

PERIODICO MENSILE DI INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

ANNO XXXIII • N. 11 NOV 2020

PS

**PANORAMA
DELLA
SANITÀ**

ASSISTENZA PRIMARIA

L'INCOMPIUTA

Bericah⁺
Protezione e prevenzione dal 1979

LASCIATI PROTEGGERE



Da più di 40 anni, proteggiamo le tue mani.
Probabilmente, anche quelle che ti hanno accolto.

BERICAH.IT



di MARIAPIA GARAVAGLIA

Presidente Istituto Superiore Studi Sanitari Giuseppe Cannarella

Post Scriptum

Continuiamo a prendere lezione dalla straziante pandemia, che non ci abbandona, perché sembra sia preferibile sentirsi “liberi” piuttosto che salvaguardare il “diritto fondamentale” alla tutela della salute (art. 32 Cost.).

Per rimanere ancorati alla Carta, che garantisce tutti, forse anche i Presidenti delle Regioni dovrebbero rileggere l'art. 120 insieme al 3 che riguarda l'uguaglianza di tutti i cittadini.

La risposta delle istituzioni non è stata uguale per tutti i cittadini, in tutte le Regioni. Purtroppo, i più vulnerabili, gli anziani e i disabili sono stati “abbandonati” nelle Rsa e nelle Rsd. È stato necessario e corretto dedicarsi agli ospedali e alle rianimazioni, ma se essi si sono rivolti per lo più ai malati di Covid-19 e sono stati rinviati o trascurati tutti gli altri interventi di cui gli altri malati avevano diritto e bisogno. Perciò gli ospedali non hanno potuto rispondere alle richieste delle Rsa e anzi sono mancati gli infermieri che sono stati sottratti per impiegarli nelle strutture ospedaliere. La fotografia dolorosa, che spero non sbiadiremo presto, è quella dei territori poveri di servizi e di operatori dell'Assistenza Primaria. I medici di medicina generale non erano attrezzati e comunque carenti in numero, come gli infermieri e altri operatori, oltre che privi dei presidi di protezione personale.

La lezione: il nostro sistema sanitario si è rivelato prezioso e gli Italiani lo hanno riconosciuto e capito. Ora va protetto e revisionato.

Si era pronosticata la seconda ondata dopo l'estate, ma nonostante la previsione si sia rivelata poi veritiera, non si è prevenuta con decisione. Erano così importanti le discoteche, più della protezione dell'avvio della scuola? La rete ospedaliera e i servizi territoriali dovevano essere preparati tempestivamente. La maggior parte degli ospedali hanno ben più di quarant'anni. Ospedali adatti alle nuove tecnologie e idonei alle strategie terapeutiche che nel volgere degli anni evolvono velocemente; territori ricchi di servizi di prevenzione, profilassi e diagnostici con la medicina di base diffusa e a tempo pieno giorno e notte per evitare ricoveri impropri. Serviranno scelte coraggiose come fu quella di Donat Cattin che, con l'art. 20 della Finanziaria 1968, aveva stanziato 30.000 miliardi per la modernizzazione della rete ospedaliera. Ci sono i miliardi del Mes da utilizzare immediatamente per la sanità, altrimenti come trovare i fondi? Sarebbe una grave responsabilità della politica non utilizzarli a tal fine!



6
COSE
dell'altroMondo

22
#COVER
STORY



72
QUESTION
74
Liber@mente

8
RiTagli



46
INNOVAZIONE
Learning



12

56



76

58



LEGAL BOX



79



14



16

FRANCO
LOCATELLI



70

Enterprise



80

Valle d'Aosta Piemonte Liguria Lombardia Trentino-Alto
Adige Veneto Friuli-Venezia Giulia Emilia Romagna
Toscana Umbria Marche Lazio Abruzzo Molise
Campania Puglia Basilicata Calabria Sicilia Sardegna

Panorama della Sanità

Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Direttore editoriale Mariapia Garavaglia

Direttore responsabile Giovanni Orfei

Progetto grafico e impaginazione Giuliana Caniglia

Hanno collaborato a questo numero

Velia Cantelmo, Maria Elisabetta Gramolini,
Clelia Palanza

Realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore
di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"

Presidente Mariapia Garavaglia

Direttore Generale Sandro Franco

Editore KOS | EDITRICE

Kos Comunicazione e Servizi srl
Via Vitaliano Brancati, 44 - 00144 Roma
segreteria@koscomunicazione.it

Redazione redazione@panoramasanita.it
www.panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti Istituto Superiore Studi Sanitari
"Giuseppe Cannarella"

Tel. 0659290256 - segreteria@istitutostudisanitari.it

Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno
dalla data di pubblicazione.

Concessionaria per la pubblicità

Kos Comunicazione e Servizi S.r.l.

Tel. 0631052392 - segreteria@koscomunicazione.it

Stampa Pressup Srl Nepi (Viterbo)

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti
dai propri abbonati nel rispetto regolamento Ue 2016/679
sulla tutela dei dati personali. Qualora non foste interessati a
ricevere la rivista a titolo promozionale si può mandare una
comunicazione a: segreteria@koscomunicazione.it

Poste Italiane S.P.A. Spedizione in Abbonamento Postale -
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1
DCB - Roma - ISSN 1827-8140

Per la produzione di questa rivista
è stata utilizzata carta naturale e senza legno.
Nessun albero è stato abbattuto.

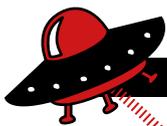




Post Scriptum

Giovanni Orfei

In un'epoca in cui con un click ti compri un prosciutto, ti guardi la serie tv preferita o accedi alla frequenza di un bel corso d'aggiornamento, ci sono poche cose che rimangono sempre se stesse. Una di queste è il rapporto tra gli italiani e la salute, un misto di timore, trascuratezza e scarsa riflessione che fa sì che, in tanti casi, un po' di mal di pancia induce buona parte dei nostri concittadini a precipitarsi al pronto soccorso, con tutto ciò che ne consegue per il nostro Ssn. Non ci soffermiamo più di tanto su questa italica abitudine se non per un dato che essa testimonia in modo eloquente: la scarsa propensione dell'italiano medio nei confronti dell'assistenza primaria. Sfiducia verso i medici di medicina generale? No, assolutamente. Piuttosto generalizzato pessimismo verso il Sistema. Il dottor Rossi o la dottoressa Bianchi sono senz'altro medici eccellenti, ma che possono fare con il loro studiolo angusto? A me devono farmi l'ecografia, la risonanza magnetica, ho bisogno di accertamenti seri, complicati. Serve l'ospedale. Prima di ogni altra considerazione, valutazione e analisi su quello che lega, in un indissolubile rapporto, i due pillars fondamentali della nostra Sanità, l'Ospedale e il Territorio, c'è questo, una narrazione imperante nelle teste degli utenti del Ssn grandemente errata, una percezione inesatta che va assolutamente corretta, prima di ogni altra cosa. L'emergenza Covid-19, sì sempre lei, oggi impone scelte dolorose, ma porterà anche tante risorse al nostro sistema sanitario, risorse che un anno fa nemmeno il più ottimista tra i nostri dirigenti sanitari avrebbe pensato possibili. Ma porta con sé a sua volta un'altra narrazione errata, quella imposta da tv, web e giornali che - nel coacervo di disparate "opinioni", "analisi" e "pareri" di questo periodo - dà anche qualche dato di cronaca. Peccato che essa sia esclusivamente centrata su ospedali, numero di posti letto, terapie intensive. Insomma, i media alimentano questa idea che tra il cittadino e l'ospedale ci sia niente o quasi. Nelle pagine che seguono, persone molto esperte analizzeranno il problema dell'assistenza primaria e l'essenziale universo che ruota attorno a queste due parole. In questa prima pagina però, da comunicatori, vogliamo mettere prima di tutto in guardia sul fatto che il problema che attiene l'assistenza primaria in Italia non è solo di natura sanitaria.



ESSERE GENTILI una cosa davvero dell'altro mondo

La gentilezza deve far parte di una medicina che vuole davvero essere capace di cura, quasi “una stella in mezzo all’oscurità” rispetto alla condizione di tante persone sofferenti



di MARCO TRABUCCHI

Ma il Papa cosa si è sognato? Affermare che la gentilezza è una modalità di vita importante nella realtà contemporanea, percorsa da problemi di grande complessità, mi sembra proprio un'idea strana “una cosa dell'altromondo”. Ancora meno mi sembra adatto questo consiglio alla realtà sanitaria, alle condizioni nelle

quali si sviluppano gli atti di cura. Però forse non è proprio così...

Francesco ha scritto in Fratelli tutti: “È ancora possibile esercitare la gentilezza. Ci sono persone che lo fanno e sono stelle in mezzo all’oscurità”; e in un altro passo: “La pratica della gentilezza non è un particolare secondario né un atteggiamento superficiale e borghese. Dal momento

che presuppone stima e rispetto, quando si fa cultura in una società trasforma profondamente lo stile di vita, i rapporti sociali”.

La gentilezza deve far parte di una medicina che vuole davvero essere capace di cura, quasi “una stella in mezzo all’oscurità” rispetto alla condizione di tante persone sofferenti. “Ci trattarono con gentilezza”: è un passaggio degli Atti degli Apostoli nel quale viene descritta l'accoglienza riservata a san Paolo e ai suoi compagni di viaggio sull'isola di Malta in seguito al loro naufragio in mare. Dopo l'esperienza drammatica della tempesta, la gentilezza con la quale vengono ospitati permette il ritorno alla vita serena. Il testodice che Paolo come ringrazia-

mento opera alcune guarigioni, oltre a favorire la conversione degli isolani. La gentilezza permette di superare le barriere che talvolta erigono quelli che chiedono aiuto, i silenzi di chi non ha nemmeno il coraggio di chiedere aiuto o è troppo orgoglioso per farlo, i rifiuti di chi, pur essendo in difficoltà, non ha la capacità di accettare la mano tesa. La gentilezza è il segno esteriore di una moralità profonda, di un desiderio sincero, che si esprime con atti visibili, di essere utili per alleviare la sofferenza psichica e fisica dell'altro. Inoltre, la gentilezza non è mai noiosa, ripetitiva, pesante, intrusiva, ma sempre lieve, pur senza perdere di concretezza, e quindi di serietà e credibilità. Una delle espressioni della gentilezza è l'affidabilità,



La pratica della gentilezza non è un particolare secondario né un atteggiamento superficiale o borghese. Dal momento che presuppone stima e rispetto, quando si fa cultura in una società trasforma profondamente lo stile di vita, i rapporti sociali, il modo di dibattere e di confrontare le idee. Facilita la ricerca di consensi e apre strade là dove l'exasperazione distrugge tutti i ponti.

(Papa Francesco, Lettera Enciclica Fratelli tutti)

modalità per dare alla relazione un tono normale, di rapporto facile e concreto, stabile, che induce fiducia nell'altro, il quale così non deve ogni giorno preoccuparsi se i sentimenti positivi sono o meno destinati a durare nel tempo. Questa gentilezza percorre anche le strade della medicina più vera. La gentilezza nei rapporti tra le persone è una testimonianza che va controcorrente e, come tale, rischia talvolta di non essere nemmeno compresa: perché un atto di cura, un sorriso, un gesto sereno in un mondo di persone distratte, lontane, prive di sentimenti di vicinanza? Talvolta, la gentilezza deve superare se stessa, quando le circostanze vanno nel senso contrario; è stato sostenuto che, ad esempio

nel lavoro di cura rivolto a persone affette da malattie di lunga durata, che impongono disponibilità sulle 24 ore, bisogna "esseresanti" per non reagire in modo brusco, dimenticando gli accenti della gentilezza. Ma in questi casi si gioca davvero la grandezza di un'umanità che non perde le sue fondamentali caratteristiche. La gentilezza deve essere un comportamento "normale" nei servizi dove si prestano cure di valenza clinico-assistenziale, in particolare quando sono dedicati a persone fragili, come l'anziano. Questi, soprattutto quando presenta una compromissione delle funzioni cognitive, è sensibilissimo alle modalità con le quali viene avvicinato, toccato, sostenuto. La gentilezza si esprime

13 novembre Giornata Mondiale della Gentilezza.

La data coincide con la giornata d'apertura della Conferenza del "World Kindness Movement" a Tokyo nel 1997 che si è chiusa con la firma della Dichiarazione della Gentilezza.

World Kindness Movement è una Ong internazionale senza affiliazione politica o religiosa promotrice di sentimenti di cortesia e gentilezza.

La Giornata è stata introdotta in Italia dal 2000.

in un tono di voce senza accentuazioni, in una carezza che accompagna il contatto tattile, in un volto sereno, sorridente. Frequentemente la persona non conserva memoria razionale di quanto ha ricevuto, ma un sentire positivo che dura nel tempo. La gentilezza si potrebbe dire che viene interiorizzata e determina conseguenze sul piano della qualità della vita; anche se la risposta non è razionale, resta un sottofondo di vita serena, esso stesso una cura.

Un ulteriore riferimento all'importanza della gentilezza nelle relazioni di cura viene da un passaggio del recente volume di Carofiglio Della gentilezza e del coraggio, quando scrive: "La gentilezza come metodo per affrontare e risolvere i conflitti e strumento chiave per produrre senso nelle relazioni umane". La medicina contemporanea, sempre alla ricerca del senso del proprio operare, può investire nella gentilezza come testimonianza concreta di atti di cura importanti sul piano tecnico-clinico e umano. Su queste basi possiamo forse concludere che la gentilezza non è "una cosa dell'altro mondo", tanto meno nella pratica medica.

RiTagli



EMERGENZE CLIMATICHE

In un appello urgente affinché i paesi si preparino meglio a tutti gli eventi catastrofici, i dati dell'Ufficio delle Nazioni Unite per la riduzione del rischio di disastri indicano che le nazioni ricche hanno fatto poco per contrastare emissioni legate alle minacce climatiche che costituiscono oggi la maggior parte dei disastri. Negli ultimi due decenni sono stati registrati 7.348 eventi catastrofici nel mondo. Sono morte circa 1,23 milioni di persone (circa 60.000 all'anno) con oltre quattro miliardi di vittime in totale.

ARIA INDOOR

Un algoritmo previsionale di rischio di propagazione del coronavirus in ambienti indoor. È quanto sta realizzando la Società Italiana di Medicina Ambientale con il progetto Apri che si pone l'obiettivo di quantificare i livelli di rischio di infezione da Covid-19 negli ambienti indoor, da casa a scuola, così come nei luoghi di lavoro e locali aperti al pubblico. Come ha spiegato il presidente della Sima Alessandro Miani, i dati raccolti in singole aule scolastiche, uffici, sale d'attesa e locali - con dispositivi che monitorano i principali parametri di qualità dell'aria negli ambienti indoor - saranno utilizzati per costruire un modello relativo al rischio di contagio da Covid-19 in tempo reale, tenendo conto di numerose variabili, come la struttura e la tipologia degli ambienti, il loro affollamento, il tempo di permanenza, la ventilazione e i parametri microclimatici. Nell'ambito dello studio sarà quantificato anche l'impatto prodotto da interventi di miglioramento della qualità dell'aria, dai semplici ricambi d'aria fino all'installazione di apposite tecnologie di ventilazione meccanica controllata o purificazione. I primi risultati della ricerca saranno disponibili già per la fine del 2020 e saranno resi disponibili alla comunità scientifica e ai decisori per tutte le valutazioni del caso, a tutela della salute pubblica.

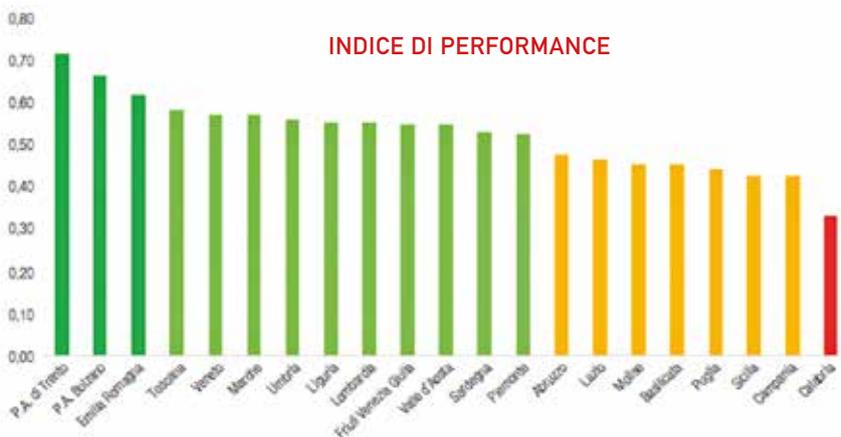


TUTELA DELLA SALUTE

Le tre Regioni in cui i cittadini possono godere di maggiori opportunità di tutela della propria salute sono la Pa di Trento, la Pa di Bolzano e l'Emilia Romagna: questo è il principale risultato dell'edizione 2020 del progetto Le Performance Regionali del Crea Sanità. In queste Regioni si registra un punteggio tra il 61% ed il 71% del massimo ottenibile: quindi con ampi

margini di ulteriore miglioramento; altre 10 Regioni hanno Performance relativamente elevate, con punteggi compresi fra il 53% e il 58% del livello ottimale (Toscana, Veneto, Marche, Umbria, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna Piemonte) con modeste variazioni fra loro. Abruzzo, Lazio, Molise, Basilicata, Puglia, Sicilia e Campania si attestano nel range 46-52%,

seguite dalla Calabria, ultima, con un livello di Performance pari al 33%. Il ranking è il frutto delle valutazioni di un Panel composto da 93 esperti/stakeholder del sistema sanitario, elaborate sulla base di una metodologia messa a punto dal Crea Sanità. "Tale metodologia -spiega il Crea- adotta una visione multidimensionale della Sanità e media le diverse prospettive espresse dagli stakeholder. L'esercizio guarda alla Performance dal lato della domanda (ovvero dei cittadini), non dell'offerta (pubblica) di servizi: va sottolineato che, quindi, il progetto non ha una vocazione tecnocratica; in altri termini, non è finalizzato a promuovere l'accountability dei sistemi sanitari regionali, ovvero a misurare il loro grado di raggiungimento degli obiettivi di Sanità pubblica".



MIGRANTI

Ha preso il via il nuovo Osservatorio interculturale sul Covid-19 lanciato da Amsi, Umem, Co-mai e Uniti x Unire. L'Osservatorio, proposto dal camice bianco Foad Aodi, membro del Registro esperti Fnomceo, si occuperà di migliorare la prevenzione, la comunicazione ma anche il diritto alla Salute dei migranti, compresi quelli che giungono in Italia, in questa difficile emergenza. Il compito principale dell'Osservatorio sarà quello di informare adeguatamente la popolazione e gli ospiti del Sistema d'accoglienza territoriale sull'epidemia, sulle procedure di assistenza medica delle strutture

sanitarie pubbliche, sui corretti comportamenti di prevenzione e di verificare nel contempo l'andamento dei contagi e delle guarigioni. "Aiutando i migranti, anche quelli con problemi linguistici, e fornendo strumenti al Sistema sanitario nazionale".



DROGA

Sono **33 le nuove sostanze psicoattive identificate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce (Snap) coordinato dall'Iss**. Il dato è stato rilevato grazie a 137 segnalazioni di sequestri in Italia da parte delle Forze dell'Ordine avvenute nel periodo post lockdown, da maggio a ottobre 2020, un numero triplicato rispetto allo stesso periodo del 2019, tenendo presente che nel corso del lockdown non ci sono state segnalazioni.

TUMORI

Considerando tutte le neoplasie, l'efficacia delle campagne di prevenzione e delle terapie innovative determina un complessivo aumento del numero delle persone vive dopo la diagnosi: sono circa 3,6 milioni (3.609.135, il 5,7% dell'intera popolazione), con un incremento del 37% rispetto a 10 anni fa. Almeno un paziente su quattro (quasi un milione di persone) è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito. Un altro dato importante è quello relativo alla riduzione complessiva dei tassi di mortalità stimati nel

2020 rispetto al 2015: sono in diminuzione sia negli uomini (-6%) che nelle donne (-4,2%), grazie ai progressi ottenuti nella diagnosi e nei trattamenti. Sono questi alcuni dati del censimento ufficiale, giunto alla decima edizione, che descrive gli aspetti relativi alla diagnosi e terapia delle neoplasie grazie al lavoro dell'Associazione

Italiana di Oncologia Medica (Aiom), dell'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum), della Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (Siapec-lap), di Fondazione Aiom, Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e Passi d'Argento, raccolto nel volume "I numeri del cancro in Italia 2020".

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1	Prostata 36.074 (18,5%)	Mammella 54.976 (30,3%)	Mammella 54.976 (14,6%)
2	Polmone 27.554 (14,1%)	Colon-retto 20.282 (11,2%)	Colon-retto 43.702 (11,6%)
3	Colon-retto 23.420 (12%)	Polmone 13.328 (7,3%)	Polmone 40.882 (10,9%)
4	Vescica 20.477 (10,5%)	Tiroide 9.850 (5,4%)	Prostata 36.074 (9,6%)
5	Rene 9.049 (4,6%)	Endometrio 8.335 (4,6%)	Vescica 25.492 (6,8%)

Fonte: "I numeri del cancro in Italia 2020"

Sono **377.000** le nuove diagnosi di cancro previste quest'anno nel nostro Paese

195.000

182.000

Si stimano, circa 6.000 casi in più rispetto allo scorso anno, a carico delle donne

RiTagli

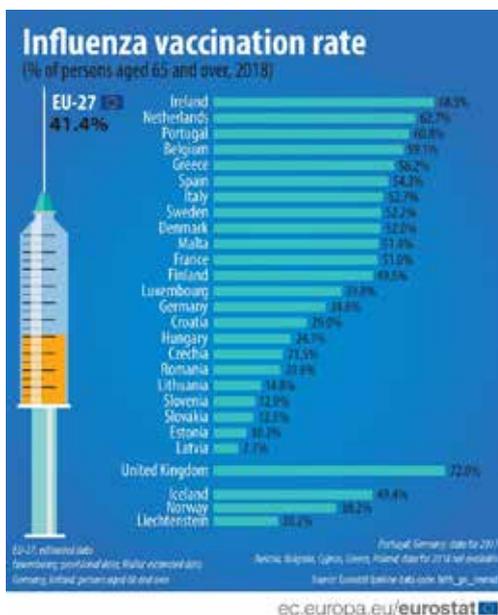


INFLUENZA

Tra gli Stati membri dell'Ue, esiste una serie di politiche diverse per quanto riguarda la messa a disposizione del pubblico dei vaccini antinfluenzali, spesso rivolti specificamente a gruppi di persone anziane o altri gruppi a rischio.

Nell'Ue nel 2018, rileva l'Eurostat, circa il 41% delle persone di età pari o superiore a 65 anni è stato vaccinato contro l'influenza. Tra i 23 Stati membri per i quali sono disponibili dati recenti, vi sono state notevoli differenze nelle percentuali di persone vaccinate contro l'influenza: quasi 7 persone su 10 di età pari o superiore a 65 anni (69%) sono state vaccinate in Irlanda, con percentuali leggermente inferiori nei Paesi Bassi (63%), Portogallo (61%, dati 2017) e Belgio (59%), mentre meno del 10% della popolazione anziana è stata vaccinata in Lettonia (8%).

L'Italia si posiziona al 7° posto con la percentuale del 52.7.



AMBIENTE

La città francese di Grenoble vince il premio Capitale verde europea 2022 conferito dalla Commissione europea. Il premio foglia verde europea 2021 sarà condiviso tra Gabrovo (Bulgaria) e Lappeenranta (Finlandia). Grenoble, ha ottenuto

il premio Capitale verde europea 2022, per il suo approccio pionieristico alla gestione del clima, che comprende un impegno molto forte a favore di un cambiamento sistemico e un approccio innovativo alla democrazia partecipativa per la governance della città. Insieme alle responsabilità connesse al conseguimento del premio, Grenoble riceverà 350.000 euro dalla Commissione per organizzare l'anno "Capitale verde europea". A seguito del successo del "premio Capitale verde europea", nel 2015 è stato istituito il premio Foglia verde europea per riconoscere gli sforzi e i risultati ambientali delle piccole città, da 20.000 a 99.999 abitanti. Una delle due vincitrici, Gabrovo, è stata premiata per l'impegno a favore dell'efficienza energetica e per aver adottato tecnologie pulite negli ultimi dieci anni. L'altra, Lappeenranta, è stata premiata per l'impegno a diventare una città verde modello e ha ottenuto ottimi risultati in tutti gli indicatori del premio. Le vincitrici del premio Foglia verde europea 2021 riceveranno 75.000 euro ciascuna. In totale, 36 città hanno concorso a questo premio prestigioso, il numero più alto mai registrato dalla sua istituzione 13 anni.



FARMACIE

Rinnovato per 3 anni il protocollo d'intesa per la sicurezza nelle farmacie tra ministero dell'Interno e Federazione nazionale unitaria titolari di farmacia (Federfarma), esteso ad Assofarm (Aziende e servizi socio-farmaceutici-farmacie comunali).

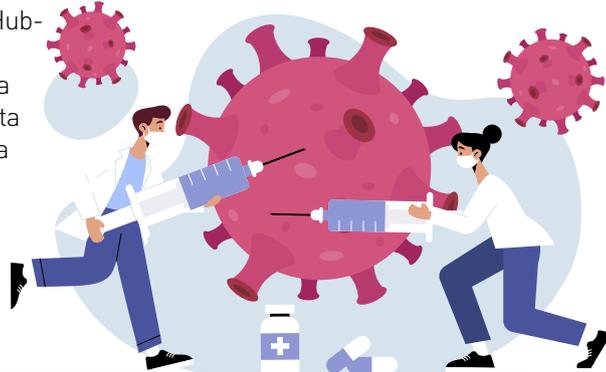
L'obiettivo è la sensibilizzazione sul tema della sicurezza del settore. Siglato per la prima volta nel 2010 e periodicamente rinnovato, il protocollo prevede lo sviluppo di più ampie forme di collaborazione anche attraverso attività di informazione e di formazione dei titolari e del personale delle farmacie comunali da parte di esperti delle Forze di polizia. Tra gli impegni previsti dall'intesa, in linea con il protocollo quadro stipulato nel dicembre 2019 da ministero, Confcommercio-Imprese per l'Italia e Confesercenti nazionale, video allarme e monitoraggio costante sui dati relativi a furti e rapine nelle farmacie, forniti periodicamente alle associazioni firmatarie a scopo statistico, per rendere più efficace la prevenzione.

ESITANZA VACCINALE

Gli italiani sono sempre meno propensi a sottoporsi a un'eventuale vaccinazione contro Covid-19: ha dubbi in tal senso quasi un cittadino su due. È quanto emerge dai risultati di una ricerca dell'EngageMinds Hub dell'Università Cattolica, il centro di ricerca che si occupa di psicologia dei consumi nella salute e nell'alimentazione. I dati sono frutto dell'elaborazione di un sondaggio su un campione di mille cittadini, perfettamente rappresentativo della popolazione italiana. Ciò che emerge è che più del 48% degli intervistati si è mostrato esitante di fronte alla prospettiva futura di assumere un vaccino contro l'epidemia in corso. Un dato molto elevato, ma soprattutto in aumento

rispetto a maggio, quando lo stesso centro aveva già posto questa domanda a un campione di italiani e nei risultati si leggeva che circa il 40,5% era contrario o indeciso a farsi vaccinare. Quindi "tra maggio e settembre un ulteriore 7,5% della popolazione italiana è diventato scettico o contrario alla vaccinazione, quando sappiamo -sottolinea Guendalina Graffigna, Ordinario di Psicologia dei consumi e della salute all'Università Cattolica e direttore dell'EngageMinds Hub- che la percentuale di immunizzazione necessaria a rallentare l'epidemia è stimata attorno al 70%". Nella ricerca non emergono differenze significative per macro-aree geografiche, anche se nel Centro-sud si registra una tendenza leggermente più

accentuata verso l'esitanza: 48% al Nord ovest, 45% al Nord est; 50% sia al Centro che al Sud e Isole. Ciò che è cambiato in questi mesi è l'atteggiamento dei giovani. Tra gli under 35 la percentuale di esitanti è passata dal 34% di maggio al 49% di fine settembre; un aumento del 15%. Le altre due fasce sono rimaste più stabili, con un aumento nel numero degli esitanti over 55 (+9%, da 35 a 44%).



COVID E BAMBINI

Ad oggi sono oltre 100 i centri nel mondo che hanno aderito al Registro internazionale Epicentre, lanciato nel marzo scorso dalla European Society for Pediatric and Neonatal Intensive Care. Si tratta di una piattaforma per condividere, dati, diagnosi e nuovi studi sul Covid 19 in età pediatrica e neonatale. Il suo obiettivo è quello di raccogliere dati clinici e fisiopatologici su casi pediatrici e neonatali e far progredire le conoscenze in questo campo.



DISTURBI DI NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE

È stato aggiornato il documento Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione secondo le più recenti evidenze scientifiche, con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari un valido strumento di lavoro per la presa in cura dei soggetti fragili che presentano disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e che si presentano in PS in condizioni di urgenza. Il documento, che delinea un vero e proprio "percorso Lilla", vuol essere una indicazione operativa, per un approccio multidisciplinare, in considerazione dei bisogni e tenuto conto del fatto che l'accesso in pronto soccorso può rappresentare una preziosa occasione di ingaggio dei soggetti con Da per l'avvio di un vero e proprio percorso terapeutico specialistico integrato.



ISS-MINISTERO SALUTE

Le criticità riscontrate nella prima fase pandemica, l'elaborazione di possibili scenari futuri e lo sviluppo di nuovi strumenti per fronteggiarli rafforzando i servizi sanitari. È una vera e propria "cassetta degli attrezzi" la pubblicazione dell'Iss e del ministero della Salute "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale" a disposizione della sanità pubblica.



CIASCUNO È MEDICO

Ciò che è alla base di ogni sorta di negazionismo è l'effetto di "super-confidenza", come lo chiamano gli psicologi, o effetto di Dunning-Kruger, un bias cognitivo che conduce i meno qualificati in un campo a sovrastimare le proprie competenze e i più qualificati a sottostimarle

di BERNARDINO FANTINI

Negazionisti e complottisti a proposito del coronavirus sono una minoranza piccola e molto chiasosa, ma in fondo sono l'espressione estrema di un fenomeno molto diffuso, l'idea che ciascuno conosca il proprio corpo e la situazione sanitaria meglio di chiunque altro, in particolare "meglio degli scienziati della TV". Così, i medici e gli scienziati sarebbero guidati solo da interessi

economici o dalla smania di protagonismo. Ci si trova in una situazione paradossale. Se chiedo a un ingegnere o un architetto di progettare una casa non metto in dubbio i suoi calcoli statici o la scelta dei materiali, non sospetto che le sue scelte sia motivate da "interessi dei potentati economici", ma eventualmente dai suoi gusti estetici. Se ho un problema con le tasse mi affido a un commercialista, se la caldaia non funziona chiamo

l'idraulico di fiducia, e, per l'appunto si pone il massimo di fiducia nei tecnici. Ciò spesso non avviene per la medicina e la sanità pubblica, e molti si affidano al sentito dire e alle presunte conoscenze individuali (ricavate da qualche rapida lettura di una pagina internet o da "fatti" del tipo "mio nonno ha sempre fumato e ha 90 anni, quindi il fumo non fa male" ... oppure "non ho visto nessuno morire di Covid"...). L'atteggiamento non è nuovo, anche se con la diffusione dei social media e di internet il fenomeno, superando i confini del bar, della piazzetta o del villaggio, è ormai globale. Già all'inizio della rivoluzione scientifica in medicina, dal Cinquecento e soprattutto dagli inizi dell'Ottocento, diversi medici hanno sentito la necessità di pubblicare libri dal titolo "Gli errori popolari sulla medicina", per respingere le opinioni molto diffuse che la medicina possa essere basata su pochi e banali osservazioni. In uno di questi libri, pubblicato nel 1570 dal medico Laurent Joubert e ristampato de-

cine di volte, si narra un aneddoto molto istruttivo, una specie di "sondaggio demoscopico", di "indagine sociologica" svolta da Gonella, il celebre buffone del Duca di Ferrara Alfonso d'Este, ritratto dal pittore Jean Fouquet. Il duca si chiedeva quale fosse il mestiere più diffuso e il buffone scommette che si tratta del medico. Per dimostrarlo, facendo finta di avere un terribile mal di denti, con la testa coperta da un ampio berretto e la mascella stretta da una vistosa fasciatura, Gonella attraversa la città, ricevendo da ognuno che incontra suggerimenti, ricette e consigli, tutti provati, certi e infallibili. Arrivato a palazzo, anche il Duca gli propone il rimedio del suo medico personale, Antonio Musa Brassavola. A questo punto il buffone si toglie la maschera e tira fuori il proprio elenco, concludendo: "Anche voi, Monsignore, siete medico! Quanti ne ho incontrato dalla mia casa sino a qui. Almeno duecento e non ho percorso che una strada. Scommetto di trovarne più di mille, più di diecimila in

“COME DICEVA SANT'AGOSTINO, NESCIO QUO NESCIO, NON SO COSA NON SO”

questa città. Trovatemi altrettante persone per ogni altro mestiere!”. Gli “errori popolari”, come il negazionismo, non sono dovuti all’ignoranza, come spesso si afferma. Anzi probabilmente ognuno dei rimedi proposti a Gonella aveva una base empirica e certamente si può affermare che ognuno di noi conosce il proprio corpo e stile di vita (‘il medico di sé stesso’), sa valutare se le cose vanno bene o male ed è anche capace di mettere in pratica rimedi semplici, come mangiare poco e leggero dopo una febbre intestinale.

Ciò che è alla base di ogni sorta di negazionismo è l’effetto di “super-confidenza”, come lo chiamano gli psicologi, o effetto di Dunning-Kruger, un bias cognitivo che conduce i meno qualificati in un campo a sovrastimare le proprie competenze e i più qualificati a sottostimarli. Si conosce un po’ e si pensa di avere tutto compreso, mentre chi sa molto si rende sempre di più conto di non sapere abbastanza, anzi che l’ignoranza è più grande del suo sapere, perché come diceva Sant’Agostino, nescio quo nescio, non so cosa non so.

Se si tenta di annullare l’effetto mostrando alla persona meno qualifi-



Pietro Gonella, detto anche Gonella, nacque a Firenze introrno al 1390 e fu un buffone molto noto presso la corte Estense. Di lui rimane un ritratto fatto dal pittore francese Jean Fouquet, databile fra il 1447 ed il 1450, conservato nel Kunsthistorisches Museum di Vienna.

cata che si sbaglia, lei penserà di aver ragione contro tutti, e comincerà a negare ogni evidenza e immaginare un complotto per nascondere i fatti che per lui o lei sono evidenti e certi. I più qualificati, al contrario, cedono spesso all’errore di immaginare che ciò che per loro è chiaro lo è per tutti, e quindi non si impegnano minimamente a far ben comprendere i problemi e i dati.

Già Blaise Pascal nel 1670 aveva individuato il fenomeno, parlando di “semi-abili” che dopo aver compreso un errore del potere politico pensano di conoscere tutta la complessità del governare e propongono soluzioni

semplistiche e destinate al fallimento. Per Pascal essere “abile” significa giudicare lucidamente i limiti dei sapienti e dei potenti. Così è possibile criticare le autorità sanitarie, come l’Oms, senza per questo mettere in dubbio i concetti di oggettività, di protocollo sperimentale, di moralità e di verità scientifica (relativa).

I “semi-abili” affermano di basarsi sui fatti, su dati certi, evidenti, e rifiutano la prudenza degli scienziati, che parlano di ipotesi, teorie e probabilità. I primi con le loro affermazioni perentorie ed esenti da ogni dubbio sembrano rappresentare la forza e ai loro occhi i secondi sono deboli, incerti, contraddittori e quindi poco affidabili. Per questo alcuni celebri negazionisti hanno così tanto credito e quindi non si può non concludere riaffermando che la vera forza per far fronte ai problemi e alle sfide cruciali è la forza della ragione e della conoscenza critica.



Laurent Joubert, nato a Valence nel 1529, è stato un medico e chirurgo francese. All’età di 21 anni diventò allievo del celebre Guillaume Rondelet, cancelliere della Facoltà di Medicina a Montpellier. Alla morte di Rondelet, nel 1566 ne prese il posto come professore di medicina all’Università di Montpellier e come cancelliere della facoltà. La regina di Francia Caterina de’ Medici, in virtù della sua crescente fama, lo chiamò a corte. E a partire dal 1579, Joubert fu uno dei medici del re di Francia, Enrico III di Francia. Laurent Joubert fu autore di alcuni importanti trattati di medicina. Diventò popolare in Italia nel 1592 a seguito della pubblicazione de *La prima parte de gli errori popolari*, tradotto in lingua toscana da Alberto Luchi da Colle, segretario del Scritto per “correggere gli errori popolari, che travagliano spesso i medici giovani, e danno loro gran fastidio”, il libro dette vita a un filone della letteratura medica che incontrò particolare fortuna tra il XVI e il XVII secolo.

Alcune domeniche fa una partita di calcio del Campionato di Serie A tra le più attese, Juventus-Napoli, non si è svolta perché dei giocatori della squadra partenopea erano risultati positivi al Covid e le loro rispettive Asl di residenza hanno invitato la società ad evitare spostamenti. Una notizia che è balzata alla ribalta al punto tale che il ruolo delle Asl e dei Dipartimenti di Prevenzione è diventato argomento di discussione addirittura nelle trasmissioni sportive. In questo "anno del Covid" non è certo una novità che in televisione si parli di sanità pubblica, gestione dei contatti a rischio di contagio, di iso-

lamento e quarantene, argomenti che i cittadini hanno imparato a conoscere, dopo essere stati del tutto assenti per anni dal dibattito pubblico. Ma era necessario arrivare a interrompere uno dei riti più celebrati nel nostro Paese, una partita clou del campionato di calcio, per prendere coscienza che le Aziende Sanitarie sono anche autorità pubbliche con poteri autonomi di intervento a tutela della salute della popolazione. La prima fase dell'emergenza Covid, con tutto il portato di drammaticità deidecessinegliospedali, delle terapie intensive sature e del prolungato lock down, ha lasciato sullo sfondo il lavoro di contact tracing, isolamento e gestione terri-

toriale dell'emergenza, che è stato invece estremamente impegnativo, ma si è poi comunque progressivamente ridotto proporzionalmente all'andamento della curva epidemiologica, a partire dalla seconda metà di maggio. Il periodo estivo, nel corso del quale gli italiani, desiderosi di tornare a una vita "normale" e rinfanciati dalle notizie sul drastico calo dei contagi, hanno generalmente ridotto l'attenzione al rispetto delle misure di distanziamento sociale e prevenzione pur previste, ha generato a partire dalla metà di agosto una seconda ondata di contagi, per numerosità non inferiore alla prima. Questo fenomeno ha impattato quasi esclusiva-

A COSA SERVE UNA ASL

Era necessario arrivare a interrompere uno dei riti più celebrati nel nostro Paese, una partita clou del campionato di calcio, per prendere coscienza che le Aziende Sanitarie sono anche autorità pubbliche con poteri autonomi di intervento a tutela della salute della popolazione

di ANGELO TANESE

A inizio ottobre la Lega Serie A ha annunciato nuove regole sulla gestione dei casi positivi da Coronavirus valide per il campionato di Serie A, riempiendo un vuoto normativo che era emerso dopo i molti giocatori del Genoa risultati positivi al tampone. La Lega ha stabilito che una squadra abbia a disposizione 13 giocatori disponibili (compreso un portiere) tra quelli a cui è stato assegnato un numero di maglia, e potrà giocare regolarmente. Ha aggiunto che ciascuna squadra di Serie A ha a disposizione la scelta di rinviare una partita, da usare al massimo una volta nell'arco della stagione se dovesse registrare almeno dieci positività fra i suoi calciatori. Si precisa anche che queste regole verranno applicate al campionato in corso "fatti salvi eventuali provvedimenti delle autorità statali o locali". Nel caso del Napoli, il provvedimento è stato quello dell'Asl, che ha stabilito l'eccezione alle norme della Lega.

mente – almeno per le prime sei-otto settimane – sul territorio, con l'adozione di misure repentine volte a intercettare tempestivamente i casi positivi anche asintomatici e bloccare la diffusione del contagio, soprattutto in vista della riapertura delle scuole e della ripartenza di molte attività produttive. La pressione su ciascuna

Asl è cresciuta di giorno in giorno, talvolta di ora in ora, richiedendo uno sforzo senza precedenti. Migliaia di accessi quotidiani ai drive-in per l'effettuazione di tamponi, continue richieste di intervento per casi sospetti nelle scuole, una crescita esponenziale di persone positive al Covid da gestire a domicilio in collaborazione con i Mmg/Pls, attivazione di convenzioni con alberghi per ospitare casi positivi, una campagna vaccinale impegnativa per il raddoppio e un'anticipazione della domanda, controlli e monitoraggi costanti sulle Rsa e le Case di Riposo, etc... Ecco allora la necessità di ribadire ancora una volta la centralità della salute pubblica e l'importanza dei nostri servizi territoriali, e più in generale la funzione di promozione della salute, di prevenzione, di orientamento e risposta ai bisogni delle persone e delle famiglie che le nostre Aziende Sanitarie Locali incarnano, perseguendo una mission che è unica e propria del servizio pubblico. Quanto ancora dovremo aspettare per valorizzare e investire su questa funzione irrinunciabile di

“ DOBBIAMO TRASFORMARE QUESTE AZIENDE IN VERE E PROPRIE AGENZIE PER LA SALUTE ”

tutela della salute della nostra popolazione con maggiori investimenti, incremento consistente di personale, soprattutto infermieristico, nuove tecnologie e nuove soluzioni organizzative? Questo è il momento di segnare una svolta e rendere esplicito "a cosa serve una Asl", anche a partire da una partita di calcio saltata. Aiutare le persone a comprendere le priorità e le scelte che il nostro Paese ha saputo fare oltre quarant'anni fa istituendo il Ssn e che non sempre ha poi saputo mantenere e adeguare ai tempi. Il mondo è cambiato rispetto a quarant'anni fa, ma la diffusione del virus Covid-19 in questo indimenticabile 2020 ci ha ricordato tutta la nostra fragilità in un mondo globale, in cui si vive mediamente di più, e con un tenore di vita superiore, ma non per questo immuni e totalmente attrezzati per fronteggiare un'emergenza pandemica. Per questo sarebbe opportuno dare centralità al ruolo dell'azienda sa-

nitaria locale, quale che sia il modello regionale adottato, identificandola come il soggetto istituzionale che ha la responsabilità di farsi "garante" nei confronti dei cittadini, di essere l'organizzazione di riferimento per migliorare costantemente la capacità di risposta del Servizio Sanitario alla domanda di salute, con un ruolo di regia, di committenza e di raccordo con tutti gli altri attori (erogatori pubblici e privati, Mmg/Pls e specialisti, enti locali). Dobbiamo trasformare queste aziende in vere e proprie "agenzie per la salute", vale a dire aziende di servizio pubblico locale pienamente integrate nella rete degli attori istituzionali locali per costruire un nuovo modello di welfare di prossimità. Questa prospettiva apre definitivamente nuove possibilità evolutive per il Servizio Sanitario e configura anche la necessità di un'evoluzione degli stessi modelli di governance e del ruolo del management nelle aziende sanitarie.



Conver
sando
con

FRANCO
LOCATELLI

Parla Franco Locatelli. Dal noto membro del Comitato tecnico-scientifico il racconto in prima persona dell'impatto della pandemia sul nostro Paese. Il tentativo di guardare i fatti senza essere sommersi dalla quotidianità di misure, Dpcm e tante, troppe polemiche. E anche qualche interessante riflessione sulle cose da fare. Non solo nella Sanità

di GIOVANNI ORFEI

**“NOI CONSIGLIAMO POI
LA POLITICA DECIDE”**

“UNA RICONSIDERAZIONE DEL TITOLO V PUÒ ESSERE IN QUALCHE MODO OPPORTUNA”

Dell'esposizione mediatica avrei fatto volentieri a meno, non amo particolarmente i riflettori, sto solo provando a servire il Paese". Il Professore Locatelli di nome Franco, riesce a esserlo anche nella vita e nella professione. D'altronde in questi mesi lo abbiamo tutti imparato a conoscere, lui e il suo eloquio lento e gentile, nei lunghi mesi tra febbraio e maggio, quando l'Italia ha affrontato la prima fase dell'emergenza Covid-19 ed era ansiosa, verso le 18 di sintonizzarsi sull'appuntamento della giornata, il briefing quotidiano della Protezione Civile in cui si faceva il punto sui dati della pandemia. La sua estrema precisione, che non lascia dubbi di sorta, e la sua presto proverbiale chiarezza sono stati un prezioso riferimento per tutti noi in quel periodo segnato da grande preoccupazione ma anche dalla speranza che l'ondata pandemica potesse presto essere alle nostre spalle. Non è andata così e il ritorno alla normalità deve necessariamente passare per una seconda fase della pandemia. Proviamo dunque, nella nostra conversazione mensile, a vedere assieme al professore Locatelli come il nostro sistema sanitario possa affrontare questa nuova prova. Per farlo, occorre andare proprio a quei tragici giorni di marzo.

Professore, il Covid è nelle nostre vite da quasi un anno, prima come pericolo imminente dalla Cina, ora nelle nostre case. Si può fare una riflessione sulla gestione dell'emergenza e l'impatto sul sistema partendo proprio dall'inizio della diffusione del virus nel nostro Paese?

La pandemia da Covid-19 ha sostanzialmente messo a soqquadro e sotto pressione i sistemi sanitari di tutti i Paesi del mondo e ha chiaramente documentato come una zoonosi possa provocare danni enormi in termini, che è quello che più conta, di vite umane ma anche danni ai sistemi economici e sociali di interi continenti. L'Italia è stata indubbiamente il primo Paese occidentale a trovarsi di

fronte a questa situazione legata al nuovo coronavirus, di cui non si conosceva assolutamente nulla e ne era ignota addirittura l'esistenza prima della fine dello scorso anno. Dal 21 di febbraio in poi, ci sono stati i primi casi in Italia che hanno portato a quella ondata epidemica che tante morti e tante sofferenze ha provocato.

Eravamo nelle condizioni di affrontarle?

Il Paese era oggettivamente scoperto in termini di dotazione di dispositivi di protezione individuali. Al tempo, in larghissima parte, il Paese dipendeva dalle acquisizioni dall'estero. Ciò di fatto ha portato a scelte che hanno permesso all'Italia di diventare capace di produrre 30 milioni di mascherine al giorno. Allo stesso modo, i posti letto nelle rianimazioni



CHI è

Professore ordinario di Pediatria all'Università Sapienza di Roma, è stato eletto Presidente del Consiglio Superiore di Sanità nel 2019. Nato a Bergamo nel 1960, Franco Locatelli, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Pavia prima di specializzarsi in Pediatria ed Ematologia. Una lunga carriera nella cittadina lombarda che lo ha portato a dirigere il reparto di Onco-ematologia del nosocomio San Matteo dal 2000 al 2010. È stato coordinatore nazionale del Gruppo italiano sui trapianti di midollo osseo da donatore non consanguineo e Coordinatore di numerosi progetti di ricerca nazionali e internazionali. Eminente studioso, ha pubblicato più di 290 articoli su riviste di settore. Nel 2005 ha ricevuto la medaglia d'oro al merito per la Sanità pubblica. Dal 2010 è Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia e Terapia Cellulare e Genica, Irccs Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

erano stati tagliati da anni di disinvestimenti o comunque di mancati investimenti in ambito sanitario. In fretta e furia, e questo evidentemente è merito della resilienza del Sistema sanitario nazionale, è stato possibile approntarne altri che hanno permesso di gestire il numero straordinariamente elevato di concittadini che avevano bisogno di questo tipo d'assistenza.

Qualche numero?

Ricordiamoci che l'Italia all'inizio aveva poco più di 5 mila letti disponibili per la rianimazione, il 3 di aprile, giorno dell'occupazione massima, 4063 italiani erano ricoverati nelle terapie intensive. Adesso, abbiamo il vantaggio di poter contare su più di 7 mila letti in rianimazione ad oggi disponibili, che possano diventare più di 9 mila prontamente attivabili in funzione di tutti i ventilatori distribuiti dal Commissario Arcuri alle Regioni. Inoltre, un altro migliaio di posti letto per andare sopra i 10 mila può comunque essere ulteriormente implementato. Tutto questo per dire che da un lato la zoonosi ha messo in luce una serie di fragilità dei sistemi sanitari, non solo quello italiano, su questo voglio essere assolutamente

molto chiaro. E dall'altro, una capacità di resilienza non banale e indubitabilmente documentata. Potrei richiamare poi anche i tamponi. Nel mese di marzo, mediamente riuscivamo a fare 25/30 mila tamponi...

Oggi siamo a livelli record.

Oggi riusciamo a realizzarne più di 200 mila, che ulteriormente incrementeranno attraverso la disponibilità dei test rapidi antigenici. Tutta questa storia ci ha anche documentato come i sistemi sanitari universalistici, come il nostro, reagiscano meglio e offrano migliori garanzie ai residenti di un determinato Paese rispetto ad altri sistemi sanitari che tutelano di meno la salute del singolo.

Poi è arrivata l'estate.

Credo che ci siano due tipi di riflessione da fare. Una di ordine sociale. Era evidente che i mesi di lockdown potevano ingenerare la voglia di riappropriarsi della propria vita. Tutto questo, di fatto, è coinciso con una stagione che climaticamente consente le migrazioni per turismo anche in altre Regioni, soprattutto in località marittime piuttosto che montane. Il tutto è stato facilitato, ed è la seconda riflessione, anche

da qualche comportamento mediaticamente inopportuno di qualcuno della classe medica, che si è lasciato andare ad affermazioni che davano il virus come ormai non più pericoloso.

Non serve fare nomi.

Credo però che una riflessione sulla responsabilità mediatica di medici e scienziati sia assolutamente opportuna, perché altrimenti si genera confusione e disorientamento, e soprattutto si danno falsi sensi di sicurezza. Poi è chiaro che la stagione adesso diventa meno favorevole, perché adesso stare al chiuso, non poter areare i locali contribuisce al diffondersi dell'infezione. Ricordiamo che il rischio d'infettarsi dipende dalla carica virale del soggetto contagiante, dai tempi d'esposizione a questo soggetto, dall'indossare i dispositivi di protezione individuale, ma anche dalla possibilità di areare i locali. Andare incontro a mesi freddi, con temperature meno favorevoli non aiuta in questa prospettiva.

Cosa è cambiato rispetto alla primavera?

Il Paese è più preparato. Abbiamo detto dei dispositivi, delle maggiori disponibilità nelle terapie intensive e dell'aumento dei tamponi. Abbiamo anche imparato a curare meglio i malati, che sostanzialmente vuol dire ottimizzare tutti gli approcci per gestirli clinicamente in maniera adeguata. La terapia con il cortisone può essere significativamente efficace, la terapia con l'eparina, soprattutto

“ IL DIALOGO, IL CONFRONTO
E LA CONCERTAZIONE TRA GOVERNO E POTERI
REGIONALI È ASSOLUTAMENTE CRUCIALE ”

in soggetti immobilizzati, è sostanzialmente un ausilio terapeutico importante. Soprattutto abbiamo imparato che, di fatto, le popolazioni a rischio di avere le conseguenze più tragiche sono gli anziani e i portatori di comorbidità. Coloro che perdono la vita in questo periodo in termini di età e di numero di patologie concomitanti hanno le stesse caratteristiche di coloro che sono mancati in primavera. È importante continuare a tutelare queste persone, anche attraverso un "patto intergenerazionale", che vuol dire sostanzialmente che i più giovani con minore probabilità di andare incontro a malattia grave o addirittura decesso - minor probabilità ma non certezza assoluta - devono attraverso i loro comportamenti individuali tutelare i soggetti più esposti e più fragili. Adottare questo tipo di comportamento, oltre che per ragioni affettivo-umanitarie, è anche una sorta di gratitudine verso chi ci ha consentito di vivere per tanti anni in un mondo senza guerra, socialmente ed economicamente assai più favorevole, rispetto a quello in cui hanno dovuto vivere le generazioni precedenti.

Come membro del Comitato tecnico scientifico, avrà notato che rispetto alla primavera sta montando un atteggiamento diverso. Da una parte, come ha spiegato benissimo Massimo Recalcati, affrontare la seconda ondata è psicologicamente più duro rispetto alla prima, ma dall'altra c'è anche una tendenza

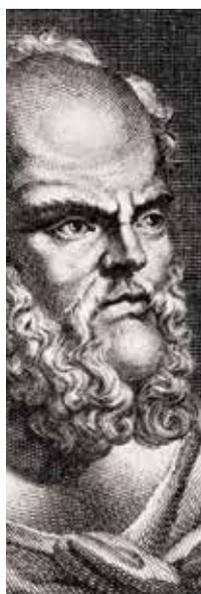
a mettere in discussione il processo decisionale.

L'analisi di Recalcati è assolutamente condivisibile perché ritrovarsi ad affrontare un problema che si sperava messo alle spalle è sempre più difficile rispetto ad affrontarlo per la prima volta. Credo però che vadano rimessi in ordine alcuni tasselli. Il Comitato tecnico scientifico, come dice la parola stessa, è un organo utile a chi è chiamato a prendere le decisioni per consultazioni, valutazioni, orientamenti e suggerimenti, ma poi la politica deve avere l'onore e l'onere di prendere le scelte. Noi dobbiamo solamente guidare, accompagnare e suggerire per quelle che sono le nostre capacità e competenze le decisioni che vengono assunte dalla politica, la quale peraltro ha anche la necessità di contemperare vari aspetti e vari fattori che

Dobbiamo recuperare necessariamente il terreno perduto sulla sanità digitale e valorizzare questo come uno dei temi fondamentali della riforma. Per me la parola chiave sarà prossimità e prossimità significa due cose che sembrano diverse, ma che in realtà devono camminare insieme: prossimità significa avere un medico e un infermiere che viene a casa tua, che quindi fisicamente è lì con te, ma prossimità deve anche poter significare un Servizio sanitario nazionale che si fa carico del paziente, che interloquisce con la persona, con l'individuo, attraverso le nuove tecnologie. Se il Servizio sanitario nazionale riesce a entrare nel cellulare di una persona, ha un grado di prossimità che è molto, molto significativo e quindi useremo tutte le risorse disponibili per investire sul digitale, per investire sulla teleassistenza, per investire sulla telemedicina.



Roberto Speranza- 23 settembre 2020



"...so di non sapere"

Socrate sosteneva di non sapere e proprio per questo era più sapiente degli altri. Nell'Apologia di Socrate ci viene descritto come abbia preso coscienza di ciò a partire da un singolare episodio. Un suo amico, Cherefonte, aveva chiesto alla Pizia, la sacerdotessa dell'oracolo di Apollo a Delfi, chi fosse l'uomo più sapiente e questa aveva risposto che era Socrate. Lui sapeva di non essere il più sapiente e quindi volle dimostrare come l'oracolo si fosse sbagliato andando a dialogare con quelli che avevano fama di essere molto sapienti, i poeti, gli artigiani e, in particolare, i politici. Ma alla fine del confronto, racconta Socrate, questi, messi di fronte alle proprie contraddizioni e inadeguatezze, provarono stupore e smarrimento, apparendo per quello che erano: presuntuosi ignoranti. «Allora capii», dice Socrate, «che veramente io ero il più sapiente perché ero l'unico a sapere di non sapere, a sapere di essere ignorante».

Dal 24° Istant Report Covid-19 dell'Alta Scuola di Economica e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica è stata avviata un'analisi di confronto tra il rapporto tra il numero di anestesisti e rianimatori per posto letto in terapia intensiva prima e dopo l'implementazione di posti letti in terapia intensiva previsti dal DL34 e l'acquisizione di nuovo personale a valle di bandi per l'acquisizione di personale medico.



Prima dell'emergenza sanitaria il rapporto in Italia tra anestesisti e rianimatori e posti letto di TI era di 2,5. In altre parole ogni posto letto c'erano 2,5 unità di personale. Se consideriamo la risposta strutturale delle regioni, ovvero l'acquisizione di personale tramite bandi per posizioni a tempo indeterminato e determinato, e l'incremento di posti letto previsto dal DL34 il rapporto scende a 1.6 (-0.9), con rimarcate differenze regionali. Il valore più basso dell'indicatore in questione misurato post DL 34 ed implementazione di personale si registra per Calabria e Marche: 1,4 anestesisti per posto letto di terapia intensiva. Al contrario la regione che mantiene il rapporto più alto è il Friuli Venezia Giulia con 2 unità per posto letto. Se consideriamo la riduzione del suddetto rapporto, la regione che registra la riduzione più alta è la Valle d'Aosta (- 1.7), passando da 3,5 anestesisti e rianimatori per posto letto prima dell'emergenza a 1,8. Al contrario, Veneto e Molise registrano il decremento minore passando rispettivamente da 1.9 a 1.6 e da 2.0 a 1.7.

vengono a comporre un quadro straordinariamente variegato. E quindi è chiaro che noi possiamo dare degli elementi di valutazione, strumenti utili a decidere, ma il processo decisionale non spetta e non deve spettare al Comitato, altrimenti si crea una confusione di ruoli che non giova a nessuno, prima di tutto al Paese.

Quando si parla di politica, si rischia di non capire bene di chi si stia parlando. Nell'emergenza è emerso un problema tra Governo centrale e Regioni?

Due considerazioni, una da uomo delle istituzioni e una personale. La prima è che in questa fase il dialogo, il confronto e la concertazione tra Governo e poteri regionali è assolutamente cruciale. Ognuno ha il suo ruolo, ognuno ha i suoi elementi utili e su questioni come queste trovo inopportuno dividersi e lacerarsi, come ha detto con parole sapienti il Presidente della Repubblica.

E la seconda?

Come riflessione di carattere personale, credo che, una volta messa alle spalle questa situazione, magari una riconsiderazione del Titolo V possa essere in qualche modo opportuna, soprattutto per quelle situazioni sanitarie che vengono a caratterizzarsi per connotazione emergenziale.

Su queste pagine, Piero Angela ha detto che la scienza non è infallibile ma è l'unico metodo cui ci si può ancorare.

Non potrei essere più d'accordo. È chiaro che la scienza è quella che ha permesso in questi anni il progresso in vari ambiti, non solo quello sanitario. Senza di essa nulla sarebbe progredito. La scienza va certamente avanti anche per errori, quello che diceva Socrate, 'so di non sapere', deve essere il comandamento, la base del comportamento di ogni scienziato. Nella scienza non può valere la regola dell'uno vale uno', perché la scienza è frutto di anni di studio, di competenze e di passione. Forse una cosa che ha connotato gli ultimi anni era questo disvalore attribuito alla sapienza e quindi è il caso che ritorniamo a riconsiderare invece quanto la scienza possa fungere da punto di riferimento, nelle distinzioni dei ruoli perché, come detto prima, non tocca agli scienziati fare le scelte. In ogni caso la scienza non può essere un disvalore, la competenza deve essere vista come un qualcosa che connoti la società più evoluta. Investire su scienza e ricerca vuol dire investire sul futuro di un Paese.

A proposito di investimenti, preso atto che in futuro ci siano più risorse, parliamo del nostro Ssn.

Il sistema sanitario di cui gli italiani beneficiano da più di quarant'anni è essenzialmente un patrimonio di questo Paese e forse la pandemia ci ha ricordato l'importanza di poter disporre di un sistema nazionale che ha mostrato fragilità ma anche straordinari punti di forza, sostanzialmente riassumibili nella sua capacità di resilienza. Negli ultimi dodici mesi si è investito in Sanità come mai era successo

“ È IMPORTANTE CONTINUARE A TUTELARE GLI ANZIANI ”

nei precedenti ultimi cinque anni e di questo va ringraziato sia il Ministro Speranza che il Presidente del Consiglio. Negli ambiti su cui bisogna andare a incidere, c'è bisogno sicuramente di rivalorizzare e porre al centro la medicina territoriale, che in alcune Regioni del Paese si è dimostrata fragile, con investimenti che devono irrobustirla. Più precisamente, in questa fase, il ruolo dei medici di medicina generale è assolutamente cruciale e imprescindibile per evitare gli assalti alle strutture di pronto soccorso piuttosto che l'occupazione di posti letto che rischia poi di interrompere l'attività ordinaria. Va fatta anche una programmazione dei posti delle scuole di specializzazione. Un esempio su tutti è certamente, insieme a più disponibilità nelle rianimazioni, la formazione di una classe di anestesisti-rianimatori attraverso un incremento dei posti nelle scuole. Lo stesso discorso va fatto per gli infermieri, in quanto che vi sia una carenza del personale infermieristico vi sono pochi dubbi. E poi c'è il grosso argomento degli investimenti infrastrutturali. Vi sono strutture ospedaliere che sono ormai chiaramente inadeguate per gestire con il dovuto rispetto per la dignità del malato coloro che ad esse si rivolgono. Vanno fatti investimenti per riportare il conforto 'alberghiero' a livelli dignitosi che permettano agli

operatori sanitari di agire nel modo migliore.

Che ruolo può svolgere la digitalizzazione?

Vi è la necessità di investire in sistemi informativi e di comunicazione tecnologica importanti perché altrimenti rischiamo di avere difficoltà nelle raccolte e nelle analisi dei dati, oltretutto nello scambio d'informazioni tra centro e periferia. Tutto quello che si chiama e-medicine deve essere in qualche modo portata al centro di investimenti importanti. Altro aspetto le dotazioni di strumentazione che in alcuni casi, pur essendo numericamente tante, sono ormai vetuste e superate dagli avanzamenti tecnologici. Tutto questo grande processo che ho provato a riassumere deve anche cercare di colmare quelle che sono oggettive differenze nelle capacità di erogazione dei trattamenti sanitari. In altri termini, devono essere colmate quelle differenze esistenti tra le varie aree, perché nessuno deve essere penalizzato dall'abitare in una determinata zona dove la risposta sanitaria può essere più o meno efficiente. Fare questo è primario nell'eliminare le diseguaglianze. Un'ultimissima osservazione è sugli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che hanno la potenzialità per essere lo strumento principe in cui

sviluppare, testare, validare ed esportare gli approcci diagnostici e terapeutici più innovativi. È evidente che vanno ripensati secondo la loro capacità di produrre ricerca traslazionale importante e va anche affrontato il problema dei tempi troppo lunghi per le approvazioni o di protocolli sperimentali o di contratti che veicolano l'attivazione di questi trial clinici, altrimenti il Paese ne viene penalizzato. Va anche pensato un modello che crei delle reti collaborative tra istituti che hanno più o meno la stessa vocazione di trattamento dei malati e di organizzazione su determinati aspetti della medicina, per rendere sempre più efficace la ricerca.

Abbiamo concluso. Come è cambiata in questi mesi la vita del Professor Locatelli?

In questi mesi ho sempre cercato di agire nello spirito del civilservant. Quello che mi manca, e anche molto, è la possibilità di stare vicino, come riuscivo a fare prima, ai malati, o meglio, ai bambini che mi vengono affidati. Quando i genitori pongono nelle tue mani la vita del proprio figlio, soprattutto se affetto da malattie gravi come quelle che io curo, indubitabilmente ti affidano la cosa più preziosa. Mi manca di occuparmi a tempo pieno di chi, pur essendo piccolo, soffre del pericolo di vedere il proprio percorso esistenziale interrotto. Spero di tornare a farlo molto presto, anche perché vorrebbe dire che l'emergenza nel Paese è definitivamente alle nostre spalle.

ASSISTENZA PRIMARIA

L'INCOMPI

L'epidemia di Covid ha evidenziato ancor più, semmai ce ne fosse stato bisogno, l'urgenza di un riordino dell'Assistenza primaria che sino ad oggi ha registrato un ritardo attuativo. Rafforzare l'accesso a un'Ap di qualità e migliorare il coordinamento delle cure, soprattutto per le persone con patologie croniche, rimane una priorità. Ne parliamo con Emilia De Biasi, già presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, che chiede al Ministro che vengano definite le priorità umane e che i soldi siano investiti, non dati a pioggia altrimenti vince solo chi è forte a discapito di chi è più debole

Per l'assistenza primaria la pioggia di soldi del Recovery Fund rappresenta la manna dal cielo. Con i fondi vanno riviste le piante organiche dei servizi territoriali. Ma occhio agli investimenti a pioggia, avverte Emilia De Biasi, già senatrice Pd e presidente della commissione Igiene e Sanità. Per lei "C'è bisogno di luoghi che intercettino e organizzino il sistema dell'assistenza delle cure primarie. In alcune regioni si sono chiamate Case della salute, in altre Aggregazioni funzionali territoriali. Il fatto è che bisogna saperle organizzare".

A causa della pandemia, molti pazienti in Italia hanno trascurato altre patologie, perché non hanno ricevuto risposte dal territorio o non hanno voluto recarsi in ospedale per paura del contagio. È evidente che il modello ospedalecentrico ha fallito. La pandemia ha svelato e messo in evidenza un problema antico. Nella prima fase è emersa la difficoltà di intervenire nell'emergenza e non avere alle spalle una visione della prevenzione

di ELISABETTA GRAMOLINI

UTA

come elemento di cura primaria. La pandemia per quanto si può si previene. La morte di tanti medici è derivata dalla mancanza dei dispositivi di protezione ma, questa, non dovrebbe essere un tipo di attrezzatura normale che l'ospedale dovrebbe avere? La pandemia inoltre ha messo in evidenza che i posti in ospedale sono pochi, perciò il sistema è saltato. Abbiamo visto che il sistema ospedaliero non ce la fa se non c'è un tracciamento e un monitoraggio nel territorio. C'è bisogno di luoghi che intercettino e organizzino il sistema dell'assistenza delle cure primarie. In alcune regioni si sono chiamate Case della salute, in altre Aggregazioni

funzionali territoriali. Il fatto è che bisogna saperle organizzare. Questo vuole dire definire i contenuti, i finanziamenti, gli orari, la programmazione e la disponibilità del personale. Diversamente il rischio è che il disagio continui a convogliarsi nei pronto soccorso che, come stiamo vedendo, in questi giorni rappresentano il vero punto di criticità dell'emergenza.

Le attuali forme associative di assistenza primaria mostrano ancora delle criticità a giudicare anche da una recente ricerca, condotta da Crea Sanità, per conto della Funzione Pubblica Cgil del luglio scorso. Per esempio, hanno una scarsa offerta, c'è poco personale e nelle ore serali non sono aperte. Insomma il lavoro è ancora tanto.

Queste strutture rischiano di essere deboli. Come ovviare? Assumendo risorse. I finanziamenti ci sono ma va fatto un piano di assunzioni di medici di medicina generale, specialisti, infermieri e professioni sanitarie per le quali è stata varata una legge quattro anni fa, ancora non esecutiva. Non è possibile che



**“ L'ITALIA MOSTRA DEI PARADOSSI:
HA DELLE ECCELLENZE ALTISSIME E IL DESERTO
NELLA TERRITORIALITÀ ”**

Case della Salute, un modello mai completato: non ancora alternativo all'ospedale e non abbastanza innovativo nell'offerta di servizi.

Almeno secondo la ricerca condotta da Crea Sanità, il Centro per la ricerca economica applicata in Sanità, per conto della Funzione Pubblica Cgil, su 121 strutture localizzate in 10 diverse regioni, che per ragioni di significatività dei dati sono state accorpate in 8 raggruppamenti, unendo Abruzzo e Molise e Basilicata e Calabria, raccogliendo informazioni su: professionalità, tipologia di servizi offerti, caratteristiche dell'utenza, costi e tempi di attesa, criticità, prospettive e aree di miglioramento dei servizi. Scarsa è, infatti, l'apertura dei servizi offerti durante i prefestivi, quasi assenza negli orari serali, così come sono rare le strutture che garantiscono un'apertura h24. Inoltre, pur registrandosi una diffusa presenza di ambulatori infermieristici e di medicina generale, in diverse strutture gli orari di apertura sono limitati e spesso lo è anche il personale presente. Mentre il principio basilare dell'integrazione tra sociale e sanitario sembra ancora lungi dall'essere realizzato.

non esista ancora un piano per la salute mentale nel territorio che intervenga, non per le grandi patologie, ma per esempio per gli stati ansiosi aumentati per colpa della pandemia in particolare per i più piccoli. Ridisegnare la sanità significa assumere personale, approvare il piano sulla prevenzione 2018-23, fermo alla conferenza Stato-Regioni e, allo stato attuale, finanziato con 200 milioni, ossia veramente troppo poco. Senza dimenticare i determinanti sociali della salute, come ad esempio l'offerta di mezzi pubblici adeguati. Oggi, nonostante la pandemia in corso, sono affollati, perché? Chi decide è mai salito su un mezzo

pubblico? Ridisegnare la salute delle persone deve tenere conto delle condizioni di vita e persino dell'organizzazione delle città.

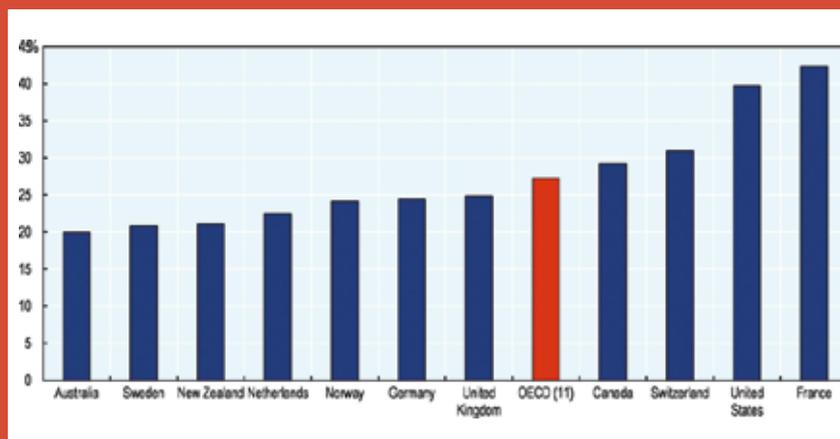
I sindacati dei medici muovono obiezioni sull'uso della telemedicina e su chi ricade la responsabilità nella diagnosi a distanza quando il team è multidisciplinare.

Quando ero presidente della commissione Igiene e Sanità in Senato è stata varata la legge Gelli-Bianco (L. 24/17, ndr) sulla responsabilità professionale che avrebbe dovuto mettere l'accento sulla sicurezza del paziente e delle cure. La legge però è riuscita solo in parte perché se il tema è chi sia il responsabile del procedimento allora si

blocca tutto; se burocratizziamo la sanità riduciamo a chi può economicamente curarsi, condannando chi non ha i mezzi. Il primo ostacolo alla diffusione della telemedicina è stata la formazione per i medici di medicina generale: scarsa. Altro intoppo è dato dai sistemi interoperabili, perché se i sistemi con cui si fa teleassistenza sono diversi, non si parlano ed equivale a non farla. Ulteriore criticità è determinata dal parco mezzi ormai molto obsoleto. Infine la scelta del tipo di telemedicina che si vuole fare. Oggi per esempio con uno smartwatch si può fare un elettrocardiogramma a casa propria ma questa non è telemedicina perché manca il rapporto con il medico che permette la continuità di cura. I pazienti vanno sempre coinvolti nei percorsi di cura, anche nella telemedicina. Non ci sarà mai un algoritmo che potrà sostituire la parola, lo sguardo e il tono di voce.

In media quasi il 30% dei pazienti anziani ha visitato un pronto soccorso per una condizione che avrebbe potuto essere trattata nell'assistenza sanitaria di base, 2017

Nel 2017 la percentuale di visite al pronto soccorso inappropriate tra gli anziani è stata la più alta in Francia e negli Stati Uniti, con oltre il 40% dei pazienti anziani che visitavano un pronto soccorso per una condizione che avrebbe potuto essere trattata dal team di assistenza sanitaria di base.



Nota: agli intervistati è stato chiesto: "L'ultima volta che sei andato al pronto soccorso dell'ospedale, è stato per una condizione che pensavi potesse essere trattata dai medici o dal personale del luogo in cui di solito ricevi assistenza medica se fossero stati disponibili?" I risultati mostrano la percentuale di persone che rispondono "sì" alla domanda. (Fonte: Realizing the Potential of Primary Health Care, Ocse - giugno 2020)

Ad agosto il consiglio regionale della Campania ha approvato all'unanimità la legge che istituisce lo "psicologo di base". Il Consiglio dei ministri ha impugnato la legge. Non potrebbe invece essere un modo per dare maggiore assistenza a fasce di popolazione che non possono permettersi lo specialista privato?

Per istituire la figura occorrono i soldi, se la copertura non c'è la legge è solo carta. A parte le motivazioni del Consiglio dei ministri, quello che mi preme

dire è che il servizio deve avere alle spalle un progetto con figure multidisciplinari. Per esempio per i malati oncologici, lo psicologo dovrebbe far parte del percorso diagnostico terapeutico e il resto degli specialisti lo dovrebbero considerare.

Riguardo l'uso del recovery fund in sanità, il ministro Speranza ha insistito sulla parola prossimità.

Se il Ministro intende dire che quei soldi non vanno spesi per i mega convegni sono perfettamente d'accordo. Se significa che con quei soldi ogni Regione fa quel che vuole non sono più d'accordo. In una fase come questa è stato chiaro come l'unione faccia la forza. Guardiamo per esempio alla massa enorme di energia che è venuta fuori quando la comunità scientifica si è messa insieme per la ricerca sulla terapia contro il Covid o su un probabile vaccino. È un momento in cui è necessario unire le forze e per farlo bisogna ripartire dalla prossimità dove sono le persone. Il titolo V della Costituzione non dice che le Regioni sono Stati autonomi, non siamo una Repubblica federale. Sarà bene che si lavori di più insieme.

In una recente audizione Giuseppe Viggiani, direttore del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) ha affermato che i flussi di informazioni arriveranno anche da ospedali di comunità, strutture di cure primarie, dalle riabilitazioni

LA DICHIARAZIONE DI ASTANA



Nell'ottobre 2018 esperti sanitari e responsabili politici si sono incontrati ad Astana (Kazakistan) per rinnovare l'impegno

per un'assistenza sanitaria primaria completa per tutti. La nuova dichiarazione di Astana riafferma l'impegno nei confronti dei principi fondamentali di Alma-Ata. La nuova Dichiarazione prevede "cure primarie e servizi sanitari di alta qualità, sicuri,

completi, integrati, accessibili, disponibili e alla portata di tutti e ovunque, forniti con compassione, rispetto e dignità da professionisti sanitari ben formati, qualificati, motivati e impegnati". Viene data esplicitamente la priorità alle cure promozionali, preventive, curative, riabilitative e palliative; e alla crescente importanza delle malattie non trasmissibili che portano a cattive condizioni di salute e morti premature, nonché a fattori ambientali come disastri naturali, cambiamenti climatici o altri eventi meteorologici estremi.

territoriali e dai consultori. Finalmente avremo una mappatura più efficiente ma non mancano altri tasselli del Ssn come i medici di medicina generale, le farmacie e le guardie mediche?

In questo caso tocchiamo un punto fondamentale. Difendo infatti il concetto che le farmacie facciano parte del Ssn. Però mi chiedo perché i tamponi oggi non si possano fare in farmacia. Anche i medici di medicina generale dovrebbero pretendere di più in questa fase, fanno parte anche loro del Ssn. L'Italia mostra dei paradossi: ha delle eccellenze altissime e il deserto nella territorialità. Oggi esistono quartieri senza medico di medicina generale. Sono convinta che il Ssn debba continuare ad essere universalistico, un servizio invidiato in Europa. Adeguiamolo solo ai bisogni dell'oggi.

Cosa chiede al Ministro della Salute?

Al Ministro e alle Regioni chiedo che vengano definite le priorità umane e che i soldi siano investiti, non dati a pioggia altrimenti vince solo chi è forte a discapito di chi è più debole. Rischiamo di acuire le disuguaglianze sociali come ha fatto bene a ribadire il Presidente Mattarella.

Come commenta questa seconda ondata di contagi?

La situazione è veramente critica oggi e spero che riusciremo a uscire da questa seconda ondata. Avrei preferito un maggiore coordinamento e attenzione alle fragilità per età e patologia (Rsa). E poi, occhio all'uso dei termini: basta con la parola coprifuoco o altre parole che rimandano alla guerra. Questa battaglia la vinciamo con il rispetto della scienza, la decisione della politica e la responsabilità individuale.

Iniziativa e proattività

Per sviluppare il territorio è necessario disporre di una visione organizzativa e di strumenti operativi d'insieme capaci di coordinare le interdipendenze di sistema. **Sette i pilastri operativi senza gerarchie tutti complementari e complementari tra loro**

di FRANCESCO LONGO,
ANGELICA ZAZZERA

A fronte di uno scenario in cui il 38% della popolazione italiana ha almeno una patologia cronica (la quale consuma il 70% delle risorse del Ssn), in cui la configurazione mediterranea di famiglie numerose si sta sgretolando, mostrando un tessuto sociale costituito per il 32% da famiglie mono personali e per l'11% da famiglie mono genitoriali

(situazioni in cui viene quindi a mancare la presenza di un caregiver), si è aperta un'importante finestra di opportunità di innovazione e sviluppo, trainata dal dibattito valoriale (e un po' retorico) sulla rilevanza dei servizi territoriali e spinta dalla copiosa opportunità di finanziamento con il Recovery Fund e/o Mes. Scopo di questo articolo è popolare di contenuti tecnici e attuativi questa

finestra di opportunità, al momento incorniciata di visioni valoriali o da generiche invocazioni di nuovi e ulteriori muri (Casa della Salute) e silos (infermiere di comunità) da attivare. Per sviluppare il territorio è necessario disporre di una visione organizzativa e di strumenti operativi d'insieme capaci di coordinare le interdipendenze di sistema, attraverso sette pilastri operativi: metrica, target, commitment e potere manageriale, organizzazione delle interdipendenze cliniche, operations ma-

“ L'EMERGENZA COVID-19 HA RESO NECESSARIO ORGANIZZARE LA FILIERA CON URGENZA E CHIAREZZA, DISTRIBUENDO COMPITI E PRIORITÀ ”



1. Una nuova metrica di misurazione della presa in carico territoriale

Nell'ambito della presa in carico della cronicità è necessario passare da una metrica che misura le prestazioni a una metrica composta da più elementi. La metrica che utilizza il conteggio delle prestazioni appare infatti più coerente con il cluster di pazienti acuti, dove le prestazioni sono facilmente correlabili a un Drg ed è possibile registrare un episodio che rappresenta la fine della presa in carico. D'altra parte, per i pazienti cronici che convivono a lungo con la propria patologia, risulta poco efficace misurare le prestazioni, che da sole non chiariscono se i pazienti sono over-treated o under-treated. È perciò necessaria una metrica che, in primo luogo, monitori la prevalenza delle patologie per comprendere il bisogno totale e, in secondo luogo, identifichi il livello e il mix atteso dei pazienti che i servizi territoriali intendono raggiungere. Successivamente, per i

nagement, piattaforme di knowledge sharing clinico, co-produzione e clusterizzazione dei pazienti. I primi 3 elementi (metrica, target e commitment) rappresentano aspetti gestionali, mentre i 4 restanti (organizzazione delle interdipendenze cliniche, operations management, piattaforme di knowledge sharing e co-produzione) sono aspetti relativi ai processi. Nel presente articolo proponiamo una logica sistemica, che vede i sette pilastri come tra loro complementari: non esistono gerarchie ma è necessario che siano tutti compresenti affinché si crei valore per i pazienti e per il Ssn.



La prolungata attenzione sul fronte della spesa, i processi di riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e le difficoltà di adeguare l'offerta pubblica al mutare delle caratteristiche della domanda di assistenza si sono riflessi in un ampliamento della spesa sanitaria a carico delle famiglie che tra il 2012 e il 2018 ha continuato a crescere. È quanto evidenziato dalla Corte dei conti nel Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica.



La spesa sanitaria diretta delle famiglie tra il 2012 e il 2018 è cresciuta

+14,1%

quella delle Amministrazioni pubbliche

+4,5%

Rilevante anche la crescita di quella coperta da regimi di finanziamento volontari +31,5%



Per pianificare e programmare i servizi territoriali in termini di capacity e intensità assistenziale, è necessario applicare logiche di operations management. L'operations management applicato ai setting territoriali permette di comprendere quanti sono i pazienti che si trovano nel bacino di utenza di ogni servizio e di quante visite hanno mediamente bisogno.

pazienti identificati va definito un Pai (Piano Assistenziale Individuale), ovvero un progetto di presa in carico complessivo che superi la logica delle singole prestazioni e faccia da sintesi clinica. Oltre a verificare l'appropriatezza del Pai per i pazienti, occorre poi monitorare e verificare l'aderenza della filiera professionale al Pai, per accertare che tutti i professionisti siano allineati. Inoltre, grazie al Pai è possibile controllare e supportare l'aderenza terapeutica dei pazienti e, in ultima

istanza, monitorare gli esiti e le cause degli scostamenti dal Piano. I sei elementi che proponiamo per la nuova metrica hanno il vantaggio di combinare interessi clinici e di management e di rappresentare un approccio che segue il filone della medicina di iniziativa e di interventi proattivi.

2. Individuazione dei target da prendere in carico

A fronte di risorse scarse, è necessario delimitare l'area di intervento dei servizi territoriali,

identificando i target di pazienti da prendere in carico rispetto ai target che devono essere gestiti da altri setting. I servizi andrebbero segmentati per sottopopolazioni di utenti, distinti tra utenti sani, pazienti occasionali, pazienti cronici mono patologici, pazienti cronici pluripatologici, pazienti cronici pluripatologici fragili e long term care e pazienti in fine vita. Effettuare la programmazione dei target con realismo e in funzione delle priorità e delle risorse disponibili permetterebbe di evitare gli sprechi, superando la logica di accesso ai servizi "on demand" e circoscrivendo più consapevolmente i target che verrebbero sospinti verso l'autocura e il mercato a pagamento (26% delle prestazioni sanitarie del Paese, 40 Mld annui).

3. Commitment e potere manageriale

Il modello di presa in carico territoriale pone la sfida della gestione di vari pezzi della filiera dei servizi: tale modello è vincente solo se è presente un attore con un forte potere manageriale, che faccia committenza sui vari elementi della filiera. L'emergenza Co-

“ IL PAI DEVE ESSERE COSTRUITO
CON APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ”

vid-19 ha reso necessario organizzare la filiera con urgenza e chiarezza, distribuendo compiti e priorità. È emerso come la responsabilità del coordinamento territoriale sia stata assegnata a diversi attori a seconda dei contesti regionali: dal dipartimento di sanità pubblica al top management, fino ai servizi ospedalieri che a volte hanno investito in prima persona nel regime domiciliare o ambulatoriale. Tali esempi hanno mostrato l'importanza del ruolo di committenza sui servizi territoriali e la possibilità di assegnarlo secondo diverse soluzioni organizzative. La variabilità di tali soluzioni non influenza la loro efficacia, che è invece influenzata dalla chiarezza e dalla forza del ruolo di committenza.

4. Organizzare le interdipendenze cliniche

Nella presa in carico della cronicità è fondamentale organizzare le interdipendenze cliniche all'interno di ogni singolo Pai. Il Pai è uno strumento che facilita l'organizzazione delle interdipendenze, in quanto deve essere costruito tramite un approccio multidiscipli-

plinare: le figure che entrano in gioco sono il tutor clinico, il patient experience manager e lo specialista. Il tutor clinico (o clinical manager) è responsabile della presa in carico e redige il Pai, facendo sintesi clinica nel caso di pazienti multimorbidi; il Pem (patient experience manager) o case manager, tipicamente una figura di infermiere professionale, si preoccupa di controllare la compliance del paziente, prenotare le visite, fare educazione sanitaria e gestire la relazione con il paziente, attivando quindi i sistemi di tracciamento e comunicazione. Per produrre valore, i compiti e le responsabilità del tutor clinico, del Pem e dello specialista devono essere definiti con chiarezza.

5. Fare programmazione con logiche di operations management territoriale

Per pianificare e programmare i servizi territoriali in termini di capacity e intensità assistenziale, è necessario applicare logiche di operations management. L'operations management applicato ai setting territoriali permette di

comprendere quanti sono i pazienti che si trovano nel bacino di utenza di ogni servizio e di quante visite hanno mediamente bisogno. Combinando questi dati relativi alla domanda ai dati di offerta, ovvero numero di professionisti (medici di medicina generale, specialisti e infermieri) e intensità assistenziale mediamente erogata, è possibile comprendere la capacità disponibile rispetto alla domanda assistenziale esistente. Alla luce dei gap tra domanda e capacity i servizi dovrebbero mettere in campo determinate scelte allocative per mantenere la copertura universalistica del Ssn: ridurre l'intensità assistenziale o il numero di pazienti presi in carico?

6. Costituire piattaforme di knowledge sharing clinico

Sia nel setting ospedaliero che in quello territoriale vengono sviluppate competenze rilevanti: clinico-specialistiche da un lato e di sintesi clinica, olismo, medicina preventiva e proattiva dall'altro. La condivisione di tali competenze dovrebbe essere promossa tramite piattaforme di knowledge

sharing, ovvero interfacce organizzative di dialogo professionale diffuse tra pari. Le piattaforme potrebbero essere suddivise per coorti di pazienti, casi o Pdta.

7. Co-produzione e clusterizzazione dei pazienti

Per garantire copertura universalistica e valorizzare le risorse individuali e delle reti di comunità bisogna investire su prospettive di co-produzione, valorizzare le reti di caregiver, implementare strategie di community engagement, valorizzare le reti sociali, associare modelli di servizio a coorti di pazienti e implementare tecnologie telematiche. Per investire in tali soluzioni potrebbe essere utile il supporto di piattaforme digitali che permettano l'interazione con il paziente per la co-production e che forniscano la base per gli scambi della comunità e delle reti. Infine, tali azioni risulterebbero maggiormente efficaci dividendo i pazienti in cluster differenziati per caratteristiche quali la literacy, la cultura della salute, le reti sociali in cui sono inseriti, la fragilità e la loro collocazione urbana o rurale.

La sfida: formare il personale

Il riordino dell'Assistenza sanitaria primaria ha registrato sino a oggi un ritardo attuativo. Una forte responsabilità di questo ritardo deve essere attribuita al sistema deputato alla formazione nei suoi vari gradi e articolazioni

di ARMANDO MUZZI, GIANFRANCO DAMIANI



È sorprendente come a distanza di oltre 40 anni dal suo annuncio (Dichiarazione di Alma Ata, settembre 1978), non si sia realizzata, e non solo in Italia, l'Assistenza sanitaria primaria (Asp). Tanto più che la letteratura sull'argomento si è talmente ampliata da occupare un'intera biblioteca e non mancano sintesi che forniscono un quadro completo e internazionale

dell'argomento (ad esempio il volume di Jan De Maeseneer "Medicina di Famiglia e Assistenza Primaria. Al crocevia del cambiamento della società", KOS editrice, Roma 2019). Appare documentato che la Asp si dimostra indispensabile per facilitare la sostenibilità dei sistemi sanitari e per soddisfare le esigenze di tutti coloro che hanno qualche interesse (stakeholder) al buon funzionamento del sistema

**“ PROGRAMMI FORMATIVI NON ADEGUATI ALLE ESIGENZE
CONSEQUENTI AI VELOCI E TUMULTUOSI CAMBIAMENTI
SOCIO-ECONOMICO-TECNOLOGICI ”**

sanitario (cittadini, personale sanitario, amministratori e gestori, ecc.) Ovviamente non sono mancati i tentativi di realizzazione della Asp limitati però agli assetti organizzativi che non sono stati sufficienti a modificare il modo di pensare e di agire di tutti i portatori di interesse. Si può con certezza affermare che quanto è avvenuto e accade è attribuibile alla scarsa attenzione prestata alla Asp da parte dei numerosi componenti del sistema di servizi sanitari (in primis certamente coloro che detengono un qualche potere decisionale all'interno del sistema). Una forte responsabilità di questo ritardo deve essere attribuita al sistema deputato alla formazione del personale sanitario nei suoi vari gradi e articolazioni. I motivi di questa lacuna sono numerosissimi ma forse il più incisivo è quello di un ritardo di adeguamento dei programmi formativi alle esigenze conseguenti ai veloci e tumultuosi cambiamenti socio-economico-tecnologici della società. Va rimarcato che negli ultimi decenni le organizzazioni che si sono impegnate, per moti-

vi istituzionali (università) o meno, nella formazione di professionisti hanno solo parzialmente avuto successo. Infatti i discenti che, con le più varie competenze (non solo sanitarie ma anche amministrative, tecniche, socio-politiche), entrati a far parte del personale (risorsa umana) del sistema sanitario, hanno ricevuto accanto alla istruzione "professionalizzante" prevalentemente quella economica-manageriale. Questo orientamento, oltre ad assorbire ogni capacità di apprendimento dei professionisti, ha loro inculcato una mentalità operativa parziale avendo trascurato di imprimere i principi che stanno alla base di ogni sistema sanitario: la promozione, la conservazione e il recupero della salute, individuale e collettiva. Per restare in tema, ogni attività di governo e gestione, tanto più di leadership, del sistema ha mancato di lucidità di visione e di missione. È sufficiente un rapido sguardo alla letteratura scientifica per mettere in evidenza gli elementi che ad oggi sono stati deficitari non adeguatamente rappresentati nelle attività formative promosse dai li-

ELEMENTI CRITICI PER LA REALIZZAZIONE DELLA ASP DA COLMARE CON LEVE FORMATIVE

Il focus diretto alla persona piuttosto che alla malattia implica una relazione duratura tra assistiti e operatori sanitari indicata come **continuità assistenziale**.

Deve essere il punto di primo contatto per qualsiasi problema di salute o di assistenza sanitaria manifestato dagli assistiti garantendone la risposta ad ogni richiesta (**onnicomprensività**), di facile **accesso** e, se necessario coordinata adottando meccanismi che facilitano il trasferimento di informazioni nei vari setting assistenziali.

Deve possedere la caratteristica di essere **d'iniziativa** mirando sia alla conservazione della salute delle persone sane (prevenzione primaria e secondaria) e sia alla gestione delle malattie non attendendo la richiesta delle persone malate (soprattutto di patologie croniche).

Le attività della Asp non possono fare a meno di équipe multidisciplinari e multiprofessionali con conseguente **integrazione** delle competenze professionali.

Si richiede un'attenzione alla popolazione sana ed una considerazione delle cause distali di malattia ovvero da un **approccio di sanità pubblica**.

velli istituzionali preposti per sviluppare la Asp (vedi box in pagina).

Lo sforzo e l'impegno dimostrati nella realizzazione della azienda-lizzazione in sanità con la formazione economica-organizzativa-manageriale (certificato manageriale obbliga-



#COVER STORY

Il successo delle politiche per rafforzare l'assistenza sanitaria primaria dipende dalle giuste risorse e dalla buona organizzazione in grado di fornire assistenza di alta qualità e accessibile alle persone. È quanto sostiene l'Ocse che nel Rapporto Realizing the Potential of Primary Health Care, pubblicato a giugno 2020, richiama l'attenzione sul fatto che l'assistenza sanitaria primaria non è all'altezza del suo pieno potenziale in nessun Paese.

Fare le cose in modo diverso - attraverso nuovi modelli di organizzazione dei servizi, un migliore coordinamento tra i fornitori, un migliore utilizzo della tecnologia digitale e un migliore utilizzo delle risorse e degli incentivi - aiuta a migliorare l'assistenza, ridurre la necessità di ricoveri e mitigare le disuguaglianze sanitarie. Sulla base delle esperienze nazionali più promettenti, il documento rileva che la riconfigurazione dell'erogazione



dell'assistenza sanitaria primaria con team multiprofessionali, dotati di tecnologia digitale e perfettamente integrati con servizi di assistenza specialistica, potrebbe aiutare medici, infermieri, farmacisti e operatori sanitari di comunità a fornire un'assistenza più efficace. Secondo l'Ocse la rapida diffusione del Covid-19 ha aggiunto urgenza alla necessità di affrontare pressioni di lunga data sui sistemi sanitari, legate alle crescenti aspettative dei cittadini, all'invecchiamento della popolazione e alle esigenze di assistenza sanitaria più complesse e costose. Il rapporto, tra l'altro, mette in luce come i team di assistenza sanitaria primaria potrebbero non avere importanti competenze trasversali per fornire un'assistenza incentrata sulle persone, come comunicazione condivisa, collaborazione e partnership. I team di assistenza sanitaria di base sembrano poco preparati a soddisfare le crescenti e complesse esigenze di assistenza sanitaria dato il progresso tecnologico, i nuovi modi di fornire servizi e il rapido ritmo di sviluppo delle conoscenze mediche. È quindi evidente, afferma l'Ocse, la necessità di un cambiamento nella formazione e nello sviluppo delle équipe di assistenza sanitaria primaria.



torio) dovrebbero essere applicati per l'attuazione della Asp. Tenendo presente la necessità di superare gli elementi critici, si possono indicare le linee di un programma formativo per il personale impegnato in ruoli di coordinamento/integrazione dai livelli più operativi fino a quelli più strategici sintetizzabili in tre macroaree:

Dinamicità del Contesto
Gli elementi di rilevanza

normativa e manageriale vengono proposti congiuntamente con i principi che stanno alla base di ogni sistema sanitario: la promozione, la conservazione e il recupero della salute individuale e collettiva in un contesto di relazioni multiple ed evolutive tra differenti determinanti di salute/malattia che caratterizzano la complessità del sistema socio sanitario non semplicemente ed esclusivamente gover-

**“ OGNI ATTIVITÀ DI GOVERNO
E GESTIONE DEL SISTEMA HA MANCATO
DI LUCIDITÀ DI VISIONE ”**

“ I DISCENTI HANNO RICEVUTO ACCANTO ALL'ISTRUZIONE PROFESSIONALIZZANTE PREVALENTEMENTE QUELLA ECONOMICO-MANAGERIALE ”



Sono necessari cambiamenti nella formazione per garantire che le squadre di assistenza primaria abbiano esperienza in un'ampia gamma di settori, che vanno oltre il trattamento delle malattie infettive e includono nutrizione, dipendenza, salute mentale e invecchiamento sano. Inoltre, sono necessarie competenze "soft" e trasversali (compresa la consulenza comportamentale, la comunicazione condivisa, la collaborazione o la partnership) per fornire cure proattive e incentrate sulle persone.

(Fonte: Realizing the Potential of Primary Health Care, Ocse - giugno 2020)

nabile attraverso i principi della razionalità aziendale.

Integrazione Essendo la multi-professionalità e multi-disciplinarietà caratteristiche fondanti della Asp, diventano condizioni indispensabili per soddisfare la varietà di bisogni (multi-morbosità) e di aspettative (centralità del cittadino malato o sano) delle persone assistite. Anche questa esigenza è stata finora ignorata dalle istituzioni formative per il dominante modello di insegnamento per discipline, settori e specializzazioni di tipo verticale tra

loro non comunicanti. La formazione deve quindi promuovere una modalità di insegnamento orizzontale che superi le barriere disciplinari e professionali. Una condizione che, se appresa e trasmessa, dovrebbe facilitare il lavoro di gruppo e la creazione di reti assistenziali non solo a livello di assistenza primaria ma anche secondaria e terziaria.

Valutazione e Ricerca

Un tema rilevante per il consolidamento e sviluppo dell'assistenza primaria è rappresentato dalla necessità di sviluppare una metri-

ca che consenta di esplicitare obiettivi di salute e misurare l'impatto delle attività di assistenza primaria non solo in termini di utilizzo di risorse ma anche sulle condizioni di salute delle popolazioni servite e sulla appropriatezza dei processi di assistenza forniti e la loro sicurezza. Tale attività valutativa rappresenta un potente elemento di accountability oltre che facilitare lo sviluppo di logiche di miglioramento continuo della qualità. Altro elemento distintivo per la qualificazione dei professionisti è saper interpretare l'efficacia e quindi facilitare l'utilizzo dei prodotti della ricerca nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria. Gli indiscutibili successi ottenuti in campo diagnostico-terapeutico dalla Medicina clinica ampiamente pubblicizzati sono attribuibili non solo ad adeguati finanziamenti ma anche ai progressi tecnologici e a sofisticati e intelligenti metodi di ricerca. Questo impianto ha avuto come oggetto la malattia e non la persona - tanto meno la persona sana e la collettività

- un difetto che si è manifestato sotto forma di fenomeni (consumismo sanitario, medicalizzazione dell'esistenza, irreali aspettative) che inficiano la sostenibilità dei sistemi sanitari. Non essendo integralmente applicabili i metodi di ricerca clinica, la formazione si propone pertanto anche di indagare e applicare sperimentalmente, con la fattiva partecipazione dei discenti, Metodologie e Strumenti per l'Asp ancora allo stato iniziale.

Non si può infine ignorare lo "tsunami" provocato dalla pandemia da Covid-19 che ha fatto scoprire pregi e difetti dell'attuale organizzazione sanitaria, compresa la Asp. Nei propositi di mettere mano a sostanziali modifiche non solo dell'attuale modello sanitario (risorse, organizzazione, governance), ma dell'intero apparato socio-economico del Paese (slogan politico "cambiare il Paese"), la sfida di formare il personale per la governance della Asp diventa quanto mai attuale e forse anche possibile una sperata vittoria.

#COVER STORY

L'acronimo Pdta (Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale) è oramai arcinoto. Non esiste un professionista del settore della sanità che non lo conosca e molti documenti di indirizzo e programmazione nazionali o regionali ne parlano diffusamente (ad esempio, i Piani Socio Sanitari Regionali e il Piano per la Cronicità). Eppure i pazienti ne sanno poco o nulla e il dibattito sulla loro efficacia si fa rumoroso

di VALERIA DOMENICA TOZZI

Pdta e dintorni

Il management in sanità vive di cicli (in qualche caso deteriori di mode) che periodicamente mettono al centro del dibattito e delle esperienze approcci o strumenti specifici. Quello sui Pdta, sebbene quasi

ventennale non è ancora terminato, ma richiede una rigenerazione. In questi venti anni, occorre riconoscere ai Pdta (relativamente al dibattito e alle esperienze che ha ispirato) alcuni risultati rilevanti almeno sul piano



culturale. In primo luogo, i Pdta rappresentano l'approccio che meglio ha veicolato i messaggi del dibattito internazionale intorno alla clinical governance (largamente condizionato dall'esperienza inglese) che negli anni '90 poneva al centro la rilevanza della qualità clinico professionale degli interventi e i processi di miglioramento continuo che istituzioni e aziende sanitarie dovevano mettere in campo, dopo aver osservato quanto accadeva nel sistema delle cure con strumenti di monitoraggio e verifica (dall'audit clinico in giù). L'Italia colse subito il potenziale di questo approccio recependolo con strumenti di una certa coerenza: si ricordi la legge finanziaria del 1996 (art. 1 comma 28) che introdusse i Pdt (all'epoca la

partita assistenziale non era ancora stata messa a fuoco) con lo scopo di orientare il più possibile il comportamento dei professionisti verso comportamenti ritenuti appropriati.

Erano gli anni in cui l'evidence based medicine dispiegava tutto il suo portato di innovazione e le posizioni di David Sackett venivano evocate in ogni convegno sull'innovazione del sistema delle cure in sanità. Accezione più puntuale e realistica arrivò dal Programma Nazionale Linee Guida nel 2002 che associa ai Pdt (o profili di cura) "i risultati degli adattamenti delle linee guida alle situazioni locali, con le loro specifiche caratteristiche organizzative e gestionali".

Contingenza e adatta-



Come aggiornare i Pdta alla sanità odierna?

Da quando l'approccio dei Pdta è comparso, la sanità è straordinariamente cambiata soprattutto sul fronte delle aziende sanitarie e dei modelli di erogazione delle cure

In primo luogo abbiamo i numeri. Certamente quelli delle banche dati amministrative sono presenti in tutti i contesti del Paese. Incrociare i flussi amministrativi di ricoveri, farmaci, specialistica ambulatoriale, esenzioni, ecc. permette sia di capire quanti sono i cittadini affetti da una certa patologia nei diversi territori ma anche di leggere quali sono i percorsi che mediamente hanno vissuto (i cosiddetti pattern di consumo). Ciò permette di conoscere ex ante la popolazione in carico e programmare ad hoc i servizi, di individuare condizioni di inappropriata e non aderenza e avviare interventi correttivi specifici. Questo è alla base dei modelli di Population Health Management che ci permettono di valorizzare l'intero patrimonio di informazioni presenti sia nelle aziende sanitarie che nelle Regioni a partire dai flussi amministrativi. Il tema trova spazio anche nel Pnc (tabella n. 1) che indicava quale prima fase della gestione delle malattie croniche l'identificazione delle popolazioni target e la registrazione dei dati.

La seconda spinta all'innovazione dei Pdta è rappresentata dall'uso della tecnologia digitale.

Questi mesi all'insegna della gestione del Covid 19 hanno spinto all'elaborazione di modelli di cura rispettosi del distanziamento fisico. Televisita, teleconsulto fino ad alcune puntuali esperienze di app sono state avviate sia per mantenere il contatto con la popolazione in carico sia per erogare prestazioni a distanza. Consolidare questo patrimonio arrivando a modelli di offerta multicanale (che associano alle prestazioni in presenza quelle a distanza) è un altro capitolo di lavoro per aggiornare i Pdta. Quali attività possono essere gestite a distanza? Per quali target? Sono solo alcuni degli interrogativi intorno ai quali occorre far ripartire la roulette dell'allineamento professionale per poi organizzare le condizioni di gestione (ad esempio, agende dedicate alla televisita, sistemi di prenotazione).

segue



#COVER STORY

segue

La terza motivazione ad una rivisitazione dei Pdta è rappresentata dalla gestione della comorbidità e dalla polipatologia. Quella che spesso è celebrata come la sconfitta dei Pdta, in realtà si rivela la condizione operativa per arrivare a gestire un modello davvero integrato di servizi per il paziente comorbido come quello cronico. In assenza di Pdta (veri, capaci di rappresentare anche la dimensione gestionale) è possibile riprogettare gli accessi del malato in modo che non segua tanti percorsi in parallelo quante sono le sue malattie ma minimizzi il disagio di raggiungere le strutture di offerta, veda una sequenza ragionata tra visite ed esami strumentali dettata non solo dalle disponibilità in agenda. Senza Pdta si rendono difficili anche i Pai (Piani Assistenziali Individualizzati) che hanno lo scopo di declinare sul singolo caso gli interventi per la gestione dell'intero stato di bisogno anche attraverso un approccio multidisciplinare. Quindi se il Pdta rappresenta una sorta di approccio di popolazione che lega la dimensione professionale a quella organizzativa e manageriale, il Pai è la sintesi degli interventi specifici sul singolo tentando di conciliare gli approcci diagnostici e quelli terapeutici. Tanto più i professionisti saranno abituati al dialogo tra di loro e i servizi saranno integrati tanto più agevole risulterà la definizione e l'attuazione dei piani personalizzati.

Una quarta ragione si rintraccia nella crescente rilevanza del ruolo del paziente nei processi decisionali e nell'erogazione dei servizi. Si pensi alla medicina di precisione che basandosi sulle indagini genetiche può e potrà sempre più profilare strategie terapeutiche la cui scelta non potrà essere solo di tipo clinico, ma richiede consapevolezza e coinvolgimento del paziente e piuttosto che al self care in cui il paziente è parte attiva nella sorveglianza dei sintomi e nella gestione della terapia. Ebbene, conoscere con strumenti chiari ed espliciti un iter di riferimento per inquadrare le possibili vie che il proprio percorso potrà subire, aiuta il paziente e la sua famiglia ad acquisire consapevolezza e verosimilmente aderenza alle cure.

DEFINIZIONE DEL TARGET DI CURA ALL'INTER

- Ministero della Salute
- AGENAS
- Regione
- Azienda Sanitaria
- Ministero della Salute
- Regione
- Centri prevenzione
- Medico
- Associazioni
- Regione
- Azienda Sanitaria
- Medico/infermiere
- Team multidisciplinari
- Associazioni

FASE 1 STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

- Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
- Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali

FASE 2 PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

- Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
- Diagnosi precoce

FASE 3 PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVESO IL PIANO DI CURA

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

Obiettivi FASE 1

Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.

Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.

Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.

Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici.

Obiettivi FASE 2

Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.

Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.

Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

Obiettivi FASE 3

Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate.

Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.

Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio.

Adottare modelli di gestione integrata.

Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni.

Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità.

Creare reti multi-specialistiche ospedaliere.

Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale.

mento sono le questioni cardine messe in evidenza già circa venti anni fa, evidenziando che tali approcci dovessero riferirsi sia a popolazioni che a contesti aziendali definiti nel tempo e nello spazio. Da qui la difficoltà a immaginare Pdta di scala nazionale soprattutto alla luce delle molteplici esperienze di Pdta regionali che hanno avuto

lo scopo di evidenziare gli elementi mandatori delle fasi di diagnosi e cura di specifiche condizioni di salute. Quelli regionali, hanno declinato la garanzia di quei servizi da garantire a ciascun cittadino, proprio in ragione dell'evidenza e della buona pratica clinica. In buona sostanza, il primo contributo che i Pdta hanno dimostrato è stato quello

NO DEL DISEGNO DEL MACROPROCESSO PER LA GESTIONE DEI CRONICI

- Case-manager
 - Centro servizi
 - Pazienti
 - Associazioni
- Ministero della Salute
 - AGENAS
 - Regione
 - Associazioni

ATTORI
FASI
MACRO ATTIVITÀ
OBIETTIVI

FASE 4
EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

FASE 5
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE

- Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
 - Il «patto di cura» e l'empowerment
 - Educazione terapeutica strutturata
- Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita

Obiettivi FASE 4

Garantire un'assistenza sanitaria e socio-sanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente.
Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educativa.

Obiettivi FASE 5

Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e socio-sanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità.
Rendere disponibili e "trasparenti" anche ai pazienti le informazioni derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria.
Promuovere la definizione e la rilevazione di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista.

di costruire forme di allineamento professionale sia tra professionisti della medesima disciplina che di discipline differenti che, chiamati a intervenire sul medesimo paziente, dovevano non solo ispirarsi alle conoscenze più opportune, ma dovessero confrontarsi tra di loro sull'intero iter di cura. Il secondo significativo contributo è stato quello di evidenziare l'unitarietà del percorso di cura, dallo screening al follow up. La messa in opera di questo

secondo insegnamento è tutto di tipo manageriale e riguarda la cosiddetta "gestione per processi". Raccogliere informazioni sul paziente, organizzare le discussioni multidisciplinari se necessario, organizzare i percorsi fisico logistici del paziente con percorsi di accesso specifici, prenotargli le prestazioni non lasciandolo solo alla caccia di servizi attraverso sportelli o call center sono tutti elementi di quella risposta unitaria che il malato dovrebbe ricevere se il suo Pdta fosse davvero interpretato come unitario. Nel solco di questo approccio si colloca anche il Piano Nazionale della Cronicità (Pnc) che declina i Pdta come "processi capaci di guidare la filiera delle offerte nel governo dei servizi per le patologie croniche".

Essi dovranno essere progettati in modo da assicurare la presa in carico, l'appropriatezza delle cure (la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto), la continuità assistenziale (intesa come integrazione di cure, di professionisti

e di strutture), e la "standardizzazione" dei costi. Se la prima lezione appare nota e rappresentata in moltissima "carta" che viene prodotta all'insegna del Pdta, la seconda, forse la più complessa, è ancora poco diffusa. Passare dalla teoria alla pratica è lo sforzo che ancora il sistema ha da compiere per non vanificare le esperienze già compiute e il patrimonio culturale che in questi venti anni si è consolidato. Quindi cosa è il Pdta? Esso è l'intero processo di erogazione delle cure a fronte di una condizione di salute specifica o di una malattia che per essere gestita secondo efficacia, efficienza e sostenibilità ha bisogno di forme di allineamento professionale ma anche di specifici sistemi di gestione. Il mondo è cambiato dalla genesi del dibattito e dalle prime esperienze intorno ai Pdta, basti pensare al numero delle aziende sanitarie che sono passate da 310 nel 1995 a 163 nel 2019 (Rapporto Oasi 2019), è ed ora di lavorare sulle specificità di contesto che già dalla prima ora venivano segnalate e sul management dei Pdta al di là della loro genetica dimensione professionale.

“ PASSARE DALLA TEORIA ALLA PRATICA È LO SFORZO CHE ANCORA IL SISTEMA HA DA COMPIERE ”

Un nuovo modello di **prossimità**

L'Infermiere di famiglia e di comunità nasce per sopperire alle carenze di precedenti modelli basati su figure caratterizzate da un approccio burocratico. **La sfida è far sì che tutte le Regioni adottino in modo omogeneo e implementino questo modello nello spirito autentico di norma e linee guida**

di BARBARA MANGIACAVALLI

Il progetto sull'Ifec, infermiere di famiglia e comunità, c'è ed è frutto di un co-design tra Fnopi e Conferenza delle Regioni – ascoltata e consultata anche la Fnomceo – alla luce di un rapporto di leale e fruttuosa collaborazione interistituzionale. La sua esatta dizione è “Linee di indirizzo Infermiere di famiglia/Comunità della conferenza delle Regioni”

(che capitalizza il position paper già elaborato e illustrato agli assessori e ai presidenti dalla federazione).

L'Ifec nasce per sopperire alle carenze di precedenti modelli basati su figure caratterizzate da un approccio burocratico ed è proprio questa situazione ad aver prodotto la giusta presa sulle istituzioni della nostra proposta sull'Ifec.

Il documento delle Regioni e il position statement della Fnopi chiariscono bene cosa è, cosa non è, e quali sono le potenzialità e le peculiarità anche formative, organizzative

“UN PROFESSIONISTA SANITARIO
PER IL POTENZIAMENTO
DELLE CURE PRIMARIE”

e collaborative di questa figura, che di fatto esiste da anni in molte realtà locali, ma che ora andrà codificata, organizzata, normata e formata in tutte le Regioni.

E non si tratta di una cosa diluita nel tempo: le Regioni hanno anche sottolineato che dell'If/C c'è bisogno in fretta per l'urgenza determinata dal fenomeno epidemico da Sars-CoV-2 e per le "potenzialità determinate dall'introduzione di tale professionista sanitario per il potenziamento delle cure primarie". Per questo hanno messo a punto il documento.

L'Ifec, come spiegano in modo molto chiaro ed esaustivo, è un professionista della salute che riconosce e cerca di mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità per la promozione della salute e del benessere nella comunità. Cerca di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute.

È di riferimento, secondo le Regioni, per tutta la popolazione (soggetti anziani, pazienti cronici, istituti scolastici ed educativi che seguono

bambini e adolescenti, strutture residenziali non autosufficienti, ecc...) con particolare attenzione alle fragilità per cui è opportuno concentrare il focus dell'If/C su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici.

Inoltre, in particolari condizioni epidemiologiche, quale è Covid-19, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad esempio per il tracciamento e monitoraggio dei casi di Covid-19 coadiuvando le Usca, in collaborazione con medici di medicina generale e Igiene Pubblica e nelle campagne vaccinali.

Lavora in modo proattivo, non aspetta solo le prescrizioni, ma intercetta autonomamente i suoi assistiti di cui conosce le problematiche di salute e punta al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità. Fa una valutazione dei bisogni di salute; prevenzione primaria, secondaria e terziaria; conosce i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica;



stende piani assistenziali infermieristici, individua quesiti di ricerca infermieristica.

Monitora l'aderenza terapeutica, l'empowerment e valuta i sistemi di tele-monitoraggio e attiva consulenze infermieristiche e/o mediche, si occupa della formazione dei caregiver e delle persone di riferimento. Soprattutto collabora a strategie assistenziali di continuità ospedale-territorio, definisce e contribuisce a protocolli, procedure, percorsi e progetta e attua gruppi di auto mutuo aiuto.

Per non creare confusione poi, è bene chiarire anche cosa non è l'Ifec. Non è l'infermiere di studio del medico; non è l'infermiere che garantisce solo prestazioni (siano esse in Aid e Adi), ma collabora con tutti e può erogare presta-

Con il **Position Statement L'Infermiere di Famiglia e di Comunità**, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (Fnopi), intende definire la propria visione sul ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (Ifec), per ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere a una definizione univoca del modello, riconoscibile sia all'interno che all'esterno della professione infermieristica.

Scarica il documento





Publicate sul sito della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome le **Linee di indirizzo per L'Infermiere di Famiglia e di Comunità**

Il documento, approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni il 10 settembre scorso, delinea orientamenti organizzativi e formativi adattabili alle diverse realtà regionali. L'inserimento della figura potrà e dovrà essere attuato su tutto il territorio nazionale in modo omogeneo.

Consulta il sito



“ STIMATO UN FABBISOGNO DI ALMENO 21MILA INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITÀ ”

zioni correlate alle sue specifiche competenze clinico assistenziali. Non è una figura tecnica perché il suo intervento non si esaurisce con la prestazione erogata a fronte di un bisogno, ma agisce in modo preventivo, proattivo e partecipativo rispetto al paziente e anche alla sua famiglia perché questi siano in grado di comprendere la loro situazione e di affrontarla secondo i parametri necessari all'assistenza e alla tutela della salute, ma anche da punto di vista sociale per una qualità di vita migliore. E non va confuso nemme-

no con l'infermiere Adi, ma svolge una funzione integrata e aggiuntiva, anche se può erogare direttamente cure infermieristiche complesse. L'attuale numero di infermieri che entreranno con questa funzione grazie al decreto rilancio (9.600, 8 ogni mille abitanti) è basato sulle risorse disponibili a normativa vigente, ma con altri stanziamenti i numeri

aunderanno. La nostra Federazione ha stimato infatti, in base ai numeri di anziani, cronici, non autosufficienti e fragili in generale da assistere, un fabbisogno di almeno 21mila infermieri di famiglia e comunità. Per quanto riguarda la funzione di coordinamento degli infermieri rispetto agli altri professionisti non c'è nulla di nuovo, ma è una situazione che già si manifesta ed è realtà negli ospedali. Per questo la stessa cosa è replicabile sul territorio che non deve essere più una "eventualità" ma una necessità e una oppor-

tunità reale di sviluppo del nuovo modello di sanità, anzi di salute, definito dallo stesso ministro Speranza "di prossimità". Vista la frammentazione e la diversità territoriale dell'approccio di cura e assistenza, c'è probabilmente una necessità ancora maggiore di un coordinamento proattivo a livello di distretto, che va potenziato in base alle reali necessità dei cittadini assistiti per evitare sprechi o carenze. Inoltre, in discontinuità con quanto accaduto sinora con altri professionisti, abbiamo dimostrato la nostra volontà di farci valutare, misurare e verificare da questi punti di vista e nelle linee di indirizzo delle Regioni questo è un passaggio specifico quanto necessario e concordato. Ora la sfida è far sì che tutte le Regioni adottino in modo omogeneo e implementino questo modello nello spirito autentico della norma e delle linee guida, anziché essere annacquato da altre lobby professionali, spaventate dalla voglia degli infermieri di lavorare ed essere utili alla comunità, valorizzando al meglio le loro competenze sempre in continua evoluzione.

QUAL È IL RUOLO DELLA ASSISTENZA PRIMARIA
NELLA SOCIETÀ DI OGGI E DI DOMANI?

COME AFFRONTIAMO UN AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE
DI SALUTE E LE SFIDE DELLA MULTI-MORBOSITÀ?

COME MANTENERE L'ASSISTENZA SANITARIA
ACCESSIBILE E SOSTENIBILE IN FUTURO?



IL NUOVO LIBRO DI JAN DE MAESENEER

KOS | EDITRICE

www.koscomunicazione.it

segreteria@koscomunicazione.it

Su una popolazione residente in Italia di quasi 51 milioni di persone con più di 18 anni di età, oltre 14 milioni di persone convivono con una patologia cronica e di questi 8,4 milioni sono ultra 65enni

Pazienti cronici: difficoltà e ritardi nelle cure

Offrire uniformità e pari opportunità di accesso ai servizi, a prescindere dal luogo di residenza, pianificando percorsi e procedure ad hoc per tutti i soggetti fragili e per coloro che li sostengono

di ANTONIO GAUDIOSO

Il XVIII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità che abbiamo presentato nei giorni scorsi, dal titolo "Isolati ma non soli: la risposta alla pandemia nel racconto delle associazioni", ci restituisce una fotografia dei doppi effetti della pandemia. Da una parte, i pazienti, cosiddetti ordinari, alle prese con problemi pratici come la cancellazione improvvisa di visite ed esami programmati e un senso di abbandono

e di incertezza. Dall'altra parte, associazioni civiche e di tutela dei diritti che, sin da subito, si sono attivate con senso di responsabilità, creatività ed energia rivelandosi spesso l'unico punto di riferimento a disposizione dei cittadini.

Il Rapporto nasce dal racconto di 34 associazioni di pazienti con malattie croniche e rare aderenti al Cnamc (Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici) di Cittadinanzattiva.

Un racconto che ci restituisce i problemi che le persone con patologie croniche o rare hanno incontrato nel rapporto con un Servizio sanitario totalmente ed "eroicamente" concentrato nell'arginare l'epidemia, ma che ha nel contempo svelato i limiti che pre-esistevano all'emergenza. Un racconto che mostra come, se si fosse attuato a tutti i livelli il Piano nazionale delle cronicità, molta della sofferenza si sarebbe potuta evitare. Ma è un racconto

“ SE SI FOSSE ATTUATO IL PNC MOLTA DELLA SOFFERENZA SI SAREBBE POTUTA EVITARE ”

che restituisce anche – in modo tangibile – la grande forza riformatrice delle organizzazioni civiche, capaci di rispondere tempestivamente ai nuovi bisogni, organizzando servizi, costruendo alleanze, segnalando in modo puntuale cambiamenti normativi o procedurali necessari, mobilitando risorse, innovando le proprie modalità di funzionamento e introducendo e promuovendo pratiche dalle quali non si dovrà tornare indietro quando tutto sarà finito. Ai disagi dei pazienti, che raccontano, più di due su cinque, di visite esami o interventi cancellati; più di uno su tre ha avuto difficoltà a restare in contatto con gli specialisti e i centri di riferimento per la propria patologia; più di uno su dieci non aveva a disposizione i

dispositivi di protezione individuale o non ha trovato i farmaci di cui aveva necessità perché, molto spesso, utilizzati per i pazienti Covid. Alle difficoltà “pratiche” si sono aggiunti i disagi psicologici, segnalati da quasi tre cittadini su cinque: incertezza, paura, ansia, tristezza, senso di solitudine, angoscia, fatica, confusione. La risposta delle associazioni che hanno attivato dal laboratorio di dialettica per i ragazzi con sindrome della crescita allo sportello online per le donne con fibromialgia, dai corsi yoga online per l'endometriosi al gioco sulle malattie rare, oltre l'85% delle associazioni ha potenziato le attività per restare in contatto e sostenere i propri associati. Il 70% ha in-



Dalla pandemia soluzioni per non tornare indietro

PIÙ INNOVAZIONE

Occorre dunque ripartire da cose tanto scontate quanto trascurate: in primo luogo, l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e l'avvio di procedure di semplificazione per accedere a esso; in secondo luogo, l'incremento dei servizi di telemedicina per controlli e consulti, e per la gestione dei pazienti al domicilio; infine, la messa in rete delle farmacie con gli altri attori che tutelano la salute pubblica, allo scopo di favorire sinergie e con particolare attenzione alle aree interne.

MENO BUROCRAZIA E PIÙ TEMPO PER LA RELAZIONE

Per ridurre la burocrazia si devono portare a regime alcune importanti procedure sperimentate durante il periodo di emergenza, come la ricetta dematerializzata e il rinnovo automatico dei Piani terapeutici. Ma anche consentire un accesso più veloce ai farmaci contro il dolore, facilitare i percorsi di riconoscimento dell'invalidità.

OSPEDALI DI QUALITÀ E SERVIZI DI PROSSIMITÀ

Alcuni modelli di assistenza che spostano alcune prestazioni dall'ospedale al territorio o al domicilio vanno estesi: ne sono esempi la somministrazione di farmaci per pazienti oncologici al di fuori degli ospedali; il passaggio a vie di somministrazione terapeutica più facilmente gestibili, rispetto a quelle infusionali, presso le strutture territoriali o a domicilio per quei farmaci che presentano entrambe le vie di somministrazione e a parità di indicazione terapeutica autorizzata; la somministrazione dei vaccini in luoghi alternativi ai centri vaccinali e più prossimi ai cittadini come presso i Mmg e i PIs, i luoghi di lavoro, le farmacie, le scuole.

TORNIAMO A CURARCI

"Torniamo a curarci", è il nome della campagna di informazione appena lanciata da Cittadinanzattiva. Per far questo, occorre pianificare percorsi e procedure ad hoc per tutti i soggetti fragili e le loro famiglie; occorre investire sul ruolo del caregiver.

FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE CIVICA

Anche fuori dall'emergenza di questi mesi, la condizione della sanità pubblica e la sua riforma non possono essere affrontate che in un'ottica di protagonismo delle comunità e di sinergia tra istituzioni, operatori e cittadini.

crementato i canali di comunicazione, il 50% ha attivato servizi di sostegno psicologico, il 38% servizi di socializzazione come laboratori, videochat di gruppo, raccolta di testimonianze, giochi, supporto sociale ed educativo, quasi il 15% ha organizzato videolezioni di attività motoria e circa il 9% ha attivato servizi

di assistenza legale e lavorativa. Un'associazione su tre ha stretto collaborazioni con professionisti sanitari per ottenere informazioni e consulenze online per i propri pazienti, ma anche con altre realtà associative per realizzare campagne di informazione e fare pressione sulle istituzioni.

UN'AGENZIA NAZIONALE DI HTA

Quali vantaggi per i cittadini?

Considerare il Patient Involvement modalità per conoscere le istanze di innovazione provenienti dalle associazioni, per introdurre un approccio sociale e “partecipativo” nelle valutazioni, per aprirsi a meccanismi di interlocuzione che integrino i cittadini nella platea degli stakeholder

di TERESA PETRANGOLINI



Direttore Patient Advocacy Lab di ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Teresa Petrangolini ha una lunga esperienza di impegno e lavoro presso le associazioni dei cittadini e presso gli organismi istituzionali come promotrice di politiche di partecipazione civica. Ciò le ha permesso di maturare expertise specifiche nella advocacy, nei processi di empowerment, nella costruzione di modalità di coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni pubbliche, nell'implementazione delle politiche e nella loro valutazione.

Recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha definito l'Hta (Health technology assessment) tra gli strumenti fondamentali per garantire sostenibilità, qualità e accessibilità dei servizi sanitari universalistici come quello che abbiamo in Italia. Affinché ci sia però una diffusione vera di strumenti di valutazione forti e strutturati che permettano di basare le scelte di politica sanitaria su criteri di efficacia a vantaggio dei cittadini serve una Agenzia nazionale

di Hta, come c'è in altri Paesi avanzati. Questo tema è diventato uno dei cavalli di battaglia della Sihta (Società Italiana di Hta) che dal 26 al 30 ottobre 2020 ha celebrato il suo XIII Congresso nazionale, con un titolo che parla da sé. "Hta è salute". In preparazione dell'evento la stessa società ha redatto un position paper per ribadire sia la necessità di scommettere su tale sistema sia per strutturare la proposta di costituzione dell'Agenzia nazionale. Si dice nel documento: "L'Hta è un processo multidisciplinare che

analizza e sintetizza le conoscenze scientifiche sugli aspetti sanitari, sociali, economici ed etici legati all'uso di una tecnologia sanitaria per trasformarle in informazioni al decisore in un modo sistematico, trasparente, obiettivo e robusto. **Esso è funzionale alla formulazione di politiche sanitarie sicure ed efficaci, centrate sui pazienti e volte ad acquisire il migliore valore** (Eunethta). L'Hta, quindi, rappresenta lo strumento più adatto per l'Ssn per migliorare i suoi processi decisionali, migliorare qualità e sostenibilità delle cure e poterne garantire l'universalismo, grazie ad alcuni obiettivi assai chiari: definire e assicurare i livelli essenziali di assistenza (Lea); gestire in modo ottimale le risorse economiche che costituiscono il fondo sanitario nazionale in uno scenario generale di crisi economica; sviluppare e diffondere nella pratica clinica tecnologie efficaci e sempre più costose, adattandosi alla transizione demografica (con l'invecchiamento della popolazione e la riduzione della natalità) ed epidemiologica (con l'aumento del carico di malattie croniche)".

Nel mese di settembre se n'è ancora parlato in occasione di una delle sedute del Hpf (Health Policy Forum), "pensatoio" multistakeholder della Sihta.

Vorrei soffermarmi su quali possano essere i vantaggi per i cittadini di una simile proposta, cioè considerare se vale la pena sostenere il progetto partendo dal punto di vista degli utenti del Ssn.

Le ragioni di una risposta positiva, a mio avviso, sono due, la prima è già indicata sopra nelle finalità stesse dell'Hta, vale a dire la garanzia che le scelte su farmaci, dispositivi e tecnologie in generale, vengano fatte in modo trasparente secondo criteri oggettivi e verificabili. Infatti, il progetto di Agenzia prevede come proprio dominio di interesse l'intero mondo delle tecnologie sanitarie (Dispositivi Medici, Apparecchiature biomediche, Strumenti Ict-Ia, Farmaci, Procedure, Modelli Organizzativi, Lea, Pdta, etc.). La seconda risiede nel fatto che l'Hta consideri il coinvolgimento dei cittadini/pazienti come parte integrante del processo di valutazione. Lo stabiliscono gli organismi internazionali ed europei di Hta (Eunetha, Htai) e



RAGIONI POSITIVE

1

La garanzia che le scelte su farmaci, dispositivi e tecnologie in generale, vengano fatte in modo trasparente secondo criteri oggettivi e verificabili.

2

L'Hta considera il coinvolgimento dei cittadini/pazienti come parte integrante del processo di valutazione.

lo praticano le Agenzie di altri Paesi. Non a caso nel progetto si propone di considerare il Patient Involvement come modalità sia per conoscere le istanze di innovazione provenienti dalle associazioni (priority setting), sia per introdurre un approccio sociale e "partecipativo" nelle valutazioni in senso stretto, sia per aprirsi a meccanismi di interlocuzione che integrino a pieno titolo i cittadini nella platea degli stakeholder. Vale quindi la pena sostenere questo progetto, che acquista una valenza ancora più importante in epoca Covid. Siamo infatti di fronte a una sfida che richiede non solo un investimento sui migliori strumenti per far fronte all'emergenza, ma anche la capacità di essere innovativi nei metodi, nei percorsi, nel modo stesso di gestire la sanità pubblica, sulle priorità da perseguire, sul recupero di una vicinanza di cura verso i cittadini, senza pressappochismi, timidezze e indecisioni. **La scommessa sull'Hta non è la soluzione di tutti i problemi, ma è sicuramente un'arma in più, funzionale ad assumere decisioni pertinenti e coraggiose, in sintonia con il punto di vista e gli interessi dei cittadini.**

PER UN SISTEMA ITALIANO DI HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT È IL TITOLO DEL POSITION PAPER MESSO A PUNTO DALLA SIHTA.

Il documento si pone l'obiettivo di indicare una traiettoria di evoluzione delle attività di Hta in Italia, evoluzione che, a partire dalle esistenti ma frammentate esperienze nazionali e regionali, e nel confronto con le migliori esperienze internazionali, porti alla definizione di un "sistema italiano di Hta" strategicamente concepito per il governo delle tecnologie sanitarie a beneficio del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).





RICOMINCIARE DALL'HTA

Gli effetti della pandemia sul Ssn e le opportunità all'orizzonte. Al XIII Congresso nazionale della Società italiana di Health technology assessment si riparte dall'analisi e dall'Agenzia nazionale

Cosa ci ha insegnato la pandemia, quali assetti avrà il Servizio sanitario nazionale nell'immediato futuro e quali effetti si verificheranno sulla popolazione. **Questi alcuni dei temi del XIII Congresso nazionale della Società italiana di health technology assessment (Sihta) che si è svolto on line dal 26 al 30 ottobre. Oltre 70 tra relatori e moderatori si sono alternati nelle 5 intense giornate di lavoro che hanno registrato una numerosa partecipazione**

ne di operatori sanitari. "Siamo sempre più persuasi - afferma **Pietro Derrico**, presidente della Sihta, in apertura dei lavori - che pratiche diffuse ed organizzate di Health technology assessment migliorino sia la salute dei pazienti sia le scelte di allocazione delle risorse dello Stato, trasformandosi in benefici tangibili per i cittadini, come la pandemia in atto ha clamorosamente dimostrato anche a coloro che non hanno creduto ad una sanità come investimento ma

de facto poi responsabili, soprattutto negli ultimi 10 anni, del progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale". In Italia, secondo il presidente della Sihta, la prova è stata dura ma non ha portato alla rottura del sistema. Chiaro a tutti però come la pandemia abbia fatto emergere alcune importanti criticità che possono divenire opportunità. Derrico cita Albert Einstein che nel 1931 affermava "La crisi è la più grande benedizione per le persone e le nazioni, perché la

crisi porta progressi". E papa Francesco, che lo scorso 31 maggio affermava "peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla...". Un occhio alla gravità dello tsunami pandemico e ai suoi effetti di lungo termine lo offre **Walter Ricciardi**, docente di Igiene all'Università Cattolica e consigliere del ministro della Salute Speranza, "Questa pandemia determina un cambiamento epocale. Appare evidente che non abbiamo ancora capito la gravità della

“ USCIREMO DA QUESTA PANDEMIA CON IL PIÙ GRANDE DEBITO PUBBLICO REGISTRATO NELLA STORIA D'ITALIA ”



situazione. Abbiamo la necessità di fare per cercare di rallentare questo impoverimento. E solo in un modo: rafforzando la sanità, finanziando le misure di salvaguardia per garantire l'universalismo, valorizzare i sistemi di previdenza e rendendo l'educazione un fattore abilitante nel cambiamento del Paese. Non possiamo farlo da soli. Usciremo da questa pandemia con il più grande debito pubblico registrato nella storia d'Italia". Sul dibattito generato riguardo alla regionalizzazione Ricciardi aggiunge: "Non sono un centralizzatore ma la moltiplicazione dei centri di responsabilità avviene su tutti i versanti. L'esistenza di 21 sistemi regionali ha conseguenze anche sulla nostra comunità". Di opposta opinione è **Renato Balduzzi**, ordinario di diritto costituzionale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. L'ex ministro della Salute del governo Monti sul tema della presunta regionalizzazione ha una posizione chiara: "Il nuovo



Francesco Saverio Mennini

Rinnovato il Direttivo della Società italiana di Health Technology Assessment

A margine degli intensi lavori del XIII Congresso nazionale, la Società italiana di Health Technology Assessment ha rinnovato il proprio Consiglio Direttivo. Nuovo Presidente, in carica fino al 2023, è **Francesco Saverio Mennini**,

professore di Economia Sanitaria e Microeconomia, research director Eehta del Ceis dell'Università di Tor Vergata di Roma; **vice presidente e presidente eletto per il 2024-2026 è Giandomenico Nollo**, professore di Bioingegneria del

dipartimento di Ingegneria industriale dell'Università di Trento. Past president Pietro Derrico, ingegnere biomedico, Funzione Tecnologie e unità di ricerca Health Technology Assessment and Safety dell'Irccs Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. **Presidente onorario Carlo Favaretti**, past president della sezione Health Technology Assessment e membro dello Steering Committee dell'Eupha. Confermata nel Consiglio direttivo la dottoressa Irene Colangelo, Health Economics and Reimbursement Manager della Abbott Medical Italia Srl. Gli altri componenti del direttivo sono: Dario Sacchini, professore del dipartimento di Sicurezza e Bioetica dell'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma, Carlo Senore, medico, epidemiologo, della

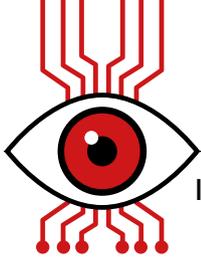
Aou Città della Salute e della Scienza di Torino, Anna Ponzianelli, Institutional Affairs della Novartis Farma, il Francesco Cattel, farmacista, direttore della farmacia ospedaliera della Aou Città della Salute e della Scienza di Torino, Elisabetta Anna Graps, medico, direttore dell'area di Valutazione e Ricerca della Aress della Regione Puglia.

titolo V della Costituzione non ha spostato nulla in sanità. Dobbiamo smetterla, è una affermazione destituita di fondamento dire il contrario. Quando l'emergenza è nazionale -ricorda il docente- i poteri spettano allo Stato. Questa norma è addirittura scritta due volte nell'ordinamento: la prima, nel Testo unico degli enti locali e, la seconda,

nel decreto legislativo 267 del 2000. Non è vero quindi che la vicenda della pandemia dimostri l'assenza dei poteri dello Stato centrale. Il problema sta nella debolezza politica non in quella normativa". Sulla necessità di comunicare ciò che è complesso si sofferma **Mariapia Garavaglia**, vicepresidente del Comitato Nazionale

di Bioetica, presidente dell'Istituto Superiore di Studi sanitari "Giuseppe Cannarella", già ministro della Sanità. "Il politico ha un compito: ascoltare per poi fare sintesi. Il covid in questo momento è troppo strumentalizzato per fini elettorali. Non tutti però possono capire perché il 50% degli





“ È NECESSARIO UN RIPENSAMENTO DELLA GOVERNANCE ”

Le funzioni dell'Agenzia di Hta

Secondo la Sihta l'Agenzia nazionale di Hta dovrebbe svolgere una serie di compiti: mettere a punto gli aspetti metodologici, effettuare i report di valutazione delle tecnologie più innovative, accreditare le unità di Hta nei grandi ospedali, definire i contenuti informativi dei professionisti in base a un set formativo comune, accogliere le istanze delle regioni, garantire le attività sull'intero territorio nazionale, coordinare i report di valutazione, verificare la qualità degli stessi report e renderli disponibili alle strutture pubbliche e centrali di acquisto.

italiani ha la terza media. Inoltre non abbiamo usato forse gli strumenti per raggiungere i giovani". Oggi "Abbiamo messo in conflitto il lavoro con la tutela della salute ma non ci sono dei diritti tirannici rispetto ad altri". "Sui vaccini è stata creata una grande aspettativa ma i politici imparino ad ascoltare i tecnici. Dopo la pandemia, la comunicazione dovrà diventare il portatore di messaggi plurali con la spiegazione del perché prima dell'opinione".

Chi pensa che durante la pandemia siano stati fatti dei passi in avanti è **Massimo Scaccabrozzi**, presidente di Farmindustria. "Si è adottato un metodo di lavoro trasparente con le autorità che deve diventare permanente perché ci ha consentito di lavorare insieme per le persone. I farmaci -osserva- non sono mai mancati ma sono emerse delle criticità: l'accesso alla salute per il covid ha subito qualche colpo. È necessario -aggiunge- un confronto

per definire i criteri di determinazione del valore, considerando i temi non clinici evitando i confronti del passato. Qual è la normalità oggi? -conclude- Non è semplice ma è durante questi momenti che nasce l'innovazione". Per **Pierpaolo Sileri**, Vice Ministro della Salute, è ora di guardare a cosa manca riguardo all'investimento in tecnologie sanitarie. "Tutto -ricorda- è stato istituito nel 2015 con la legge di Stabilità. Purtroppo ad oggi non c'è stata una piena attuazione di quanto impostato a causa della mancanza di risorse necessarie per l'organizzazione di una governance e un coordinamento nazionale che consenta un auspicabile cambio di paradigma. Ora l'obiettivo consiste nel trovare una collaborazione all'interno del programma fra tutti i soggetti coinvolti (stakeholders), per implementare un programma di supporto sul tema delle tecnologie innovative. Il vero risparmio, come mostrato da molti studi pubblicati, è rappresentato dall'investimento nelle tecnologie nuove ed efficaci a

disapito di quelle caratterizzate da scarso valore". Sull'impatto che il miglioramento della salute genera sull'economia si è concentrato **Francesco Saverio Mennini**, Presidente eletto di Sihta 2020-2023 ed direttore Eehta Ceis all'Università di Roma "Tor Vergata". Mennini batte il punto sull'adottare regole e strumenti chiari per determinare il valore delle tecnologie, partendo da "L'abbandono della logica del silos, l'uso dei big data per pianificare e valutare il reale impatto e l'impiego dello strumento dell'Hta". Aspetto su cui si sofferma l'economista di Tor Vergata sono poi i costi indiretti che rappresentano una quota rilevante dei costi totali delle malattie. "Non possiamo -commenta- far finta che ci sia solo l'impatto sul Ssn. Tutte le malattie determinano dei costi indiretti (perdita di produttività, assenza dal lavoro, spesa previdenziale...) che coinvolgono tutto il sistema Paese, con un conseguente impatto economico e sociale che potrebbe essere dirimente. Le tecnologie sanitarie (farmaci e dispositivi medici) efficaci possono contribuire ad una forte

APPUNTAMENTO CON IL PROSSIMO CONGRESSO NAZIONALE DELLA SIHTA IL 25-29

riduzione di questi costi. Un recente studio dell'Ehta del Ceis (finanziato dal ministero della Salute) è stato in grado di dimostrare quanto siano importanti le tecnologie efficaci (screening strumenti di monitoraggio) per ridurre i costi indiretti collegati ad alcune patologie tumorali e al diabete. "Oggi -conclude- è necessario un ripensamento della governance passando da una logica verticale incentrata sui silos e sui tetti di spesa a un approccio orizzontale basato sulla valutazione dell'impatto economico complessivo della patologia (costi indiretti)".

Altro tema cruciale del Congresso è stata l'istituzione di una Agenzia nazionale di Hta, così come previsto dal Patto per la salute, siglato nel dicembre 2019, e dal position paper della Sihta del giugno scorso.

"L'Agenzia -spiega **Americo Cicchetti**, direttore Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari Altems, Facoltà di Economia, dell'Università Cattolica di Roma- deve avere un unico committente (il Ssn e il ministero della Salute, in particolare) e



I costi della pandemia

1.300euro

Costo medio dei tre mesi di lockdown per ogni cittadino italiano

1 milione

Ricoveri posticipati in Italia

Le famiglie povere l'anno prossimo passeranno

da 1,7 a 5,1 milioni

deve garantire un forte coordinamento verticale per evitare duplicazioni, incentivare la collaborazione fra le regioni, garantire i tempi di valutazione e monitorare le attuazioni delle raccomandazioni prodotte. L'Agenzia è intesa come un organo operativo del Ssn -prosegue- deve rappresentare tutti ed essere perciò indipendente politica e payers. Il Policy Forum ha sottolineato l'importanza che questa Agenzia produca regole trasparenti e sia

destinataria di risorse congrue, tramite un finanziamento pubblico, privato, e misure fiscali ad esempio il 5 per mille dell'Irpef".

Chi è convinto che in questo periodo la presenza di un unico soggetto deputato al settore dell'Hta avrebbe potuto dare un contributo significativo a tutto il Ssn è **Achille Iachino**, direttore della direzione generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del ministero della Salute. "L'Hta -afferma- ci

consentirebbe di introdurre il concetto di 'costi evitati', oltre alla maggior sicurezza della tecnologia che ha un immediato effetto sulle cure. Il Patto per la salute colloca nella giusta cornice l'Hta in relazione ai dispositivi medici. È stata una precisa scelta di policy, essendo il Patto un documento frutto del forte coinvolgimento di Stato e Regioni". Molti relatori della sessione dedicata all'argomento hanno convenuto che ad oggi, c'è un elevato numero di strutture che fanno Hta. Questo ha generato una scarsa forza di cambiamento. Per **Giuseppe Ruocco**, Segretario Generale del Ministero della Salute, "La richiesta condivisa di Stato e Regioni di superare la parcellizzazione eccessiva nello svolgimento delle attività, senza una regia efficace, evidenzia che è riconosciuto un malessere. La regia unitaria -conclude- dovrebbe aiutare a superare queste difficoltà. Certamente la competenza di chi coordina e fornisce elementi per le scelte deve essere garantita e riconosciuta da tutte le parti in causa". **E.G.**

OTTOBRE 2021 "HTA è CAMBIAMENTO: DATI, ORGANIZZAZIONE, CONNETTIVITÀ"

Non si ammazzino più gli anziani

In un contesto strutturale tanto disperante, paradossalmente sembrerebbe di poter confidare in una svolta.

Il tema di un'assistenza inclusiva assume la giusta stringente rilevanza

di GIUSEPPE MARIA MILANESE



È difficile digerire il pamphlet di Ferdinando Camon "A ottant'anni se non muori ti ammazzano" come una controstoria, cioè assecondando l'esplicita richiesta dell'autore a seguirne la traccia polemica e forse a non attribuirvi valore scientifico. Ho letto tutto d'un fiato le 90 pagine di questo

intellettuale affilato che, nel corso dei decenni, ha saputo intendere più di altri e senza sconti i tempi della crisi: umana, storica, sociale. Il libro è, invece, un fulminante esempio di diario quotidiano dei giorni del Covid, attraverso cui lo scrittore annota la Storia senza la sicumera dello storiografo ma con il piglio del diagnosta: e

la diagnosi è sardonica-mente condensata nel titolo, che per me e per la cooperazione sanitaria che rappresento, vale come viatico per l'agenda dei mesi che verranno. Camon prendendo appunti minuziosi lancia un grido d'allarme che non è, nonostante le apparenze, "vox clamantis in deserto". Egli scrive il proprio amore nei confronti dei vecchi e della vecchiaia, con la freschezza e la lucidità che confliggerebbero con la sua età anagrafica, appunto definendolo come giovane. Tuttavia, allo

stringere, si produce in un'autentica chiamata alle armi, coincidente con il pesantissimo "j'accuse" che gli fa affermare, senza timore di essere smentito, che per mere giustificazioni economiche il sistema ha deciso di scegliere di salvare i giovani a scapito dei vecchi. **Di fatto condannando a morte la generazione dell'esperienza e della saggezza e quindi deprivando le comunità e le più recenti generazioni di un inestimabile patrimonio.**

La pandemia – non mi stancherò di ripeterlo – ha segnato sulla linea della Storia un prima ed un dopo; mi conforta intanto che anche gli analisti inizialmente più ostici a questa tesi oggi concordino sulla necessità di fare i conti con un mondo profondamente stravolto. "Ne usciremo migliori" è stato lo slogan su cui si sono impancati più o meno tutti coloro che si sforzavano di guardare al futuro confidandovi, anche nei frangenti più drammatici. Oggi potremmo affermare che si è trattato di una paradossale dimostrazione di ipocrisia. Di quelle che qualificano – nel senso più deteriore –

un'intera epoca. Perché Camon riesce a rilevare le incongruenze del sistema sanitario e, di fatto, dei modelli di cura ed assistenza, mentre chi amministra la salute pubblica ha fin qui dimostrato miopia o riluttanza a farlo? Camon ha gioco facile nel mettere in discussione l'assetto stesso della nostra società, debole nei pilastri etico-culturali, incline alla labilità delle relazioni umane, asservita a quella che il Santo Padre chiama, condannandola, la "cultura dello scarto". Si è persa la buona abitudine di interpellare la propria coscienza: di essere onesti di fronte a noi stessi. In questo cimento, sveleremmo un cinismo disarmante, considerando la morte di un anziano come un fatto scontato, quasi un'evenienza necessaria per liberarci di una zavorra che non ha più un rendimento sociale ma consuma (cure, farmaci, assistenza, energie, tempo) e comporta costi alle famiglie ed allo Stato. Monsignor Paglia, un vecchio di indiscutibile bellezza, non ha avuto remore, parlando degli anziani falciati dalla pandemia in molte residenze sanitarie, a de-

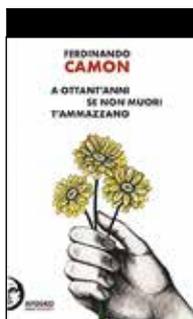
“CAMON HA GIOCO FACILE NEL METTERE IN DISCUSSIONE L'ASSETTO STESSO DELLA NOSTRA SOCIETÀ”

finire il fenomeno come uno scandalo che trova fondamento «nell'incapacità di assistere realmente gli anziani». Ho salutato con favore – a dispetto di detrattori – la nomina di Paglia da parte del Ministro della Salute a presidente della commissione che dovrà occuparsi di riformare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale. E ciò, scoverata la mia personale stima per lui, proprio per l'assunto limpido della sua analisi in premessa: che fotografa la lacerante contraddizione tra l'evoluzione dei percorsi scientifici, che si affannano a strappare anni alla morte, e l'in-

voluzione degli atteggiamenti sociali che invece relegano quegli anni negli anfratti dell'emarginazione, in qualche modo allegoria di morte. In un contesto strutturale tanto disperante, paradossalmente sembrerebbe poter confidare in una svolta. Il tema di un'assistenza inclusiva assume la giusta stringente rilevanza. Le istituzioni repubblicane programmano una revisione dei format della salute pubblica. Il mondo scientifico elabora protocolli. Finanche gli erogatori, molti dei quali giustamente sul banco degli accusati nel tribunale della Storia, sono disponibili a raccordarsi. Non potremmo altrimenti

perseguire la sollecitazione di Sant'Agostino (La tua vecchiaia sia di un fanciullo, e la tua fanciullezza d'un vecchio), continuando ad ammazzare i vecchi e (attenzione: il problema è strettamente connesso!) a castrare i fanciulli.

Poscritto: mi sono permesso di invitare Ferdinando Camon a partecipare alla costituenda Fondazione "pro senectute", in modo da poter far tesoro della visione di questo straordinario giovane vecchio. Egli, dichiarando la sua adesione «ad una iniziativa per gli anziani», ha concluso scrivendomi: «Mi sento nell'impotenza». Quanta potenza, invece, in quest'uomo.



Èstra
2020
p.p.92
12,00 euro

“Stiamo attraversando un'epidemia e curiamo quelli che costano meno, lasciamo perdere i vecchi, perché costano di più. Distinguiamo tra le morti inaccettabili, perché i pazienti sono giovani e intelligenti, e le morti accettabili, perché i malati sono vecchi, hanno altre patologie, o sono dementi. Con questa giustificazione economica della morte muore la nostra civiltà”.

Ferdinando Camon è nato nel 1935 in un piccolo paese della campagna veneta. Il suo primo romanzo, uscito con una prefazione di Pier Paolo Pasolini, è stato subito tradotto in Francia per interessamento di Jean-Paul Sartre. Le sue opere sono pubblicate anche in edizioni per ciechi, in Italia e in Francia. Nel 2016 gli è stato assegnato il premio Campiello alla Carriera.

Più **difficile** che mai

Se in passato, con grandi sforzi, avevamo cercato di attirare l'attenzione del Ministero della Salute sui malati rari, con l'arrivo del coronavirus tutto si è bloccato

di PAOLA BINETTI

La pandemia da Covid-19 ha monopolizzato l'attenzione generale nella lotta al virus e se tutti gli italiani hanno fatto esperienza delle conseguenze del lockdown con la perdita secca di milioni di posti di lavoro, un Pil in caduta libera e un disagio sociale crescente, le cose non sono andate certamente meglio ai malati, soprattutto ai malati rari.

La caratteristica dominante di questa pandemia è stata la velocità e la facilità di contagio; inizialmente la scelta del virus è stata quella degli ambienti in cui l'indice di

fragilità era maggiore, a cominciare dagli anziani, dalle Rsa, dalle persone più stressate dai ritmi di lavoro, ma in poco tempo è penetrato in ogni ambiente con una prepotenza incredibile, passando dall'uno all'altro come se non esistessero barriere capaci di fermarlo, né fisiche, né culturali o sociali. E nel tentativo di contenerne l'onda d'urto si sono messi in piedi protocolli che hanno reso semi-inaccessibili gli stessi ospedali ai malati di qualsiasi altra patologia. Per cui si sono fermati gli screening; sono state messe in stand by le consuete procedure di monitoraggio per le pato-



logie croniche. I medici di medicina generale hanno attivato con i loro pazienti modalità relazionali di nuovo tipo, scegliendo la formula a distanza, con procedure per lo più elettroniche, grazie anche alla ricetta de-materializzata. E se per tutti è stato un periodo difficile, per le persone con una qualche malattia rara lo è stato ancora di più, a tal punto che possiamo affermare senza rischio di smentita che questo non è proprio un bel momento per le malattie rare. Se in passato, con grandi sforzi, avevamo cercato di attirare l'attenzione del Ministero della Salute sui malati rari, con l'arrivo del coronavirus tutto si è bloccato. A cominciare dai lavori della Commissione per il rinnovo del Piano nazio-



E nel tentativo di contenerne l'onda d'urto si sono messi in piedi protocolli che hanno reso semi-inaccessibili gli stessi ospedali ai malati di qualsiasi altra patologia.

solidati e ulteriormente rafforzati. Ad esempio sono stati approvati i Lea con una revisione dell'elenco delle malattie rare, da cui però sono rimaste fuori molte altre malattie rare, che nel frattempo avevano completato il loro iter di riconoscimento. È stata approvata la legge sullo screening neonatale esteso sulle malattie genetiche di tipo metabolico; successivamente ampliato per consentire anche la

nale per le malattie rare istituita dal Governo con grave ritardo, dopo oltre tre anni dalla scadenza del precedente Piano nazionale, ormai fermo al 2013. Da allora sono stati fatti vari passi avanti, che hanno bisogno di essere con-

“PIANIFICARE, FINANZIARE, ORGANIZZARE L'ASSISTENZA: LA CALL TO ACTION DEI PAZIENTI”



diagnosi della Sma; sono stati individuati nuovi farmaci particolarmente interessanti per la Fibrosi cistica, per l'emofilia, ecc. Sono nate nuove Associazioni di pazienti relativi a nuovi quadri diagnostici, ancora poco conosciuti. Stanno cambiando le relazioni con l'Aifa in merito all'uso compassionevole di una serie di farmaci, ecc. Ma la pandemia da coronavirus ha creato una serie di punti blocco da cui è tutt'altro che facile uscire, sia per la recrudescenza del virus, che per una complessità burocratica che trasforma in montagne anche i piccoli ostacoli. E la pandemia ha reso la vita ancora più difficile agli oltre due milioni di persone affette da una qualche malattia rara. Già le iniziali incertezze sulle deleghe, così poco chiare da parte del Governo Conte-2, avevano suscitato perplessità e amarezza nelle numerose associazioni che confluiscono in Uniamo: sembrava che il Ministro avesse dimenticato una popolazione molto delicata di malati, quelli che la rarità della malattia espone al rischio della solitudine e dell'isolamento. Non a caso la Relazione Programma-

Non dimentichiamo che una malattia si definisce “rara” quando la sua prevalenza, intesa come il numero di casi presenti in una data popolazione, si aggira sullo 0,05 per cento della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone. Ma il numero di malattie rare conosciute e diagnosticate oscilla invece tra le 7.000 e le 8.000, ed è una cifra che cresce con l'avanzare della scienza e, in particolare, con i progressi della ricerca genetica. Stiamo dunque parlando non di pochi malati, ma di milioni di persone in Italia e addirittura decine di milioni in tutta Europa. Secondo la rete Orphanet Italia, nel nostro paese i malati rari sono circa 2 milioni: nel 70% dei casi si tratta di pazienti in età pediatrica. In base ai dati coordinati dal Registro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), in Italia si stimano 20 casi di malattie rare ogni 10.000 abitanti e ogni anno sono circa 19.000 i nuovi casi segnalati dalle oltre 200 strutture sanitarie diffuse in tutta la penisola. Il 20% delle patologie coinvolge persone in età pediatrica, con una età inferiore ai 14 anni. In questa popolazione di pazienti, le malattie rare che si manifestano con maggiore frequenza sono le malformazioni congenite (45%), le malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione o del metabolismo e i disturbi immunitari (20%). Per i pazienti in età adulta, invece, le malattie rare più frequenti appartengono al gruppo delle patologie del sistema nervoso e degli organi di senso (29%) o del sangue e degli organi ematopoietici (18%).





RAGIONARE IN MODO INTERDISCIPLINARE

tica di quest'anno "Malattie rare come priorità di Sanità Pubblica", realizzata dall'Inter-gruppo Parlamentare per le Malattie Rare, promossa in collaborazione con l'Osservatorio Malattie Rare (Omar), ha scandito in tre passaggi chiave le aspettative dei pazienti: "Pianificare, finanziare, organizzare l'assistenza: la call to action dei pazienti". Ma pianificare, finanziare, e organizzare l'assistenza in tempi di pandemia è più difficile che mai, soprattutto se si parla di malati rari, con bisogni diversi e con prospettive di vita assai diverse tra loro. Così come è difficile assumere la prospettiva della singola malattia, dal momento che sono tutte diverse tra di loro, ma tutte a modo loro in cerca di una identità chiara e forte che le renda riconoscibili, diagnosticabili e curabili, anche se non ancora del tutto guaribili.

Durante la pandemia i bambini colpiti dal Sars-CoV-2 coronavirus hanno presentato un quadro sintomatico inizialmente confuso con la malattia di Kawasaki, in realtà si trattava di una sindrome infiammatoria multi-sistemica, denominata Mis-C (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children). È facile immaginare gli effetti devastanti che questa infezione ha avuto in bambini che già avevano una malattia rara a carattere sistemico.

Ma il vulnus che il Covid-19 ha creato nella vita dei minori affetti da malattia rara va individuato anche nella forte limitazione che ha subito il loro diritto all'istruzione. Il diritto alla salute e all'istruzione sono diritti fondamentali sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Si tratta di diritti "senza passaporto" che dovrebbero essere garantiti senza distinzione di sorta, a prescindere dall'origine nazionale, etnica o sociale del minore. Siamo da sempre impegnati a promuovere e sostenere questi diritti, consapevoli che la possibilità di potersi curare e accedere a un'istruzione di qualità determini prospettive di vita migliori per ogni bambino e bambina. L'articolo 24 della Convenzione Onu stabilisce che ogni bambino debba avere diritto alla salute,

all'assistenza medica e a ricevere tutte le informazioni necessarie in merito. Mentre il diritto all'istruzione per ogni bambino è sancito dall'articolo 28 che vincola gli Stati a garantire pari opportunità e uguaglianza di accesso a tale diritto per ogni minore. L'emergenza epidemiologica generata dalla diffusione del virus Sars-CoV-2 ha modificato le regole di convivenza civile e ha portato in evidenza tra i diritti civili la rilevanza del diritto alla salute, da sempre considerato prioritario per il bene dei cittadini, tanto da porre, almeno apparentemente, in subordine quello all'istruzione. La sospensione delle attività didattiche in particolare per i bambini e le bambine con una malattia rara, spesso esclusi dal sistema della Didattica a distanza, faticosamente messo in piedi dalla buona volontà di tanti docenti, disponibili ma non sempre competenti, ha messo in luce sia la rilevanza del servizio scolastico che la sua fragilità, perché non sono stati presi in considerazione modi e procedure per fronteggiare la prevenzione al contagio di un virus con un tasso di contagiosità molto elevata, a cui ha fatto seguito un tasso di mortalità importante, documentato dal numero dei decessi tra i contagiati nel nostro paese. Per gli studenti con malattie rare o immunodepressione sembra chiaro che la Didattica a Distanza (DaD), che forse sarebbe meglio chiamare Didattica Digitale Integrata, potrebbe rappresentare una alternativa valida solo se per questi bambini e ragazzi fosse prevista una attenzione controllata e selettiva. Fondata su competenze reali dei docenti e degli studenti, con un pieno coinvolgimento degli stessi genitori. È la sfida del Covid-19 che obbliga a ragionare in modo interdisciplinare e multi-professionale per offrire una soluzione sia pure parziale alle tante persone, spesso giovanissime, affette da una qualsiasi malattia rara.



SOLVING TEAM

SOFTWARE PER LE ISTITUZIONI

Creiamo soluzioni software per la Pubblica Amministrazione, utilizzando tecnologie di ultima generazione e metodologie innovative.

Utilizziamo metodologie di sviluppo Agile, quali Test Driven Development e Refactoring, e i più moderni strumenti di mercato quali: Spring, Grails, Groovy, Maven, Sonar, Jmeter e Hyperic.

Via Mosca, 52 - 00142 Roma - Tel. + 39 0651607174 - Fax +39 065137499 - jobs@solvingteam.it

www.solvingteam.it

Pari dignità “SOMA” e “PSICHE”

Si stima che in Italia siano almeno 1.000.000 i malati di cancro che hanno bisogno di un intervento psico-oncologico specialistico. Un bisogno che troppe volte non trova ancora risposta, perché l’obiettivo ricorrente in tutti i Piani Oncologici Nazionali che si sono succeduti negli anni (“promuovere lo sviluppo della Psico-Oncologia al fine di garantire alla persona malata e ai suoi familiari la necessaria assistenza psicologica”) è sempre stato disatteso. Infatti solo poco più del 30% degli psico-oncologi presta servizio presso strutture del Ssn, mentre in molte strutture oncologiche, così come nelle Breast Unit, la figura dello psico-oncologo è completamente assente. Eppure lo psico-oncologo dovrebbe far parte a tutti gli effetti del team multidisciplinare di ogni Breast Unit, in quanto il suo supporto è parte integrante della cura e della riabilitazio-

L’assistenza psicologica specialistica, sebbene venga indicata come mandatoria sia dalle Linee d’indirizzo sui Centri di senologia sia dalle Linee guida Agenas sulle Reti Oncologiche, è ancora lontana dall’essere garantita sull’intero territorio nazionale

di ROSANNA D’ANTONA, MARCO LUIGI BELLANI

ne della donna con tumore al seno: è questa l’indicazione delle Linee di indirizzo ministeriali sui Centri di Senologia, che ogni Regione è tenuta ad osservare, conforme anche alle Linee guida Agenas sulle Reti Oncologiche.

Proprio allo scopo di verificare la piena applicazione della normativa per quanto riguarda l’offerta del servizio di psico-oncologia nelle Breast Unit, è stata ideata la seconda edizione di ForteMente, progetto “bottom-up” promosso da Europa Donna Italia, movimento nazionale a tutela dei diritti delle donne nella prevenzione e cura del tumore al

seno, in partnership con Sipo, la Società Italiana di Psico-Oncologia.

ForteMente 2 si propone di approfondire la tematica oggetto della prima edizione, realizzata tra il 2018 e il 2019, che ha preso in considerazione il bisogno di supporto psicologico da parte di una particolare categoria di pazienti, quelle che convivono con un tumore al seno metastatico. Quest’anno si intende ampliare il raggio d’azione per valutare

quanto tale supporto sia effettivamente messo a disposizione di tutte le donne che affrontano un tumore al seno, anche quantificando il servizio fornito dalle associazioni al di fuori dei centri di cura. La prima parte del progetto, articolato in quattro fasi, prende in esame le Breast Unit di Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio, tre regioni in qualche modo rappresentative del Centro e Nord Italia.

In una prima fase, con-

“ SOLO POCO PIÙ DEL 30% DEGLI PSICO-ONCOLOGI PRESTA SERVIZIO PRESSO STRUTTURE DEL SSN ”

clusasi a fine agosto, è stato condotto un censimento dei servizi di psico-oncologia attivi nelle Breast Unit delle tre Regioni, allo scopo di acquisire i dati necessari a valutarne l'accessibilità, la continuità e la qualità, interpellando i Coordinatori dei centri, gli Psico-oncologi dedicati e le Associazioni del territorio. Per ciascuna delle tre Regioni è stato redatto un dossier che "fotografa" la situazione del servizio di psico-oncologia erogato in ogni singola Breast Unit.

ForteMente 2 offrirà un contributo prezioso anche alla definizione di un core-curriculum dello psico-oncologo, perché, nella fase di censimento dei servizi di psico-oncologia, raccoglierà informazioni anche sul curriculum formativo e professionale degli psico-oncologi operanti nelle Breast Unit. Sipo da anni ha proposto che lo psico-oncologo debba essere un professionista che, dopo avere acquisito il titolo di psicoterapeuta, abbia maturato una specifica formazione, teorica e pratica, nella disciplina specifica. L'improvvisazione infatti è da combattere, e la buona volontà priva di competenze non è sinonimo di efficacia

terapeutica. Sulla base dei dati raccolti in fase di censimento, le associazioni di volontariato piemontesi, emiliano-romagnole e laziali che aderiscono al network di Europa Donna Italia, hanno partecipato a settembre a workshop interattivi online, nel corso dei quali sono stati presi in esame, insieme ai rappresentanti delle Istituzioni e della comunità scientifica regionali, i punti di forza e le aree di miglioramento dell'offerta del servizio di psico-oncologia nelle Breast Unit e le modalità di coinvolgimento delle volontarie nell'informa-

zione alle pazienti e nella collaborazione con gli specialisti. Inoltre, in una Breast Unit di ciascuna delle tre Regioni, individuata tra quelle nelle quali il servizio di supporto psicologico è risultato assente o carente all'atto del censimento, è in fase di implementazione un progetto pilota di assistenza psico-oncologica da remoto, attraverso la piattaforma digitale dedicata Psy DiT-Psychology Digital Tools. Questa sperimentazione di una potenziale alternativa al trattamento psicoterapeutico in presenza può essere un'utile risorsa nel persistente clima di

allarme pandemico in cui ancora ci troviamo. ForteMente 2 proseguirà nel 2021 con un'azione di advocacy territoriale nei confronti dei vertici della Sanità delle regioni Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio. Le richieste di intervento, elaborate sulla base delle risultanze del progetto, saranno presentate agli interlocutori istituzionali. L'azione di advocacy sarà fondamentale per incentivare l'attuazione delle disposizioni relative al servizio di psico-oncologia e ribadire la necessità di garantire, a tutti i pazienti oncologici, qualità delle cure.

ForteMente 2, una ricognizione dei servizi di psico-oncologia nelle Breast Unit italiane

La 2ª edizione del progetto ForteMente, promosso da Europa Donna Italia in collaborazione con Sipo, Società Italiana di Psico-Oncologia, è incentrata sulla rilevazione dello stato dell'arte dei servizi di psico-oncologia nelle Breast Unit delle Regioni italiane, con l'obiettivo di estendere e potenziare l'offerta di un supporto psicologico continuativo e qualificato alle pazienti con tumore al seno. Avviato a fine luglio, il progetto si articolerà in quattro fasi che saranno implementate nei restanti mesi del 2020 e nel 2021: censimento dei servizi di psico-oncologia attivi; coinvolgimento delle associazioni; sperimentazione del servizio di psico-oncologia digitale; advocacy territoriale. La prima parte del progetto prende in esame la situazione di Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio.



SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: i processi di autorizzazione e di accreditamento

di SOFIA ELENA ALIFEROPULOS

L'Assistenza Domiciliare Integrata, meglio nota come Adi, può essere definita come l'insieme coordinato di attività socio-sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative, psicosociali, educative), integrate fra loro, rese al domicilio del paziente sulla base di criteri di eleggibilità clinici, sociali e di condizioni ambientali, secondo piani individuali, programmati per l'assistenza, definiti con la partecipazione delle diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico, con l'apporto del personale medico e periodicamente verificate. Il servizio di Adi, mai come in questo momento, rappresenta una risorsa fondamentale e imprescindibile del nostro Servizio Sanitario Nazionale: significa

innanzitutto la possibilità di curare i pazienti alleggerendo sensibilmente il carico che grava sulle strutture ospedaliere, riabilitative e di post acuzie, mediante un servizio pensato non solo per curare ma anche per rispettare la dignità del malato, che può evitare di dover trascorrere anche lunghi periodi di ricovero (esponendosi a ulteriori rischi di tipo infettivo), senza alcun pregiudizio del livello assistenziale. ❶

Le attività di Assistenza domiciliare sono soggette innanzitutto all'autorizzazione regionale all'esercizio, il cui rilascio è subordinato all'accertamento del possesso dei requisiti minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria da parte dell'Operatore, in modo

da rappresentare la soglia di sicurezza per l'attività socio-sanitaria, a garanzia del paziente.

L'esercizio del servizio di Adi per conto del Ssn è però subordinato, non solo alla preventiva autorizzazione, ma anche all'accREDITAMENTO - su base regionale - nonché alla successiva stipula di accordi contrattuali.

L'operatore che intenderà accreditarsi dovrà dimostrare di possedere "ulteriori requisiti" atti a inserirlo tra i soggetti che potranno esercitare il servizio di Adi per conto del Ssn.

Benché la normativa nazionale sia molto datata ❷, solo negli ultimi anni le Regioni hanno dato inizio al percorso di regolamentazione del sistema di accreditamento uniformandosi ai criteri

dettati dalla normativa nazionale e ciascuna Regione ha stabilito specifici requisiti ulteriori di accreditamento in relazione alla complessità assistenziale e dato avvio a tutte le necessarie procedure necessarie per accreditare gli operatori già autorizzati che ne facciano richiesta.

I requisiti posti a garanzia della sicurezza del paziente preso in carico in Adi sono correlati alla tipologia di servizio reso dal soggetto erogatore e principalmente articolati in:

- strutturali (ad esempio, presenza di una sede nel territorio della Asl in cui opera il soggetto erogatore);
- tecnologici (ad esempio, sistemi informativi che consentano la comunicazione contestuale fra i diversi attori coinvolti nel servizio, la registrazione degli eventi e la dematerializzazione della documentazione clinico assistenziale; apparecchiature in relazione alla complessità del servizio, materiali e strumenti che devono essere forniti dall'erogatore);
- organizzativi (ad esempio, responsabile sanitario, figure di coordinamento sanitario e

amministrativo, personale in relazione all'impegno professionale richiesto per tipologia, volumi di attività e/o livello di assistenza).

Le stesse Regioni provvedono alle verifiche periodiche, vigilanza, sospensione, revoca e decadenza dei titoli autorizzativi e accreditatori. L'effettiva erogazione dei servizi per i quali il soggetto erogatore risulta autorizzato e accreditato è infine subordinata all'instaurazione di rapporti di servizio pubblico attraverso la stipula di un apposito accordo contrattuale tra i soggetti titolari della committenza dei servizi sanitari (Asl) e i soggetti gestori/erogatori di tali servizi.

Nella fase attuale coesistono principalmente due sistemi che portano alla stipula di un accordo contrattuale.

Le Regioni devono perciò anche individuare le modalità per la stipula del contratto, che potranno essere:

- una procedura selettiva tra i soggetti accreditati, che identifichi alcuni soggetti gestori del servizio e per un determinato periodo di tempo (dovendosi anche chiarire come si individuerà il soggetto

erogatore per il singolo cittadino); oppure

- stipulazione di un contratto con tutti i soggetti accreditati, tenendo conto del fabbisogno stimato, della esperienza e della capacità produttiva dei soggetti (con conseguente libera scelta del cittadino fra tutti i soggetti accreditati).

❶ *L'Assistenza Domiciliare può essere svolta a favore di diverse tipologie di utenti:*

- *Persone non autosufficienti totalmente o parzialmente;*
- *Persone con disabilità complessa;*
- *Persone affette da HIV e AIDS;*
- *Pazienti terminali oncologici e non;*
- *Persone affette da disagio mentale;*
- *Persone in stati di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti)."*

❷ *D.Lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"."*



Pescara

Nuove sale di attesa per il Reparto di pediatria e il Pronto soccorso pediatrico dell'Ospedale di Pescara: più accoglienti, funzionali e a misura di bambino. Questo grazie alla donazione di

Fondazione Abio Italia Onlus con il sostegno di Fater Spa.

Asl 2 Savona

Referti e immagini radiologiche visibili con un click. Il nuovo servizio online della Asl 2 Savonese permetterà agli utenti

di consultare online, scaricare e stampare referti e immagini radiologiche attraverso PC, smartphone o altro dispositivo comodamente da casa senza doversi recare allo sportello. "In questo periodo non doversi recare allo sportello per

FILO DIRETTO CON IL TERRITORIO

a cura di Velia Cantelmo
redazione@panoramasanita.it

Ausl Romagna

Dal primo ottobre è pienamente operativo il programma Auxilium dell'Ausl Romagna per la gestione dematerializzata dei dispositivi medici monouso. L'applicativo,

il primo del genere in Regione, sarà caratterizzato da una gestione del Piano di Erogazione del paziente completamente dematerializzato.

Auxilium consentirà alle Farmacie convenzionate di visualizzare esclusivamente la situazione erogativa di ciascun assistito dell'Azienda Usl della Romagna che si presenterà, o con il Tesserino Sanitario, o copia del Piano Terapeutico.

La nuova modalità di distribuzione tramite le Farmacie convenzionate offre l'opportunità di poter usufruire del servizio capillarmente, con prossimità sul territorio e con un ampio orario di apertura al pubblico sicuramente più flessibile.

Treviso

Nuovo Ospedale di Comunità realizzato nell'ambito del complesso ospedaliero del Cà Foncello con 28 posti letto e la capacità di accogliere almeno 300 pazienti l'anno. Il presidente del Veneto Luca Zaia lo ha definito "l'anello mancante di un'organizzazione ospedaliera che, per avere la massima efficienza, deve strutturarsi per assistere appropriatamente le diverse intensità di cura richieste". L'Ospedale di Comunità è infatti l'anello di congiunzione tra il ricovero in reparti per acuti e il ritorno a



Aou Sassari

Tre nuovi ventilatori polmonari, donati dall'associazione di Oncoematologia "Mariangela Pinna" onlus, hanno contribuito all'apertura della nuova terapia intensiva Covid, al primo piano della palazzina di Malattie infettive

Sicilia

Dopo 28 anni anche la Sicilia ha il suo Piano regionale amianto. La Commissione tecnica specialistica per le autorizzazioni ambientali dell'assessorato al Territorio, presieduta dal professor Aurelio Angelini, ha dato recentemente il via libera all'importante strumento di pianificazione. Con la firma dell'assessore all'Ambiente Toto Cordaro al decreto la Protezione civile regionale potrà procedere con le previsioni che ha fatto per quanto riguarda stoccaggio, smaltimento e trattamento dei rifiuti speciali. Tra gli aspetti principali del documento anche le informazioni epidemiologiche aggiornate, le ipotesi sul fabbisogno e le tipologie tecnologiche degli impianti, i criteri di localizzazione e la definizione degli scenari nel breve, medio e lungo periodo.



casa. Vi verranno ricoverati infatti pazienti che non hanno più bisogno di assistenza intensiva, ma che non sono ancora nelle condizioni di tornare a casa in autonomia.

della Aou Sassari. La struttura si compone di sei stanze singole per la degenza (più un posto letto di supporto temporaneo), una stanza per la vestizione e svestizione di infermieri e medici per l'accesso in sicurezza al reparto, una stanza per la gestione dei materiali, una medicheria, una stanza per il coordinatore. A disposizione anche una vera e propria centrale operativa per il monitoraggio dei letti in remoto, con monitor e computer che consentono di controllare i parametri vitali dei pazienti e, grazie a telecamere, avere in tempo reale audio e video delle stanze.

ricevere il proprio referto è un vantaggio che sicuramente molti apprezzeranno” commenta Alessandro Gastaldo, direttore Dipartimento Diagnostica Asl 2.

Asl To 3
Potenziamento dell’assistenza

a domicilio per le persone con più di 75 anni o disabili, residenti nel Distretto Pinerolese e in condizioni di fragilità, che sono state colpite direttamente o indirettamente dal Covid, o che sono maggiormente

esposte al rischio di complicanze in caso di infezione. È questo il fulcro del progetto “Io torno a casa” realizzato in collaborazione fra Tavola valdese e Asl To3. Si tratta di pazienti Covid dimessi dal ricovero

ospedaliero o in condizioni non gravi, ma anche familiari, conviventi o caregiver di pazienti Covid, o ancora persone soggette a problemi psichiatrici e sociali come conseguenza dell’isolamento da lockdown.



Toscana-Liguria

Il Meyer di Firenze e il Gaslini di Genova insieme per la cura dei bambini: due istituzioni storiche della pediatria italiana avviano un tandem per favorire gli scambi di competenze e professionalità al servizio di bambini e adolescenti.

La collaborazione nasce grazie a un accordo firmato dai due direttori generali, Alberto Zanobini per l’Aou Meyer e Paolo Petralia per l’Irccs Gaslini, che prevede l’organizzazione di workshop e gruppi di lavoro finalizzati a costruire una base di conoscenze comuni e a definire indicatori condivisi di sostenibilità. Verrà inoltre esplorata la possibilità di collaborazioni per stabilire indicatori

di risultato e parametri di riferimento (benchmarking) concernenti le condizioni mediche pediatriche. Importante sarà inoltre il tandem per favorire e organizzare la mobilità di ricercatori e medici nel quadro della cooperazione per formazione e specializzazione attraverso fondi nazionali ed europei. “Grazie a questa intesa potremo favorire scambi di ricercatori e medici e una messa in rete del nostro rispettivo know how, con l’intento condiviso di potenziare sempre più cura e assistenza per bambini e ragazzi” ha sottolineato Zanobini. “Potenziare collaborazioni e studi congiunti rappresenterà un valore aggiunto alla condivisione di ideali e missioni propri dei nostri Enti, tanto da immaginare un percorso di crescita ulteriore sia professionale che nell’accoglienza e nella presa in cura, anche delle famiglie dei nostri piccoli pazienti” ha commentato Petralia.



Torino

Nasce l’App dell’ospedale Mauriziano di

Torino. Si chiama “entraimauriziano” e permette un tour virtuale di Google, integrandolo con indicazioni e mappa dell’ospedale e di collegarsi al sito regionale “la mia salute” per il pagamento del ticket, per le prenotazioni degli esami e visite e per il ritiro dei referti. “Si tratta di un’idea innovativa per migliorare l’accessibilità del nostro ospedale e migliorare l’umanizzazione e la comunicazione con i nostri utenti” afferma il Direttore generale dell’Azienda ospedaliera Mauriziano Maurizio Dall’Acqua.



Valli Etrusche

Prima esperienza di riabilitazione in acqua dedicata alle persone con disabilità della zona Valli Etrusche.

Le persone coinvolte in questo percorso, reso possibile grazie a un budget annuale di 60 mila euro messo a disposizione dall’Asl Toscana nord ovest saranno circa 50, come spiegato da Cristina Laddaga, direttore del Dipartimento di Riabilitazione – Area

Sud. Si tratta di soggetti individuati in base alle loro disabilità fisiche gravi e gravissime e alle loro necessità di assistenza riabilitativa. Con la collaborazione della Società della Salute della Zona delle Valli Etrusche guidata da Donatella Pagliacci è stato elaborato un percorso integrato fra Dipartimento di Riabilitazione e Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità (Uvmd) allo

scopo di progettare un’attività di prevenzione delle conseguenze secondarie della disabilità fisica grave attraverso un esercizio assistito svolto in un contesto protetto, ma comunque capace di enfatizzare gli aspetti di inclusione sociale e partecipazione. **L’obiettivo è quello di individuare una modalità nuova per gestire il mantenimento delle abilità della persona con disabilità.**



Modello matematico per Covid-19

Lockdown regionali, anche brevi, possono evitare, o contenere, nuovi picchi epidemici riducendo i costi economici di un lockdown nazionale

Un nuovo studio sulla gestione della pandemia di Covid-19 in Italia basato su un modello a rete delle Regioni Italiane che suggerisce di attivare lockdown intermittenti a livello regionale per controllare la diffusione dell'epidemia e contenere l'impatto economico, è stato sviluppato dal gruppo di ricerca coordinato dal Mario di Bernardo, ordinario di Automatica presso il Dipartimento di Ingegneria Elettrica e delle Tecnologie dell'Informazione della Università di Napoli Federico II, in collaborazione con ricercatori dell'Università di Salerno, Enea e del Politecnico di Milano e pubblicato sulla rivista internazionale *Nature Communications*.

La ricerca ha sviluppato un modello matematico, sulla base dei dati raccolti durante il lockdown nazionale, dove l'Italia è descritta come una rete

di 20 regioni. I ricercatori hanno studiato le azioni che ciascuna delle regioni potrebbe mettere in campo per controllare la diffusione della pandemia e i flussi di persone che viaggiano tra di esse.

In particolare, viene mostrato che strategie di lockdown a livello regionale, anche per brevi periodi di tempo, possono essere particolarmente efficaci per evitare, o contenere, nuovi picchi epidemici riducendo gli enormi costi economici di un lockdown nazionale.

Il lockdown di una regione dovrebbe essere attivato, secondo lo studio, quando il numero di malati Covid ospedalizzati in terapia intensiva supera un livello di guardia indicato dal modello, e revocato quando esso ritorna sotto quel livello.

Lo studio mostra inoltre l'efficacia a livello regionale delle misure di lockdown intraprese dal governo nazionale tra



Lo studio intitolato **“A network model of Italy shows that intermittent regional strategies can alleviate the Covid-19 epidemic”** è stato sviluppato dal gruppo di ricerca Sincro (Sistemi Nonlineari, Controllo di Reti e Processi) dell'Università di Napoli Federico II e coordinato da Mario di Bernardo, docente di Automatica presso il Dipartimento di Ingegneria Elettrica e delle Tecnologie dell'Informazione e Coordinatore del Dottorato di Ricerca in Modeling and Engineering Risk and Complexity della Scuola Superiore Meridionale in collaborazione con i docenti Pietro De Lellis e Francesco Lo Iudice della Federico II, Davide Liuzza, Enea, Giovanni Russo dell'Università di Salerno e Fabio della Rossa del Politecnico di Milano.

marzo e giugno 2020 rivelando l'esistenza di una correlazione tra il tasso di mortalità da Covid -19 e i livelli di saturazione dei sistemi sanitari regionali. Il modello e la

metodologia sviluppati possono essere facilmente adattati anche ad altri contesti nazionali ed internazionali e a diversi livelli (province, regioni, macro aree o nazioni).



Farmaci in sicurezza agli anziani

Uno studio sulla polifarmacoterapia per tenere sotto controllo i rischi per la prescrizione di più medicinali che possono provocare reazioni avverse

La somministrazione di più farmaci a pazienti anziani con pluripatologie rappresenta un fattore di rischio che l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara sta cercando di tenere sotto controllo attraverso l'adesione ad un progetto realizzato a livello di Area Vasta della Regione Emilia Romagna (ovvero il luogo dell'integrazione fra l'Azienda Usl di Bologna di Imola, di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi, di Ferrara e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna). Lo studio nasce nell'ambito della progettualità della Commissione del Farmaco (Cf) Avec - in collaborazione con l'Istituto di Ricerca Farmacologica "Mario Negri" di Milano - quale strumento per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza d'uso dei farmaci. Quando si

parla di "politerapia" si intende una condizione abbastanza comune nei soggetti anziani (over 65) e, se da un lato può rendersi necessaria per trattare patologie o sintomi che si presentano con maggior frequenza in questi pazienti, dall'altro può rappresentare un fattore di rischio per la prescrizione di farmaci che possono dimostrarsi inappropriati, di associazioni di farmaci a rischio di interazioni potenzialmente importanti e per l'insorgenza di gravi reazioni avverse (Adr). Il progetto, approvato dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Area Vasta: descrive le classi farmacologiche maggiormente utilizzate nei soggetti anziani dimessi dai reparti di Medicina Interna e/o Geriatria degli ospedali e dei soggetti anziani domiciliari delle Aziende Usl; stima il grado di variabilità fra Unità Operative ospedaliere e

tra Medici di Medicina Generale nella prescrizione di alcune classi di farmaci utilizzate come indicatori di scarsa appropriatezza prescrittiva; stima la prevalenza dei casi esposti ad interazioni fra farmaci potenzialmente gravi; in altre parole stima la numerosità delle prescrizioni in cui i farmaci prescritti potrebbero potenzialmente interagire tra di loro, sulla base dei dati di farmacocinetica e farmacodinamica, e

I pazienti over 65 che ricevono una prescrizione farmacologica conseguente una dimissione da ricovero ospedaliero o visita specialistica ambulatoriale sono più del 50% del totale dei pazienti (circa 71.000 nell'anno 2019) che hanno accesso alla farmacia ospedaliera e, tra questi, più dell'80% sono pazienti over 75. I farmaci più prescritti negli over 65 sono farmaci che agiscono sull'apparato cardiovascolare e ipocolesterolizzanti.

comportare un danno al paziente. Il progetto, della durata complessiva di 18 mesi, prevede due estrazioni di dati nell'ambito del periodo individuato, e si stima che per ciascuna estrazione saranno ricavati complessivamente i dati relativi a 100.000 casi nell'Area Vasta. In particolare per il S. Anna di Ferrara verranno prese in esame - per ciascun periodo - circa 700 prescrizioni (farmaci prescritti maggiore o uguale a cinque) relative a pazienti dimessi, over 65, dai reparti di Medicina Interna e Geriatria e verranno valutate per ogni prescrizione eventuali interazioni tra farmaci potenzialmente gravi ed eventuali inapproprietezze prescrittive, definite da specifici indicatori, che potrebbero portare ad un danno ai pazienti. I dati dell'analisi saranno poi discussi e valutati in ciascuna Unità Operativa coinvolta.



Bere fino a rischiare la vita

Notevole aumento di intossicazione da alcol negli adolescenti dopo il lockdown. Una ricerca congiunta dell'Irccs "Burlo Garofalo" e dell'ospedale di Cattinara

Dopo la fine del lockdown c'è stata una notevole impennata degli accessi per intossicazione alcolica acuta grave, spesso associata ad abuso di altre sostanze stupefacenti, di adolescenti nei Pronto Soccorso. Il preoccupante dato è stato evidenziato da una ricerca curata dai medici del Pronto Soccorso dell'Irccs Materno Infantile "Burlo Garofalo" dell'Ospedale triestino di Cattinara, pubblicata sulla rivista statunitense *Journal of Adolescent Health*, ed è il risultato di un lavoro di squadra tra medici dei due Ps, neuropsichiatri infantili e specializzandi della Scuola di Pediatria. Il dato più significativo è stato quello di un incremento percentuale, decisamente importante, dei ricoveri per "ubriachezza grave", che in rapporto a tutti gli accessi in Pronto Soccorso di quella fascia di età

Considerate le dimensioni del fenomeno e le modalità distorte di reazione liberatoria dei giovani da una repressione forzata.

"Dovremmo far tesoro degli insegnamenti che questa esperienza ci ha lasciato in modo da considerare le misure educative e comportamentali, preventive e precauzionali, che andranno attuate e condivise con le famiglie che costituiscono per i ragazzi il primo e fondamentale luogo di confronto, di responsabilità, di cultura e del vivere civile".

Stefano Dorbolò, Direttore Generale Irccs "Burlo Garofalo"

sono passati dal 2% del 2019 all'11% del 2020. Secondo quanto riferito dai curatori della ricerca, guidati al Burlo da Giorgio Cozzi e a Cattinara da Alessandro Agostino Occhipinti, si è trattato di accessi di ragazzi e ragazze che hanno corso, in più di un caso, un reale pericolo di vita, per i traumi anche gravissimi con necessità di valutazione neurochirurgica associati all'ebbrezza da

alcol e stupefacenti e per la necessità di supporto respiratorio che ha portato anche all'intubazione e all'accesso in terapia intensiva. "Senza temere di voler eccessivamente semplificare -afferma Egidio Barbi, Direttore della Clinica Pediatrica del Burlo- l'impatto di salute di questa piccola epidemia in termini di ricoveri e gravità di patologia è stato, per la fascia adolescenziale, di gran lunga maggiore dell'impatto del Covid stesso. Il significato di questo fenomeno è certamente correlabile alle difficoltà emotive e relazionali create dal lockdown, che hanno probabilmente favorito un "rimbalzo" di comportamenti a rischio da liberazione dalle restrizioni. Ciononostante, il livello di incremento del numero di accessi e della loro gravità testimonia di una incapacità di controllo e di messa in pericolo reale che non può essere sottostimata".

Secondo Giuseppe Abbracciavento della Neuropsichiatria del Burlo gli eccessi caratterizzano il periodo dell'adolescenza, sono una componente di genio che, tuttavia, è inevitabilmente accompagnata a una limitata capacità di auto-modulazione. Il lungo periodo di chiusura con un limitato accesso a esperienze di messa alla prova nella vita reale, con i pari, con i compiti evolutivi talvolta anche molto faticosi, ha portato a una ricerca di sensazioni ed emozioni intense, aprendo o riaprendo così la strada all'uso di sostanze psicoattive. Gli autori dello studio, nel trarre le conclusioni sul lavoro svolto, si sono augurati che quanto registrato possa risultare utile nell'individuare le migliori modalità e tempistiche per il monitoraggio di situazioni in cui sono già presenti fattori di rischio, ai fini di possibili interventi preventivi.



Arriva l'Health City Manager

Una nuova figura manageriale che tuteli la salute e il benessere dei cittadini l'obiettivo dell'accordo tra Sapienza, Anci e l'Health City Institute

Il ruolo delle città nella promozione della salute nei prossimi decenni sarà sempre più strategico e l'accordo con Anci e Health City Institute rappresenta un'occasione importante di pianificazione congiunta delle attività per concretizzare una sinergia positiva fra il sapere scientifico, la formazione e le esigenze di salute pubblica espresse dai comuni italiani, in particolare in questa delicata situazione di emergenza da Covid-19. Così il Rettore dell'Università Sapienza di Roma Eugenio Gaudio commenta la firma del protocollo d'intesa tra Sapienza, Anci (Associazione Nazionale dei Comuni Italiani) e Hci (Health City Institute). Obiettivo dell'accordo è quello di unire risorse e competenze per promuovere e tutelare le esigenze di salute pubblica e benessere collettivo espresse dalle città. Si stima che nei prossimi



Da sinistra Eugenio Gaudio, Andrea Lenzi e Roberto Pella

decenni la popolazione urbana rappresenterà il 70% della popolazione globale: in Italia il 37% della popolazione risiede nelle 14 città metropolitane e la salute urbana sta diventando una priorità di azione da parte dei sindaci.

In particolare l'accordo prevede l'istituzione di percorsi e iniziative formative a titolo gratuito presso i comuni per la creazione di capacità professionali e amministrative, di gestione della sanità pubblica, riconducibili alla figura dell'Health City Manager: un professionista, con competenze definite che operi in sinergia con il sindaco e gli ammini-

stratori locali per coordinare e implementare le azioni riguardanti la salute pubblica, elaborando soluzioni innovative e inclusive in risposta alle istanze espresse dai cittadini. Per questa nuova figura professionale Sapienza, Hci e Anci hanno adottato un core curriculum, validato da un gruppo di esperti nazionali e internazionali. Attraverso specifici bandi, saranno attivati in tre città metropolitane, tre corsi di formazione da 80 ore per 40 giovani under 35 che, una volta formati saranno chiamati a definire e realizzare, grazie a borse-lavoro e a borse di studio dedicate, progetti su Comuni

specifici al fine di generare un impatto immediato sui territori. "L'esperienza del coronavirus che ancora stiamo vivendo, ha rappresentato un acceleratore nella consapevolezza del ruolo che noi sindaci possiamo svolgere per costruire e promuovere la salute pubblica nelle città. Sono certo che questo percorso potrà aprire la strada a un nuovo modello di health city" ha sottolineato il vicepresidente vicario di Anci e sindaco di Valdengo Roberto Pella. "Abbiamo creato -ha spiegato Andrea Lenzi, presidente dell'Health City Institute- un ordinamento didattico adatto a creare una figura professionale di cui i Comuni hanno bisogno in questo momento. L'obiettivo è quello di preparare uno strumento per il decisore politico: l'health city manager sarà un professionista in staff con il sindaco in grado di fare da tessuto connettivo tra i diversi componenti dell'amministrazione e della città".



Stoccare “in casa” è good practice

Il sistema utilizzato in ospedale dall’Aou di Sassari nella gestione dei rifiuti contaminati viene presentato alla conferenza internazionale dell’Iaea

È stato considerato una “buona pratica” e per questo motivo la Iaea, l’Agenzia internazionale per l’energia atomica dell’Onu, lo ha considerato meritevole di essere presentato alla conferenza internazionale sulla sicurezza dalle radiazioni, in programma a Vienna dal 9 al 20 novembre. Si tratta del lavoro che ha portato alla realizzazione di un sistema in house di gestione dei rifiuti sanitari contaminati predisposto dagli specialisti di Fisica medica che operano nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari. Il nuovo sistema è stato realizzato in Aou a partire dal 2017 per ridurre sia i costi di conferimento alla ditta esterna autorizzata al ritiro sia la quantità di rifiuti sanitari contaminati. “Abbiamo avviato un processo virtuoso di gestione dei rifiuti che, adesso,-afferma il fisi-

co medico Piergiorgio Marini- è stato riconosciuto dalla Iaea come ‘good practice’. La riorganizzazione è stata fatta seguendo gli standard di sicurezza della Iaea, attraverso l’adozione di un programma di sensibilizzazione, informazione e formazione dei lavoratori che ha contribuito a ridurre i rifiuti contaminati”.

È stato così istituito uno stoccaggio temporaneo in modo da farli decadere naturalmente e in sicurezza. Si tratta di materiale che, per usi diagnostici, terapeutici e di laboratorio, viene prodotto nelle strutture aziendali, principalmente in Medicina Nucleare e nei laboratori analisi dove si fa il dosaggio radioimmunologico. L’utilizzo in situ di uno spettrometro mobile, con rivelatore allo Ioduro di Sodio, ha consentito inoltre di monitorare i livelli di radioattività dei rifiuti e, con l’approccio



“delay and decay” suggerito dalla Iaea, i rifiuti contaminati sono stati trasformati in rifiuti sanitari. La decisione di stoccare “in casa” i materiali contaminati da radionuclidi nelle procedure dei pazienti di Medicina Nucleare o nelle procedure in vitro, sino alla riduzione della radioattività per decadimento, ha comportato un notevole vantaggio. Perché la

trasformazione in rifiuti sanitari, non più pericolosi, ha ridotto i costi di conferimento, ripagando in un solo anno l’investimento per la strumentazione di monitoraggio e per l’acquisto del locale stoccaggio. “Tutto ciò è possibile grazie alla quotidiana attenzione che i lavoratori della Medicina Nucleare e Laboratorio analisi pongono nell’identificare e selezionare i rifiuti contaminati. Il nostro compito, come Fisica Sanitaria, rimane quello di gestire in sicurezza tali rifiuti e misurarne nel tempo l’attività residua fino al livello di non rilevanza radiologica” conclude Piergiorgio Marini.

L’Agenzia internazionale per l’energia atomica è stata creata nel 1957 nell’ambito dell’Onu. Oggi conta 150 Stati membri. Svolge un ruolo importante nella cooperazione internazionale in campo nucleare, con compiti ispettivi rispetto al Trattato di non proliferazione e promuovendo la ricerca scientifica e tecnologica. Nel 2005 le è stato assegnato il Premio Nobel per la pace, come riconoscimento dell’impegno per impedire che l’energia nucleare venga usata per scopi militari.

LA FORMAZIONE CHE CAMBIA LE VITE

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore



ALTEMS

ALTA SCUOLA DI ECONOMIA
E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI

OFFERTA FORMATIVA A.A. 2020-2021

Programmi di formazione economico-manageriale
postlaurea per aggiornare e perfezionare
professionisti in ambito sanitario

ISCRIZIONI APERTE

ALTA FORMAZIONE

Master Universitari di I e di II livello
e Dottorati di ricerca.
Attività formative indirizzate
ai neo-laureati e a coloro che sono
appena entrati nel mondo
del lavoro.

EXECUTIVE EDUCATION

Linee formative dedicate alla
qualificazione manageriale di chi già
operano nel settore sanitario con
posizioni di rilievo nelle strutture delle
aziende pubbliche e private e nelle altre
istituzioni del sistema sanitario.



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Roma/Milano altems.unicatt.it



La leva di forza del cittadino

La Rete Civica della Salute Sicilia un esempio avanzato di politiche d'inclusione sociale per la "salute nelle città". Oltre 90 i Riferimenti Civici

Per i "riferimenti civici" della Rete della Salute siciliana sono stati attivati un percorso formativo ad hoc e un sistema di prassi che prevedono, tra l'altro, una "linea diretta" con le amministrazioni sanitarie su segnalazioni, situazioni di criticità, bisogni emergenti e proposte di soluzioni.

Dei quasi 400 "riferimenti civici" siciliani, oltre 90 sono stati già formati e accreditati nei Comuni di appartenenza. Tra i Comuni che hanno già i propri "riferimenti civici" al lavoro ci sono le aree metropolitane di Messina, Palermo e Catania, ci sono gli altri capoluoghi di provincia, Siracusa, Ragusa, Trapani, Agrigento, Enna, Caltanissetta, e ci sono molti Comuni di medie e piccole dimensioni, di pianura, montagna o mare, da Santa Venerina ad Acicastello, da Bagheria a Monreale, da Floridia a Chiaramonte, da Mazzara del Vallo a Taormina. Con una recente nota l'Assessore regionale alla Salute Ruggero Razza ha espresso la volontà di potenziamento della Rete.

Un esempio di realizzazione avanzata di politiche d'inclusione sociale per la "salute nelle città". Così è stata citata la Rete Civica della Salute della Sicilia in occasione della cerimonia per la firma del protocollo d'intesa tra Sapienza Università di Roma, Anci e Hci-Health City Institute, che ha l'obiettivo di unire risorse e competenze per promuovere e tutelare le esigenze di salute pubblica e benessere collettivo delle città. Non per caso. Nel suo intervento alla manifestazione, Enzo Bianco, in qualità di presidente del Consiglio Nazionale Anci, ha ricordato che sui principi dell'inclusività e della sussidiarietà e sulla necessaria collaborazione intersettoriale è basata questa infrastruttura sociale generata dalla legislazione siciliana, che ha percorso i tempi individuando i modi e i ruoli

con cui assegnare riconoscimento, valore e protagonismo all'alleanza tra Sanità e cittadini. I capisaldi di questa alleanza sono i Comitati Consultivi delle Aziende Sanitarie siciliane (Cca) che, coordinati in una Conferenza regionale presieduta da Pierfrancesco Rizza, hanno il compito di sviluppare la sussidiarietà civica in sinergia con il Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute. Idea cardine che ha portato all'esperienza siciliana è che la "salute" non è solo un bene "privato", ma è il risultato di sforzi congiunti di tutte le componenti della società. "La Rete Civica della Salute della Sicilia -dichiara il coordinatore Pieremilio Vasta- si basa su un volontariato consapevole non solo del diritto alla tutela della salute e del dovere di sussidiare il Servizio Sanitario quale bene comu-

ne. Essere stati indicati come esempio innovativo in campo nazionale ci conforta nell'impegno e responsabilizza ancora di più rispetto all'obiettivo comune. Un obiettivo che oggi più che mai è irrinunciabile e che ci vede insieme affinché, mentre si affronta l'emergenza Covid, si garantisca l'assistenza a tutti gli altri malati. È questa la vera sfida lanciata dalla pandemia al nostro sistema sanitario e sociale. E i cittadini lo sanno bene. Così come sanno che solo un'azione sistematica di collaborazione e alleanza può portare i benefici effetti che tutti ci auguriamo". Tassello fondamentale di questa alleanza è la figura del "riferimento civico" che opera nel proprio territorio come punto di snodo tra enti locali, servizio sanitario, professioni, Terzo settore e agenzie educative, dalla Scuola all'Università.



A casa in buona compagnia

Al via il progetto sull'assistenza alle persone con cronicità attraverso l'uso di strumenti e tecnologie innovative

Mira a combattere le malattie croniche in Toscana il progetto di telemedicina innovativa "A casa in buona compagnia". Il progetto, frutto di un accordo siglato a dicembre 2019 tra la Regione e le organizzazioni sindacali e messo in piedi in questi mesi, punta ad assistere gli anziani nella propria abitazione, quando possibile o, comunque, all'interno di residenze assistenziali, attraverso l'uso di strumenti e tecnologie innovative, integrate con il telemonitoraggio di parametri vitali, la valutazione di eventuali complicanze terapeutiche, i controlli infermieristici e le visite mediche programmate. Il progetto fa tesoro dell'esperienza maturata durante l'emergenza sanitaria determinata dal Covid, che ha dato un'accelerazione all'uso delle innovazioni tecnologiche



nella gestione dei pazienti anagraficamente più fragili e alle prese con le malattie croniche, spesso causa di mortalità prematura e di disabilità evitabile. Il progetto risponde, dunque, alla necessità di monitorare l'efficienza e la continuità della cura tramite l'uso delle nuove tecnologie in modo interattivo e integrato, garantendo la tracciabilità di tutte le informazioni che riguardano la storia del paziente. L'obiettivo è quello di rafforzare il territorio con investimenti mirati nell'ambito dell'innovazione e della digitalizzazione del sistema sanitario regionale con

il coinvolgimento diretto e integrato di più attori (medico di famiglia, medico specialista, personale infermieristico, operatore socio sanitario, assistente domiciliare, assistente tecnico). I dieci milioni di euro assegnati all'attuazione del progetto (provenienti dai 70 milioni di euro destinati alla sanità, grazie agli accordi con lo Stato e l'Unione Europea) rappresentano un investimento di non poco conto da ripetersi per tre anni, ai quali potranno aggiungersi, a breve, altri 300 milioni di euro (tramite Recovery Fund e Mes) per la telemedicina e la sanità digitale. I beneficiari

del progetto sperimentale iniziale saranno i pazienti sopra a 75 anni affetti da scompenso cardiaco. "Una delle novità -piega Andrea Belardinelli, responsabile regionale per la sanità digitale e l'innovazione- è che il medico specialista e il medico di famiglia opereranno direttamente sul Fascicolo Sanitario Elettronico del singolo paziente, dove oltre ad avere la possibilità di consultare tutti i referti e i piani terapeutici, avranno una scheda riassuntiva per il controllo dello stato di salute del paziente a domicilio. L'équipe infermieristica avrà a disposizione una App dedicata alle cure domiciliari, dove potrà registrare in tempo reale, presso l'abitazione del paziente, tutti gli accessi e tutte le attività svolte. In una seconda fase della sperimentazione sarà possibile valutare l'eventuale interfacciamento di tale App con una serie di dispositivi medicali più sofisticati per applicazioni specialistiche".



Livello A di web accessibilità per il sito di Metasalute

In Italia 2 persone su 100 soffrono di gravi limitazioni sul piano visivo che influenzano la modalità di navigazione e fruizione delle interfacce digitali. Cui si uniscono epilettici, persone affette

da sordità parziale o totale, daltonici e disabili motori e cognitivi, come disprassici, discalculici, dislessici e disgrafici, tutti fortemente penalizzati nella visualizzazione dei siti non conformi ai parametri dell'accessibilità. A 3 mesi dal lancio del nuovo sito, Metasalute, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dell'Industria metalmeccanica, ottiene la certificazione del livello A di web accessibility. "Servendo un pubblico così vasto, di 1 milione e 800mila utenti, se pensiamo all'indotto delle famiglie dei nostri iscritti, non potevamo non pensare a tutti" commenta Silvano Bettini, Presidente del fondo. "Investire in web accessibilità oggi non è solo un obbligo, ma un valore imprescindibile per l'etica che ci contraddistingue".



Nuove nomine in Sanofi Italia

Emmanuelle Valentin è il nuovo General Manager della Bu General Medicines di Sanofi in Italia, una delle quattro business unit in cui il Gruppo è organizzato a livello globale. Francese, da

maggio in Italia, vanta una carriera ventennale nel settore Pharma. Sanofi Italia ha inoltre scelto **Alessandro Aquilio alla guida della sua Direzione Comunicazione per la filiale italiana.** Proprio in Sanofi Italia, nello stabilimento di

Scoppito (Aq) prima e negli uffici di Milano poi, Alessandro ha mosso i primi passi della sua carriera professionale.



Nasce Confimi Industria Sanità

La categoria Confimi Industria Sanità si struttura ed elegge il suo primo presidente: è

Massimo Pulin che guiderà la categoria per i prossimi tre anni. Pulin, imprenditore padovano di terza generazione, è presidente della Orthomedica Srl, azienda che da circa un secolo opera nel campo dei presidi sanitari e ausili ortopedici su misura. "La giunta che mi accompagnerà in questi tre anni è espressione di un'industria sanitaria di spessore che darà lustro alla categoria" ha ricordato Massimo Pulin in occasione della sua nomina. "Il nostro impegno e il nostro lavoro sarà rivolto alla valorizzazione delle imprese che sono all'interno della categoria, dando risalto a chi opera nel territorio nazionale, interloquendo con le istituzioni di riferimento contribuendo a migliorare il nostro sistema sanitario". Imprese sanitarie che in Confimi Industria sono oltre 780, occupano circa 10.000 addetti e operano per lo più in settori quali: biomedicale; produzione, distribuzione e commercio di macchinari, dispositivi e presidi medicali; laboratori e affini; assistenza sanitaria e sociale.



InsideMeDiabete: la consulenza psicologica online per il team diabetologico

Per offrire un aiuto concreto agli operatori sanitari in diabetologia arriva InsideMeDiabete, promosso da Novo Nordisk con il patrocinio di Sid - Società Italiana di Diabetologia e Amd - Associazione Medici Diabetologi. Un servizio di consulenza psicologica online durante la fase post emergenza Covid-19, per aiutare diabetologi, infermieri, nutrizionisti, dietisti, psicologi, podologi, che tutti i giorni si prendono cura dei pazienti diabetici,

a gestire lo stress, migliorare la gestione del disagio emotivo e ridurre il rischio di conseguenze psicologiche a lungo termine. Il servizio è online sul sito web www.insidemediabeto.it. Una piattaforma online che offre 1.000 ore di consulenza, una squadra di 20 psicologi e psicoterapeuti per favorire il benessere psicologico degli operatori sanitari del team di diabetologia attraverso un supporto di consulenza psicologica nell'area personale, lavorativa e relazionale.

Eccellenza italiana nella ricerca clinica in emofilia

Tre italiani vincono il Bayer Hemophilia Awards Program 2019 (Bhap), il programma che sostiene progetti di ricerca clinica e di base, oltre a iniziative educazionali in emofilia in tutto il mondo. I premiati sono **Pasquale Agosti** e **Roberta Gualtierotti**, medici specialisti della Uoc Medicina Generale - Emostasi e Trombosi presso la Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e **Mirko Pinotti**, Professore Associato del Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie dell'Università di Ferrara. Con il Bhap, lanciato nel 2002, Bayer ha assegnato oltre 300 premi a medici e operatori sanitari di 33 Paesi, per un totale di 36 milioni di dollari e ha contribuito a più di 400 pubblicazioni, presentazioni di poster e altre comunicazioni scientifiche da parte dei premiati. Già fissate le date per partecipare all'edizione 2020-2021: il 30 novembre è la scadenza per l'invio della lettera di intenti, fine febbraio 2021 quella per l'invio della "full proposal" (per maggiori informazioni visitare il sito <http://www.bayer-hemophilia-awards.com>).



Nuovo Amministratore Delegato di Ammagamma

David Bevilacqua ha assunto l'incarico di Amministratore

Delegato di Ammagamma, azienda italiana di data science e intelligenza artificiale. "Il 2020 è stato

un anno caratterizzato da importanti cambiamenti in cui Ammagamma ha saputo dar prova di grande solidità: abbiamo consolidato la nostra crescita, continuando ad attrarre professionisti e a portare innovazione ai nostri clienti, grazie al lavoro di un team eccezionale", ha commentato Fabio Ferrari, Fondatore di Ammagamma. "I traguardi raggiunti finora sono per tutti noi un incredibile stimolo per continuare a migliorarci, con l'obiettivo di mettere l'intelligenza artificiale al servizio di persone e aziende, trasformando i dati in nuove forme di conoscenza, accessibili a tutti" ha detto il neo Amministratore Delegato Bevilacqua che è inoltre Direttore Generale della società da Febbraio 2020.

Premiata l'innovazione digitale al servizio della lotta all'Hiv

Si è concluso l'hackaton online di Devs For Health, il primo progetto italiano di Open Innovation dedicato al mondo dell'Hiv, promosso e organizzato da Gilead Sciences con medici e pazienti. A primeggiare sono stati Unlock 4/90 e Fhive: due progetti che esprimono il migliore connubio tra innovazione, fattibilità e coerenza con gli obiettivi dell'hackathon, ovvero trovare soluzioni per migliorare la qualità di vita del paziente e contribuire all'emersione del sommerso. A sceglierle una Giuria multidisciplinare di esperti: medici, esperti di digital health rappresentanti di associazioni e delle istituzioni. Fhive è una app che mira a sensibilizzare l'utente, a informarlo sui rischi della mancata diagnosi e sui test. Unlock 4/90 è un servizio che garantisce il ritiro dei farmaci antiretrovirali in un posto sicuro, comodo e lontano da occhi indiscreti. "L'innovazione rimane la cifra del nostro impegno anche fuori dai laboratori di ricerca: con Devs For Health abbiamo voluto applicare l'Open Innovation nella lotta all'Hiv insieme a medici e pazienti. Insieme a loro abbiamo aperto a nuove competenze e la qualità dei progetti vincitori ci dice che abbiamo preso la strada giusta per proseguire la lotta all'Hiv anche al di là dell'ambito terapeutico" ha dichiarato Cristina Le Grazie, Direttore Medico Gilead Sciences Italia.



**SEGNALAZIONE,
DOMANDE E RISPOSTE
SULLE OPPORTUNITÀ
EUROPEE NEL SETTORE
DELLA SANITÀ**

a cura di **Cinzia Boschiero**
redazione@panoramasanita.it

**Non ho compreso cosa si
intende per Mes Sanità,
me lo spiega?**

Nuccio Misiallo

A volte i media confondono il Mes - il meccanismo europeo di stabilità con il Pandemic Crisis Support (Sostegno alla Crisi pandemica - <https://www.esm.europa.eu/content/europe-response-corona-crisis>), che è stato istituito dal Mes ma ha condizioni diverse, molto favorevoli, ed è basato sulla linea di credito Enhanced Conditions (Eccl) disponibile per tutti gli Stati dell'area euro. Quest'ultimo è stato istituito dal Mes per venire incontro alle esigenze in Europa per affrontare la crisi

Covid-19 e far fronte alle spese sanitarie in particolare e ogni Stato membro può chiedere prestiti fino a un massimo del 2% del proprio prodotto interno lordo, calcolato alla fine del 2019. Per l'Italia ciò equivale a un massimo di circa 37 miliardi di euro di prestiti. Mentre il Mes è sempre esistito, fa parte della strategia dell'Ue intesa a garantire la stabilità finanziaria nella zona euro. Fornisce assistenza ai paesi della zona euro che si trovano di fronte o rischiano di dover affrontare difficoltà finanziarie. Gli Stati della zona euro hanno firmato il trattato intergovernativo che ha istituito il Mes il 2 febbraio 2012. Inaugurato alla fine dell'anno 2012, Mes è un'organizzazione intergovernativa regolata dal diritto pubblico internazionale, con sede in Lussemburgo. I suoi azionisti sono i paesi della zona euro. Emette strumenti di debito per finanziare prestiti e altre forme di assistenza

finanziaria nei paesi della zona euro. Il Mes prosegue l'opera del suo predecessore, il Fondo europeo di stabilità finanziaria (Fesf), istituito nel 2010.

**È vero che l'intelligenza
artificiale può servire per
le patologie retiniche?**

Ludovico Ferreti

Sì, è emerso anche dagli atti del recente evento medico-scientifico, di rilevanza europea, della società medico-scientifica degli oculisti ambulatoriali Goal, svoltosi a Milano. Alberto Piatti, consigliere del direttivo di Goal e medico oculista, ha evidenziato che l'intelligenza artificiale in oculistica per le patologie retiniche consente di

trattare grandi numeri, libera risorse umane, migliora l'autonomia del medico diabetologo visto che lo screening diventa sempre più una competenza diabetologica, ma è importante il retinografo e c'è il problema dei falsi positivi con tecnologie confocali.

**Esistono studi europei
sulla mucosa olfattiva?**

Marco Derreci

Sì. Ci sono nuovi risultati relativi a studi europei e internazionali sull'analisi della mucosa olfattiva sia dell'essere umano che degli animali. In particolare progetti internazionali con utilizzo di innovative metodologie ultrasensibili per lo



Da sinistra in piedi: Pier Franco Marino, Danilo Renato Mazzacane, Alberto Piatti.
Da sinistra seduti: Luca Boerci, Antonio D'Amico, Elisabetta Mengoni, Flavia Ronconi.



Giorgio Giaccone e Fabio Moda

studio di malattie da prioni, Parkinson e atrofia multisistemica hanno ad esempio rilevato tracce di biomarcatori specifici nella mucosa olfattiva e altri tessuti periferici di pazienti ed animali e ciò consentirà di migliorare diagnosi e cura. Il ricercatore Fabio Moda e il dott. Giorgio Giaccone collaborano a livello europeo e internazionale in questo ambito, in quanto con un test ultrasensibile chiamato Real-Time Quaking-Induced Conversion hanno con team europei identificato la presenza di alcuni biomarcatori nella mucosa olfattiva di pazienti con patologia neurodegenerativa quali il Parkinson, i disordini del movimento, atrofia multisistemica. Attualmente

collaborano a una nuova ricerca che coinvolge un gruppo internazionale di ricercatori sia europei che extraeuropei coordinati dal prof. Shu Chen della Case Western Reserve University (USA).

Vorrei sapere se vi sono studi europei su Covid-19 e la medicina di genere

Luisa Pontreci

Sì. La pandemia da Covid-19, purtroppo, ha rappresentato un banco di prova importante anche per la medicina di genere. È di dominio comune che l'infezione da Sars-CoV-2 determini effetti diversi negli uomini e nelle donne. Le informazioni medico-scientifiche a disposizione sono tuttora in evoluzione e i dati disaggregati per sesso, ad esempio, sono ancora esigui. Sono stati pubblicati studi italiani ed europei sui pazienti deceduti ed è risultato che sono stati principalmente over 65 con patologie pregresse e nel personale medico si sono ammalate



Barbara Garavaglia con le associate Bewin

soprattutto donne. Il Ministero della Salute collabora a livello europeo e ha redatto un Piano in collaborazione con il Centro di coordinamento della medicina di genere dell'Iss, un tavolo tecnico-scientifico di esperti e referenti per le Regioni e referenti degli Irccs, condiviso e perfezionato con il supporto di Agenas e Aifa. Fa parte del tavolo Irccs permanente dedicato alla medicina di genere Barbara Garavaglia dell'associazione Bewin, che con il team ha analizzato secondo criteri di validazione scientifica e organizzato le evidenze scientifiche emerse ed emergenti sulla correlazione tra l'infezione da Sars-CoV-2 e il genere. Sono state analizzate

in ottica di genere l'epidemiologia, le basi biologiche, l'approccio terapeutico e la risposta ai farmaci, la prevenzione farmacologica primaria e la prognosi, dedicando un approfondimento, in ottica di genere, a due particolari categorie: gli operatori e le operatrici sanitari/e e la popolazione pediatrica. Nella seconda parte di questo recente studio si approfondisce la correlazione tra la patologia e il genere in condizioni di fragilità e comorbidità declinata in diverse aree tematiche quali gli aspetti cardiovascolari, endocrino-metabolici, immunologici, neurologici e oncologici.



Il contagio dell'algoritmo

Le Idi di marzo della pandemia

Il contagio dell'algoritmo
Le Idi di marzo della pandemia
Michele Mezza
Donzelli Editore
pp. 288
14,00 euro



“Oggi si diventa entità civile e democratica se si dispone dell'autonomia nella gestione dei dati. Calcolare il trend della pandemia, certificare la sicurezza di un territorio e di un'attività, è il vero potere sovrano. È come battere moneta, amministrare giustizia, gestire i canali di informazione televisiva”.

Mai come oggi l'umanità intera ha condiviso negli stessi istanti la medesima tragedia, a prescindere da condizioni sociali e geopolitiche. Il virus si diffonde ovunque, come la rete. E potente, come la rete. Ma viaggia solo grazie a noi, e grazie a noi lascia tracce di sé proprio sulla rete. I miliardi di dati e informazioni pulviscolari che seminiamo nel web, se raccolti, interpretati e calcolati, possono essere cruciali per anticipare le mosse del virus, o per lo meno per tenere il suo passo e non arrancare. Il nodo è questo, e non riguarda solo la lotta al virus: il vero potere è oggi nelle mani di chi cattura e gestisce le nostre tracce online, e se si tratta dei tre o quattro colossi del web la democrazia latita. La pandemia, oltre al dramma delle morti, lancia un allarme più profondo: se vogliamo difendere la democrazia, è urgente riconsegnare il potere al pubblico, affidare la gestione dei nostri dati alle istituzioni, e parallelamente accrescere le nostre competenze digitali. Assumere un atteggiamento critico e consapevole nei confronti dei numeri che recepiamo passivamente e degli strumenti informatici che adoperiamo con disinvoltura: è questa l'unica arma che abbiamo per smascherarne la fasulla neutralità e riacquistare la nostra voce. Con un saggio di Andrea Crisanti. Prefazione Enrica Amato.

Giornalista, analista di sistemi digitali, **Michele Mezza** è docente di Marketing e nuovi media presso l'Università di Napoli Federico II.



Edizioni San Paolo
pp. 240
20,00 euro

Cercando Grazia

Federica Delachi

Non è un romanzo sull'Alzheimer, ma sulle persone e sulla loro capacità di stare nella vita. Su Myrna, che da domestica e poi badante, nel tempo cresce fino a diventare “medico”. Su Federica, che grazie a Myrna avrà la possibilità di accettare un lungo elenco di sottrazioni. Su Grazia, che perderà sé stessa con la generosa grazia che le è propria.



L'Asino d'oro Edizioni
pp. 320
15,00 euro

Trotula

La prima donna medico d'Europa

Pietro Greco

È la prima donna medico d'Europa. La prima ad aver coltivato una “medicina per le donne”. È la prima ginecologa della storia. È la prima e unica magistra della celebre Scuola medica di Salerno. Ha curato le malattie, ma si è anche occupata di bellezza e benessere delle donne. Si chiama Trotula de Ruggiero ed è vissuta nella città campana nell'XI secolo. La storia di Trotula è una storia ricca e appassionante, che tutti dovrebbero conoscere.



Nutrimenti editore
pp. 192
16,00 euro

Plastica, la soluzione siamo noi

Storie di donne, uomini e bambini che fanno la cosa giusta

Franco Borgogno

La superficie terrestre e in particolare l'oceano sono letteralmente invasi dalla plastica. La campionessa di sci Federica Brignone, il ricercatore Giuseppe Suaria, il fotografo americano Chris Jordan, la manager d'arte tedesca Nicole Loeser, le giovanissime sorelle indonesiane Melati e Isabel Wijzen o le imprenditrici egiziane Hend Riad e Maram Hazem, raccontano esperienze dirette, il loro contributo concreto alla soluzione del problema dell'inquinamento da plastica.

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI SANITARI
Giuseppe Cannarella

IV CONFERENZA NAZIONALE SULL'ASSISTENZA PRIMARIA

VIRTUAL MEETING

16/18 novembre 2020



SFIDA ALLA CRONICITÀ

L'emergenza sanitaria causata dall'epidemia di Covid-19 ha messo in luce la necessità di una profonda revisione del sistema di Assistenza primaria aprendo a nuove opportunità, strategie e risorse per il trattamento delle cronicità

Segreteria organizzativa

KOS | COMUNICAZIONE
E SERVIZI

Info: 06 31052392 segreteria@koscomunicazione.it www.koscomunicazione.it

Save
the date

CONFERENZE
& CONGRESSI



infoaiic2020@ega.it +39 06 328121

44° Congresso Nazionale Sia

L'aria del cambiamento.

L'uomo e i quattro elementi

Riva del Garda, 5-7 novembre 2020

Società Italiana di Andrologia

Info: Tel. 0552639073

Fax 055245849

congressosia@mcinternationalgroup.com

27° Congresso Nazionale Sicip online

Le future cure palliative 4.0

12-14 novembre 2020

Società Italiana Cure Palliative

Info: congressi@sicip.it



segreteria@koscomunicazione.it

44° Congresso Nazionale della Sito

Napoli, 19-21 novembre 2020

Società italiana trapianti d'organo, Sito

Info: Tel. 06328121

Fax 0239293109

Info2020@congressosito.it

37° Congresso Nazionale virtuale Simg

La settimana della medicina generale

21-29 novembre 2020

Società Italiana di Medicina Generale

Info: Tel. 0557399199

Congresso2020@simg.it

57° Congresso Nazionale virtuale Sir

25-28 novembre 2020

Società Italiana di Reumatologia

Info: Tel. 02 566011

Fax 02 56609045

sir2020@aimgroup.eu

100° Congresso Nazionale Soi

Roma 25-28 novembre 2020

Società Oftalmologica Italiana

Info: segreteria@cmocongressi.it

51° Congresso Nazionale virtuale Sin

28 novembre-1 dicembre 2020

Società Italiana di Neurologia

Info: Tel. 0577286003

info@neuro.it

65° Congresso Nazionale virtuale Sigg

Nessuno escluso. Dall'acuzie alla cronicità, alle malattie rare che invecchiano

2-4 dicembre 2020

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria Sigg

Info: Tel. 0633053-1

Fax 063333650

sigg2020@aimgroup.eu

28° Congresso Nazionale Sid

Rimini, 2-5 dicembre 2020

Società Italiana di Diabetologia

Info: Tel. 0516144004

Fax 0516142772

info-sid2020@iec-srl.it

32° Congresso Nazionale Sippo

Bambini dal mondo, bambini del mondo: le nuove sfide

Caserta, 5-8 dicembre 2020

Sippo, Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

Info: Tel. 0636381573

Fax 0636307682

info@ideacpa.com

30° Congresso Nazionale Airo

Radioterapia personalizzata: un nuovo
paradigma in oncologia

Bologna, 9-11 dicembre 2020

Associazione Italiana di Radioterapia
Oncologica, Airo

Info: Tel. 051 4210559

Fax 051 4210174

ercongressi@ercongressi.it

41° Congresso Nazionale Sifo

(virtual event)

Dai Dati all'Informazione: nuovo
paradigma per l'Assistenza Farmaceutica
e il SSN. Imparare dall'emergenza per
cambiare

10-12 dicembre 2020

Società italiana di Farmacia Ospedaliera
e dei servizi farmaceutici delle Aziende
sanitarie

Info: Tel. 02 56601.1

sifo2020@aimgroup.eu

**43° Congresso Nazionale
dell'Associazione Italiana per lo Studio del
Dolore**

Roma, 10-12 dicembre 2020

Info: Tel. 051300100 int. 160 – Fax
051309477

r.cantelli@planning.it

**Congresso Nazionale online Sigo-Agoil-
Agui-Agite 2020**

Cosa vogliono le donne: Empatia e
competenza tecnica

13-16 dicembre 2020

Sigo, Società Italiana di Ginecologia e
Osterica

Agoi, Associazione Ostetrici Ginecologi
Ospedalieri Italiani

Agui, Associazione Ginecologi Universitari
Italiani

Associazione Ginecologi Territoriali

Info: Tel. 0635530278 – 0635530204

sigo2020@thetriumph.com

48° Congresso Nazionale virtuale Simfer

Le radici del futuro

15-18 dicembre 2020

Società Italiana di Medicina Fisica

e Riabilitativa

Info: Tel. 0498170700

15° Congresso Simm

Salute e migrazione: ieri,
oggi e il futuro immaginabile.

La Simm e trent'anni di storia:
1990-2020

Roma, 16-18 dicembre 2020

Società Italiana di Medicina delle
Migrazioni, Simm

Info: Tel. 3277549152

congresso2020@simmweb.it

81° Congresso Nazionale Sic

Dove l'innovazione incontra la pratica clinica
Roma, 17-20 dicembre 2020

Società Italiana di Cardiologia

Info: segreteriascientifica@siccardiologia.it

40° Congresso Nazionale Sif

Il valore scientifico e l'uso appropriato del
farmaco

Milano, 3-6 febbraio 2021

Società Italiana di Farmacologia

Info: Tel. 0249533015

Segreteriasif2021@3psolution.it

60° Congresso Nazionale Sno

Strategie multidisciplinari. 60 anni di
evoluzione in Neuroscienze

Cagliari, 19-22 maggio 2021

Società Scienze Neurologiche ospedaliere

Info: Tel. 0687678154

Fax 0694443440

info@morecomunicazione.it

3° Congresso europeo di Fisica Medica

Torino, 16-19 giugno 2021

Info: Tel. 390119211467

Fax 0119224992

info@symposium.it

83° Congresso Nazionale Siml

La cultura della prevenzione batte il

tempo

Parma, 15-17 settembre 2021

Società Italiana di Medicina del Lavoro

Info: Tel. 0444578845

Fax 0444320321

meeting@meneghinieassociati.it

XIV Congresso Nazionale Sihta

Hta è cambiamento: dati, organizzazione
e connettività

25-29 ottobre 2021

Società Italiana Health Technology
Assessment

Info: www.sihta.it

105° Congresso Nazionale Siot

Roma, 4-7 novembre 2021

Società Italiana di Ortopedia
e Traumatologia

Info: Tel. 06330531 – Fax 0633053229

siot2020@aimgroup.eu



NDILIFE
advanced digital life

La tecnologia dell'informazione, del controllo e del pronto intervento: per una sanità a misura del paziente, dell'anziano, del cittadino. La soluzione che consente di vivere in piena libertà e sicurezza mettendo in sinergia le attività, il movimento, i parametri vitali ed il controllo.

+39 0651607174 - adilife@gilologica.it
www.adilife.net

Non dobbiamo mai smettere di pensare al futuro, anche in un momento difficile come questo. "Privi di memoria e di speranza, tutto per loro diventava presente", scriveva Albert Camus per descrivere proprio quell'abisso che la società deve scongiurare. Mentre si combatte il virus con rigore e unità, occorre essere capaci di procedere e di progredire, di compiere anche le scelte per un servizio sanitario migliore, più vicino alle esigenze dei malati, più attento alla persona, alla prevenzione, più accessibile e capace di cura anche per chi è affetto da forme di cronicità e non può debellare la propria malattia.

Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica Italiana
27 ottobre 2020



Anziché organizzare una risposta diversa, il Governo pensa di inseguire l'evoluzione della pandemia cambiando "ad horas" le norme di prevenzione. Ma dopo otto mesi di tambureggianti normative siamo alle code delle ambulanze davanti agli ospedali. Ci viene da dire che "un Dpcm al giorno non toglie il Covid di torno". Battuta anche troppo facile e bonaria, ma a volte una battuta serve più di un trattato.

Giovanni Monchiero
past president Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Fiaso)
22 ottobre 2020



Non è vero, non siamo pronti ovunque. La Regionalizzazione del Sistema Sanitario ha creato molte disparità territoriali, anche se il Governo ragiona su un assetto di media nazionale, che però non tiene conto delle differenze di prestazioni erogate ai cittadini delle varie Regioni. Bisogna rinforzare, a tutti i livelli, il vero Ssn se vogliamo vincere questa guerra.

Giuseppina Fera
Cisl Medici
21 ottobre 2020



Dall'Indice Globale della Fame 2020 emerge che probabilmente dovremo affrontare altri shock e sfide da qui al 2030. Se agiamo insieme contrastando il cambiamento climatico e ripensando i nostri sistemi alimentari in modo equo, sano, resiliente e rispettoso dell'ambiente, possiamo non solo fare fronte alle crisi attuali, ma anche tracciare un percorso verso il raggiungimento dell'obiettivo Fame Zero.

Gloria Zavatta
Presidente di Cesvi
20 ottobre 2020



A più lungo termine, ritengo che il mondo debba cambiare mentalità in materia di salute. Dobbiamo superare l'approccio di tutela della salute basato esclusivamente sui singoli risultati clinici. Nel mondo di oggi la salute si tutela occupandoci del pianeta, del nostro benessere e di sviluppo sostenibile. E dobbiamo farlo insieme, sostituendo la concorrenza sanitaria globale con la cooperazione sanitaria mondiale.

Ursula von der Leyen,
Presidente Commissione europea
25 ottobre 2020



Chiediamo attenzione, chiediamo che quei pochi minuti dedicati alle nostre visite siano fatti di presenza, di ascolto, di comprensione. L'ascolto è tempo di cura e così anche l'altro problema della mancata aderenza terapeutica da parte del 70% dei pazienti cronici, con buona probabilità, andrebbe a risolversi. Oggi, il focus è sull'emergenza sanitaria e non sulla cronicità, e mi riferisco a tutte le malattie croniche, non solo le nostre. Per sciogliere questi nodi dovremmo puntare sull'unità e sulla condivisione, fare squadra tra associazioni e società scientifiche e i vari stakeholder per parlare a un tavolo comune e proporre idee che ci portino fuori dall'altra faccia dell'emergenza: il sentirsi soli da parte dei pazienti e il vedersi trattati in modo diverso da Regione a Regione.

Antonella Celano
Presidente Apmarr
27 ottobre 2020



MARCO LUIGI BELLANI

Presidente Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO), Professore associato di Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi dell'Insubria (Varese)

PAOLA BINETTI

Senatrice, Presidente intergruppo parlamentare Malattie rare

ROSANNA D'ANTONA

Presidente Europa Donna Italia

GIANFRANCO DAMIANI

Professore di Igiene generale ed applicata Università Cattolica del Sacro Cuore

MARIA EMILIA DE BIASI

Senatrice, già presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato

BERNARDINO FANTINI

Professeur Honoraire d'Histoire de la Médecine, Faculté de Médecine, Université de Genève

ANTONIO GAUDIOSO

Segretario generale di Cittadinanzattiva

FRANCESCO LONGO

CERGAS – SDA Bocconi, Università Bocconi

BARBARA MANGIACAVALLI

Presidente Federazione nazionale ordini delle professioni infermieristiche

GIUSEPPE MARIA MILANESE

Presidente Cooperativa OSA, Operatori Sanitari Associati e Confcooperative Sanità

ARMANDO MUZZI

Professore a contratto Università di Tor Vergata

TERESA PETRANGOLINI

Direttore Patient Advocacy Lab ALTEMS

ANGELO TANESE

Direttore generale Asl Roma 1

VALERIA DOMENICA TOZZI

Associate Professor of Practice SDA Bocconi, Direttore Master MiMS

MARCO TRABUCCHI

Professore di neuropsicofarmacologia, Università Tor Vergata

di Roma; Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría, Aip

ANGELICA ZAZZERA

CERGAS – SDA Bocconi, Università Bocconi



QUOTIDIANA E STRAORDINARIA

Ogni giorno, da 35 anni, OSA porta assistenza sanitaria e socio-sanitaria nelle case, nelle RSSA, negli ospedali, nei centri diurni e nella riabilitazione. Lo fa con oltre 4.000 soci e per più di 45 mila persone, su gran parte del territorio nazionale. Ma soprattutto, lo fa con una forza e una capacità straordinarie, che nascono dalla formazione, dall'esperienza e soprattutto dall'amore con cui ogni socio affronta la propria missione. Che sia nella vita di tutti i giorni o, come è successo per il Covid 19, nelle emergenze sanitarie fuori dall'ordinario.



www.osa.coop info@osa.coop



cities changing diabetes

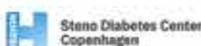
Join the global fight
against **urban diabetes**

Nel 2014 Steno Diabetes Center Copenhagen, University College London-UCL e Novo Nordisk, hanno lanciato il programma **Cities Changing Diabetes**, che ha l'obiettivo di contrastare la crescita del **diabete nel contesto urbano**.



- Ad oggi hanno aderito al programma **Cities Changing Diabetes** 27 città in tutto il mondo, tra cui Roma e Milano come **partner cities**.
- Bari, Bologna, Genova e Torino sono **advocate Cities Changing Diabetes Cities**.
- Calabria, Marche e Sardegna sono le prime Regioni in Italia **focus on urban diabetes**.

Main partners



Global partners



National partners

