ordine come veicolo di intermediazione per la risoluzione del problema, in quanto il problema va affrontato con strumenti di policy che per definizione sono di competenza politica.

I fattori concorrenti della medicina difensiva: non solo il timore di esposti e denunce

Sebbene la medicina difensiva ha come fattore principale di determinazione la tendenza del medico a proteggere a sua "incolumità" professionale - così è in altri paesi e così è stato investigato il problema - non v'è dubbio che altri fattori possono concorrere alla diffusione e all'intensità del fenomeno. Per questa ragione si è inteso esplorare anche questi aspetti chiedendo ai medici intervistati di mettere in ordine gerarchico una lista di fattori concorrenti e la graduatoria è la seguente:

- Un diverso clima della pubblica opinione e in particolare dei media verso i medici (74%); per

i nefrologi-urologi la percentuale sale al 93,5%, per i chirurghi al 90,6% e per i pediatri all'85%

- La pressione che deriva da esperienze accadute ad altri colleghi (56,2%). Per i giovani medici (63,5%), anestesisti e pronto soccorso oltre il 70%
- Iniziative della magistratura (54,2%). Nefrologi e urologi (70,3%), ostetrici (84,3%)
- La necessità di tutelarsi da valutazioni negative da parte dei servizi d'appartenenza (36,3%). psichiatri e ortopedici circa il 45%
- La necessità di tutelarsi dai controlli (27,8%). Medicina generale (48,6%)
- Altro (23,1%)
- Il disagio di essere criticato dai colleghi (9,0%). I medici giovani (16,2%), cardiologi (16,5%), pediatri (21 %).



la ricerca in sintesi

Sotto il profilo quantitativo i risultati principali emersi dalla ricerca possono essere così riassunti:

- Solo il 39% dei medici non prescrive mai farmaci per ragioni di medicina difensiva
- Solo il 14,3% dei medici non ordina visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva
- Solo il 10,7% dei medici non ordina accertamenti diagnostici per ragioni di medicina difensiva (nella fattispecie degli esami di laboratorio la percentuale è del 27,1% e nel caso degli esami strumentali la percentuale è del 18,8%)
- Solo il 42% dei medici non prescrive un ricovero per ragioni di medicina difensiva.
- Ne consegue, quindi, che il 71% dei medici (nel caso dei farmaci), l'85,7% (nel caso delle visite), l'89,3% (nel caso degli accertamenti) e il 58% (nel caso dei ricoveri) effettua prescrizioni che hanno come motivazione principale la medicina difensiva.

È difficile interpretare perché alcune categorie sentono di più il peso di certi fattori rispetto ad altre, ma il dato di sintesi che emerge è che i medici temono di più i fattori ambientali in senso lato e nello specifico il mutato clima della pubblica opinione. In conclusione, la medicina difensiva, oltre che da cause legate alla malpractice, trova in questa triade di fattori, per così dire, la "causa dei mali": la pubblica opinione e i media (ambiente), le esperienze della categoria (l'accaduto ai colleghi) e le iniziative della magistratura.

Per il governo della questione, senza immaginare linee di policy che interferiscano con le libertà e le autonomie dei diversi attori chiamati in causa, ne discende quasi automaticamente

che occorre immaginare un insieme di interventi relativi soprattutto al sistema delle norme che regola la malpractice (da cui discende anche l'operato della magistrato), il rapporto tra media e pubblica opinione e l'iniziativa ordinistica rispetto all'azione medica.

Il costo della medicina difensiva: un esercizio di stima

La medicina difensiva rappresenta un fenomeno che desta preoccupazione sotto vari profili. Può nuocere, in primo luogo, alla salute del paziente, soprattutto nei casi ove si sottomette anche ad interventi e procedure invasive. Anche se in letteratura (vedi capitolo del volume su questo tema) si distingue tra medicina

difensiva "cattiva" e medicina difensiva "buona" (quella cioè che consiste in un plus di accertamenti che il medico magari non avrebbe ordinato ma che avendolo fatto può prevenire la scoperta di malattie) resta il fatto che nella sua quasi totalità non migliora lo stato di salute dei pazienti. Crea problemi di smaltimento della domanda in quanto ne accresce il volume saturando le capacità di offerta dei servizi. E, in particolare, ha un costo che, in un contesto di risorse scarse e priorità assistenziali emergenti (malattie croniche, anziani, ecc.), assorbe risorse che potrebbero essere allocate ad altre aree di intervento.

Il costo della medicina difensiva è, inoltre, diretto o indiretto. Il costo diretto è quello dato dalla

- Il volume di medicina difensiva varia da un minimo del 10% ad un massimo del 60% del totale delle prescrizioni effettuate dai medici ed ha una frequenza diversa a seconda del tipo di bene e servizio.

La ricerca ha inoltre evidenziato che:

- I medici percepiscono di trovarsi oggi in una situazione molto a rischio a causa della eventualità di essere citati in giudizio da parte dei pazienti. Il livello di percezione del rischio della categoria è in una scala che va da 0 a 100 pari allo 0,70, in un punto cioè che va ben oltre la media di 50. Non differiscono sotto questo profilo dai colleghi di altri paesi.

- Il livello medio di percezione del rischio, un po' sale e un po' scende a seconda che si tratti di un medico che ha una specifica età, una specifica posizione di lavoro, opera in una specialità piuttosto che in un'altra (alcune specialità sono più a rischio di altre), è un uomo oppure una donna. Il dato di sintesi, però, è che le variazioni sono minime e che, quindi, per così dire "tutti i medici hanno lo stesso livello di paura di essere citati in giudizio".

- La percezione del rischio è il fattore che pesa

di più nel determinare nei medici l'intrapresa della medicina difensiva e anche in questo tratto sono simili ai loro colleghi all'estero. La paura dei medici non è, però, un costrutto mentale senza fondamento, una sorta di deterioramento della mentalità collettiva. È purtroppo una percezione che trae origine da accadimenti reali come dimostrano i dati dei tribunali e quelli delle imprese di assicurazione.

- Il rischio percepito non è solo quello del timore di essere portati in tribunale, ma si amplifica a causa di altri fattori tra cui i più rilevanti sono riassumibili per il 74% nel diverso clima formatosi a livello di pubblica opinione nei confronti dei medici. Oltre il 50% dei medici inoltre si sente sotto pressione per esperienze giudiziali accadute a colleghi e per le iniziative della magistratura.

La medicina difensiva non è, infine, gratis. Ha un costo che ricade sui medici, sulle strutture, sul sistema sanitario e sulla collettività. Nonostante la difficoltà dei calcoli, a partire dai risultati della ricerca:

- si è stimato che essa incide complessivamente

somma dei costi dei singoli interventi classificabili come difensivi. Il costo indiretto è quello che origina da tutti i pagamenti e le spese limitrofe che riguardano, principalmente, la tutela assicurativa dei professionisti e delle strutture e i cosiddetti "costi opportunità", ad esempio, quelli relativi alle ore-lavoro impiegate per gestire il problema (ricerca dell'assicurazione, gestione delle incombenze burocratiche, ecc.).

Stimare il costo totale è, ovviamente, assai complesso. Può diventare ancora più complesso se si dovesse sottrarre dal costo totale il valore economico riconducibile ai casi in cui la medicina difensiva previene una malattia o salva una vita o aggiungere quello derivante dagli effetti iatrogeni della medicina difensiva fino ai casi in cui il paziente muore. Senza contare il caso della medicina difensiva in cui il

medico si astiene dall'eseguire interventi o procedure che talvolta potrebbero portare ad un aggravamento della salute del paziente.

In questa ricerca si è limitato lo scopo focalizzando la stima del costo solo sui costi diretti. Anche quest'esercizio non è semplice. Nella precedente analisi della letteratura si sono commentati alcuni lavori che si sono cimentati con questa impresa e si è segnalato che, anche i più rigorosi, quale è lo studio dell'Ota in America, si limitano a stime relative solo ad alcune patologie. Altri studi che trattano di costi (vedi quello della Pricewaterhouse Coopers) non sono molto chiari sulla metodologia utilizzata. Altro problema che si incontra nella stima dei costi, deriva dalle fonti dei dati necessari allo scopo. Oltre a quelli relativi alla misura della medicina difensiva - che con questa ricerca sono

stati prodotti in una forma possibile - occorrono informazioni relative soprattutto alla quantità totale (numero) degli interventi o procedure oggetto di stima e il costo unitario dei medesimi. Il sistema informativo sanitario non produce sempre e in tempo reale queste informazioni.

Si è tentato, in conclusione, utilizzando i dati della ricerca e raccogliendo le informazioni esterne disponibili di arrivare ad una stima del costo della medicina difensiva. È una stima preliminare sia per la complessità dell'operazione che per la non omogeneità temporale dei dati. Quelli sulla medicina difensiva sono del 2008, mentre i dati di consumo e di costo risalgono, alcuni al 2003, altri al 2005 e al successivo biennio. Questi gap temporali non sono determinanti, semmai significano che in taluni casi il costo è sottostimato o quantomeno trattasi di stima

(rispetto ai settori studiati: farmaci, visite specialistiche, accertamenti e ricoveri) sul totale della spesa sanitaria in percentuali che vanno dal 12% al 20% (in cifre assolute pari a 1 miliardo e 134 milioni e 1 miliardo e 799 milioni di euro)

- l'incidenza varia ovviamente a seconda delle ipotesi di stima (minima, media, massima) e dei tipo di bene o servizio. L'incidenza è maggiore nel caso degli accertamenti ed a seguire in questa graduatoria: visite, farmaci e ricoveri
- i suddetti risultati sono secondo le attese e sono conformi alla letteratura
- i risultati sono risultati complessivi e medi. Va da sé che se fosse stato possibile fare delle stime per segmenti specifici, ad esempio per il pronto soccorso o la chirurgia o l'ostetricia-ginecologia o altre settori a rischio, le dimensioni della medicina difensiva e il suo costo sarebbero presumibilmente stati superiori.

• Basti citare i dati del pronto soccorso ove la percentuale di medici che in una misura o nell'altra hanno comunque fatto uso della medicina difensiva è pari a : il 79,1% rispetto alla media di tutti i medici; del 60,6 nel caso dei farmaci; l'88,4% rispetto alla media dell'85,7% nel caso delle visite specialistiche; il 97,8% rispetto alla media dell'89,2% nel caso degli accertamenti e l'87,6% rispetto al 57,9% nel caso dei ricoveri. Ne consegue che l'incidenza della medicina difensiva sulla spesa per pronto soccorso è presumibilmente di gran lunga superiore a quella concernente i beni e servizi nel loro complesso. La medicina difensiva per la sua incidenza e per il suo costo si pone come una questione di interesse collettivo che richiede interventi a tutti i livelli. I seguenti appaiono quelli principali:

- È indispensabile che il fenomeno venga misurato e monitorato nel tempo con sistematicità.

cosiddetta conservativa. Tale procedura è peraltro validata in quanto è usuale nella ricerca scientifica in questo come in altri settori, tanto in quanto quasi mai sono disponibili tutti i dati di uno stesso anno. Non va, infine, sottovalutato che si tratta delle uniche e sole stime esistenti sul fenomeno in Italia e, presumibilmente in Europa dato che in letteratura non si sono trovate citazioni al riguardo.

Quanto vale economicamente a medicina difensiva?

Il punto di partenza delle stime è rappresentato dalla frequenza secondo cui i medici affermano di aver ordinato i singoli beni e servizi per ragioni di medicina difensiva. La domanda del questionario misurava la frequenza chiedendo al medico di darne un indicazione in una duplice forma: (a) una forma scalare così arti-

colata: mai, quasi mai, talvolta e spesso; (b) una forma quantitativa assegnando alle precedenti modalità i seguenti valori: mai = 0; quasi mai = 1-2 casi su 10; talvolta = 3-4 casi su 10; spesso = oltre 4 casi su 10. Attraverso questa modalità di confezionare la risposta è stato possibile, in sostanza, assumere che, sul totale delle prescrizioni ordinate dal medico, lo 0 o il 10-20% o il 30-40% o oltre il 40%, potessero essere considerate per dichiarazione del medico come medicina difensiva. L'elaborazione delle risposte di tutti i medici hanno anche permesso di individuare quali fossero le percentuali di medici che dichiaravano di ordinare con la suddetta frequenza beni e prestazioni difensive.

Nella parte sinistra della tabella riportata di seguito sono illustrate queste statistiche. Il

41,3% dei medici, ad esempio, dichiara di fare ricette farmaceutiche per finalità difensive nel 10% (ipotesi minima), 15% (ipotesi media) e 20% (ipotesi massima) dei casi avendo per l'appunto dato questa risposta alla domanda del questionario. Il 39,4% dei medici, ad esempio, ha dichiarato di ordinare accertamenti per finalità difensive nel 10, 15 e 20% dei casi. La stessa spiegazione vale per tutti gli altri beni e servizi.

Il secondo passaggio per arrivare alla stima dei costi è stato quello di determinare la quantità o numero totale di beni e servizi ordinati/prodotti/consumati nel territorio oggetto di studio e il relativo costo (vedi nota della tabella per le fonti) nel modo seguente: (a) per le ricette si è fatto riferimento al numero totale prescritto e per il costo alla rispettiva spesa; (b) per visite ed

Lo studio della medicina difensiva ha tratti tali da porsi come materia di studio al pari dei problemi dell'appropriatezza e della medicina basata sulle evidenze

- È necessario che gli Ordini dei medici (talvolta per competenze proprie, talvolta per ragioni professionali) sviluppino linee di intervento orientate al governo della questione che spaziano dalla formazione all'informazione, dalle linee guida agli standard fino alla comunicazione.
- Il Ssn nelle sue diramazioni locali potrebbe assumere un ruolo di rilievo nell'analisi puntuale del problema a livello di singoli servizi e discutere con i diretti interessati gli approcci per governare le conseguenze negative della medicina difensiva
- Medici, strutture, regioni e tutti gli altri enti del settore hanno in quest'ambito un comune interesse con il mondo al di fuori della sanità, sia che

si tratti di attori pubblici (Ministero dell'economia, ad esempio) che di soggetti privati (imprese di assicurazione, ad esempio). Linee concertate d'azione potrebbero contribuire a controllare quantomeno i casi e le situazioni più a rischio

- I policy makers dovrebbero intervenire per mettere a punto e sperimentare diversi assetti regolamentari di pertinenza della materia

A conclusione, non si può omettere di dire che l'ammontare delle risorse in gioco è notevole. Una finzione mentale può aiutare a capire l'essenzialità del problema. E se i dati di Roma fossero trasferibili al Lazio, e se quelli del Lazio fossero trasferibili all'Italia, quale sarebbe il controvalore economico di quel 15% di incidenza della medicina difensiva? E seppure si facesse uno sconto a questo 15%, quanti sarebbero i miliardi di euro in gioco? Quali altre destinazioni assistenziali potrebbero avere?

accertamenti, la quantità è stata presa dal Sistema informativo sanitario che riporta i dati per Regione. I dati relativi a Roma e provincia sono stati stimati mediante il prodotto tra quantità procapite e popolazione ivi residente. Il costo medio unitario di una visita e di un accertamento è stato attribuito in via provvisoria (in attesa di ulteriori specifiche informazioni) in 50 e 70 euro rispettivamente; (c) per i ricoveri la quantità deriva dalla fonte dell'Agenzia di sanità pubblica, mentre il costo per ricovero è stato preso da una pubblicazione dell'Assr che determina in 5.717 euro il costo medio per ricovero nel Lazio nel 2003. I dati sulle quantità e i costi riguardano il periodo 2005 ad eccezione di quelli più recenti sulle ricette e antecedenti per il costo dei ricoveri. A partire dalla quantità e dal costo totale di ciascun bene e servizio, mediante allocazione ponderata sulla base della percentuale dei medici distribuiti per classe di frequenza delle loro prescrizioni, è stata determinata la quantità e il costo totale attribuibile a ciascuna classe. Il terzo passaggio riguarda la stima dei costi che è stata elaborata in tre ipotesi: minima, media e massima. La stima minima è stata fatta prendendo come base della frequenza secondo cui il medico prescrive e ordina quella più bassa, ad esempio, il 10% della classe "1 o 2 casi su 10"; l'ipotesi massima fa riferimento al limite massimo di ogni classe (per quella che va oltre "4 casi su 10" si è assunto come limite massimo il 60%); l'ipotesi media è la me-

dia delle classi (ad esempio, 15% nel caso della classe 10-20%). Tutte e tre le stime, però, sono conservative in quanto i dati di quantità e costo dei beni e servizi riguardano anni antecedenti a quelli sulla medicina difensiva misurata, invece, con la presente ricerca nella primavera del 2008.

Per ciascuna delle ipotesi, la quantità e il costo della medicina difensiva è la risultante dell'applicazione della percentuale di medicina difensiva (ad esempio, il 10%) sulla quantità e i costi ponderati. I risultati principali esposti nel dettaglio nella tabella sono i seguenti:

- Ricette farmaceutiche: la medicina difensiva incide tra il 10,5% e il 17,2% della quantità/costo totale. In cifre assolute, il costo oscilla tra i 122,5 e i 199,8 milioni di euro
- Visite specialistiche: la medi-

cina difensiva incide tra il 19 e il 28,7% sul totale del settore; il suo costo oscilla tra i 116,6 e i 176,0 milioni di euro

- Accertamenti: la medicina difensiva va dal minimo del 20,3% al massimo del 30,7% con un incidenza di costo che oscilla tra i 351,3 e i 530,3 milioni di euro
- Ricoveri: la percentuale dei ricoveri difensivi va dal 9,5 al 15,6% di tutti i ricoveri. L'incidenza del costo oscilla tra i 543,9 e gli 893,2 milioni di euro.

I risultati sono, come sopra detto, conservativi relativamente a tutte le tre ipotesi, in quanto le quantità totali e i costi non sono del 2008 al pari di quelli elaborati invece a partire dalla nostra ricerca sulla medicina difensiva. Il costo totale della medicina difensiva a Roma e provincia oscilla tra 1 miliardo e 134,5 milioni e 1 miliardo e 799,5 milioni.



cora una volta, sul piano etico e civile, vogliamo ribadire che l'equilibrio tra i tanti valori in campo, tutti meritevoli di tutele, va ricercato in una relazione di cura forte perché fondata sulla fiducia reciproca, consapevole perché basata sull'informazione puntuale, responsabile perché orientata al pieno rispetto dei diritti e doveri della libertà e autonomia dei soggetti. Un incontro unico ed irripetibile che, in questi termini, contiene tutti gli elementi per operare, in quelle circostanze, le scelte giuste.

L'attuazione della 194/78

L'ultima relazione del Ministro della Salute sullo stato di attuazione della L. 194/78, pur ponendo in evidenza luci e ombre sul suo stato di applicazione quali ad esempio l'insoddisfacente attività consultoriale, la carenza di provvedimenti di aiuto alla maternità responsabile, le difficoltà organizzative rileva non solo la sostanziale scomparsa dell'aborto clandestino, piaga sociale a cui non si deve correre alcun rischio di ritornare, ma anche la drastica riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza: risultati di grande significato civile e sociale.

Con questa premessa, riteniamo che vadano più efficacemente concretizzati gli obiettivi enunciati nella L. 194/78 rilanciando l'attività dei consultori con l'adeguamento di risorse umane e finanziarie volte a realizzare più efficaci attività di:

1. educazione alla procreazione responsabile;
2. supporto alla gestazione e alla maternità;
3. iniziative educative e sociali nelle aree a rischio IVG (extracomunitarie e minorenni).

Qualora le Autorità Sanitarie dovessero disporre l'introduzione in Italia della RU 486 (Mifepristone) – associato o no col Misoprostolo, (quest'ultimo in uso presso donne extracomunitarie come abortivo clandestino) si stabilisca che questo avvenga nel più rigoroso rispetto dei criteri e delle procedure previste dalla L. 194/78.

Problematiche neonatologiche in età gestazionale bassa

I progressi della neonatologia hanno sollevato con forza delicate questioni bioetiche relative all'assistenza ai neonati vitali di età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane) nati

da parti prematuri e nuovi vincoli agli aborti terapeutici, anche in ragione di espresse previsioni della stessa L.194/78.

Riteniamo che la complessa materia possa trovare orientamenti condivisi all'interno delle seguenti previsioni:

- gli articoli 6 e 7 della L.194/78, che regolano l'aborto terapeutico, dettano norme di comportamento per il medico assai chiare, in particolare il comma 3 dell'art.7 che espressamente prevede che *“Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto.....il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto”*;
- **in particolare nei casi di interruzione terapeutica di gravidanza di cui all'art. 6 comma b) della legge 194/78 occorre un'attenta valutazione della possibile vitalità del feto alla luce sia della specifica disposizione legislativa sia dei progressi della neonatologia e delle evidenze scientifiche per evitare il ricorso a successive manovre rianimatorie che possano configurare forme di accanimento terapeutico;**
- gli interventi di rianimazione fetale, soprattutto se condotti nelle età gestazionali nelle quali le più aggiornate evidenze scientifiche disponibili riportano tassi di mortalità elevatissimi in relazione a gravi ed irrecuperabili insufficienze di sviluppo di organi e/o apparati o in presenza di gravi malformazioni incompatibili con la sopravvivenza del neonato, devono considerare quanto previsto dall'art. 16 del Codice di Deontologia Medica in materia di accanimento terapeutico. Il medico, come sempre, deve ispirare il proprio comportamento a tali norme, caso per caso e secondo una appropriata, autonoma e responsabile valutazione clinica fondata sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- le disposizioni degli articoli 33, 35, 37 e 38 del Codice di Deontologia Medica confermano inequivocabilmente la necessità, anche in questi casi, di informare i rappresentanti legali (i genitori) e di acquisirne il consenso **o di gestirne il dissenso secondo le disposizioni dell'art. 37 “Consenso del legale rappresentante” del Codice di Deontologia Medica** sui trattamenti messi in atto e sulle scelte

iniziativa scientifica dell'associazione
medici di origine straniera in Italia

la scoliosi nell'adolescente

Il 25 ottobre si è svolto, presso la sala conferenze dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma il 2° convegno del 9° Corso d'Aggiornamento Internazionale ed Interdisciplinare dedicato a "Le deviazioni del rachide in età evolutiva e nell'adolescente"

Il convegno, organizzato dall'AMSI e patrocinato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, dalla Camera dei Deputati, dal Ministero degli Esteri, dalla Croce Rossa Italiana, dalla Fnomceo, dall'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri e dall'Ordine dei Farmacisti di Roma e dall'ASL RmB da altri importanti e noti Enti, ha visto la partecipazione di oltre 170 tra medici, fisioterapisti ed infermieri professionali. I lavori congressuali sono stati introdotti da Alberto Giannotta Direttore Sanitario dell'Ospedale Sandro Pertini e da Teofilo Katamba, Consigliere dell'A e hanno visto la partecipazione di illustri relatori e moderatori, tra i quali Giuseppe Costanzo, Valter Santilli, Giuseppe Massara, Foad Aodi, Montanaro ed altri. È intervenuto l'Assessore ai Lavori pubblici e delle periferie del Comune di Roma Fabrizio Ghera che, portando il saluto del Sindaco Gianni Alemanno, ha dato la disponibilità della Giunta Comunale nei confronti della Amisi e della sua proposta avanzata dal Presidente fondatore Foad Aodi nonché neo-Consigliere dell'Ordine dei Medici di Roma a stipulare un protocollo d'intesa tra tale associazione ed il comune di Roma nell'ambito dell'immigrazione ed integrazione-culturale, sanità, scuola e cooperazione internazionale. Ha preso, poi, la parola il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma Mario Falconi, mettendo in evidenza l'importanza della collaborazione continua e costante con l'AMSI a favore dei medici di origine straniera in Italia e della cooperazione internazionale per una maggiore integrazione culturale e per garantire la salute a tutti, così come è stato richiesto dalla Fnomceo, dall'OMCeO di Roma e dall'AMSI, al fine di ritirare

la proposta fatta da alcuni senatori di abrogare il Comma 5 dell'articolo 35 del Dlgs 286/98 che attualmente recita "l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". Il convegno in oggetto ha saputo coniugare sul piano scientifico un ampio ed esaustivo quadro sull'argomento delle deviazioni della colonna vertebrale durante l'accrescimento, ponendo l'accento, in particolare, su due argomenti sensibili dell'età adolescenziale quali la cifosi e la scoliosi che alterano non solo l'aspetto morfologico e la postura, ma determinano gravi alterazioni anche sul piano organico-funzionale con inevitabili danni nell'età adulta. Pertanto il programma ha analizzato gli aspetti della prevenzione secondaria, la diagnostica per immagini, la eziopatogenesi ed il fondamentale inquadramento diagnostico corretto al fine di una "diagnosi precoce". La II^a sessione ha affrontato le tematiche terapeutiche del trattamento conservativo a quello chirurgico, sottolineando, inoltre, l'intervento kinesiterapico e di rieducazione posturale, che, in contesto di "terapia associata", sono gli unici baluardi contro i devastanti effetti di una scoliosi idiomatica evolutiva. La numerosa ed interessata partecipazione di tanti specialisti ha testimoniato, ancora una volta, il grande successo delle iniziative scientifiche organizzate dall'AMSI e garantite dalla Sua straordinaria sensibilità verso tematiche sociali di grande rilevanza ed attualità come in questo caso la scoliosi in età evolutiva nell'adolescente.

presente e futuro in Italia

Un Convegno organizzato dal “Cenacolo Odontostomatologico Laziale” con il patrocinio e la collaborazione dell’Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, ha avuto per oggetto le prospettive future per l’Odontoiatria. L’occasione è stata importante anche per fare il punto sul momento di crisi e confusione che l’Odontoiatria italiana pubblica e privata sta attraversando per l’evolvere della Professione con cambiamento di norme e regolamenti che spesso sono ulteriore causa del contenzioso medico-paziente.

Particolare attenzione è stata dedicata alla normativa introdotta dal Decreto legislativo 81/2008 che ha modificato alcuni importanti aspetti della Disciplina sulla sicurezza sui luoghi di lavoro. Il Decreto, modificando alcuni aspetti delle precedenti disposizioni ha introdotto la possibilità di pesanti sanzioni anche per inadempienze formali per le quali è altrettanto importante tenere presenti le distinzioni esistenti tra studio e struttura sanitaria fino alla più recente legittimazione di una struttura odontoiatrica guidata da una Società di gestione.

Il Convegno, presieduto dal Dottor Stefano Colasanto, dopo i saluti di Claudio Cortesini, recentemente confermato alla Presidenza della Commissione per l’Albo degli Odontoiatri di Roma e Provincia, e di Mario Giacomini Presidente del

Cenacolo laziale, ha affrontato il tema della situazione della Odontoiatria italiana dal punto di vista ordinistico, argomento che è stato affrontato da Giuseppe Renzo, Presidente CAO Nazionale. Mario Falconi, recentemente confermato Presidente OMCeO Roma, nella sua qualifica di V. Presidente Vicario ENPAM, ha svolto una relazione seguita con attenzione sul tema “Presente e futuro delle nostre pensioni”, alla quale è seguito il tema particolarmente ‘scottante’ del “Contenzioso in Odontoiatria e i diritti del paziente odontoiatrico” svolto dalla Dott.ssa Nardi in rappresentanza del Tribunale del Malato “Cittadinanza attiva”. La sua esposizione ha offerto stimoli per un vivace dibattito al termine del quale è stato auspicato possa seguire un successivo Convegno dedicato esclusivamente a questo argomento. Particolarmente apprezzata la relazione dell’Avv. Silvia Stefanelli che, quale Consulente legale del “Sole24Ore-Odontoiatria”, ha parlato della “Gestione societaria della Professione con le attuali normative”. Il Convegno si è concluso con le relazioni di due liberi professionisti: Walter Salvati che ha parlato di “Principali normative degli studi odontoiatrici” e Marco Aguiari che si è occupato di: “Nuova disciplina sulla sicurezza nei luoghi di lavoro applicata alla realtà di studi ed ambulatori odontoiatrici”.

Mario Bernardini

apertura di studi medici e odontoiatrici

Sono di recente pervenute notizie da parte di iscritti che, a seguito di ispezioni del N.A.S., sono stati disposti provvedimenti di chiusura di studi, anche per la mancanza di preventiva autorizzazione per l’apertura della struttura specialistica interessata.

A prescindere, ovviamente, da provvedimenti di carattere particolare, riguardanti altre inadempienze, va precisato che, anche grazie ai ripetuti interventi dell’Ordine presso la Regione Lazio, i medici e gli odontoiatri possono aprire il proprio studio, mediante invio alla Regione di un atto di notorietà con il quale il professionista dichiara che lo studio rispon-

de ai requisiti minimi di cui all’art. 5, comma 1, lett. a) della legge n. 4 del 2003. Risulta, infatti, modificato con l’art.1, comma 77, della legge regionale 11.08.2008 n. 14 recante “Assestamento del Bilancio annuale e pluriennale 2008/10 della Regione Lazio” (pubblicata sul B.U.R.L. 14.08.2008 S.O. n. 98 al B.U.R.L. n. 30 del 14.08.2008), l’art. 5 della legge n. 4 del 2003, con la previsione della predetta semplificazione, più volte richiesta dall’Ordine. Ai fini, comunque, di dirimere eventuali aspetti contrastanti delle procedure di cui trattasi, è stato sollecitato un nuovo incontro con i vertici regionali e con il Comando del N.A.S.

29 ottobre 2008

convegno AMMI all'Ordine di Roma

La Sala conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma ha ospitato il 29 ottobre scorso l'Associazione delle Mogli dei Medici Italiani (AMMI) che ha inaugurato il nuovo Anno Sociale 2008-2009 con un Convegno sul tema "Televisione e computer: ladri di tempo e di salute sia per i bambini che per gli adulti, demolizione delle relazioni personali"

Il neo confermato Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, Mario Falconi, ha portato il saluto dell'Istituzione ed ha ricordato come l'Ordine ha diverse volte, e con soddisfazione, ospitato le manifestazioni dell'Associazione fondata nel 1970 a Modena da un gruppo di mogli di medici per operare a sostegno della professione del marito con compiti morali, sociali, culturali ed assistenziali.

Quest'anno nell'AMMI cambio al vertice della sezione di Roma: Guya Paolini Conti è subentrata a Enrica Sanna che ha guidato l'AMMI romano per sei anni. Dopo il suo breve cenno di saluto hanno presentato l'assise la Presidente nazionale Rosanna Mastrangelo e la Fiduciaria della Regione Lazio-Abruzzo e Molise, Antonietta Cervelli Casciani.

Ha moderato i lavori del Convegno Mario Bernardini, medico e giornalista, Presidente della Associazione Stampa Medica Italiana (ASMI - FNSI).

Tutti d'accordo i relatori nel non demonizzare i nuovi mezzi tecnologici, per moltissimi versi utili all'umanità perché hanno aperto nuove strade alla ricerca. Importante è saperli usare e insegnare ai più giovani a non abusarne.

La sociologa e psicoterapeuta Maria Novella Tacci ha parlato sul tema "La traccia di Pollicino", titolo emblematico per significare che utilizzando televisione e computer senza criterio

ci si può inoltrare in una strada di solitudine e di estraniamento e si possono perdere i riferimenti per il ritorno a casa, simboleggiati dalle molliche di pane di Pollicino mangiate dagli uccelli. Per il Prof. Roberto Giannatelli, dell'Università salesiana, che ha parlato di "Televisione e bambini: aspetti educativi", esiste una TV diseducativa e disinformativa, ma è colpa di chi la produce, non del mezzo. I "media" vanno utilizzati con raziocinio e coscienza dagli adulti che devono trasmettere ai più giovani la capacità di giovare di tecnologia sempre più avanzate senza essere risucchiati dai loro presunti poteri distruttivi.

Il prof. Pierpaolo De Luca, Direttore di "Promedia 2000" ha parlato di "Nuove forme di aggregazione attraverso la rete". Una novità che adesso affascina soprattutto i giovani che senza spostarsi da casa intrecciano amicizie, recuperano compagni persi per strada, intesono relazioni come ragnatele. In sé, non sembrano percorsi così nocivi, ma possono indurre a una forma di schiavitù e a una forma di pigrizia mentale, di evasione facile che sembra appagante ma lascia spesso con l'amaro in bocca. «È anche vero», ha commentato De Luca, «che senza la capacità di gestire questi mezzi si è tagliati fuori».

Hanno chiuso la serie degli interventi due giornalisti.

Il dottor Saverio Simonelli vice capo redattore di 'Sat 2000' che ha parlato di "Chi ha paura del web cattivo?".

Nessuno deve avere paura; la tecnologia di per sé è neutra, non fa né bene né male, ma bisogna saperla trattare, saperla in qualche modo domare e porla al nostro servizio. E soprattutto mai lasciare solo un bambino con un mezzo così potente nelle sue piccole mani. I bambini hanno bisogno di condividere, di essere guidati. Ecco il trucco per salvarli da qualsiasi pericolo, dal lupo cattivo che tende agguati agli sprovveduti.

'Il fenomeno è vasto e incontrollato, va ridi-

mensionato, va in qualche modo controllato'. Lo ha detto il Dottor Arturo Diaconale, Direttore del giornale 'L'Opinione' che ha parlato di "Media, rischi e potenzialità". Oggi gli adulti si trovano di fronte a un evento di cui non hanno esperienza, che non ha tradizione. Prima ai figli si passava il senso del proprio vissuto, della tradizione familiare e collettiva. Oggi non è possibile, e qui bisogna mettere in atto le astuzie per non permettere di esserne travolti e per aiutare i più giovani a districarsi senza preoccupazione e senza sorprese lungo percorsi di per sé privi di insidie.

(M.B.)

recensione

comunicazione medico-paziente



la comunicazione come strumento di lavoro del medico

**Alessio Roberti,
Claudio Belotti,
Luigi Caterino**

NLP Italy Ed. Euro 19.00

endorcement

Consiglio questo libro a tutti i colleghi perchè in esso potranno trovare quello che non si trova sui libri di medicina ovvero "la tecnologia della comunicazione", lo strumento fondamentale per poter instaurare una relazione efficace col paziente, pilastro su cui si appoggia ogni atto terapeutico.

Fra i tanti strumenti terapeutici che abbiamo imparato ad utilizzare e che giornalmente impieghiamo con i nostri pazienti a volte manca proprio il più importante: la tecnologia della comunicazione.

In Italia sono aumentate negli ultimi anni le denunce e le richieste di risarcimento nei confronti dei medici e la stragrande maggioranza delle cause legali ha le sue radici in una comunicazione inefficace.

La capacità di stabilire una comunicazione efficace con tutti i pazienti, anche quelli più diffi-

cili e con i loro familiari è una risorsa fondamentale nella nostra professione, anche perchè spesso abbiamo a disposizione poco tempo per ogni visita. Attraverso gli strumenti della Programmazione Neuro Linguistica gli autori ci insegnano in maniera semplice ed efficace come creare una valida alleanza terapeutica, come aumentare la compliance, e come stabilire un rapporto duraturo e di fiducia con i nostri pazienti.
*Maria Donatella Stefanini
Medico chirurgo
Licensed trainer of N.L.P*

Gian Paolo Cioccia*

Paolo Severino**

*Docente c/o I Scuola di Specializzazione in Medicina Legale -
Università "La Sapienza" Roma**Interno c/o Dipartimento di Scienze Cardiovascolari Respiratorie
e Morfologiche -Università "La Sapienza" Roma

Morte cardiaca improvvisa

una guerra che si può vincere

È di oltre 55.000 vittime il bilancio annuale in Italia dei decessi per morte cardiaca improvvisa. Essa rappresenta la causa di morte più frequente per i soggetti in età produttiva tra i 20 e i 65 anni, nella gran parte dei casi in apparente buona salute e senza storia clinica di patologie cardiache.

Purtroppo il trend è in aumento, con il 90% dei decessi che avvengono in ambiente extraospedaliero e in presenza di testimoni. Chi sopravvive ad un arresto cardiaco rappresenta una sparuta minoranza pari a meno del 4-5%.

È indubbiamente un problema di rilevanza sociale per la sua drammaticità e per le modalità impreviste e imprevedibili con le quali si manifesta. Per tale motivo notevole è stata la sensibilizzazione da parte non solo dei mass media e delle Associazioni ma anche degli Ordini dei Medici, tra i quali in prima linea quello di Roma, che hanno spronato i nostri legislatori ad assumere delle iniziative orientate alla riduzione di tale "carneficina". Le norme che disciplinano tale materia nel nostro paese non sono tante e ci collocano un po' come fanalino di coda rispetto ad altri paesi europei.

Il 20 settembre 2000 il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero dei Trasporti e della Navigazione emana il Decreto con il quale si autorizza l'uso di defibrillatori semiautomatici a bordo degli aerei da parte dei capo cabina, anche in assenza di personale sanitario a bordo, previa effettuazione di specifici corsi di formazione "Basic Life Support Defibrillation" (BLSD). La legge n. 120 del 3 aprile 2001 (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 88 del 14 aprile 2001) ha consentito l'uso del defibrillatore semiauto-

matico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare. La legge ha delegato alle regioni e alle province autonome il rilascio da parte delle ASL e delle aziende ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del personale, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio. Laddove questo non fosse ancora attivato, la responsabilità ricade sulla ASL o sull'azienda ospedaliera di competenza, sulla base dei criteri indicati dalle linee guida adottate dal Ministro della Sanità.

È stato approvato dal Senato il 15 gennaio 2008 il disegno di legge n° 1517 "Nuove norme in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio" avente come finalità la promozione della diffusione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, la enunciazione di linee guida per la corretta individuazione dei luoghi, delle strutture e dei mezzi di trasporto da dotare di tali apparecchi e la disciplina dei corsi di formazione e di addestramento in Basic Life Support Defibrillation (BLSD) per i soccorritori non medici, in conformità alle linee guida stabilite in materia dagli organismi più accreditati.

In una percentuale rilevante di casi (70-80%) l'arresto cardiaco è determinato da tachiaritmie ventricolari maligne che possono manifestarsi come fibrillazione ventricolare (FV) oppure come tachicardia ventricolare (TV). Queste asincronie del ritmo - che se non immediatamente trattate con la defibrillazione possono

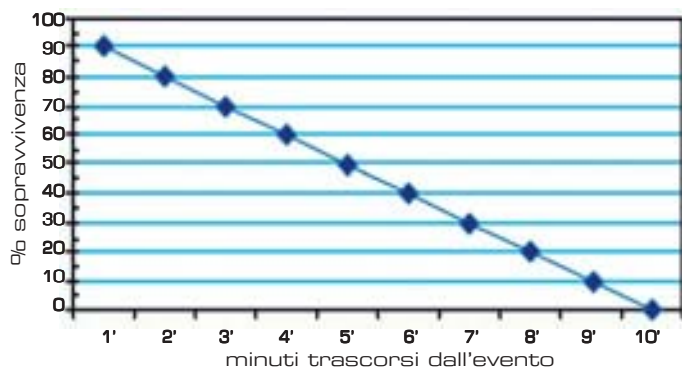


Figura 1
Percentuale di sopravvivenza da arresto cardiaco in relazione ai minuti trascorsi dall'evento (Cummins R.O. et al.)

degenerare in asistolia - determinano un'improvvisa inefficacia dell'azione di pompa del cuore con conseguente anossia cerebrale che comincerà a provocare danni irreversibili entro 6-10 minuti dall'evento.

Il tempo trascorso tra l'arresto cardiaco e la defibrillazione rappresenta l'unico fattore realmente importante per la sopravvivenza del paziente, tenendo conto che dopo il terzo minuto dall'evento la probabilità di successo diminuisce di ca il 10% per ogni successivo minuto.

Purtroppo la impossibilità di individuare i soggetti a rischio per tali evenienze aritmiche e la elevata frequenza con cui queste si manifestano senza alcun sintomo premonitore, non lasciano spazio ad altre forme di azione precoce se non quelle di evitare i ritardi di intervento anche grazie ad una capillare disposizione dei defibrillatori nei luoghi pubblici e ad un reclutamento di quanto più personale possibile adeguatamente formato e continuamente aggiornato anche attraverso metodologie di apprendimento a distanza. Secondo quanto previsto dal disegno di legge i luoghi in cui sarà obbligatoria la presenza di un DAE saranno selezionati secondo precisi criteri e modalità: scuole e università; farmacie; porti, aeroporti, stazioni ferroviarie e relativi mezzi di trasporto; sedi di grandi avvenimenti socio-culturali e grandi strutture commerciali e industriali; istituti penitenziari; luoghi di attività ricreativa o sportiva, agonistica e non agonistica; poliambulatori del SSN, ambulatori di medicina generale convenzionati e strutture socio-sanitarie autorizzate; mezzi adibiti al soccorso sanitario della Polizia, dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, delle Capitanerie di Porto, dei Vigili del

Fuoco, del Corpo Forestale dello Stato, del Dipartimento della Protezione Civile e della Polizia Municipale; mezzi aerei adibiti al soccorso e al trasporto degli infermi, nonché tutti i mezzi di soccorso del sistema di emergenza 118.

Il Defibrillatore Semiautomatico Esterno è un apparecchio che incorpora un sistema di analisi ed interpretazione del ritmo cardiaco ed è attivato solo in presenza di FV o TV a rischio per il paziente, discriminando quindi i ritmi da defibrillare dagli altri che non richiedono tale trattamento. La macchina possiede dei microprocessori interni che analizzano automaticamente, tramite due elettrodi esterni, diverse caratteristiche del tracciato ECG tra cui velocità, frequenza, ampiezza, pendenza e caratteristiche della linea isoelettrica del complesso QRS ed è in grado di erogare, previo comando manuale (defibrillatore semiautomatico) o automatico (defibrillatore automatico), lo shock elettrico con un livello di energia automaticamente determinato e non modificabile dall'operatore se non necessario.

I due elettrodi esterni, di misura standardizzata, vanno posizionati dall'operatore in corrispondenza di una II derivazione modificata: l'elettrodo di destra sulla linea parasternale destra all'altezza della clavicola e quello di sinistra sulla linea emiascellare sinistra all'altezza del 5° spazio intercostale. Per i pazienti di età compresa tra 1 e 8 anni devono essere utilizzati specifici elettrodi pediatrici mentre per i pazienti di età inferiore a un anno è controindicata la defibrillazione.

L'analisi dell'attività cardiaca ed il riconoscimento di FV e TV sono effettuati dopo pochi secondi dall'accensione del DAE e dall'applicazione degli elettrodi adesivi. Se i complessi QRS anormali sono almeno il doppio di tutti i complessi QRS nel corso di 3 diversi tracciati la macchina si preparerà all'emissione della scarica elettrica. La probabilità che un DAE definisca "positivo" un ritmo che non lo sia (falso positivo) è stimata < 1% e esperienze cliniche dimostrano che gli attuali defibrillatori hanno alta sensibilità (97%) e specificità (93%).

Studi clinici hanno dimostrato che il praticare la Rianimazione Cardio -Polmonare (RCP) per un periodo di circa 3 minuti prima della defibrillazione determina un significativo aumento della sopravvivenza. È consigliato quindi di praticare cir-

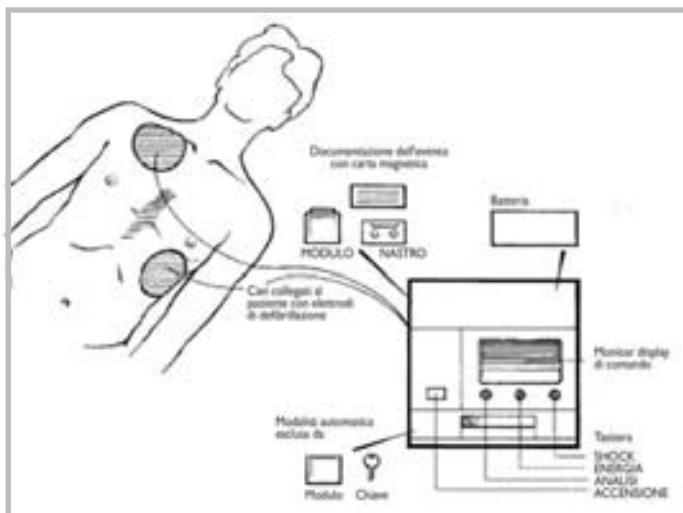


Figura 2
Disegno schematico di defibrillatore automatico esterno ed il suo collegamento al paziente. Da American Heart Association. Manuale ACLS – Trattamento avanzato dell'emergenza cardiorespiratoria. Masson 1997.

ca 2 minuti di RCP prima dell'utilizzo del DAE in pazienti con un collasso prolungato (>5 min). Pertanto un team ideale dovrebbe essere composto da due persone, di cui una si occupa del Basic Life Support (BLS), mentre l'altra procede all'utilizzo del defibrillatore.

Una volta attivato l'apparecchio e posizionati gli elettrodi del defibrillatore, la RCP deve essere interrotta e deve essere evitato qualsiasi altro movimento o contatto con il paziente o con oggetti ad esso connessi, al fine di evitare errori d'interpretazione della macchina e la trasmissione delle scariche agli altri soccorritori. C'è

comunque da dire che se anche si verificasse la seconda ipotesi, per le basse potenze di corrente erogata, il soccorritore avverirebbe come una leggera "scossa" assolutamente priva di effetti dannosi.

Il tempo che intercorre tra l'attivazione del DAE, con la contestuale interruzione della RCP e la scarica è compreso tra i 10 ed i 15 secondi (tempo tollerato come eccezione dalle linee guida AHA che normalmente limitano il tempo di sospensione della RCP fino a 5 secondi).

Pertanto sono quattro le operazioni fondamentali che l'operatore deve eseguire:

1. accendere il dispositivo;
2. collegare gli elettrodi;
3. avviare l'analisi del ritmo;
4. impartire lo shock, controllando che sussistano le condizioni di sicurezza (sospensione RCP, assenza di contatto tra paziente e altre persone ed allontanamento di fonti d'acqua e ossigeno).

Dopo l'erogazione si rianalizza il ritmo, manualmente o automaticamente, continuando a evitare la rianimazione. Qualora l'aritmia dovesse persistere l'apparecchio eroga una seconda ed eventualmente una terza scarica. Solo dopo l'intervallo di tre scariche elettriche si potrà sottoporre il paziente ad un minuto di RCP e procedere ad una nuova serie di tre defibrillazioni, procedendo con nuove "triplette" di scariche seguite da 60 secondi di rianimazione cardiopolmonare fino a quando non si avrà una normalizzazione del tracciato ECG (segnale "Shock non

Tabella 1

Classificazione degli interventi terapeutici in RCP e trattamento cardiaco di emergenza

Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – An International Consensus on Science – AHA in collaboration with ILCOR. Resuscitation 46 (200) pgg. 73-91.

Classe I	Opzione terapeutica generalmente indicata, sempre accettabile, utile ed efficace
Classe IIa	Opzione terapeutica accettabile, per la quale l'evidenza scientifica è favorevole per utilità ed efficacia
Classe IIb	Opzione terapeutica non valutabile in base all'evidenza scientifica, ma probabilmente utile e non dannosa
Classe III	Opzione terapeutica inappropriata, potenzialmente dannosa

Tabella 2

Valutazione delle probabilità di sopravvivenza alla dimissione ospedaliera. Da Manuale ACLS – Trattamento avanzato dell'emergenza cardiorespiratoria. Masson 1997.

No RCP	
Defibrillazione ritardata (a 10 min dall'evento)	0-2 % di sopravvivenza
RCP precoce (entro 2 min dall'evento)	
Defibrillazione ritardata (a 10 min dall'evento)	2 – 8 % di sopravvivenza
RCP precoce (entro 2 min dall'evento)	
Defibrillazione precoce (a 6 min dall'evento)	20% sopravvivenza
RCP precoce (entro 2 min dall'evento)	
Defibrillazione precoce (a 4 min dall'evento) Rianimazione con metodi di supporto avanzati	30 % di sopravvivenza

indicato”) o non sopraggiunga un equipe di Advanced Life Support (ALS) che pratichi una rianimazione con metodi di supporto avanzati. Nel caso in cui venga erogata una scarica non necessaria si possono configurare due fattispecie:

- a) non si determina alcun cambiamento al ritmo cardiaco del paziente, quindi non si provoca alcun danno;
- b) si induce un’aritmia precedentemente non presente. Tale condizione viene comunque prontamente riconosciuta dalla successiva analisi della macchina e risolta con la erogazione di una nuova scarica, senza conseguenze per il paziente. Da sottolineare che questa evenienza, per quanto descritto in letteratura, è estremamente rara.

La probabilità di commettere errori e conseguentemente provocare un danno giuridicamente rilevante al paziente da parte dell’operatore regolarmente abilitato è molto bassa: “conditio sine qua non” è che vengano poste in essere tutte le procedure codificate e che l’apparecchio utilizzato sia in regola ai controlli di taratura e verifica che periodicamente devono essere attuati da parte della struttura presso la quale esso è allocato in sinergia con la ditta produttrice.

Da un punto di vista medico-legale l’errato utilizzo del defibrillatore da parte del personale abilitato difficilmente potrà configurare un reato doloso (previsto e voluto) contrariamente ad una contestazione “colposa” che potrebbe essere imputata ai sensi dell’articolo 43 del codice penale che così recita: *“Il delitto è colposo, o contro l’intenzione, quando l’evento, anche se preveduto, non è voluto dall’agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline”*.

Da non dimenticare che l’uso del defibrillatore da parte dei sanitari e non sanitari regolarmente abilitati è assolutamente obbligatorio in quanto la deroga a tale principio espone ai reati di **omissione di soccorso** (articolo 593 del c.p. *“Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un’altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all’Autorità, è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire*

seicentomila. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l’assistenza occorrente o di darne immediato avviso all’Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata”) e **omicidio colposo** (articolo 589 c. p. *“Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da uno a cinque anni(omissis)”*).

Da quanto detto, appare chiaro come sia necessario continuare il cammino lungo la strada tracciata, non abbassando la guardia e continuando nell’opera di sensibilizzazione nei confronti di tutti coloro i quali hanno la possibilità di agire nei vari specifici ambiti istituzionali affinché assumano le iniziative necessarie a ridurre drasticamente l’elevato numero di vittime evitabili con semplici presidi organizzati.

bibliografia

- American Heart Association: Manuale ACLS – Trattamento avanzato dell’emergenza cardiorespiratoria. Masson 1997.
- Cappato R.: Rischi della defibrillazione: una defibrillazione non necessaria quali danni provoca al paziente?, N&A 2000; 105: pgg. 4-6.
- Cummins R.O., Eisenberg M., Bergner L., Murray JA.: Sensitivity, accuracy, and safety of an automatic external defibrillator, Lancet 1984; vol. 2: pgg. 318-20.
- Cummins R.O. et al. : From Concept to standard of care? Review of the clinical experience of with automatic external defibrillators: Ann Emerg Med. 1989; vol. 18: pgg.1269-7
- Fontana A., Zancaner S.: La defibrillazione semiautomatica precoce: inquadramento legislativo italiano e risvolti medico-legali: Italian Heart Journal, Supplemento 2004: vol. 5 (10): pgg. 785-793.
- Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – An International Consensus on Science – AHA in collaboration with ILCOR. Resuscitation vol. 46 (200): pgg. 73-91.
- Il cuore - Hurst edizione McGraw Hill 11° edizione.
- Mattioni T., Kanaan N., Riggio D., Bahu M., Lin D., Welch S., Williams C.: Performance of an automatic external cardioverter-defibrillator algorithm in the discrimination of supraventricular from ventricular tachycardia, The American Journal of Cardiology 2003; vol. 91 n. 11: pgg. 1323-6.
- Kacet S., Zghal N., Kouakam C., Benameur N., Goldstein P.: Use of semi-automatic defibrillators outside the hospital, Arch Mal. Coeur Vaiss 2002; vol. 95: pgg. 945-9.

Spettacolo musicale

Poveri ma belli

Regia di **Massimo Ranieri**

Con Bianca Guaccero e con Antonello

Angiolillo e Michele Canfora

Dal 25 novembre 2008 al 4 gennaio 2009

Teatro Sistina di Roma

Via Sistina 129

Info e prenotazioni: 06.42007130

prenotazioni@ilsistina.com

Per informazioni:

+39 06696271 (biglietteria)

info@scuderiequirinale.it

Concerto

Francesco Guccini

23 gennaio 2009

Palalottomatica

EUR - Piazzale dello Sport

Per informazioni: Tel. 06.45496305

Opera

Otello

Musiche di Giuseppe Verdi

Maestro concertatore e Direttore **Riccardo**

Muti

Dal 6 al 14 dicembre 2008

Teatro dell'Opera

Piazza Beniamino Gigli, 1

Per informazioni:

tel. 06 48160255 - 06 4817003

fax 06 4881755

ufficio.biglietteria@operaroma.it

Mostra

De Chirico e il Museo

Fino al 25 gennaio 2009

Galleria nazionale d'arte moderna

Viale delle Belle Arti, 131

Info: Tel. 06 322981

Mostra

Jean Michel Basquiat

Fantasma da scacciare

Fino al 1 febbraio 2009

Museo del Corso

Via del Corso 320, Roma

Ingresso: •10,00 intero

Info: Tel. 066786209

Teatro

Anna Marchesini

Giorni Felici

di Samuel Beckett

16 dicembre 2008/18 gennaio 2009

Teatro Eliseo

Per informazioni: info@teatroeliseo.it

Tel. 0648872222 - 064882114

Mostra

Picasso - 1917-1937

L'Arlecchino dell'arte

Fino all'8 febbraio 2009

Complesso del Vittoriano

Via di San Pietro In Carcere, Roma

biglietti: euro 10, ridotto euro 7.50

Info: tel. 066780664

museo.vittoriano1@tiscali.it

Mostra

Etruschi

Le antiche metropoli del Lazio

Fino al 6 gennaio 2009

Palazzo delle Esposizioni

Via Nazionale, 194

00184 Roma

Call center 06 39967500

Mostra

"Giulio Cesare.

L'uomo, le imprese, il mito"

Fino al 5 aprile 2009

Dart Chiostro del Bramante

Arco della Pace 5

Per informazioni:

Tel +39.06.68809035

Fax+39.06.68213516

direzione@chiostrodelbramante.it

info@chiostrodelbramante.it

Mostra monografica

"Giovanni Bellini"

Fino all'11 gennaio 2009

Scuderie del Quirinale

Via XXIV Maggio 16

biglietti: Intero • 10 - Ridotto • 7.50

Lazio

MARIO MORLACCO

NOMINATO SUBCOMMISSARIO
Con la partecipazione del Presidente della Regione Lazio, Piero Marrazzo, appositamente invitato, il Consiglio dei Ministri lo scorso 17 ottobre ha nominato, su proposta del Ministro Tremonti, subcommissario di qualificata professionalità ed esperienza in tema di gestione sanitaria, Mario Morlacco, destinato ad affiancare il commissario ad acta nel predisporre i provvedimenti per l'attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario nella Regione Lazio. Tale facoltà è prevista dal recente decreto-legge n. 154 sul contenimento della spesa sanitaria.

Italiani e farmaci

IL FARMACO COME
STRUMENTO DI
RASSICURAZIONE

Oltre l'80% degli italiani ritiene che si consumino troppi farmaci rispetto a quelli realmente necessari; ansia, incertezza, instabilità psichica individuale sono le ragioni dell'iperconsumo farmaceutico. Infatti per il 71,7% degli italiani l'eccesso di consumo di farmaci è dovuto al fatto che la gente è ansiosa e pensa che il farmaco possa risolvere tutto, mentre un 17,4% richiama la responsabilità dei medici. Obiettivo primario per la ricerca sui farmaci: battere le patologie incurabili. Sono alcuni dati emersi nella ricerca "Trent'anni di ricerca biomedica e di lotte alla malattia" del Censis che, al trentesimo anno di vita del Sistema Sanitario Nazionale, fa un bilancio sul rapporto tra farmaco e cittadini. Per il 68,1% degli italiani in futuro il compito principale della ricerca sui farmaci dovrà essere, essenzialmente, quello di scoprire farmaci in grado di guarire patologie ancora incurabili; il 28,8% degli intervistati si aspetta dalla ricerca farmacologica che scopra farma-

ci meno rischiosi e con meno effetti collaterali di quelli attuali; il 19,6% ritiene prioritario per il futuro il trattamento a scopo preventivo di fattori di rischio per malattie gravi. Inoltre, emerge una persistente fedeltà dei cittadini alla farmacia di fiducia, tanto che oltre il 67% degli intervistati, quota identica a quella rilevata nel 1996, dichiara di rivolgersi di solito alla stessa farmacia. Il farmacista (77%) segue il medico di medicina generale (97%) come soggetto che, secondo gli intervistati, deve dare informazioni sui farmaci.

Commissione d'inchiesta sul Ssn

IGNAZIO MARINO

NOMINATO PRESIDENTE

Ignazio Marino è stato nominato, lo scorso 8 ottobre, dal presidente del Senato Renato Schifani, presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. Tra i compiti che la Commissione d'inchiesta è chiamata a svolgere, quello di valutare le dinamiche della spesa sanitaria regionale, anche al fine di verificare l'appropriatezza delle prestazioni e l'esistenza di eventuali sprechi; quello di verificare lo stato di realizzazione delle reti dell'assistenza territoriale e domiciliare e la qualificazione dell'assistenza ospedaliera in direzione dell'alta specialità.

Okkio alla Salute

LA MAPPA DELL'OBESITÀ
INFANTILE IN ITALIA

In Italia, ogni cento bambini della classe terza elementare 24 sono in sovrappeso e 12 obesi. Complessivamente si stimano oltre un milione di bambini tra i sei e gli undici anni con problemi di obesità e sovrappeso: più di un bambino su tre. Dati e stime sono il risultato del progetto "Okkio alla Salute", un'indagine condotta nelle scuole italiane dal Ministero del Lavoro, della

Salute e delle Politiche Sociali - Ccm - e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Istruzione, dell'Università e della Ricerca, 18 Regioni italiane e con la partecipazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca e Nutrizione. Lo studio, condotto da 1028 operatori del Ssn appositamente formati, ha misurato il peso e l'altezza di circa 46 mila bambini in 2610 scuole elementari, calcolandone l'indice di massa corporea, e ci consegna una "mappa" relativa al sovrappeso e all'obesità dei nostri bambini che mostra differenze significative tra regione e regione, soprattutto tra Nord e Sud.

Malattie rare

UNA GUIDA SU UN UNIVERSO
POCO CONOSCIUTO

"Associazioni Italiane Malattie Rare" è la guida promossa da Orphanet-Italia e dalla Federazione Italiana Malattie Rare (Uniamo) con la collaborazione di Farmindustria presentata lo scorso 8 ottobre alla presenza dei Sottosegretari alla Salute Francesca Martini e Eugenia Roccella. La pubblicazione, giunta alla seconda edizione, intende offrire informazioni agli ammalati e alle loro famiglie, ma anche ai medici e agli operatori sanitari, sul vasto e in gran parte ancora poco conosciuto universo di queste patologie che, in numero di oltre 6.000, affliggono circa 25 milioni di persone in Europa e più di 1 milione soltanto in Italia. Nel ribadire l'impegno del Governo a sostegno delle persone colpite da malattie rare, il Sottosegretario Martini ha affermato «la guida "Associazioni Italiane Malattie Rare" rappresenta, in un quadro ancora caratterizzato da molte criticità, sia a livello diagnostico che terapeutico, e da una rete di servizi disomogenea, un'iniziativa strategica per numerosissime persone delle quali voglio ribadire il diritto primario ad essere curate».

convenzioni a favore degli iscritti

A beneficio di tutti gli iscritti sono state stipulate delle convenzioni che possono essere visionate nei dettagli utilizzando i pulsanti delle singole categorie

ATTREZZATURE MEDICHE

■ MEDTRONIC ITALIA S.p.A. DIVISIONE PHYSIO-CONTROL

Sig. Gianfranco Cantagallo
Tel. 06328141 - Fax 063215812
gianfranco.cantagallo@medtronic.com
www.physio-control.com

Defibrillatore Semiautomatico Esterno Bifasico Medtronic Physio-Control - Modello LIFEPAK CR EXPRESS con tecnologia a compensazione automatica di impedenza ADAPTIV™, energia incrementale (200-200-360 o 200-300-360) e selezionabile (150-175-200-225-250-275-300-325-360) per l'aggiornamento agli algoritmi ed ai protocolli previsti dalle linee guida delle principali Società Scientifiche (American Heart Association - European Resuscitation Council), comando vocale di guida dell'operatore in lingua italiana

PRODOTTI BANCARI E ASSICURATIVI

■ ALLIANZ BANK S.p.A.

Sig. Igino Ferraioli
Tel. 0644252247 - Fax 064403391
Cell. 3477913659
igino.ferraioli@allianzbank.it - www.allianzbank.it

Investimenti personalizzati con le maggiori case d'investimento mondiali, pensioni integrative e conti correnti a canone zero

■ ASSIBROKER Di Liello S.r.l.

Sig. Giovanni Aragona
Tel/Fax 067024990
067026940 - 067026895
Cell. 3337632597
Piazza Asti, 6 - 00182 Roma

RC professionale Medici Chirurghi, specialisti, medici dentisti, odontoiatri, medici generici

■ BANCA BIPIELLE Gruppo Banca Popolare Italiana

Viale Piramide Cestia, 1/C - 00153 Roma
Sig. Massimiliano Gabrielli
Promotore di Servizi Finanziari
Tel. 065746961 - Cell. 3475251855

*Prodotti Bancari
Risparmio Gestito
Prodotti di Erogazione
Prodotti per la tutela Previdenziale
Prodotti per la tutela Sanitaria
Prodotto per l'Abitazione*

■ BHW Bausparkasse AG Sede Italia

Sig. Gianni Cataldi

Tel. 06/4817144 - Fax 06/4882375
Cell. 348/6017657
g.cataldi@bhwitalia.it - www.bhw.it

Mutuo fondiario a tasso fisso sconti sui tassi in vigore di volta in volta unicamente per i mutui immediati su contratti di Risparmio Edilizio per i quali si applichi un tasso fisso; no obbligo apertura c/c; tassi fissi per tutta la durata del mutuo; possibilità rate mutuo costante o differenziata nelle due diverse fasi; estinzione anticipata senza penale nella II fase del mutuo.

Conto di Risparmio edilizio: per acquisto, ristrutturazione o costruzione di abitazione: possibilità di ottenere mutuo a condizioni vantaggiose dopo periodo di risparmio, oppure ottenere rendimento fino al 3,50% annuo lordo al verificarsi di determinate condizioni.

■ CARIFIN ITALIA S.p.A.

Dott. Andrea Mortera
Tel. 0645440811 - Fax 0645440810
Cell. 3454349848
andrea.mortera@carirete.it
www.carifinitalia.it

Carifin Italia Spa, Gruppo Bancario Delta, opera fin dal 2001 nel settore dei finanziamenti ai privati e alle famiglie, con specializzazione nella cessione del quinto dello stipendio e nei prestiti personali. È presente su tutto il territorio nazionale con 150 agenzie, per costruire con i propri clienti un rapporto diretto ed offrire soluzioni rapide attraverso prodotti trasparenti, personalizzabili e vantaggiosi. Sono disponibili presso i Caripoint anche prodotti bancari e di autonoleggio.

■ CONSEL S.p.A.

Sig. Antonino Grasso
Tel. 800179001 - Fax 0635454385
Cell. 3357585700
antonino.grasso@e-consel.it
www.consel.it

Consel SpA - Gruppo Banca Sella convenzione servizi finanziari per le strutture sanitarie i medici-chirurghi e odontoiatri. Erogazione di prestiti personali e cessioni del quinto dello stipendio, emissione di carte di credito.

■ CLUB MEDICI Centro Assistenza Mutui e Prestiti

Autorizzato alla posizione n° 44780 dall'UIC (informazioni, consulenza, preventivi)
Via Giuseppe Marchi, 10 - 00161 Roma
Tel. 06-8607891 (10 linee r.a.)
Fax 06-8607975
info@clubmedici.it - mutui@clubmedici.it
assicurati@clubmedici.it
www.clubmedici.it/pages/homepage.htm

MUTUI informazioni, consulenza e preventivi

BANCA DI ROMA = codice convenzione "PR55 - NDG 14130582" - tassi agevolati. Spesa istruttoria bancaria "0" - conto corrente convenzionato con canone esente

UNICREDIT codici di convenzione ad personam da richiedere al Club Medici -Tassi agevolati con spread da 0,75% Spesa istruttoria €175,00 - conto corrente canone mensile €1,00

PRESTITO SPECIALE CLUB consulenza, preventivi, presentazione richieste

- da €5 mila a €80 mila: esclusivo per medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali e ospedalieri con contratto a tempo indeterminato.
- è possibile ottenere immediatamente un acconto di €15 mila;
- il finanziamento è dilazionabile per un max di 120 rate fisse, la restituzione viene effettuata direttamente dalla ASL o dall'Azienda Ospedaliera;
- da €2 mila a • 35 mila: per tutte le specializzazioni
- durata da 12 a 72 mesi;
- nessuna motivazione, concesso anche per semplice liquidità;
- esenzione documentazione di reddito per richieste fino a €20 mila

LEASING

Tassi agevolati per tutte le tipologie: strumentale, immobiliare, nautico. Richiedere al Club Medici la lettera di accredito con il codice di convenzione.

FINANZIAMENTO CURE MEDICHE

*da €500 a €26 mila
Il credito agevolato per i pazienti che anticipa le parcelle ai medici, permettendo di rateizzare i costi delle cure.
Convenzionamento e assistenza diretta Club Medici*

POLIZZA DI R.C. PROFESSIONALE

- Tariffe convenzionate per tutte le specializzazioni
- Garanzie comprese: postuma, pregressa, danni estetici e fisionomici per danni derivanti da fatto imputabile a dipendenti, sottoposti e collaboratori, nonché da atti invasivi a scopo diagnostico e terapeutico.
- Validità territoriale: estensione a tutti i paesi europei o a tutto il mondo (escluso USA, Canada, Messico)
- Durata annuale, con possibilità di stipulare anche polizze di durata decennale per le specializzazioni non chirurgiche e per

l'odontoiatria, quinquennale per le specializzazioni di chirurgia, anestesia e ginecologia
POLIZZA DI R.C. PROFESSIONALE per l'Odontoiatria

■ INA ASSITALIA

Agenzia C/2 Roma

Aldo, Marco e Renato IMPERATORI
Via Barberini, 86 - 00187 Roma
Tel. 064820491 - Fax 064820569
inaassitalia.medici@libero.it
c02@ag-roma.gruppoina.it

Agenzia Civitavecchia

Via Giosuè Carducci, 39
00059 Civitavecchia
Tel. 0766501000 - Fax 0766500950
ag_civitavecchia@agenzie.inaassitalia.it

Agenzia Fiumicino

Via Portuense, 2415 ter, quater
Tel. 06659681 - Fax 0665047625
ag_fiumicino@agenzie.inaassitalia.it

Agenzia Frascati

Piazza Roma, 13 - 00044 Frascati
Tel. 069428621 - Fax 069425253
ag_frascati@agenzie.inaassitalia.it

Agenzia Pomezia

Via Tito Speri snc - 00040 Pomezia
Tel. 069107906 - Fax 069107357
ag_pomezia@agenzie.inaassitalia.it

INA ASSITALIA offre agli iscritti e ai loro familiari piani personalizzati di previdenza e gestione del TFR ed inoltre uno speciale trattamento per altre prestazioni assicurative previste dalle Condizioni di Assicurazione con i seguenti sconti:

- **RESPONSABILITÀ CIVILE AUTO**
Sconto 30% su Incendio e Furto
Sconto del 10% su Responsabilità Civile e nel caso di polizza FAMILY ulteriore sconto 8%
- **CASA DOLCE CASA, INCENDIO, RESPONSABILITÀ CIVILE E FURTO ABITAZIONE** Sconto del 20%
- **SOS INFORTUNI CON EVENTUALI ESTENSIONI DI GARANZIA A INVALIDITÀ PERMANENTI SPECIFICHE** Sconto del 20%.

■ PREVIASME S.r.l.

V.le di Villa Massimo, 39 - 00161 Roma
Tel. 800-993300
Sig.ra Antonella Quaglietta
www.previasme.it

Polizza Incendio e Furto
Società: Lloyd's London

Contraente/assicurato: Singolo
Professionista iscritto all'Ordine di Roma
Durata applicazione: Annuale - Effetto dalla data di adesione senza tacito rinnovo
Rischi assicurati: diversi dalla RCA
Valore massimo assicurabile: €200.000,00

■ SARA ASSICURAZIONI

Agenzia Roma Flaminio

Sig. Paolo Bernabò
Tel. 063203621 - Tel. 063203814
Cell. 3488569076

Emanuela Gesualdo

Tel. 06320621-06320381
ag1129@saraagenzie.it - www.sara.it

RC professionale:

massimale 520.000 euro
RC auto: sconti sulle tariffe RC auto: 25% per assicurati con bonus classe 01 a 02 (senza sinistri nell'anno in corso e nei tre precedenti);
15% da classe 03 a 11 (senza sinistri nell'anno in corso e nei tre precedenti);
5% da classe 11 a 14.
Sconto 30% garanzie incendio/furto; convenzione VIASAT

■ SFERA ASSICURAZIONI s.r.l.

Piazza Bernardo Zamagna, 2 - 00143 Roma
Dott. Franco Chiappetta
Tel. 06-51956778 - Fax 06-5193250
cell. 3391730214
info@sferassicurazioni.it
www.sferassicurazioni.it

Prodotti assicurativi e bancari:
Linea Vita, Linea Previdenza,
Linea Risparmio, Linea Protezione Serenità,
Linea Nuovi Investimenti. Prodotti assicurativi specifici per professionisti del settore sanitario, Rischi vari, Responsabilità Civile, Linea Infortuni. Servizi Bancari, Mutui



LINGUE

■ A.D. ADVANTAGE SRL

Dott.ssa Anna de Lilla
Cell. 3483331107 info@adadvantage.it
Corsi di inglese e altre lingue con il nuovo Metodo Multidisciplinare di Anna de Lilla, rapidissimo, facilissimo e flessibile che nasce da "...passione per la sperimentazione di trucchi di apprendimento rapido" comprovata da un CV di successo attento alla relazione rendimento-tempo. (v. C.V. Anna de Lilla).
Corsi adatti a medici impossibilitati a frequentare lunghi corsi collettivi date fisse. Madrelingua perfezionati da training di formazione per acquisire il M.M. Molte referenze di medici.

■ ENGLISH QUALIFICATION SERVICE

Tel. 06-22420671
(per informazioni)
www.eqenglish.com

Corsi di inglese medico con riconoscimento di crediti ECM

■ THE BRITISH INSTITUTE OF ROME

Tel. 06-4881979
(Segreteria Istituto)
Fax 06-4815549 - Cell. 3381648594
segreteria@britishinstitute.org
www.britishinstitute.org

Operativo a Roma dal 1952, certificato BS EN ISO 9001:2000, l'Istituto svolge corsi a livello Europeo. Disponibili: corsi standard di gruppo, individuali, di conversazione, di Inglese Legale, Commerciale e Finanziario, attività di laboratorio linguistico, corsi estivi, corsi di sostegno studenti, formazione linguistica per enti pubblici ed aziende private. Metodo d'insegnamento moderno ed innovativo. Docenti altamente qualificati.

Approccio comunicativo, pratico, interattivo e personalizzato.



TEMPO LIBERO

■ CLUB MEDICI Servizi Turistici

Sede operativa:
Via Giuseppe Marchi, 10 - 00161 Roma
Tel. 06-8607891 (10 linee r.a.)
Fax 06-8607975
viaggia@clubmedici.it - www.clubmedici.it

Informazioni e consulenza viaggi Italia ed estero
Convenzioni dirette con Hotels, Tour Operators, offerte last minute dei migliori Operatori ecc.
Preventivi on line, Sconti fino al 13% sulle quote da catalogo

■ KID'S WORLD S.r.l.

Via Tolero, 9 - 00199 Roma
Sig.ra Nisel Ferragni
Kid's World Coordinator
Tel. 0686212471 - Fax 0686389761
Cell. 3347272464
n.ferragni@kidsworld.it - www.kidsworld.it

Centri estivi per bambini e ragazzi di età compresa tra i 7 e i 15 anni;
durata Summercamps di 2 settimane secondo l'elenco proposto
Iscrizione gratuita e sconto del 5% sulla quota proposta
English mountain adventure
c/o ARGUTA DEL TRONTO;
Kid's world music village
c/o TENUTA DEI CICLAMINI.



SICUREZZA SUL LAVORO

626/94

SERVIZI ALLE STRUTTURE

■ SANIT CONSULT S.r.l.

Via Padre Angelo Paoli, 7 - 00144 ROMA
sanitconsult@gmail.com
Assistenza Tecnica Settore Sanitario

- Verifica dell'impianto di messa a terra ai sensi del D.P.R. 462/01 - **Biennale**
- Verifica della sicurezza dei macchinari elettromedicali ai sensi della normativa CEI 62-5 - **Biennale**
- Verifica dell'adeguatezza del sistema di sicurezza ai sensi del D.Lgs. 626/94 - **Annuale**
- Visite mediche al personale - **Annuale** (sono escluse le analisi di laboratorio)
- Verifica dell'adeguatezza della sicurezza dei dati ai fini della privacy ai sensi del D.Lgs 196/03 - **Annuale**
- Verifica dello stato di funzionamento e manutenzione estintori ai sensi del D.P.R. 574/55 art. 33,34,35 in accordo al D.M. 10/03/98 - **Semestrale**

NB: La presente convenzione, valida direttamente per i Medici, è invece per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri soggetta ad eventuali alternative, in quanto la Commissione Odontoiatri intende vagliare anche altre possibili richieste.

TIROCINIO E PRATICA CLINICA COMPONENTI FONDAMENTALI DELLA FORMAZIONE IN MEDICINA CINESE E OMEOPATIA DELLA SCUOLA DELL'ISTITUTO PARACELSO

Lo statuto attuale della medicina cinese in Italia si sta configurando come una presenza che ha imboccato il percorso dell'accettazione sia negli ambiti sanitari pubblici regionali sia negli ambiti accademici. Gli accordi in corso tra il nostro Ministero della Salute e le strutture di riferimento in Cina, fanno ben sperare che in breve termine la figura professionale dell'agopuntore avrà un pieno riconoscimento e verrà definitivamente tracciato lo spazio ufficiale per le applicazioni di agopuntura e medicina cinese nelle strutture di sanità pubblica. Grande importanza riveste quindi in questo contesto la qualità della formazione professionale, che dovrebbe essere tenuta in grande considerazione dai soggetti formatori.

La possibilità di accedere a una didattica che poggi su una solida attività clinica e di ricerca, che permetta al discente di frequentare un ambiente clinico dove si è realmente a contatto con la pratica dell'agopuntura, dell'omeopatia e della medicina cinese e dove esista la possibilità concreta di poter effettuare tirocinio, risponde alle necessità primarie della formazione in queste discipline.

L'accompagnamento professionale del medico formato rappresenta una ulteriore necessità della quale una scuola deve farsi carico durante e dopo il puro percorso formativo.

Queste due necessità sono prioritarie nei percorsi formativi dell'Istituto "Paracelso" in virtù dell'importanza assegnata non solo alla preparazione teorica, ma anche alla pratica clinica, al tirocinio e all'avviamento professionale.

La pratica clinica e il tirocinio sin dal primo anno di corso sono aspetti essenziali della formazione nelle discipline del non convenzionale e lo spazio a loro assegnato ha determinato il successo crescente dell'attività formativa della Scuola dell'Istituto "Paracelso": medici in grado di gestire e di trovare la soluzione giusta ai problemi di salute che presentano i pazienti, in quei quadri patologici trattabili con le terapie non convenzionali

I corsi dell'Istituto Paracelso, *Corsi di Agopuntura e medicina cinese* in convenzione con l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Roma, *Master universitario di agopuntura* in convenzione con la I Facoltà di Medicina de la "Sapienza", *Corso di medicina omeopatica*, *Seminario sul Trattamento dell'obesità con la dietologia tradizionale cinese*, ed altri corsi monotematici oltre ad essere strutturati su solide basi teoriche, si giovano di una attività di tirocinio la cui programmazione può essere a misura delle necessità di ogni singolo discente che dal primo anno di corso è messo a contatto con un ambiente clinico dove si praticano full-time queste medicine. Questo è reso possibile dall'accesso per i discenti al "Centro Clinico Paracelso", poliambulatorio specializzato nelle discipline delle medicine non convenzionali.

Sulla scorta di trent'anni di attività didattica, l'Istituto Paracelso ha recentemente attivato delle specifiche esercitazioni di pratica clinica che completano il tirocinio. Tali esercitazioni prevedono la partecipazione del discente a visite mediche ex novo assistite da un tutor, in archi di tempo molto ampi. Tutte le fasi della visita, dalla raccolta dei dati, alla diagnosi e all'impostazione terapeutica, vengono ampiamente discusse in ogni singolo aspetto secondo le esigenze di apprendimento del discente.

Una formazione esaustiva, che parte dai dati concreti della patologia, che ha come obiettivo il raggiungimento da parte dei discenti di notevoli gradi di capacità operativa fin dai primi mesi di avvicinamento alle nuove discipline che spinge all'approccio pratico, permette di comprendere immediatamente quali elementi di apprendimento devono essere privilegiati, dopodiché diventa agevole fare propri ulteriori approfondimenti teorico-pratici avanzati.

In questa ottica tutti i corsi offrono la possibilità di apprendere semplici protocolli che possono essere facilmente impiegati fin dal primo anno di corso. I crediti formativi ECM vengono regolarmente richiesti per tutti i corsi.

Particolare interesse riveste il Seminario "Trattamento dell'obesità e dell'eccesso ponderale con la dietologia cinese tradizionale", che permette l'approfondimento rapido (week-end) di un protocollo e di un metodo di trattamento in grado di affrontare brillantemente il difficile ambito di questa allarmante patologia. Patologia alla quale anche l'Ordine dei Medici di Roma presta attenzione e per la quale ha organizzato, congiuntamente all'Istituto Paracelso, un corso di aggiornamento, finalizzato ad una disamina spassionata di diversi interventi possibili, provenienti sia dai sistemi medici occidentali che dai sistemi medici orientali.

Aldo Liguori
Direttore, Scuola dell'Istituto Paracelso
Coordinatore e docente del Master
di Agopuntura e MTC, Università "Sapienza", Roma

AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Corso quadriennale di formazione avanzata.

In convenzione con l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata di Roma



Inizio: 13 dicembre 2008.

Requisiti per l'ammissione: laurea in medicina.

Frequenza: mensile per le lezioni teoriche nei week-end.

Tirocinio assistito: dal primo anno del corso.

Programma didattico del Centro Internazionale di Formazione in Agopuntura dell'Istituto di Agopuntura, Accademia di MTC di Pechino.

Attestato di formazione: rilasciato, a superamento dell'esame di fine corso, dall'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata e dalla Scuola di Studi Superiori dell'Istituto Paracelso, permette l'iscrizione nei Registri di Agopuntura degli Ordini dei Medici.

ACCREDITAMENTO ECM.

La scuola cura l'avviamento del discente negli ambiti professionali e specialistici di specifico interesse.

Segreteria:

- Istituto Paracelso, Roma - Tel. 065816592 - Fax 065816348
- Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Settore Formazione, Tel. 0677053465, Fax 0677053276

OMEOPATIA

Corso triennale di medicina omeopatica.



Inizio: 31 gennaio 2009.

Requisiti per l'ammissione: laurea in medicina.

Frequenza: mensile per le lezioni teoriche nei week-end.

Tirocinio assistito: dal primo anno di corso.

Programma didattico: formazione avanzata per la pratica clinica omeopatica.

Attestato di formazione in Omeopatia: rilasciato a superamento dell'esame di fine corso è valido per l'iscrizione nei Registri di Omeopatia degli Ordini dei Medici.

ACCREDITAMENTO ECM.

Sede del corso: Lezioni teoriche presso l'Istituto Paracelso di Roma, pratica clinica presso il Centro Clinico Paracelso di Roma.

Per informazioni:

Istituto Paracelso, Roma
Tel. 065816592

SEMINARIO TEORICO-PRATICO

Obesità ed eccesso ponderale trattati con la dietetica tradizionale cinese.

L'Ufficio studi e ricerche dell'Istituto "Paracelso", in collaborazione con il Centro di Dietologia Tradizionale Cinese di Pechino, ha elaborato un metodo di trattamento dell'obesità e dell'eccesso ponderale di grande efficacia impostato secondo i criteri della Medicina Tradizionale Cinese.

Il metodo consiste nell'impiego di un modello integrato di Dietoterapia tradizionale cinese, Auricoloterapia, Omeopatia. Il Centro Clinico "Paracelso" dispone di una casistica di oltre mille casi, con un indice di efficacia superiore all'85% ed un tasso di abbandono della terapia non superiore al 20%. Il trattamento, che può prevedere più cicli, è finalizzato a rendere il peso stabile e definitivo in un contesto di riequilibrio funzionale e metabolico.



Date seminari

Roma	10 - 11 gennaio 2009 e 14 febbraio 2009 18 - 19 aprile 2009 e 23 maggio 2009
Bologna	13 - 14 dicembre 2008 e 7 febbraio 2009
Venezia	28 - 29 marzo 2009 e 23 maggio 2009
Orario:	Sabato 9,00 - 17,00 - Domenica 9,00 - 13,00



Scuola di Studi Superiori

Direttore Prof. Dott. Aldo Liguori

- Agopuntura - Moxibustione
- Medicina tradizionale cinese
- Tuina e tecniche manuali riabilitative e metodiche complementari di agopuntura
- Fitoterapia e farmacoterapia tradizionale cinese
- Attività psicomotorie
- Omeopatia

Il seminario è riservato ai medici e prevede la frequenza di un weekend, di mezza giornata di approfondimento e di 2 giornate di tirocinio pratico da concordare con i tutor.

Sono previsti seminari in altre sedi d'Italia.

Per informazioni: segreteria dell'Istituto Paracelso - Roma
Tel. 065816592 - Fax 065816348

"Noleggio a medio termine? lo risparmio con MeseRent."



Con il noleggio MeseRent di Budget Autonoleggio, il valore dura fino a primavera.

Viaggi di lavoro, spostamenti lunghi, bisogno di mobilità e di risparmio? Il noleggio **MeseRent** di Budget è la risposta alle tue esigenze. Perché rispetta il tuo budget, con tariffe fra le più convenienti del mercato, ma anche il tuo bisogno di flessibilità, perché sposa la convenienza Budget all'elasticità delle formule di noleggio a medio termine.

A partire da

389€



Economica 2p

A partire da

439€



Economica 4p

A partire da

709€



Compatta

A partire da

809€



Intermedia

*Inoltre, subito per te, uno sconto di **50€** sul tuo prossimo noleggio!*

Offerta valida fino al 15 marzo 2009. Termini e condizioni sono consultabili sul sito www.budgetautonoleggio.it

Budget.
Autonoleggio

50
1958-2008

Più valore al mio mondo.

Informazioni e prenotazioni
800budget (800283438)
www.budgetautonoleggio.it