



n. 2 2014
della

Giornale Medico TUSCIA



Attualità

Interviste

FNOMCeO

E.C.M.
Formazione e
aggiornamento

Mostre, Viaggi
Libri, Poesie,
Racconti

In questo numero:

**BIOETICA: “Problemi clinici ed etici
nelle infezioni da HIV”**

p. 4

**INTERVISTE: Le nuove realtà sanitarie
della Tuscia. Intervista al presidente
della SRL Villa Serena.**

p. 8

SOMMARIO

3 EDITORIALE

4 **Bioetica:**
Introduzione al corso ECM
su "Problemi clinici ed etici
nelle infezioni da HIV"
6-7 giugno 2014

8 **INTERVISTE: Le nuove realtà
sanitarie della Toscana.**
Intervista al presidente della
SRL Villa Serena.

16 **Il caso dell'inquinamento
da arsenico nelle acque ad uso
umano nell'Alto Lazio.**
Il problema ambientale,
il problema sanitario,
gli studi sulle popolazioni,
le leggi e gli interventi
necessari.

22 **Linee guida:**
**RACCOMANDAZIONE PER
LA COMUNICAZIONE AI
PAZIENTI DEGLI EVENTI
AVVERSI**

32 **La pagina del consulente**

36 **E.C.M**

38 **Colleghi in gamba**

40 **FNOMCEO**

48 **VIAGGI**

In copertina:
Azulejos, Lisbona

Progetto grafico e impaginazione:
Frasi di Silvia Cruciani



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VITERBO

Consiglio direttivo:

Dott. Antonio Maria Lanzetti	Presidente
Dott. Luciano Sordini	V. Presidente
Dott. Andrea Casella	Segretario
Dott. Giulio Maria La Novara (odont.)	Tesoriere
Dott. Bernardino Bernardini	Consigliere
Dott. Mario Gobattoni	Consigliere
Dott. Sandro Marenzoni	Consigliere
Dott. Claudio Picca	Consigliere
Dott. Mauro Rocchetti (odont.)	Consigliere
Dott. Luigi Trisciani	Consigliere
Dott. Enrico Zonghi	Consigliere

Commissione Odontoiatri:

Dott. Mauro Rocchetti	Presidente
Dott. Enrico Arelli	Componente
Dott. Giulio Maria La Novara	Componente
Dott. Stefano Pesaresi	Componente
Dott. Alfredo Riccardi	Componente

Revisori dei Conti

Dott. Domenico Caresta	Presidente
Dott. Andrea Leoncini	Componente
Dott. Luciano Meschini	Componente
Dott.ssa Miriam Galletti	Supplente

Direttore responsabile

Dott. Vincenzo Gasbarri

Responsabile scientifico e delle iniziative culturali

Dott. Riccardo Paloscia

Comitato di redazione

Dott. Riccardo Paloscia
Dott. Giulio Maria La Novara
Dott. Mario Gobattoni

EDITORIALE

C'è un'aria di rinnovamento nel nuovo corso politico, che coinvolge tutto il settore pubblico. Le riforme sono il presupposto essenziale senza il quale non si va da nessuna parte, l'economia ristagna nella palude dell'immobilismo e i nostri figli restano in attesa di una improbabile occupazione, maturando la pensione chissà'quando. Ma le riforme rischiano di compromettere alcune "conquiste" di numerose categorie che hanno creato sicuramente rendite di posizione ad alcuni professionisti a danno di cittadini che non possono reagire. E i professionisti non gradiscono.

Nel settore sanitario al momento non si rilevano proposte orientate al riordino dei rapporti tra medico e cittadino, a parte i tagli dei posti letto ospedalieri e le modifiche regionali ai ticket sulla specialistica. Ma se parlando con la gente comune emergono percezioni fortemente negative di alcuni aspetti strutturali della legislazione sanitaria da cui dipendono le lunghe attese negli studi dei medici di famiglia, le eccessive liste di attesa delle visite e della diagnostica specialistica, e il peso dell'intramoenia ospedaliera, che a caro prezzo offre risposte a problemi emergenti, allora c'è da preoccuparsi seriamente perché l'etica politica e professionale hanno assunto una veste vessatoria senza possibilità di cambiamento.

Eppure i colleghi meno giovani ricorderanno l'istituto dell'assistenza indiretta, praticata da enti statali e parastatali, che consentiva al paziente un rimborso dell'80% della parcella nel mese successivo a quello in cui era stata versata al medico. I vantaggi erano quelli dell'applicazione del principio della libera e sana concorrenza tra professionisti che premiava sicuramente i migliori, cioè quelli che si occupavano del paziente sotto l'aspetto umanistico oltreché professionale.

Ritengo pertanto che questa sia una via da poter percorrere senza logicamente escluderne altre, e sarebbero gradite proposte da parte dei colleghi.

dott. Riccardo Paloscia

“PROBLEMI CLINICI ED ETICI NELLE INFEZIONI DA HIV”.

Introduzione al Corso omonimo svoltosi presso la sede dell’OdM di Viterbo il 6 e 7 GIUGNO 2014

Subino Giovagnoli
Stefano Aviani Barbacci

*Un archetipo

L’infezione da HIV, per una serie di motivi che non si possono elencare qui, è divenuta il nuovo archetipo del disfacimento umano fin dal 1981 quando se ne incominciò a parlare, ma questa descrizione, anzi, narrazione, non è oggi rispondente alla realtà clinica che evolve a fatica, e tuttavia positivamente. Si diffuse allora un senso di paura, come quello che la Storia della medicina registra aver dominato i secoli andati con le famose epidemie.

*Il senso di colpa

Forse contribuisce ancora una volta a simili giudizi, la nostra condizione di finitudine e di naufragio esistenziale, che facilmente finisce per inarcarsi e declinare verso il senso di colpa, sebbene al riguardo, molti casi di malattia da HIV, a partire dall’AIDS, non si contraggono per esposizione volontaria al rischio.

*Una medicina ancora trionfalistica

Il malato cronico e per giunta infettivo, finisce per stancare l’umanità d’attorno, perché è simbolo di ciò che non possiamo risolvere del tutto, di ciò che spesso conduce alla debilitazione e alla morte, occupando la società nelle lunghe, dispendiose

cure. È stato sempre così, se già si può leggere in una commedia di Menandro (Lo Scudo, v. 432) che ci è giunta mutila, un verso riportato da Euripide (Oreste, v. 232),

“i malati diventano sgradevoli quando la loro situazione è disperata”. Aggiungiamo: “o ritenuta tale”.

*Il malato è sempre degno di cure

E’ superfluo ripetere che il livello di civiltà che ci contraddistingue, ci vieta di criminalizzare e stigmatizzare il soggetto malato o il sieropositivo; egli è comunque degno di assistenza e di rispetto come qualsiasi altro malato. La reazione emotiva può nondimeno procurarci inganno per una sorta di rifiuto inconscio, prima ancora di intraprendere il sentiero più giusto della prevenzione e di una certa educazione della coscienza civile.

*I Modelli

Tra il modello culturale liberistico e quello moralistico, vorremmo proporre un modello di umanesimo responsabile, mantenuto in un quadro di valori che mostri una gerarchia degli stessi. All’apice deve esserci sempre la persona, punto di riferimento della società e centro dell’ecosistema, per poter risolvere il



ripresentarsi di conflitti tra il bene sociale e il bene personale. Il primato della persona è plausibile anche in questo campo proprio perché richiede dal singolo individuo l'assunzione della responsabilità sociale.

***Il principio responsabilità**

Nel campo sanitario-assistenziale accanto all'autonomia e alla riservatezza del paziente è dunque necessario affiancare il principio di responsabilità, cui Hans Jonas ha dedicato una profonda e capillare riflessione. In tal modo, accanto alla protezione dell'individuo, occorre coinvolgere la comunità e le istituzioni per proteggere gli interessi comuni.

***Una dimensione etica della salute**

Si presenta inevitabilmente all'atten-

“... il livello di civiltà che ci contraddistingue, ci vieta di criminalizzare e stigmatizzare il soggetto malato o il sieropositivo; egli è comunque degno di assistenza e di rispetto come qualsiasi altro malato. La reazione emotiva può nondimeno procurarci inganno per una sorta di rifiuto inconscio...”

zione il problema di dover perseguire la salute senza che ci sia intoppo nel raggiungimento di un livello accettabile di moralità, perché esiste anche una dimensione etica della salute. Romano Guardini, ha già osservato da tempo che sebbene la salute fisica non si identifichi con il retto comportamento, pure la garanzia ultima del mantenimento di una certa sanità nel proprio corpo, sta nel porre ordine nel nostro mondo morale personale che presiede agli atti umani volontari.

***Il medico può rifiutarsi?
I Principi di Etica Medica Europea**

In questo quadro di riflessioni è già avvenuta una certa riscoperta dei valori insiti nella arte sanitaria e nelle nostre professioni. Dal momento che il nostro, è stato per lo più conosciuto

come “un esercito che non ammette defezioni”, come era scritto nella prefazione ad un libretto della Federazione degli Ordini dei medici tanti anni or sono, è ben ovvio che il medico in particolare non può rifiutarsi di curare il sieropositivo o il soggetto a rischio, sia pure con tutte le precauzioni del caso, mentre dall’altro versante, il paziente che sa di essere sieropositivo deve informarne colui che lo cura. In verità, se si leggono i Principi di Etica Medica Europea della Conferenza Internazionale degli Ordini dei Medici, vi leggiamo scritto che il medico potrebbe rifiutarsi di prestare le sue cure «salvo il caso di un paziente in immediato pericolo di vita».

***Gli Odontoiatri**

Furono gli Odontoiatri liberi professionisti americani ad avanzare il dilemma, perché in ambito pubblico la questione non si poneva. Ma una volta che si è dotati dei mezzi idonei e delle garanzie connesse proprio per il rapporto di fiducialità che contrassegna il rapporto medico-paziente, si trova rafforzato l’obbligo morale di non sottrarsi alla prestazione delle cure.

***Se ci sono le possibilità**

Anzi, una volta scelta una professione sanitaria, non ci si può astenere dall’intervenire in base alle effettive possibilità operative; ciò, per non imporre all’operatore inutili eroismi, perché non siamo più nella situazione dei medici ateniesi durante l’epidemia di peste del 430 a. C. secondo il racconto di Tucide.

***Ogni cittadino è responsabile della salute propria e altrui**

E ancora, se è vero che il paziente in questa particolare fattispecie non dovrà subire discriminazioni, come ricorda la legge 135/90 al comma 5,

“Il comportamento che apre la porta al rischio di infezione, nello stesso tempo diventa un onere per la società; ragione di più perché il soggetto che sa di essere sieropositivo o che si trovi nel dubbio di esserlo, una volta comprovato il caso, ha il dovere di proteggere i soggetti che possano risultare esposti a rischio.”

art. 5, è altresì innegabile che ogni cittadino è responsabile sia verso la propria salute che verso quella degli altri.

***Il soggetto ha il dovere di proteggere gli esposti a rischio**

Il comportamento che apre la porta al rischio di infezione, nello stesso tempo diventa un onere per la società; ragione di più perché il soggetto che sa di essere sieropositivo o che si trovi nel dubbio di esserlo, una volta comprovato il caso, ha il dovere di proteggere i soggetti che possano risultare esposti a rischio. Intanto la notevole tensione sociale in cui la famiglia dell’interessato viene a trovarsi richiede una vera tutela sociale con eventuali interventi territoriali, per il recupero e il reinserimento lavorativo o scolastico.

***In ambito lavorativo i problemi configurabili si possono schematizzare come segue:**

- 1) il rischio di infezione per un soggetto sano per la semplice presenza di sieropositivi;
- 2) lo stesso rischio in rapporto a particolari attività;
- 3) il possibile aggravamento del soggetto sieropositivo o malato;
- 4) il rischio per i compagni di lavoro o per gli utenti di un servizio.

***Non è giustificato lo screening obbligatorio**

Ad oggi non è stato ritenuto giustificato lo screening obbligatorio per l’HIV in sede di assunzione che anzi, è considerato eticamente inaccettabile. Sebbene il timore di essere giudicato spinga al silenzio il soggetto sieropositivo, in pratica non v’è motivo per arrivare ad un licenziamento. Il timore verso l’opinione pubblica può così fargli perdere occasione di sistemarsi in mansioni più protette e più adatte.

***Il Codice Internazionale di Etica per la Medicina del Lavoro**

Mancando norme etiche specifiche riguardanti -ad es.- l’AIDS, si deve ritenere che valgano anche in questo caso le stesse norme valide per ogni altra malattia, contenute nel Codice Internazionale di Etica per la Medicina del Lavoro (1992).

Esse sono:

- 1) la difesa della salute e del benessere sociale del lavoratore;
- 2) il rispetto della umana dignità;
- 3) la competenza professionale del medico del lavoro, che deve essere indipendente nell’eseguire i suoi compiti.

***In discussione il Segreto Professionale**

Tra i medici del lavoro vi era infatti discordanza circa il mantenimento del segreto professionale, e una metà di quelli contattati sosteneva la necessità di uno screening almeno

periodico per l'idoneità lavorativa riguardo al problema HIV.

Era la prima volta che si metteva in discussione il segreto professionale.

***Conflitto**

Il conflitto etico principale si pone in buona sostanza, tra la protezione della società, e quella del singolo, perché sono ambedue dei doveri.

Infatti, se da un lato si deve porre ogni attenzione per non discriminare o violare la privacy, dall'altro lato si deve evitare ad es. l'ideologizzazione dell'AIDS, perché non diventi una bandiera per ottenere speciali sovvenzioni, legittimazione di comportamento sessuale e civile, privilegi consistenti in leggi speciali, etc.

E soprattutto, è sempre più importante proteggere gli interessi comuni e gli operatori, oggi obiettivamente esposti, ma statisticamente non in modo preoccupante.

***Principio di Beneficialità v. Principio di Giustizia**

Se il principio di beneficialità esige dai sanitari le cure anche dei malati infettivi, la società deve però impegnarsi per limitare l'infezione e difendere i soggetti sani.

E se il principio di giustizia dunque obbliga il sieropositivo ad informare i curanti, per permettere loro di prevenire il contagio, da un lato occorre precisare cosa significhi rispetto della privacy, e dall'altro anche la deroga al segreto professionale per gli operatori, nel caso che debbano difendersi dal pericolo imminente di trasmissione.

***Privacy e deroga al segreto: Una sentenza**

C'è infatti a riguardo, una sentenza della Corte Costituzionale (23 mag-

*Principi che possono
configgere:
Protezione della società
versus
Protezione del singolo
*
Giustizia
versus
Beneficialità
*
Tutela della salute
versus
Autonomia
*
Deroga al
Segreto Professionale
per gli operatori
versus
Rispetto della Privacy*

gio-2 giugno 1994, n. 218), che ha espresso un giudizio di illegittimità costituzionale dell'art. 5, terzo e quinto comma della legge 135/90, sulla parte che non prevede accertamento dell'assenza di sieropositività in caso di infezione da HIV come condizione per l'espletamento di una attività che comporti rischi per gli altri.

***Principio di Autonomia v. Principio di Tutela della salute**

In buona sostanza, tra il principio di autonomia e di rispetto della libertà del singolo da un lato, e il principio di tutela della salute della popolazione, si vede come i problemi vadano risolti nell'ottica della centralità della persona umana, senza porre in contrasto il bene del singolo con il bene della società.

***L'esame anticorpale obbligatorio se il consenso è impossibile**

Fermo restando il Consenso informato, imprescindibile e dunque, già richiesto, secondo la legge 135/90 art. 5 e 6, l'esame anticorpale obbligatorio si giustifica eticamente se non resta da fare altro, quando cioè, è impossibile raccogliere il consenso, sia per salvaguardare l'interessato che i terzi esposti.

***Il Segreto Professionale, elemento critico**

Il Segreto professionale per la prima volta è diventato elemento critico: l'interesse sociale può esigere la rivelazione del segreto. Ma molti sieropositivi, per vergogna o perché l'ambiente non è tra i più favorevoli, tacciono.

***La scriminate per giusta causa e il Codice Deontologico**

La coscienza etica spingerebbe ad applicare l'art. 54 c.p. previsto per lo stato di necessità alla clausola della giusta causa. Ma anche il codice di Deontologia medica all'art. 9 finisce per demandare al medico la decisione se sia giusto rivelare il segreto o meno.

***Conclusione**

Ci auguriamo che questo corso essenziale, raggiunga l'obiettivo di chiarire tra noi le attuali possibilità di cura e di prevenzione, nel quadro della odierna normativa, e nell'ottica di una protezione estesa a tutti con impegno diadico, tra ambedue le parti: il singolo e la società. Perché le professioni sanitarie si trovano lì in mezzo, rivestite all'inizio di paramenti quasi sacerdotali, e talora, più tardi, della pelle del capro espiatorio.

Viterbo, li 06.06.2014

Le nuove realtà sanitarie della Toscana.

Intervista al presidente della SRL Villa Serena.



D. *Il costante aumento della popolazione anziana nel nostro Paese ha dato vita alla nascita di strutture socio sanitarie molto diverse da quelle del passato, quali Case di Riposo e Lungodegenze, che si caratterizzavano come luoghi di accoglienza per persone sole parzialmente autosufficienti o non autosufficienti, dotati di risorse umane e strumentali inadeguate alle esigenze sempre più crescenti di trattamenti sanitari e sociali diretti al miglioramento della qualità della vita. Che cosa è cambiato negli ultimi anni e attraverso quali modifiche si è giunti alle nuove realtà socio assistenziali?*

R. Il numero delle persone oltre gli 80 anni cresce in progressione geometrica e secondo la Commissione Europea entro il 2050 aumenterà del 170% con grandi implicazioni in ogni settore; occorre pertanto prepararsi a soddisfare una maggiore domanda di assistenza adattandone i sistemi. La sfida fondamentale è promuovere

un invecchiamento dei cittadini sano e attivo perché più anni in buona salute significa migliore qualità della vita e maggiore indipendenza e possibilità di rimanere attivi. Il legislatore, in ogni caso, è intervenuto ripetutamente negli ultimi 15 anni per assicurare alle persone anziane ricoverate nelle Case di Riposo e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) non solo i trattamenti terapeutici da parte della medicina di base, ma anche e soprattutto l'applicazione delle attività multidisciplinari in passato trascurate o quasi assenti, che hanno consentito un salto di qualità di grande rilievo. Ci riferiamo, in particolare, alla fisioterapia, alla terapia occupazionale, al sostegno psicologico, alla rieducazione cognitiva, alla stimolazione sensoriale che, nella forma di veri e propri "staff", dopo aver esaminato ciascun ospite nell'ambito di un Piano di Assistenza Individuale (PAI), lo coinvolgono in un processo globale di assistenza capace di mantenere lo stato di salute rilevato all'ingresso e di ostacolarne la regressione.

D. *Com'è articolata la Srl Villa Serena?*

R. Gestire il vecchio non significa, ovviamente, ritardarne la morte bensì ridurne la malinconia e la rinuncia alla vita attraverso la riprogettazione di una qualsiasi aspettati-

Di seguito le attività settimanali presso Villa Serena

LUNEDÌ							
ORARI	SALONE	CUCINA DOMOTICA	BIBLIOTECA	SALA CINEMA	VERANDA	PALESTRA	SALA COMPUTER
8.30	8.30/9.30 GIORNALE PARLATO GIORNALISTA: 20 OSPITI CdR						
9.00							
9.30		9.30-11.30 ATTIVITÀ CREATIVE EDUCATORE/ ANIMATORE: 15 OSPITI RSA	9.30-11.30 ATTIVITÀ CREATIVE EDUCATORE/ ANIMATORE: 15 OSPITI RSA				
10.00	9.30-10.45 GIOCHI EDUCATORE/ ANIMATORE: 10 OSPITI CdR, 10 RSA						
10.30							
11.00	10.45-11.30 FISIOANIMAZIONE TERAPISTA OCCUPAZ. 20 OSPITI CdR					11.00-11.45 TERAPIA DI GRUPPO FISIOTERAPISTA	
11.30							
12.00							
12.30							
13.00							
13.30							
14.00							
14.30							
15.00							
15.30				15.45-16.30 AUDIOLIBRO PERSONALE AMMINISTRATIVO: 10 OSPITI CdR E 10 OSPITI RSA			16.00-17.00 INFORMATICA
16.00							
16.30							
17.00							
17.30							
SALA MEDICO RESPONSABILE: SKYPE TUTTI I GIORNI - ORARIO SECONDO NECESSITÀ - EDUCATORE/INFERMIERE							

va. Villa Serena, società a gestione mista pubblico-privata, rappresentata per il 51% dal Comune di Montefiascone e per il 49% da GERESS, che fa capo a soggetti esperti del settore, è impegnata da circa 10 anni nella conduzione della RSA e della Casa di Riposo Comunale, entrambe accreditate e certificate ISO-9000, e opera su 200 di cui 80 RSA e oltre 100 Casa di Riposo. Le attività di carattere socio-assistenziale svolte nella struttura rispondono ai requisiti richiesti dalla normativa vigente e hanno subito nel tempo una evoluzione orientata al miglioramento continuo della qualità, finalizzato non solo al mantenimento nelle migliori condizioni di salute degli ospiti ma anche allo sviluppo degli interventi di socializzazione e di attivazione sensoriale che implementano la qualità della vita delle perso-

*“...sono già attivi
laboratori che vengono
svolti negli spazi
comuni, quali la cucina
domotica, la biblioteca,
la sala cinema, la
 falegnameria, il giardino
sensoriale, il salone
della casa di Riposo
ecc....”*

ne appartenenti alla terza età, opponendosi ad ogni forma di emarginazione e di isolamento, come talora si registra in strutture meno aderenti ai principi ispiratori della difesa dei diritti della persona anziana. La formazione continua del personale e l'organizzazione hanno consentito di raggiungere buoni livelli di efficienza-efficacia attraverso la realizzazione di progetti specifici individuali e di gruppo posti in opera sulla base delle linee guida dell'OMS, delle teorie scientifiche e degli approcci della Teoria biopsicosociale e della psicologia clinico-cognitiva, che trovano fondamento sul concetto di salute come “Lo stato psicofisico individuale e la situazione ambientale e di convivenza che consente una compiuta realizzazione della persona umana in sé stessa e nei rapporti con gli altri”.

MARTEDÌ							
ORARI	SALONE	CUCINA DOMOTICA	BIBLIOTECA	SALA CINEMA	VERANDA	PALESTRA	GIARDINO
8.30	8.30/9.30 GIORNALE PARLATO GIORNALISTA: 20 OSPITI CdR						
9.00							
9.30		9.30-11.30 CUCINA EDUCATORE/ ANIMATORE: 15 OSPITI CdR	9.30-12.00 FILM 10 OSPITI CdR 10 OSPITI RSA				
10.00							
10.30	9.30/10.45 KARAOKE/MUSICA EDUCATORE/ANIMATORE 30 OSPITI CdR/RSA						
11.00	10.45-11.30 FISIOANIMAZIONE						
11.30	TERAPISTA OCCUPAZ. 20 OSPITI CdR						
12.00							
12.30							
13.00							
13.30							
14.00							
14.30							
15.00			15.00/18.00 CORO CAPOSALA CdR 3 OSPITI RSA 14 OSPITI CdR	15.00/17.00 PALESTRA PER LA MENTE PSICOLOGA 5 OSPITI RSA 5 OSPITI CdR			
15.30							
16.00							
16.30							
17.00							
17.30					16.30/18.00 ORTICOLTURA EDUCATORE 5 OSPITI RSA 5 OSPITI CdR		
SALA MEDICO RESPONSABILE: SKYPE TUTTI I GIORNI - ORARIO SECONDO NECESSITÀ - EDUCATORE/INFERMIERE							

D. Qual è il progetto aziendale?

R. L'aspettativa di vita, l'aumento demografico della popolazione anziana e il cambiamento dei bisogni di salute inducono alla ricerca di modelli organizzativi assistenziali e culturali per migliorarne la qualità della vita. Le finalità quindi sono quelle di offrire adeguate prestazioni assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale, sulla base delle più moderne tecniche e teorie scientifiche, in un'ottica di Prevenzione, Mantenimento e Sviluppo delle capacità psicofisiologiche, sensomotorie e sociali della persona, vista e considerata in modo olistico, globale e interdisciplinare, secondo gli indirizzi dell'OMS e in conformità con la Mission aziendale e con la normativa posta in essere dal DLg 8, e di rag-

“Le RSA sono state concepite come centri residenziali per persone non autosufficienti che non necessitano di ricovero ospedaliero ma che per il case-mix assistenziale non possono essere mantenuti al proprio domicilio, anche se stabilizzati dalla medicina ospedaliera...”

giungimento degli obiettivi attraverso il principio di promozione del benessere e della qualità della vita durante tutto il periodo di permanenza nella struttura ospitante.

Tali principi sottolineano l'importanza e l'utilità di creare un ambiente unico d'incontro che realizzi il giusto raccordo tra necessità organizzative e ottimizzazione dell'offerta assistenziale onde ristabilire ritmi utilitaristici e mirati alla soddisfazione personale per trasformare una giornata apaticamente attesa in una vissuta.

D. Cosa è stato realizzato fino ad oggi?

R. La persona anziana viene posta nelle condizioni di esprimersi al meglio in ciò che sa e vuole fare, e viene aiutata nelle attività che non riesce a compiere autonomamente.

MERCOLEDÌ							
ORARI	SALONE	CUCINA DOMOTICA	BIBLIOTECA	SALA CINEMA	VERANDA	PALESTRA	SALA COMPUTER
8.30	8.30/9.30 GIORNALE PARLATO						
9.00	GIORNALISTA: 20 OSPITI CdR						
9.30							
10.00	9.30/10.45 CINEFORUM	9.30-11.30 ATTIVITÀ CREATIVE EDUCATORE/ ANIMATORE: 15 OSPITI RSA					
10.30	EDUCATORE/ANIMATORE 20 CdR E 20 RSA						
11.00	10.45-11.30 FISIOANIMAZIONE TERAPISTA OCCUPAZ. 20 OSPITI CdR					11.00-11.45 TERAPIA DI GRUPPO FISIOTERAPISTA	
11.30							
12.00							
12.30							
13.00							
13.30							
14.00							
14.30							
15.00							
15.30				15.45-16.30 AUDIOLIBRO PERSONALE			
16.00			16.00-17.00 DECOUPAGE EDUCATORE 5 OSPITI RSA 5 OSPITI CdR	AMMINISTRATIVO: 10 OSPITI CdR E 10 OSPITI RSA			16.00-17.00 INFORMATICA
16.30							
17.00							
17.30							
SALA MEDICO RESPONSABILE: SKYPE TUTTI I GIORNI - ORARIO SECONDO NECESSITÀ - EDUCATORE/INFERMIERE							

Villa Serena ha svolto fino ad oggi un percorso finalizzato a:

- Contrastare il grado di decadimento cognitivo e il deterioramento della malattia sostenendo, sollecitando e incrementando le capacità cognitive, sensomotorie e mnemoniche, attraverso il continuo rapporto con l'esterno, fornito dai media tradizionali (TV) e dal confronto diretto con operatori dedicati (progetti attivi: giornale parlato e redazione interna di settimanale o mensile con giornalista, palestra per la mente diretta da psicologa).
- Favorire i processi di socializzazione e di comunicazione mediante attività ludico-creative-riabilitative e con l'intervento di reti di supporto già esistenti integrate da gruppi sociali e religiosi di mutuo aiuto (progetti attivi: laboratorio musicale e

coro, cineteca, audiolibro, lettura interattiva, sala computer e relazione di aiuto SKYPE per la comunicazione diretta in video tra ospiti e parenti, cucina, attività creative tra cui la realizzazione di libri di poesie, di ricette del passato e di storie raccontate dagli anziani, falegnameria, orticoltura, decoupage.

Nel 2013 Villa Serena ha incrementato le attività sopra descritte con l'intervento esterno programmato di:

- Animatori
- Duo Canoro
- Corale di Santa Margherita
- Banda di Montefiascone
- Coro Alpino
- Spettacoli teatrali dei Lyons Club
- Incontri con i bambini della Scuola
- Elementare Golfarell
- Merende con i parenti degli ospiti

- Sante messe straordinarie
- Incontri con il Centro Anziani

Sono stati elaborati 3 volumi dai seguenti contenuti:

- Libro di ricette tradizionali
- Libro per la festa della mamma
- Libro di filastrocche, con erbe officinali e rimedi per la salute

- Proseguire i piani individuali e collettivi (previsti dalla normativa e già in atto) di riabilitazione fisica e di terapia occupazionale individuale e di gruppo, compresa la ginnastica dolce, diretti alla prevenzione degli eventi avversi e al recupero delle funzioni non adeguatamente stimolate, al fine di ostacolare la sindrome da immobilizzazione (progetti attivi: utilizzazione del giardino sensoriale (forse il più bello del Lazio), cura diretta

GIOVEDÌ							
ORARI	SALONE	CUCINA DOMOTICA	BIBLIOTECA	SALA CINEMA	VERANDA	PALESTRA	GIARDINO
8.30	8.30/9.30 GIORNALE						
9.00	PARLATO						
9.30	GIORNALISTA: 20 OSPITI CdR						
10.00	9.30-10.45 GIOCHI EDUCATORE/ ANIMATORE: 10 OSPITI CdR, 10 RSA	9.30-11.30 CUCINA EDUCATORE/ ANIMATORE: 15 OSPITI CdR		9.30-12.00 FILM 10 OSPITI CdR 10 OSPITI RSA			
10.30							
11.00	10.45-11.30 FISIOANIMAZIONE TERAPISTA OCCUPAZ. 20 OSPITI CdR						
11.30							
12.00							
12.30							
13.00							
13.30							
14.00							
14.30							
15.00							
15.30							
16.00					16.00-17.00 FALEGNAMERIA OPERAIO 5 OSPITI CdR 5 OSPITI RSA		
16.30							16.30/18.00 ORTICOLTURA EDUCATORE 5 OSPITI RSA 5 OSPITI CdR
17.00							
17.30							
SALA MEDICO RESPONSABILE: SKYPE TUTTI I GIORNI - ORARIO SECONDO NECESSITÀ - EDUCATORE/INFERMIERE							

delle essenze arboree installate, sistemazione dei fiori e raccolta di frutti ed erbe aromatiche già esistenti, quali rose, ortensie, fragole, menta, rosmarino, melissa ecc.).

- Garantire un rapido inquadramento dei fattori di rischio e pronto intervento in caso di necessità attraverso un sistema di controllo con guardia medica interna h 24, tra l'altro regolarmente funzionante (progetto in corso di attivazione: cartella clinica informatizzata contenente un lungo elenco di diagnosi possibili secondo ICD9 CM e di rischi correlati per ciascuna di esse, appositamente elaborati al fine di sensibilizzare, prevenire e rendere più agevoli gli interventi medico-infermieristici sugli ospiti.

- Garantire gli accessi agli spazi collettivi presenti nella struttura dei gruppi di ospiti selezionati per la par-

tecipazione ai numerosi laboratori esistenti, nel rispetto dell'utilizzazione del personale di assistenza e riabilitativo in quota proporzionale al numero di ospiti occupanti tali spazi, proveniente dalla RSA e dalla casa di Riposo. L'organizzazione dei singoli e dei gruppi per le diverse attività è sancita dalla valutazione multidisciplinare con riferimento alle figure dello psicologo, dell'assistente sociale, degli educatori e dei terapisti della riabilitazione per le attività ricreativo-sociali e occupazionali.

D. *Le attività istituzionali svolte a Villa Serena sono integrate da iniziative tese a creare veri e propri laboratori?*

R. Certamente, sono già attivi laboratori che vengono svolti negli spazi comuni, quali la cucina domotica, la

biblioteca, la sala cinema, la falegnameria, il giardino sensoriale, il salone della casa di Riposo ecc. Il progetto futuro è quello di integrare tali attività nel territorio, aprendo le porte di Villa Serena ai cittadini anziani che lo desiderano e che potrebbero accedere dal proprio domicilio o dai centri diurni per combattere noia, tristezza e solitudine. Abbiamo predisposto questo schema dell'esistente e contestualmente di ulteriori progetti quali quello dell'apertura della sala informatica e di altre attività dirette ai cittadini, attraverso un protocollo d'intesa con l'Università Popolare di Viterbo (architettura medievale e rinascimentale, viticoltura, enologia e olivicoltura della Toscana, corsi di Inglese, informatica, disegno, fotografia, club di ricamo, Yoga, comunicazione non verbale).

VENERDÌ							
ORARI	SALONE	CUCINA DOMOTICA	BIBLIOTECA	SALA CINEMA	VERANDA	PALESTRA	SALA COMPUTER
8.30	8.30/9.30 GIORNALE PARLATO						
9.00	GIORNALISTA: 20 OSPITI CdR						
9.30							
10.00	9.30/10.45 KARAOKE/MUSICA	9.30-11.30 ATTIVITÀ CREATIVE EDUCATORE/ ANIMATORE: 15 OSPITI RSA	9.30-11.30 LETTURA INTERATTIVA EDUCATORE/ ANIMATORE: 5 OSPITI RSA 5 OSPITI CdR				
10.30	EDUCATORE/ANIMATORE 30 OSPITI CdR/RSA						
11.00	10.45-11.30 FISIOANIMAZIONE TERAPISTA OCCUPAZ. 20 OSPITI CdR					11.00-11.45 TERAPIA DI GRUPPO FISIOTERAPISTA	
11.30							
12.00							
12.30							
13.00							
13.30							
14.00							
14.30							
15.00							
15.30			15.00/17.00 PALESTRA PER LA MENTE PSICOLOGA 5 OSPITI RSA 5 OSPITI CdR	15.45-16.30 AUDIOLIBRO PERSONALE AMMINISTRATIVO: 10 OSPITI CdR E 10 OSPITI RSA			
16.00							16.00-17.00 INFORMATICA
16.30							
17.00							
17.30							
SALA MEDICO RESPONSABILE: SKYPE TUTTI I GIORNI - ORARIO SECONDO NECESSITÀ - EDUCATORE/INFERMIERE							

Ciò si configura come un'apertura alle esigenze dei cittadini ricoverati di mantenere la propria identità socio-culturale con la partecipazione di realtà territoriali che agiscono da supporto tecnico e attraverso l'incontro con persone anziane ancora abili e bisognose di evitare l'isolamento nelle proprie case anche se assistite dal badantato. Occorre tempo per raggiungere gli obiettivi di integrazione previsti, è necessaria la partecipazione attiva delle forze sociali presenti nel territorio, congiuntamente all'intervento dei comuni di provenienza dei cittadini. Abbiamo fiducia nella comprensione e in una rapida attivazione di tali realtà.

D. Quali sono le difficoltà gestionali di Villa Serena sotto il profilo sociosanitario?

R. Le RSA (Residenze Sanitarie

“Abbiamo dotato la struttura di un sistema di guardia medica interna h 24 al fine di evitare il ricorso a quella esterna e di monitorare quanto più possibile i cambiamenti dello stato di salute...”

Assistite) sono state concepite come centri residenziali per persone non autosufficienti che non necessitano di ricovero ospedaliero ma che per il case-mix assistenziale non possono essere mantenuti al proprio domicilio, anche se stabilizzati dalla medicina ospedaliera o territoriale. Ogni volta che si manifesta instabilità clinica e rischio elevato per la salute, gli ospiti debbono di nuovo essere ricoverati in ambiente specializzato ospedaliero per il tempo necessario a ristabilizzarli. Il compito della RSA è quello di mantenere le condizioni di stabilità per quanto possibile, poiché si tratta di patologie in genere fortemente o mediamente invalidanti, che debbono essere controllate costantemente al fine di evitare la regressione. Tale compito viene svolto dai medici di famiglia e dallo staff (infermieri, fisioterapisti,

SABATO							
ORARI	SALONE	CUCINA DOMOTICA	BIBLIOTECA	SALA CINEMA	VERANDA	PALESTRA	SALA COMPUTER
8.30							
9.00							
9.30							
10.00	10.00/11.00 SANTA MESSA						
10.30							
11.00	11.00/11.30 FISIOANIMAZIONE TERAPISTA OCCUPAZ. 20 OSPITI CdR						
11.30							
12.00							
12.30							
13.00							
13.30							
14.00							
14.30							
15.00							
15.30							
16.00							
16.30							
17.00							
17.30							
SALA MEDICO RESPONSABILE: SKYPE TUTTI I GIORNI - ORARIO SECONDO NECESSITÀ - EDUCATORE/INFERMIERE							

terapisti occupazionali, psicologi, dietologi) con la partecipazione del Medico Responsabile, che esercita funzioni di Direzione Sanitaria. Si tratta quindi di una struttura complessa, che non possiede i requisiti tecnologici peculiari della realtà ospedaliera, ove diagnostica di laboratorio o d'immagine sono di rapida e dirimente esecuzione, e la specialistica a portata di mano, per cui il rapporto con l'esterno è spesso difficile e laborioso, e comporta un continuo tour de force del personale infermieristico e di quello tecnico che debbono predisporre appuntamenti e trasporto per esami diagnostici e visite specialistiche o acquisizione dei farmaci mediante contatti telefonici continui e a volte stressanti, e quasi sempre senza il conforto di corsie preferenziali, salvo eccezioni dovute a conoscenze perso-

nali. I decreti istitutivi delle RSA non prevedono, tra i requisiti tecnici, il possesso di strumenti diagnostici anche semplici per il laboratorio o per la diagnostica d'immagine quali ecografi portatili o apparecchiature per eseguire radiografie a letto. Per cui un sospetto di broncopolmonite deve essere confermato obbligatoriamente mediante trasporto in struttura ospedaliera o convenzionata esterna. I rischi per gli ospiti aumentano in presenza di focolai epidemici anche per la difficoltà ad ottenere diagnosi rapide, e gli ospiti rischiano ricoveri che i parenti quasi sempre non desiderano, stante il miglior conforto alberghiero e la più consistente presenza di personale di assistenza diretta. Abbiamo dotato la struttura di un sistema di guardia medica interna h 24 al fine di evitare il ricorso a quella esterna e di monitora-

re quanto più possibile i cambiamenti dello stato di salute, e abbiamo nominato gli infermieri Case manager di gruppi di ospiti che sono seguiti in modo ancora più approfondito.

È in corso, infine, per il miglioramento continuo della qualità per il 2014, il Progetto BOLLINO ROSSO, che consente di monitorare anche il rischio di danni da farmaci attraverso l'apposizione del bollino su ogni scatola di farmaco che comporta particolari rischi di effetti avversi e che richiama una maggiore attenzione da parte dell'infermiere al momento della preparazione dei farmaci. Auspichiamo una rapida attivazione delle Case della Salute, che dovrebbero garantire percorsi sanitari efficaci e in grado di ridurre gli affollamenti del Pronto Soccorso ospedaliero.



Il caso dell'inquinamento da arsenico nelle acque ad uso umano nell'Alto Lazio. Il problema ambientale, il problema sanitario, gli studi sulle popolazioni, le leggi e gli interventi necessari.

Dottorressa Antonella Litta

Medico di medicina generale- Fimmg-Viterbo

Referente dell'Associazione italiana medici per l'ambiente - Isde (International Society of Doctors for the Environment)

e-mail: isde.viterbo@gmail.com

Il presente articolo riproduce alcuni temi della relazione presentata nell'ambito del primo corso sul tema "Ambiente e salute: un rapporto indissolubile. Le patologie ambientali e il caso dell'inquinamento da arsenico nelle acque ad uso umano", svoltosi sabato 24 maggio 2014 presso l'Aula Magna dell'Ordine dei Medici di Viterbo.

Il problema ambientale

L'Arsenico, simbolo chimico As, è un elemento molto diffuso e presente nella struttura geologica terrestre, è un semimetallo o metalloide in quanto possiede proprietà intermedie tra quelle dei metalli e quelle dei non metalli.

Il territorio dell'Alto Lazio, anche a causa della sua origine geologica, presenta acque sotterranee e superficiali utilizzate per consumo umano con concentrazioni elevate di Arsenico, Fluoro e Vanadio che superano i limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge e gli obiettivi di qualità indicati per le acque ad uso potabile.

In epoca industriale la presenza dell'Arsenico nell'ambiente è stata notevolmente incrementata da attività antropiche in particolare attraverso

la combustione del carbone e di altri combustibili di derivazione fossile.

Centrali elettriche alimentate a carbone, a gas, ad olio combustibile e a biomasse, fonderie, cementifici, traffico veicolare ed aereo, incenerimento dei rifiuti e l'uso di pesticidi e fitofarmaci in agricoltura, hanno contribuito e contribuiscono alla diffusione di questo elemento nell'aria, nei terreni e nelle acque.

La centrale riconvertita a carbone di Torre Valdaliga Nord a Civitavecchia e quella ad olio combustibile di Montalto di Castro, contribuiscono con le loro emissioni all'aumento del quantitativo di Arsenico nell'aria e quindi per ricaduta anche nel territorio dell'Alto Lazio.

Inoltre gli sversamenti illegali di rifiuti tossici e la contaminazione di corpi idrici con percolato, proveniente da discariche non a norma o del tutto abusive, possono incrementare la presenza di Arsenico nei terreni e nelle falde acquifere.

Questa immissione e diffusione nell'ambiente dell'Arsenico altera gli ecosistemi e contamina la catena alimentare. Gli esseri umani possono essere esposti all'Arsenico principalmente

attraverso l'assunzione di acqua, dove esso è presente in forma inorganica: sia come Arsenico trivalente (As III) che Arsenico pentavalente (As V), ma anche tramite l'aria, le bevande, gli alimenti (principalmente con l'assunzione di pesce, molluschi, crostacei, carne, pollame, alghe e derivati, cereali e derivati, riso e derivati, verdure).

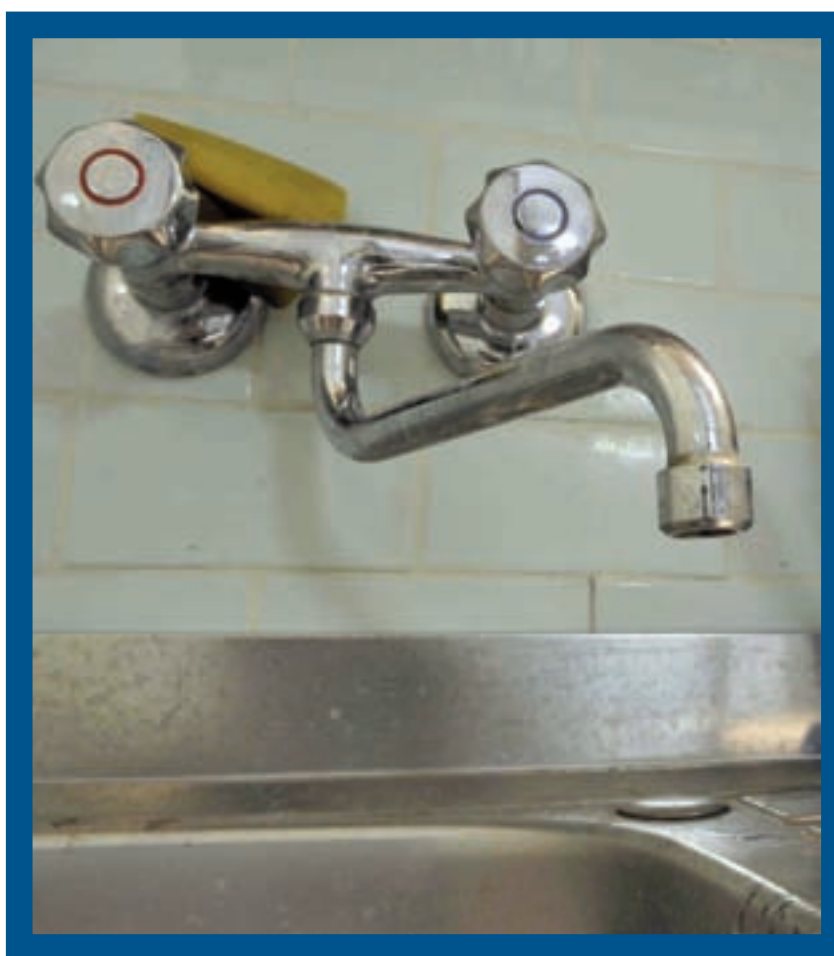
L'esposizione delle persone all'Arsenico può avvenire anche durante comuni attività come il lavarsi e il nuotare.

Gli effetti sulla salute derivanti dall'esposizione cronica all'Arsenico

L'Arsenico è classificato da decenni dall'Agenzia internazionale di ricerca sul cancro (I.A.R.C.) come elemento cancerogeno certo di classe I e posto in diretta correlazione con molte patologie oncologiche e in particolare con il tumore del polmone, della vescica, del rene e della cute; una consistente documentazione scientifica lo correla anche ai tumori del fegato e del colon. Sempre l'assunzione cronica di questo elemento tossico e cancerogeno, è indicata anche quale responsabile di patologie cardiovascolari; neurologiche; diabete di tipo 2; lesioni cutanee; disturbi respiratori; disturbi della sfera riproduttiva e malattie ematologiche. Le problematiche sanitarie e ambientali determinate dall'arsenico sono ben note e sono costante oggetto di studi e ricerche; sul sito on-line di una delle più importanti biblioteche mediche internazionali "PubMed" (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), digitando "arsenic drinking water" sono presenti, al maggio 2014 ben 2298 pubblicazioni scientifiche.

Gli effetti dell'Arsenico sull'epigenoma cellulare potrebbero spiegare i meccanismi di cancerogenicità di questo elemento e questi effetti avvalorano la tesi che anche dosi ridottissime di Arsenico (al di sotto dei valori soglia attualmente raccomandati) possono esercitare effetti negativi sulla salute. L'azione cancerogena e pro-cancerogena dell'Arsenico come di altri metalli è stata finora indagata essenzialmente in ambito tossicologico, privilegiando lo studio dei meccanismi genotossici (mutageni) diretti e indiretti (produzione di radicali liberi).

E' importante sottolineare come la cancerogenesi da Arsenico e da metal-



li in genere rappresenti invece un esempio ideale per introdurre i nuovi modelli "epigenetici" di cancerogenesi, basati sull'esposizione continua a quantità minimali di agenti epi-genotossici, in grado di indurre in varie popolazioni cellulari uno stato di stress genomico persistente e, per questa via, una condizione di flogosi cronica, con progressiva attivazione di specifiche pathways cellulari, favorenti la trasformazione del tessuto in senso neoplastico.

L'ipotesi più accreditata è che l'Arsenico possa agire come promotore tumorale attraverso la produzione di ROS (Radicali liberi dell'Ossigeno) e l'attivazione e/o ipersecrezione di citochine pro-infiammatorie e fattori di crescita.

Tuttavia, l'Arsenico potrebbe esercitare la sua azione cancerogena anche attraverso meccanismi epigenetici, che determinano ipometilazione del DNA (la deplezione di gruppi metilici potrebbe essere dovuta al fatto che l'Arsenico deve essere continuamente

metilato). I possibili meccanismi di cancerogenicità comprendono: genotossicità diretta, stress ossidativo, co-cancerogenesi, inibizione dei sistemi di riparazione del DNA, la promozione della proliferazione cellulare, ma anche alterazioni della trasduzione del segnale e alterata metilazione del DNA. L'esposizione cronica all'Arsenico è indicata inoltre da numerosissimi studi scientifici anche quale responsabile di patologie cardiovascolari (in particolare della "malattia del piede nero -black foot disease-" per compromissione della vascolarizzazione periferica, infarto del miocardio, ictus, coronaropatie etc.); patologie neurologiche e neurocomportamentali; diabete di tipo 2; lesioni cutanee (iperpigmentazione ed ipopigmentazione, cheratosi, melanosì); disturbi respiratori; disturbi della sfera riproduttiva e malattie ematologiche. E' importante considerare che nel metabolismo dell'Arsenico e quindi nel rischio di malattia da esposizione all'Arsenico, gioca un ruolo importan-

“È stata dimostrata l'associazione significativa tra l'esposizione ad elevati valori di Arsenico inorganico e diabete di tipo 2; studi sperimentali hanno mostrato che l'Arsenico è in grado di inibire la produzione e secrezione dell'insulina e la tolleranza al glucosio, nonché di modificare l'attività del recettore nucleare per i glucocorticoidi.”

te anche la diversa suscettibilità individuale determinata dalla presenza di particolari polimorfismi che codificano enzimi coinvolti nel processo di metilazione dell'Arsenico.

Un aspetto emergente e sempre più studiato della tossicità dell'Arsenico è inoltre quello relativo alla sua azione quale Endocrine Disruptor (EDCs), termine corrispondente all'italiano interferente endocrino (IE).

Gli interferenti endocrini (IE) sono un gruppo eterogeneo di sostanze e miscele di sostanze che interferiscono sul normale funzionamento del sistema endocrino umano e su quello di molteplici organismi quali: pesci, foche, uccelli, rettili, anfibi, primati e persino invertebrati. L'azione di interferenza endocrina può determinare un aumento o una riduzione della quantità di ormone prodotta e della sua attività metabolica e un'azione appunto d'interferenza tra l'ormone e il legame con i suoi recettori.

Gli interferenti endocrini dotati di potenzialità mimetiche e in grado di interagire con recettori di membrana e nucleari e, quindi, direttamente o

indirettamente, con i (co)fattori di trascrizione, modificando l'espressione genica e, nel lungo termine, l'assetto (epi)genetico di cellule, tessuti, organismi, ecosistemi.

E' stata dimostrata l'associazione significativa tra l'esposizione ad elevati valori di Arsenico inorganico e diabete di tipo 2; studi sperimentali hanno mostrato che l'Arsenico è in grado di inibire la produzione e secrezione dell'insulina e la tolleranza al glucosio, nonché di modificare l'attività del recettore nucleare per i glucocorticoidi. Altri studi evidenziano come l'esposizione all'Arsenico durante la gravidanza (questo elemento attraversa la barriera placentare) può causare dei cambiamenti nell'espressione genica del feto che possono determinare la comparsa di gravi patologie, anche di tipo neurocognitivo, nel corso della vita e anche a decenni di distanza dall'esposizione materna.

E' inoltre estremamente importante considerare la possibile interazione e sinergia tra le diverse sostanze tossi-

che e cancerogene che oltre all'arsenico possono essere riscontrate nell'acqua. Il Vanadio, il Selenio, il Fluoro, i metalli pesanti ed elementi radioattivi, i pesticidi, i fitofarmaci, le diossine, i sottoprodotti della disinfezione dell'acqua per clorazione, batteri, virus, parassiti, alghe e le microcistine prodotte da particolari tipi di alghe e cianobatteri (come nel caso del *Plankthotrix rubescens*, detto anche alga rossa, presente nel lago di Vico) etc.; tutti questi elementi possono determinare rischio e danno alla salute con molteplici meccanismi di interazione ed amplificazione diversi da quello della sola e semplice sommazione. E' del tutto evidente quindi che il fondamento di una vera prevenzione primaria ha come presupposto necessario quello di evitare o ridurre al minimo possibile l'esposizione agli agenti causali di malattia e nel caso specifico all'arsenico.

Le leggi vigenti

Proprio al fine di ridurre l'esposizione





“Le popolazioni esposte, in particolare quelle dell’Alto Lazio, hanno subito, in questi anni, un grave danno in termini di rischio di malattia per patologie correlate all’esposizione cronica all’arsenico, come documentato anche da studi scientifici effettuati tra i cittadini residenti nel viterbese.”

all’arsenico il Decreto Legislativo 31/2001, in recepimento della Direttiva europea 98/83, fissa il limite massimo del contenuto di questa sostanza in 10 microgrammi/litro, per le acque destinate ad uso potabile e per il loro utilizzo nelle preparazioni alimentari e l’Organizzazione mondiale della sanità (Oms) raccomanda valori di arsenico il più possibile prossimi allo zero.

Il Decreto Legislativo 31/2001 per il caso specifico del parametro arsenico non è stato rispettato attraverso il ricorso all’Istituto della deroga, così per oltre un decennio, le popolazioni interessate da questa problematica ambientale e sanitaria, ed in particolare quelle del Lazio, e in modo ancora più particolare quelle dell’Alto Lazio, sono state molto spesso se non quasi del tutto lasciate all’oscuro circa i gravissimi rischi correlati all’assunzione di acqua ed alimenti contaminati da arsenico ed esposte a valori di arsenico fuorilegge, che hanno raggiunto in molti Comuni anche i 50 microgram-

mi/litro, ovvero cinque volte il limite di legge previsto, per questa sostanza tossica e cancerogena per la quale non esiste alcuna soglia di assoluta ed accettabile certezza per esposizioni croniche. Eppure i periodi di deroga, come disposto dal succitato Decreto legislativo, avrebbero dovuto avere la durata più breve possibile e comunque non superiore ai tre anni durante i quali si sarebbero dovuti realizzare impianti capaci di ridurre ed eliminare l’arsenico dalle acque e così risolvere definitivamente ed efficacemente questo problema.

Nei periodi di deroga alle donne in gravidanza e ai bambini (per i noti effetti dell’arsenico anche sullo sviluppo cerebrale - incremento di disturbi neuro comportamentali e neoplasie-) si sarebbe dovuta assicurare acqua con il minor quantitativo possibile di arsenico, sempre e comunque al di sotto di 10 microgrammi/litro, meglio se a contenuto zero, e acqua con le stesse caratteristiche avrebbero dovuto utilizzare le industrie alimentari.

Gli studi nella Regione Lazio

Le popolazioni esposte, in particolare quelle dell’Alto Lazio, hanno subito, in questi anni, un grave danno in termini di rischio di malattia per patologie correlate all’esposizione cronica all’arsenico, come documentato anche da studi scientifici effettuati tra i cittadini residenti nel viterbese.

Lo studio “Valutazione Epidemiologica degli effetti sulla salute in relazione alla contaminazione da Arsenico nelle acque potabili nelle popolazioni residenti nei comuni del Lazio”, realizzato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, e presentato nell’aprile del 2012, ha documentato una situazione molto grave e preoccupante; a pagina 42 si legge infatti: “In conclusione, l’indagine evidenzia eccessi di incidenza e mortalità nei Comuni con livelli stimati per il periodo 2005-2010 per patologie associabili ad esposizione ad arsenico (tumori del polmone e della vescica,

ipertensione, patologie ischemiche, patologie respiratorie, diabete).

Lo studio dell'Istituto Superiore di Sanità "Arsenico urinario speciato quale biomarcatore dell'esposizione alimentare all'arsenico inorganico in popolazioni residenti in aree ricche di arsenico nel Lazio", effettuato anche su soggetti volontari residenti nei comuni di Acquapendente, Canepina, Capranica, Caprarola, Carbognano, Civita Castellana, Fabrica di Roma, Farnese, Lubriano, Marta, Montalto di Castro, Orte, Ronciglione, Tarquinia, Tossignano, Vetralla e Viterbo, ha concluso che: "...Valori eccedenti i 15 µg/L per iAs (arsenico inorganico) e metaboliti sono stati trovati nel 41% dei campioni, evidenziando esposizioni alimentari all'arsenico inorganico superiori alla media della popolazione generale...". I risultati del recentissimo studio Sepias -Sorveglianza epidemiologica in aree interessate da inquinamento ambientale da arsenico di origine naturale o antropica realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio nazionale delle ricerche, finanziato dal programma CCM (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie) del Ministero della Salute sono stati presentati il 9 maggio 2014.

La ricerca ha coinvolto 282 persone residenti in aree del Monte Amiata, nei comuni viterbesi di Ronciglione e Civita Castellana e nelle città di Taranto e Gela.

I partecipanti a questo studio sono stati sottoposti ad un biomonitoraggio con la ricerca nelle urine di diverse specie organiche e inorganiche di arsenico, con la misura di parametri di rischio cardiovascolare mediante ecodoppler carotideo e cardiaco e, nel sangue, con l'analisi di numerosi biomarcatori di suscettibilità genetica, di danno del DNA, segni di effetto precoce da esposizione ad arsenico.

Lo studio Sepias per l'area viterbese ha concluso: "I risultati dell'indagine indicano plausibili effetti sulla salute della popolazione residente nei comuni della provincia di Viterbo esposta a livelli di As>10 µg/L" ed ha fornito indicazioni importanti per la definizione di sistemi di sorveglianza nelle aree studiate che includono interventi di prevenzione sulle fonti inquinanti conosciute e la valutazione della suscettibilità individuale all'arsenico

"Anche alla luce dei recenti risultati dello studio Sepias, si impongono, con maggiore forza e determinazione, immediati atti ed interventi per la protezione delle popolazioni esposte, spesso in forma inconsapevole a questa sostanza, tossica e cancerogena."

(<http://www.epiprev.it/pubblicazione/epidemiol-prev-2014-38-3-4-suppl-SEPIAS>).

Gli interventi necessari

Anche alla luce dei recenti risultati dello studio Sepias, si impongono, con maggiore forza e determinazione, immediati atti ed interventi per la protezione delle popolazioni esposte, spesso in forma inconsapevole a questa sostanza, tossica e cancerogena.

E' necessario quindi che si avviino subito programmi di prevenzione relativi alle patologie correlate all'esposizione cronica all'arsenico, studi di tipo osservazionale dello stato di salute delle popolazioni e in particolare dello stato di salute dei bambini, anche per i noti effetti tossici e cancerogeni dell'arsenico sullo sviluppo neurocerebrale fetale e pediatrico. E' necessario rispettare in concreto il diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Carta costituzionale e le vigenti disposizioni di legge in materia di potabilità e salubrità delle acque; realizzare interventi rapidi e risolutivi per la completa dearsenificazione delle acque ad uso potabile e per l'avvio di una informazione corretta e diffusa rivolta a tutti i cittadini delle aree interessate e in particolare per quelli residenti nei Comuni dell'Alto Lazio interessati da questa problematica, e nelle scuole, negli ambulatori medici, nelle strutture militari e carcerarie.

Una bibliografia e sitografia di riferimento sulle problematiche sanitarie determinate dall'esposizione cronica all'arsenico

Bibliografia

- Argos M., Kalra T., Rathouz P.J., Chen Y., Pierce B., Parvez F., Islam T., Ahmed A., Rakibuz-Zaman M., Hasan R., et al., Arsenic exposure from drinking water, and all-cause and chronic-disease mortalities in Bangladesh (HEALS): a prospective cohort study. *Lancet*. 2010;376:252-258.
- Argos M., Rathouz P.J., Bodwell J.E., Kingsley L.A., Hamilton J.W., Arsenic at very low concentrations alters glucocorticoid receptor (GR)-mediated gene activation but not GR-mediated gene repression: complex dose-response effects are closely correlated with levels of activated GR and require a functional GR DNA binding domain. *Chem Res Toxicol*. 2004 Aug 17 (8): 1064-76.
- Calderon J., Navarro M.E., Jimenez-Capdeville M.E., Santos-Diaz M.A., Golden A., Rodriguez-Leyva I., Borja-Aburto V., Diaz-Barriga F., Exposure to arsenic and lead and neuropsychological development in Mexican children. *Environ Res*. 2001 Feb 8 (2): 69-76.
- Chattopadhyay S., Bhaumik S., Nag Chaudhury A., Das Gupta S., Arsenic induced changes in growth development and apoptosis in neonatal and adult brain cells in vivo and in tissue culture. *Toxicol Lett*. 2002; 128(1-3):73-84.
- Chen H., Li S., Liu J., Diwan B.A., Barrett J.C., Waalkes M.P., Chronic inorganic arsenic exposure induces hepatic global and individual gene hypomethylation: Implications for arsenic hepatocarcinogenesis. *Carcinogenesis*. 2004, 25: 1779-1786.
- Chen Y., Parvez F., Gamble M., Islam T., Ahmed A., Argos M., Graziano J.H., Ahsan H., Arsenic exposure at low-to-moderate levels and skin lesions, arsenic metabolism, neurological functions, and biomarkers for respiratory and cardiovascular diseases: review of recent findings from the Health Effects of Arsenic Longitudinal Study (HEALS) in Bangladesh. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2009 Sep 1; 239, (2): 184-92. Epub 2009 Jan 27.
- Chen Y., Graziano J.H., Parvez F., Liu M., Slavkovich V., Kalra T., Argos M., Islam T., Ahmed A., Rakibuz-Zaman M., Hasan R., Sarwar G., Levy D., Van Geen A., Ahsan H., Arsenic exposure from drinking water and mortality from cardiovascular disease in Bangladesh: prospective cohort study. *BMJ*. 2011 May 5, 342: d2431.
- Chouhan S., Flora S.J., Arsenic and fluoride: two major ground water pollutants. *Indian J Exp Biol*. 2010 Jul;48(7):666-78.
- Collivignarelli C., Riganti V., Sorlini S., L'arsenico nelle acque destinate al consumo umano - esperienze applicazioni delle tecnologie di rimozione dell'arsenico e aspetti gestionali-, Dario Flaccovio editore, febbraio 2011.
- Conio O., Porro R., L'arsenico nelle acque destinate a consumo umano, Franco Angeli 2004.
- Cubadda F., Aureli F., D'Amato M., Raggi A., Turco A.C., Mantovani A. 2012. Speciated urinary arsenic as a biomarker of dietary exposure to inorganic arsenic in residents living in high-arsenic areas in Latium, Italy. *Pure and Applied Chemistry* 84(2), 203-214.
- Davey J.C., Nomikos A.P., Wungiranirun M., Sherman J.R., Ingram L., Batki C., Lariviere J.P., Hamilton J.W., Arsenic as an endocrine disruptor.

- tor: arsenic disrupts retinoic acid receptor-and thyroid hormone receptor-mediated gene regulation and thyroid hormone-mediated amphibian tail metamorphosis. *Environ Health Perspect.* 2008 Feb; 116(2):165-72.
- Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, "Valutazione Epidemiologica degli effetti sulla salute in relazione alla contaminazione da Arsenico nelle acque potabili nelle popolazioni residenti nei comuni del Lazio". Aprile, 2012
- Drum D.A., Are toxic biomaterials destroying your children's future? *Biometals.* 2009 Oct, 22 (5): 697-700. Epub 2009 Feb 11.
- EFSA "Scientific opinion on Arsenic in Food" *EFSA Journal* 2009, 7 (10): 1351.
- Fondazione AMGA-onlus, "Stato dell'arte sulla presenza nelle acque destinate al consumo umano di sostanze denominate "Endocrine Disruptors". 20 giugno 2006
- Garelick H., Jones H., Dybowska A., Valsami-Jones E., Arsenic pollution sources. *Rev Environ Contam Toxicol.* 2008; 197:17-60.
- Grandjean P., Landrigan P.J., Developmental neurotoxicity of industrial chemicals. *Lancet.* 2006 Dec 16, 368 (9553): 2167-78.
- Guha Mazumder D.N., Arsenic and non-malignant lung disease. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2007 Oct, 42 (12): 1859-67.
- Heck J.E., Andrew A.S., Onega T., Rigas J.R., Jackson B.P., Karagas M.R., Duell E.J., Lung cancer in a U.S. population with low to moderate arsenic exposure. *Environ. Health Perspect.* 2009; 117:1718-1723
- Hughes M.F., Beck B.D., Chen Y., Lewis A.S., Thomas D.J., Arsenic exposure and toxicology: a historical perspective. *Toxicol Sci.* 2011 Oct; 123(2):305-32.
- IARC. Some Drinking-Water Disinfectants and Contaminants, Including Arsenic. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, WHO; 2004.
- Kaltrreider R.C., Davis A.M., Lariviere J.P., Hamilton J.W., Arsenic alters the function of the glucocorticoid receptor as a transcription factor. *Environ Health Perspect.* 2001 Mar, 109 (3): 245-51.
- Kitchin K.T., Conolly R., Arsenic-induced carcinogenesis-oxidative stress as a possible mode of action and future research needs for more biologically based risk assessment. *Chem Res Toxicol.* 2010 Feb 15; 23(2):327-35.
- Kwok R.K., Kaufmann R.B., Jakariya M., Arsenic in drinking-water and reproductive health outcomes: a study of participants in the Bangladesh Integrated Nutrition Programme. *J Health Popul Nutr.* 2006 Jun, 24 (2): 190-205.
- Liaw J., Marshall G., Yuan Y., Ferreccio C., Steinmaus C., Smith A.H., Increased childhood liver cancer mortality and arsenic in drinking water in northern Chile. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008 Aug, 17 (8): 1982-7.
- Lindberg A.L., Kumar R., Goessler W., Thirumaran R., Gursau E., Koppova K., Rudnai P., Leonardi G., Fletcher T., Vahter M., Metabolism of low-dose inorganic arsenic in a central European population: influence of sex and genetic polymorphisms. *Environ. Health Perspect.* 2007; 115:1081-1086.
- Litta A., "Agricoltura responsabile e di qualità per la salubrità delle acque e per un ambiente sano a tutela della salute", BioagriCULTura, n. 139 maggio/giugno 2013 pag.15-16
- Litta A., "Problematiche sanitarie derivanti dal degrado e dall'inquinamento delle acque destinate a consumo umano", *Giornale Medico della Tuscia* rivista medico-scientifica dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Viterbo, n.3 /2012 pag.6 - 12.
- Litta A., "L'arsenico nelle acque destinate a consumo umano nell'Alto Lazio: problematiche sanitarie, ambientali e proposte d'intervento", *Il Cesalpino*, rivista medico-scientifica dell'Ordine dei medici di Arezzo, anno 9, n.26 /2010 pag.30-34.
- Litta A., "I rischi per l'ambiente e la salute derivanti dall'alga rossa *Plankthotrix rubescens* nelle acque di superficie", pag.21-22. *Giornale Medico della Tuscia*, rivista medico-scientifica dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Viterbo, n.1/2010, pag.21-22.
- Mabuchi K., Lilienfeld A.M., Snell L.M., Cancer and occupational exposure to arsenic: a study of pesticide workers. *Prev. Med.* 1980; 9:51-77.
- Moore L.E., Lu M., Smith A.H., Childhood cancer incidence and arsenic exposure in drinking water in Nevada. *Arch Environ Health.* 2002 May-Jun, 57 (3): 201-6.
- Parvez F., Chen Y., Brandt-Rauf P.W., Slavkovich V., Islam T., Ahmed A., Argos M., Hassan R., Yunus M., Haque S.E., et al., A prospective study of respiratory symptoms associated with chronic arsenic exposure in Bangladesh: findings from the Health Effects of Arsenic Longitudinal Study (HEALS) Thorax. 2010; 65:528-533
- Peryea F.J., Historical use of lead arsenate insecticides, resulting soil contamination and implications for soil remediation. 1998 Proceedings, 16th World Congress of Soil Science, 20-26 August 1998, Montpellier, France, pp. 7. Available at: <http://soils.tfrec.wsu.edu/leadhistory.htm>.
- Rahman A., Vahter M., Smith A.H., Nermell B., Yunus M., El Arifeen S., Persson L.A., Ekstrom E.C., Arsenic exposure during pregnancy and size at birth: a prospective cohort study in Bangladesh. *Am. J. Epidemiol.* 2009; 169:304-312.
- Rocha-Amador D., Navarro M.E., Carrizales L., Morales R., Calderon J., Decreased intelligence in children and exposure to fluoride and arsenic in drinking water. *Cad Saude Publica.* 2007, 23 Suppl 4: S579-87.
- Rosado J.L., Ronquillo D., Kordas K., Rojas O., Alatorre J., Lopez P., Garcia-Vargas G., Del Carmen Caamano M., Cebrian M.E., Stoltzfus R.J., Arsenic exposure and cognitive performance in Mexican schoolchildren. *Environ Health Perspect.* 2007 Sep, 115 (9): 1371-5.
- Salnikow K., Zhitkovich A., Genetic and epigenetic mechanisms in metal carcinogenesis and cocarcinogenesis: nickel, arsenic, and chromium. *Chem Res Toxicol.* 2008 Jan, 21 (1): 28-44. Epub 2007 Oct 30.
- Sepias - Sorveglianza epidemiologica in aree interessate da inquinamento ambientale da arsenico di origine naturale o antropica'. *Epidemiologia e Prevenzione supplementi n. 1*, Anno 38 (3-4) 2014
- Signorini S., Imbriani M., Endocrine disruptors - Monograph. 3. Arsenic. *G Ital Med Lav Ergon.* 2009 Jan-Mar, 31 (1): 5-32
- Smith A.H., Marshall G., Yuan Y., Ferreccio C., Liaw J., von Ehrenstein O., Steinmaus C., Bates M.N., Selvin S., Increased mortality from lung cancer and bronchiectasis in young adults after exposure to arsenic in utero and in early childhood. *Environ Health Perspect.* 2006 Aug, 114 (8): 1293-6.
- Stohs S.J., Bagchi D., Oxidative mechanisms in the toxicity of metal-ions. *Free Radic Biol Med.* 1995 Feb, 18 (2): 321-36.
- Tseng C.H., The potential biological mechanisms of arsenic-induced diabetes mellitus. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2004 Jun 1, 197 (2): 67-83.
- Vahter M., Health effects of early life exposure to arsenic. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2008 Feb, 102 (2): 204-11.
- Von Ehrenstein O.S., Poddar S., Yuan Y., Mazumder D.G., Eskenazi B., Basu A., Hira-Smith M., Gosh N., Labiri S., Haque R., et al., Children's intellectual function in relation to arsenic exposure. *Epidemiology.* 2007; 18:44-51
- Waalkes M.P., Liu J., Germolec D.R., Trempus C.S., Cannon R.E., Tokar E.J., Tennant R.W., Ward J.M., Diwan B.A., Arsenic exposure in utero exacerbates skin cancer response in adulthood with contemporaneous distortion of tumor stem cell dynamics. *Cancer Res.* 2008; 68:8278-8285.
- Wang S.X., Wang Z.H., Cheng X.T., Li J., Sang Z.P., Zhang X.D., Han L.L., Qiao X.Y., Wu Z.M., Wang Z.Q., Arsenic and fluoride exposure in drinking water: children's IQ and growth in Shanyin county, Shanxi province, China. *Environ Health Perspect.* 2007 Apr, 115 (4): 643-7. Epub 2007 Jan 9.
- Water Reserch Foundation and Fondazione AMGA-onlus, "State of the Science of Chlorine dioxide in drinking water Genetic and epigenetic mechanisms in metal carcinogenesis and cocarcinogenesis: nickel, arsenic, and chromium", ed. Don Gates, Giuliano Ziglio, and Kenan Ozekin, 2009.
- Xi S., Guo L., Qi R., Sun W., Jin Y., Sun G., Prenatal and early life arsenic exposure induced oxidative damage and altered activities and mRNA expressions of neurotransmitter metabolic enzymes in offspring rat brain. *J Biochem Mol Toxicol.* 2010 Apr 7.
- Yang C.Y., Chang C.C., Ho S.C., Chiu H.F., Is colon cancer mortality related to arsenic exposure? *J Toxicol Environ Health A.* 2008, 71(8): 533-8.
- Yu H.S., Lee C.H., Chen G.S., Peripheral vascular diseases resulting from chronic arsenical poisoning. *J Dermatol.* 2002 Mar, 29 (3): 123-30.
- Zhao, C.Q. et al., Association of arsenic-induced malignant transformation with DNA hypomethylation and aberrant gene expression. *Proc. Natl Acad. Sci. USA.* (1997), 94, 10907-10912.

Sitografia

<http://www.deplazio.net/attivita/79>
www.eea.europa.eu/it
www.epa.gov/
www.epa.gov/ace/basic_info/background.html
<http://www.epiprev.it/publicazione/epidemiol-prev-2014-38-3-4-suppl-SEPIAS>
www.efsa.europa.eu
<http://www.ehjournal.net/>
http://www.epa.gov/ace/basic_info/background.html
www.isde.it
http://www.iss.it/binary/prvn/cont/As_ENG.pdf
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
www.epa.gov/lawsregs/rulesregs/sdwa/arsenic/index.cfm
http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/dwq_chapters/en/index.html

RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI DEGLI EVENTI AVVERSI

Linee guida del Ministero della Salute Dipartimento della qualità

La comunicazione trasparente e onesta degli eventi avversi rappresenta un pilastro fondamentale per la gestione del rischio clinico e per mantenere il rapporto di fiducia tra il sistema sanitario, i cittadini ed i pazienti. Al verificarsi di un evento avverso è necessario che gli operatori sanitari esprimano rincredimento per l'accaduto ai pazienti o ai loro familiari.
Maggio 2011

1. Premessa

La comunicazione trasparente e onesta degli eventi avversi e delle loro conseguenze realizza un principio etico e deontologico, consente di mitigare la sofferenza dei pazienti e dei familiari, condividere le scelte e collaborare per la migliore gestione dell'evento. Ciò permette di rafforzare la relazione di fiducia tra operatori sanitari e pazienti e di diminuire il numero di contenziosi.

2. Obiettivi

- Garantire il diritto dei pazienti a ricevere una comunicazione trasparente e onesta quando si verifica un

evento avverso.

- Favorire il rendere conto delle proprie azioni (accountability), in particolare quando si verifica un evento avverso.

3. Ambito di applicazione

La presente raccomandazione si applica:

- Dove a tutte le strutture sanitarie
- Chi a tutti gli operatori sanitari
- Quando in tutti i casi in cui si verifica un evento che ha provocato un danno al paziente.

4. Azioni

In caso di evento che abbia provocato un danno al paziente, oltre ad avviare immediatamente una analisi dettagliata di quanto avvenuto (vedi fase I del documento), è necessario spiegare l'accaduto, in modo trasparente e onesto, al paziente e/o ai familiari, fornendo un adeguato sostegno medico e psicologico.

4.1 Indicazioni generali sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari

Chi deve comunicare l'evento avverso

L'evento avverso e il suo esito devono essere comunicati al paziente da un operatore dell'unità operativa che ne conosca la storia clinica, preferibilmente dal medico di riferimento per il paziente. Laddove non sia presente una figura professionale di riferimento per il paziente, il direttore della unità operativa complessa individua, in collaborazione con l'equipe, la persona deputata alla comunicazione, che sarà anche quella che raccoglierà la documentazione relativa. In un secondo momento può essere valutata l'opportunità di un incontro con il direttore della unità operativa, con il referente aziendale per il rischio clinico o il rappresentante della direzione strategica. A seconda della situazione, il colloquio con il paziente e/o con i familiari potrebbe essere sostenuto da 2 persone, dal direttore della unità operativa e dal professionista di riferimento per il paziente.

Anche nel caso in cui il paziente venga trasferito in un'altra struttura, la comunicazione dell'evento avverso deve essere effettuata dal personale della struttura dove si è verificato l'evento, in sinergia con la struttura che accoglie il paziente.

Dove deve svolgersi il colloquio

È necessario che sia scelto un luogo appartato e raccolto, nel quale sia possibile comunicare senza interruzioni, garantendo assoluta riservatezza.

Quando deve essere comunicato l'evento avverso

La comunicazione dell'evento avverso deve avvenire non appena accertato il fatto, quando il paziente è clinicamente stabile ed in grado di accogliere quanto gli verrà detto.

Se l'evento avverso ha provocato gravissime conseguenze, come inabilità o morte, i familiari o il rappresentante legale del paziente devono essere informati tempestivamente.

Come deve essere comunicato l'evento avverso

- Va stabilito un rapporto empatico con il paziente e/o i familiari. L'operatore deve comprendere gli stati d'animo, i sentimenti del paziente e le sue motivazioni. È necessario creare un clima di onestà, trasparenza, partecipazione e solidarietà, tenendo in considerazione che tutte le perso-

“La comunicazione dell'evento avverso deve avvenire non appena accertato il fatto, quando il paziente è clinicamente stabile ed in grado di accogliere quanto gli verrà detto. Se l'evento avverso ha provocato gravissime conseguenze, come inabilità o morte, i familiari o il rappresentante legale del paziente devono essere informati tempestivamente.”

ne coinvolte possono trovarsi in uno stato emotivo alterato.

- Far esprimere al paziente tutte le conoscenze che possiede rispetto all'evento, al suo vissuto e alle sue aspettative, tenendo tutto ciò nella dovuta considerazione.
- Va assecondata, nel caso in cui il paziente lo desideri, la richiesta di contattare un familiare o altra persona significativa.

4.2 Il colloquio con il paziente e/o i familiari

Fase I. Preparazione del colloquio

Prima del colloquio, è necessario che gli operatori sanitari raccolgano tutti gli elementi informativi che riguardano la situazione clinica del paziente e li condividano con tutti i componenti dell'equipe. Nel caso di pazienti fragili (soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolari problematiche), è opportuno prevedere la disponibilità di figure di sostegno, ad esempio uno psicologo, un interprete o un mediatore culturale professionale.

Fase 2. Conduzione del colloquio

1) Indicazioni generali sulle modalità di conduzione del colloquio

- Indipendentemente dall'operatore che effettuerà il colloquio con il paziente e/o con i familiari, tutti gli operatori coinvolti devono esprimere rincrescimento per quanto avvenuto ed essere preparati a gestire una gamma di reazioni emotive, quali la rabbia, il dolore e la disperazione.
- Il linguaggio utilizzato deve essere semplice e adeguato alle possibilità di comprensione degli interlocutori. L'operatore deve parlare lentamente, ripetere, se necessario, i concetti, assicurarsi, con opportune verifiche, che l'interlocutore abbia compreso e lasciare spazio alle domande. Vanno il più possibile evitati il lessico tecnico o le forme gergali e ogni termine specialistico citato deve essere spiegato con parole di uso corrente. È opportuno non utilizzare il termine “errore”.
- Bisogna tenere in considerazione che la cultura relativa alla salute e alla malattia può variare a seconda della etnia, delle convinzioni, anche religiose, e della provenienza del paziente.
- L'operatore che comunica deve essere rivolto verso il paziente, sufficientemente vicino e guardarlo negli occhi. Non deve far trasparire impazienza o desiderio di abbreviare il colloquio, né svolgere contemporaneamente altre attività. Il paziente deve percepire che gli viene dedicato tutto il tempo necessario.
- Durante il colloquio deve essere evitata qualsiasi interruzione o interazioni, anche non verbali, tra gli operatori che escludano il paziente.
- Al momento della comunicazione dell'evento, va fornito al paziente e/o ai familiari, se necessario, un appropriato supporto psicologico che li conduca ad elaborare l'accaduto ed alleviare la condizione di sofferenza.
- Gli operatori devono essere preparati a rispondere alle domande poste da pazienti e/o familiari, anche quelle relative ad eventuali risarcimenti.

2) Contenuto del colloquio

- I fatti avvenuti devono essere descritti con chiarezza e senza ambiguità.
- Vanno riferiti solo elementi accertati
- È necessario evitare rassicurazioni premature e conclusioni preliminari che potrebbero essere interpretate

come definitive.

- Non devono essere attribuite colpe o responsabilità.
- Va evitato il riferimento al fatto che il danno avrebbe potuto essere peggiore o i risultati più funesti.
- È opportuno evitare il confronto con casi simili a decorso diverso.
- Vanno fornite al paziente le informazioni disponibili sull'iter diagnosticoterapeutico- riabilitativo da seguire, assicurando che verrà fatto tutto il necessario per limitare e mitigare le conseguenze.
- Deve essere acquisito il consenso informato ai trattamenti previsti e proposti in seguito a quanto avvenuto.
- Non sovraccaricare il paziente con un eccesso di informazioni, né semplificare eccessivamente l'accaduto sino al punto di banalizzarlo.
- Al paziente e/o ai familiari deve essere concesso un tempo sufficiente per assimilare le informazioni ricevute, invitando a manifestare i propri dubbi ed a porre domande al riguardo.

3) Descrivere le misure intraprese dalla struttura sanitaria

- Vanno fornite informazioni circa l'analisi in corso o l'eventuale avvio di un'indagine di approfondimento.
- Deve essere resa tempestivamente disponibile, se richiesta, la documentazione clinica e la documentazione relativa alle azioni intraprese a seguito dell'evento avverso.
- Deve essere annotato in cartella clinica l'avvenuto colloquio con il paziente e/o familiari.

4) Programmare il follow-up

- Programmare almeno un incontro successivo, in cui verificare la situazione e fornire le ulteriori informazioni sull'evento emerse dall'indagine.
- Fornire il nome e il numero di telefono di un referente a cui il paziente può rivolgersi per chiarimenti e richieste.
- Garantire al paziente e/o ai familiari la possibilità di ottenere informazioni sulle procedure per la richiesta di risarcimento.

5. Implementazione della raccomandazione a livello aziendale

Le Strutture sanitarie, anche sulla base della presente raccomandazione, adottano una procedura sulle modalità di comunicazione specifica degli

“Nell’ambito dei programmi di formazione aziendale per il personale coinvolto in attività assistenziali, devono essere progettati percorsi formativi specifici, appropriati e completi, che tendano a sviluppare le abilità comunicative con gli utenti, con specifico riferimento alla comunicazione degli eventi avversi.”

eventi avversi, in modo da assicurare un comportamento omogeneo e corretto di tutto il personale e ridurre la sofferenza dei pazienti e dei familiari. Tale procedura sarà pubblicata sul sito intranet e diffusa con gli altri strumenti di comunicazione aziendale.

6. Formazione

Nell'ambito dei programmi di formazione aziendale per il personale coinvolto in attività assistenziali, devono essere progettati percorsi formativi specifici, appropriati e completi, che tendano a sviluppare le abilità comunicative con gli utenti, con specifico riferimento alla comunicazione degli eventi avversi.

7. Riferimenti bibliografici

- 1) NHS. National Patient Safety Agency. Being open - Communicating patient safety incidents with patients and their carers - Safer practice notice. Indirizzo internet: <http://www.npsa.nhs.uk>
- 2) Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard: a national standard for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in health care. 2003 -2008.
- 3) Leape L (ed.). When things go wrong: respon-

ding to adverse events. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. Burlington, MA; 2006.

4) Canadian Patient Safety Institute - Disclosure Working Group. Canadian Disclosure Guidelines. Edmonton, AB; 2008

5) Masso Guijarro et al. Adverse events in hospital: the patient's point of view. QSHC; 2010; 19:144 - 147

6) Weiss B.D. A Manual for clinicians. II ed., Chicago: AMA 28 ss.; 2007

7) Poletti P. La comunicazione dell'errore. Decidere in medicina. ottobre 2008; Anno VIII n. 5: 2-4.

Allegato n. 1: Il colloquio con il paziente o i familiari

Fase 1. Preparazione del colloquio

- Raccolta di tutte le informazioni necessarie
- Individuazione del personale che dovrà essere presente
- Disponibilità della documentazione sanitaria
- Predisposizione del luogo di svolgimento del colloquio
- Disponibilità di figure di sostegno

Fase 2. Conduzione del colloquio

- 1) Esprimere al paziente o ai familiari il proprio rammarico, mostrando rincrescimento per l'evento
- 2) Descrivere l'accaduto
 - Descrivere i fatti avvenuti chiaramente e senza ambiguità, con calma e senza impazienza, utilizzando un linguaggio verbale e non verbale adeguato
 - Far esprimere il paziente o i familiari
 - Fornire al paziente o ai familiari un tempo sufficiente per assimilare le informazioni
 - Stimolare le domande
 - Assicurare il supporto psicologico
 - Evitare rassicurazioni poco credibili, non vere o premature, e l'attribuzione di colpe o responsabilità.

3) Fornire informazioni per gestire la situazione

- Illustrare l'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo e raccogliere il relativo consenso.

4) Programmare il follow up

- Programmare gli incontri successivi
- Indicare una persona di riferimento sempre rintracciabile (nome e numero di telefono) per ogni ulteriore necessità
- Se richiesto, fornire le informazioni sulle procedure per la richiesta di risarcimento.

RACCOMANDAZIONE PER ATTIVARE AZIONI DI SOSTEGNO PER GLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI IN UN EVENTO AVVERSO

Linee guida del Ministero della Salute Dipartimento della qualità

L'operatore coinvolto in un evento avverso potrebbe provare senso di colpa, di inadeguatezza e di sfiducia nelle proprie capacità e tali sentimenti si riflettono negativamente sulla propria operatività e su quella della organizzazione sanitaria. È necessario valutare le conseguenze di un evento avverso sugli operatori coinvolti e sulla équipe ed adottare idonee strategie affinché l'evento sia fonte di apprendimento e non di demotivazione.

Maggio 2011

1. Premessa

L'operatore coinvolto in un evento avverso può diventare la cosiddetta "seconda vittima". Infatti, oltre al paziente che subisce il danno e che rappresenta la "prima vittima", anche l'operatore rimane colpito dall'evento, si sente responsabile e mette in discussione le proprie capacità e conoscenze professionali.

L'evento avverso può quindi avere conseguenze sugli operatori coinvolti, sulla équipe, sui rapporti con le altre unità operative, creando disagio ed un clima di colpevolizzazione e sospetto. Bisogna fare in modo che, con il coinvolgimento costante di tutti gli operatori, l'evento avverso costituisca una opportunità di apprendimento e miglioramento della sicurezza delle cure.

2. Obiettivi

- Garantire che l'evento avverso non comporti disaffezione al lavoro, svalutazione delle capacità professionali con diminuzione della efficacia operativa individuale e di gruppo
- Fare in modo che l'evento costituisca una occasione di apprendimento e venga mantenuta la fiducia tra gli operatori della unità operativa.

3. Ambito di applicazione

La presente raccomandazione si applica:

Dove a tutte le strutture sanitarie

Chi a tutti gli operatori sanitari

Quando in tutti i casi in cui l'evento ha provocato un danno al paziente

"L'evento avverso può quindi avere conseguenze sugli operatori coinvolti, sulla équipe, sui rapporti con le altre unità operative, creando disagio ed un clima di colpevolizzazione e sospetto."

4. Azioni

4.1 Sostenere l'operatore

La reazione dell'operatore "seconda vittima" di un evento avverso può essere schematizzata nelle seguenti fasi:

- (1) prima reazione di incredulità e sgomento;
- (2) elaborazione e analisi dell'evento;
- (3) recupero delle proprie capacità personali e professionali.

I sentimenti che l'operatore può nutrire a seguito di un evento avverso sono molteplici: rimozione, senso di colpa, stupore, incredulità, vergogna, paura, isolamento, timore per lo stato del paziente colpito e per la perdita di fiducia da parte dei pazienti, preoccupazione per la propria reputazione e per le ripercussioni sui propri cari, apprensione per la diminuzione di stima da parte dei colleghi e dei dirigenti, sfiducia nelle proprie capacità, timore di azioni disciplinari e possibili ripercussioni sulla propria carriera.

Particolare considerazione deve essere prestata nei casi in cui l'operatore avesse già segnalato condizioni di lavoro non idonee e predisponenti al verificarsi di un evento avverso e queste non fossero state recepite dalla organizzazione aziendale, perché ciò potrebbe portare al suo rifiuto di collaborare e di confrontarsi con gli altri operatori.

4.2 Azioni

- Valutare le condizioni psicologiche dell'operatore coinvolto nell'evento, al fine di fornire un adeguato sostegno psicologico e relazionale. Chi gestisce l'evento all'interno della U.O. deve porsi in condizione di ascolto nei confronti della persona, raccogliendo la sua testimonianza, le sue preoccupazioni e le sue richieste
- Affrontare le conseguenze dell'evento con l'impegno ed il coinvolgimento dell'intera équipe assistenziale perché la gestione dell'evento non è del singolo operatore, ma riguarda tutta l'équipe
- Offrire all'operatore, "seconda vittima", un sostegno professionale, prevedendo, se necessario, un periodo di training e re-training.

5. Implementazione della raccomandazione a livello aziendale

Le strutture sanitarie, anche sulla base della presente raccomandazione, adottano una procedura per sostenere gli operatori coinvolti nell'evento avverso e per assicurare un clima lavorativo positivo, di reciproca comprensione e collaborazione. Tale procedura sarà pubblicata sul sito intranet e diffusa con gli altri strumenti di comunicazione aziendale.

6. Formazione

Nell'ambito dei programmi di formazione aziendale per il personale coinvolto in attività assistenziali, devono essere progettati percorsi formativi specifici, appropriati e completi, che tendano a sviluppare la capacità di partecipazione e collaborazione all'in-

terno del gruppo di lavoro.

Tali percorsi verranno attuati attraverso tutti gli strumenti formativi ritenuti opportuni.

7. Riferimenti bibliografici

- 1) Delbanco T, Bell S K. Guilty, Afraid, and Alone Struggling with Medical Error. The New England Journal of Medicine, 357:1682-1683, 2007, 17.
- 2) Nelson W A, Beyea S C. The role of an ethical culture for the prevention and recovery of "second victims", Qual. Saf. Health Care 2009; 18:323-324.
- 3) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LV. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events, Qual Saf Health Care. 2009 Oct; 18(5): 325-30.
- 4) Wu AV. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too, BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 726-727.



RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI EVENTI AVVERSI NELLE STRUTTURE SANITARIE

Linee guida del Ministero della Salute
Dipartimento della qualità

Al fine di gestire in modo efficace un evento avverso è importante che sia disponibile un piano di comunicazione esterna, contestualmente al piano di comunicazione interna tra operatori della struttura, pazienti e familiari.

La comunicazione esterna viene veicolata attraverso i mezzi di comunicazione di massa che assumono un ruolo fondamentale nella informazione della popolazione e nell'impatto che l'evento avverso avrà sulla comunità. In tal senso, una comunicazione efficace è determinante per assicurare i soggetti esterni sulla qualità dei servizi offerti e sull'impegno della struttura sanitaria nella gestione degli eventi avversi.

Maggio 2011

1. Premessa

La comunicazione dell'evento avverso
La comunicazione verso l'esterno, in caso di evento avverso, può essere assimilata ad una comunicazione di crisi e diventa così uno strumento chiave per mantenere la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario. E' quindi necessario che la comunicazione sia pertinente, chiara e tempestiva per rassicurare l'utenza rispetto alla qualità dei servizi sanitari, per tutelare la reputazione della struttura in cui si è verificato l'evento e ridurre l'impatto

negativo, in termini di immagine, sulla struttura sanitaria.

2. Obiettivi

- Informare in modo corretto e tempestivo i mass media e gli altri soggetti esterni
- Essere la prima fonte di informazione verso i media e gli altri soggetti esterni interessati
- Assicurare coerenza alle informazioni veicolate all'interno e all'esterno della struttura sanitaria
- Evitare "vuoti di informazione" (silenzi ed omissioni di dati), incoerenza o ambiguità.

3. Azioni per comunicare la crisi

La gestione di una situazione di crisi causata dal verificarsi di un evento avverso richiede una procedura di comunicazione verso l'esterno.

Chi deve comunicare e con chi

- Individuare un portavoce unico, rappresentante della struttura, preferibilmente nella figura dell'addetto stampa, se presente, che interagisca in maniera ufficiale con l'esterno, affinché divenga il punto di riferimento per i soggetti esterni e possa gestire il processo informativo. E' opportuno evitare che gli operatori sanitari contattino direttamente con la stampa senza avere concordato le modalità di azione con gli organismi aziendali.

- Individuare tutti gli interlocutori esterni (stakeholder) verso cui indirizzare la comunicazione, in primo luogo i mezzi di comunicazione di massa, valorizzando l'opportunità offerta dalle nuove tecnologie informatiche.

Quando e dove effettuare la comunicazione

- La comunicazione da parte dell'azienda deve essere tempestiva
- La comunicazione con i media deve avvenire in un luogo adeguato, opportunamente individuato.

Cosa e come comunicare

- Raccogliere le informazioni disponibili sull'evento, consultando i responsabili delle unità operative e concordare con loro i contenuti da diffondere; disporre inoltre dei dati della struttura compresi, ad esempio, i volumi di attività
- Mostrare l'attenzione dell'organizzazione verso l'evento e le sue conseguenze e sottolineare il rincrescimento per quanto accaduto al paziente
- Qualità molto importanti che vengono immediatamente percepite sono: empatia, competenza, onestà, assunzione di responsabilità ed impegno nella gestione della indagine e accountability, vale a dire impegno a farsi carico e dare conto di quanto avvenuto
- Mostrare l'immediata disponibilità a fornire le informazioni (evitando i "no comment") e dichiarare l'impegno

concreto nell'analisi delle cause e dei fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'accaduto

- Informare i soggetti esterni su quanto è accaduto in modo coerente rispetto a quanto comunicato ai dipendenti e ai pazienti della struttura sanitaria

- Preparare adeguatamente il testo di ciascuna comunicazione (comunicato stampa o intervista), utilizzando un linguaggio semplice e adeguato. E' opportuno prepararsi a rispondere a richieste di chiarimenti e/o approfondimenti
- Fornire una versione coerente di quanto accaduto, descrivendo con precisione i fatti, senza commenti e colpevolizzazioni
- Segnalare agli interlocutori esterni le

azioni che sono state immediatamente intraprese, come l'assistenza ed il supporto fornito al paziente coinvolto nell'evento avverso ed ai suoi familiari, l'istituzione di una task-force interna per condurre un'analisi dell'accaduto.

Quali strumenti utilizzare

Gli strumenti che si possono utilizzare per fornire informazioni sull'evento avverso accaduto, possono essere:

- comunicati stampa
- conferenze stampa
- siti web e applicazioni web 2.0 (social media): press room on line (comunicati stampa, dichiarazioni, fotografie) con gli ultimi aggiornamenti, monitoraggio della rete per sondare opinioni e commenti e fornire

un'informazione oggettiva

- opuscoli e manifesti

7. Riferimenti bibliografici

- 1) NHS. National Patient Safety Agency. Being open - Communicating patient safety incidents with patients and their carers - Safer practice notice. Indirizzo internet: <http://www.npsa.nhs.uk>.
- 2) S.Veneziani, Ufficio Stampa, La Guida del Sole 24 Ore. Le regole e gli strumenti per comunicare con i media, settembre 2009.
- 3) A. Iapino. La crisi, strumenti e attività degli uffici stampa, S. Cristaldi, a.a. 2006/2007.
- 4) Ministero della Salute, D.G. Comunicazione e Relazioni Istituzionali, Ufficio V. Comunicazione sul rischio di emergenza e di crisi, estratto da "Crisis emergency risk communication" (CDC), settembre 2002.
- 5) Rolando S. (a cura di). Teorie e tecniche della comunicazione pubblica, RCS Libri, Milano, 2003.

RACCOMANDAZIONE PER LA RISOLUZIONE STRAGIUDIZIALE DEL CONTENZIOSO NELLE AZIENDE SANITARIE

Linee guida del Ministero della Salute Dipartimento della qualità

Un'efficace gestione del rischio clinico in sanità, vista la complessità del fenomeno e la rilevanza assunta da questa tematica, deve prevedere, tra l'altro, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi che, attraverso soluzioni a vantaggio sia dei cittadini che delle strutture sanitarie, contribuiscano a mantenere un clima di fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale e a conseguire risparmi di gestione. Maggio 2011

1. Premessa

I principali strumenti per la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi attualmente a disposizione delle strutture sanitarie sono rappresentati dalla

conciliazione e dalla transazione ex art. 1965 c.c. ed ora dal d. lgs. Del 4 marzo 2010 n. 28.

La Conciliazione (ricompresa tra le forme di A.D.R., Alternative Dispute Resolution) è uno strumento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che permette di evitare il ricorso alla giustizia ordinaria, con tempi più rapidi nella definizione delle vertenze e con costi inferiori o quasi nulli. In via generale, si possono individuare tre caratteristiche fondamentali della conciliazione commerciale, tra loro interdipendenti e indissolubilmente legate: la volontarietà, la presenza di un terzo compositore privo di autonomo potere giudicante o in qualità di mediatore (il conciliatore) e

la riservatezza. La Commissione europea ha emanato, nel 1998 e nel 2001, due raccomandazioni in materia di conciliazione in alcuni settori commerciali (1-2) che, pur con modalità differenti, hanno lo stesso fine di assicurare la rapida definizione di una controversia. L'art. 5, comma 1, del Decreto Legislativo 4 Marzo 2010 n. 28, "Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" (3), in vigore dal 20 marzo 2011, stabilisce espressamente che: "Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, locazione risarcimento del danno derivante

dalla circolazione di veicoli e natanti, da responsabilità medica... è tenuto preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto... L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale....". Secondo tale decreto la conciliazione deve essere svolta da organismi di mediazione professionali e indipendenti, stabilmente destinati all'erogazione del servizio di conciliazione e iscritti in un apposito registro istituito con decreto del Ministro della giustizia. Tale articolo prevede peraltro che l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Per quanto riguarda la transazione, le strutture sanitarie possono gestire, tramite organismi interni, i sinistri e la loro eventuale definizione in via stragiudiziale. L'attività conciliativa di tali organismi può concludersi con un accordo tra le parti avente natura di una transazione (art. 1965 cod. civ.), che si fonda sull'esistenza di posizioni giuridiche contrapposte e sulla volontà dei soggetti di effettuare reciproche concessioni. Tutti gli enti pubblici sono legittimati a concludere accordi transattivi relativi a contenziosi giudiziali o stragiudiziali nel rispetto della vigente normativa. La legittimità del tentativo di una risoluzione negoziata in ambito di pubblica amministrazione è stata più volte ribadita dalla giurisprudenza. Gli enti pubblici, per poter concludere delle transazioni, devono sottostare ad alcuni adempimenti, ovvero si deve sussistere la legittimazione soggettiva e la disponibilità dell'oggetto, oltre a rispondere al principio di corretta amministrazione connesso all'obiettivo di curare gli interessi pubblici e quelli dell'ente. Le scelte transattive dovranno soddisfare criteri di razionalità e congruità, emergendo, con la transazione, l'utilità e la convenienza economica per l'ente al perfezionamento di tali accordi. La Corte dei Conti, pertanto, dovrà svolgere un controllo di legittimità che terrà conto della proficuità a fronte dei costi sostenuti. I criteri principali cui ispirarsi nel perfezionamento di una transazione sono:

- 1) ragionevolezza, logicità e razionalità;
- 2) rispondenza alla missione dell'Ente;
- 3) valutazione tecnica della scelta di

"L'obiettivo della presente Raccomandazione è quello di fornire gli elementi essenziali per l'attivazione di un percorso stragiudiziale capace di accordare le parti antecedentemente al ricorso all'organo di mediazione (ex d.lgs 28/2010), definendo conflittualità derivante da c.d. responsabilità medica."

transigere.

2. Obiettivi

L'obiettivo della presente Raccomandazione è quello di fornire gli elementi essenziali per l'attivazione di un percorso stragiudiziale capace di accordare le parti antecedentemente al ricorso all'organo di mediazione (ex d.lgs 28/2010), definendo conflittualità derivante da c.d. responsabilità medica. In conformità a quanto previsto dal punto 5 dell'Intesa Stato Regione del 20 marzo 2008 (4), nella presente Raccomandazione si fa riferimento ad una procedura per la risoluzione negoziata del sinistro, volta a favorire la composizione delle parti prima che la situazione debba essere disciplinata da altri organi (mediazione - ricorso in giudizio) e nell'ambito di un accordo di natura transattiva ai sensi dell'art. 1965 c.c., che non prevede l'intervento di un terzo neutrale. La risoluzione negoziata ha l'obiettivo di ricercare un accordo che ponga fine alla controversia e, attraverso una rapida ed equa soddisfazione delle richieste dei danneggiati, prevenire il ricorso alla mediazione e alle vie legali.

3. Ambito di applicazione

La presente raccomandazione si applica:

Dove a tutte le strutture sanitarie
Quando in tutti casi in cui si verifica un evento che ha provocato un danno al paziente che ha avviato l'iter di una richiesta di risarcimento.

Chi a tutte le Direzioni Aziendali, agli Organismi regionali preposti, ai Risk Manager e agli organi aziendali /regionali di negoziazione e/o conciliazione appositamente costituiti.

4. Azioni

La transazione aziendale o regionale, presuppone la costituzione di appositi organi interni su base aziendale e/o regionale, che alcune Regioni hanno individuato nei cosiddetti Comitati di Valutazione dei Sinistri (C.V.S.), a cui affidare, oltre la gestione diretta dei sinistri rientranti nella franchigia e la formulazione di pareri sulle richieste risarcitorie, la funzione di definizione stragiudiziale delle controversie. Tali organi, di natura collegiale e multidisciplinare, sono composti di norma da Risk Manager, Ufficio Legale-Assicurativo, Medico Legale, Direzione Sanitaria, Compagnia Assicurativa ed eventualmente dal Broker. Il loro compito principale rimane l'analisi esperta del caso e la valutazione delle criticità emerse, per un rapido svolgimento delle relative pratiche e per favorire il buon esito dell'accordo transattivo e la minimizzazione dei rischi. In particolare, l'attività di tali organi ha per oggetto: l'integrazione della procedura di rilevazione, raccolta e organizzazione dei dati e delle informazioni necessarie ad un'efficace gestione dei sinistri; una prima valutazione, in presenza di una richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario; la valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni (in termini di responsabilità e di impatto economico) arrecati ai pazienti/utenti dei servizi sanitari, con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri; la verifica dei data-base esistenti ed eventuale proposta di integrazione, al fine di renderli efficaci per la gestione delle statistiche sui sinistri, necessarie al mercato assicurativo; il contributo alla definizione della politi-

ca di copertura assicurativa aziendale, qualora la polizza preveda una franchigia e la gestione dei relativi sinistri non sia demandata unicamente alla Compagnia ma l'organo aziendale /regionale collabora alla gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali e medici legali, per una composizione della vertenza.

5. Procedura e fasi

Un'efficace negoziazione transattiva presuppone il minor numero di passaggi procedurali possibile e la cogestione amministrativa e medico-legale, tra l'Azienda Sanitaria e la Compagnia di assicurazione (laddove presente), delle pratiche risarcitorie (bando di gara e/o stipula di accordi con le compagnie di assicurazioni per la cogestione dei sinistri). In particolare, è necessario definire una procedura per la risoluzione negoziata del contenzioso che comprenda le seguenti fasi:

a) Fase preliminare: è volta all'acquisizione di tutta la documentazione utile (sanitaria e non) e all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante, in particolare attraverso:

1. la gestione e la presa in carico della richiesta di risarcimento;
2. l'inoltro formale di tale richiesta alla Compagnia di assicurazione secondo le modalità previste dai diversi contratti;
3. l'informativa alla controparte rispetto alla presa in carico anche da parte della Compagnia di assicurazione e la richiesta di eventuali valutazioni medico-legali e/o dell'ulteriore documentazione sanitaria in possesso del richiedente.

b) Fase Istruttoria: durante tale fase si procede alla raccolta della documentazione necessaria all'istruttoria (copia della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica, compresa quella iconografica, nonché eventuali relazioni di accertamento dei fatti a firma del personale sanitario coinvolto). Può essere utile convocare e ascoltare le parti in causa (operatori dell'Azienda, danneggiato ed eventuali suoi consulenti).

c) Fase Peritale/Accertativa: entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione raccolta, il medico legale, in qualità di componente dell'organo di negoziazione e/o conciliazione, procede a redigere una propria rela-

“Un’efficace negoziazione transattiva presuppone il minor numero di passaggi procedurali possibile e la cogestione amministrativa e medico-legale, tra l’Azienda Sanitaria e la Compagnia di assicurazione (laddove presente), delle pratiche risarcitorie (bando di gara e/o stipula di accordi con le compagnie di assicurazioni per la cogestione dei sinistri).”

zione. Il parere medico-legale può essere emesso anche a seguito di visita del richiedente, appositamente invitato presso i locali dell'Azienda. Al fine di limitare i passaggi operativi, soprattutto nei confronti del richiedente non patrocinato, è auspicabile un preventivo accordo tra il medico legale dell'Azienda e della Compagnia di assicurazione, previa visita congiunta.

d) Fase Valutativa: l'organo di negoziazione e/o conciliazione, dopo aver acquisito la relazione medico-legale o, in caso di discordanza, delle relazioni del medico legale e del medico della Compagnia di Assicurazione, procede alla discussione (anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti) e alla formulazione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro.

e) Fase conclusiva: consiste nell'attivazione di strumenti e metodi per definire la trattativa con la controparte, seguendo il modello della conciliazione paritetica e ponendo particolare attenzione alla regolarità degli atti amministrativi conseguenti.

6. Formazione

La composizione delle parti per fatti

derivanti da eventi avversi presuppone un livello omogeneo di competenze e conoscenze e una maggiore consapevolezza degli operatori sanitari in merito alle problematiche legate ai mercati assicurativi e alla gestione delle liti conseguenti a responsabilità medica. A tal proposito, è necessario prevedere una serie di corsi di formazione diretti agli operatori maggiormente coinvolti nelle transazioni per i sinistri che, pur disponendo di conoscenze in materia, possono accrescere e valorizzare le proprie competenze. Tali corsi di formazione, basati su moduli da svolgersi in un arco di tempo definito, hanno l'obiettivo di:

- fornire elementi di conoscenza del contesto e delle principali problematiche e dinamiche presenti all'interno del sistema sanitario sul tema della appropriatezza e sicurezza delle cure;
- fornire strumenti per la comprensione del mercato assicurativo per responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario;
- sviluppare strumenti e metodi per il coinvolgimento delle persone danneggiate e per introdurre modelli di prevenzione e contenimento della conflittualità medico/paziente in particolare e, più in generale, professionista /cittadinoutente;
- sviluppare nei partecipanti, adeguate conoscenze degli elementi metodologici ed operativi per addivenire alla composizione delle parti anche in collaborazione con le Compagnie assicurative.

7. Implementazione della raccomandazione a livello aziendale

Le Strutture sanitarie, anche sulla base della presente raccomandazione, adottano delle procedure per favorire la composizione delle parti in via stragiudiziale quale efficace strumento per la ricerca di un accordo che ponga fine alla litigiosità, attraverso una rapida ed equa soddisfazione delle richieste dei danneggiati per prevenire il ricorso alla mediazione e alle vie legali.

8. Ulteriore documentazione disponibile

Il Gruppo di lavoro del Comitato di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente, ha effettuato uno studio di percorsi per la definizione extragiudi-

ziale delle richieste di risarcimento (5), su cui la presente Raccomandazione si è basata e che è possibile consultare in allegato.

7. Riferimenti bibliografici

1. 98/257/CE. Raccomandazione della Commissione del 30 marzo 1998 riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo. Gazzetta ufficiale n. L 115 del 17/04/1998.
2. 2001/310/CE. Raccomandazione della Commissione del 4 aprile 2001, sui principi applicabili agli organi extragiudiziali che partecipano alla risoluzione consensuale delle controversie in materia di consumo. Gazzetta ufficiale n. L 109 del 19/04/2001.
3. Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28. Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Gazzetta Ufficiale del 5 marzo 2010, n. 53.
4. Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 20 marzo 2008.
5. Documento del Gruppo di lavoro ad hoc del Comitato di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente delle Regioni e P.A.. Percorso per la risoluzione stragiudiziale del contenzioso nelle Aziende Sanitarie.

Ringraziamenti

La presente linea guida è stata preparata da un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito presso il Ministero della Salute e formato dai componenti dell'Ufficio Qualità della Direzione generale della Programmazione Sanitaria (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli, Giandomenico Cannizzaro, Rosetta Cardone, Guerino Carnevale, Susanna Ciampalini, Antonietta Colonna, Angela De Feo, Daniela Furlan, Giorgio Leomporra, Carmela Matera, Claudio Seraschi) e dell'Ufficio V della Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali (Dott. Massimo Aquili e Dott.ssa Cristina Giordani) e con la partecipazione di: Alessandro Dell'Erba (Regione Puglia), Daniele Rodriguez (Università di Padova), Piera Poletti (CEREP Padova), Barbara Mangiacavalli (IPASVI), Riccardo Tartaglia (Regione Toscana), Osvaldo Basilio (Regione Lombardia), Amedeo Bianco (FNOMCeO), Sergio Bovenga (FNOMCeO), Andrea Cambieri (Policlinico Universitario A. Gemelli), Antonio Compostella (Regione Veneto), Luigi Conte (FNOMCeO), Damiano Parretti (SIMG), Horand Meier (Provincia Autonoma di Bolzano), Alessandra De Palma (AUSL Modena), Sara Albolino (Regione Toscana), Cinzia Bon (Regione Veneto), Ranieri Demaria (Università la Sapienza), Pier Paolo Faronato (AULSS Treviso), Alberto Fiore (Policlinico Universitario A. Gemelli), Domenico Mantoan (AULSS Alto Vicentino), Sara Picchetti (Regione Lombardia), Licia Sartori (AULSS Alto Vicentino).

La linea guida sarà sottoposta ad un processo di consultazione.



Rubrica a cura del
Dott. Sanzio Patacchini

Nuove leggi

Convertito in legge il “Decreto Renzi”

Legge 23 giugno 2014, n. 89, di conversione del D.L. 24 aprile 2014, n. 66

È stato convertito in legge il D.L. n. 66/2014, noto come “Decreto Renzi” o “degli 80 euro”, che ha disposto per il 2014 l'attribuzione di un credito d'imposta per i lavoratori dipendenti e assimilati, la riduzione delle aliquote ordinarie Irap per tutti i settori di attività economica e l'aumento della tassazione delle rendite finanziarie.

Tra le novità delle legge di conversione, è stata confermata la proroga del versamento della prima rata Tasi al 16 ottobre 2014 per i Comuni che non hanno deliberato le aliquote entro il 23 maggio scorso e prevista la facoltà per i contribuenti decaduti dal beneficio della rateazione delle somme iscritte a ruolo di richiedere la concessione di un nuovo piano, fino a un massimo di 72 rate mensili, a condizione che la decadenza sia intervenuta entro il 22 giugno 2013 e che la richiesta venga presentata entro il 31 luglio 2014.

TRIBUTI LOCALI

Sanzioni TASI, TARI e IMU

Dipartimento delle Finanze, Risoluzione 23 giugno 2014, n. 1/DF

In caso di omesso o insufficiente versamento della TASI o della TARI o dell'IMU si applica l'art. 13 del D.Lgs. n. 471/1997 che prevede che chi non esegue, in tutto o in parte, alle prescritte scadenze, i versamenti in acconto, i versamenti periodici, il ver-

samento di conguaglio o a saldo dell'imposta risultante dalla dichiarazione, è soggetto a sanzione amministrativa pari al 30% di ogni importo non versato. In ogni caso, è ammesso il ravvedimento operoso:

Sul caso del mancato o insufficiente versamento della TASI e dell'IMU alla data di scadenza della prima rata (16 giugno 2014), si è recentemente pronunciato il Dipartimento delle Finanze con la risoluzione n. 1/DF del 23 giugno 2014, ritenendo applicabile l'art. 10, comma 3, della legge 27 luglio 2000 n. 212 (Statuto del Contribuente), secondo il quale “le sanzioni non sono comunque irrogate quando la violazione dipende da obiettive condizioni di incertezza sulla portata e sull'ambito di applicazione della norma tributaria”.

Nella fattispecie in esame l'inapplicabilità delle sanzioni e degli interessi sarebbe “giustificata dalle criticità relative sia alla tempistica di versamento del tributo, oggetto di recentissime novità legislative (D.L. 9 giugno 2014, n. 88), sia alla determinazione stessa del tributo”.

ADEMPIMENTI

Obbligo POS per artigiani, commercianti e professionisti

D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, art. 15, commi 4 e 5

Dal 30 giugno 2014 è previsto l'obbligo per i soggetti che effettuano attività di vendita di prodotti e prestazione di servizi, anche professionali, di accettare pagamenti anche attraverso carte

di debito (BANCOMAT). La norma riconduce l'obbligo di accettare i pagamenti in moneta elettronica agli acquisti sopra i 30 euro e non prevede PER ORA alcuna sanzione per chi non dovesse dotarsi di POS.

Il Consiglio Nazionale Forense ritiene che la dotazione del POS sia «un onere piuttosto che un obbligo giuridico, e il suo campo di applicazione è necessariamente limitato ai casi nei quali saranno i clienti a richiedere» di pagare con il bancomat.

Altri Consigli Nazionali professionali si sono allineati sulla stessa interpretazione e contestano il nuovo «obbligo» a causa dei costi.

Il Consiglio Nazionale Forense ha pre-

cisato che qualora il cliente chiedesse di pagare con il bancomat e il professionista ne fosse sprovvisto, il cliente sarà comunque tenuto a pagare in contanti o sotto altra forma perché «la mora del creditore che, come noto, non libera il debitore dall'obbligazione». Le considerazioni sopra esposte comunque non fanno venir meno l'obbligo giuridico.

COMPENSAZIONE e versamenti

Dal 1° ottobre la delega F24 a saldo zero potrà essere presentata solo in via telematica

Il D.L. n. 66 del 2014, convertito in legge n. 89 del 23 giugno, dispone che dal prossimo 1° ottobre, le dele-

ghe Modello F24 «a saldo zero» dovranno essere trasmesse esclusivamente attraverso i servizi telematici dell'Agenzia delle Entrate.

Invece, per le compensazioni con saldo positivo e per i versamenti di importo superiore a 1.000 euro, il contribuente potrà invece avvalersi anche degli intermediari convenzionati, fermo restando il canale telematico dei crediti IVA per importi superiori a 5.000 euro annui.

In pratica, dal 1° ottobre, i contribuenti potranno presentare direttamente agli sportelli degli intermediari soltanto le deleghe di importo fino a 1.000 euro, sempreché la delega non contenga compensazioni.

Nuove linee guida dal garante della privacy per la P.A. ed enti ad esse collegate

Stop al riutilizzo per marketing dei dati pubblicati dagli enti pubblici nella sezione amministrazione trasparente dei propri siti internet. Le p.a. devono inserire un avviso generale sulla riutilizzabilità solo alle condizioni di legge. È questo la prescrizione del garante della privacy che ha adottato linee guida per la pubblicazione sul web di atti e documenti amministrativi, aggiornando le misure al dlgs 33/2013 (provvedimento n. 243 del 15 maggio 2014). Il provvedimento distingue la trasparenza dalla pubblicità.

Trasparenza. Gli obblighi di pubblicazione online di dati per finalità di trasparenza sono quelli indicati nel dlgs 33/2013 e in altre leggi che si occupano delle «informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni». Le p.a. devono pubblicare online solo dati la cui pubblicazione risulti realmente necessaria. È sempre vietata, inoltre, la pub-

blicazione di dati sulla salute e sulla vita sessuale. I dati sensibili possono essere diffusi solo se indispensabili al perseguimento delle finalità di rilevan-

Stop al riutilizzo per marketing dei dati pubblicati dagli enti pubblici nella sezione amministrazione trasparente dei propri siti internet.

Le p.a. devono inserire un avviso generale sulla riutilizzabilità solo alle condizioni di legge

te interesse pubblico. In particolare, può risultare utile non riportare queste informazioni nel testo dei provvedimenti pubblicati online (per esempio nell'oggetto, nel contenuto), menzionandole solo negli atti a disposizione degli uffici. Peraltro (sempre nelle pubblicazioni finalizzate alla trasparenza) se un documento va pubblicato eliminando i dati identificativi, non sempre è sufficiente siglare nome e cognome, se comunque la persona rimane individuabile in base ad altre informazioni. Quanto al riutilizzo dei dati, esso non è ammesso indiscriminatamente, ma solo alle condizioni previste dalla legge. L'obbligo previsto di pubblicare dati in formato aperto, infatti, non comporta che tali dati siano anche dati aperti. A questo proposito il garante richiama le pubbliche amministrazioni a inserire nella sezione denominata «Amministrazione trasparente» dei propri siti web istituzionali un alert generale con cui si infor-

mi il pubblico che i dati personali pubblicati sono «riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riuso dei dati pubblici», in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali».

Limiti speciali alla trasparenza

Curriculum: Non pubblicare recapiti personali e codice fiscale

Dichiarazione dei redditi: Non pubblicare stato civile, codice fiscale, sottoscrizione, familiari a carico, spese mediche, erogazioni a partiti politici, a onlus, a istituzioni religiose, scelta 8 per mille e 5 per mille

Concorsi: Non pubblicare atti finali in forma integrale

Erogazioni economiche e sussidi:

Non pubblicare dati identificativi, se desumibili dati sanitari o dati sul disagio economico-sociale

Compenso dipendenti: Non pubblicare dichiarazioni fiscali o la versione integrale dei cedolini degli stipendi

Politiche amministratori: Obbligo di pubblicare la dichiarazione dei redditi, con l'esclusione di stato civile, codice fiscale e dati sensibili (spese mediche, erogazioni di denaro a enti senza finalità di lucro ecc.)

Il garante dichiara, quindi, illecito riutilizzare a fini di marketing o di propaganda elettorale i recapiti e gli indirizzi di posta elettronica del personale della p.a. oggetto di pubblicazione obbligatoria. Quanto alla durata della pubblicazione dei documenti, il garante individua un limite ulteriore: i dati devono essere oscurati, anche prima del termine di cinque anni, quando sono stati raggiunti gli scopi per i quali essi sono stati resi pubblici e gli atti stessi hanno prodotto i loro effetti. Inoltre, l'obbligo di indicizzare i dati nei motori di ricerca generalisti è limitato ai soli dati tassativamente individuati dalle norme in materia di trasparenza. Non possono essere indicizzati i dati sensibili e giudiziari. Se le p.a. intendono pubblicare dati per-

sonali ulteriori devono procedere prima all'anonimizzazione.

Pubblicità. Gli obblighi di pubblicità online di dati sono contenuti in norme speciali come le pubblicazioni ufficiali dello stato, le pubblicazioni di deliberazioni sull'albo pretorio online degli enti locali o di altri enti, la pubblicazione degli atti concernenti il cambiamento del nome, la pubblicazione della comunicazione di avviso deposito delle cartelle esattoriali a persone irreperibili, la pubblicazione dell'elenco dei giudici popolari di Corte d'assise. Per questa seconda categoria non scattano le disposizioni del dlgs 33/2013. Oltre ai principi generali, il garante impone di inserire all'interno del documento di «dati di contesto» (come la data di aggiornamento, periodo di validità). Va evitata l'indicizzazione tramite motori di ricerca generalisti, privilegiando funzionalità di ricerca interne ai siti web delle amministrazioni. Deve essere evitata la duplicazione massiva dei file.



Ordine dei Medici di Viterbo

OGGETTO: Redditometro - Cosa fare se arriva la lettera dall'Agenzia Entrate

In questi giorni stanno partendo 20.000 lettere per il cosiddetto reddi-
tometro, vi inviamo alcune indicazioni
nel caso riceviate la lettera.

Il c.d. reddiometro altro non è che la
ricostruzione sintetica del reddito
complessivo delle persone fisiche
(articolo 22 del D.L. n. 78/2010). Il *red-
ditometro* è dunque uno strumento di
accertamento sintetico del reddito,
che consente all'Amministrazione
Finanziaria una determinazione indi-
retta del reddito complessivo del con-
tribuyente, basata sulla capacità di
spesa del medesimo.

La nuova metodologia prevista dal
decreto del Ministero dell'Economia e
delle Finanze del 24 dicembre 2012 si
basa su spese certe e su spese collega-
te al possesso di beni, tenendo conto
anche della composizione del nucleo
familiare e del luogo di residenza.

Le lettere che l'Agenzia delle Entrate
sta spedendo riguarderanno il perio-
do d'imposta 2009 e saranno inviate
da ciascuna Direzione provinciale
dell'Agenzia, e quindi anche con tem-
pistiche diverse.

I destinatari delle comunicazioni
dovrebbero essere i contribuenti che
presentano, per l'anno 2009, una diffe-
renza fra il reddito dichiarato e le
spese calcolate di oltre il 20%.

Le lettere indirizzate ai contribuenti
"sospetti" inviteranno gli stessi a pre-
sentarsi agli uffici dell'Agenzia delle
Entrate, indicando giorno e ora del-
l'appuntamento. Dal momento della
ricezione il contribuente avrà **15
giorni di tempo** per chiedere un
eventuale cambio di data. In caso di
mancata presentazione o di mancata
fornitura di dati o notizie, l'Agenzia
potrà decidere di utilizzare ulteriori
strumenti di indagine e sanzionare il
contribuente.

**È molto importante partecipare
all'incontro già preparati e con
l'eventuale documentazione a
supporto delle proprie ragioni.**

L'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate,
una volta selezionato il soggetto nei
cui confronti intraprendere le attività
di controllo dovrebbe effettuare,
prima ancora di inviare la "lettera", i
necessari riscontri sulla situazione
familiare del contribuente, in modo da
evitare la selezione di coloro che, con
il reddito complessivo dichiarato dalla
famiglia, giustificano l'apparente sco-
stamento individuale.

Qualora ciò non avvenisse, il contri-
buyente, già in fase di primo contrad-
dittorio con l'ufficio, potrà fornire una
diversa rappresentazione della pro-
pria situazione familiare, con conse-

guente attribuzione della nuova tipo-
logia familiare.

Il primo contraddittorio potrà chiu-
dersi:

con l'archiviazione della pratica;
con l'attivazione di ulteriori controlli,
ivi comprese le indagini finanziarie,
qualora i chiarimenti forniti dal contri-
buyente, non risultassero soddisfacenti.

Per tutti questi motivi, qui soltanto
accennati, è importante non sottovalu-
tare la ricezione di una eventuale
"lettera"; Raccomandiamo di conser-
vare la lettera completa di eventuali
allegati e della busta (necessaria per
dare evidenza della data di notifica).

Il ricorso massivo da parte dell'Agen-
zia delle Entrate a questo strumento
di accertamento, impone anche ai
contribuenti di prestare particolare
attenzione nel compiere operazioni
che, fino a qualche tempo fa, erano
considerate "normali" (per esempio
il trasferimento di somme di denaro
tra familiari che, alla luce delle novità,
richiede di essere formalizzato in
modo preciso onde evitare rischi
futuri).

Restiamo a disposizione per ogni
eventuale chiarimento e salutiamo
cordialmente.

Studio, caratteristiche, percezione e riproduzione del movimento

Dott. Alberto Chiovelli

La relazione tra percezione, produzione e simulazione del movimento è stata presentata in un contesto multidisciplinare, con numerosi esempi delle più recenti scoperte scientifiche e riferimenti a condizioni reali; situazioni, talvolta critiche e patologiche, che il medico è chiamato a riconoscere.

Si è svolto sabato 12 aprile 2014, presso l'Aula Magna dell'Ordine dei Medici di Viterbo, un corso, inserito nel progetto delle attività ECM, avente come argomento:

“studio, caratteristiche, percezione e riproduzione del movimento” (responsabile scientifico del corso il dott. Alberto Chiovelli)

Tale corso, organizzato con la preziosa collaborazione dell'istituto di biologia cibernetica “Max Planck” di Tubinga (Germania), aveva come finalità l'esigenza di conoscere nuovi aspetti di ricerca e l'utilizzo di tecniche di sperimentazione e tecnologie innovative nell'ambito della percezione del movimento

La relazione tra percezione, produzione e simulazione del movimento è stata presentata in un contesto multidisciplinare, con numerosi esempi delle più recenti scoperte scientifiche e riferimenti a condizioni reali; situazioni, talvolta critiche e patologiche, che il medico è chiamato a riconoscere.

Dopo una relazione introduttiva del dott. Alberto Chiovelli sulla funzionali-

tà di alcune aree specifiche del nostro cervello (essenzialmente aree deputate alla percezione del movimento) il prof. Paolo Pretto, project leader dell'istituto Max Planck, ci ha introdotto nel mondo dello studio della percezione e, aspetto particolarmente interessante ed innovativo, della simulazione (con contestuale studio analitico) del movimento.

Il prof. Paolo Pretto ha illustrato, con chiarezza e competenza, gli aspetti neurofunzionali e percettivi che ci permettono di analizzare ed integrare gli stimoli che ci vengono dal mondo esterno. Successivamente la dott.ssa Maria José Galasso ha brillantemente esposto tutti gli aspetti della visione correlati alla percezione, analisi ed integrazione del movimento.

Un ospite abituale degli incontri che si svolgono presso il nostro Ordine è il prof. Antonio Dal Monte, fisiologo e biomeccanico, che, con la sua consueta intelligenza e simpatia, ha fatto un interessante parallelo tra la capacità fisica e quella psichica di eseguire, con successo, una determinata performance; spesso ribadendo il concetto che la mente (intesa come massima espressione delle capacità del nostro sistema nervoso) spesso supera le capacità fisiche, più o meno importanti, di un atleta.

Ospite particolarmente gradito è stato il ten. colonnello Walter Villadei, cosmonauta e personaggio di spicco dell'Aeronautica Militare.

Nella sua interessante relazione ha posto particolare attenzione a tutti gli aspetti percettivi, sensoriali e di riserva psico-fisica legati ad una attività intensa ed anche pericolosa, ma non per questo meno interessante ed affascinante, come la permanenza umana nello spazio (permanenza più o meno lunga in orbita sia in missione che presso la stazione spaziale orbitante). Tale corso ha suscitato un grande interesse, sia per la indiscussa qualità e per il prestigio dei relatori, perché gli argomenti affrontati, pur se esulavano notevolmente dalle problematiche quotidiane dei vari operatori sanitari presenti, hanno contribuito a fornire diverse e nuove chiavi di lettura finalizzate ad una più profonda conoscenza del nostro sistema nervoso.



Collegghi in gamba

Il giorno 8 maggio 2014 in occasione del 711 anniversario della fondazione dell'Università Sapienza di Roma sono stati premiati i laureati eccellenti dell'Università per l'anno accademico 2012 -2013.

A fronte di oltre 17.000 laureati sono stati selezionati per tutte le facoltà 400 laureati eccellenti. Il Presidente della Camera - Onorevole Laura Boldrini - intervenuto alla manifestazione, ha premiato personalmente i laureati eccellenti uno per facoltà. Tra di essi per la facoltà di medicina S. Andrea la Dott. Eleonora Alma, neo iscritta all' Ordine di Viterbo.

È fonte di orgoglio per la famiglia e per il nostro Ordine annoverare la collega fra noi.

È proprio a Lei che formuliamo i più fervidi auguri di una brillante carriera.

IL PRESIDENTE

Dott. Antonio Maria Lanzetti





Dalla “Fabbrica delle lauree” al DDL antiabusivismo: la CAO su tutti i media

Sono state settimane intense, per la CAO nazionale, queste della prima metà di aprile: dall'approvazione all'unanimità in Senato, avvenuta il 3, del Ddl 471, che ha inasprito le pene per il reato di abusivismo, alla lotta senza quartiere contro la “Fabbrica delle Lauree”, all'intervento del presidente Giuseppe Renzo agli Stati generali del ministero della Salute, alla pubblicazione delle Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia, alla presentazione del Manuale dell'Odontoiatra.

E, su ciascuno di questi versanti, i lavori della CAO sono stati seguiti dai media, che ne hanno dato via via notizia.

“Siamo alla fabbrica delle lauree. Ed è fatta solo per i figli di papà”. Non usa mezzi termini Giuseppe Renzo, intervistato da Nadia Ferrigo de La Stampa sul fenomeno delle iscrizioni alle facoltà di Odontoiatria in altri paesi dell'Unione europea per aggirare i test d'ingresso italiani. “Una pratica sempre più diffusa e molto rischiosa – la definisce l'articolo –. Non solo per i ragazzi, che rischiano di sprecare tempo e denaro, ma anche per i pazienti”.

“In tutti i Paesi – spiega Renzo – Italia compresa, esistono corsi di laurea eccellenti e atenei che vendono i titoli di laurea: acquistare un pezzo di carta non vuol dire certo acquisire competenze. Questi atenei, che non

garantiscono né strutture né corsi idonei, dovrebbero chiudere. E con la libera circolazione dei professionisti sanitari, presto il problema non riguarderà più solo noi, ma tutta l'Europa”.

Potete leggere l'articolo nella sua interezza nel file allegato.

Sull'argomento si era già soffermato “Pagina 99”, il nuovo “quotidiano di economia e cultura”, che trasmette on line durante la settimana ed esce in edicola in versione cartacea nel week end.

Anche Domenico Lusi, nella sua inchiesta “Lauree facili, il Tar rende più semplice il metodo Bossi”, aveva intervistato, per l'Odontoiatria, Giuseppe Renzo, e per i medici il segretario della FNOMCeO, Luigi Conte, che aveva invocato “un numero programmato a livello europeo”. Potete leggere l'articolo a questo link. Ma è l'inasprimento delle pene per chi esercita abusivamente una professione la vera notizia di questo inizio mese: il DDL, per il quale la CAO si batte da anni, è stato infatti approvato all'unanimità in Senato ed è passato alla Camera, dove sta per essere incardinato. Durante la discussione, per quanto riguarda i Medici e gli Odontoiatri, sono stati portati a supporto del DDL i dati del Rapporto Eures-CAO sull'abusivismo: ne dà notizia Il Sole 24 ore Sanità. Sempre i dati del rapporto

Eures sono stati citati anche dal presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, intervistato dalTgI a ridosso dell'approvazione del DDL e ancora pochi giorni fa da Corriere Adriatico. Tutta la stampa specializzata, ben conoscendo come il fenomeno dell'abusivismo riguardi – come del resto emerge dallo stesso Rapporto Eures – per la gran parte la Professione Odontoiatrica, ha invece “rincorso”, per raccogliere dichiarazioni, interviste, commenti, il presidente CAO, Giuseppe Renzo. Che, con Mauro Miserendino di Doctor33, focalizza le modifiche normative più importanti, come la previsione della confisca dei beni strumentali impropriamente utilizzati dall'abusivo.

“Una norma ormai vetusta – è il commento di Renzo – è stata modificata e ora si può intercettare, sanzionandolo, il comportamento scorretto e non legale di personaggi che hanno una visione mercantile della cura e del paziente”.

Renzo sottolinea poi “come soprattutto in Odontoiatria gli abusivi siano spesso recidivi, potendo irridere le banali sanzioni di cinquecento euro previste dall'articolo 348 del Codice Penale, riaprendo i loro cosiddetti studi in altre località”.

Potete leggere l'articolo completo nel file allegato, insieme a quello con le dichiarazioni di Giuseppe Marinello, primo firmatario del Disegno di Legge.

“Un provvedimento di portata storica” è definita l'approvazione del DDL da Renzo, intervistato dal direttore di Odontoiatria 33, Norberto Macagno.

“È il compendio di un lavoro sinergico che da anni come CAO nazionale abbiamo portato avanti con ANDI per raggiungere questo risultato. Una azione che ha permesso tra gli altri di

*Renzo sottolinea poi
“come soprattutto
in Odontoiatria gli
abusivi siano
spesso recidivi,
potendo irridere
le banali sanzioni di
cinquecento euro
previste dall'articolo
348 del Codice
Penale, riaprendo i
loro cosiddetti studi
in altre località”.*

fare capire alla politica ed all'opinione pubblica che la nostra richiesta di riforma non era una questione corporativa necessaria per tutelare determinate professioni ma per garantire i cittadini, i pazienti. L'approvazione al Senato di questo testo è un passaggio importantissimo che vede accogliere alcune delle richieste che, ripeto, sinergicamente abbiamo portato avanti Istituzione ordinistica e Sindacato. In particolare ricordo la battaglia sulla confisca dei beni e l'aumento delle sanzioni”. L’“enorme soddisfazione” di Renzo nell'accogliere la notizia, “che crediamo sia il risultato di un lunghissimo lavoro fatto in seno alla Fnomceo e alla CAO, coinvolgendo associazioni sindacali e Nas in una battaglia di ricerca coraggiosa di una sanità sicura e pulita” è registrata da Dental Tribune. Mentre l'emittente romana, ma che trasmette su tutto il territorio nazionale, Radio Manà Manà, intervistava Renzo tramite il microfo-

no di Livia Ventimiglia: potete ascoltare qui il podcast dell'intervista.

E ancora molte altre testate stanno per tornare sull'argomento: per tutte, Gr Parlamento e Telenord.

Le “sette azioni per tutelare la salute degli italiani” e migliorare l'assistenza odontoiatrica auspicata da Giuseppe Renzo nel corso del suo intervento agli Stati Generali della Salute sono invece al centro di un altro articolo di Odontoiatria 33, che potete leggere a questo link, e che contiene, in esclusiva, anche tutte le slide proiettate durante l'intervento.

E quali sono i sette punti? Eccoli, di seguito:

- 1) Progetti di prevenzione mirata ad integrazione delle iniziative già in essere.
- 2) Screening su base regionale delle patologie e analisi mirata dei fabbisogni.
- 3) Assistenza urgenze/emergenze.
- 4) Accesso facilitato alle terapie odontoiatriche dei soggetti adulti economicamente deboli.
- 5) Accesso facilitato alle terapie odontoiatriche conservative per i minori a disagio socio-economico in carico ai servizi sociali e/o a strutture protette.
- 6) Accesso facilitato alle terapie odontoiatriche degli individui tossicodipendenti, hiv e/o hcv-hbv positivi, bisognosi di prestazioni odontostomatologiche.
- 7) Interventi di formazione del personale sanitario dei paesi in difficoltà e/o intervento diretto con un coordinamento delle iniziative di volontariato.

Dell'intervento di Renzo agli Stati Generali della Salute dà notizia anche Quotidiano Sanità. Dental Journal, Sanità de Il Sole 24 ore, e ancora Odontoiatria33, infine, si soffermano sulle Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia, appena pubblicate dal ministero della Salute.

a cura dell'Ufficio Stampa FNOMCeO

Fare di più non significa fare meglio

Premessa

Da tempo è stato evidenziato che molti esami e molti trattamenti chirurgici e farmacologici largamente diffusi non apportano benefici per i pazienti e anzi rischiano di essere dannosi: il sovra utilizzo di esami diagnostici e trattamenti si dimostra un fenomeno sempre più diffuso e importante. Si tratta di esami e trattamenti non supportati da prove di efficacia, che continuano ad essere prescritti ed effettuati per molteplici ragioni: per abitudine, per soddisfare pressanti richieste dei pazienti, per timore di sequele medico legali, perché spiegare al paziente che non sono necessari richiede più tempo, per interessi economici, perché nelle organizzazioni sanitarie viene premiata la quantità delle prestazioni più della loro qualità e appropriatezza, per dimostrare al paziente di avere una vasta cultura scientifica o per applicare in modo acritico il concetto del “fare tutto il possibile”.

Questi esami e trattamenti rappresentano un vero e proprio spreco di risorse. Per ridurli è necessario agire in più direzioni: ci vuole in primo luogo una nuova consapevolezza e un'assunzione di responsabilità da parte dei medici, sottoposti a forti pressioni da parte di aziende di prodotti farmaceutici, di presidi e di servizi e condizionati dalla concorrenza di colleghi così scrupolosi da prescrivere tanti esami, dall'informazione distorta fornita da corsi, seminari, congressi organizzati con lo scopo di enfatizzare l'efficacia di nuove terapie e strumenti diagnostici, e anche dagli

stessi pazienti che traggono informazioni da riviste divulgative o da siti internet sostenuti dalle industrie. Occorre che i cittadini si rendano conto che per la loro salute non sempre “fare di più significa fare meglio” e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente; l'informazione a tutti i livelli dovrebbe essere più sobria, meno sensazionalistica e libera da conflitti di interesse; nelle organizzazioni sanitarie dovrebbe essere premiata la qualità e appropriatezza delle prestazioni più della loro quantità. Per cominciare ad attivarsi in questa direzione Slow Medicine lancia il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”, molto simile a quello già in atto negli Stati Uniti con il nome di “CHOOSING WISELY” <http://choosingwisely.org/>, promosso da molte società scientifiche USA e da un'associazione di consumatori.

La storia di CHOOSING WISELY

L'OMS stima che una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenti uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010). Negli USA si valuta che l'ammontare delle prestazioni che non apportano nessun beneficio ai pazienti e di conseguenza rappresentano uno spreco corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitaria.

Gli stessi studi sottolineano come, per limitare esami e trattamenti non necessari, che non solo fanno crescere oltre misura i costi ma possono

anche danneggiare i pazienti, sia fondamentale il ruolo dei medici, dalle cui decisioni si stima dipenda circa l'80% della spesa sanitaria.

Già nel 2002 era stata lanciata, da parte della Fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation), della Fondazione dell'ACP (American College of Physicians) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, la “Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio” ivi: la Carta ha come suoi principi fondamentali il primato del benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In particolare la Carta sottolinea l'impegno ad una equa distribuzione di risorse limitate e chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell'allocazione appropriata delle risorse e dell'evitare scrupolosamente test e procedure superflue, dato che “fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri”. Nel 2010 Howard Brody, sottolineando la responsabilità etica di tutti i medici nei confronti della sostenibilità economica del sistema sanitario, lanciava la proposta che ogni società scientifica specialistica creasse “the Top Five List”, una lista di cinque test diagnostici o trattamenti che fossero prescritti molto comunemente dai membri di quella società specialistica, fossero tra i più costosi, esponessero i pazienti a rischi e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie di pazienti ai quali vengono comunemente prescritti.

La “Top Five List” sarebbe stata una raccomandazione su come, all'interno di quella specialità, si sarebbe potuto ottenere il massimo risparmio in termini di costi senza privare nessun paziente di benefici medici

significativi. Brody riportava come esempi di pratiche da ridurre la chirurgia artroscopica per l'osteoartrosi del ginocchio e molte modalità di utilizzo della tomografia computerizzata che, oltre a far crescere i costi, espongono i pazienti ai rischi delle radiazioni. Sempre secondo Brody, una lista di cinque pratiche ad alto rischio di inappropriately aveva il vantaggio di lanciare all'opinione pubblica il messaggio che non si trattava di un "razionamento" dell'assistenza sanitaria per tagliare indiscriminatamente i costi ma che si stava intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco nell'interesse dei pazienti. Per la definizione della "Top Five List" ogni società scientifica specialistica avrebbe dovuto costituire prima possibile un

gruppo di studio di alto livello, che includesse professionisti con competenze specifiche in epidemiologia clinica, biostatistica, politica sanitaria e medicina basata sulle prove scientifiche (EBM). Una volta raggiunto l'accordo sulla "Top Five List", ogni società specialistica avrebbe dovuto stendere un piano di implementazione e di formazione dei propri membri, per dissuaderli dall'utilizzo di quel test o trattamento per determinate categorie di pazienti. Organizzazioni "ombrello" come l'American Medical Association (AMA) avrebbero potuto esercitare una forte pressione sulle società specialistiche, in particolare su quelle più restie ad attivarsi. Sempre nel 2010 Grady e Redbergvi, nel presentare la serie di articoli "Less is more" pubblicati negli Archives of Internal Medicine, insistevano sulla necessità di confutare il mito che "se un trattamento è buono, fare di più è sempre meglio". Mettendo in pratica il suggerimento di Brody un'associazione medica USA, la NPA (National Physician Alliance) vii, lanciava un

"Occorre che i cittadini si rendano conto che per la loro salute non sempre "fare di più significa fare meglio" e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente; l'informazione a tutti i livelli dovrebbe essere più sobria, meno sensazionalistica e libera da conflitti di interesse; nelle organizzazioni sanitarie dovrebbe essere premiata la qualità e appropriatezza delle prestazioni più della loro quantità."

progetto per individuare una lista delle 5 principali attività in medicina di famiglia, medicina interna e pediatria, nelle quali cambiamenti nella pratica potessero assicurare un uso più appropriato di risorse limitate e migliore qualità delle cure: venivano costituite tre commissioni le quali individuavano complessivamente 12 attività, visto che per tre di esse le scelte di medicina di famiglia e medi-

cina interna si sovrapponevano. Dato che era opinione comune dei medici che i pazienti si aspettassero da loro la prescrizione di quelle pratiche, si stabiliva di produrre dei video di formazione per supportare i medici nella comunicazione ai pazienti della loro decisione. Ulteriori video sarebbero stati prodotti per i pazienti per spiegare loro il razionale della raccomandazione, e cioè che i rischi superavano i benefici. L'effettiva implementazione della "Top Five List" avrebbe comunque dovuto rispettare i valori e le preferenze del paziente, oltre alla correttezza clinica e all'uso appropriato di risorse limitate. La lista delle 12 pratiche veniva pubblicata nell'agosto 2011: tra queste, citiamo le indagini radiologiche per la lombalgia in assenza di segni neurologici e altre patologie, la densitometria ossea per le donne di età inferiore a anni senza fattori di rischio, la prescrizione di antibiotici per la sinusite, l'effettuazione annuale di ECG o di esami di laboratorio in assenza di sintomi. Una successiva analisi economica stimava che, se le pratiche contenute nella lista delle Top Five individuate dalla NPA fossero state eliminate, il risparmio sarebbe consistito in almeno 5 miliardi di \$ all'annoviii. La fondazione statunitense ABIM (American Board of Internal Medicine) basandosi sugli ideali della Carta della Professionalità Medica, sulla sfida di Brody, sulla serie di articoli Less is more e infine sul lavoro della NPA, ha successivamente lanciato l'iniziativa CHOOSING WISELYix con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori. Nove società scientifiche specialistiche hanno aderito fin dall'inizio al progetto e individuato ciascuna una lista di 5 test, trattamenti o servizi che fossero comunemente utilizzati nella propria specialità e il cui impiego

avrebbe dovuto essere messo in discussione da pazienti e clinici: in tutto sono state individuate 45 pratiche (test/trattamenti) ad alto rischio di inappropriately.

Queste liste sono state rese pubbliche nel corso di un evento nazionale a Washington il 4 aprile 2012. Pochi giorni dopo, l'8 aprile 2012, l'editoriale del New York Times "Do you need that test?" riportava testualmente:

"Se i costi legati all'assistenza sanitaria devono essere riportati sotto controllo, i medici della Nazione dovranno svolgere un ruolo trainante nell'eliminare i trattamenti non necessari. Secondo varie stime, centinaia di miliardi di dollari sono sprecati ogni anno in questo modo. E' dunque molto incoraggiante che nove maggiori gruppi professionali abbiano identificato 45 test e procedure (5 per ogni specialità) che sono usate comunemente ma dei quali non è dimostrato il beneficio per molti pazienti e che a volte possono procurare più danno che beneficio."

Le nove società scientifiche aderenti fin dall'inizio all'iniziativa Choosing Wisely, che rappresentano quasi 375.000 medici, sono:

- American Academy of Allergy, Asthma & Immunology;
- American Academy of Family Physicians;
- American College of Cardiology;
- American College of Physicians;
- American College of Radiology;
- American Gastroenterological Association;
- American Society of Clinical Oncology;
- American Society of Nephrology;
- American Society of Nuclear Cardiology.

In più altre società, organizzazioni di consumatori e organizzazioni mediche hanno successivamente chiesto di poter partecipare all'iniziativa, coinvolgendo medici e pazienti nell'individuazione di ulteriori test e procedure il cui utilizzo dovrebbe essere limitato. Tramite Consumer Reports vengono messe in atto campagne di comunicazione che coinvolgono anche i cittadini e le loro asso-

"La stima dell'OMS, secondo la quale una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenterebbe uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010), appare molto verosimile anche per l'Italia. In molti settori è possibile evidenziare un sovra utilizzo di risorse, che emerge anche dal confronto dell'Italia con gli altri paesi sviluppati dell'area OCSE"

ciazioni. E' stata pubblicata, nell'ottobre 2012, dagli Annals of Internal Medicine una lista di 16 test radiologici tratta dai 45 test e trattamenti ad alto rischio di inappropriately individuati dalle società scientifiche nell'ambito dell'iniziativa Choosing Wisely: gli Autori concordano sul sovra utilizzo dei test elencati, ne analizzano le cause e si augurano che i medici possano limitarne la prescrizione.

Tra questi citiamo:

- Test di imaging per cefalea in pazienti senza fattori di rischio
- Radiografia del torace pre-operato-

ria di routine in pazienti senza sintomi cardiopolmonari

- Test di imaging in pazienti con lombalgia in assenza di segni/sintomi di allarme

- Densitometria ossea (metodica DEXA) per sospetta osteoporosi in donne di età inferiore a 65 anni e in uomini di età inferiore a 70 anni senza fattori di rischio

- TC o RM cerebrale dopo sincope semplice senza anomalie neurologiche

- PET, TC o scintigrafia ossea per la stadiazione del carcinoma prostatico di recente identificazione a basso rischio di metastasi

- PET, TC o scintigrafia ossea per la stadiazione del carcinoma della mammella di recente identificazione a basso rischio di metastasi

Lo stesso studio riferisce che, dopo una rapidissima crescita dei test radiologici negli ultimi dieci anni, sembra di assistere recentemente negli USA ad una inversione del trend: primo segnale di una maggiore consapevolezza e appropriatezza ?

Dopo le prime 9 liste di test e trattamenti ad alto rischio di inappropriately pubblicate in aprile 2012, altre 18 liste sono state presentate il 21 febbraio 2013 da altrettante società scientifiche USA:

- American Academy of Family Physicians (II lista)
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine
- American Academy of Neurology
- American Academy of Ophthalmology
- American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery
- American Academy of Pediatrics
- American College of Obstetricians and Gynecologists
- American College of Rheumatology
- American Geriatrics Society
- American Society for Clinical Pathology
- American Society of Echocardiography
- American Urological Association
- Society for Vascular Medicine

- Society of Cardiovascular Computed Tomography
- Society of Hospital Medicine-Adult Hospital Medicine
- Society of Hospital Medicine-Pediatric Hospital Medicine
- Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
- The Society of Thoracic Surgeons

portando a 135 in totale i test e trattamenti sui quali, secondo l'iniziativa Choosing Wisely, medici e pazienti dovrebbero interrogarsi.

L'inappropriatezza in Italia

La stima dell'OMS, secondo la quale una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenterebbe uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010), appare molto verosimile anche per l'Italia. In molti settori è possibile evidenziare un sovrautilizzo di risorse, che emerge anche dal confronto dell'Italia con gli altri paesi sviluppati dell'area OCSE: si citano di seguito alcuni esempi, non certamente esaustivi. Uno di questi settori, citato anche dalla sintetica relazione OCSE 2011 sul nostro paese, è rappresentato dalle tecnologie medicali, ad esempio in radiologia. Il numero di apparecchiature di RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), aumentato negli ultimi anni in tutti i Paesi sviluppati, nel nostro presenta nel 2010 un rapporto rispetto al numero di abitanti tra i più alti: 22,4 RMN e 31,6 TAC per milione di abitanti, entrambi molto al di sopra della media OCSE (rispettivamente 12,5 e 22,6), vicini ai limiti superiori rappresentati da USA e Grecia. E anche le stime sul numero di esami effettuati ci pone ai primi posti tra i paesi OCSE. Gli stessi radiologi, anche nella consapevolezza dei danni conseguenti ad un'eccessiva esposizione alle radiazioni ionizzanti, si stanno interrogando sull'appropriatezza degli esami radiologici che eseguono: sono davvero tutti necessari? Un recente studio eseguito da alcuni di essi in Italia su prestazioni radiologiche ambulatoriali ha

“Slow Medicine intende pertanto lanciare in Italia il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”, nella convinzione che, come è avvenuto negli Stati Uniti, la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo da parte dei medici, in alleanza con pazienti e cittadini. ”

dimostrato l'appropriatezza solamente del 56% di queste. Questo vuol dire che il 44% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali prese in esame poteva essere evitato senza recare alcun danno al paziente. L'utilizzo molto più alto in Italia rispetto agli altri Paesi di tecnologie complesse in cardiologia, come gli impianti di pace-maker cardiaci con funzione resincronizzante e di defibrillatori per migliorare la funzione cardiaca e risolvere aritmie maligne, dà adito a qualche dubbio sulla loro reale indicazione clinica. Un altro esempio eclatante dell'eccessi-

vo e inappropriato ricorso a prestazioni sanitarie è rappresentato dal numero di parti eseguiti con cesareo: il loro rapporto rispetto al numero totale di parti (quasi 40%) è in Italia tra i più alti nel mondo^{xv}. E, come quasi sempre avviene, emergono evidenti disparità tra le regioni italiane, con molte di esse al di sotto del 30% mentre la Campania supera il 60%^{xvi}; la percentuale di parti cesarei è inoltre molto più alta nel settore della sanità privata rispetto a quella pubblica. Infine il consumo procapite di antibiotici è in Italia uno dei più alti tra i Paesi OCSE, anche in questo caso poco inferiore a quello della Grecia^{xvii}, con evidenti disomogeneità tra le Regioni italiane^{xviii}.

Il progetto di Slow Medicine

Se la riduzione di prestazioni inappropriate, che rappresentano uno spreco di risorse e non offrono benefici tangibili ai pazienti ma piuttosto maggiori rischi, costituisce sempre un preciso imperativo etico, tanto più pressante appare in questo momento di crisi economica che in Italia mette a rischio la sostenibilità del servizio sanitario nazionale e la tutela della salute, e accentua in maniera allarmante le disuguaglianze tra i cittadini. Slow Medicine intende pertanto lanciare in Italia il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”, nella convinzione che, come è avvenuto negli Stati Uniti, la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo da parte dei medici, in alleanza con pazienti e cittadini. Già negli anni '90 Sandro Spinsanti^{xix} scriveva:

“La buona medicina ci appare il frutto di una contrattazione molteplice che deve tener conto di tre diversi parametri: l'indicazione clinica (il bene del paziente), le preferenze ed i valori soggettivi del paziente ed infine l'appropriatezza sociale. Alle due dimensioni finora considerate, oggi dobbiamo infatti aggiungere una

terza: l'appropriatezza sociale degli interventi sanitari, in una prospettiva di uso ottimale di risorse limitate, solidarietà con i più fragili ed equità. L'assistenza sanitaria, dovendo conciliare nelle sue scelte esigenze diverse e talvolta contrastanti, senza minimamente rinunciare alle esigenze della scienza, ci appare oggi più che mai un'arte. L'ideale medico dell'epoca postmoderna è una leadership morale". Il progetto che Slow Medicine prospetta segue quella che era stata la proposta di Howard Brody nel 2010 sul New England Journal of Medicine e che ha preso forma negli USA con Choosing Wisely.

L'individuazione da parte dei professionisti di una lista di esami diagnostici e trattamenti dei quali non è dimostrato il beneficio per molti pazienti e che a volte possono procurare più danno che beneficio, oltre a rappresentare un concreto passo verso un utilizzo più appropriato delle risorse, lancia all'opinione pubblica il forte messaggio che in sanità a volte è meglio fare meno, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente. Nel dettaglio, ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto individuerà una lista di cinque test diagnostici o trattamenti, ovviamente a partire da quelli già indicati negli USA, che in Italia:

- sono effettuati molto comunemente
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti
- possono al contrario esporre i pazienti a rischi

In accordo con Brody, Slow Medicine suggerisce ad ogni società scientifica/associazione di professionisti di costituire per questo obiettivo un gruppo di studio di alto livello che includa "professionisti con competenze specifiche in epidemiologia clinica, biostatistica, politica sanitaria e medicina basata sulle prove scientifiche (EBM)". Una volta raggiunto l'accordo sulla lista di cinque test dia-

"L'individuazione da parte dei professionisti di una lista di esami diagnostici e trattamenti dei quali non è dimostrato il beneficio per molti pazienti e che a volte possono procurare più danno che beneficio, oltre a rappresentare un concreto passo verso un utilizzo più appropriato delle risorse, lancia all'opinione pubblica il forte messaggio che in sanità a volte è meglio fare meno, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente."

gnostici o trattamenti, ogni società scientifica /associazione di professionisti metterà a punto un piano di implementazione e di formazione dei propri membri, per dissuaderli dall'utilizzo di quel test o trattamento per determinate categorie di pazienti. Slow Medicine favorirà gli scambi di informazioni tra le diverse società scientifiche/associazioni di professionisti e tra queste e associazioni di cittadini; inoltre provvederà a diffondere presso l'opinione pubblica sia il progetto statunitense e le pratiche già individuate da Choosing Wisely, con le relative indicazioni pratiche

mirate ai cittadini, sia puntuali informazioni sull'evoluzione del progetto in Italia e sulle società scientifiche e associazioni aderenti al progetto.

Dato che la relazione tra medici e pazienti e il rapporto di fiducia che ne è alla base riveste un'importanza fondamentale ai fini di una maggiore appropriatezza, Slow Medicine supporterà i professionisti nel loro rapporto con il paziente con vari mezzi, compresi quelli audiovisivi come in USA. In conclusione il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" rappresenta una scommessa, del tutto in linea con la dimostrazione di John Øvretveit di qualche anno fa secondo la quale nel sistema sanitario la qualità non aumenta i costi ma anzi li riduce^{xxiii}: la scommessa che attraverso il coinvolgimento dei professionisti sia possibile anche in Italia migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi.

Attraverso il progetto, ci si può attendere di ridurre gli alti costi del servizio sanitario non attraverso tagli lineari, che ne mettono a serio rischio la sopravvivenza e accentuano ulteriormente le disuguaglianze tra i cittadini, ma intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco nello stesso interesse dei pazienti.

Sviluppo del progetto

Il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" è stato lanciato da Slow Medicine nel dicembre 2012. Nei giorni immediatamente successivi, Slow Medicine ed il suo progetto, citati nella relazione di Gianfranco Domenighetti al convegno di Bologna in ricordo di Alessandro Liberati, hanno ricevuto un positivo apprezzamento da parte di Richard Smith, pregresso editor del BMJ, presente al convegno^{xxiv}. Sono stati presi contatti con la dr.ssa

Christine K. Cassel, presidente e CEO di ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation), associazione medica USA che ha lanciato Choosing Wisely, la quale si è mostrata entusiasta dell'iniziativa italiana ed ha offerto la collaborazione sua e di ABIM. Su consiglio di ABIM, sono state poi contattate le prime 9 società scientifiche USA che hanno individuato le 5 pratiche ad alto rischio di inappropriately, chiedendo loro l'autorizzazione alla traduzione e all'utilizzo delle pratiche. La maggior parte ha risposto, offrendo attiva collaborazione e un possibile supporto operativo alle società scientifiche italiane. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, FMOMCeO, ha ufficialmente aderito al progetto in data 20 febbraio 2013 ed ha concesso il proprio patrocinio all'iniziativa, indicando i suoi rappresentanti nella gestione del progetto. Il direttivo di Slow Medicine, data l'importanza del progetto FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO, ha stabilito di costituire un gruppo di regia con il compito di affiancarlo nell'organizzazione e gestione del progetto stesso, in particolare riguardo alle modalità di individuazione delle 5 pratiche, nonché al successivo piano di comunicazione rivolto sia ai professionisti sia ai cittadini e al dialogo tra medico e paziente: il gruppo di regia ha iniziato la sua attività il 1° marzo 2013.

Il gruppo è formato da componenti di Slow Medicine, da professionisti che a vario titolo collaborano al progetto, dai rappresentanti delle associazioni e organizzazioni che promuovono il progetto e da rappresentanti dei cittadini. Il progetto, a differenza di Choosing Wisely, intende coinvolgere non solo i medici ma anche gli altri professionisti della salute, in una comune assunzione di responsabilità: caratteristica del progetto italiano è la visione sistemica, che privilegia la collaborazione e l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale. E' inoltre prevista la partecipazione attiva dei cittadini e dei

pazienti. PartecipaSalute, promosso dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e da Zadig srl, ha comunicato la propria partecipazione al progetto, in particolare attraverso i cittadini, rappresentanti di associazioni e membri laici di comitati etici, che hanno già preso parte ad un percorso di formazione e a gruppi di lavoro.

Hanno aderito anche SIQuAS-VRQ, Società italiana per la Qualità dell'Assistenza, e l'Istituto Change di Torino, agenzia formativa specializzata nella formazione alla comunicazione e al counselling sistemico in ambito sanitario, educativo e sociale.

La Federazione IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigiliatrici d'infanzia) ha comunicato il 9 aprile 2013 la propria adesione al progetto e la nomina di propri rappresentanti. Nel luglio 2013 hanno aderito al progetto anche Altroconsumo, associazione di consumatori indipendente e senza fini di lucro, con 345.000 soci, Slow Food Italia, associazione italiana parte dell'associazione internazionale Slow Food (100.000 iscritti in 150 Paesi) di cui è fondatrice, e Inversa Onlus, associazione italiana di pazienti affetti da Idrosadenite suppurativa, patologia orfana di diagnosi e di terapie. Sono state contattate varie Società Scientifiche italiane e associazioni di professionisti, iniziando da quelle che avevano già iniziato una collaborazione con Slow Medicine, e le adesioni sono numerose.

Torino agosto 2013

i Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs — lessons from regional variation. *N Engl J Med* 2009;360:849-52.

ii Berwick DM, Hackbarth A. Eliminating waste in US health care [published online ahead of print March 14, 2012]. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2012.362

iii Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51

iv American Board of Internal Medicine

Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246.

v Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *N Engl J Med*. 2010;362(4):283-285

vi Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med*. 2010;170(9):749-750.

vii Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med*. 2011;171(15):1385-1390.

viii Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top \$5 billion. *Arch Intern Med*. 2011;171(20):1856-1858.

ix Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307:1801-2.

x <http://www.choosingwisely.org/>

xi Rao VM, Levin DC. The Overuse of Diagnostic Imaging and the Choosing Wisely Initiative. *Ann Intern Med* 2012;157:574-577

xii <http://www.oecd.org/health/healthpolicies-and-data/oecdhealthdata2012.htm>

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en

xiii Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. M. Cristofaro et al *Radiol med* (2011) 116:000-000 DOI 10.1007/s11547-011-0725-2

xiv Merkely et al. *Europace* 2010

xv Caesarean sections per 100 live births, 1990-2009 (or nearest year) *Fonte Health at a Glance 2011: OECD Indicators*

xvi Percentuale parti cesarei -Anno 2009 *Fonte Ministero della Salute*

xvii Antibiotics consumption, 2000 and 2009 (or nearest year) *Fonte Health at a Glance 2011: OECD Indicators*

xviii L'uso SSN di farmaci antibiotici nelle Regioni Italiane in DDD/1000 abitanti pro die (fonte AIFA)

xix Zuppiroli A, Da "Spending Review" a "Choosing Wisely" *Salute Internazionale*.info 9 luglio 2012

<http://www.saluteinternazionale.info/2012/07/da-spending-review-a-choosing-wisely/>

xx Dirindin N, Langiano T. Scegliere con saggezza fa bene alla salute *La Voce*.info 11/12/2012

<http://www.lavoce.info/scegliere-con-saggezza-fa-bene-alla-salute/>

xxi Spinsanti S, La qualità nei servizi sociali e sanitari: tra management ed etica, da: J.Ovretveit, La qualità nel servizio sanitario, EdiSES Napoli 1996

xxii <http://consumerhealthchoices.org/campaigns/choosing-wisely/>

xxiii Øvretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: the Health Foundation. 2009

xxiv <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/12/17/richard-smith-the-case-for-slow-medicine/>

10 cose da non perdere a Lisbona



Lisbona, “Città della Luce, Adagiata su sette colli, accarezzata dall’Oceano Atlantico, ed attraversata dal fiume Tejo (il Tago), Lisbona invita a perdersi tra le antiche e strette stradine dei suoi quartieri, a scoprire i suoi monumenti e i suoi palazzi rivestiti di azulejos, ad immergersi nella sua intensa vita culturale. Città di esploratori, di conquistatori e di marinai, le culture che la abitarono (fenici, romani, mori, iberici) hanno lasciato tutte la loro impronta, facendo di questa metropoli signorile e popolare al tempo stesso.

1. Passeggiare per le vie pedonali della Cidade Baixa

La Baixa, il quartiere basso, ovvero la parte di Lisbona che va dalle rive del Tago e arriva fino all’Avenida da Liberdade, è una grande scacchiera urbanistica di vie che si incrociano ad angolo retto con edifici in stile neoclassico, un contesto unico dove passeggiare.

Completamente distrutta dal terribile terremoto del 1755, questa zona venne poi ricostruita dal Marchese di Pombal, primo ministro del re Josè I, che la volle riedificare così come la

vedete oggi (per questo è chiamata anche Baixa Pombalina). E' il centro di Lisbona, la zona commerciale, e le sue strade sono piene di negozi, boutiques alla moda, ristoranti e bar.

2. Visitare il Castello di São Jorge ad Alfama

L'Alfama (in arabo Al-hamma, fonte calda) è il quartiere più antico e caratteristico di Lisbona, l'unico sopravvissuto al terremoto del 1755, quello che un tempo è stato il più povero e che per molti è il cuore vero della città. Ti innamorerai dell'atmosfera che si respira in questo luogo, che conserva ancora l'antica anima more-sca del Portogallo: vicoli larghi appena 4 metri, i panni stesi ai balconi e i locali tradizionali dove gustare l'ottima cucina portoghese o ascoltare il malinconico Fado.

Il quartiere si dispiega sul pendio racchiuso tra il medievale Castello di São Jorge ed il fiume Tago. Il castello, costruito dai Visigoti e più volte ingrandito e restaurato, fu residenza reale sino al XVI secolo ed è famoso soprattutto per la spettacolare vista che si gode dai suoi belvedere. Dell'edificio i resti del Palazzo Reale, ai giardini e ad una larga piazza con terrazze panoramiche formano l'intero complesso fortificato. L'entrata principale della Cittadella è costituita da un cancello del XIX secolo con lo stemma del Portogallo. Oltre al Castello, il quartiere dell'Alfama ospita l'antica Cattedrale di Lisbona (XII-XIV sec.), austera ma ricca di tesori, il Convento da Graça, il Monastero di São Vicente de Fora, con il grande chiostro decorato con azulejos, il Museo del Fado.

10 COSE DA NON PERDERE A LISBONA

1. PASSEGGIARE PER LE VIE PEDONALI DELLA CIDADE BAIXA

2. VISITARE IL CASTELLO DI SÃO JORGE AD ALFAMA

3. VEDERE IL MONASTERO DOS JERÓNIMOS E LA TORRE DE BELÉM

4. ESPLORARE IL QUARTIERE PREFERITO DI PESSOA: IL CHIADO

5. FARE UN GIRO SUL TRAM 28 O SU UN ELEVADOR PARTENDO DALLA CIDADE BAIXA

6. MANGIARE BACCALÀ E BERE UNA GINJINHA

7. TRASCORRERE UN SABATO MATTINA ALLA FEIRA DA LADRA

8. AMMIRARE IL TRAMONTO DA UNO DEI MIRADOURI DELLA CITTÀ

9. FARE NOTTATA DAL BAIRRO ALTO FINO ALLE RIVE DEL TAGO

10. LASCIARSI COINVOLGERE DALLE NOTE DEL FADO IN UNA TASCA DELL'ALFAMA



3. Vedere il Monastero dos Jerónimos e la Torre de Belém

Il quartiere di Belém, situato sulle sponde del Tago, nella periferia di Lisbona, un gotico iperdecorato che prende il nome di Manuelino (da re Manuel I).

La sua storia è strettamente legata alle scoperte marittime: proprio da qui, infatti, le navi portoghesi partivano in cerca di ricchezze e nuove terre da conquistare. Ricco di giardini colorati, di splendidi edifici e di diversi musei d'importanza nazionale, entrambi dichiarati patrimonio dell'Umanità dall'UNESCO. Stiamo parlando del magnifico Monastero dos Jerónimos e della famosissima Torre de Belém.

Dopo il monastero, prosegui la passeggiata sul fiume fino alla Torre di Belém, altro capolavoro dell'arte manuelina, e simbolo inconfondibile di Lisbona. Icona dell'epoca delle grandi scoperte

4. Esplorare il quartiere preferito di Pessoa: il Chiado

Il Chiado (ʃiado) è uno dei quartieri più tradizionali e caratteristici di Lisbona. Si trova tra il Bairro Alto e la Baixa e si sviluppa attorno alla sua piazza principale, il Largo do Chiado. E' il quartiere degli artisti e degli intellettuali, che si riunivano qui fin dalla fine del XIX, nonché il luogo in cui nacque Fernando Pessoa, malinconico poeta e scrittore portoghese..

Oggi è una zona ricca di scuole d'arte, teatri, librerie e negozi raffinati. Uno dei luoghi di ritrovo più famosi è quello dove Pessoa amava trascorrere le sue giornate: il Café a Brasileira. Si trova in Rua Garrett, l'elegante strada che taglia in due il quartiere

5. Fare un giro sul tram 28 o su un elevador partendo dalla Cidade Baixa

Lisbona deve un po' del suo fascino





anche ai suoi leggendari tram e ai suoi “ascensori” urbani, gli elevador, che corrono e si inerpicano su per le colline, e sfidano la pendenza di stradine e vicoletti, a volte così stretti che i muri si possono toccare. Sono comodissimi per spostarsi da un quartiere all'altro, ma permettono anche di afferrare pienamente e con uno solo sguardo tutta la bellezza della capitale portoghese.

Tra i più famosi c'è il Tram 28!. Passerai attraverso il quartiere dell'Alfama, che potrai visitare e scoprire da una prospettiva del tutto insolita. Ti sembrerà quasi di tornare

indietro nel tempo. Tutto è rimasto come una volta: l'interno in legno, lo stridio sui binari, lo scampanello per segnalare il passaggio. Si tratta davvero di un mezzo di un'altra epoca. Oltre al 28, per il centro cittadino, gira il 12 che fa un percorso circolare da e per Praca da Figueira, infilandosi in Mouraria, sbucando per Portas do Sol e poi riscendendo l'altra parte della collina.

Altri mezzi anomali sono gli Elevador, una sorta di funicolari, creati per facilitare lo spostamento dalle parti più basse della città verso le parti più alte. Alcuni funzionano da almeno

100 anni, ma di fatto ne rimangono 4 ancora in attività. Tre di questi sono costituiti da una coppia di convogli agganciati con delle funi sotto strada che, ciclicamente, si scambiano di posto (uno sale e l'altro scende). Si trovano tutti e tre in zone molto caratteristiche.

L'Elevador do Lavra, il primo costruito in tutta Europa, parte da una stradina vicino Restauradores e arriva vicino al Jardim do Torel, l'Elevador da Bica parte da Rua de Sao Paulo e arriva al largo do Calhariz, mentre l'Elevador da Gloria parte da Restauradores e arriva al Miradouro de Sao Pedro, praticamente al Bairro



Alto. Merita un discorso a parte l'Elevador de Santa Justa, conosciuto anche come El Grasciaro.

6. Mangiare baccalà e bere una ginjinha

Il Portogallo ha il mare nel cuore e questo si riflette nella quantità di pesce consumato dai portoghesi. Primo fra tutti è il bacalhau (baccalà), il piatto nazionale, e del quale si dice che ci siano più di 365 ricette, una per ogni giorno dell'anno. Molti italiani lo collegano allo stoccafisso della cucina italiana, ma in realtà è completamente diverso rispetto a come lo cuciniamo noi. Viene preparato in mille modi, tutti buonissimi. Una delle ricette più tipiche è il Bacalhau à Brás: baccalà secco sfilettato con cipolla, uova, patate fritte tagliate molto fini, olive nere e prezzemolo! Un buon posto per gustarlo? Tia Natercia, in Escola Gerais, 54, nel quartiere di Alfama.

Altra specialità da non perdere è la ginjinha, un liquore di amarene (ginjia), dolce e scuro, che viene servito "com o sem" (con la frutta dentro il bicchiere o senza). va bevuto alla portoghese, ovvero molto freddo e con una scorza di limone. La ginjinha si trova ovunque, ma a Rossio, vicino la stazione dei treni, in Rua das Portas de Santo Antão, ci sono due due baretto storici che vendono solo ginjinha e che sono delle vere e proprie istituzioni!

7. Trascorrere un sabato mattina alla Feira da Ladra

Se si vuole entrare in contatto con l'anima di Lisbona non c'è niente di meglio che trascorre qualche ora alla Feira da Ladra, il mercatino delle pulci più grande, più antico e più famoso della città. Si chiama così perché in questo mercato le mogli dei ladri andavano a vendere la refurtiva rubata dai mariti (almeno così narra la leggenda). Oggi è diventato un mercato all'aperto dove si può trovare davvero di tutto, dai vestiti vintage,

ai lavori di artigianato, dalle cianfrusaglie fino a veri e propri affari. Si tiene ad Alfama nei pressi del Convento di São Vicente de Fora, ogni Martedì e ogni Sabato mattina, ma sicuramente quest'ultimo è il giorno con più gente e più cose da vedere.

8. Ammirare il tramonto da uno dei miradouri della città

Ammirare il tramonto da uno dei miradouri della città è una delle cose più belle che Lisbona possa offrirti. Le piazze e i tetti dall'alto, il paesaggio che lentamente cambia colore con il calar del sole, la vista mozzafiato, sono uno spettacolo suggestivo e imperdibile. Sono tanti i "miradouros" belli di Lisbona. Queste terrazze panoramiche si trovano infatti disseminate un po' ovunque, ma per come sono disposte ce ne sono alcuni che al tramonto rendono più di altri. Primo fra tutti il Miradouro de Graça, raggiungibile facilmente prendendo l'elettrico 28 e scendendo al Largo daraggiungere da Praça do Rossio con l'Ascensor da Glória. Questo miradouro ospita anche un bel giardino dove una grande piastrella in ceramica illustra i punti di interesse della città visibili da quella prospettiva. Meno conosciuti e quindi meno frequentati dai turisti sono invece il Miradouro di "Santo Estevão", sempre all'Alfama, e il "Jardim do Torel", un parco piccolo ma bellissimo, raggiungibile con l'Elevador do Lavra, e con una vista mozzafiato sul Bairro Alto.

9. Fare nottata dal Bairro Alto fino alle rive del Tago

Il Bairro Alto (Quartiere Alto) è un gomitolo di antiche e vivaci viuzze popolate da ristoranti e locali raggiungibile con il tram 28, con l'Elevador de Santa Justa o l'Elevador da Bica. Per secoli, fino al 1800, è stato il quartiere aristocratico di Lisbona, oggi invece è il quartiere della vita notturna e del divertimento, il posto dove il fine settimana (e non solo) si va a fare festa. Tranquillo e silenzioso di giorno, la notte si

anima di persone di tutte le età, che si ritrovano a bere, a chiacchierare o ad ascoltare della musica negli innumerevoli locali del quartiere, tutti diversi e uno attaccato all'altro. Tra i tanti segnaliamo il Pavilhão Chinês, un locale-culto aperto dalle 2 del pomeriggio alle 2 della mattina. La classica serata lisboeta nel Bairro comincia verso le nove, nove e mezza, quando i ristoranti si riempiono, poi tra la mezzanotte e l'una la gente si riversa in strada, soprattutto su Rua da Atalaia e Rua da Misericórdia, e qui vi resta fino alle due-tre di notte, ora in cui, chi vuole, si dirige verso le discoteche di Cais do Sodré, sulle rive del Tago.

10. Lasciarsi coinvolgere dalle note del Fado in una tasca dell'Alfama

Non lasciare Lisbona senza aver sentito il Fado, la tipica musica popolare portoghese. Il nome deriva dal latino fatum (destino) e le origini sono incerte anche se antiche e probabilmente legate ai ritmi brasiliani. Intenso, struggente e da sempre accompagnato da sentimenti di malinconia e nostalgia d'amore e di vita, il Fado racconta temi di emigrazione, di lontananza, di separazione, dolore e sofferenza.

Tecnicamente viene eseguito da una formazione composta da una voce che dialoga con la guitarra portuguesa, e dalla viola do fado, una chitarra di tipo spagnolo che produce le armonie ed i bassi. Talvolta alla formazione si aggiunge il baixo, il basso portoghese.

Assistere ad uno spettacolo di Fado è un'esperienza unica. Non è necessario capire il significato o il senso delle storie narrate e cantate, la melodia e la saudade (nostalgia) delle note coinvolge così tanto lo spettatore che questo ne coglie comunque il sentimento, e ne viene totalmente rapito.

BUON VIAGGIO !!!

www.ordinemediciviterbo.it



Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Viterbo
Via Genova, 48 • 01100 Viterbo • Tel. 0761 342980
E-mail: segreteria@ordinemediciviterbo.it