



Bollettino

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI PROVINCIA DI PAVIA

N°1 - MARZO 2024

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.bollettinodordinedeimedicipavia.it

Aut. Trib. Pavia n. 168 del 16/10/1970

Impaginazione 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. Stefano Cartesegna

Rappresentanti Esami di Laurea:

Dott. Giovanni Belloni - Dott. Giuseppe Di Giulio -

Dott. Giuseppe Giuffrè - Dott. Alessandro Panigazzi

Conteggio iscritti al 1/03/2024

Medici Chirurghi: 5349

Odontoiatri: 690

Doppie iscrizioni: 345

Persone fisiche: 5694

Albo società: 5

SOMMARIO

- Pag. 3 **Claudio Lisi**
Responsabilità medica tra scudo penale e vera riforma
- 4 **Gabriele Conta**
Medici del territorio: sentinelle per il contrasto alla violenza di genere
- 6 **Giuseppe Belleri**
Gli Ospedali di comunità e il rischio di uno stravolgimento delle indicazioni di Pnrr e Dm 77
- 8 **Claudio Maria Maffei**
La visione "ospedalocentrica" ce l'hanno i cittadini e la responsabilità è di tutti
- 9 **Giovanni Belloni**
La disabilità: un grave problema sociale
- 10 **Salutequità**
Il Sistema di Garanzia dei Lea
- 12 **Claudio Testuzza**
La "categoria speciale" per i dirigenti medici?
- 14 **Lorenzo Cobianchi**
Un cambio di paradigma nella gestione del tumore del pancreas: le Pancreas Units diventano realtà in Lombardia
- 16 **Gabriele Conta**
L'Intervista doppia
- 18 **Giannantonio Spina**
Il reparto di Neurochirurgia del San Matteo
- 20 **Francesco Agustoni**
Immunoterapia: sempre più la nuova frontiera nel trattamento dei tumori solidi
- 22 **Domenico Della Porta**
Come gestire il ritorno al lavoro dopo il trattamento del cancro
- 23 **Chiara**
«Il mio tumore e il rientro al lavoro come parte della terapia»
- 24 **Redazione**
Il passaggio di competenze nello studio odontoiatrico, il Corso di ANDI Lombardia fa tappa a Pavia
- 25 **Domenico Camassa**
*L'editoriale del Presidente CAO
Le sfide dell'odontoiatria moderna*
- 26 **Royal Philips**
Intelligenza artificiale, collaborazione, sostenibilità: gli 8 trend Health Tech del 2024
- 28 **Redazione**
L'ultimo sogno dell'Università di Pavia: un museo sulla storia della medicina
- 29 **Paolo Mazzariello**
"Pavia nella storia della sterilizzazione"
- 30 **Alessandra Testuzza**
L'evoluzione non porta ad organismi perfetti
- 31 **L'ANGOLO DEL CUORE**
Paolo Geraci
Alla supercazzola tra Dolcetto, Peirbuieira e Carica l'asino
- 32 **L'ORDINE DI PAVIA INFORMA**

EDITORIALE

RESPONSABILITÀ MEDICA TRA SCUDO PENALE E VERA RIFORMA

introduzione di uno scudo penale e la depenalizzazione dell'atto medico sono richieste e proposte da tempo dalla Federazione degli Ordine dei Medici e dalle Organizzazioni sindacali

in considerazione anche del fatto che l'Italia insieme solo ad altri due Paesi, Polonia e Messico, vede l'errore commesso dal medico sanzionabile penalmente.

La responsabilità medica in particolare chirurgica sta determinando un costante aumento dei sinistri segnalati e la conseguente conflittualità con un incremento del contenzioso così elevato tale da essere considerato



CLAUDIO LISI

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

una vera e propria pandemia; si consideri che indagini statistiche riportano che circa 8 su 10 medici con 20 anni di attività hanno ricevuto una richiesta di risarcimento da un paziente. Fenomeno così rilevante che L'ANIA considera circa 23000 casi all'anno di contenzioso di cui la metà va nelle aule di tribunale. Le conseguenze negative che si verificano sono molteplici e vanno dall'incremento costante dei premi assicurativi ormai fuori controllo e/o l'abbandono di questo ramo assicurativo, alla spinta dei camici bianchi verso la cosiddetta "medicina difensiva", con eccesso di prescrizione di esami o prestazioni per timore di incorrere in contenziosi legali; senza tralasciare l'aspetto umano di medici per anni trascinati in un aula di tribunale, coinvolti in esperienze da risvolti emotivi negativi con cause che oltre a durare anni terminano nel 90 % dei casi in un nulla di fatto.

E questo influenza il rapporto medico paziente dove quest'ultimo richiede sempre di più il risultato dalle prestazioni mediche con performance sempre eccellenti. Per cercare di interrompere questo sistema perverso da anni in Italia si sta cercando di porre rimedio definendo giuridicamente la responsabilità legata all'esercizio dell'attività sanitaria.

Nel 2012 l'art 3 del decreto Balduzzi limitava tale forma di responsabilità ai soli casi in cui il medico con "colpa grave" avesse cagionato lesioni o morte del paziente, introducendo così la distinzione tra colpa grave e colpa lieve. Nel caso di colpa grave vi è responsabilità penale del medico, nel caso di colpa lieve non vi è responsabilità penale del medico se sono state osservate le linee guida o le buone pratiche clinico assistenziali. In entrambi i casi vi è il risarcimento del danno ai sensi dall'art 2043 c.c. Nel 2017 la Legge Gelli-Bianco abroga l'art 3 del decreto Balduzzi e introduce l'art 590 sexies c.p. il quale al secondo comma prevede la non punibilità del medico che per colpa abbia cagionato la morte o lesioni al paziente quando ha osservato le linee guida e in mancanza di queste le buone pratiche clinico assistenziali. Nel 2021 viene introdotta la norma dello scudo penale durante l'esame per la conversione nel decreto-legge 44 del 1° aprile 2021 per dare protezione più ampia per i medici e gli operatori della sanità per i fatti commessi durante l'emergenza epidemiologica da Coronavirus. La legge di conversione si spinge invece molto più in là, innovando la disciplina della responsabilità penale in caso di morte o lesioni personali che si siano verificate, in ambito sanitario, durante lo stato di emergenza epidemiologica.

Infine arriviamo alla recente approvazione del Milleprogge 2024 che aggiorna i provvedimenti relativi allo "scudo penale" facendo riferimento alle condizioni attuali di funzionamento del servizio sanitario. Permane la limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave prevista, per la durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e si applica alle lesioni colpose e omicidio colposo commessi fino al 31 dicembre 2024 nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario.

La tutela giudiziaria per i medici da un lato costituisce certamente un giusto contrappeso alle attuali condizioni lavorative ma rischia di trasformarsi in un intervento palliativo qualora non incida sulla soluzione dei problemi concreti né sulla comunicazione fra sanitari e pazienti. È necessario che l'azione si traduca in azioni concrete ed efficaci che sfocino in un provvedimento lungamente atteso, che porti l'Italia al passo degli altri paesi europei, depenalizzando l'atto medico, fermo restando il diritto dei cittadini a un giusto e rapido risarcimento. È ormai tempo di una vera riforma più ampia che porti una revisione della normativa sulla responsabilità medica e su tale riforma sta lavorando una commissione che terminerà i lavori in primavera, istituita ad hoc del ministero della Giustizia, presieduta da Adelchi D'Ippolito, con l'obiettivo di rafforzare lo strumento della conciliazione e al contempo limitare l'accesso al processo penale solo nei casi di dolo.

La depenalizzazione dei reati colposi commessi nell'esercizio della loro attività professionale consentirebbe ai pazienti il ristoro economico delle loro pretese dinanzi al giudice civile senza però condurre il sanitario dinanzi al giudice penale, dove rischierebbe una pena più grave e afflittiva.

— Medici del territorio: sentinelle — per il contrasto alla violenza di genere

Nel novembre 2022 su impulso della dottoressa Anemone della Prefettura di Pavia si è costituito un gruppo di lavoro per studiare le implicazioni legali e sociali che ha la violenza di genere sulla medicina del territorio. I medici del territorio da sempre rappresen-

tano un presidio per la tutela della salute psicofisica dei pazienti.

Nel corso del 2023 si sono svolte riunioni presso la

Prefettura di Pavia al fine di produrre un documento operativo: *le procedure per il contrasto alla violenza domestica*.

Per la componente medica hanno partecipato il dottor Stefano Cartesegna (Referente dell'Ordine dei Medici di Pavia), la dottoressa Laura Rolandi (Consigliera dell'Ordine), le dottoresse Alessia Magrini Polloni, Valentina Braschi, Flora Fergnani, Renata Passi e Paola Morandi e i dottori Riccardo Carrer e Federico Pelle. In sintesi l'obiettivo è stato quello di dare risposte il più possibile chiare e semplici sulle procedure da mettere in atto in caso di necessità. Durante gli incontri a cadenza mensile sono state approfondite tematiche di interesse sociale, psicologico e legale di frequente riscontro nella pratica clinica e difficoltà, incertezze che i medici affrontano ogni qual volta si trovano di fronte ad un caso od al sospetto caso di violenza domestica.

Hanno partecipato agli incontri esperti in materia quali la dott.ssa Caruso (giudice del Tribunale di Pavia), la dott.ssa Pezzino (sostituta procuratrice presso il tribunale per i minorenni di Milano), operatrici dei Centri antiviolenza (CAVI) Liberamente di Pavia, KORE di Vigevano, C.H.I.A.R.A. di Voghera, assistenti sociali di ATS e ASST Pavia che con competenza e disponibilità hanno ri-

sposto alle numerose domande e chiarimenti che sono state poste alla loro attenzione.

Alla stesura del documento hanno portato il loro contributo le professoresse Margherita Saraceno e Sofia Braschi, docenti presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Pavia, con cui si sono approfondite le fattispecie di reato di maggiore interesse per i medici e gli obblighi che si è tenuti a rispettare nell'esercizio della professione.

Alla luce di quanto è emerso dai numerosi incontri sono state elaborate le procedure operative per i medici del territorio.

Nel novembre 2023, presso la Sala del Consiglio del Comune di Pavia, il documento di sintesi delle procedure della Rete Interistituzionale Territoriale Antiviolenza di Pavia è stato firmato dal Presidente dell'Ordine dei Medici Dott. Claudio Lisi, dal Sindaco Fabrizio Fracassi, in rappresentanza della Rete, dal Capo di gabinetto della Prefettura di Pavia dott.ssa Nardelli in qualità di coordinamento, dall'ex Direttore generale di ASST Pavia Dott. Marco Paternoster.

Le procedure di Rete, già distribuite ai colleghi sul territorio, illustrano l'approccio da adottare in due differenti condizioni: un caso che non configura reato ed un caso certo che configura reato.

Sono state quindi indicate le modalità di contatto con la presunta parte lesa, la possibilità di ricevere consulenza (senza rivelare le generalità della presunta vittima) da parte dei CAVI sulla gestione del caso, la necessità di ricordare alla paziente la possibilità di contattare i CAVI al 1522, il consiglio di riprogrammare una visita per monitorare la situazione e tutti

**STEFANO CARTESEGNA E
ALESSIA MAGRINI POLLONI**

i contatti a cui trasmettere il nostro referto/rapporto. A questo proposito sono stati elaborati due moduli che aiutino e facilitino a redigere una relazione il più possibile obiettiva ed esaustiva che comprenda le notizie fondamentali necessarie agli Organi competenti:

Modulo V1 – Rilevazione della violenza da utilizzare quando si rileva in prima persona l'evento o sia esso riferito dalla persona interessata,

Modulo V2 – Notizia di Reato da utilizzare quando si riceve un racconto di un reato da parte di terzi. È stato inserito nel retro del modulo degli specchietti riassuntivi indicanti le fattispecie di reato procedibili d'ufficio per cui è obbligatorio redigere e trasmettere la relazione ed i contatti a cui trasmetterla.

SI RIMANDA AL SITO DELL'ORDINE DEI MEDICI DI PAVIA PER REPERIRE E SCARICARE I MODULI

Si riportano le brevi considerazioni di:

- Magrini Polloni: "Gli obiettivi del nostro lavoro sono di aiutare le colleghe e i colleghi a intercettare precocemente la violenza domestica prima che le lesioni siano così gravi da accedere al Pronto Soccorso".
- Carrer: "Io lavoro in Pronto Soccorso al San Matteo e, spesso, capita di accogliere donne e minori vittime di violenza con lesioni fisiche e psicologiche molto gravi; questo lavoro dovrebbe prevenire gli episodi drammatici che vediamo".
- Le pediatre Morandi e Passi concordano sulla necessità di coinvolgere i pediatri del territorio nella Rete per intercettare i casi di violenza assistita così da aiutare minori e anche le madri interagendo con i medici di ruolo unico.
- Fergnani: "I risvolti psicologici di questi vissuti sono drammatici ed è necessario considerare il dolore sofferto anche quando assegniamo una prognosi".
- Braschi: "Nei moduli V abbiamo inserito un campo per la prognosi, oltre ai campi gravidanza, disabilità per permettere ai Magistrati che prenderanno in carico il caso di avere elementi determinanti su cui lavorare".
- Rolandi: "I moduli V sono facili da compilare e richiedono pochi minuti. Voglio ancora dire che è importante denunciare anche

solo in caso di dubbio, perché la denuncia è il modo efficace per interrompere il ciclo della violenza".
Quale futuro vedete per le Procedure?

- Pelle: "Vorremmo aumentare la platea di persone da tutelare. Negli ultimi anni, come sta emergendo anche dalla letteratura scientifica, anche nelle coppie LGBTQ si verificano episodi di violenza domestica. Il nostro lavoro è inclusivo e a tutela di tutti".
- Cartesegna: "Vorremmo proporre le Procedure anche in altri territori, come buona pratica clinica. Per questo continuiamo a lavorare con le Istituzioni."

RINGRAZIAMENTI

A nome mio personale e di tutto il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia ringrazio le Colleghe e i Colleghi per l'importante lavoro svolto e per l'impegno profuso alla stesura del documento riguardo ad un tema che vede in particolare i medici di medicina generale impegnati in prima linea in qualità di sentinelle del territorio, insieme anche ai pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale.

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI DI PAVIA
Claudio Lisi



Gli Ospedali di comunità e il rischio di uno stravolgimento delle indicazioni di Pnrr e Dm 77



GIUSEPPE BELLERI

Medico di medicina generale

Nell'autonomia incontrollata delle Regioni le progettualità del PNRR corrono il rischio di essere tradite nel loro spirito dalla concreta realizzazione che se ne farà da parte delle Regioni.

C'è preoccupazione circa i ritardi nella effettiva realizzazione delle strutture previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed in particolare

delle Case della Comunità (CdC) e degli Ospedali di Comunità (OdC). La nostra impressione è che vi sia un terzo e ulteriore problema: nell'autonomia incontrollata delle Regioni le progettualità del PNRR corrono il rischio di essere tradite nel loro spirito dalla concreta realizzazione che se ne farà da parte delle Regioni. La nostra chiave di lettura è semplice: il PNRR e il DM 77 hanno un obiettivo chiaro, anche se magari non tradotto in indicazioni tutte condivisibili, e cioè puntare ad un riequilibrio/integrazione tra assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale come richiesto dalla prevalenza della cronicità come problema di salute.

La esperienza di due Regioni Lombardia e Marche evidenzia il rischio della sostanziale trasformazione dei tre nodi della rete territoriale rinnovata - CdC, OdC e COT - da strutture funzionalmente integrate come indicato da AGENAS in appendici della organizzazione e della cultura dell'Ospedali, rischiando in alcune Regioni di ritrovarci a interventi completati una sanità più vecchia e ingessata di quella pre-PNRR e pre-DM 77.

Quello che rischia di avvenire con il PNRR e il DM 77 ha dei precedenti sia a livello

ospedaliero che territoriale. A livello ospedaliero il DM 70, che era la base per una progressiva razionalizzazione della rete ospedaliera e il contestuale investimento sulle reti territoriali, è stato largamente inapplicato nella stragrande maggioranza delle Regioni.

Un esempio emblematico del disallineamento tra il quadro di riferimento nazionale e quello applicativo regionale è venuto dalla esperienza della Presa in Carico (PiC) lombarda avviata nel 2017. Tra gli elementi comuni ai vari modelli regionali indicati nel PNC erano assenti i tratti ritenuti innovativi della PiC del modello lombardo, vale a dire i Gestori organizzativi e i Clinical Manager specialistici candidati alla PiC dei cronici in sostituzione dei generalisti territoriali. La scelta lombarda, unica tra le Regioni, di spostare il baricentro delle cure della cronicità dall'assistenza primaria a quella specialistica, specie del livello ospedaliero, era dissonante con la visione sistemica e la promozione dell'integrazione tra livelli e contesti assistenziali enfatizzata dal PNC: "la sfida alla cronicità è una sfida di sistema, che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità". Le tendenze al trasferimento della PiC al livello specialistico sono state vanificate prima di tutto dagli specialisti ospedalieri, che in teoria dovevano fare concorrenza al MMG, ma che alla prova dei fatti hanno arruolato un risicato 5% del 10% totale scarso di pazienti cronici che hanno accettato la proposta di PiC.

Venendo agli OdC, c'è un rischio di fondo nell'aver usato nella loro definizione la parola "Ospedale", scelta che rischia di portare la politica a spingere verso una caratterizzazione ospedaliera di questo tipo di struttura.

L'Ospedale di Comunità non è un piccolo ospedale ancor più piccolo, tipo "piccolissimo ospedale"; ma qualcosa di diverso. E non è nemmeno un pezzo a bassa intensità assistenziale di un ospedale per acuti. E' una struttura a gestione territoriale in cui si fa una attività di ricovero non ospedaliero senza la continuità della presenza del personale medico di reparto nelle 24 ore, una assistenza rivolta a pazienti "intermedi" tra quelli degli ospedali veri e quelli delle strutture residenziali o in assistenza domiciliare provenienti in dimissione dai reparti per acuti o dal territorio. La sua collocazione ideale è in un'unica infrastruttura accanto a e in sinergia con gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale.

Per quanto riguarda gli OdC nella Regione Lombardia, qui si registra la tendenza ad inserire in modo diffuso gli OdC all'interno degli ospedali per acuti. La tendenza della Regione Lombardia a collocare numerosi OdC in un ospedale per acuti rischia di spostare il baricentro della sua attività verso le esigenze organizzative dell'ospedale e di ridimensionare il suo rapporto con il territorio, le CdC e la rete dei professionisti dell'Assistenza Primaria. È probabile, e in alcuni casi inevitabile, che un OdC inserito nella struttura ospedaliera venga quasi esclusivamente utilizzato per pazienti dimessi dai reparti per acuti dai reparti di area medica in modo da alleviare il boarding dei ricoverati in OBI, riducendo così al massimo le ammissioni dal territorio. Questa scelta rischia di disincentivare la integrazione e la continuità con il territorio e di limitare un recupero della gestione clinica da parte dei MMG. Per giunta la recente apertura della Regione Lombardia alla gestione degli OdC da parte dei privati va nella stessa direzione, ricorrendo ad una esternalizzazione gestionale che sottrarre queste strutture ad una governance pubblica di sistema della cronicità. Nelle Marche il Piano Socio Sanitario approvato di recente addirittura stravolge il DM 77 inventando per alcuni OdC di una sorta di loro versione "di area disagiata". Ma quali sono i vantaggi legati a questo riconoscimento? Il primo e più importante è che viene previsto un potenziamento della rete di Emergenza-Urgenza presso tre strutture. Il Piano prevede per loro una sorta di quasi-Pronto Soccorso con personale medico de-

dicato con adeguata qualifica fornito dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione di riferimento.

Le tre strutture beneficiarie del riconoscimento (Cagli, Fossombrone e Sassocorvaro) si avvantaggiano poi del riconoscimento di status di Ospedale di Comunità "di area disagiata" per un altro motivo: viene loro concesso di avere almeno sulla carta una attività di ricovero nell'area della post-acuzie (lungodegenza e/o riabilitazione) che non dovrebbero avere perché vorrebbe dire avere la guardia medica interna specialistica nelle 24 ore, non prevista per gli OdC. In coerenza con questa scelta dentro i tre ospedali in questione è previsto un poliambulatorio specialistico. Siamo in presenza di un evidente stravolgimento della lettera e dello spirito sia del DM 77 che del PNRR.

Queste scelte di due Regioni così diverse tra loro, ma accomunate dall'essere molto rappresentative sul piano politico dell'attuale governo centrale, ci fanno suggerire l'importanza di includere nel monitoraggio della applicazione sul campo del DM 77 affidato all'Agenas) oltre agli aspetti strutturali anche quelli di processo relativi ai modelli organizzativi adottati, per evitare un "patologico" disallineamento di alcune Regioni e una disomogeneità inter-regionale inaccettabile.

Per quanto riguarda le funzioni degli OdC la diversificazione delle implementazioni locali rispetto al DM77 rischia già di eccedere la "fisiologia". Per non ritrovarsi poi a piangere sulla ennesima occasione persa col PNRR e il DM 77, così come sono state perse le occasioni legate alla mancata applicazione del DM 70, del Piano Nazionale della Cronicità e di tutti gli infiniti atti di indirizzo rimasti nella maggioranza delle realtà regionali recepiti nella forma, ma sostanzialmente inapplicati nella sostanza. Se dovesse prevalere, come la chiamano Giovanni Bertin e Marta Pantalone, la "colonizzazione del territorio con la stessa cultura di governo utilizzata nella gestione dei sistemi ospedalieri", l'auspicata integrazione ospedale-territorio, già di per sé problematica, diverrebbe ancor più ardua.

La visione "ospedalocentrica" ce l'hanno i cittadini e la responsabilità è di tutti



CLAUDIO MARIA MAFFEI

Già Direttore Sanitario INRCA

È prioritariamente da valutare il dato della centralità del ruolo dell'ospedale nel modo in cui i cittadini percepiscono la sanità. Questo dato conferma che poco è cambiato nella visione che gli italiani hanno della offerta di servizi che lo Stato deve dare ai cittadini. Purtroppo questa visione "ospedalocentrica", che vince tra i cittadini per abbandono

più che per distacco rispetto ad esempio ai temi della prevenzione e della presa in carico della cronicità, si trascina dietro molti effetti negativi.

Non è questa la sede in cui riprendere il dibattito del rapporto tra ospedale e territorio sul fatto che una rete ospedaliera adeguata, anche in termini di posti letto, è indispensabile per far fronte ai problemi di salute dei cittadini. E questo in periodi epidemici come quello attuale lo si avverte ancora di più. Ma è altrettanto scontato affermare che gran parte dei problemi di salute del nostro Paese, e degli altri Paesi genericamente assimilabili al nostro quanto a livello socio-economico, vadano affrontati a livello di territorio e quindi, per parlare il linguaggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, di prevenzione collettiva e sanità pubblica, di assistenza distrettuale e di assistenza sociosanitaria, gli altri tre macrolivelli rispetto alla assistenza ospedaliera.

La visione ospedalocentrica dei cittadini si associa alla analoga visione della politica, in un rapporto in cui non si sa se sia venuta prima l'una o l'altra. In pratica il famoso discorso dell'uovo e della gallina. Questa visione ospedalocentrica da parte della politica ha effetti molto concreti nel sottofinanziamento relativo in gran parte delle Regioni dei tre macrolivelli territoriali dei LEA. In pratica, in un sistema sanitario sottofinanziato in generale, il territorio è ancor più sottofinanziato come dimostrano i dati, a solo titolo di esempio, del Rapporto Salute Mentale annuale del Ministero o sullo stato dei Dipartimenti di Preven-

zione emerso in modo clamoroso ai tempi iniziali della pandemia.

La visione ospedalocentrica si trascina dietro delle vere e proprie distorsioni nella risposta razionale ai due problemi drammatici più sentiti dai cittadini e più coperti dai media del sovraffollamento del Pronto Soccorso e dell'allungamento della lista di attesa. Due problemi che trovano la loro principale (non unica, sia chiaro) causa nella debolezza organizzativa e ancor prima culturale del territorio e che hanno invece l'unico tentativo di risposta nell'incremento della offerta specialistica.

La stessa visione ospedalocentrica si trascina dietro poi la incapacità di applicare prima e adeguare dopo il Decreto Ministeriale 70, oggetto di un gruppo di lavoro ministeriale uscito dai radar nonostante la sua incredibile numerosità. Visione che si associa "sul campo" alla riapertura di alcuni piccoli ospedali di particolare interesse elettorale con la contestuale trasformazione delle Case della Comunità in poliambulatori specialistici, vicenda che vede ad esempio protagonista la Regione Marche, modello della sanità Meloniana.

A mio parere questo ospedalocentrismo non è un fenomeno "di ritorno", ma è parte "strutturale" del modo in cui gran parte dei cittadini e dei politici (non so in che ordine) sentono e vivono in Italia la sanità e i problemi di tutela della salute. Questo fatto non è irrilevante, anzi è assolutamente centrale, nel dare una corretta applicazione alla filosofia del PNRR alle strutture e alle attività/servizi che lo stesso finanzia e nel dare operatività alle attività previste nel Piano Nazionale della Prevenzione. Questa visione va corretta con il contributo di chi vuole un rilancio del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Altrimenti quello che sta avvenendo nelle Marche, con la trasformazione delle Case della Comunità in piccoli ospedali con un quasi-Pronto Soccorso e poliambulatorio specialistico, diventerà pratica corrente. Quale sia il modo per correggere la visione ospedalocentrica lo lascio alla riflessione di tutti quelli che condividono questi miei "pensierini" di inizio anno 2024.

La disabilità: un grave problema sociale

Prima di iniziare a dialogare sulla disabilità ritengo utile dichiarare alcuni dati epidemiologici. I dati descritti sono relativi al censimento generale del 2021. Il Comune di Pavia conta 70.380 residenti su un totale di 370.000 residenti in Provincia.

Rispetto all'intera Provincia il comune di Pavia ha meno giovani e più anziani ed il fenomeno è ancora più evidente nel paragone con la Regione. L'Indice di vecchiaia a Pavia è pari a 237,5 (Provincia 203,9 – Regione I 72,3)

Inoltre è presente un indice di dipendenza totale elevato che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva, E' presente quindi una popolazione comparativamente più anziana. I residenti stranieri raggiungono in Pavia e Provincia circa 8000 unità. Circa trentamila sono gli studenti che frequentano l'Università di Pavia.

Il senza tetto/senza fissa dimora, sempre secondo l'ultimo censimento, sono in totale a Pavia 158 e poco più della metà hanno cittadinanza italiana. È presente una forte incidenza dei flussi di popolazione temporanea in entrata e uscita.

D'altra parte, è presente ridotta capacità delle imprese pavese di creare occupazione sul territorio. È presente forte specializzazione delle attività nel settore sanitario e dell'assistenza sociale. Da ultimo, il tasso di disoccupazione è maggiore sia di quello provinciale che degli altri capoluoghi regionali.

In Italia non esiste un Registro nazionale sulla disabilità. Nel 2019 si stimavano 3 milioni e centomila disabili ma tale numero appare assai lontano dal reale. Oggi se ne ipotizzano 13 milioni. Dai dati ISTAT 2022 si rileva una

fotografia di aumento progressivo di indigenza assoluta. Quando parliamo di disabilità intendiamo disabilità diverse: fisica, motoria, intellettiva, sensoriale, psichica.

Da più ricerche effettuate in varie realtà italiane spicca l'isolamento al di là delle caratteristiche individuali e del luogo di residenza. Il carico di cura grava sulle spalle dei care-giver con ricadute psicologiche e fisiche.

Solo il 20% ha ricevuto dal Comune assistenza a domicilio. L' 11% ha ricevuto prestazioni sanitarie a domicilio da parte del servizio sanitario. Il 17% ha ricevuto un aiuto economico. I disabili in famiglie con difficoltà economiche sono più del 70%.

In conclusione, si può sintetizzare questo discorso sulle seguenti voci: a) isolamento che si contrasta con una maggiore conoscenza di bisogni, risorse e diritti; b) richiesta da parte delle famiglie di servizi di qualità rispetto a risposte standardizzate) necessità di promuovere politiche per l'inclusione sociale e lavorativa.

Che cosa ci si può aspettare dal futuro? La determinazione di attivare la riforma sulla non autosufficienza che dovrebbe diventare esecutiva a breve. Tale riforma dovrebbe prendere in considerazione le varie problematiche esposte ed attuare interventi effettivi ed efficaci a ridurre i disagi dei portatori e familiari di disabili.



GIOVANNI BELLONI

Lo Schema di Decreto legislativo recante “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”, è stato oggetto dell’Intesa in seno alla Conferenza Unificata l’11 gennaio 2024.

Lo schema di decreto legislativo in coerenza e in continuità con altri provvedimenti approvati negli ultimi decenni, sottolinea l’essenzialità “strategica” del progetto di vita individuale, inteso quale strumento per “migliorare le condizioni personale e di salute nei diversi ambiti di vita” e facilitare “l’inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri” delle persone con disabilità. In questo contesto, viene in considerazione l’istituto giuridico del “trust con finalità sociali”, contemplato dalla legge n. 112/2016, che ha individuato un sistema di regole certe e chiare per i progetti in tema di “durante” e “dopo di noi”, che tra l’altro permettano di costituire vincoli, legami e networks strutturati e solidi a sostegno delle persone con disabilità, in specie quelle prive di sostegno familiare.

Lo schema di decreto legislativo riconosce inoltre il “budget di progetto” quale strumento che può garantire l’attuazione del progetto di vita. Esso è costituito, in modo integrato, dall’insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

(a cura della Redazione)

Il Sistema di Garanzia dei Lea

S litta di 3 mesi, dal 1° gennaio 2024 al 1° aprile 2024, l'entrata in vigore delle nuove tariffe per la specialistica ambulatoriale che erano state approvate lo scorso aprile dalla Stato-Regioni dopo ben 7 anni di attesa. Il nuovo nomenclatore provvede al necessario e atteso aggiornamento del nomenclatore disciplinato dal decreto ministeriale

22 luglio 1996, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete. Tuttavia la mancanza di un continuo e progressivo aggiornamento dei

LEA contribuisce a creare disparità tra i cittadini residenti in regioni diverse in termini di accesso alle prestazioni sanitarie, mentre allo stesso tempo fa sì che il nostro Paese risulti poco ricettivo nei confronti delle innovazioni nel campo della medicina e nel portare servizi sempre più rispondenti alle mutate necessità della popolazione a costi accessibili.

Nonostante il finanziamento del Servizio sanitario nazionale sia passato da circa 114 miliardi del 2019 agli oltre 124 mld del 2022, per arrivare ai 134 mld del 2024, al contrario il livello di rinuncia alle cure dei cittadini che ne avrebbero avuto necessità nel 2022 è peggiorato rispetto a quello del 2019 (pre pandemia): dal 6,3% del 2019 si è passati al 7% del 2022, con un incremento di 0,7 punti percentuali.

Rilevanti anche le differenze regionali nel 2022. Si passa dal 12,3% di rinuncia alle cure della Sardegna al 9,6% del Piemonte, per scendere fino al 4,7% della Campania.

A preoccupare, inoltre, è il fatto che questo importante indicatore dell'assistenza sanitaria, come molti altri, ad oggi non venga utilizzato dal ministero della Salute per verificare le performance delle Regioni nella capacità di garantire concretamente i Livelli essenziali di assistenza sanitaria ai cittadini.

Stiamo parlando del Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea (Nsg), un sistema di monitoraggio e valutazione dell'operato delle Regioni, utilizzato dal ministero per assegnare ogni anno il "punteggio Lea", funzionale anche all'erogazione di una parte del fondo sanitario nazionale.

Approvato nel 2019, il Nsg dei Lea è entrato in vigore nel 2020, ma i suoi indicatori oggi sono troppo pochi e deboli, e questo lo rende già vecchio e superato dalla realtà dei fatti: su 88 indicatori, solo 22 (un quarto quindi) concorrono all'assegnazione del punteggio alle Regioni (indicatori "core").

Per questo, Salutequità ha realizzato sull'argomento il suo secondo Report "Valutare bene per garantire equità. Raccomandazioni per l'equità nel Nuovo Sistema di garanzia (Nsg) dei Livelli essenziali di assistenza", messo a punto insieme a 15 soggetti tra associazioni pazienti, società scientifiche, manager di strutture sanitarie, professionisti sanitari - Aiop, Aisc, Aism, Amd, Amici, Apiafco, Apmarr, Card, Diabete Italia, Federsanità Anci, Fimmg, Fnopi, Sifo, Sit, Uniamo - realizzato grazie al contributo non condizionato del Gruppo Servier in Italia, e presentato a Roma nel corso di un seminario nazionale di confronto alla presenza di molteplici stakeholder, esperti e decisori con l'obiettivo di rendere il Diritto alla Salute sempre più effettivo ed esigibile in tutte le Regioni.

«Il Nsg dovrebbe essere uno strumento flessibile capace di adattarsi costantemente alle priorità di salute dei cittadini e a quelle di politica sanitaria del Ssn, che sono in continua evoluzione, a partire dalle innovazioni previste dal Pnrr, dal Dm 77/2022 e dal Decreto Tariffe dei nuovi Lea. Questo vuol dire poter contare su un sistema dinamico di aggiornamento degli indicatori, oggi poco sfidanti (non solo per oggetto, ma anche per modalità di calcolo) e inadeguati a misurare la realtà vissuta dai cittadini, oltretutto relativi a un Ssn del periodo pre-pandemico.

SALUTEQUITÀ

Laboratorio italiano per l'analisi, il cambiamento, l'innovazione delle politiche sociali e sanitarie

L'obiettivo del lavoro è dunque quello di proporre raccomandazioni condivise per perfezionare e ammodernare il Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea in un'ottica di maggiore equità di accesso all'assistenza sanitaria. Senza maggiori e migliori controlli sull'assistenza erogata dalle Regioni, a fronte dei miliardi di euro stanziati per il Ssn, non si va da nessuna parte. Senza contare che le ipotesi di assegnare più autonomia alle Regioni, non prevedendo contestualmente un rafforzamento del ruolo di controllo dello Stato a garanzia dell'unitarietà del Ssn, rischiano di acuire ulteriormente le rilevanti disuguaglianze che esistono».

Cosa manca: la necessità di misurare meglio i programmi di screening organizzato, ad esempio considerando anche le lesioni individuate così come le coperture raggiunte per gli anziani non solo nella vaccinazione antinfluenzale, ma in tutte quelle previste dal nuovo Piano nazionale (Pneumococcica e contro Herpes Zooster).

Ancora per le liste di attesa ci sono solo due indicatori, uno core e uno non core, e nessuno dei due verifica e garantisce il completo rispetto delle norme del Piano nazionale di governo delle liste di attesa e nulla c'è sul recupero delle prestazioni mancate durante la pandemia.

Il Livello di rinuncia alle cure per la misurazione dell'equità sociale è ancora considerato 'no core', mentre dovrebbe invece diventare "core" per la sua capacità di restituire un'informazione robusta sul ruolo delle regioni nell'eliminare o ridurre al minimo le disparità di salute oltreché garantire un accesso, senza alcuna discriminazione, alle prestazioni sanitarie.

Mancano poi tra gli indicatori "core" quelli sulla prevenzione e gestione del rischio clinico e dei vari livelli di sicurezza degli ospedali, sul monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza, sull'umanizzazione delle cure negli ospedali e, tema caldissimo in questo momento, sui tempi di attesa al pronto soccorso (dove non è "sotto controllo" neppure l'applicazione delle linee di indirizzo sul triage) e per il ricovero ospedaliero.

Nulla tra gli indicatori "core" sull'aderenza alle terapie, sull'attuazione del Piano nazionale Cronicità

anche con indicatori dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e con la verifica della qualità, accessibilità ed equità dell'assistenza per le persone con malattie rare.

C'è poi da introdurre e mettere in primo piano la verifica dell'assistenza territoriale (medici e pediatri di famiglia, infermieri di famiglia e comunità, continuità assistenziale, rispetto del decreto 77/2022 di riordino dell'assistenza territoriale per quanto riguarda anche l'ulteriore personale infermieristico, medico e delle altre professioni sanitarie) e per l'assistenza domiciliare integrata, tra le altre verifiche, la composizione delle équipe, le ore di assistenza ai pazienti.

Così come bisognerebbe prevedere tra gli indicatori "core" quelli sul rispetto degli standard e dei fabbisogni di personale in tutte le strutture disegnate dal Pnrr (e indicate nei decreti applicativi) e per la rete delle cure palliative, anche con i relativi finanziamenti. Poi la stratificazione della popolazione (la demografia cambia gli orizzonti di cura) e tutto il capitolo della telemedicina, teleassistenza e del Fascicolo sanitario elettronico.

È necessario quindi, prevedere un sistema di aggiornamento agile, flessibile e dinamico degli indicatori di monitoraggio attualmente previsti dal Decreto; integrare la composizione del Comitato Lea con la partecipazione di componenti laici (oggi "il controllore è anche il controllato"); garantire maggiore tempestività e dinamicità di pubblicazione dei punteggi Lea, rivedendo le attuali tempistiche "a consuntivo" (31 dicembre dell'anno successivo e non come ora che i dati sono ancora riferiti al 2019); implementare la previsione dell'"Intervento di potenziamento dei Lea" da parte delle Regioni come previsto dal Patto per la Salute 2019-2021; definire in modo sfidante le soglie di ciascun indicatore, verificare tutti gli ulteriori adempimenti Lea in modo sostanziale; ammodernare, rafforzare e integrare il sottoinsieme "core" del Nsg con nuovi indicatori.

SALUTE=QUITÀ[®]

Il laboratorio italiano per l'analisi, l'innovazione e il cambiamento delle politiche sanitarie e sociali.

La "categoria speciale" per i dirigenti medici?

Per "categoria speciale" si deve intendere la definizione di elevate professionalità cui l'ordinamento riserva determinati incarichi apicali nell'organizzazione statale.

L'importanza della categoria è garanzia implicita del possesso dell'elevata professionalità



CLAUDIO TESTUZZA

Il rapporto di pubblico impiego è definito dunque "rapporto speciale", la cui giustificazione è condivisibile quando ai pubblici dipendenti siano attribuite funzioni pubbliche, con la conseguenza che in vista di tali funzioni è necessario assicurare l'imparzialità dell'amministrazione (come affermato dall'art. 97, co. 2, Cost.) ovvero garantire, in

modo più forte di un qualsiasi contratto, lo status del dipendente pubblico.

Categorie Speciali

Il magistrato, come dice la Costituzione, è titolare di un ufficio pubblico. È quindi un organo autonomo e non condizionato dal potere legislativo o da quello esecutivo. La magistratura costituisce un ordine autonomo ed indipendente da ogni altro potere. Per il docente universitario il rapporto pubblicistico è conservato per i tratti garantistici: è giustificato dall'esigenza di tutelare i valori costituzionali del pluralismo culturale e della libertà di ricerca scientifica e di insegnamento.

La scienza assume un ruolo centrale tra i valori tutelati dalla Costituzione italiana. Questa garantisce la libertà dell'arte e della scienza, e dei loro rispettivi insegnamenti, in quanto strumentali alla crescita culturale e al progresso dell'umanità.

Nell'ordinamento viene riconosciuta la necessità di fornire adeguate tutele e garanzie alla ricerca scientifica, che si rafforza in quanto la libertà di ricerca scientifica risulta spesso strumentale all'esercizio di un diritto fondamentale come quello alla salute (art. 32 Cost.) – intesa sia nella sua dimensione individuale sia in quella collettiva – e al connesso diritto all'autodeterminazione in ambito sanitario.

Il settore sanitario rappresenta un vero e proprio unicum nel panorama delle pubbliche amministrazioni, sia perché dominato da un quadro normativo che presenta non pochi profili di specialità, sia per la qualificazione delle Aziende sanitarie locali come aziende in possesso, da un lato, della personalità giuridica di diritto pubblico e, dall'altro, di una vera e propria autonomia imprenditoriale.

Gli operatori sanitari agiscono sul terreno estremamente sensibile dei diritti sociali costituzionalmente garantiti che richiedono inderogabilmente azioni positive da parte dei pubblici poteri per la loro effettiva soddisfazione, in favore di una collettività che non può essere ristretta ai possessori dello status di cittadini.

La disciplina di carattere generale della dirigenza del comparto sanitario si rinviene, anzitutto, nel D.lgs. n. 165 del 2001 (T.U. sul pubblico impiego), che ha esteso la disciplina privatistica ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni. Il citato T.U., all'art. 1, comma 2, chiarisce che, nell'ambito delle pubbliche amministrazioni, sono da ricondurre anche le "aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale". Il successivo art. 26, inoltre, nel regolamentare l'accesso al ruolo della dirigenza sanitaria, menziona espressamente, all'articolo 15 e seguenti, il D.lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i., recante "Riordinamento della disciplina in materia sanitaria", come normativa speciale alla quale fare rife-

rimento per l'ordinamento della dirigenza del Servizio sanitario.

La dirigenza sanitaria, in base a quanto disposto dall'art. 15, comma 1, del D.lgs. n. 502 del 1992 "è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali". Nell'organizzazione sanitaria, il principio di distinzione fra attività di indirizzo e attività gestionale si realizza nella dinamica dei rapporti fra governo regionale e direzione delle aziende sanitarie e si basa sulla natura strumentale dell'azienda sanitaria rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute, individuati, per l'appunto, dalla Regione e posti in essere dall'azienda stessa. I dirigenti medici svolgono anzitutto un'attività professionale alla quale può affiancarsi un incarico gestionale in senso proprio. Con particolare riguardo ai medici, inoltre, occorre sottolineare che la qualifica dirigenziale è automaticamente connessa alla loro professionalità. Ne deriva che, tutti i medici dipendenti delle aziende sanitarie sono inquadrati come dirigenti a prescindere dallo svolgimento di incarichi di direzione di strutture.

I dirigenti medici oltre alle funzioni afferenti alle competenze professionali specifiche, svolgono anche funzioni di direzione e organizzazione della struttura, mediante atti di organizzazione del personale necessari per il corretto espletamento del servizio.

La sfera delle responsabilità imputabili al dirigente medico è connessa, in primo luogo, al tema della responsabilità disciplinare per il mancato rispetto delle regole poste a presidio dell'attività svolta dovuto a un comportamento negligente e colposo. In secondo luogo, si pone il tema della responsabilità dirigenziale propriamente detta, che attiene al mancato raggiungimento dei risultati da parte del dirigente. Infine, si collega il tema della responsabilità amministrativa che si riferisce alle conseguenze dannose delle scelte effettuate dal dirigente per il patrimonio della pubblica amministrazione. La responsabilità del dirigente medico rappresenta un ulteriore profilo sotto il quale il dirigente del comparto sanitario può essere chiamato a rispondere previo espletamento delle opportune procedure di valuta-

zione. Si tratta di una tipologia di responsabilità che attiene ai risultati complessivamente prodotti dall'organizzazione cui il dirigente è preposto.

Il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali, siano essi relativi a strutture semplici ovvero complesse, deve avvenire nel rispetto delle modalità prescritte dalla legge. È evidente che il mancato rispetto delle procedure determina l'illegittimità del provvedimento di nomina.

In questi casi eventuali illegittimità possono essere fatte valere dagli interessati con la proposizione, previo esperimento di un tentativo obbligatorio di conciliazione, di un ricorso al Giudice Ordinario, in funzione di giudice del lavoro. Al Giudice Ordinario, infatti, è rimessa, ai sensi dell'art.63 del d.lgs 165/2001 (T.U. sul pubblico impiego), la materia del conferimento e della revoca degli incarichi dirigenziali.

Qualora nelle questioni inerenti conferimento e revoca di incarichi dirigenziali vengano in rilievo provvedimenti amministrativi incidenti sulla stessa struttura organizzativa dell'azienda, cd. provvedimenti di macro-organizzazione, che siano tali da incidere, ledendole, sulle posizioni soggettive dell'interessato, tali provvedimenti dovranno essere oggetto di impugnativa giurisdizionale innanzi al Giudice Amministrativo.

Infine, non è certo privo di rilievo che i professori universitari siano stati, unitamente ai magistrati, individuati tra le categorie di pubblici dipendenti che possono essere chiamati alle funzioni di giudice costituzionale o di componente del Consiglio Superiore della Magistratura (artt. 104 e 135 Cost.), ovvero nominati all'ufficio di Consigliere di Cassazione per meriti insigni (art. 106, comma 3, Cost.): e ciò non soltanto per specificità culturali (i meriti scientifici possono trovare adeguato sbocco nella nomina dei sanatori a vita, art. 59 Cost.), ma principalmente per la posizione costituzionale di indipendenza dal potere d'indirizzo politico che contraddistingue, nel suo complesso, l'impostazione del trattamento professionale, giustificando, del pari, il regime pubblicistico del relativo stato giuridico.

Un cambio di paradigma nella gestione del tumore del pancreas: le Pancreas Units diventano realtà in Lombardia



LORENZO COBIANCHI

*Professore di Chirurgia
Generale, Università
degli Studi di Pavia*

Il cancro del pancreas è una neoplasia con tassi di mortalità elevati. L'adenocarcinoma duttale pancreatico rappresenta la quattordicesima neoplasia più frequente al mondo e la settima causa di morte per cancro. Si prevede che diventerà la seconda causa di decesso per tumore entro il 2030. L'epidemiologia di questa malattia è infatti cambiata in maniera rilevante negli ultimi 10 anni. Oggi, in Italia, la sopravvivenza complessiva è dell'8% a 5 anni. Nel panorama oncologico il tumore del pancreas rappresenta

per questi motivi un prototipo di "unmet medical need".

Il trattamento del cancro pancreatico rimane particolarmente complesso, nonostante i progressi della ricerca clinica abbiano migliorato negli ultimi anni il percorso diagnostico/terapeutico e quindi le possibilità di cura. Nuove terapie integrate caratterizzate dall'applicazione di chemioterapia, radioterapia e chirurgia sono state sviluppate in risposta alla necessità di nuove strategie di trattamento. Nell'ultima decade, l'introduzione di protocolli terapeutici come FOLFIRINOX ha rappresentato per la prima volta un protocollo terapeutico che sembra in grado di influenzare la sopravvivenza di questi ammalati. L'obiettivo della cura è consentire ai pazienti di diventare candidabili ad un intervento di chirurgia resettiva pancreatico. Ad oggi, infatti, la chirurgia radicale rappre-

senta l'unica possibilità di guarigione. Tuttavia, per la maggior parte dei pazienti con diagnosi di cancro del pancreas, il rapido percorso clinico si conclude con la palliazione e le cure di fine vita.

Le ragioni della prognosi severa di questa neoplasia sono diverse. Da un lato, le caratteristiche istologiche e biologiche costituite da una componente desmoplastica stromale densa che arriva a volte a rappresentare il 90% della massa neoplastica e che rende così il tumore "resistente" alla chemioterapia sistemica. Dall'altro lato, tale neoplasia appare "immunologicamente fredda", determinando una scarsa attivazione immunitaria nei propri confronti. A tutto ciò va aggiunto che per ragioni essenzialmente anatomiche la diagnosi di questo tumore avviene spesso tardivamente (neoplasia localmente avanzata o con metastasi a distanza), non esistono percorsi di screening e di prevenzione efficaci e non sono stati individuati fattori di rischio realmente specifici.

In un editoriale di Hedy Kindler dal titolo "A glimmer of hope for pancreatic cancer" pubblicato sul New England Journal of Medicine nel 2018, si sottolinea in maniera efficace come il destino delle cure per il tumore pancreatico possa in qualche modo seguire il destino di neoplasie come il melanoma o il tumore a piccole cellule del polmone, che hanno trovato nelle

nuove immunoterapie un evidente cambio di passo terapeutico. I tempi dell'eventuale traduzione clinica su larga scala sono tuttavia imprevedibili e difficilmente troveranno una concretizzazione sostenibile se non nel medio/lungo periodo.

In questo panorama si ha quindi la percezione di come il trattamento adeguato di questa patologia sia più che mai complesso. Ogni fase del percorso clinico richiede competenze specifiche, dal trattamento di complicanze come l'ittero o l'ostruzione duodenale all'approccio chirurgico, che comporta alti rischi di mortalità e richiede l'applicazione della radiologia interventistica e della endoscopia avanzata. Molti studi condotti sul territorio nazionale hanno dimostrato come i centri altamente specializzati in chirurgia pancreatica, e dunque ad alto volume, abbiano condotto a migliori risultati clinici rispetto ai centri non specializzati, che si trovano a trattare pochi casi l'anno. Inoltre, in un approccio che vede il paziente e le sue esigenze al centro del percorso di cura, emergono anche altre necessità, quali una nutrizione adeguata o un supporto psicologico. Non da ultimo, molti pazienti necessitano di un percorso di cure palliative fino al termine della vita. Tutti questi aspetti fanno emergere la necessità di coordinare un approccio più che mai integrato e multimodale per la gestione di un percorso che consenta la continuità di cura.

La situazione italiana dal punto di vista organizzativo e normativo presenta delle carenze evidenti, basti riflettere sul fatto che circa la metà dei pazienti affetti da neoplasia pancreatica sul territorio italiano vengono trattati in ospedali che curano uno o due pazienti all'anno, con risultati negativi in termini di gestione e sopravvivenza del malato.

Nell'attesa quindi di nuovi trattamenti farmacologici o protocolli clinici in grado di cambiare sostanzialmente la situazione attuale, l'unica speranza di miglioramento risiede in una diversa gestione del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, andando a definire nuovi modelli organizzativi basati sul concetto di disease unit. In altre patologie la costruzione di nuovi percorsi organizzativi ha consentito un miglioramento tangibile e misurabile nella qualità delle cure, con migliori tassi di sopravvivenza e una maggiore soddisfazione da parte del paziente. Ne sono un esempio le breast unit per la cura delle neoplasie mammarie.

Seguendo tale filosofia, nell'Aprile 2022 la Regione Lombardia ha deliberato la creazione, all'interno del

Sistema Sanitario Regionale, di una rete di Pancreas Unit. La deliberazione XI/6241 definisce la Pancreas Unit come una "struttura organizzativa multidisciplinare che permetterà al paziente di seguire un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale predefinito e integrato, erogato da Centri con adeguate tecnologie, personale competente e con elevati volumi di trattamento". Il modello organizzativo comprende un lungo elenco di professionalità multidisciplinari e diversi requisiti obbligatori che devono essere soddisfatti da alcune funzioni cliniche (tra cui la chirurgia pancreatica, l'oncologia medica e area di ricerca clinica, il servizio di radiologia diagnostica/interventistica e angiografia, il servizio di endoscopia digestiva diagnostica/interventistica, il servizio di diagnostica istopatologica, la radioterapia oncologica, la terapia di supporto/cure palliative e cure simultanee, la nutrizione clinica). Il percorso integrato vede un modello organizzativo basato su un approccio "Hub & Spoke" al fine di bilanciare alta specialità e volumi per le attività cliniche più complesse (centri Hub) con la necessità di una cura di prossimità (centri Spoke). Inoltre, la delibera valorizza il coinvolgimento delle associazioni di pazienti con l'obiettivo di valutare la qualità delle cure. Tutte le Pancreas Unit del network regionale dovrebbero partecipare attivamente a una rete per unire i propri sforzi clinici e di ricerca.

Il 29 Gennaio 2024, con la deliberazione n. 1802, la Regione Lombardia ha definito la rete regionale di centri di diagnosi e cura del tumore al pancreas, ovvero l'elenco delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate identificate quali centri Hub & Spoke che formano la Rete regionale di Pancreas Unit. Sono 11 gli Hub individuati in tutta la regione. Nella provincia di Pavia, l'unico Hub è l'IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo. Dal 1° aprile 2024 entreranno ufficialmente in vigore le nuove regole rispetto al rimborso delle prestazioni da parte del Servizio Sanitario Regionale, possibile solo qualora le dette attività vengano svolte in uno degli 11 centri designati.

La nuova normativa di gestione del tumore del pancreas in Lombardia porta inevitabilmente delle sfide significative. Coloro che dovranno guidare le Pancreas Units nei centri di competenza dovranno affrontare un cambiamento organizzativo non indifferente. La comunità clinica e scientifica del San Matteo è pronta ad abbracciare l'innovazione organizzativa e quello che ne consegue, nella speranza che questo possa migliorare l'outcome finale per il paziente.

L'INTERVISTA DOPPIA

La collaborazione tra le neuroradiologie del San Matteo e del Mondino, due esperienze d'eccellenza

L'approfondimento con Anna Pichiecchio (Mondino) e Luisa Chiapparini (San Matteo)



GABRIELE CONTA

Come si compongono e di cosa si occupano i vostri rispettivi reparti?

Anna Pichiecchio: «L'Unità complessa di Radiologia della Fondazione IRCCS Mondino è composta da composta da otto neuroradiologi, sette tecnici, due infermieri e tre medici universitari dell'Università di Pavia convenzionati. A disposizione abbiamo diverse apparecchiature: TC, RM ad alto campo 1.5T e RM ad altissimo campo 3T, unico nella provincia pavese, per valutazione di patologie del sistema nervoso centrale, della colonna e del midollo e neuromuscolari; apparecchiature ecografiche sia per esami dei tronchi sovraortici (TSA) che per esami ecografici transcranici e body sia con tecniche convenzionali che avanzate; è inoltre presente un percorso dedicato al dolore della colonna con infiltrazioni mirate e agopuntura». L'attività assistenziale di routine è organizzata sulle 12 ore diurne dal lunedì al venerdì con erogazione di esami neuroradiologici per i pazienti sia ricoverati che ambulatoriali, con Sistema Sanitario Nazionale in regime ambulatoriale o in solvenza o in libera professione.

Luisa Chiapparini: «La Struttura complessa di Neuroradiologia del Policlinico San Matteo di Pavia si occupa della diagnosi delle malattie di interesse neurologico e neurochirurgico dell'adulto, del bambino, del neonato e del feto. Effettua inoltre trattamenti interventistici endovascolari, quali il posizionamento di stent, spirali, iniezione di particelle embolizzanti per le principali malformazioni vascolari e la terapia dello stroke. L'attività medica è pertanto organizzata in due equipe: equipe di neuroradiologia diagnostica ed equipe di neuroradiologia interventistica. L'attività assistenziale di routine prevede, sulle 12 ore diurne dal lunedì al venerdì, l'erogazione di esami neuroradiologici per i pazienti ricoverati, programmati dai reparti anche

in regime d'urgenza, e di prestazioni in elezione per i pazienti esterni programmati con Sistema Sanitario Nazionale in regime ambulatoriale o in Libera Professione. E' garantita inoltre assistenza in regime d'urgenza con Servizio di Guardia Attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 rivolta alla gestione delle patologie neurologiche di Pronto Soccorso in ambito traumatologico (facendo parte del Trauma Team del Policlinico per la diagnosi del danno midollare spinale acuto) e in ambito vascolare per la diagnosi tempestiva ed il trattamento endovascolare il più precoce possibile dell'ictus ischemico ed emorragico in fase acuta (facendo parte della Stroke Unit di II livello). Per questa attività utilizziamo macchinari TC di ultima generazione, RM ad alto campo (1,5T) con tecniche di base e tecniche avanzate e angiografia digitale con angiografo bipiano».

Quali sono le patologie di cui vi occupate?

Anna Pichiecchio: «La Fondazione IRCCS Mondino è un punto di riferimento a livello nazionale per patologie di natura neurologica che coinvolgono tutte le fasce d'età, dall'ambito neuropsichiatrico pediatrico alle patologie più tipiche dell'età avanzata. È infatti presente una Unità semplice di Neuroradiologia pediatrica per l'esecuzione di RM sia per pazienti pediatrici ricoverati che ambulatoriali, prenotabili mediante CUP regionale e locale, con patologie neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva sia malformative che evolutive. Accanto a questa, la neuroradiologia supporta e si integra in percorsi mirati alla diagnosi e al monitoraggio di pazienti adulti presi in carico presso le varie US e UC dell'Istituto, quali neuro-oncologia, cefalea, sclerosi multipla, disturbi cognitivi e del movimento. In struttura è presente anche una Unità

stroke di II livello e il percorso fast track dedicato alle urgenze neurologiche ambulatoriali, per cui l'esame neuroradiologico, sia esso TC o RM, è di fondamentale importanza e ha slot dedicati».

Luisa Chiapparini: «Le principali patologie che giungono all'osservazione includono: patologia vascolare cerebrale e spinale, patologia traumatica cerebrale e spinale, patologia degenerativa spinale, patologia neoplastica spinale e midollare, patologie pediatriche/neonatologiche, patologie infettive, patologia oncologica cerebrale primitiva o secondaria, patologia oncoematologica dell'adulto e del bambino, patologia dell'orecchio (infiammatoria, neoplastica, degenerativa e malformativa), patologia neuroendocrina dell'asse ipotalamo ipofisario. E' possibile eseguire in sedute dedicate esami RM in regime ambulatoriale anche per Paz con Impianto cocleare RM compatibile, Pacemaker RM compatibili ed in sedazione con assistenza anestesiológica per pazienti claustrofobici. In sala angiografica, eseguiamo interventi di Neuroradiologia vascolare diagnostica e terapeutica tramite accesso sia arterioso sia venoso, femorale e radiale, in anestesia locale o generale. La nostra équipe fornisce consulenze per patologie vascolari cerebrali per centri Spoke ed è in fase di ultimazione la possibilità di trasmissione delle immagini tra centri spoke e centro HUB al fine di ottenere una rapida consulenza anche per altre patologie di interesse neuroradiologico. Per l'utenza esterna è attivo un ambulatorio per consulenze di neuroradiologia interventistica».

In quale ambito i vostri rispettivi reparti sono centri di eccellenza?

Luisa Chiapparini: «Oltre all'alto livello della neuroradiologia diagnostica per le patologie sopracitate una menzione speciale spetta alla Neuroradiologia Interventista della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo che si pone come centro di eccellenza di riferimento Nazionale capace di attrarre e trattare patologie complesse ad elevato rischio di morte o di gravi disabilità. Si tratta di una disciplina in continua evoluzione che sta rivoluzionando il trattamento delle patologie tempo dipendenti neurologiche come l'ictus cerebrale ed altre patologie cerebrovascolari ad alta incidenza come aneurismi cerebrali, stenosi dei vasi epiaortici e intracranici, malformazioni artero-venose del distretto encefalico e midollare, per le quali è in grado di offrire nuovi ed efficaci approcci terapeutici riducendo in modo significativo l'impatto devastante di queste patologie».

Anna Pichiecchio: «Sono entrati ormai nella nostra routine quotidiana software di intelligenza artificiale

integrati con i sistemi di refertazione RIS PACS per il calcolo automatico della volumetria cerebrale e del carico lesionale da sclerosi multipla a fini diagnostico-clinici. Sull'apparecchiatura 3T sono presenti, inoltre, slot dedicati a numerose ricerche avanzate sia in ambito nazionale che internazionale per pazienti seguiti dai clinici della Fondazione IRCCS Mondino; essi vengono effettuati con sequenze RM avanzate e armonizzate anche rispetto ad altri Centri di Ricerca e ottimizzate come tempi di esecuzione. Essendo la ricerca radiologica embricata con l'attività clinica si è sviluppato presso la RM 3T un Centro di Imaging Avanzato e Intelligenza Artificiale di cui sono Responsabile, composto da fisici e ingegneri e medici neuroradiologi, di cui la metà sono stati a lungo all'estero presso l'Università di San Francisco, che si occupano di post processing di immagini avanzate (diffusione, RM funzionale, studio del midollo con tecniche ad alta risoluzione etc) e di sviluppo di sequenze. Inoltre, un ambito specialistico che abbiamo sviluppato nel corso degli ultimi decenni e per cui abbiamo una rilevanza a livello internazionale è quello delle patologie neuromuscolari, per cui si effettuano esami RM dedicati sia di diagnostica clinica che di ricerca con tecniche convenzionali e avanzate sulla muscolatura whole body».

Perché è importante il Dipartimento interaziendale tra il San Matteo e il Mondino?

Luisa Chiapparini e Anna Pichiecchio: «La creazione del Dipartimento Interaziendale a Pavia ha permesso la comunicazione fra le due strutture per cui per esempio i pazienti neuro oncologici vengono trattati in entrambe le strutture per competenze specifiche, seguiti presso entrambe le radiologie nelle diverse fasi di trattamento e con sviluppo futuro anche di progetti di ricerca in sinergia, integrando le rispettive competenze».



Anna Pichiecchio



Luisa Chiapparini

Il reparto di Neurochirurgia del San Matteo

Dal luglio 2021 ho avuto l'onore e l'onere di assumere la direzione del reparto di Neurochirurgia del San Matteo.



GIANNANTONIO SPENA
Direttore UOC Neurochirurgia
Policlinico San Matteo

L'inizio non è stato privo di sfide, considerando gli impatti devastanti della pandemia da COVID-19 sulle attività chirurgiche, di ricovero e ambulatoriali. Grazie ad un duro lavoro sul campo e all'eccellente collaborazione con la Direzione del Policlinico, siamo riusciti in poco più di due anni a rimetterci in carreggiata ed oggi giorno siamo in grado di nuovo di curare tutto lo spettro delle patologie di interesse neurochirurgico seguendo standard molto elevati e riconosciuti sia a livello nazionale che internazionale. Inoltre, nell'ottica di miglioramento della presa in carico dei pazienti neurologici/neurochirurgici siamo riusciti a creare un Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze che vede la collaborazione del Policlinico con l'Istituto Neurologico Mondino, IRCCS Maugeri, CNAO e ASST. Questa nuova rete dedicata alle neuroscienze permette di esprimere e coordinare al meglio tutte quelle expertises presenti sul territorio pavese al fine di poter offrire ai pazienti tutti i più moderni mezzi diagnostici, le terapie più avanzate e, quando ne-

cessario, i percorsi riabilitativi individualizzati.

La nostra attività neurochirurgica si sviluppa sia sulla patologia cranica che spinale. Molta parte della chirurgia cranica è rappresentata dal trattamento dei tumori cerebrali.

Oggi giorno siamo in grado di offrire al paziente le più moderne tecniche e tecnologie operatorie disponibili a livello globale. Mi riferisco non solo alla microchirurgia, ma anche alla neuronavigazione (sistema simile ad un GPS per aumentare la precisione del reperimento di un target intracranico) o all'ecografia intraoperatoria o ancora a tecniche di luminescenza che amplificano la visione del tessuto tumorale che infiltra il cervello (utilizzando la fluoresceina ed un filtro speciale applicato al microscopio operatorio). Quello che apporta il vantaggio più rilevante in termini di allargamento dell'asportazione chirurgica e miglioramento dell'outcome neurologico è il sistematico e quotidiano utilizzo di metodiche di monitoraggio e mappaggio delle funzioni cerebrali. Infatti, grazie alla collaborazione con i neurofisiologi dell'Istituto Mondino di concerto con i tecnici di neurofisiologia del nostro ospedale, siamo in grado di asportare tumori che in passato erano ritenuti inoperabili a causa della vicinanza e/o infiltrazione di aree del cervello altamente funzionali. In questo ambito vengono eseguiti anche interventi a pa-

ziente sveglia per monitorare gli effetti della chirurgia su funzionari altrimenti non esplorabili a paziente addormentato (linguaggio, lettera, denominazione, calcolo).

Nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze, esiste un gruppo neuroncologico multidisciplinare (neurochirurghi, oncologi, neuroncologi, patologi, radioterapisti, neuroradiologi, fisiatristi) grazie al quale ogni caso viene discusso per individualizzare il trattamento. Le patologie di maggior frequenza sono i gliomi cerebrali, i meningiomi e le metastasi.

Per quanto riguarda la patologia tumorale dell'ipofisi e della base cranica ci avvantaggiamo della stretta e ormai decennale collaborazione con i Colleghi ORL. Mi riferisco per esempio agli approcci endoscopici transnasali e transfenoidali (per la patologia ipofisaria e della base cranica anteriore) o agli approcci otochirurgici per il trattamento della patologia tumorale della fossa posteriore e fossa media (neurinomi, meningiomi, angiomi).

Un altro ampio capitolo della nostra attività è rappresentato dal trattamento delle patologie vascolari cerebrali. Come per la patologia tumorale, anche in questo ambito il lavoro di squadra permette di gestire tutte le patologie vascolari sia acute che croniche. In particolare, l'equipe multidisciplinare vede la collaborazione tra neurochirurghi, neurologi vascolari (afferenti alla Stroke Unit dell'Istituto Mondino) e la neuroradiologia Interventistica. Le malattie più frequenti che ci troviamo ad affrontare sono gli aneurismi cerebrali, sia in emergenza (quando l'aneurisma purtroppo si rompe) che in elezione. Questi pazienti vengono singolarmente valutati e dopo discussione collegiale viene proposto o un trattamento chirurgico (mediante craniotomia e posizio-

namento di clips) oppure endovascolare (introducendo delle spirali o degli stents).

Sempre nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze, grazie alla stretta collaborazione con il centro malattia di Parkinson, abbiamo di recente dato inizio al trattamento chirurgico dei pazienti affetti dal morbo di Parkinson e abbiamo già trattato un numero molto elevato di pazienti e puntiamo nel giro di pochissimo tempo a collocarci come centro di riferimento italiano per questa terapia.

Ovviamente un ampio capitolo della nostra attività è dedicato alla gestione clinica e chirurgica della patologia del rachide. Nonostante il volume enorme di pazienti che afferiscono ai nostri ambulatori, la nostra selezione del paziente è molto severa nel senso che non siamo soliti indicare interventi chirurgici alla colonna se non strettamente necessari o quando tutte le possibili terapie conservative hanno fallito. In tal caso mettiamo a disposizione del paziente tutte le tecniche chirurgiche sia classiche che mini-invasive per gestire qualsiasi patologia del rachide (fratture, ernie, stenosi, instabilità vertebrale).



Immunoterapia: sempre più la nuova frontiera nel trattamento dei tumori solidi



FRANCESCO AGUSTONI

*Oncologia Medica,
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo*

INTRODUZIONE

Il trattamento delle neoplasie solide ha conosciuto negli ultimi anni profondi cambiamenti, forse senza eguali se paragonati ai decenni precedenti, che hanno radicalmente modificato l'approccio diagnostico-terapeutico ai pazienti affetti da queste patologie; ai tradizionali trattamenti chemioterapici si è successivamente aggiunta l'opportunità di somministrare terapie biologiche ai pazienti portatori di target molecolari specifici e, più recentemente, l'avvento dell'immunoterapia ha rivoluzionato lo scenario del trattamento di questi pazienti.

MECCANISMI D'AZIONE DELL'IMMUNOTERAPIA

Il razionale biologico alla base dell'immunoterapia è quello di sfruttare la capacità delle cellule del sistema immunitario, in particolare i linfociti T, oltre che di contrastare i processi infettivi, anche di riconoscere ed eliminare le cellule tumorali. Un meccanismo, del tutto fisiologico, che tuttavia non sempre funziona a dovere. I tumori infatti sono in grado, tramite la produzione di specifici fattori, di spegnere questa risposta e crescere in maniera indisturbata.

L'individuazione e la comprensione del funzionamento di questi fattori è stato il primo passo per progettare dei farmaci capaci di rimuovere quel freno inibitorio - messo in atto dal tumore stesso - che limita la risposta immunitaria, i farmaci cosiddetti "immune-checkpoint inhibitors". Con essi è oggi possibile riattivare in maniera permanente la risposta immunitaria anti-tumorale, controllando, di fatto, la malattia.

Le scoperte dei meccanismi che hanno portato allo sviluppo dell'immunoterapia sono valse, nel 2018, il conferimento del Premio Nobel a Tasuku Honjo e James P. Allison. A loro il merito di aver individuato PD-1 e CTLA-4, i bersagli dei principali farmaci immunoterapici oggi in commercio.

L'immunoterapia nella pratica clinica

I farmaci immunoterapici vantano ad oggi innumerevoli indicazioni e registrazioni nel trattamento della maggior parte dei tumori

solidi. Essi sono anticorpi monoclonali che colpiscono in maniera selettiva gli immuno-checkpoint responsabili del silenziamento della risposta immunitaria da parte del tumore. Essi si distinguono in farmaci anti-PD-1 (Nivolumab, Pembrolizumab), anti-PD-L1 (Atezolizumab, Durvalumab, Avelumab), anti-CTLA-4 (Ipilimumab, Tremelimumab).

Nella tabella seguente vengono sintetizzate le attuali indicazioni e registrazioni in Italia all'utilizzo dell'immunoterapia nell'ambito del trattamento dei tumori solidi.

BIOMARCATORI

L'immunoterapia ha rappresentato un cambiamento epocale nelle strategie di trattamento dei tumori solidi, determinando in diversi ambiti dei miglioramenti significativi nell'aspettativa di vita dei pazienti. Purtroppo però, nonostante tali notevoli passi avanti, ad oggi esiste ancora una quota rilevante di pazienti che non risponde ai farmaci immunoterapici, o che risponde per periodi di tempo limitati. Questo significa che certi tumori sono in grado di sviluppare dei meccanismi di resistenza già nelle fasi iniziali del trattamento (resistenza cosiddetta primaria), oppure nelle fasi successive (resistenza secondaria); dall'altro lato esistono invece pazienti che si dimostrano estremamente e lungamente responsivi all'immunoterapia, ottenendo un controllo di malattia duraturo anche per diversi anni. Da questo elemento deriva la necessità di identificare dei fattori predittivi che possano indirizzare nella selezione a priori dei pazienti che possano maggiormente beneficiare di un trattamento immunoterapico rispetto invece ai pazienti verosimilmente immuno-resistenti upfront. Ad oggi non esistono ancora dei biomarcatori validati in questo senso; l'unico che viene considerato come correlabile al grado di risposta all'immunoterapia



è il livello di espressione del PD-L1, valutato al momento della diagnosi mediante metodica di immunoistochimica sul tessuto tumorale; maggiore è l'espressione di tale biomarcatore e maggiore è la risposta al trattamento immuniterapico. Per il resto, esistono dati di letteratura che individuano alcuni altri biomarcatori (ad esempio lo stato mutazionale di KEAP1 o STK11) come correlabili ad una inferiore risposta all'immunoterapia, ma è necessario raccogliere ulteriori dati a supporto.

TOSSICITÀ IMMUNO-RELATE

L'arrivo di tante novità ha prodotto, oltre che l'introduzione nella pratica clinica di molteplici nuove classi di farmaci, anche la necessità di acquisire nuove competenze in termini di gestione dei loro potenziali effetti collaterali. Nel caso specifico dell'immunoterapia, questi farmaci risultano essere generalmente ben tollerati e si differenziano dai tradizionali chemioterapici per la ridotta incidenza di eventi tossici quali la mielotossicità, l'alopecia e la tossicità gastro-enterica. Tuttavia, una percentuale non

trascurabile di pazienti trattati con immunoterapia sviluppa durante il corso del trattamento delle forme di tossicità che riproducono i quadri delle patologie auto-immuni, in quella che si configura come una risposta eccessiva del sistema immunitario indotta dal trattamento. Tali forme di tossicità, nella maggior parte dei casi di grado lieve-moderato, includono polmoniti, coliti, epatiti, tiroiditi e, in casi più rari, ipofisiti, nefriti e miocarditi su base immuno-relata.

L'utilizzo sempre più esteso nella pratica clinica di questa classe di farmaci ha determinato di pari passo un aumento dell'incidenza di queste particolari forme di tossicità e, di conseguenza, la necessità di implementare un approccio multidisciplinare nella definizione del loro trattamento. Tale multidisciplinarietà, già da tempo ormai parte integrante dell'approccio al paziente oncologico, trova applicazione anche in contesti differenti rispetto a quelli prettamente oncologici. In tal senso appare sempre di maggiore importanza il confronto anche con altri Colleghi Specialisti d'organo coinvolti nella gestione di taluni effetti collaterali tipici dei farmaci di nuova generazione, con specifico riferimento agli inibitori degli immuno check-points.

Risulta quindi di fondamentale rilevanza che da un lato l'Oncologo Medico faccia riferimento sempre più spesso allo Specialista d'organo per la gestione di queste tossicità e dall'altro che i vari Specialisti acquisiscano le conoscenze necessarie in merito ai nuovi farmaci immunoterapici attualmente in uso.

CONCLUSIONI

In conclusione, l'immunoterapia ha rappresentato negli ultimi anni la nuova frontiera nel trattamento medico delle neoplasie solide, con una serie di indicazioni che sono andate via via moltiplicandosi nel tempo. Lo sforzo della ricerca scientifica è attualmente indirizzato allo sviluppo di nuove classi di farmaci immunoterapici diretti anche contro altri bersagli immunologici diversi da PD-1/PD-L1 e CTLA-4. Molto si deve ancora studiare a proposito dei biomarcatori predittivi di risposta all'immunoterapia, al fine di applicare anche in questo ambito il concetto di "medicina personalizzata" da cui non può prescindere oggi l'approccio terapeutico al paziente con tumore solido.

Tumore	Indicazione	Farmaco	Selezione per PD-L1
NSCLC	1 linea in monoterapia stadio IV	Atezolizumab	PD-L1 TPS ≥ 50%
		Atezolizumab	PD-L1 TPS ≥ 50%
		Cemiplumab	PD-L1 TPS ≥ 50%
	1 linea in combinazione con CT stadio IV	Pembrolizumab	PD-L1 TPS ≥ 50%
		Nivolumab + Ipilimumab	PD-L1 TPS ≥ 50%
	2 linea in monoterapia stadio IV	Nivolumab	PD-L1 TPS > 1%
	Nivolumab	Nessuna	
	Atezolizumab	Nessuna	
	Adjuvante dopo CT stadio I-III	Atezolizumab	PD-L1 TPS ≥ 50%
	Mantenimento dopo CT stadio III	Durvalumab	PD-L1 TPS > 1%
Microcitoma	1 linea in combinazione con CT metasta estesa	Atezolizumab	Nessuna
		Durvalumab	Nessuna
Melanoma	1 linea in monoterapia stadio IV	Nivolumab	Nessuna
		Nivolumab + Ipilimumab	Nessuna
		Nivolumab/Pembrolizumab	Nessuna
	Adjuvante stadio I-IV	Nivolumab/Pembrolizumab	Nessuna
Rene	1 linea in combinazione con Axitinib	Pembrolizumab	Nessuna
	1 linea in monoterapia	Nivolumab	Nessuna
Vescica	1 linea in monoterapia stadio IV	Pembrolizumab	Nessuna
	2 linea in monoterapia stadio IV	Pembrolizumab	Nessuna
	1 linea in monoterapia stadio IV	Nivolumab	Nessuna
	1 linea in monoterapia stadio IV	Atezolizumab	Nessuna
Colon	1 linea in monoterapia stadio IV	Pembrolizumab	dMMR/MSI-high
Esofago	1 linea in combinazione con CT stadio IV	Nivolumab	CPS > 9%
Stomaco	(per tumori HER2 negativo)	Nivolumab	CPS > 9%
Vie Biliari	1 linea in combinazione con CT stadio IV	Durvalumab	Nessuna
Testa-collo	1 linea in monoterapia stadio IV	Nivolumab	Nessuna
Mammella	1 linea in combinazione con CT stadio IV (per tumori triple negativo)	Pembrolizumab	CPS ≥ 10%
		Atezolizumab	CPS ≥ 1%
HCC	1 linea in monoterapia con Nivolumab	Atezolizumab	Nessuna
	1 linea	Durvalumab + Tremelimumab	Nessuna
Merkel	1 linea in monoterapia	Axitinib	Nessuna

Lista abbreviazioni: NSCLC: non-small cell lung cancer; PD-1: programmed-death-1; PD-L1: programmed-death ligand-1; HCC: hepatocellular carcinoma; TPS: tumor proportional score; CPS: combined proportional score; dMMR/MSI-high: mismatch repair deficient/microsatellite instability.

Come gestire il ritorno al lavoro dopo il trattamento del cancro



DOMENICO DELLA PORTA

*Presidente Osservatorio
Malattie Occupazionali
e Ambientali Università
di Salerno*

Ritornare al lavoro dopo il trattamento del cancro è un evento importante per i pazienti. È un notevole segnale di ripresa ed è spesso vissuto come una transizione dal considerarsi un paziente ad essere di nuovo normale. Di fronte ad una "persona" con neoplasia, sempre meno "paziente", nonostante le lunghe terapie che ne possono accompagnare la vita, che ha convissuto con una malattia dalla prognosi incerta per un intervallo di tempo talvolta rilevante della propria esistenza, occorre modulare l'estrinsecazione sociale ed affettiva e le motivazioni, in un equilibrio molto complesso.

In Italia, circa il 50% delle nuove diagnosi di tumore vengono effettuate in età lavorativa e ogni anno circa 100mila persone si aggiungono ai quasi 1,5 milioni di lavoratori che sono rientrati al lavoro dopo un tumore. Le donne operate al seno costituiscono il gruppo più numeroso, con circa 30-40mila casi annui stimati di rientro al termine dei trattamenti e più di 800mila lungo-sopravvissuti, che spesso hanno difficoltà nel reinserimento lavorativo.

Ecco perché ritornare al lavoro dopo il trattamento del cancro, oltre ad essere un evento importante per i pazienti è anche un notevole segnale di ripresa, spesso vissuto come una transizione dal considerarsi un paziente ad essere di nuovo normale. Le ragioni più frequenti di mancata o tardiva ripresa del lavoro sono: fatigue; menomazioni fisiche; sintomi depressivi, problemi psicologici, di memoria o attenzione, dolore, disturbi del sonno.

Due sono le principali categorie di fattori che influenzano il ritorno al lavoro. Da una parte i fattori legati alla persona, all'azienda e alla società che possono svolgere ruoli sia di facilitazione che di ostacolo, a seconda delle specifiche condizioni del posto di lavoro. Dall'altra la possibilità di misurare, utilizzando me-

todi standardizzati, la differenza di capacità lavorativa e di salute mentale (sonno, stanchezza, ansia, depressione, felicità) soprattutto tra le lavoratrici che rientrano dopo una malattia e le altre lavoratrici.

Questo risultato potrebbe essere utile al medico competente per graduare il carico di lavoro in base alle capacità residue e assegnare mansioni lavorative adeguate. Vale a dire la giusta misura dell'impegno. Le barriere sono: sintomi fisici e cognitivi, problemi psicosociali, mancanza di conoscenza e coordinamento (professionisti sanitari, pazienti e manager), vuoto giuridico, cambiamento fisico, vincoli di tempo, caratteristiche del lavoro (lavori meno qualificati), colleghi che non supportano, problemi familiari. Gli elementi facilitatori sono: sostegno familiare e lavorativo, attività fisica e riabilitazione, collaborazione interdisciplinare, consulenza legale e medico-legale, e benefici di legge per i lavoratori, senza tralasciare gli aspetti positivi del lavoro e la elaborazione di protocolli per la capacità lavorativa con un concreto supporto professionale collegiale per la sua corretta definizione per il medico competente.

Si tenga presente che il tipo di trattamento ricevuto (interventi chirurgici, radioterapia, chemioterapia e terapia ormonale) influenza significativamente i tempi di recupero e relativa ripresa lavorativa. La chemioterapia è il trattamento più invalidante, a causa del prolungamento del congedo per malattia e degli effetti collaterali.

Le condizioni di lavoro favorevoli per il reinserimento di un lavoratore dopo la patologia oncologica sono le misure ergonomiche su misura (ad esempio, riduzione del lavoro manuale, orari) ed clima organizzativo adeguato (sostegno da parte dei colleghi, lavoro part-time, attività graduale, rientro graduale, flessibilità). Hanno un'influenza positiva, da parte del management aziendale, sul Return to work RTW "offrire flessibilità lavorativa" e "offrire adattamenti lavorativi" promuovendo interventi integrati per il recupero ed il potenziamento delle competenze professionali e le soft skills.

«Il mio tumore e il rientro al lavoro come parte della terapia»

Ho 47 anni e, da quando ho divorziato, vivo insieme a mio figlio di 7 anni in un piccolo appartamento a Milano ereditato dai miei genitori. Desiderosa di reinserirmi nel mondo del lavoro, sono entrata in contatto con lo staff del Centro "Work Is Progress" (Wip) di Fondazione Soletterre dopo essere guarita da un tumore raro alla mammella, diagnosticatomi nel 2022, e per il quale ho subito anche un intervento di asportazione dell'utero.

Durante il primo colloquio con la job counselor di Wip, ho subito espresso il desiderio di tornare a lavorare, ma ho dovuto lottare con le difficoltà post malattia nel trovare un impiego adatto alle

mie mutate condizioni personali e di salute. Lo staff di Work Is Progress mi ha subito proposto di beneficiare del servizio di supporto psicologico fornito dal programma.

È stata un'esperienza che mi ha sicuramente aiutata ad affrontare questa situazione complessa, anche se prima di cominciare il percorso con la psicologa di Soletterre non nego di aver avuto dei momenti di incertezza.

Essendomi stata riconosciuta l'invalidità a causa della mia patologia oncologica, mi sono potuta iscrivere alle categorie protette e al servizio di collocamento mirato, e beneficiare del supporto che Work Is Progress porta avanti insieme ad Afol – Agenzia per il lavoro - per l'inserimento e il re-inserimento lavorativo di pazienti ed ex-pazienti oncologici.

Il supporto ricevuto da questo programma mi ha dato tanto coraggio. Il coraggio necessario a sostenere un primo colloquio per un tirocinio come segretaria. Il colloquio è andato bene e sono stata selezionata. Finalmente, potevo cominciare con una nuova esperienza, la prima dopo la malattia.

Purtroppo, però, la malattia si ripresenta poco prima dell'inizio del tirocinio, costringendomi a rimandare l'inizio del lavoro per un intervento chirurgico imminente. Spesso per noi ex malati o malati oncologici, l'imprevedibilità della malattia è un aspetto con il quale ci ritroviamo a fare i conti.

Tuttavia, l'azienda cinematografica che mi aveva selezionata, nonostante tutto, mi ha confermato il suo interesse ad accogliermi essendo rimasti molto impressionati dalle mie capacità. Ed io a mia volta ero così grata e fiera di potermi ancora mettere in gioco. Adesso sono in attesa dell'intervento e quindi sto aspettando di iniziare il tirocinio. Grazie all'intermediazione di Afol, stanno anche valutando di iniziare sin da subito una collaborazione con la possibilità di sospendere l'attività quando necessario per motivi di salute.

Per molte persone pazienti oncologiche, è inevitabilmente necessario conciliare desideri ed esigenze professionali con le proprie condizioni psicofisiche e per questo esistono strumenti legislativi, economici e sociali pensati proprio per facilitare il raggiungimento di una situazione di equilibrio in cui il diritto al lavoro e quello alla salute vengano tutelati a pieno e insieme. Deve essere in primis una presa di coscienza di pazienti, ex pazienti, medici e caregiver: gli strumenti per aiutare i più fragili e chi li assiste ci sono, basta saper creare una buona sinergia tra tutti gli attori coinvolti, come nel caso di Work is Progress.

Quando vivi la malattia, qualsiasi aspetto della vita acquisisce un valore diverso, e il lavoro non fa eccezione, anzi, potrei dire che è parte integrante di un percorso di guarigione, ti dà obiettivi e accende la speranza nel domani. Io, sicuramente, ne ho e continuerò ad averla.

CHIARA*
(NOME DI FANTASIA)



Il passaggio di competenze nello studio odontoiatrico, il Corso di ANDI Lombardia fa tappa a Pavia

REDAZIONE

Il passaggio di competenze nello studio odontoiatrico è un tema complesso, che riguarda valori materiali e immateriali e che può avere maggior successo se preceduto anche dalla piena comprensione dei principi e delle norme che lo regolano. Per affrontare questo argomento, anche ponendo la corretta attenzione sui fattori umani in gioco, ANDI Lombardia ha organizzato il Corso ECM "Il passaggio di competenze nello studio

odne le possibilità di sviluppo, la redditività e la capacità di creare valore nel tempo sia come titolari che come aspiranti tali.

Le altre tematiche trattate durante il Corso sono state "I cambiamenti nell'offerta di servizi odontoiatrici" (con una relazione tenuta dal dottor Roberto Rosso), "Gestire lo studio odontoiatrico: cosa c'è da sapere" (a cura della Commissione Sindacale Regionale di ANDI Lombardia), "La responsabilità del professionista" (che ha visto come relatori i dottori Massimo Manchisi, Andrea Morandi, Gianmario Fusardi e Angelica Zenato) e "Comunicare il proprio valore" (a cura dei dottori Tiziano Caprara e Andrea Senna).

«Questo corso è stato un'iniziativa formativa di grande valore – sottolinea la dottoressa Giulia Schiantarelli, Presidente di ANDI Pavia – che ha aiutato tutti i Soci, non soltanto gli under 40 ma anche quelli in età più avanzata, nella comprensione dei cambiamenti dell'offerta di servizi odontoiatrici, nello sviluppo della propria identità professionale e nelle tematiche di gestione dello studio». Oggi, infatti, l'impresa-studio odontoiatrico in quanto erogatore di servizi sanitari si interfaccia con diritti fondamentali dell'utenza, e deve necessariamente salvaguardare la propria missione sociale oltre che conseguire leciti obiettivi economici.

Lo scopo del percorso organizzato da ANDI Lombardia è di creare un terreno comune, per facilitare l'incontro ed il dialogo fra generazioni professionali diverse di odontoiatri, in particolare mostrando come la costruzione della propria identità ed autonomia passa necessariamente attraverso lo studio quale espressione della personalità e delle competenze del professionista-titolare.

odontoiatrico: strategie per affrontare e vincere le sfide della nostra epoca".

Il percorso formativo extra-clinico, rivolto agli odontoiatri under 40 ma non solo, ha fatto tappa anche a Pavia dopo essere partito da Brescia ed essere passato da Cremona e prima della chiusura avvenuta a Milano. La tappa pavese del Corso di formazione per gli odontoiatri si è svolta sabato 10 nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia. Qui i dottori Bruno Bondini e Andrea Tuzio hanno tenuto una relazione dal titolo "Migliorare la redditività usando gli strumenti disponibili", nell'ottica di incrementare le possibilità di sviluppo dello studio odontoiatrico e la sua capacità di creare valore a partire dalla scelta della forma organizzativa. Lo studio odontoiatrico, infatti, è una impresa erogante servizi sanitari con tutte le problematiche connesse: la scelta della forma organizzativa più adeguata alle proprie esigenze va vista nell'ottica di miglio-



NOTIZIARIO ODONTOSTOMATOLOGICO

L'editoriale del Presidente CAO Le sfide dell'odontoiatria moderna

È ormai da tempo evidente che la nostra professione sta affrontando quotidianamente sfide che ci coinvolgono sotto diversi profili: culturale, organizzativo, tecnologico, burocratico...

Di recente il decreto 11.05.2023 ha espresso le modalità operative per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici identificativi UDI dei dispositivi medici impiantabili, con un conseguente ennesimo aggravio burocratico per i nostri studi.

Parimenti il decreto 3 novembre 2023 relativo a "Determinazione dei dati che gli esercenti provvedono a trasmettere alla regione o alla provincia autonoma di competenza per la valutazione dell'entità e la variabilità delle esposizioni a radiazioni ionizzanti a scopo medico della popolazione residente" ci impone la registrazione dei dati dosimetrici di tutte le esposizioni radiografiche effettuate nei nostri studi.

Di fatto applicare leggi, norme, decreti è diventato quotidianamente un onere che va ad aggiungersi ai tanti altri che ogni giorno dobbiamo affrontare e che rischiano di togliere tempo al nostro impegno professionale dedicato alla cura dei pazienti.

La nostra tradizione di professionisti strutturati da anni ci aiuta a resistere alle difficoltà dei tempi e ci sostiene indubbiamente il nostro rispetto per i dettami del Codice di deontologia medica.

E' la relazione di cura che ancora oggi, seppure tra mille difficoltà, rende sempre appassionante la nostra professione per affermare il rapporto fiduciario che si instaura tra medico e paziente.

E della nostra deontologia un cardine importante è senza dubbio anche il costante aggiornamento professionale che ci consente di affrontare le no-

vità tecniche e tecnologiche dei tempi attuali.

In merito alle competenze acquisite dopo la laurea, non possiamo tralasciare i master universitari.

Con la comunicazione n. 144 del 14.12.2023 la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha precisato che per inserire i master (sia di I che di II livello) nell'albo unico nazionale degli iscritti occorrono due requisiti:

durata almeno annuale con un impegno complessivo di almeno 1500 ore

corrispondenti ad almeno 60 crediti formativi universitari (CFU) ed essere istituiti dalle Scuole o Dipartimenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e di odontoiatria e protesi dentaria presso le Università pubbliche e private riconosciute dal MIUR. Nello specifico i master universitari di II livello differiscono dai master di I livello esclusivamente per il titolo di accesso richiesto del titolo di laurea magistrale o magistrale a ciclo unico e non per la durata che può essere biennale ovvero annuale.

Sta di fatto che l'aggiornamento costante e l'acquisizione continuo di competenze sono indubbiamente un valore aggiunto nello svolgimento della professione di odontoiatra e nella possibilità di affrontare le sfide che il futuro, ma già anche il presente, della nostra professione ci prospettano.



DOMENICO CAMASSA
Presidente CAO Pavia

Intelligenza artificiale, collaborazione, sostenibilità: gli 8 trend Health Tech del 2024

I sistemi sanitari, in ogni parte del mondo, sono chiamati ad affrontare diverse sfide: dalla carenza di personale specializzato all'aumento delle disparità sanitarie, fino alla riduzione dell'impatto sull'ambiente, per offrire un'assistenza sostenibile e accessibile a tutti.

ROYAL PHILIPS

Royal Philips ha individuato 8 trend in ambito health tech che mostrano come le innovazioni nell'intelligenza artificiale, nell'assistenza virtuale e nella sostenibilità possono fare la differenza per supportare gli operatori sanitari e i pazienti, con benefici per la società in generale.

1) Ottimizzazione del flusso di lavoro grazie all'AI. L'automazione e l'intelligenza artificiale saranno sempre più presenti nella quotidianità di medici e infermieri per accelerare le attività di routine, con l'obiettivo di alleggerire il carico sugli operatori sanitari, anche a seguito della persistente carenza di personale. Nell'imaging diagnostico, per esempio, l'integrazione dell'AI può consentire ai radiologi e agli ecografisti di avere una qualità dell'immagine più elevata, effettuare diagnosi più precise e di concentrarsi maggiormente sulla cura dei pazienti. Come evidenzia un recente sondaggio Bain & Company, i leader del settore sanitario individuano le maggiori potenzialità di queste nuove tecnologie nella riduzione dei carichi amministrativi: grazie alla possibilità di automatizzare la documentazione dei pazienti i medici avranno più tempo per concentrarsi su attività di maggior valore.

2) Collaborazione virtuale. La collabora-

zione virtuale sarà sempre più determinante per mitigare l'impatto della carenza di personale e di competenze, migliorando l'accesso alle cure nelle aree remote dove è più forte la mancanza di medici e infermieri specializzati. Questi modelli hub-and-spoke basati sul cloud stanno portando importanti benefici sia nel campo della radiologia che degli ultrasuoni, estendendo l'accesso alle cure specialistiche e mantenendo gli stessi standard in tutto il sistema sanitario. I medici più esperti possono infatti supportare a distanza i colleghi meno esperti o in aree remote e comunicare con i pazienti, sia che si trovino in ospedale, in una clinica o in qualsiasi altra sede. Anche i programmi di tele-terapia intensiva saranno fondamentali per migliorare l'assistenza dei pazienti, alleggerendo il carico di medici e infermieri grazie al monitoraggio basato sull'AI.

3) Diagnostica integrata a supporto della collaborazione multidisciplinare. I progressi nella diagnostica integrata consentiranno a diversi specialisti sanitari di scambiare più facilmente i dati dei pazienti ottenuti da fonti sempre più diversificate, come l'imaging, la patologia digitale e la genomica, permettendo loro di lavorare insieme in modo più efficiente ed efficace. La collaborazione multidisciplinare, inoltre, consente ai medici di ritrovare maggiore coerenza nei loro risultati, creando un feedback continuo che può aiutare a ottimizzare ulteriormente i processi diagnostici.

4) Migliore interoperabilità per rendere più efficienti monitoraggio e coordina-

mento delle cure. L'interoperabilità rappresenta una sfida costante nel settore sanitario, tanto da essere identificata dai leader della sanità nel rapporto Future Health Index 2023 di Philips come uno dei quattro principali fattori di successo per integrare l'assistenza di persona e quella virtuale in tutti i contesti. Le nuove funzionalità di interoperabilità possono riunire dispositivi e sistemi medici diversi in un'unica interfaccia per creare una panoramica completa delle condizioni di un paziente. Innovazioni recenti come gli avatar visivi dei pazienti, inoltre, possono fornire ulteriori informazioni, traducendo i dati complessi dei pazienti in una visione sintetica di facile comprensione.

5) Individuazione precoce del rischio grazie all'analisi predittiva. L'analisi predittiva è una delle tendenze più promettenti della tecnologia sanitaria negli ultimi anni: il 39% dei leader della sanità intervistati per il rapporto Future Health Index 2023 di Philips prevede di investire nell'AI per migliorare la previsione dei risultati (+9% rispetto al 2021). Già oggi l'analisi predittiva aiuta gli operatori sanitari a rilevare rischi per la salute del paziente sulla base dei segni vitali e di altri dati, fornendo un importante supporto soprattutto nelle cure acute, dove la vita di una persona può dipendere da un intervento tempestivo. L'analisi predittiva, inoltre, può aiutare a curare i pazienti a casa, attraverso il monitoraggio da remoto.

6) Combattere le disparità sanitarie grazie alla tecnologia. La necessità di un'assistenza sanitaria più equa e sostenibile non è mai stata così urgente. La tecnologia sanitaria può contribuire a colmare molte delle lacune del settore sanitario, riducendo allo stesso tempo l'impatto del settore sull'ambiente. Un ruolo sempre più determinante avranno le partnership volte a promuovere l'equità nell'accesso alle cure, specie in comunità emarginate e svantaggiate.

7) Tecnologie intelligenti per stabilire e mantenere routine sane. Gli smartwatch e l'am-

pia varietà di dispositivi sanitari intelligenti, sempre più sofisticati sul mercato, in grado di monitorare persino i parametri vitali di chi li indossa, stanno aiutando le persone a essere più consapevoli dell'importanza di seguire stili di vita più sani ed equilibrati. La gravidanza è un'area in cui le app su smartphone, come Philips Pregnancy+, utilizzata dal Dipartimento della salute e dei servizi alle persone del Michigan (MDHHS) negli Stati Uniti, possono offrire un comodo accesso a informazioni di educazione sanitaria e a servizi offerti da fornitori locali utili alle future mamme.

8) Ridurre l'impatto dell'assistenza sanitaria sul pianeta. La digitalizzazione offre enormi possibilità di assicurare cure più efficaci e in maniera più efficiente, ma tutto questo ha un prezzo. L'assistenza sanitaria, infatti, genera circa un terzo dei dati globali e la crescita del 36% dei dati sanitari stimata tra il 2018 e il 2025 è la più rapida di qualsiasi altro settore. La costruzione di infrastrutture digitali sostenibili, come soluzioni cloud a zero emissioni di carbonio, l'utilizzo di hardware in un'ottica di economia circolare e lo sviluppo di software sostenibili saranno determinati per ridurre l'impronta carbonica del settore sanitario. Allo stesso tempo, criteri Esg influenzeranno sempre di più i metodi di valutazione e di scelta dei fornitori, specie nell'ambito degli appalti pubblici. I fornitori stessi saranno chiamati a comunicare in modo trasparente informazioni relative alle prestazioni di loro prodotti e attrezzature, al loro impatto ambientale e alle strategie di sostenibilità messe in atto.

E vista la maggiore consapevolezza del legame tra la salute del Pianeta e quella umana, le istituzioni sanitarie saranno sempre più impegnate a ridurre la propria impronta ambientale, adottando tecnologie efficienti, capaci di ridurre l'utilizzo di risorse naturali, come l'acqua. Anche Philips, pur non essendo un'impresa ad alto consumo idrico, ha avviato un programma per ridurre il proprio consumo totale di acqua del 5% rispetto al livello del 2019.

L'ultimo sogno dell'Università di Pavia: un museo sulla storia della medicina

REDAZIONE

L'Università di Pavia sta investendo molte energie per riqualificare i luoghi del sapere e gli spazi di aggregazione così da essere sempre più attrattiva verso studentesse e studenti, accogliendoli in un luogo di crescita umana e formativa. In questa prospettiva l'Università ha proposto al Ministero, che ha prontamente approvato e co-finanziato, una nuova struttura espositiva, a palazzo Botta, dedicata alla storia della medicina "Anthropos", che si affiancherà a Kosmos, il museo di storia naturale dell'Università di Pavia. Palazzo Botta fu la sede che concentrò il massimo della creatività scientifica e non esiste nessun altro luogo in Lombardia dove la storia delle discipline biomediche sia stata altrettanto ricca di avvenimenti.

La prima fu l'Istituto di Patologia Generale diretto da Camillo Golgi, che avrebbe vinto di lì a poco il premio Nobel per la Medicina (1906). Con Golgi, e successivamente con Maffo Viali, Vittorio Erspamer, Adriano Buzzati Traverso, Luigi Luca Cavalli Sforza, l'edificio diventò un centro scientifico di straordinario rilievo internazionale.

Coerente con questa prestigiosa tradizione, l'edificio di piazza Botta espanderà i suoi spazi espositivi trasformandosi in quel "palazzo della vita" che Pavia merita. Un polo museale unico nel contesto italiano che raccoglierà saperi, strumenti e pratiche prodotti dall'uomo per conoscere la propria natura corporea.

Il nome scelto è quello di "Anthropos – Museo di Storia della Medicina". 'Anthropos' è il ter-

mine che i greci utilizzavano per indicare l'appartenente alla specie umana e, nel nostro caso, si riferisce all'origine di quella medicina che mette al centro la persona e che ebbe la sua nascita proprio nell'antica Grecia per opera della scuola medica di Ippocrate. 'Anthropos', dunque, è stato scelto anche per richiamare la genesi di quello che è ancora il paradigma medico più attuale, nella forma di quella che oggi viene chiamata "patient-centricity".

Nei mesi passati, Paolo Mazzarello, Presidente del Sistema Museale di Ateneo, e il personale del Sistema, hanno articolato le linee del percorso espositivo, avvalendosi del contributo di un Comitato Scientifico composto da Christian Greco, direttore del Museo Egizio di Torino; Fausto Barbagli, Presidente dell'Associazione Nazionale Musei Scientifici; Giorgio Boatti, giornalista e scrittore pavese; Chiara Nenci, docente di Museologia e Beni culturali presso l'Accademia di Brera.

"Anthropos – museo di storia della medicina" si integrerà con Kosmos che, inaugurato nel settembre 2019 con un allestimento molto innovativo, ha suscitato un forte interesse registrando la partecipazione di oltre 65mila visitatori. "Il museo Anthropos intende raccogliere quell'insieme di saperi, strumenti e pratiche - che, nei secoli, sono stati prodotti dall'uomo per conoscere la propria natura corporea, le malattie che lo hanno afflitto, i rimedi per affrontarle. Chi ha strumenti e suggerimenti da portare può scrivere una mail al presidente del Sistema museale di Ateneo, Paolo Mazzarello.

Una progettazione condivisa, e partecipata da tutta la cittadinanza, di questo Museo, così denso di storia e di significato, rappresenterebbe un ulteriore importante segnale di un percorso strategico congiunto di Università e Città.

LA RECENSIONE

“Pavia nella storia della sterilizzazione”

DI PAOLO MAZZARELLO

Una procedura che ha modificato il vivere degli uomini per difendersi dai germi insiti nell'alimentazione e nelle pratiche sanitarie è la sterilizzazione. Un'innovazione che permette di eliminare qualsiasi microrganismo vivente, patogeno o non patogeno. La sua storia è affascinante ed origina dagli esperimenti di Lazzaro Spallanzani svolti a fine 700. A riprendere questa importante avventura è stato Paolo Mazzarello, storico della Medicina dell'Università di Pavia, in una pubblicazione “Pavia nella storia della sterilizzazione”, dedicata al grande studioso settecentesco.

Una pubblicazione particolarmente approfondita per i rilievi storici e culturali del suo Autore anche accompagnata da immagini rese vitali dalla ottima impostazione data dal suo promotore Fedegari grazie all'opera dell'accurato lavoro fotografico di Giò Martorana.

Il libro percorre tutte le tappe del processo che porterà Spallanzani, al quale è dedicato a Pavia il museo di Scienze naturali Kosmos, ad affermare la validità dell'innovazione che ha cambiato la medicina ed anche l'industria alimentare e la stessa produzione farmaceutica.

Le grandi svolte delle scienze della vita tra il XVII e il XVIII secolo sono determinate dalla scoperta di fenomeni eccezionali rivelati da “animalculi” casualmente scoperti e assurti improvvisamente alla notorietà anche tra il pubblico dei non addetti ai lavori, o da piccoli organismi fino ad allora trascurati dalla ricerca scientifica: i protozoi e gli spermatozoi di Leeuwenhoek, i gorgoglioni di Réaumur e Bonnet, i polipi d'acqua dolce di Trembley, le anguillule del grano e gli infusori di Needham, i girini, le salamandre e le stesse lumache di Spallanzani, le rane di Galvani e di Volta.

In un'epoca in cui, a causa della semplicità delle tecniche d'indagine, del diletterantismo dei ricercatori e dei vasti ambiti di oscurità che coprono ancora gran parte del mondo vivente, la curiosità del naturalista può es-

sere premiata a ogni passo da nuove insospettite scoperte, ogni minuscolo essere vivente, ogni insetto o mollusco appare un concentrato di meraviglie capaci di aprire visioni inedite della vita.

Lo studio dell'infinitamente piccolo rivela ai naturalisti un mondo sconosciuto. In questa nuova atmosfera ideale l'avanguardia della ricerca scientifica viene assunta, nel corso della prima metà del Settecento, dai naturalisti, come Spallanzani, i quali tendono a privilegiare, rispetto al grande sviluppo dell'anatomia e della fisiologia della seconda metà del Seicento, il metodo dell'osservazione diretta. Spallanzani fu uno dei maggiori rappresentanti della fisiologia sperimentale del '700 e il più autorevole sostenitore della teoria generazionale dell'omne vivum e vivo.

In netto contrasto con la teoria della generazione spontanea dei microrganismi, Spallanzani sostenne che invece, anche se al microscopio non si vedevano, i microrganismi esistono e seguivano la legge dell'omne vivum e vivo e propose di chiamarli “infusori”.

Intorno all'origine degli infusori da generazione spontanea si sviluppa una delle più celebri dispute scientifiche del Settecento. Spallanzani sterilizza l'infusione mediante una prolungata bollitura e impedisce il contatto con l'ambiente esterno attraverso la sigillatura alla fiamma dei recipienti, il risultato è che, delle 19 ampole preparate, dopo qualche giorno nessuna contiene traccia di infusori. Da qui la pratica della sterilizzazione, della disinfezione e dell'asepsi in ambito medico-chirurgico. Pratiche che hanno fornito il presupposto anche dell'industria conserviera degli alimenti e dei farmaci.

Spallanzani dal 1769 divenne professore in Storia Naturale presso l'Università di Pavia e qui iniziò a dirigere il Museo dell'Università che, anche grazie al suo contributo, ottenne grande fama internazionale. Morì nella notte tra l'11 e il 12 febbraio 1799 nella sua abitazione di Pavia.

L'evoluzione non porta ad organismi perfetti

Perché esistono le malattie? La medicina si è tradizionalmente basata sull'idea che dipendano dalla rottura o dall'alterazione di meccanismi anatomici e fisiologici dal funzionamento che si ritiene perfetto.

A sostenere la necessità di una migliore comprensione tra evoluzione e patologie è proprio la medicina evolucionistica, secondo la quale la risposta terapeutica alle malattie non sarà mai completamente efficace fino a quando non ci occuperemo delle loro origini. Gli esseri umani sono frutto del processo di selezione naturale alla

base dell'evoluzione. Il motore che la muove sono le mutazioni casuali del DNA che, se vantaggiose per l'adattamento all'ambiente e la capacità di riprodursi del singolo verranno mantenute.

La prima considerazione da farsi è che l'evoluzione non porta ad organismi perfetti. Le pressioni selettive, in continuo mutamento, hanno generato soluzioni adattive solo "subottimali" utilizzando e modificando quanto era stato già selezionato da adattamenti pregressi." Sono molti gli esempi in cui un migliore adattamento evolutivo si accompagna ad una maggiore vulnerabilità alle malattie. Il più noto è quello della posizione bipede che ci ha permesso di esplorare più facilmente l'ambiente, ma ha modificato l'assetto di una colonna vertebrale fatta per camminare su quattro zampe. Predisponendoci, così, a mal di schiena, ad ernie del disco, dolori al ginocchio, fascite plantare, vene varicose, emorroidi. Anche un sistema immunitario

in grado di rispondere ad un'ampia gamma di antigeni fornisce una migliore protezione contro le infezioni, ma aumenta, però il rischio di risposte autoimmuni.

Tuttavia, capire la nostra storia evolutiva non basta. La sopravvivenza dell'individuo e della specie dipendono dalla capacità di evolvere in risposta alle pressioni ambientali.

L'evoluzione ha tempi lunghi e l'adattamento può essere complicato di fronte al rapido cambiamento dell'ecosistema, generando, così, un'ulteriore vulnerabilità alle malattie. Si pensi a quelle difese dell'organismo come la tosse, la febbre, ma anche la nausea e il vomito che possono essere esacerbate da alcune reazioni all'ambiente tanto da dover essere trattate come se fossero sintomi patologici.

Pur rallentata nell'uomo, comunque, l'evoluzione non si ferma. Un classico esempio è la nostra coevoluzione con gli agenti microbici, come la flora batterica e la rincorsa alle armi per avere la meglio quando questa diventa patogena. Il suo studio fornisce anche suggerimenti sulle migliori strategie di difesa come è il caso dell'antibiotico resistenza per cui l'uso scorretto degli antimicrobici sta portando alla selezione di ceppi batterici via via più resistenti. Per non dire dei tumori dove le popolazioni cellulari del cancro costruiscono la propria nicchia, alterano le comunicazioni tra cellule e trasformano l'ambiente circostante a loro vantaggio, tanto che parliamo di vero e proprio sistema del cancro.

La medicina evolucionistica è una disciplina ancora giovane e c'è molta ricerca da fare. Molte malattie, d'altra parte, oggi dipendono da nostro comportamento, mentre altre dipendono dal rapporto tra l'equipaggiamento della specie e l'ambiente.

Anche quando sembrerebbe che c'è poco da fare, non va dimenticato che tutte le malattie derivano dall'interazione di corpi e geni con l'ambiente e che molte malattie moderne derivano dal vivere in ambienti moderni.



**ALESSANDRA
TESTUZZA**

L'ANGOLO DEL CUORE

Alla supercazzola tra Dolcetto, Peirbuieira e Carica l'asino

DI PAOLO GERACI

Andiamo in Monferrato. Ai confini con la Liguria. A Ovada, più precisamente a Rocca Grimalda, in cima a un bricco. Italia minore. Quella che piaceva tanto al Mario Soldati degli anni Sessanta. E anche a noi, oggi.

Ovada è un posto magico, in bilico tra Liguria e Piemonte. Vi si trova, per esempio, la "farinata" di ceci, qui chiamata *belecauda* (bell'e calda), come nelle botteghe dei paesi liguri.

E terra di Dolcetto. Il Dolcetto, uva diffusa in molte parti del Piemonte, qui si chiama Dolcetto di Ovada doc. In Liguria si coltiva sulle alture dell'Imperiese, a Pornassio, e prende il nome – passando da Ormea - di Ormeasco.

Mario Soldati, nel suo viaggio in Italia parlava di questo Dolcetto esaltandone le virtù: «maggior profumo, maggiore gradazione, maggiore densità e una maggiore possibilità di invecchiamento» rispetto ad altri rossi simili del Piemonte. «Non è strano – sosteneva nel 1975 - che io riconosca finalmente il vecchio Piemonte in un paese ai confini con la Liguria e dopo essermi ricordato di un vino che è 'piemontese di Liguria'?» Soldati aveva una passione particolare per quella osteria «che ormai non ce ne sono quasi più: accogliente, affollatissima, allegriissima», che serviva inarrivabili agnolotti.

E noi, che invano per una vita abbiamo cercato le osterie di Soldati, facciamo la nostra *zingarata alla supercazzola* per scoprire se in questo paese si trova un piatto della memoria, il piatto che solo qui sanno fare secondo una ricetta segretissima. O meglio, per scoprire se lo sanno fare anche in una trattoria normale del paese.

È un piatto storico, che in paese prende il nome dalla pentola tradizionale, un tegame di coccio, utilizzata da sempre dai contadini per la sua lunghissima preparazione. È una minestra in cui i fagioli di diverse qualità sono cotti per ore fino a fondersi con le verdure e l'aglio per fare da accompagnamento brodoso alle lasagne. Agliosa e morbidissima. La tradizione prevede infatti che la *Peirbuieira* venga servita insieme con una agliata,

un'infusione a freddo dell'aglio nell'olio di oliva, da aggiungere a piacimento. A Rocca Grimalda la *Peirbuieira* è ben più di piatto, è un viaggio a ritroso verso le radici di una comunità antica. Nell'ultima settimana di agosto se ne celebra la festa. Una catena di montaggio collaudata di nonne e nipoti negli anni inizia a tirare la pasta all'uovo per le lasagne che finiscono nel brodo. La ricetta è stata brevettata in modo che il nome (*Peirbuieira*, non *Perbuieira*) non possa essere utilizzato senza permesso [entro l'anno forse si riuscirà a dare alla *Peirbuieira* la DeCo].

È un paesaggio dolce di colline aperte e verdi, solcate da filari di vigne già vendemmiate. Stupore e quiete. Si cerca il dolcetto e si trova, in una azienda defilata, il "Carica l'asino". È un vino bianco preparato in purezza con le uve di antiche barbatelle sopravvissute alle fusioni recenti. A voi la curiosità di indagare. È un vinello da poco, perfetto da accompagnare alla farinata. In azienda costa poco più di 4 euro a bottiglia, ma se fosse presentato in una location (orrore!) diversa e con altra prosopopea, magari a una clientela predisposta, potrebbe pretendere venti di euro; e parrebbero ben spesi.

Proprio di fronte al Municipio sta la Trattoria della Rocca. Arriva la *peirbuieira* con la sua agliata a parte. Buonisima. Dove sia il segreto non ci capisce. È una minestra di fagioli con maltagliati. Ottima, beh *esageruma nen...* buona! (10 euro). E carne cruda e pollo di coniglio, come si usa in Piemonte (9 euro). Normalmente buoni. E dolci, giusto per chiudere il cerchio.

Un piccolo sogno, una serendipità...
altroché *supercazzola!*

Azienda Agricola Fratelli Badino-tenuta Crocetta
268, Frazione San Giacomo di Rocca Grimalda (AL)
cell. 338-87 26 898 (non seguire il navigatore,
ma le coordinate sul sito)

Trattoria alla Rocca, Piazza Senatore Borgatta 12,
15078 Rocca Grimalda (AL), tel. 0143.873333

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

Achilli Edoardo Domenico, Busi Veronica, Tagliani Leyla, Bresgen Thomas Ulrich.

ISCRIZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

D'alessandro Gian Luca, Duranti Alice, Simone Matteo, Spina Lucrezia, Tarantino Vanessa, Vai Eleonora, Galatone Dario, Gulminetti Roberto, Querzani Andrea.

ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI EX NOVO

Ciuffreda Carlo, Labadze Siuzanna, Mansour Amin.

ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Gimigliano Tommaso, Miccoli Alice.

CANCELLAZIONI ALBO MEDICI

Balloni Dante, Carugno Bruno, Destefanis Alessandro, Riccardi Piergiorgio, Schiatti Ermanno, Stronati Mauro, Tombola Patrizia, Veneroni Angelo, Borchetto Pierluigi Giorgio Paride.

CANCELLAZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

Rol Bilge, Aquilino Vincenzo, De Bernardi Riccardo Elia, Gatti Elisabetta, Guagnano Patrizia, Lanzo Nicola, Maregatti Margherita Costanza, Muzic Shaun Ivan, Pagetti Pietro.

CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI

Destefanis Alessandro, Borchetto Pierluigi Giorgio Paride.

CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Aquilino Vincenzo, Mirabelli Manuela.

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

Balloni Dante, Carugno Bruno, Destefanis Alessandro, Schiatti Ermanno, Stronati Mauro, Tombola Patrizia, Veneroni Angelo, Borchetto Pierluigi Giorgio Paride.

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 in-

serimento 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	27/07/2024
CAMPANINI Francesca	MILANO	MMG	Pavia e Pavese	3404806368	08/07/2024
CASOLO Pietro	MILANO	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina	331/1296171	18/06/2024
LASCIALFARI Filippo	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò	3465905921	12/03/2024
LOCATELLI Filippo	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese	334/3208477	22/02/2024
MADONIA Niccolò	PAVIA	MMG	Vigevano e Lomellina	3938342224	18/03/2024
MAFFONI Silvia Irene	PAVIA	MMG	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò	340/2731519	08/07/2024
RUVITUSO Irene	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese	328/6845557	14/05/2024
SANGALLI Sofia	Monza e Brianza	MMG - RSA	Pavia e Pavese	389/7853629	22/02/2024
VENEZIANO Giulia	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò	331/2511448	11/03/2024

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 2024

GIORNATA NAZIONALE DEI “CAMICI BIANCHI”

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