



Bollettino

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI PROVINCIA DI PAVIA

N°1 - APRILE 2023

ANNO XXXIX • SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% PAVIA • TAXE PERÇUE ORDINARIO



IL CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE

Dott. Claudio LISI

VICE PRESIDENTE

Dott. Giovanni BELLONI

TESORIERE

Dott. Tommaso MASTROPIETRO

SEGRETARIO

Dott. Marco GIONCADA (Odontoiatra)

CONSIGLIERI

Dott. Domenico CAMASSA (Odontoiatra)

Dott. Pasquale Ciro DE CATA

Dott. Giuseppe DI GIULIO

Dott. Giuseppe GIUFFRÈ

Dott.ssa Laura LANZA

Dott. Luigi MAGNANI

Dott. Alberto Matteo MARANGON

Dott.ssa Francesca MELISSANO

Dott.ssa Federica MELONI

Dott.ssa Daniela MINO

Dott. Alessandro PANIGAZZI

Dott.ssa Maria Laura ROLANDI

Dott. Gianluca VIARENGO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE

Dott. Roberto BARBIERI

COMPONENTI

Dott.ssa Antonella GUANZIROLI

Dott.ssa Barbara SPADARO

Dott. Cesare LIBERALI (Supplente)

LA COMMISSIONE ALBO DEGLI ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Dott. Domenico Camassa

VICEPRESIDENTE

Dott. Marco Colombo

CONSIGLIERI

Dott. Marco Gioncada

Dott.ssa Cristina Segù

Dott. Carlo Alberto Rossi

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia

*Periodico ufficiale di informazione,
di aggiornamento e di dibattito
dei Medici pavesi*

Direttore Responsabile:

Giuseppe Di Giulio

Responsabili di Redazione:

Claudio Testuzza, Gabriele Conta

Editrice: Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia
(Via F. Gaffurio, 15 - 27100 Pavia)
Tel: 0382/473994 - Fax: 0382/466254
Sito internet: www.ordinemedicipavia.it
Email: odm.bollettinodordineideimedicipavia.it
Aut. Trib. Pavia n. 168 del 16/10/1970

Fotocomposizione e Stampa:

Tipolitografia Vigentina Srl
Via G.Brera 4/E - Zeccone (PV)
Tel. 0382 957135
tipovigentina@libero.it
www.tipografiavigentina.it



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia

Il Bollettino è l'organo di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia. Saremo pertanto grati a quei Colleghi che desiderano collaborare con contributi di vario genere (culturale, informativo, sindacale) alla sua realizzazione. Per esigenze organizzative, le richieste di pubblicazione di testi o programmi di convegni devono pervenire entro il 15 del mese precedente a quello di pubblicazione.

Nel rispetto della libertà di opinione, la Direzione e la Redazione si riservano di adeguare il materiale inviato alle esigenze di spazio o di impaginazione e di non pubblicare articoli, espressioni denigratorie o polemiche non ritenute idonee al prestigio dell'Ordine.

Gli spazi della rivista, previo parere favorevole della Redazione, sono a disposizione dei Colleghi che intendano trattare temi di carattere professionale e scientifico.

IL DIRETTORE RESPONSABILE - Giuseppe Di Giulio

LE COMMISSIONI E I GRUPPI DI LAVORO

Commissione per le problematiche etico-deontologiche:

Coordinatore: Dott.ssa Francesca Melissano

Commissione Aggiornamento ed ECM

Coordinatore: Dott.ssa Federica Meloni

Comitato scientifico per l'accreditamento Provider:

Coordinatore: Dott.ssa Laura Lanza

Commissione per l'accertamento della lingua italiana

Componenti effettivi: Dott. Marco Gioncada

Dott. Tommaso Mastropietro

Componente supplente: Dott. Claudio Lisi

Commissione Integrazione ospedale - territorio

Coordinatore: Dott. Giuseppe Giuffrè

Dott. Alessandro Panigazzi

Commissione Medicine Complementari

Coordinatore: Dott. Maria Laura Rolandi

Commissione Salute/Ambiente

Coordinatore: Dott. Daniela Mino

Commissione per il sito internet

Coordinatore: Dott. Pasquale Ciro De Cata

GRUPPI DI LAVORO

Gruppo di lavoro problematiche socio-sanitarie

Coordinatore: Dott. Giovanni Belloni

Gruppo di lavoro Giovani Medici

Coordinatore: Dott. Alberto Matteo Marangon

Gruppo di lavoro per lo studio del Fondo medici ed odontoiatri ingiustamente accusati di malpractice

Coordinatore: Dott. Luigi Magnani

Gruppo di lavoro Specialistica Ambulatoriale

Coordinatore: Dott. Domenico Camassa.

Gruppo di lavoro Pubblicità Sanitaria Commissione Albo Odontoiatri

Coordinatore: Dott. Carlo Alberto Rossi

TAVOLI TECNICI e REFERENTI

Ambiente e Salute: Dott. Angelo Fortunato

Rapporti con la FEDERSPeV: Dott. Giovanni Belloni

Rappresentante dell'Ordine al CUP (Comitato

Unitario Permanente degli Ordini e dei Collegi

Professionali della Provincia di Pavia):

Dott. Marco Gioncada

Referente ENPAM: Dott. Marco Gioncada

Progetto prevenzione sostanze psicoattive nelle scuole: Dott. Giuseppe Di Giulio

Sicurezza dei Medici: Dott. Giovanni Belloni

Osservatorio violenza: Dott.ssa Francesca Melissano

Rappresentanti Esami di Laurea:

Dott. Giovanni Belloni - Dott. Giuseppe Di Giulio -

Dott. Giuseppe Giuffrè - Dott. Alessandro Panigazzi

Conteggio iscritti al 30/04/2023

Medici Chirurghi: 5263

Odontoiatri: 694

Doppie iscrizioni: 363

Persone fisiche: 5494

Albo società: 5

SOMMARIO

Pag. 3 **EDITORIALE**

Claudio Lisi

*Basta interventi a tampone:
per il SSN serve una programmazione seria*

4 **Gabriele Conta**

*Il San Matteo e il suo ruolo:
l'intervista al Presidente Venturi*

6 **Vittorio Belotti**

*Il Policlinico, un punto di riferimento per cure
all'avanguardia e per progetti innovativi*

8 **Alberto Oliveti**

Che anno sarà il 2023 per l'Enpam?

10 **Alberto De Negri**

*PNRR da implementare:
un approccio agile da applicare al territorio*

12 **Patrizia Cambieri**

Antimicrobico resistenza: un approccio olistico

14 **Luigi Cavanna**

*Oncologia di precisione
e terapie innovative*

15 **Collegio italiano Primari
Oncologia Medica Ospedalieri
(CIPOMO)**

*A rischio le pari opportunità di accesso
alle terapie oncologiche innovative*

16 **Richard Lawrence John Naspro**

Il tumore alla prostata

18 **Martina Maria Mensi
Renato Borgatti**

*Covid-19 e salute mentale degli adolescenti:
l'onda lunga di un disagio non sopito*

20 **Barbara Paolini**

*Giornata dell'obesità: Italia ancora
indietro su personale, diagnosi
e team dedicati*

22 **Mario Del Vecchio**

*Un giusto equilibrio tra pubblico
e privato nel sistema sanitario
per la tutela del paziente*

24 **Giulia Schiantarelli**

*Giornata mondiale della salute orale:
la prevenzione prima di tutto*

25 **Domenico Camassa**

*La Direzione Sanitaria nelle strutture odonto-
iatriche: aspetti disciplinari*

26 **Alessandra Testuzza**

La responsabilità del medico ospedaliero

28 **Giovanni Belloni**

Anziani e non autosufficienza

29 **Le case di riposo
in Lombardia**

30 **Le novità per l'ECM**

32 **L'ORDINE DI PAVIA INFORMA**

EDITORIALE

Basta interventi a tampone: per il SSN serve una programmazione seria



CLAUDIO LISI

*Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia*

Negli anni il Servizio Sanitario Nazionale Italiano – nato e ideato come sistema pubblico a carattere universalistico – è stato trasformato in un'azienda e ha sviluppato sempre più figure manageriali. Questo è andato a scapito dei medici e degli operatori sanitari, che sono diventati meri erogatori di servizi.

Eppure, nonostante le difficoltà strutturali ed economiche nelle quali si trova, il nostro Servizio Sanitario continua a occupare le posizioni più alte nelle classifiche. E questo soltanto grazie alla professionalità e dedizione dei suoi operatori, non certo grazie agli investimenti che sono progressivamente diminuiti negli ultimi vent'anni. Da tempo, infatti, assistiamo a tagli di spesa che non sono stati sempre accompagnati da un aumento di efficienza delle prestazioni, e anzi troppo spesso si sono tradotti in una riduzione dei servizi offerti ai cittadini.

Un esempio lampante è la mancanza di specialisti e la conseguente diffusione senza regole dei medici a gettone.

Solo nel 2022 i turni appaltati in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna, secondo un articolo pubblicato nella rubrica DataRoom di Milena Gabanelli, superano i 100 mila. In Lombardia i turni gestiti dalle cooperative sono oltre 45 mila. Alla carenza di medici per i turni d'emergenza in Pronto soccorso si affianca anche una mancanza che si sta via via allargando ad altre specialità, per arrivare fino alle carenze nei medici di medicina generale.

Anni di blocco del turnover, di tagli e soprattutto di una mancanza di programmazione si fanno pesantemente sentire. È chiaro come il discorso economico sia importante: se negli ospedali pubblici i medici vengono sottopagati ed esasperati, finiscono inevitabilmente per cercare altrove condizioni migliori.

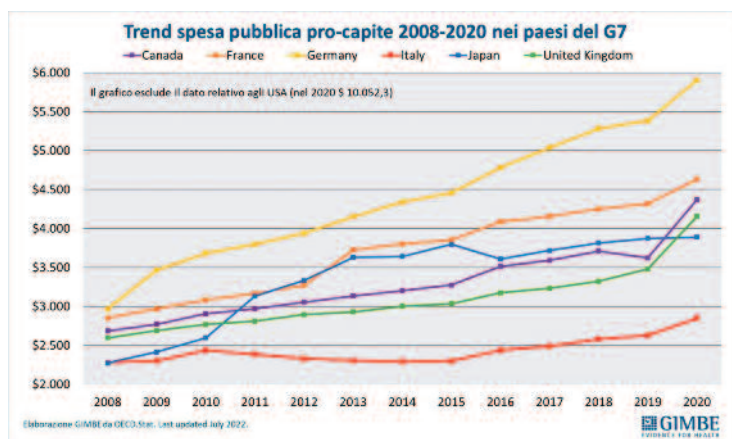
E il ricorso ai gettonisti o ai medici stranieri non fa altro che demotivare il personale dipendente, pagato poco e sottoposto a turni di lavoro sempre più stressanti. Per tutti questi motivi oggi assistiamo a un importante fenomeno di abbandono dei ruoli

pubblici a vantaggio delle strutture private, più libere di assicurare retribuzioni adeguate alla professionalità acquisita dai professionisti.

Questo è il risultato di un sistema pubblico che paga poco e che non è in grado di garantire progressioni di carriera che quanto meno compensino il basso livello retributivo.

Oggi, come emerge da un articolo pubblicato da Repubblica, circa i tre quarti dei posti letto (soprattutto per i pazienti gravi) sono negli ospedali pubblici; inoltre dei 5 miliardi annui della spesa ospedaliera regionale per i ricoveri il 67% va alle strutture pubbliche e per la quota restante ai privati. Parti invertite, invece, per quanto riguarda i 2,3 miliardi di spesa per le prestazioni ambulatoriali: quasi il 60% va ai privati, il resto al pubblico. Basterebbero questi numeri per far capire quanto sia urgente un riequilibrio delle parti, oggi sempre più sbilanciato. Per questo oggi più che mai è necessario un intervento legislativo ed economico. In assenza di un'azione governativa le Regioni stanno cercando soluzioni "in proprio", di solito aumentando la paga oraria per ridurre il ricorso alle cooperative. La Lombardia, ad esempio, promuove accordi tra ospedali pubblici: la struttura che ha medici disponibili li manda a fare turni extra dove c'è bisogno (a 100 € l'ora). Questo può essere un primo passo, però non è sufficiente: oggi le soluzioni tampone non bastano più.

Un intervento strutturale e una seria programmazione non sono più rinviabili: stiamo assistendo alla lenta agonia del malato, il Sistema Sanitario Nazionale. Se vogliamo ancora salvarlo e garantire il diritto alla salute dei cittadini occorre iniziare dal personale: dobbiamo smettere di considerare la salute dei cittadini soltanto una voce di spesa, ma tornare a prendere atto che si tratta di un necessario investimento.



Il San Matteo e il suo ruolo: l'intervista al Presidente Venturi

Gabriele Conta

Lei è Presidente del Policlinico San Matteo da quattro anni: qual è stato il suo obiettivo in questo periodo?

«Quattro anni alla guida di uno degli IRCCS pubblici lombardi e uno dei più grandi ospedali di ricerca. In questi anni abbiamo voluto rilanciare il ruolo del Policlinico San Matteo sul palcoscenico che merita: quello internazionale. E lo abbiamo fatto grazie al tessuto che contraddistingue la realtà pavese: un grande ospedale pubblico, strutture private mono specialistiche di grande pregio e una grande università. Abbiamo guardato al futuro, lavorando assieme, integrando le competenze per attrarre altre competenze.

Nonostante il Covid, in questi quattro anni abbiamo fatto tanto e continueremo così perché la crescita del San Matteo è accrescimento della ricerca e dell'assistenza per i nostri pazienti e per tutti coloro che vorranno affidarsi ai nostri specialisti».

Ha ricordato la pandemia: che impatto ha avuto il Covid-19 sulla struttura ospedaliera?

«Sono grato al San Matteo e ai suoi professionisti perché in questi anni, con uno spirito di abnegazione totale e ammirevole, si sono resi disponibili ad affrontare una sfida unica: tutti, nessuno escluso.

Qui è passata la storia e se ne sono fatti carico, in primis, i professionisti adattandosi e trasformandosi per far fronte alle diverse necessità che ogni giorno si presentavano. Ma è stata certamente anche un'opportunità. Dall'esperienza, infatti, è scaturita una produzione scientifica legata a ricerca di qualità e valore. Non è un caso se il Policlinico San Matteo, nel 2022, è stato premiato come grande Ospedale proprio per l'attività di ricerca svolta durante il Covid».

Che cosa vede nel futuro del San Matteo?

«Abbiamo da poco festeggiato i 90 anni del Policlinico – anche se il San Matteo esiste da 574 anni – e ora siamo proiettati verso il centenario e verso il futuro.

Quando Golgi ha pensato questo Ospedale, ha pensato ad un luogo collocato dentro a un grande giardino, dentro a un grande parco dove la dimensione della cura era profondamente legata all'ambiente nel quale il paziente viveva. Lo ha pensato come un luogo di cura con una grande attenzione all'ambiente.

E così vogliamo pensare ad un ospedale nuovo che abbia queste priorità: accessibilità per i pazienti e la sostenibilità rispetto all'ambiente, ma anche rispetto ai costi. Oggi, un grande tema dell'agenda politica del paese è la questione energetica e gli ospedali sono luoghi energivori, quindi deve esserci grande attenzione su questo tema.

È già stato finanziato un piano di inve-



ALESSANDRO VENTURI
Presidente IRCCS
Policlinico San Matteo

stimenti che per Pavia non ha precedenti: Regione Lombardia, infatti, ha messo a disposizione circa 320 milioni di euro, cifra importante e già disponibile per avviare le attività di riammodernamento e di ripensamento della sanità del futuro».

E per quanto riguarda il personale sanitario?

«Sul personale credo che, in questi anni, abbiamo vinto una sfida: compiere un reclutamento di professionisti di elevatissima qualità. Questo risultato non era così scontato. Oggi i grandi professionisti sono come i grandi calciatori; sono contesi tra i grandi ospedali sia pubblici che privati, che giocano campionati con regole differenti. La capacità del pubblico di reclutare in un ambito dove si gioca con regole diverse, vuole dire che il pubblico è attrattivo. E questo è significativo.

In questi anni abbiamo puntato su un nuovo piano organizzativo del Policlinico che racchiudesse il consolidamento delle eccellenze che ci contraddistinguono a livello nazionale, il rafforzamento di alcune strutture e il potenziamento del San Matteo con quello che mancava rispetto ad altri grandi ospedali. Penso, ad esempio, alle nuove strutture di chirurgia toracica, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, neuroradiologia e una terza rianimazione, portando al San Matteo specialisti con un curriculum di grande pregio.

Stesso vale per i direttori che sono stati assunti per dirigere chirurgia pediatrica, neonatologia, urologia, neurochirurgia, radiologia, medicina nucleare, chirurgia generale 1 e ortopedia. È da poco arrivato il neodirettore dell'Oculistica con il quale intraprenderemo un progetto di rilancio di questa clinica che custodisce anche una delle due banche degli occhi di Regione Lombardia.

L'investimento è stato fatto anche su tutte le figure sanitarie: infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, ostetriche. Ma non abbiamo finito. Abbiamo presentato in Regione, ed è stato accettato, un piano di copertura del fabbisogno che ci permetterà di andare ad incrementare ulteriormente il numero di professionisti del San Matteo».



Che tipo di sviluppo economico possono garantire il San Matteo e la sua Fondazione al territorio pavese?

«Questo è un tema che fa parte del mio background e la sanità è l'ambito che può generare il più importante sviluppo economico e, soprattutto, quello a maggior valore aggiunto. Nel mondo i fenomeni di maggior sviluppo dell'economia locale e territoriale sono attorno a grandi Università e a grandi Ospedali di ricerca.

Pavia ha una grande università e un grande ospedale e attorno a questi due pilastri si deve sviluppare un'economia a favore della comunità e delle persone che possono essere impiegate in lavori ad altissimo valore aggiunto e possono generare uno sviluppo economico rilevante, per questo territorio ma anche per i territori limitrofi.

Non ci sono altre esperienze nel mondo di sviluppo e crescita se non accanto a grandi ospedali e università. E' il momento di cogliere questa opportunità. Su questo territorio ci sono imprenditori brillanti, c'è un capitale umano unico, che troppo spesso perdiamo, e c'è un grande ospedale che ogni anno cura un numero di malati importante, con un case mix tra i più complessi della Lombardia. Su queste piattaforme si può costruire realmente una nuova idea di sviluppo economico; per questo territorio, per questa Città, per questa Provincia e anche per questa Regione».

In che rapporto si pone il Policlinico con gli altri Istituti di ricerca presenti sul territorio?

«Sin da subito, nel 2019, con gli altri Istituti abbiamo pensato che non fosse logico andare avanti ciascuno per la propria strada; sarebbe stato un dispendio di risorse e risultati. Con il Policlinico di Milano, l'Istituto Besta e l'Istituto tumori di Milano abbiamo unito le forze per lavorare assieme su temi di grande rilevanza e dal grande impatto. Uno su tutti il TTO, che è legato a quello che le dicevo prima. Non c'è sviluppo economico e non c'è buona ricerca se quella ricerca non si trasferisce nell'economia.

Ecco perché credo che il futuro passi da un lavoro sempre più sinergico tra questi quattro IRCCS, cui si aggiungerà anche il San Gerardo di Monza che da qualche mese è il quinto Istituto di ricerca pubblico di Regione Lombardia. Per far capire quanto valore c'è nella nostra Regione le dico due numeri. In Italia ci sono 52 IRCCS, di questi 20 (5 pubblici) sono solo in Lombardia.

Questo ci deve portare, per il futuro, a sviluppare ulteriormente questa linea di lavoro sinergica e sistematica tra gli Istituti di ricerca pubblici, in primis, sul trasferimento tecnologico che è un'operazione che permette, appunto, di industrializzare, e portare sul mercato e, soprattutto, al letto del paziente ciò che si ritrova nella propria attività di ricerca».

Il Policlinico, un punto di riferimento per cure all'avanguardia e per progetti innovativi



VITTORIO BELOTTI
*Direttore Scientifico
del Policlinico San Matteo*

Sono grato al Presidente Lisi e al Dott. Di Giulio per questo invito a proporre alcune mie brevi riflessioni, a un anno dal mio insediamento in Policlinico come Direttore Scientifico.

Il Policlinico è stato, fin dall'inizio della mia storia formativa e professionale, un luogo di riferimento fondamentale. Da studente di medicina e poi da specializzando in medicina interna sotto la guida di Edoardo Ascari, e poi ancora come ricercatore universitario orientato in ricerche che fossero sempre molto vincolate concettualmente alle patologie osservate nella clinica. Anche nei miei dieci anni presso il Royal Free Hospital dell'University College di Londra ho sempre mantenuto molto stretto il mio legame scientifico con i colleghi del San Matteo. Ritrovarsi nel Febbraio 2022 nella posizione di Direttore Scientifico di quest'ospedale è stato per me un ritorno a casa; denso di stimoli, ma anche di molte preoccupazioni per la responsabilità che un tale ruolo richiede.

A distanza di un anno mi piace sottolineare tre elementi che mi hanno fortemente supportato: la forte sintonia progettuale con la Direzione, dal Direttore Generale al Presidente e tutto il Consiglio di Amministrazione, la fiducia dei ricercatori e di tutto il personale e infine l'estrema professionalità e dedizione alla missione scientifica dell'ospedale di tutto il personale della Direzione Scientifica. Senza questa sintonia con questo straordinario capitale umano che il Policlinico possiede, quest'ospedale non avrebbe raggiunto i risultati che gli sono univer-

salmente riconosciuti e non sarebbe in grado di sostenere nuove sfide che inevitabilmente dovrà affrontare sul piano scientifico e assistenziale.

Connettere strettamente assistenza e ricerca credo sia assolutamente indispensabile per la natura stessa dell'ospedale, ma si deve essere pienamente consapevoli che mantenere in stretta connessione le due attività, e mantenerle ad alti livelli di competitività, richiede un costo intellettuale molto alto e la necessità di un supporto organizzativo molto complesso. È del tutto evidente che nella sua missione istituzionale e vocazione tradizionale il Policlinico svolge un ruolo strategico nel territorio che lo circonda, ma al contempo si muove nello scenario internazionale in un sistema aperto e altamente competitivo. Credo che sia estremamente importante rafforzare tutti i canali di comunicazione che ci permettano di far conoscere al nostro territorio le attività e la cultura scientifica di cui l'ospedale è molto ricco. Lo stiamo facendo attraverso un collegamento periodico e strutturato con i medici operanti sul territorio, ma anche con eventi culturali aperti alla cittadinanza che aiutino a riflettere su aspetti della medicina e della scienza che progressivamente entrano nella nostra vita e ci mettono di fronte a nuove possibilità, ma anche a nuovi dilemmi su cui avere il supporto di un mondo umanistico di cui la nostra città è ricchissima.

Il Policlinico è un luogo dove si possono ascoltare direttamente e indirettamente le voci e l'esperienza di grandi medici e ri-

cercatori che lavorano in luoghi lontani e di altissima qualificazione, e al contempo dovrà continuare a essere un luogo ascoltato in queste istituzioni internazionali. Rafforzare la nostra autorevolezza scientifica richiederà nei prossimi anni molte azioni specifiche che riguarderanno l'acquisizione di nuove tecnologie, una riorganizzazione strutturale dei nostri laboratori di ricerca e soprattutto la valorizzazione dei ricercatori. Forse quest'ultimo punto è il più complesso anche se il più importante. Fare ricerca avanzata in un ospedale come il Policlinico richiede una stretta connessione tra il fondamentale sapere medico e il supporto di avanzate competenze in bioingegneria, matematica, chimica, fisica e biologia. Nel Policlinico esistono già figure professionali anche lontane dalla medicina, che lavorano però a sfide di diagnostica e terapie avanzate. Molti sono giovani che richiederebbero un inquadramento lavorativo molto più adeguato alle loro enormi competenze, e proprio la loro valorizzazione richiede un convinto sforzo anche legislativo su cui i Direttori Scientifici degli IRCCS nazionali stanno lavorando.

Il Policlinico può fortemente beneficiare anche di un recente accordo molto innovativo con l'Ateneo per una piena integrazione di ricercatori universitari operanti nelle cosiddette materie di base, utilizzando una convenzione finalizzata alla ricerca scientifica e che permette la piena condivisione delle migliori tecnologie presenti a Pavia nel Policlinico e nell'Università. L'obiettivo che ci poniamo è, infatti, quello di creare una connessione stretta tra ricerca di base, ricerca clinica e assistenza perché a Pavia, ne sono convinto, esistono tutte le premesse e le competenze perché questo si realizzi. Sviluppare ricerca clinica che abbia le proprie radici in osservazioni molecolari innovative generate dalla sinergia tra medicina clinica e materie di base è obiettivo di tutte le grandi istituzioni di ricerca biomedica nazionali e internazionali.

Proprio su questo tipo di ricerche si sviluppa una virtuosa collaborazione con l'industria: alla collaborazione con l'industria farmaceutica e biomedicale il Policlinico deve guardare con grande interesse anche per il forte stimolo che viene dato in questa direzione dal recente riassetto statutario degli IRCCS. Nel contesto del rendere più ricca la collaborazione con l'industria farmaceutica sui farmaci innovativi il Policlinico ha recentemente rafforzato il proprio reparto della cosiddetta sperimentazione dei farmaci in Fase I (cioè la fase in cui un farmaco, dopo aver superato una rigorosissima valutazione sulla sua possibile tossicità, viene utilizzato per la prima volta nell'uomo). È il momento più delicato per la storia di un farmaco, il momento in cui esce dalla sua collocazione sperimentale e accede al percorso di validazione clinica. Credo che sia motivo di orgoglio per tutto l'ospedale e per la città quello di essere tra i pochi centri che in Regione Lombardia possono svolgere questa complessa attività.

Tutta la ricerca sperimentale e quella clinica saranno rafforzate con la realizzazione di due progetti specifici: la costitu-

zione di una bio-banca per la conservazione di campioni biologici patologici e una piattaforma tecnologica che permetta di definire il cosiddetto profilo omico di un campione biologico. La bio-banca centralizzata costituirà una risorsa straordinaria di materiale biologico, dal DNA a campioni di tessuto patologico che potranno essere studiati sia all'interno dell'ospedale sia attraverso collaborazioni internazionali. Nuove tecnologie analitiche, infatti, riescono ad ottenere dai campioni biologici informazioni fino ad ora impensabili sul profilo genomico, proteomico e metabolico e la classificazione clinica dei campioni, la loro raccolta accurata, e perfetta conservazione sono elementi fondamentali per qualunque studio successivo.

La piattaforma tecnologica destinata allo studio delle caratteristiche omiche delle patologie sarà strettamente e coerentemente associata alla realizzazione della bio-banca. Questo tipo di tecnologia permette di ottenere un elevatissimo numero d'informazioni sulla composizione molecolare di un singolo campione biologico; dal genoma del paziente alle sue condizioni metaboliche. Oltre a sequenziatori del DNA di nuovissima generazione saranno in dotazione della piattaforma due spettrometri di massa destinati a studi di metabolomica e proteomica. La realizzazione di questa piattaforma tecnologica darà un forte supporto ai ricercatori negli approfondimenti molecolari delle patologie, e potrà rappresentare un elemento di sviluppo dell'innovazione di nuovi metodi di diagnosi in collaborazione con centri di ricerca nazionali e internazionali. È degno di nota anche che il Policlinico sia stato recentemente inserito tra gli otto ospedali di ricerca (IRCCS) che saranno finanziati con un piano PNRR per lo sviluppo di diagnostica avanzata. Proprio con gli altri IRCCS si sta sviluppando una forte sinergia, e questa è particolarmente intensa con gli IRCCS pubblici lombardi con cui è stata stipulata una convenzione per la realizzazione di un ufficio di trasferimento tecnologico congiunto che sta lavorando intensamente e rappresenta davvero un modello di ottimo coordinamento tra ospedali di ricerca.

Insomma, a un anno dal mio arrivo in Policlinico mi sento di affermare che questa istituzione non solo rappresenta uno straordinario presidio per le cure più avanzate a oggi disponibili, ma anche che qui stanno nascendo idee e progetti che potranno collocarlo al centro di molte iniziative di ricerca internazionale da cui si aspettano importanti avanzamenti in patologie per le quali le cure non sono ancora sufficientemente efficaci.



Che anno sarà il 2023 per l'Enpam?



ALBERTO OLIVETI
*Presidente
della Fondazione Enpam*

Mai come ora, tra tempi di guerra, costi energetici, inflazione e recessione, vale l'assunto secondo cui non c'è buona previdenza se non c'è buon lavoro. Abbiamo attraversato le incertezze della pandemia mantenendo salda la rotta grazie alla nostra bussola istituzionale che è fatta da quattro punti cardinali: autonomia, contributi, prestazioni e patrimonio. Penso per esempio al quadrante tra autonomia e contributi, e nello specifico al rischio corso, che sembrerebbe sventato, di passaggio alla dipendenza della medicina di famiglia. Oppure, in riferimento al settore compreso tra patrimonio e prestazioni, all'ormai ricorrente invito a investire il patrimonio della Fondazione nell'economia reale del Paese, saltando a piè pari il dovere istituzionale di investire in logica di protezione del capitale per finanziare le prestazioni, ed eventualmente le attività di quelle libere professioni il cui ruolo è ritenuto motore di sviluppo e di crescita per l'economia nazionale.

Se il bilancio preventivo dello scorso anno è stato suggellato dalla domanda "ha avuto un senso la privatizzazione?", e abbiamo dimostrato che in effetti aveva senso, oggi il concetto chiave è "una buona previdenza non può prescindere da un buon lavoro".

L'impegno della Fondazione dovrà, pertanto, necessariamente concentrarsi sul lavoro e sulla nuova organizzazione del Servizio sanitario nazionale, sotto l'e-

guida del Pnrr e delle sue eventuali evoluzioni. L'attenzione massima da parte della Fondazione sarà focalizzata sul lavoro medico e sulla professione. Difenderemo la professione medica, che dovrà essere necessariamente adattata al cambiamento, e l'atto medico che ne è parte caratterizzante. Pretenderemo che i modelli organizzativi non prevalgano sul fattore umano e sulla forza lavoro che il capitale umano è in grado di sviluppare.

Il Servizio sanitario nazionale è reduce da anni di sottofinanziamento, che è stato pagato soprattutto dalla sua componente professionale, e di mancanza di un'adeguata programmazione. Dopo le risorse aggiuntive stanziare per le fasi consequenziali alla pandemia, dal 2025 ci troveremo di nuovo ad affrontare un finanziamento inferiore ai bisogni dei cittadini e alle esigenze del sistema.

Non indifferente sarà anche la ridefinizione dei LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza, per renderli effettivamente disponibili e appropriati, pur nella non ottimale ripartizione di ruolo e competenze fra Stato e Regioni.

Non possiamo certamente leggere il futuro, ma possiamo cercare di fare previdenza, nel vero senso etimologico del termine, anticipando logicamente eventuali scenari e attuando le strategie necessarie per affrontare le sfide. La medicina cambierà sotto l'impulso della tecnologia. Non solo la telemedicina, che peraltro è un in-

sieme di attività non ancora uniformemente disponibili dalla popolazione e non sempre di provata efficacia.

Continuo a pensare che l'Enpam, che vive della medicina praticata sul territorio – la medicina distrettuale – debba soprattutto concentrarsi sul rapporto fiduciario che sta alla base di questa macroarea. Il rapporto fiduciario è il suo vero valore fondante. La medicina di famiglia è centrata sulla relazione, che è già tempo di cura, tra medico e cittadino e tra medico e genitori del bambino.

Lo scrigno che custodisce questo valore è lo studio professionale, che è poi la vera concretizzazione del concetto di prossimità, indispensabile sia per l'attività convenzionata che per quella libero professionale, fermo restando l'ospedale come luogo dell'approccio alle acuzie.

Vi sono seri dubbi, infatti, che la Casa di comunità così come è stata prospettata possa essere il contenitore adeguato a questo valore aggiunto.

L'Enpam difenderà il valore aggiunto della fiduciarità e della prossimità come scelta di campo, anche valutando un impiego del suo patrimonio in un approccio *mission related* che si proponga di sviluppare e qualificare la rete degli studi professionali, dotandoli della tecnologia e della connessione oggi indispensabile per un approccio multiprofessionale alla diagnosi e cura dei problemi clinici, alla presa in carico della cronicità e plurimorbilità, all'approccio alla fragilità e alla palliazione, alla prevenzione d'iniziativa, sia medica che odontoiatrica.

In logica di interesse pubblico collettivo, cercheremo di promuovere il Piano d'azione congiunto One Health dell'Organizzazione mondiale della sanità per prevedere, prevenire, rilevare e meglio rispondere alle minacce per la salute delle persone, degli animali, delle piante e dell'ambiente, contribuendo a uno sviluppo

sostenibile e al contenimento del cambiamento climatico.

Una importante iniziativa è la piattaforma Enpam Tech2Doc. Uno strumento gratuito di formazione e informazione sulla frontiera avanzata della salute digitale e sulla conoscenza tecnico scientifica, dedicato a tutti gli iscritti. Grazie a questo strumento è possibile ampliare il livello di competenza e conoscenza della propria professione. L'obiettivo di quest'iniziativa è di contribuire al recupero dell'autorevolezza e della rilevanza sociale della professione medica e odontoiatrica, restituendole al contempo orgoglio, passione, dedizione e la motivazione alla professione.

La qualità del lavoro è l'elemento fondante di una previdenza efficiente, capace cioè di realizzare progetti e di raggiungere gli obiettivi al minor costo e nella maggiore sicurezza possibile. Dare il massimo sostenibile agli iscritti rimane il nostro impegno principale. In tal senso insisteremo sull'ampliamento dell'utilizzo della fiscalità di scopo, sulla defiscalizzazione degli investimenti che hanno un indubbio valore di interesse comune, e su una vigilanza più attenta al risultato, cioè più focalizzata sull'efficienza che sui percorsi operativi che si intraprendono per raggiungere il fine.

Continueremo a chiedere un assetto giuridico e legislativo semplificato, più stabile e più coerente con la nostra finalità istituzionale, fatta di autoregolamentazione e di autonoma capacità di riformarci. Con queste azioni vogliamo comunicare al nuovo Governo e al nuovo Parlamento il senso del nostro impegno, supportato dalle cifre e dai riscontri, anche quelli relativi al sacrificio dei colleghi caduti sul lavoro, proponendo la nostra collaborazione nel settore che ci compete, nella convinzione di poter essere utili alla ripresa e allo sviluppo del Paese.

TECH2DOC®
innovazione e tecnologia per la salute

promosso da

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

Progetto di formazione e
aggiornamento sulla Digital Health,
riservato a medici e odontoiatri iscritti a
ENPAM

Non sei ancora registrato a ENPAM?

ISCRIVITI

Sei già registrato?

ACCEDE

PNRR da implementare: un approccio agile da applicare al territorio



ALBERTO DE NEGRI
EMA Head of Advisory
for Healthcare
KPMG International

Il PNRR rappresenta un'opportunità per la sanità non solo per i rilevanti finanziamenti che vengono dedicati al settore, ma anche perché, per la prima volta da molti anni, sono contemporaneamente parte della medesima agenda l'innovazione dei servizi, la costruzione di strutture fisiche e la digitalizzazione dei processi, a cui si aggiunge la disponibilità degli strumenti di procurement "pronti all'uso" sia per l'implementazione informatica che per i servizi professionali di supporto (contratti quadro di Consip).

Vi è quindi una opportunità storica per affrontare in modo integrato tutti gli assi rilevanti di intervento. La sequenza logica con cui, in un mondo ideale, il percorso dovrebbe essere affrontato prevede la definizione iniziale di un progetto di sistema, in cui la strategia complessiva viene esplicitata e tradotta nelle interdipendenze tra i tre assi sopra indicati, a cui fa seguito la progettazione organizzativa del servizio da rendere ai cittadini da cui ricavare le esigenze per i progetti architettonici, in termini di dimensionamenti e di layout, così come i requisiti per i sistemi informativi. L'attuazione

andrebbe avviata solo a valle, per non rischiare di incepparsi su problematiche non risolte a monte.

In realtà, forse anche per i tempi compressi in cui è nato l'impianto del PNRR, le condizioni per rispettare questo approccio "da manuale" sono esistite solo in parte e l'integrazione tra i tre assi appare quindi limitata.

Prendiamo l'esempio delle Case di Comunità.

Positivamente, il Dm 77 e il PNRR offrono una cornice unitaria per l'innovazione dei servizi territoriali. All'interno di essa trovano spazio attuativo i nuovi contenuti assistenziali, i sistemi digitali abilitanti, la costruzione o ristrutturazione di spazi ad hoc per erogare i servizi in un contesto "di prossimità" al domicilio della popolazione.

Tuttavia, il Dm 77 non è "auto-implementativo": le Regioni e le aziende sanitarie devono quindi scendere nella progettazione organizzativa per fare in modo che l'erogazione dei servizi abbia effettivamente avvio.

E nel fare questo occorre anche chiarire un aspetto che appare spesso ancora ambiguo: i servizi

che venivano prima erogati in altri luoghi (ad es. poliambulatori ospedalieri e territoriali) saranno semplicemente trasferiti qui o invece la Casa di comunità ospiterà solo servizi aggiuntivi rispetto a quelli fino ad oggi erogati? O un pò e un pò?

In effetti, non è stato sviluppato ad esempio un raccordo tra il Dm 70 sugli standard ospedalieri e il Dm 77 sul territorio, che evidenzia in particolare se e come la razionalizzazione delle unità operative ospedaliere debba anche liberare preziose risorse professionali per lo sviluppo dei nuovi servizi territoriali. Da ultimo, criticità che rischia di essere più irreversibile, la progettazione e costruzione degli spazi, sia pure per ragionevoli problematiche di rispetto dei tempi, è stata avviata prima che i requisiti di contenuto organizzativo venissero articolati. Il contenitore rischia di vincolare il contenuto.

Non vi è dunque rimedio alla progettazione integrata non sviluppata a monte?

Pensiamo che, in queste circostanze straordinarie in cui molto è ancora possibile, convenga assumere un atteggiamento pragmatico che parte dalla constatazione che l'impianto delle milestones e targets del Pnrr (che sarà forse in parte ritardabile ma difficilmente modificabile in modo strutturale) impone di essere già e pienamente in fase di execution, anche a prescindere dai "buchi" di progettazione che ancora esistono.

Ciò non toglie tuttavia che, consapevoli che alla fine organizzazione, soluzioni digitali e strutture fisiche dovranno essere funzionali le une alle altre, è ben possibile adottare un approccio che recuperi in corso d'opera la definizione dei tasselli mancanti.

Il mondo dello sviluppo software ha coniato tempo fa il termine "agile" per quelle metodologie che prendono atto dell'impossibilità, in certi contesti, di definire a monte in modo completo i requisiti a cui i sistemi informatici devono rispondere. Potremmo dire che, facendo "buon viso a cattivo gioco", questi approcci guidano lungo percorsi iterativi in cui quando si è "sul campo" è più facile definire bene quello che al giorno zero appare invece sfuocato.

Girando in opportunità alcune delle difficoltà attuali, potrebbe essere saggio mutuare questo approccio "agile" e adattarlo al completamento della progettazione dei servizi coprendo lungo la strada, anche in modo progressivo, la progettazione delle parti mancanti di organizzazione e processi. Molte regioni e aziende sono di fatto già attive su questa linea.

Potrebbe essere questa la strada di ragionevole compromesso tra una progettazione ideale, completa ma con tempi incompatibili con la realtà, e una execution "cieca" che, inseguendo solo milestones e targets, scopra troppo tardi ostacoli insormontabili all'erogazione dei servizi ai cittadini.



Antimicrobico resistenza: un approccio olistico



PATRIZIA CAMBIERI

*Dirigente medico
SC Microbiologie e Virologia
IRCCS Policlinico
San Matteo Pavia*

L'antimicrobico resistenza (AMR) rappresenta una importante emergenza di sanità pubblica di difficile contenimento. È un problema "ecologico" caratterizzato da complesse interazioni che coinvolgono le popolazioni microbiche e influenzano la salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente.

Ovunque vengano utilizzati gli antimicrobici, si creano serbatoi di resistenza: nei pazienti, negli ambienti ospedalieri e di comunità, negli animali, negli allevamenti, nel suolo, nell'acqua, nella fauna selvatica e in altre nicchie ecologiche, a causa dell'inquinamento da rifiuti farmaceutici, da liquami e dal deflusso di letame dalle aziende agricole. I livelli di prescrizione inappropriati, l'uso eccessivo di antibiotici e la diffusione dei batteri resistenti e dei loro geni a livello locale e globale, sono le principali cause del fenomeno della resistenza e concorrono, accanto alle scarse pratiche di controllo delle infezioni, ed al movimento geografico di esseri umani e animali infetti ad esacerbare il problema creando un allarme sanitario globale.

Si prevede che nel mondo, nel 2050, le infezioni batteriche causeranno circa 10 milioni di morti l'anno. In Europa si verificano annualmente 4 milioni di infezioni da germi antibiotico-resistenti che causano oltre 37.000 decessi e sono re-

sponsabili di un consistente utilizzo di risorse sanitarie e non. In Italia, ogni anno, dal 7 al 10% dei pazienti va incontro a un'infezione batterica sostenuta da un microrganismo multi-resistente con migliaia di decessi; le stime indicano 10-11.000 morti/anno, 27-30 al giorno, con costi elevatissimi.

Da qui la necessità da un lato di promuovere la conoscenza e la comprensione del problema aumentando la consapevolezza nella popolazione generale, dall'altro di intensificare gli sforzi delle istituzioni sanitarie e dei professionisti della salute per l'adozione di condotte che consentano di preservare il più possibile l'efficacia degli antibiotici disponibili per le generazioni future.

Storicamente la lotta contro lo sviluppo della resistenza agli antibiotici è avvenuta in un ambito circoscritto: medicina ospedaliera e di comunità. Solo negli ultimi anni si è percepita la necessità di "aprire la visuale" verso un approccio multidisciplinare al problema che coinvolga medicina umana e veterinaria, ricerca, ambiente e comunicazione: il cosiddetto approccio "One-Health", con l'obiettivo comune di evitare nei prossimi anni una catastrofe globale.

Attualmente, vi è una grave carenza di nuovi antibiotici, soprattutto per alcune infezioni molto gravi. Sono circa 700 gli

antimicrobici in commercio nel mondo e poche decine le nuove molecole in fase di sviluppo clinico avanzato, ne deriva l'esigenza di preservare i farmaci che abbiamo a disposizione evitandone l'abuso e l'utilizzo come pratica di medicina difensiva.

In mancanza di investimenti importanti nello sviluppo di nuovi antibiotici, l'ottimizzazione dell'uso di quelli disponibili "è una delle azioni chiave necessarie per frenare l'emergere e la diffusione della resistenza antimicrobica". Nell'ottica di un utilizzo più responsabile di tali farmaci, per il contenimento dell'antibiotico resistenza e dell'insorgenza di eventi avversi, l'OMS ha lanciato la campagna AWaRe, classificando gli antibiotici in tre gruppi distinti e consigliando quando usarli. L'acronimo AWaRe sta per Access, Watch e Reserve, che sono le categorie nelle quali sono classificati gli antibiotici nella lista dell'OMS dei farmaci essenziali.

La **categoria Access** si riferisce agli antibiotici che hanno uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza in termini di reazioni avverse, sono raccomandati come prima o seconda scelta nella terapia empirica della maggior parte delle infezioni di più frequente riscontro. Questi farmaci sono disponibili anche in formulazioni generiche e quindi ad un prezzo accessibile.

La **categoria Watch** include antibiotici a spettro d'azione più ampio, raccomandati come opzioni di prima scelta solo per particolari condizioni cliniche, da utilizzare in pazienti più gravi con patologie sostenute da agenti eziologici con documentata resistenza.

La **categoria Reserve** identifica gli antibiotici da utilizzare come ultima risorsa per il trattamento delle infezioni da germi multi resistenti in pazienti con infezioni che mettono in pericolo la vita.

Per razionalizzare l'uso degli antimicrobici, limitare la re-

sistenza e l'insorgenza di eventi avversi, l'OMS ha posto come obiettivo a livello nazionale per il 2023 che il consumo globale di tali farmaci derivi per almeno il 60% dal gruppo "Access", con conseguente riduzione significativa dell'uso di quelli delle categorie "Watch" e "Reserve".

PRINCIPALI MOLECOLE DEI 3 GRUPPI AWARE:

Access:-amoxicillina, amoxicillina/ac. clavulanico, cefazolina, doxiciclina, metronidazolo, nitrofurantoina, sulfametozazolo/trimetoprim.

Watch:-azitromicina e macrolidi, cefepime, cefixime, cefoxitina, ceftriaxone, minociclina, fluorochinoloni, fosfomicina orale, carbapenemi, neomicina orale ed EV, netilmicina, piperacillina/tazobactam, rifampicina, rifaximina, teicoplanina, vancomicina orale ed EV.

Reserve:-aztreonam, cefiderocol, ceftarolina, ceftazidime/avibactam, ceftolozane/tazobactam, dalbavancina, daptomicina, linezolid, eravaciclina, fosfomicina EV, imipenem/cilastatin/relebactam, meropenem/vaborbactam.

In questo scenario di emergenza globale serve un impegno trasversale, le responsabilità devono essere condivise e sono strettamente correlate ai ruoli ricoperti da tutti gli attori coinvolti: i medici in relazione all'appropriatezza prescrittiva; i ricercatori per quanto concerne la ricerca di nuove molecole antibiotiche; il personale ospedaliero per il rispetto dei protocolli, il controllo delle infezioni e la cultura della prevenzione le istituzioni responsabili delle politiche sanitarie per l'attuazione, la sostenibilità dei programmi e la corretta informazione; i pazienti per i comportamenti sanitari corretti e il rispetto scrupoloso delle indicazioni del medico; infine i cittadini tutti per un maggior grado di responsabilizzazione.



Oncologia di precisione e terapie innovative



LUIGI CAVANNA

Presidente nazionale
Collegio italiano Primari
Oncologia Medica Ospedalieri

Fino a pochi anni fa per stabilire la cura dei pazienti affetti da tumore maligno erano necessari due elementi fondamentali: 1) diagnosi citoistologica, ottenuta tramite prelievo di tessuto (biopsia); 2) la valutazione dell'estensione della malattia nell'organismo (stadio).

Generalmente, per la maggior parte dei pazienti con una diagnosi di tumore maligno e in stadio localizzato (stadio iniziale) la terapia eradicante e spesso risolutiva era, ed è, la terapia chirurgica, per i pazienti con malattia avanzata, che significa con malattia tumorale estesa, la terapia era ed è, una terapia sistemica, sia essa di tipo chemioterapico, ormonale, diretta contro un bersaglio, immunoterapia ecc.

Negli ultimi anni si è visto che la diagnosi citoistologica è sì necessaria, ma non più sufficiente perché la ricerca clinica e di laboratorio ha permesso di acquisire nuove conoscenze fondamentali per poter stabilire la migliore terapia per quel determinato paziente, ad esempio possiamo avere due pazienti affetti entrambi da adenocarcinoma polmonare, quindi tumore istologicamente simile, se non uguale, che in passato avrebbero ricevuto la stessa terapia, oggi con le metodiche di Next Generation Sequencing (NGS) è possibile evidenziare che tumori istologicamente simili, possono avere quadri mutazionali o di riarrangiamento genico molto diversi.

Ma la notizia veramente importante è che a determinate mutazioni geniche corrispondono terapie specifiche spesso con risultati clinici molto importanti in termini di durata e qualità di vita. Ci si rende conto quindi di quanto sia importante poter accedere alla diagnostica di sequenziamento (e non solo), per poter ricevere la terapia migliore.

Il Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica Ospedaliera (CIPOMO) ha promosso una survey nazionale su questa importante tematica e sulla costituzione del Molecular Tumor Board (MTB), i risultati della survey sono stati pubblicati sulla rivista The Onco-

logist il 27 febbraio scorso (primo nome della pubblicazione Gianpiero Fasola di Udine).

Tali risultati evidenziano che le metodiche di NGS e l'istituzione di un MTB non sono omogeneamente implementati nel nostro Paese, tale dato rischia di mettere a repentaglio l'equità di accesso alle terapie innovative. È importante ricordare che alla survey hanno partecipato 129 Direttori di reparti di oncologia di 19 regioni italiane (di cui 2 Province Autonome), rappresentativi di oltre il 98,5% della popolazione italiana e di diverse istituzioni, tra cui aziende sanitarie (45,1%), ospedali pubblici (36,3%), ospedali universitari pubblici (10,6%), istituti scientifici di ricerca (3,5%) e professionisti privati (0,9%). Nelle aziende che utilizzano il sequenziamento NGS, i laboratori sono collocati nell'81,4% dei casi internamente alla struttura o nella rete regionale. Solo il 18,6% si rivolge a servizi privati.

Per quanto riguarda gli aspetti legati al rimborso, la maggior parte degli intervistati (57,7%) non sapeva se la propria Regione avesse definito tariffe specifiche per questo tipo di analisi.

I MTB erano presenti e formalmente decretati, al momento della survey soltanto in alcune Regioni (circa 12), mentre in altre regioni erano presenti, ma non formalmente decretati. Il 43,7% dei professionisti afferma di non aver mai avuto bisogno di segnalare al MTB casi per consulenza e il 32,4% ritiene che l'attuale organizzazione delle MTB nel proprio contesto non soddisfi le proprie esigenze.

Sulla base di questa analisi credo che le Istituzioni di Governo possano trarre utili spunti dalla survey e dalla pubblicazione scientifica per affinare i provvedimenti e per applicarli nei diversi ambiti. Bisogna tener conto degli elementi essenziali necessari per rendere l'Oncologia di precisione fruibile a tutti i potenziali destinatari, in modo appropriato e sostenibile. Tra questi: la popolazione e l'estensione geografica, i modelli organizzativi, le esperienze già in corso e le dinamiche di veloce evoluzione delle conoscenze.

A rischio le pari opportunità di accesso alle terapie oncologiche innovative

CIPOMO

(Collegio italiano Primari Oncologia Medica Ospedalieri)

Sono le nuove frontiere per la gestione dei tumori, eppure le tecnologie Next generation sequencing (NGS), test di profilazione genomica in grado di analizzare l'intero genoma umano, e i Molecular Tumor Board (MTB), team interdisciplinari di esperti dedicati all'interpretazione clinica dei nuovi dati disponibili, non sono implementati in modo omogeneo in Italia. Una disparità che potenzialmente mette a rischio le pari opportunità di accesso alle terapie innovative per i pazienti. L'offerta dei servizi è infatti eterogenea. Nei Centri specializzati per terapie oncologiche il sequenziamento di nuova generazione NGS è utilizzato solo nel 50% dei casi. I MTB sono presenti a macchia di leopardo, in 13 Regioni su 19 e con una grande variabilità di modelli organizzativi. Sette i MTB regionali censiti, ma ci sono anche gruppi intraregionali aziendali o di rete. Soprattutto un terzo dei professionisti (il 33,6%) non ha accesso al team.

Sono questi i principali risultati emersi dalla Survey nazionale condotta dal Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) nell'ambito del Progetto Oncologia di Precisione, pubblicati sulla rivista internazionale *The Oncologist* (G. Fasola et al.). La pubblicazione avviene in coincidenza con l'invio in Conferenza Stato Regioni della bozza di Decreto che istituisce i Molecular Tumor Board e individua i Centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilassi genomica estesa NGS. Risultati che offrono quindi una chiave di lettura per sciogliere i nodi organizzativi. Il 43,7% dei professionisti afferma di non aver mai avuto bisogno di segnalare al MTB casi per consulenza e il 32,4% ritiene che l'attuale organizzazione delle MTB nel proprio contesto non soddisfi le proprie esigenze.

Chiedendo ai professionisti quale sia livello più opportuno per l'istituzione di un MTB è emerso che il 38,6% preferirebbe un MTB regionale, il 43,6% ritiene più funzionale un livello intraregionale (33,7% nella rete Hub&Spoke, il 7,9% come singolo Hub e il 2% come unico Spoke) e il 17,8% considera che la coesistenza di una MTB locale per l'attività clinica di routine e di un

MTB regionale di coordinamento possa essere la soluzione migliore.

La registrazione delle attività cliniche dei MTB è fondamentale, tuttavia, il 31,3% degli intervistati ha riportato di non essere a conoscenza dell'esistenza di un database per le discussioni di MTB, il 26,9% ha affermato di non utilizzarne alcuno, il 41,8% ha riportato l'utilizzo di un database in diverse forme per tenere traccia dei dati di discussione MTB (il 22,4% database locale, il 14,9% database regionale, il 4,5% utilizza piattaforme online).

Dalla Survey è emerso inoltre un orientamento netto a favore di una composizione agile dei MTB, che veda presenti stabilmente alcune figure chiave (oncologi, patologi, biologi molecolari, genetisti, farmacisti e case manager) in numero inferiore rispetto ai primi MTB regionali istituiti che comprendevano molte più figure professionali. Tutti i Direttori hanno concordato con la presenza di un oncologo (100%) e la maggioranza la ritiene indispensabile per un MTB la presenza di: biologi molecolari (96%), patologi (92%), genetisti (76%), farmacisti ospedalieri (60%) e case manager (57%). Altri professionisti, indicati da meno della metà dei rispondenti, sono: ematologi (48%), bioinformatici (37%), rappresentanti dei pazienti (33%), bioeticisti (33%), infermieri ricercatori (28%), farmacologi (27%), chirurghi (26%), radiologi (21%), infermieri esperti in oncologia (20%), direttori scientifici (19%), epidemiologi (15%), medici legali (10%), direttori medici (10%), direttori sanitari (9%), o altri (2%).

Altro nodo è quello del consenso informato, gestito in modo diverso nelle varie realtà analizzate. Il 53,5% degli oncologi intervistati riferisce che è richiesto un consenso per le analisi molecolari, il 36,6% che non viene richiesto in quanto implicito nel percorso diagnostico-terapeutico e il 9,9% che il consenso ai pazienti è richiesto solo per l'analisi NGS. Una eterogeneità che chiama in causa la necessità di indirizzi chiari da parte del Ministero della Salute per l'acquisizione del consenso dei pazienti nell'effettuare queste indagini.

Il tumore alla prostata



RICHARD LAWRENCE

JOHN NASPRO

Direttore SC
Urologia San Matteo

Che cosa rappresenta oggi il tumore alla prostata nel nostro Paese?

In Italia il cancro della prostata è il tumore più diffuso nella popolazione maschile rappresentando il 20% di tutti i tumori diagnosticati nell'uomo ed è la terza neoplasia più comune (7,3%) dopo il cancro al seno (11,7%) e ai polmoni (11,4%) e l'ottava causa più comune di mortalità per cancro (3,8%).

Nonostante questo, fortunatamente il tumore alla prostata è piuttosto insolito rispetto ad altri tipi di tumore e ad una elevata incidenza non corrisponde una elevata mortalità. Infatti la sopravvivenza cancro specifica a 5 anni è del 95% circa. La presentazione clinica e l'andamento della malattia possono essere profondamente diversi. Un'ampia percentuale di tumori della prostata ha una scarsa tendenza alla diffusione in altre parti del corpo, tendendo a rimanere localizzate per molto tempo. Alcune forme a basso rischio crescono molto lentamente e potrebbero non causare sintomi per diversi anni, rimanendo di fatto del tutto asintomatiche e non costituendo un rischio per il paziente. Altre, anche più aggressive, possono comunque per così dire cronicizzare e grazie alle terapie permettere non solo una prolungata sopravvivenza dalla diagnosi ma anche una buona qualità della vita per molti anni.

Esistono tuttavia anche malattie dotate di elevata malignità, che si presentano in forma localmente avanzata o sistemica (metastatica): in questi casi se la malattia non può essere ben controllata, può causare sintomi talora molto preoccupanti e impattanti sulla qualità di vita del paziente.

Cosa si può fare in termini di prevenzione?

Grazie alla diffusione di test semplici come il PSA, all'introduzione della risonanza magnetica multiparametrica della prostata e delle biopsie di fusione la diagnosi di tumore prostatico può essere ad oggi sempre più precoce ed accurata. Anche, la stadiazione della malattia oggi può contare su esami sempre più efficaci come la PET con colina e la PET PSMA che si aggiungono a quelli "tradizionali" (TC torace-addome e scintigrafia ossea).

Lo screening per il tumore prostatico risulta ancora essenziale: le linee guida Europee suggeriscono di considerare il dosaggio del PSA per uomini ad alto rischio di neoplasia prostatica, ovvero nei pazienti >50 anni con familiarità per tumore della prostata o dopo i 40 in pazienti che possiedono una mutazione dei geni BRCA (e in particolare di

BRCA 2) per favorire una diagnosi precoce. Rimane discutibile la sua utilità ed indicazione nei pazienti > 75 anni o nei pazienti con < 10 anni di aspettativa di vita.

Come ci si approccia oggi alla malattia?

Come per altre patologie tumorali, in particolare la mammella, il management moderno del tumore della prostata non può prescindere da un approccio multidisciplinare. Poiché i percorsi di gestione del tumore della prostata continuano ad evolversi, la scelta del trattamento adeguato per ogni paziente può diventare uno sforzo impegnativo. La gestione multidisciplinare della neoplasia prostatica in tutte le sue fasi e la possibilità di trattare i pazienti con strategie combinate permette di scegliere la strada terapeutica migliore per il paziente, sia massimizzando le possibilità di cura che la qualità di vita. È stato infatti dimostrato che la presenza di un team multidisciplinare permette di migliorare la qualità del trattamento con una più accurata adesione alle linee guida internazionali.

Il Team multidisciplinare del Policlinico San Matteo è composto da urologi, radioterapisti, oncologi, radiologi, anatomo-patologi, medici nucleari, nutrizionisti, medici palliativisti, coadiuvati da un case manager dedicato e da anni si riunisce settimanalmente, confrontandosi sui casi e ponendosi come obiettivo una gestione moderna ed integrata.

Quali sono i trattamenti più diffusi?

Tutte le opzioni terapeutiche e raccomandazioni cliniche presentano rischi e benefici; la scelta dipende da vari fattori quali lo stadio della malattia (in base al TNM), le preferenze e le aspettative del paziente. L'obiettivo finale del trattamento (curativo o palliativo) deve essere il raggiungimento di un giusto equilibrio

tra necessità di cura, controllo dei sintomi e preservazione o miglioramento della qualità di vita del paziente.

Potendo semplificare, i trattamenti variano dalla osservazione fino a trattamenti complessi ed integrati con diversi gradi di invasività.

Quali approcci ci sono?

La chirurgia: la prostatectomia radicale è considerata il cardine del trattamento chirurgico per gli uomini con tumore della prostata localizzato e con una aspettativa di vita >10 anni. È da considerarsi un intervento curativo, se la malattia risulta confinata a livello loco regionale. La chirurgia robotica rappresenta ad oggi l'approccio maggiormente utilizzato per la prostatectomia nei paesi con una diffusione capillare di piattaforme robotiche.

L'esperienza robotica del Policlinico San Matteo ha ormai radici ben consolidate da circa 10 anni con >600 interventi di chirurgia robotica urologica finora effettuati di cui >150 con la nuova piattaforma più evoluta e versatile a disposizione (sistema da Vinci Xi) disponibile ad agosto 2022.

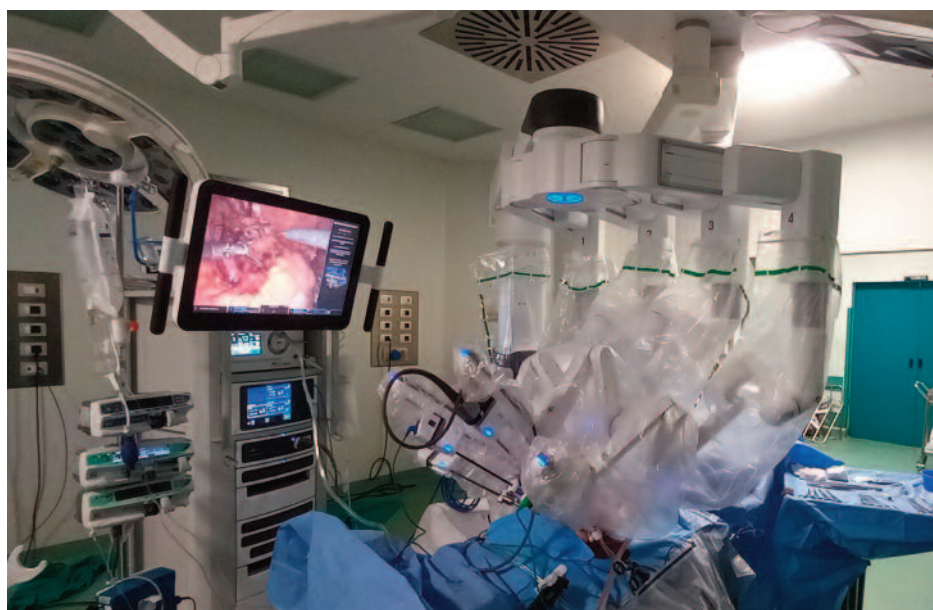
Poi c'è la radioterapia: è stato dimostrato che anche la radioterapia a fasci esterni ad intento radicale ha una elevata efficacia nei tumori localizzati, con risultati simili a quelli della prostatectomia radicale.

E se la malattia è già in uno stadio avanzato?

Per i tumori in stadi avanzati, la chirurgia da sola spesso non riesce a curare la malattia e può esserci pertanto la necessità di associare trattamenti come la radioterapia o la ormonoterapia. La terapia ormonale, nota come terapia di deprivazione androgenica (o blocco androgenico totale, BAT) viene considerata ad oggi la terapia standard per la malattia metastatica con

lo scopo di ridurre il livello di testosterone e conseguentemente la proliferazione delle cellule tumorali.

In conclusione, come comprensibile, anche nei casi di malattia avanzata risulta essenziale affidare il paziente ad un Centro in grado di offrire tutto il possibile supporto in un ambito multidisciplinare.



Covid-19 e salute mentale degli adolescenti: l'onda lunga di un disagio non sopito



MARTINA MARIA MENSÌ

Responsabile Centro per i Disturbi Alimentari dell'Adolescenza IRCCS Fondazione Mondino

PANDEMIA E SALUTE MENTALE

La diffusione pandemica del nuovo ceppo di Coronavirus SARS-CoV-2 ha determinato un drammatico allarme per le condizioni di salute generali di una larga parte della popolazione, con rischio per la sopravvivenza e la necessità di cure ospedaliere anche intensive. A fronte dell'importante impegno per combattere la diffusione dell'infezione messo in atto su tutto il territorio nazionale e alla grande risonanza che tutto questo ha avuto su tutti i mezzi di comunicazione di massa (televisioni, giornali, web) ben poca attenzione è stata dedicata ai rischi sulla salute mentale correlati al fenomeno pandemico. Al contrario numerosi studi scientifici forniscono, a questo proposito, una forte evidenza dell'impatto psicologico e psichiatrico che l'emergenza sanitaria ha avuto sulla popolazione generale nei paesi più colpiti, compresa l'Italia.

Una delle fasce di popolazione maggiormente colpita della pandemia a livello psichico è quella degli adolescenti, tanto che il fenomeno ad un certo punto ha raggiunto anche i sistemi di comunicazione di massa come giornali e televisione e il dibattito è giunto fino alle forze politiche anche nelle loro sedi istituzionali.

QUALE PSICOPATOLOGIA IN ETÀ EVOLUTIVA

Se è vero che per quanto riguarda la popolazione pediatrica molti studi, anche italiani, hanno documentato l'emergere di disagio in tutte le fasce di età, sono stati sicuramente gli adolescenti che più di altri hanno sofferto gli effetti, diretti ed indiretti, dell'isolamento sociale. La convivenza forzata con i famigliari, il primo contatto con la morte (per esempio di un famigliare), le preoccupazioni rispetto al proprio stato di salute o, più in generale, rispetto al proprio sé corporeo, l'emergere di angosce in precedenza mascherate da frenetiche routine consolidate (studio/sport/hobbies) sono alcuni degli

elementi che più hanno influito sul benessere mentale dei ragazzi che nel periodo dei diversi lockdown stavano attraversando questo difficile periodo evolutivo.

Uno studio svolto dal nostro gruppo alla fine del primo lockdown (giugno-luglio 2020), sulla insorgenza di disturbi da stress in circa 1500 adolescenti (non clinici), ha mostrato la presenza di sintomi compatibili con un disturbo post traumatico in ben l'80% degli intervistati, seppur nella maggior parte dei casi i sintomi raccolti si collocavano ancora sottosoglia per una franca diagnosi clinica.

Se il primo lockdown per molti è stato una condizione di stress contenuto e soprattutto condiviso, non così il secondo (autunno 2020), durante il quale le scuole secondarie sono state chiuse dopo poche settimane di frequenza e gli adolescenti si sono ritrovati soli, con i genitori e i fratelli minori fuori casa, a seguire la didattica a distanza (DaD). È in questo periodo che si sono registrati i picchi per quanto riguarda i gravi disturbi dell'umore, i comportamenti suicidali, l'autolesionismo, i disturbi del comportamento alimentare e anche i break down psicotici.

In generale i disturbi riconducibili alla sfera dell'umore sembrerebbero quelli che hanno registrato un maggior incremento nel corso della pandemia: è stato segnalato un aumento dei sintomi depressivi in seguito a riduzione dell'attività scolastiche e all'aperto. Parallelamente si è assistito ad un aumento dell'ideazione suicidaria, dei comportamenti suicidari e dei comportamenti di autolesionismo non suicidario. Anche i disturbi del comportamento alimentare hanno subito un elevato incremento: Haripersad e colleghi hanno documentato un aumento del 104% di pazienti con anoressia nervosa che hanno richiesto il ricovero in ospedale nel 2020 rispetto ai tre anni precedenti. Inoltre, anche la gravità della psicopatologia associata al disturbo alimentare è aumentata durante il lockdown e l'incremento dei sintomi generali è persistito nella successiva fase di riapertura. Per quanto riguarda il ritiro sociale, le regole di allontanamento sociale legate alla pandemia hanno consentito ai pazienti con questo



RENATO BORGATTI

Direttore Neuropsichiatria Infantile IRCCS Fondazione Mondino

sintomo di "nascondersi in bella vista", tanto che in una prima fase del lockdown segnalazioni per questi disturbi sono addirittura diminuite. In una prospettiva evolutiva però le rigide misure di reclusione hanno avuto conseguenze negative rilevanti sui casi di hikikomori e la sindrome è cresciuta.

Il terzo lockdown (inverno 2021) ha visto infine emergere un ventaglio ancora più ampio di problematiche rispetto alla salute mentale degli adolescenti. Il nostro gruppo ha svolto un nuovo studio in questo periodo che ha mostrato dati allarmanti: il 41% degli intervistati si è sentito più stressato rispetto alla prima chiusura; l'1,85% ha mostrato sintomi sopra-soglia di disturbo post-traumatico da stress e il 21% ha manifestato sintomi isolati di stress acuto o post-traumatico a causa della pandemia. Inoltre, sono stati riscontrati sintomi psicotici (16%), panico (25% sopra-soglia), ansia (46,8% sopra-soglia), depressione (18,7% sopra-soglia), sintomi legati all'alimentazione (51%), difficoltà a dormire (57%), tendenza al ritiro sociale dopo la pandemia (15%), ideazione suicidaria (30%) e comportamenti autolesionistici (9%). È stata riscontrata anche una differenza di genere, in quanto nelle ragazze il livello del disagio registrato è stato maggiore.

PERCHÉ GLI ADOLESCENTI

È difficile stabilire come i tanti fattori che hanno contribuito a determinare l'esplosione della psicopatologia in adolescenza in epoca Covid si siano tra loro combinati, rinforzandosi e avviando processi patologici poi difficili da disinnescare. È probabile che ogni ragazzo abbia avuto la sua storia dove fattori personali e ambientali si sono negativamente influenzati dando origine ad un malessere che poi, anche per il venir meno di interventi terapeutici tempestivi, o anche solo di opportunità educative e/o di aggregazione, si è strutturato in una vera e propria patologia.

È possibile che un disagio generato dall'esordio della pandemia e dalle regole di isolamento sociale per impedirne la diffusione fosse presente fin dal primo lockdown e che, non intercettato dai servizi, sia rimasto latente fino ad esplodere in un secondo momento per il perdurare delle situazioni di isolamento sociale. Come dimostrato dal nostro primo lavoro di ricerca, relativo al primo lockdown, sintomi di malessere (stati di agitazione ed ansia, sintomi dissociativi, alterazioni del contenuto del pensiero, sintomi deliranti) erano già presenti in molti adolescenti intervistati pur non raggiungendo un'intensità tale da soddisfare i criteri per poter formulare una diagnosi psichiatrica. Essi indicavano una condizione di importante disagio che avrebbe richiesto aiuto, o almeno una ripresa delle normali esperienze di so-



cializzazione. Al contrario questi ragazzi sono rimasti soli con le loro paure, senza trovare ascolto in nessuno dei consueti circuiti dove avrebbe potuto essere raccolto. E un malessere non raccolto in molti casi si è trasformato in una franca psicopatologia, che è esplosa con le restrizioni imposte successivamente e con il lungo protrarsi delle regole di isolamento sociale.

L'adolescente, infatti, ha bisogno per il suo regolare sviluppo di uscire dall'ambiente domestico: l'incontro e il confronto con i pari fa parte del suo processo evolutivo. Il senso di solitudine e di smarrimento che ha colpito soprattutto i ragazzi più fragili, dotati di meno risorse, meno seguiti dalla famiglia o più esposti ad eventi stressanti è stato enorme e tale, in alcuni casi, da generare una vera e propria patologia psichiatrica.

QUALI RISPOSTE AL CRESCENTE DISAGIO

È facile pensare che la soluzione per rispondere al crescente disagio che sta attraversando gli adolescenti e che si è trasformato in una pressante richiesta di "salute" che intasa i pronto soccorsi ed i reparti sia potenziare gli organici degli ospedali. È indubbio che le risorse a disposizione per far fronte ad un così elevato numero di richieste debbano essere ripensate e servizi specificatamente dedicati agli adolescenti debbano essere attivati o potenziati ma sembra anche importante ribadire che le vere soluzioni verso questo dilagante fenomeno non stanno nei pronto soccorso o nelle corsie degli ospedali.

La neuropsichiatria infantile è branca medica specialistica che per esprimersi deve essere radicata nel territorio dove i ragazzi e le loro famiglie risiedono e dove, ogni giorno, affrontano le sfide che la vita propone. L'attività del neuropsichiatra e dei servizi ad esso correlati non si esaurisce con gli interventi terapeutici e/o riabilitativi ma nel diffondere un diverso modello di cura. La sofferenza di tanti ragazzi fatta emergere dall'esperienza pandemica, deve stimolarci a promuovere un diverso modello di medicina: una medicina basata sul benessere della persona ben oltre la mera salute del corpo.

Solo una riflessione più ampia che riguarda l'attenzione all'infanzia e alla famiglia, le opportunità per i giovani e gli stili di vita potrà portare all'inversione di una tendenza che si sta consolidando e che il Covid ha solo accelerato.

E IL FUTURO?

In questo contesto è lecito domandarci quale futuro ci attende. Ci si chiede se le ferite potranno rimarginarsi e quale sarà l'effetto delle cicatrici. È molto difficile pronunciare una previsione. Secondo la metafora del kintsugi, l'arte giapponese che ripara gli oggetti valorizzandone le crepe riempiendole d'oro, quando qualcosa ha una storia e ha subito una ferita, può diventare anche più bella se viene riparata. Il senso del nostro lavoro è accogliere il dolore, accettarlo anche come sofferenza, ma poi trasformarlo e valorizzarlo, solo così le cicatrici possono trasformarsi in ricami.

Peraltro, in questi anni, si è prevalentemente parlato degli adolescenti solo come ragazzi fragili, travolti dalla situazione pandemica, invece, bisognerebbe focalizzarci sulle risorse delle nuove generazioni, pensando i giovani anche come ragazzi resilienti, che sono usciti da questa esperienza faticosa, talvolta carica di dolore e sofferenza, più forti e più temprati, probabilmente dotati di una nuova sensibilità. Se il mondo degli adulti saprà affidare a loro il futuro probabilmente lo costruiranno migliore e più attento non solo ai bisogni del corpo ma anche a quelli della mente che, come l'esperienza Covid-19 ci ha insegnato, vengono tanto facilmente dimenticati.

Giornata dell'obesità: Italia ancora indietro su personale, diagnosi e team dedicati



BARBARA PAOLINI
*Presidente ADI
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica*

Ogni 4 marzo ricorre la Giornata Mondiale dell'Obesità, istituita nel 2015 dalla World Obesity Federation, per coinvolgere organizzazioni, associazioni e individui attorno all'obiettivo ambizioso di invertire la crisi globale dell'obesità.

Molti sono i passi fatti in termini di prevenzione e sensibilizzazione nel nostro Paese rispetto a un'emergenza sanitaria e sociale che solo di recente è stata riconosciuta come patologia dal Parlamento italiano. Le campagne e le attività di prevenzione sono strumenti fondamentali e devono essere sicuramente rafforzati e incentivati, ma restano comunque insufficienti le condizioni di trattamento e accesso alle cure per i pazienti obesi.

A oggi il numero dei centri pubblici per la prevenzione e trattamento dell'obesità in Italia è ancora carente rispetto al preoccupante numero di casi in aumento. Su oltre 700 strutture ospedaliere italiane non si arriva a 20 Unità operative complesse (Uoc) di nutrizione clinica, e non si superano le 100 Strutture semplici o dipartimentali (Uosa), mentre il resto viene gestito da centri di dietetica con soli dietisti. I centri dedicati all'obesità sono ancora meno. Una disomogeneità che si ripercuote inevitabilmente su liste di attesa lunghe che portano i pazienti a orientarsi, per chi ne ha possibilità, verso strutture pri-

vate o liberi professionisti che il più delle volte non riescono a fare una valutazione globale di una patologia così complessa.

La carenza di strutture e di specialisti incide inevitabilmente anche sulla qualità della diagnosi. A livello clinico ci si ritrova sempre più a intervenire sulla complicità, ma non sulla patologia di base, ovvero l'obesità, e tanto meno si interviene con la richiesta di una valutazione nutrizionale e di un inquadramento diagnostico preciso per la patologia. Un paziente che viene ricoverato per complicanze legate all'obesità molto spesso non viene valutato per la patologia di base, raramente viene effettuato lo screening di valutazione del rischio nutrizionale, come previsto dalle linee guida ministeriali del 2011. Il peso non viene rilevato o spesso è un peso riferito dal paziente stesso, anche per la mancanza di lettini o strumentazioni diagnostiche adeguate alle dimensioni, compresi i semplici ausili medici.

Rispetto ai trattamenti ospedalieri coperti dal Ssn a oggi solo la chirurgia bariatrica rientra tra quelli rimborsati dallo Stato, ma non è presente nel PNE (Programma Nazionale Esiti) il registro gestito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali dove vengono inserite le informazioni relative agli interventi di ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici

e privati. Attualmente nel registro del PNE sono riportati gli esiti degli interventi per patologie riguardanti la chirurgia generale o la chirurgia oncologica, aggiungere anche quelli della chirurgia bariatrica consentirebbe ai pazienti di avere una fotografia istantanea non solo delle strutture e del numero di interventi, ma soprattutto delle complicanze maggiori che sono senza dubbio un problema sottostimato, e anche sulle riammissioni in ospedale dei pazienti operati e sui reinterventi a 30 giorni dalla procedura primaria.

Per affrontare e gestire una patologia complessa come l'obesità è necessario organizzare team multidisciplinari e multiprofessionali che si occupino di essa dalla sensibilizzazione fino al trattamento. È necessaria poi la stesura e l'adozione, nonché il periodico perfezionamento, di Linee guida diagnostiche terapeutiche con la creazione di percorsi dedicati alla malattia e l'individuazione di Centri accreditati alla gestione che possano aiutare il paziente a scegliere e orientarsi.

Solo affrontando la patologia a più livelli, garantendo l'accesso alle cure, ma anche cambiando la prospettiva e usando i giusti termini possiamo abbattere le barriere dei sensi di colpa e dei pregiudizi socioculturali. Molto spesso il paziente viene considerato il solo colpevole della sua patologia sia dalla società, ma anche dagli operatori sanitari. È necessario, quindi che le Istituzioni, l'opinione pubblica e gli stessi operatori sanitari adeguino il linguaggio e le immagini utilizzati sull'obesità descrivendola in modo corretto e accurato e trattandola una volta per tutte per quello che è: una malattia e non un problema estetico.

OBESITÀ, I DATI NAZIONALI (2021)

In Italia più di 25 milioni di persone sono obese o in sovrappeso: il 46% degli adulti (oltre 23 milioni) e il 26,3% dei bambini e adolescenti tra i 3 e i 17 anni (2,2 milioni).

Una larga quota di italiani non riconosce di avere un problema di peso: l'11,1% degli adulti con obesità e il 54,6% degli adulti in sovrappeso ritiene di essere normo peso e ben il 40,3% dei genitori di bambini in sovrappeso o obesi considera i propri figli sotto-normo peso.

Esistono differenze di genere: fra gli adulti l'11,1% delle donne è obeso contro il 12,9% degli uomini; tra i bambini e gli adolescenti il 23,2% delle femmine in eccesso di peso contro il 29,2% dei maschi.

Ci sono anche differenze territoriali a svantaggio del Sud e Isole, dove rispettivamente il 31,9% e il 26,1% dei bambini e degli adolescenti è in eccesso di peso rispetto al 18,9% al Nord-Ovest, al 22,1% al Nord-Est e al 22% al Centro.

Le disuguaglianze territoriali si confermano anche tra gli adulti, con un tasso di obesità che varia dal 14% al Sud e 13,6% nelle Isole, al 12,2% del Nord Est, al 10,5% del Nord-Ovest e Centro.



Un giusto equilibrio

tra pubblico e privato nel sistema sanitario per la tutela del paziente



MARIO DEL VECCHIO

*Osservatorio consumi privati
in sanità – SDA Bocconi*

Se la spesa e i consumi sanitari sono destinati ad aumentare e lo Stato non è in grado di sostenerne la crescita, sarà il consumatore a farlo.

Se si guarda al sistema sanitario in una prospettiva complessiva di medio periodo, superando visioni focalizzate sul solo SSN e sul solo presente, è evidente come il tema delle risorse destinate alla sanità non possa essere ridotto ai pochi miliardi di euro che ogni ministro della sanità tenta di strappare nella competizione che regolarmente si accende sulle risorse “disponibili in finanziaria”.

Il medio periodo impone di ragionare non in miliardi di euro, ma in termini di punti di PIL che la collettività intende o riesce a destinare al soddisfacimento dei bisogni di salute e la riflessione non può limitarsi alle sole risorse pubbliche. Da una parte, è sul PIL che si modulano domanda e attese di una collettività, dall'altra, in tutti i sistemi il loro soddisfacimento è sorretto da un complesso mix di risorse pubbliche e private, in cui il pubblico gioca ovunque un ruolo centrale impegnando all'incirca tra il 70 e l'80 per cento delle risorse complessive. L'Italia nel 2019 investiva nella tutela pubblica della salute il 6,4% del PIL (meno di noi solo Portogallo, Grecia e Irlanda), mentre due nostri riferimenti in Europa, Germania e Francia, investivano rispettivamente il 9,8% e il 9,3% del PIL. Anche se si considera la spesa totale

(pubblica e privata), in Italia pari a 8,7% del PIL nel 2019, solo Grecia e Irlanda facevano meno di noi (rispettivamente 7,8% e 6,7%) mentre il Portogallo ci superava di quasi un punto (9,5%), per non parlare di Germania (11,7) e Francia (11,1).

Tale posizionamento non può che riflettersi sui livelli di copertura dei bisogni e sugli standard assistenziali effettivamente assicurati e diventa, in prospettiva, ancora più critico considerando le peculiari dinamiche demografiche che caratterizzano il nostro Paese. In questo contesto non è difficile immaginare che nel medio periodo il settore della sanità dovrà guadagnare, e in ogni caso guadagnerà, di importanza rispetto al PIL. Tra dinamiche demografiche, evoluzioni scientifiche e tecnologiche, spinte della società e delle sue preferenze, si può prudentemente ipotizzare tra un punto e un punto e mezzo di PIL.

Considerando realisticamente i meccanismi di formazione delle scelte collettive e la netta preferenza accordata ai trasferimenti monetari e agli sgravi fiscali, in un quadro di spesa pubblica tornato, dopo la pandemia, ai vincoli consueti, è difficile pensare che l'onere di un necessario aumento possa essere sopportato dal sistema pubblico.

È sufficiente ricordare come le previsioni del DEF proiettino nel 2025 la spesa sanitaria pubblica al 6% del PIL, quando nel 2010 eravamo al 7% circa e nel 2019 al

6,4%. Senza smettere di sottolineare la centralità del sistema pubblico e il suo ruolo insostituibile nel garantire anche equità e coesione sociale, così come la necessità che le risorse del SSN siano decisamente aumentate, lo scenario fin qui delineato suggerisce tre grandi temi all'agenda del Paese.

Il primo è un indispensabile riequilibrio nel campo pubblico tra le risorse messe a disposizione e le attese. Una certa tensione è inevitabile e positiva, spingendo sistema e aziende a migliorare i propri livelli di efficienza ed efficacia. Quando le attese dell'opinione pubblica, spesso alimentate da un sistema politico alla ricerca di facili consensi e sorrette da istituzioni che dovrebbero interpretarne i bisogni, sono drammaticamente lontane da ciò che il sistema è potenzialmente in grado di offrire, le emergenze si moltiplicano, le risposte, a quel punto obbligate, perdono di efficienza e minano la razionalità complessiva dell'azione, viene a mancare ogni spazio per il management e la sua funzione. Il razionamento, implicito e casuale, mina, inoltre, quell'equità che dovrebbe caratterizzare l'intervento pubblico. Un ridisegno realistico dei confini e un deflazionamento delle attese è una responsabilità che dovrebbe accumunare tutti i soggetti che hanno a cuore la tutela pubblica della salute: politica, istituzioni, management e professionisti

Il secondo è la presa d'atto che una parte dei bisogni di salute trova risposta in consumi alimentati da risorse private. Si tratta di circa un quarto della spesa totale che non è, nel suo complesso, prevalentemente ascrivibile al malfunzionamento del sistema pubblico: in parte sono consumi esclusi per disegno dalla copertura pubblica (es. odontoiatria, farmaci non in fascia A), in parte sono consumi in cui esiste una offerta pubblica, ma per i quali esiste una disponibilità a pagare per alcuni attributi assenti dalle prestazioni pubbliche (es. scelta del professionista o della sede di erogazione). In un contesto nel quale, anche per motivi strutturali (es. cronicità) i percorsi del paziente sono sempre più ibridi (consumi alimentati da un mix di risorse: pubbliche, private out of pocket, private intermediate), il sistema dovrebbe favorire le sinergie. Il sistema pubblico, in particolare, non dovrebbe ignorare ciò che avviene al di là dei propri confini e utilizzare meglio per la realizzazione dei propri obiettivi ciò che soggetti fanno privatamente per tutelare la propria salute

L'ultimo tema è il più delicato. Se la spesa e i consumi sanitari sono destinati ad aumentare (ed è bene che aumentino), mentre il taxpayer non vuole o non è in grado (perché ha altre priorità) di sostenerne la crescita, sarà il consumatore a farlo. Una scelta responsabile sarebbe di accompagnare e governare tale crescita dell'apporto privato attraverso politiche che riducano le inevitabili ini-



quità collegate ai meccanismi di mercato e tutelino il consumatore su un terreno in cui è oggettivamente debole ed esposto alle priorità dell'offerta.

La sola alternativa possibile alla agenda qui proposta è quella di continuare a ignorare le dinamiche reali, prendere ex post atto di quanto sarà avvenuto e constatare come l'intensità del razionamento implicito imposto al funzionamento del SSN, l'arroccamento del sistema pubblico nei propri confini e le dinamiche spontanee tipiche di una economia di mercato avranno prodotto un sistema sanitario che cura meno di quanto avrebbe potuto le persone, aumentando a dismisura le iniquità.

LA SPESA SANITARIA IN ITALIA

La spesa sanitaria pro capite in Italia è pari a 2.473 €, stando al report 2020 dell'OCSE (ultimo disponibile) intitolato Health at Glance, Europe 2020.

Si tratta di un importo drasticamente inferiore rispetto ad altri Paesi quali Francia o Germania, che esprimono spese pro capite rispettivamente di 3644 e 4504 euro.

Si segnala che in base ai valori consuntivi riportati nella Rapporto della Corte dei Conti sulla finanza pubblica per il 2021, la spesa sanitaria (che include anche la componente privata) ha raggiunto i 127,834 miliardi di euro, con un incremento di quasi 5,1 miliardi rispetto al 2020 (122,721

La spesa sanitaria privata (per il novanta per cento a carico delle famiglie) è stata, nel corso dell'ultimo anno, pari a 36 miliardi e 518 milioni di euro,

La quota di PIL occupata dalla spesa pubblica sanitaria, tra soldi pubblici e privati, è del 8,7%. La finanza pubblica, quindi lo Stato, dà un contributo del 6,4%, mentre il 2,2% arriva dalla spesa privata.

Giornata Mondiale della Salute Orale: la prevenzione prima di tutto



GIULIA SCHIANTARELLI
Presidente ANDI Pavia

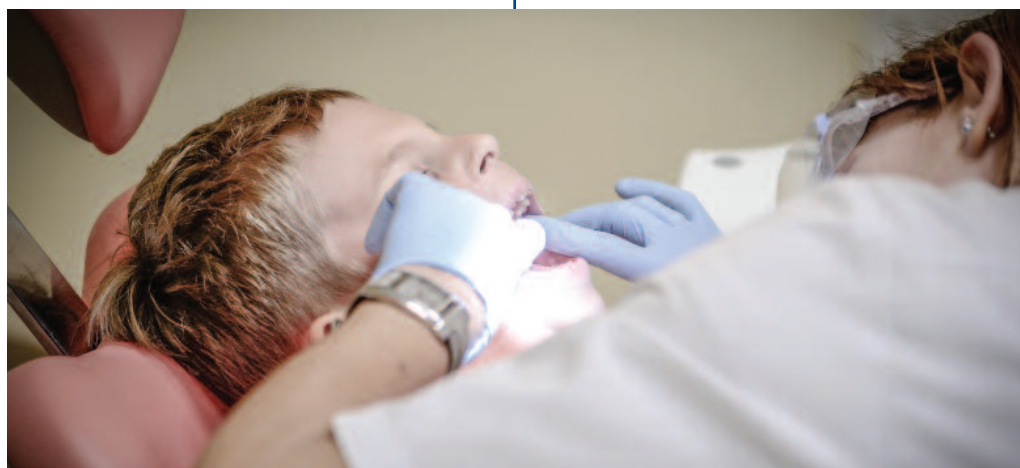
Si è celebrata lo scorso 20 marzo la Giornata Mondiale della Salute Orale, un evento internazionale che ha coinvolto numerose associazioni odontoiatriche e aziende di settore unite nella promozione di iniziative volte alla prevenzione delle patologie orali. Questa Giornata, che sollecita le persone a prendersi cura della propria salute orale, è in linea con gli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il prossimo decennio, che mirano al miglioramento della salute orale, considerata «parte integrante della salute generale dell'individuo».

La metà della popolazione mondiale, infatti, soffre di malattie che possono influire su numerosi aspetti della quotidianità e che, soprattutto, sarebbero facilmente prevenibili con una semplice prevenzione. E solo in Italia, come rivela una recente indagine condotta su un campione di adolescenti, circa il 70% di ragazzi presenta carie o lesioni dello smalto, dato che sale di 3 punti percentuali nel Sud del Paese. Si tratta di patologie che non vanno sottovalutate, e che si combattono in primo luogo tramite la prevenzione precoce.

Se la prevenzione comincia da bambini, è importantissimo comunque non trascurare i genitori: come emerso da un'indagine post-pandemia, infatti, ancora oggi il 20% degli

italiani non lava i denti nemmeno due volte al giorno, un'abitudine che i genitori spesso viene trasmessa ai figli. Progetti come "Sorrisi Prevedenti" – portati avanti da ANDI e da Fondazione ANDI onlus – sono fondamentali per migliorare la consapevolezza e la conoscenza delle buone pratiche di salute orale, partendo proprio dai bambini: portare i dentisti in classe, in un ambiente in cui i piccoli sono più disposti ad ascoltare e imparare, è cruciale per impostare un buon programma di prevenzione sul lungo periodo. Significa migliorare la consapevolezza e la conoscenza delle buone pratiche di salute orale, portandole fuori dal contesto strettamente familiare e rendendole accessibili, conosciute e condivise a tutti.

In questo senso, la Giornata Mondiale della Salute Orale offre un'importante occasione per cercare di cambiare questa situazione. Mobilitandosi e riunendosi su scala globale, infatti, si possono diffondere con più forza messaggi sull'importanza di una buona salute orale, facendo sì che lo sforzo collettivo e dei singoli possa condurre veramente a vite più felici e più sane. Sol tanto promuovendo un approccio a 360° verso la salute della bocca, attraverso l'impostazione di abitudini corrette fin da piccolissimi, l'igiene orale può diventare la "madre" di tutte le prevenzioni.



NOTIZIARIO ODONTOSTOMATOLOGICO

La Direzione Sanitaria nelle strutture odontoiatriche: aspetti disciplinari

La Legge 23 dicembre 2021 n. 238 recante “Disposizioni per l’adempimento degli obblighi derivanti dall’appartenenza dell’Italia all’Unione europea – Legge europea 2019-2020” ha nuovamente modificato l’aspetto relativo alla iscrizione all’albo professionale del direttore sanitario rispetto alla ubicazione della struttura sanitaria privata ove egli svolga la sua funzione.

La legge 238/2021, che reca disposizioni in materia di libera circolazione dei lavoratori, è di fatto intervenuta sul decreto legislativo n. 206 del 2007, recante attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali con riferimenti anche alla libera prestazione di servizi e prestazioni occasionali e temporanee. L’art. 30 della succitata L. 238/2021 modifica l’art. 1, comma 536, della legge 30 dicembre 2018 n. 145.

In altre parole è consentito al direttore sanitario di struttura sanitaria privata di essere iscritto anche ad un Ordine territoriale diverso da quello competente per il luogo in cui la struttura abbia la sede operativa.

In ogni caso il direttore sanitario deve comunicare il proprio incarico all’Ordine provinciale competente per la sede della struttura; a quest’ultimo Ordine compete l’eventuale esercizio del potere disciplinare nei confronti del direttore, limitatamente alle funzioni connesse all’incarico in oggetto.

Risulta pertanto evidente che tale legge ha di fatto introdotto una novità rispetto all’esercizio del potere disciplinare ordinistico che nel caso di specie non sarebbe più rivolto ad un proprio iscritto, come previsto dalla Legge istitutiva e sue successive modifiche, ma all’iscritto di un altro Ordine.

E’ evidente che la norma prevede una limitazione del potere disciplinare alle funzioni connesse all’incarico in oggetto ma indubbiamente ha apportato una novità significativa rispetto alle procedure disciplinari sino ad oggi espletate.



DOMENICO CAMASSA
Presidente CAO Pavia

La fattispecie è pertanto differente da quella dell’art. 64 del Codice di deontologia medica che prevede che “i Presidenti delle rispettive Commissioni di Albo, nell’ambito delle loro funzioni di vigilanza deontologica, possono convocare i colleghi iscritti in altra sede ma esercenti la professione nella provincia di loro competenza, informando l’Ordine di appartenenza al quale competono le eventuali valutazioni disciplinari”.

Con la legge 238/2021 è stata pertanto introdotta una potestà disciplinare e non una semplice vigilanza a scopo informativo, nei confronti dell’iscritto ad altro Ordine, fattispecie che probabilmente per le possibili conseguenze sull’esercizio professionale, necessiterebbe di ulteriori approfondimenti.

La responsabilità del medico ospedaliero



ALESSANDRA TESTUZZA
Avvocato

La Cassazione Civile, con la pronuncia dell'11 novembre 2019 n. 28987 ha affermato un importante principio di diritto favorevole ai medici ospedalieri: "Il risarcimento del danno causato ad un paziente in una struttura ospedaliera, anche se determinato dalla esclusiva responsabilità del medico operatore, deve essere paritariamente ripartito al 50% tra il medico e la struttura, salvo che quest'ultima non dimostri che il danno al paziente sia derivato da una condotta del sanitario improntata ad una inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile ed oggettivamente improbabile devianza dal programma condiviso di tutela della salute". Principio che di recente è stato confermato anche da un'altra pronuncia della Cassazione (n. 8116/2022).

Ricordiamo che in ipotesi di danni conseguenti ad un errore medico – sia per condotta omissiva che commissiva – il danneggiato ha la possibilità di far valere le proprie doglianze tanto verso il sanitario, materialmente responsabile dell'intervento, che verso la struttura

Dopo la legge Gelli-Bianco ciò è ancora più chiaro atteso il disposto dell'art. 7 che recita:

"1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

Il soggetto che si ritiene danneggiato potrà agire, quindi, a titolo di responsabilità contrattuale nei confronti dell'azienda sanitaria o della ASL competente e a titolo di responsabilità extracontrattuale nei confronti del singolo operatore.

Le due azioni sono connotate da differenze procedurali di non poco conto.

Nel primo caso (azione contro la struttura) la disciplina di riferimento sarà quella di cui agli artt. 1218 e 1228 c.c. che includono in sé l'istituto tecnicamente indicato come inversione dell'onere della prova, ovvero, è la struttura a dover dimostrare l'assenza di propria colpa nella causa del lamentato danno. Nel secondo, invece, sarà a carico del (l'asserito) danneggiato la dimostrazione. Il termine prescrizione, infatti, per la struttura è decennale, nel caso del sanitario, quinquennale.

Nella sentenza in argomento la Corte sottolinea che la responsabilità della struttura ospedaliera per fatti commessi dai medici di cui si avvale è appunto regolata dall'art. 1228 del codice civile, che recita "il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro".

L'imputazione degli illeciti commessi dai suoi ausiliari trova la sua ratio nella libertà della struttura ospedaliera di decidere come provvedere all'adempimento degli obblighi di cura assunti in favore dei pazienti, secondo la struttura di responsabilità da rischio di impresa (*cuius commoda eius et incommoda*).

Insomma, afferma la Corte, "se la struttura si avvale della collaborazione dei sanitari persone fisiche (utilità), si trova del pari a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati", trovando detta responsabilità la sua radice nel rischio connaturato alla utilizzazione di terzi nell'adempimento dell'obbligazione.

Il principio generale è dettato dagli articoli 1298 e 2055 del Codice civile, per cui l'onere risarcitorio, spiega il Supremo Collegio, si ripartisce tra il medico e la struttura in misura paritaria.

La Corte specifica che l'unico modo per la struttura di esimersi del tutto o in parte dall'onere risarcitorio nella misura del 50% consiste nel dimostrare, non già soltanto la responsabilità esclusiva del medico, ma che il danno al paziente sia derivato da una condotta del medico improntata ad una "inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile ed oggettivamente improbabile devianza dal quel programma condiviso di tutela della salute", ovvero ad una condotta del sanitario "del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità... straordinaria, soggettivamente imprevedibile ed oggettivamente improbabile".

Come ribadito dalla sentenza della Cassazione n. 8116/2022: "la responsabilità della struttura che si avvalga di terzi per adempiere alla propria obbligazione di prestazione del servizio, è autonoma da quella del medico di cui la prima si sia avvalsa, pur rispondendo entrambi solidalmente"

L'eventuale transazione tra medico e danneggiato non impedisce l'esercizio dell'azione per l'accertamento della re-

sponsabilità della struttura ospedaliera - che non ha natura di responsabilità per fatto altrui bensì per fatto proprio (Cass., 11/11/2019, n. 28987, Cass., 20/10/2021, n. 29001) e, pertanto, non viene meno in conseguenza della liberazione del medico dalla propria obbligazione risarcitoria.

Il principio affermato dalla pronuncia in commento è innovativo, poiché nei precedenti sia di legittimità (Cassazione Civile, 5 luglio 2017 n. 16488 e Cassazione Civile, 27 settembre 2019 n. 24167) che di merito (Tribunale di Milano, I, Gattari, 31 gennaio 2015, Tribunale di Milano, I, Micciché 20 settembre 2018, Tribunale di Milano, Flamini, 14 giugno 2018 n. 6743, Tribunale di Milano, I, Boroni, 18 giugno 2019 n. 5923) si è sempre affermato che alla struttura ospedaliera bastasse dimostrare la colpa esclusiva del medico per andare totalmente esente da responsabilità.

Invero, con la sentenza n. 28987/2019, la Cassazione ha sancito che la struttura ospedaliera, per superare la presunzione di responsabilità concorrente con il medico, dovrà impegnarsi in un onere probatorio maggiore e stringente.

Il principio dettato dalla Suprema Corte non potrà non avere un qualche impatto sulle strutture sanitarie, sui medici ospedalieri e sulle relative coperture assicurative di entrambi.



Anziani e non autosufficienza



GIOVANNI BELLONI

In Italia oggi abbiamo 3,8 milioni di anziani non autosufficienti ed è presente una crescita del numero degli anziani ed in particolare del numero dei grandi anziani, gli over 80. Inoltre i profili che i grandi anziani hanno sono sempre più problematici e differenti come per esempio la disabilità di tipo fisico e disabilità di tipo cognitivo, per cui una persona allettata e una con Alzheimer hanno bisogni molto differenti tra di loro. Un altro problema è l'indebolimento delle famiglie. Ad ogni lustro diminuisce il numero dei figli per anziano, mentre il welfare italiano è ancora disegnato sul fatto che ci siano dei figli attorno all'anziano. Tutto questo implica dare risposte a dei bisogni non riconosciuti da collegarsi con la eterogeneità dei bisogni.

Il primo problema è la frammentazione delle risposte, fatto di prestazioni e interventi non coordinati; infatti, ti devi rivolgere ad una molteplicità di punti diversi. Una seconda criticità è che molti servizi offerti agli anziani non autosufficienti in realtà non sono pensati per la non autosufficienza. L'esempio più lampante è quello dell'assistenza domiciliare integrata (adi) che in media dura tre mesi, utile per affrontare un periodo post-ospedaliero, ma non per accompagnare anni ed anni di non autosufficienze spesso i servizi sono disegnati per le non autosufficienze funzionali e non per le demenze. I familiari per queste criticità che si protraggono per anni sono costretti a rivolgersi alle badanti o a dei ricoveri in RSA (in Provincia di Pavia sono presenti 84 RSA che mettono a disposizione circa sei mila posti letto) e questo implica che si vanno ad erodere i risparmi delle famiglie. Non possiamo disconoscere che in Italia non è mai stata fatta una riforma dell'assistenza alla non autosufficienza.

Dapprima è nato l'accompagnamento, poi l'Adi e poi le RSA e da qui si evince che la non autosufficienza è un settore del welfare senza coor-

dinamento. La non autosufficienza è uno dei nuovi rischi sociali, emersi solo negli ultimi decenni, ma è indispensabile modificare lo stato sociale.

Sino ad ora abbiamo espresso le criticità della problematica non autosufficienza, ora vediamo cosa è previsto per sostenere un sistema integrato di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria multiprofessionale e integrata, con una strutturazione permanente in cui i servizi del pubblico, sanitario e sociale, svolgano un lavoro secondo una modalità complementare in base all'evoluzione dei bisogni delle persone anziane. Il PNRR prevede un investimento di 2,7 miliardi sull'Adi, ma le criticità espresse in precedenza richiedono un'introduzione della nuova assistenza domiciliare integrata sociosanitaria che somma le attuali Adi e Sad con risposte di durata adeguata ai bisogni degli anziani. Un discorso a parte meritano le RSA e le badanti. Non è vero che non ci vogliono RSA, ma ci vogliono buone RSA che sappiano rispondere alle problematiche dei ricoverati che nell'ultimo decennio sono diventati sempre più anziani e con multipatologie organiche e funzionali. Altro nodo, le badanti, rispetto a cui serve immaginare sia percorsi di qualificazione sia di sostegno ai costi.

Attualmente è presente un piano nazionale non autosufficienza (PNNA) che è stato recepito dalla Regione Lombardia ed è rivolto agli anziani e ai disabili. In teoria la presa in carico dei fragili deve passare presso ogni casa di comunità (gestite da ASST) dove dovrebbe esistere il PUA (punto unico di accesso) dove sarà effettuata una valutazione multidimensionale (medico, infermiere, assistente sociale). È indispensabile definire le modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane mediante definizione di percorsi formativi. Da tutto quello descritto si evince la complessità della problematica non autosufficienza e soprattutto quanto lavoro debba essere ancora fatto da parte di varie componenti assistenziali. Non ci resta che incrociare le dita.

Le case di riposo in Lombardia

È sempre doloroso portare un proprio familiare anziano in una casa di riposo, ma quando non è proprio più possibile gestirlo a casa diventa purtroppo una scelta obbligata. In questi casi non vorremmo trovarci di fronte a liste di attesa troppo lunghe, essere certi di portarli in un posto dove siano ben assistiti e pagare una retta che non ci tolga il sonno la notte.

Vediamo come funziona in Lombardia che, con quasi 1,2 milioni di over 75, è la Regione con più anziani d'Italia. E che, grazie alla crescita dell'aspettativa di vita, diventeranno 1,3 milioni già nel 2030.

In Lombardia le case di riposo sono di due tipi: quelle «a contratto», dove la Regione paga quasi metà della retta, e quelle solo «accreditate», dove paga tutto l'ospite. I requisiti sono praticamente gli stessi: 901 minuti minimo di assistenza settimanale per ospite, presenza delle medesime figure professionali (infermieri, medici, fisioterapisti e personale educativo). Sono identiche le regole in materia di tenuta della documentazione sociosanitaria, tra cui la stesura del piano assistenziale individuale (Pai) e la sua rivalutazione periodica.

La Regione dà la possibilità di andare in determinate Rsa



a spese della stessa regione, ma siccome il budget è limitato così anche i posti, la regione mette a disposizione altri letti che però l'anziano dovrà pagare completamente.

Sono 58.355 i posti letto nelle case di riposo dove la regione si fa carico dei 50 euro al giorno della quota sanitaria (cifra variabile in base alla gravità dell'ospite). Le famiglie pagano in aggiunta la quota alberghiera che va dai 67 ai 77 euro in media al giorno a seconda della città.

Il fabbisogno stimato è di 7 posti ogni 100 over 75, oggi ce ne sono 5,3. Di conseguenza le famiglie spesso devono attendere a lungo il posto. Chi può permetterselo si rivolge alle strutture dove la quota da pagare è completamente a carico dell'ospite: in media 90 euro al giorno, con una spesa mensile di almeno 3.000 euro. Qui di solito non c'è nessuna attesa e i posti a disposizione oggi sono 4.078, quasi raddoppiati rispetto al 2015. Un problema della regione Lombardia è dato dal fatto che la regione non tiene monitorate le richieste di posti nelle case di riposo. Vuol dire che non sa quante persone davvero ci sono in lista di attesa e qual'è, dunque, l'ipotetico fabbisogno di letti.

In un documento ufficiale all'interno di una contesa giudiziaria la regione ha indicato in 103.860 utenti nel 2019 in attesa di un posto con la conseguenza che le liste di attesa sono destinate a rimanere. La Regione Lombardia affronta una spesa pubblica di circa 960 milioni di euro all'anno.

Troppo pochi per assicurare una degenza a tutti. Già nel 2012 in un documento veniva ammesso che uno dei limiti principali fosse rappresentato dal criterio della spesa storica e dalla mancanza di considerazione di altri fattori di valutazione come la qualità delle prestazioni e i fabbisogni effettivi del territorio. La riforma regionale del 2015 andava in questa direzione, ma è stata bloccata.

E augurabile che la nuova amministrazione regionale possa intervenire a migliorare un servizio, sia per le strutture sia per i ricoveri, di cui la popolazione lombarda ha forte necessità

Le novità per l'Ecm

Con la pubblicazione della legge n. 14 sulla Gazzetta Ufficiale del 24 febbraio il cosiddetto Decreto Milleproroghe è diventato operativo. Il testo contiene una serie di aggiornamenti relativi all'obbligo formativo ECM dei sanitari.

Il testo approvato stabilisce che "il termine per l'assolvimento dell'obbligo formativo, ai sensi dell'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per il triennio 2020-2022 è prorogato al 31 dicembre 2023. Il triennio formativo 2023-2025 ed il relativo obbligo formativo hanno ordinaria decorrenza dal 1° gennaio 2023".

Le novità del triennio 2023-2025

- Dal 1° Gennaio 2023 è ufficialmente iniziato il nuovo triennio di obbligo formativo (2023-2025) nel quale:
- La prospettiva di controlli e sanzioni per chi non fosse in regola viene di fatto sostituita da un anno di proroga per l'acquisizione dei crediti ECM, con scadenza al 31 dicembre 2023;
- I professionisti che hanno un quadro formativo in regola (consultabile nel sito Co.Ge.A.P.S) possono proseguire nella loro formazione per il triennio 2023-2025;
- I professionisti che si fossero iscritti a corsi FAD, master e/o avessero acquistato Ebook con accreditamento ECM previsti per il 2023 possono procedere nella formazione;
- La CARTA ECM è ufficialmente utilizzabile per il triennio 2023-2025 ed è valida per tutto il 2023 e fino al 31 dicembre 2024;

Erano passate a fine 2022 alcune settimane da quando la notizia sul Decreto Milleproroghe riguardante l'obbligo formativo

(e dunque l'acquisizione dei crediti ECM per il nuovo triennio 2023-2025) aveva creato allarme tra le migliaia di professionisti sanitari in tutta Italia. Medici, psicologi e psicoterapeuti, farmacisti, infermieri ed in sostanza tutti i professionisti sanitari si sono trovati in una condizione di confusione. I professionisti si sono improvvisamente ritrovati a dover fare i conti con una nuova realtà. Se da una parte già ci si preparava ad affrontare un nuovo triennio di acquisizione crediti, dall'altra era fondamentale comprendere come potersi mettere in regola laddove, visti i mesi precedenti, si palesava la possibilità di una sanzione da parte di un eventuale organo di controllo.

Secondo la prima bozza pubblicata in Gazzetta Ufficiale del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, il triennio (2020-2022) si trasforma in un "quadriennio", permettendo a tutti quei professionisti che non avessero acquisito i crediti ECM secondo le tempistiche una proroga di un anno, slittando di fatto la scadenza dal 31 dicembre 2022 al 31 dicembre 2023.

E tutti gli altri? In che modo i professionisti che hanno acquisito il numero necessario di crediti (e, in alcuni casi, ne hanno accumulato anche in misura maggiore) avrebbero potuto continuare la loro formazione? Quale sarebbero state inoltre le conseguenze per il lavoro di continuo aggiornamento da parte di enti e aziende che si impegnano per poter offrire sempre di più una formazione di qualità?

Il malcontento si è palesato tra i vari forum, i blog e i gruppi social, sperando che, grazie alla riflessione e al confronto condiviso, fosse possibile trovare una soluzione, perlomeno con la speranza di poter fare fronte comune rispetto ad una situazione che è stata definita come paradossale. Chi ipotizzava la possibilità di un anno sabbatico per chi fosse in regola, chi faceva già i conti con un obbligo formativo con maggiori crediti, e così via. Non sono tuttavia mancate le rassicurazioni da parte dei degli Ordini professionali al fine di garantire quanto più possibile la chiarezza e la trasparenza delle informazioni.

È stato dunque necessario invitare tutti alla calma e alla cautela, poiché le informazioni ufficiali lasciavano fin troppo spazio agli arrovellamenti e alle ipotesi, nonché a sentimenti di frustrazione e amarezza.

È stato anche il momento per riflettere su alcuni aspetti della formazione continua, e sullo stato dell'arte dell'ECM in Italia. I professionisti sanitari e gli Ordini professionali hanno infatti potuto cogliere questo momento critico per fermarsi e analizzare il panorama che si è creato dopo anni dall'introduzione dell'obbligo formativo. Al di là della regolazione da parte del codice deontologico, infatti, la formazione continua è a tutti gli effetti la prova tangibile della qualità, dell'attenzione per la cura e la tutela di tutte quelle migliaia di persone che ogni giorno si rivolgono ai professionisti sanitari. Se in primo luogo la situazione poteva sembrare come caotica e incerta, il panorama sanitario ha saputo rispondere con modalità per così dire resilienti, ricalcolando il percorso allo scopo di ridefinire i criteri, non solo quantitativi, ma qualitativi della formazione continua, dimostrando come il tessuto fosse ancora compatto nonostante gli smottamenti istituzionali e i colpi di scena, i quali non sono, tuttavia, mancati.

Con la risoluzione sull'ECM dell'8 febbraio 2023 ed il relativo chiarimento del Governo si riconferma il triennio (2020-2022) con un anno di proroga (con scadenza al 31 dicembre 2023) nel quale i professionisti potranno ancora recuperare i crediti ECM mancanti e mettersi in regola con l'obbligo formativo.

Per tutti gli altri professionisti che hanno già acquisito il

numero necessario di crediti ECM invece è ufficialmente iniziato il nuovo triennio (2023-2025) con decorrenza regolare dal 1° gennaio 2023. La legge sancisce una ulteriore novità prevedendo, infatti, una proroga per il recupero dei crediti formativi obbligatori anche per i trienni precedenti (2014-2016 e 2017-2019). L'acquisizione e la certificazione verranno assolte attraverso i cosiddetti crediti compensativi, a seguito di un provvedimento della Commissione Nazionale della Formazione Continua.

È possibile acquisire crediti ECM tramite:

- la partecipazione ad eventi residenziali
- la partecipazione ad eventi FAD
- lo svolgimento di altre attività formative come ad esempio: autoformazione, tutoraggio, pubblicazioni scientifiche, partecipazione a corsi di formazione accreditati all'estero e sperimentazioni cliniche. Queste attività rientrano nella formazione individuale che dà diritto al riconoscimento di "crediti individuali" come previsto dal "Manuale sulla Formazione Continua del Professionista Sanitario".

Ricordiamo che i professionisti impegnati durante l'emergenza COVID-19 hanno già beneficiato di un "bonus" ECM che riduce di 1/3 l'obbligo formativo del triennio 2020-2022. Da tener presente che l'obbligo formativo non è sempre di 150 crediti ma varia a seconda della posizione formativa del singolo professionista al netto di eventuali esoneri, esenzioni (es. malattia, maternità, etc.) ed altre riduzioni.

Infine il Co.Ge.A.P.S. riconosce in modo automatico l'esenzione ai professionisti over 70 al compimento di tale età qualora gli stessi svolgano l'attività in modo saltuario ed abbiano un reddito professionale inferiore a 5.000 euro annuali. In caso di svolgimento di attività professionale non saltuaria e di reddito superiore a 5.000 euro, devono comunicare la loro condizione tramite il portale Co.Ge.A.P.S. essendo in tal caso soggetti all'obbligo ECM. Tale comunicazione equivale alla rinuncia all'esenzione.



L'ordine di Pavia informa

Pubblichiamo l'elenco delle nuove iscrizioni, delle cancellazioni e delle iscrizioni deliberate nelle sedute di Consiglio. Pubblichiamo altresì le iscrizioni nell'elenco psicoterapeuti.

ISCRIZIONI ALBO MEDICI EX NOVO

Akin Deniz, Cosseta Reposi Paolo, Intignano Eleonora Giulia Ottavia, Nguetie Ngango Elodie, Pioltino Matteo, Resuli Semela, Tarallo Letizia, Douvli Maria, Lacquagni Riccardo, Mennini Carlo, Papa Alessandro Stefano, Pistoni Valentina, Riccardi Tommaso, Tuccillo Luca, Valenza Filippo Andrea, Vergaro Riccardo, Cosio Camilla, Navidfar Nazi.

ISCRIZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

De Matteis Gianluca, Gregorio Virginia, Linsalata Stefano, Minnei Francesca, Vella Ilaria Maria, Fea Paola, Gimigliano Tommaso, Naspro Richard Lawrence John, Antoninetti Michela, Maiorano Eugenia.

ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI EX NOVO

Jafarimehrabady Niloofar, Rizzi Cinzia, Jatagani Spiro, Nasr Eman, Noe' Raffaele Maria.

ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Gimigliano Tommaso, Miccoli Alice.

CANCELLAZIONI ALBO MEDICI

Calderini Achille, Careri Silvio, Costa Giuseppina, Marchi Antonietta, Richelmi Plinio, Ricotti Maria Paola, Sampaolo Patrizia, Cremaschi Paolo, Pierandrei Gabriela, Poggio Francesco, Riccardi Alberto, Sanguini Maria Oliva, Zampogna Silvestro, Bianchi Giovanni, Caserta Giorgio, Facciolla Eufemia, Giuseppetti Fabrizio, Maggi Mario Enrico, Mercuri Cesare, Nicrosini Francesco, Pajno Daniela, Scevola Giuseppe, Vassallo Luigi, Zaverio Silvia.

CANCELLAZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

Fiore Antonio, Gratarola Angelo, Vinci Luca, Olmetti Francesca, Tavassoli Morteza, Allendes Zanon Leonardo, Aulisa Paolo, Barak Sosonov Oren Aharon, Bozzoni Francesco, Calvino Isabel Giacoma, Catania Veronica, Diana Maria Concetta, Greco Antonio, Manghi Ilaria, Marinelli Laura, Marinoni Vacacela Chiara Stefania, Osso Antonio, Plebani Kevin, Rampino Mariangela, Rosso Nicoletta, Santamaria Valentina, Tai Tzu Yu, Van Der Ham Teunke Sanne Maria, Zecchini Andreana.

CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI

Aramini Gianluigi, Careri Silvio, Rubbini Abele, Catino Giovanni, Cordara Uberto, Dalleria Antonio Angelo, Danieli Claudio, Gorreri Fabrizio Abramo, Libe' Elisabetta, Rondini Carlo Felice, Nicrosini Francesco.

CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Trovati Federico.

DECESSI – Il Presidente ed il Consiglio dell'Ordine esprimono il loro cordoglio per la scomparsa dei colleghi

Careri Silvio, Marchi Antonietta, Ricotti Maria Paola, Pierandrei Gabriela, Poggio Francesco, Riccardi Alberto, Sanguini Maria Oliva, Zampogna Silvestro, Giuseppetti Fabrizio, Mercuri Cesare, Pajno Daniela, Scevola Giuseppe, Vassallo Luigi.

L'ORDINE DI PAVIA

INFORMA

Elenco medici disponibili per sostituzioni

Pubblichiamo l'elenco aggiornato (consultabile anche presso gli Uffici dell'Ordine) dei medici disponibili per sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta, allo scopo di favorire l'incontro tra "domanda" e "offerta" di lavoro.

Coloro che fossero interessati ad essere inseriti nell'elenco possono comunicare per iscritto alla Segreteria dell'Ordine i loro dati secondo un modulo prestampato disponibile sia presso gli Uffici dell'Ordine che nel sito internet dell'Ordine stesso. Il modulo prevede, tra l'altro, **il rinnovo per iscritto ogni sei mesi dalla richiesta, pena il decadimento della stessa** e la possibilità di inserimento nel sito internet dell'Ordine in

un'area accessibile agli iscritti a Pavia tramite username e password. L'elenco presente nel sito è aggiornato periodicamente, come quello disponibile presso gli Uffici dell'Ordine. La decisione del rinnovo ogni sei mesi è stata presa dal Consiglio dell'Ordine in seguito alle numerose segnalazioni di medici relativamente alla difficoltà di reperire un sostituto tra coloro che hanno comunicato la loro disponibilità all'Ordine. Comunque, anche una volta decaduta la domanda, anche se non rinnovata, sarà sempre possibile iscriversi all'elenco nel momento in cui vi fosse ancora la disponibilità alle sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta.

COGNOME E NOME	ORDINE	QUALIFICA	ZONE	TELEFONO	SCADENZA
BALDI Gabriele	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina	3355462689	24/08/2023
CHIESA Stefania	PAVIA	MMG - RSA	Vigevano e Lomellina Pavia e Pavese	3498882727	29/03/2023
DEBELLIS Maria	PAVIA	MMG - RSA	Voghera e Oltrepò	3472433006	02/03/2023
MAFFONI Silvia Irene	PAVIA	MMG	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò	340/2731519	06/04/2023

NEL RICORDO E NELLA MEMORIA DI TUTTI, SEMPRE



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Pavia



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

20 FEBBRAIO 2023
**GIORNATA NAZIONALE DEI
“CAMICI BIANCHI”**

Un momento per onorare il lavoro, l'impegno,
la professionalità e il sacrificio del personale sanitario,
socioassistenziale e del volontariato nel
corso della pandemia da coronavirus dell'anno 2020.