

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA

VERONA MEDICA

EDIZIONE SPECIALE



1

**OTTOBRE
2024**

3 *Presentazione*

ARTICOLI SCIENTIFICI

- 5** *Dall'ambulanza al Suem 118, l'evoluzione del soccorso*
- 9** *Il Comitato etico per la pratica clinica e il suicidio medicalmente assistito*
- 13** *Etica e formazione medica: come cambia la professione medica con le nuove intelligenze artificiali*
- 17** *Uso inappropriato degli antibiotici, resistenze e salute pubblica*
- 24** *Riflessioni sul nostro sistema sanitario*
- 26** *Alluvioni, salute ed assicurazioni*
- 27** *Un (po' di) "ordine" nel tempo del caos. Prospettive da un punto di vista della medicina di famiglia*
- 33** *Peculiarità della comunicazione in Pediatria*
- 36** *Trent'anni di attività del Cesaim OdV a Verona*
- 39** *Siamo pronti per la prossima pandemia?*

ATTIVITÀ ORDINISTICA

- 42** *Liceo a curvatura biomedica, l'Ordine di Verona in prima linea per avvicinare i giovani alle professioni sanitarie*
- 45** *La Commissione Albo Odontoiatri dal 2021 al 2024, attività impegnativa per il passato guardando al futuro*
- 46** *Relazione attività Commissione Luciano Vettore*
- 50** *Relazione attività Commissione Territorio Ospedale*
- 67** *Attività della Commissione Pubblicità dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona 2023-2024*

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica
Bollettino Ufficiale dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona

Anno LIX, Edizione speciale
n. 1 OTTOBRE 2024

Sped. in a.p. - 70% - Filiale di Verona
Registrazione del Tribunale di Verona
n. 153 del 20/3/1962



**ORDINE DEI MEDICI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI VERONA**

VERONA - Palazzo Vitruvio Cerdone
Via Locatelli, 1 - 37122 Verona
tel. 045 8006112 / 045 596745
fax 045 594904 - web: www.omceovr.it

Direttore Responsabile
Roberto Mora

Comitato di Redazione
Francesco Bovolin, Roberto Mora,
Franco Del Zotti, Marco Caminati,
Giulio Rigon

Consiglio Direttivo
Presidente: Carlo Rugu
Vice-Presidente: Lucio Cordioli
Segretario: Anna Tomezzoli
Tesoriere: Caterina Pastori

Consiglieri
Giorgio Accordini, Sandro Bellamoli,
Franco Bertaso, Elena Boscagin,
Giorgio Carrara, Amedeo Elio, Fabio
Facincani, Letizia Formentini, Alfredo
Guglielmi, Federico Gobbi, Umberto Luciano,
Anna Maria Musso, Francesco Orcalli

Revisori dei Conti
Vania Teresa Braga,
Pasquale Cirillo

Revisore dei Conti Supplente
Marco Barbetta

Commissione Odontoiatri
Elena Boscagin,
Francesco Bovolin,
Umberto Luciano,
Roberto Pace,
Franco Zattoni

**Fotocomposizione,
Videoimpaginazione e stampa**
Girardi Print Factory srl
Via Maestri del Lavoro, 2
37045 Z.I. Legnago (Vr)
tel. 0442 600401
info@girardiprintfactory.it

Presentazione

Care colleghe e cari colleghi,

il nostro mandato sta per terminare: per questo motivo, insieme al Consiglio, abbiamo deciso di lasciarvi un ricordo di questa consiliatura, preparando un numero speciale di Verona Medica, da sfogliare, da leggere, da studiare, un numero per il quale devo ringraziare un nutrito gruppo di amici ai quali ho chiesto una testimonianza della loro attività. A loro ho, in un certo senso, “rovinato” i mesi estivi per aver chiesto di scrivere gli articoli che costituiscono la prima parte del volumetto. Nella seconda parte, invece, troverete riassunte alcune attività ordinistiche svolte nel quadriennio 2021-2024.

Giuseppe Calzavara, già medico di famiglia, ha preso spunto dalla collezione di automodelli di ambulanze conservate nel suo ambulatorio (in parte donati dai suoi assistiti!) per tracciare un’interessante storia del *soccorso*, partendo dalle sue radici storiche, attraverso la nascita della Croce Rossa, e arrivando al ruolo del Pronto Soccorso e del SUEM 118, vanto della Sanità Veronese.

Roberto Castello, presidente del Comitato Etico per la Pratica Clinica dell’AOUI di Verona, ha descritto l’attività del Comitato, riportato i riferimenti giuridici attuali, e sottolineato che mentre in passato per parlare dell’esistenza, ci si riferiva alla vita e alla morte, oggi si parla anche di *“inizio-vita”* e *“fine-vita”*, con le varie e complesse implicazioni etiche e deontologiche che queste fasi della vita comportano.

Orazio Michele Codella, componente della Commissione di Bioetica dell’OMCeO di Verona, si occupa da sempre di etica e di formazione medica: a lui, fine studioso dell’Intelligenza Artificiale, ho chiesto di descrivere lo sviluppo della professione medica al tempo delle *“nuove intelligenze artificiali”*.

Ercole Concia, già ordinario di Malattie infettive e parassitarie, ha sempre sostenuto che gli antibiotici, se utilizzati a sproposito, sono un boomerang per il medico e per la cittadinanza: nel suo dotto articolo egli mette in guardia sull’uso inappropriato degli antibiotici e sulle gravi conseguenze che ne potrebbero derivare per la popolazione intera, rischiando di farci *“tornare all’era pre-antibiotica”*.

Amedeo Elio, insieme a Sandro Bellamoli e Franco Bertaso, consiglieri dell’OMCeO, e a Franca Mirandola, medico di famiglia, ha fatto un’analisi delle criticità del nostro SSN, facendone una breve cronistoria, dalla sua nascita ai giorni nostri. Da queste riflessioni nasce la convinzione della necessità di *“politiche sanitarie credibili e sostenibili”* sostenute da adeguate investimenti: in questo cambiamento *“il ruolo dell’ordine..... deve essere punto di riferimento per il mondo politico”*.

Anche Roberto Mora, medico di famiglia in pensione, già presidente dell’ordine, ha analizzato le difficoltà del nostro SSN, favorite da un costante defianziamento e *“da errori di bilancio e di previsione che lo stanno affossando”*, favorendo il raggiungimento del *“traguardo di due sanità: una privata...ed una pubblica”*.

Guglielmo Frapporti, già medico di famiglia e segretario FIMMG, nel suo articolo ha ripercorso i mesi terribili della pandemia, la nascita dei micro-team, delle USCA, le gravissime difficoltà che la medicina del territorio ha dovuto affrontare e la faticosa collaborazione instaurata con l’Ordine. Nella seconda parte del suo articolo egli analizza i cambiamenti ai quali è andata incontro la relazione medico-persona malata e descrive le nuove sfide culturali che si presenteranno per il medico di famiglia.

Michele Gangemi, già pediatra di libera scelta e direttore di Quaderni Acp, ha sempre considerato fondamentale il ruolo della comunicazione nella relazione con l’utenza, ancora prima che la sua importanza venisse sancita dall’articolo 20 del codice di deontologia medica. A lui ho chiesto di analizzare *“le peculiarità della comunicazione declinate nelle attività del pediatra”*.

Gianfranco Rigoli, presidente del CESAİM OdV di Verona, nell’autunno scorso mi invitò ad una semplice e toccante manifestazione organizzata per festeggiare i trent’anni di attività del CESAİM: in quella occasione compresi l’elevato valore professionale-sociale-etico dell’attività svolta da un nutrito gruppo di colleghe e colleghi nello spirito del giuramento di Ippocrate, *“senza distinzione di condizioni individuali o sociali secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini”*. A loro va l’ammirazione e la riconoscenza del Consiglio dell’Ordine per l’importante attività svolta.

Massimo Valsecchi, già direttore sanitario della ASL 20, ha scritto un articolo dal titolo provocante (*"Siamo pronti per la prossima pandemia?"*) nel quale effettua un excursus storico-scientifico-epidemiologico sulle pandemie del passato per poi giungere alle conseguenze della pandemia da Covid 19. Partendo da questi dati, egli passa in rassegna *"i buoni propositi del nuovo piano pandemico"*.

Nella seconda parte, troverete gli articoli che riassumono le seguenti attività ordinistiche.

La collaborazione dell'Ordine con due licei cittadini si è tradotta nell'attivazione del percorso del Liceo a curvatura biomedica, un progetto frutto del protocollo di intesa fra il Ministero dell'Istruzione e del Merito e la FNOMCeO, nato per avvicinare i giovani alle professioni sanitarie. L'articolo è composto da una introduzione della nostra addetta stampa, Laura Perina - che qui ringrazio, non solo per la sua attività, ma anche per avere tenuto i rapporti fra Ordine e istituzioni scolastiche - e le testimonianze delle colleghe e dei colleghi che si sono prestati gratuitamente a svolgere l'attività didattica richiesta: senza di loro questo progetto non sarebbe potuto partire, a loro il nostro sincero ringraziamento per la disponibilità.

Francesco Bovolin e Franco Zattoni, consiglieri della Commissione Albo Odontoiatri, hanno analizzato il ruolo e l'attività della commissione. Essi affrontano anche il tema della presenza dell'Intelligenza Artificiale nello studio odontoiatrico, sottolineandone i vantaggi, ma, al tempo stesso, mettendo in guardia dalle conseguenze di un suo utilizzo indiscriminato.

Francesco Orcalli, coordinatore della Commissione Cultura e Aggiornamento "Luciano Vettore" ha riassunto l'impressionante mole di attività svolta e i numerosi incontri di aggiornamento organizzati, che è stato possibile svolgere grazie alla disponibilità di relatori e relatrici. Grazie a loro è stata garantita un'attività di aggiornamento culturale di alto livello scientifico, che ha assicurato il fabbisogno di crediti ECM, spesso attraverso la partecipazione da remoto. Quest'ultima è stata una scelta obbligata durante la pandemia, in seguito perpetuata, in quanto molto apprezzata dall'utenza, *"avendo permesso l'acquisizione di crediti formativi in forma autonoma e indipendente"*. Da non sottovalutare anche il fatto che questa scelta ha permesso di minimizzare l'impatto ambientale derivante dagli spostamenti da casa alla sede del convegno e viceversa.

Sempre Francesco Orcalli, che coordina anche la Commissione Ospedale Territorio, nella sua relazione descrive la brillante attività svolta, grazie alla attiva collaborazione fra le parti interessate, che ha portato alla stesura di numerosi e importanti documenti sottoscritti dall'Ordine e dalle direzioni sanitarie delle aziende sanitarie locali.

Fabio Facincani, coordinatore della Commissione Pubblicità, ha sinteticamente riassunto i principi ispiratori che hanno guidato la Commissione nell'espletamento della sua attività.

Alle Colleghe e ai Colleghi che a vario titolo hanno collaborato alle attività delle Commissioni Ordinistiche, all'attività didattica, di aggiornamento culturale, alla stesura di questo volume, va il più sincero ringraziamento del Consiglio e mio personale.

Spero che questo numero di Verona Medica speciale sia di vostro gradimento e Vi auguro una buona lettura,

CARLO RUGIU
PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI DI VERONA

Dall'ambulanza al Suem 118, l'evoluzione del soccorso

DR. GIUSEPPE CALZAVARA

MEDICO DI FAMIGLIA ORA IN PENSIONE

Nel piccolo museo storico del mio ambulatorio c'è un angolo dedicato al soccorso, con trenta modellini di autoambulanze. Uno dei più interessanti vede la riproduzione promozionale, nel 2003, da parte della "Pia Opera Croce Verde di Padova", di una Fiat 1100 del 1951, mezzo emblematico che operava l'assistenza sanitaria nel dopoguerra (foto 1).

Vado ad "Auto d'epoca "a Padova nel 2018, ed ammiro allo stand del Club Lancia Appia un'autolettiga dell'Ospedale di Trigona (Siracusa) degli anni '50 del secolo scorso (foto 2), ripristinata dallo stato di rottame. Penso che quest'Appia da sola valga moralmente più di tutte le altre 5000 vetture esposte, per l'etica espressa dai volontari all'interno del mezzo, animati dalla nobile dedizione dei buoni samaritani nei confronti del prossimo. Faccio uno più uno, rifletto su queste due pur piccoli e personali eventi e raccolgo l'invito del Dott. Carlo Rugiu: sì, perché non scrivere un articolo sull'ambulanza e sull'autoambulanza? L'ingresso dei pazienti nei Pronti Soccorsi infatti avviene spesso con questi mezzi, importantissimi, che portano all'interno i destini ed i valori di una vita umana.

L'ambulanza è un presidio militare

È interessante chiarire come questo modello di assistenza sanitaria abbia in realtà un'origine militare. Fu Isabella di Spagna a coniare nella seconda metà del 1400 il termine "Ambulare", derivato dal latino, a significare formazioni sanitarie mobili a seguito dei soldati, chiamate "Ambulancias". Erano destinate a recare soccorsi ai combattenti sul campo di battaglia o a popolazioni civili colpite da sinistri.



Foto 1

Prendiamo ora dimestichezza con i termini "Barella" e "Lettiga", in realtà sono sinonimi, e significano un letto portatile munito di stanghe anteriori e posteriori, che può portare malati e feriti. Può essere munito di ruote e, ai nostri giorni, venire montato su automezzi (autolettiga). Alcuni cenni storici: i grandi re conquistatori, da quelli egiziani ad Alessandro, a Ciro, scendevano in campo accompagnati dai loro medici personali, e di certo le truppe non erano assistite da una vera organizzazione sanitaria. Ai tempi di Roma antica una parte del bottino di guerra era devoluta al pagamento dei medici militari, il che lascia intravedere l'esistenza di un'organizzazione che si sviluppò parallelamente all'ascesa della potenza dell'impero, tanto che sotto Tiberio e Germanico le truppe al campo disponevano di valetudinari, equivalenti ai moderni ospedali da campo. Era stato il barone Dominique Jean Larrey, chirurgo francese a seguito dell'armata napoleonica, ad introdurre

nel 1792 un più moderno concetto di ambulanza, come mezzo di trasporto dei feriti. Erano una per ogni divisione, chiamate "ambulanze volanti", e comprendevano, oltre al personale di assistenza, anche un carro di materiale sanitario e 6 carri per il trasporto dei feriti.

Nasce la croce rossa internazionale

Durante i moti di Messina del 1848 un medico di Capua, Ferdinando Palasciano, ufficiale trentatreenne dell'esercito borbonico, avvertì il dovere morale di prestare le sue cure anche ai nemici feriti, nonostante il divieto dato dal generale Filangeri ad assistere i ribelli siciliani feriti in combattimento. Condannato per questo motivo ad un anno di carcere, alla caduta della monarchia borbonica il medico poté esporre le sue idee al Congresso internazionale dell'Accademia Pontaniana di Napoli nel 1861, richiedendo il riconoscimento dello status di neutralità per i feriti in combattimento. Egli fu di pochi anni precursore del pensiero del ginevrino Henry Dunant, letterato e filantropo che, colpito dall'orrore della battaglia di Solferino del 24



Foto 2



giugno 1859 (foto 3), scrisse nel 1862 "Souvenirs de Solferino", in cui trattò le drammatiche conseguenze di quello scontro, con quarantamila tra morti e feriti tra le truppe italo-francesi da una parte, ed austriache dall'altra. Egli stesso organizzò un gruppo di soccorso, con la collaborazione della popolazione di Castiglione delle Stiviere e dei dintorni, al motto di "Tutti fratelli, sono tutti fratelli".

Dunant fu promotore nel 1863, a Ginevra, del "Comitato Internazionale della Croce Rossa", con la nascita il 22 agosto 1864 di un primo accordo internazionale in materia di protezione delle vittime della guerra; era la "Convenzione di Ginevra", in cui si riconosceva il carattere di neutralità dei combattenti feriti e degli ospedali, delle ambulanze e del personale addetto alla loro cura. Si adottava un bracciale ed una bandiera, uguale per tutti gli stati, con una croce rossa in campo bianco, scelto in omaggio alla Svizzera, paese ospitante la convenzione, con l'inversione dei colori federali della sua bandiera. Nel novembre 1876 la Turchia, in guerra da sei mesi con la Russia, dichiarò però che l'emblema con la croce rossa contrastava con la religione delle truppe turche, ed adottò come simbolo la mezzaluna rossa in campo bianco, mutuato poi dai paesi arabi mussulmani. Centocinque milioni di volontari della Croce Rossa di centosettantotto paesi sono tuttora

impegnati a soccorrere le vittime di guerre, ma anche di carestie e catastrofi. Nei protocolli allegati a questo patto per l'assistenza sanitaria ai malati e ai feriti in guerra, fu fissata, per il termine "Ambulanza", la seguente definizione: "Tutto ciò che segue l'esercito sul campo per il servizio medico delle truppe, e la riunione dei servizi e dei mezzi atti a portare soccorso ai malati e feriti in guerra, seguendo nelle loro mosse gli eserciti belligeranti fin sul terreno di battaglia e addirittura tra le stesse file dei combattenti."

Lo spirito dell'associazione si concretizzò nel Museo internazionale della Croce Rossa, aperto cent'anni dopo la battaglia di Solferino, il 25 giugno 1959, a Castiglione delle Stiviere (Mantova); fu inaugurato dai capi di stato Giovanni Gronchi e Charles De Gaulle, alla presenza degli ambasciatori di 86 paesi aderenti. Vi sono pagine di storia attraverso l'esposizione di mezzi per l'assistenza ed il trasporto dei feriti, con lettighe in legno della seconda metà del 1800 (foto 4) ed autoambulanze a motore del 1930, come la Fiat 521. La neutralità delle autoambulanze della Croce Rossa, il fatto cioè di poter liberamente muoversi in territori di guerra, permise di trasferire Benito Mussolini, appena dimissionato primo ministro da Re Vittorio Emanuele III° nel pomeriggio del 25 luglio 1943, all'interno di una Bianchi S9 del 1938 carrozzeria Garavini (specializzata in quel tipo di mezzi), targata CRI 4736, da Villa Ada alla Caserma Podgora a Roma. Questa autoambulanza, testimone di quel drammatico avvenimento, è conservata ora alla Caserma della CRI militare della capitale.

L'ambulanza negli eserciti

Tutte le nazioni ebbero ambulanze che, nell'esercito italiano, si distinguevano in divisionali, di battaglie, reggimentali. Dopo il 1870 tale nomenclatura nel nostro esercito venne modificata in Sezioni di sanità e Posti di medicazione.

La Croce Rossa Internazionale nominò l'Ospedaletto campale da montagna "Ambulanza da montagna attendata". Era costituita da 3 tende grandi per ricovero, capaci di 27 letti da campo, 11 tende alpine per alloggio di personale e servizi, 1 tenda di medicazione. Ad esse erano addetti due ufficiali medici, un ufficiale d'amministrazione, un sottufficiale, quattro infermieri, undici inservienti. Tutto il materiale era scomponibile in colli preordinati, da permetterne un rapido trasporto. Con il progredire delle tecnologie, si sentì bisogno di formazioni mobili dedicate, specie per l'assistenza ai feriti più gravi. Sorsero così le ambulanze chirurgiche, per merito della C.R.I., che nel 1916 ne istituì i due primi esemplari. Seguì l'organizzazione di ambulanze radiologiche, oculistiche ed odontoiatriche e di altre specialità. Nella seconda guerra mondiale tutti gli eserciti attrezzarono ambulanze aeree per il rapido trasferimento di feriti in ospedali specializzati.

Le "ambulanze civili" erano usate per portare soccorso alle popolazioni di zone terremotate o sinistrate. Esse furono istituite nel 1878 in Inghilterra, a cura della "Associazione dell'ambulanza di San Giovanni", per portare i primi soccorsi nei sinistri ferroviari o minerari.

Arriva l'autoambulanza

Un mezzo di soccorso mi chiede strada, sopra la cabina c'è l'insegna "Ambulanza". O bella, sono entrato in un campo di battaglia? Ma no, è quel mezzo di trasporto descritto da Dominique Jean Larrey, enormemente evoluto e successivamente dotato dagli inizi del 1900 di un motore, che poi avrebbe dato origine al nome di "Autoambulanza", dizione che con l'andar degli anni sarebbe stata sincopata in "Ambulanza", per semplicità. Questi veicoli cominciarono a viaggiare alla fine dell'800 per merito delle pubbliche assistenze; la "Croce Verde" di Verona sorse nel 1909, la "Pia Opera Croce Verde" di Padova nel 1913. Avevano mezzi poco attrezzati, solo con un lettino, un sedile per l'assistente, un lavello, una cassetta di primo soccorso ed il loro scopo era di portare il più presto possibile l'ammalato in ospedale.



Foto 5



Foto 6

Nel 1959 furono dotate per legge di un lampeggiante blu e di una sirena bitonale, con melodia diversa rispetto a quella delle forze dell'ordine. Negli anni 60 le autoambulanze derivavano dalle "familiari", tipicamente le Fiat 1800 e le Peugeot 504, ma successivamente negli anni '70 ed '80 si impiegarono mezzi derivati dai furgoni Fiat 238 e Volkswagen T2. Gli appassionati delle varie organizzazioni di soccorso hanno recuperato e restaurato alcuni di questi mezzi, comprendendone il valore storico e promozionale, ed essi appaiono perciò nelle varie manifestazioni di Volontari del soccorso e della Protezione civile.

La Croce Verde di Padova, un tempo "Militi volontari" (foto 5) ha esposto nel 2010 molti esemplari della propria "Galleria Storica", tra cui quella Fiat 1100 del 1951 che sarà poi riprodotta nel modellino, che appare dietro ad una Lancia Artena del 1939 (foto 6) dotata all'interno di quattro barelle (foto 7), ed una Fiat 1800 familiare del 1963 (foto 8). A Castiglione delle Stiviere il 23 giugno 2022, anniversario della battaglia di San Martino e Solferino, alla Festa della Croce Rossa si potevano ammirare in Piazza San Luigi molti esemplari, tra cui quella Fiat 1100 della C.R.I.

di Piacenza (foto 9), che sarebbe in seguito comparsa sul set del film "Ferrari", presentato nel 2023 alla Mostra cinematografica di Venezia.

Il servizio di urgenza ed emergenza medica

Le attuali autoambulanze quasi sempre Fiat Ducato (foto 10), sono veri e propri centri mobili di supporto vitale di base per rianimazione cardiopolmonare, dotati di farmaci, Ecg, defibrillatore, intubatori, ossigenoterapia per sostenere e riattivare le funzioni vitali (foto 11), oltre che fornite di presidi di immobilizzazione e trasporto; il primo soccorso serve quindi a stabilizzare il paziente, piuttosto che farlo giungere in Ospedale in condizioni ancora critiche.

Se necessario, sono affiancate da un'"auto medica" (con un Medico di emergenza ed un infermiere), e collegate con l'elisoccorso. L'interno del Ducato è l'attuazione della complessa normativa che regola l'attuale gestione delle emergenze territoriali, per le quali si rimanda all'articolo del 15 settembre 2023, comparso su Verona Medica nel dicembre 2023, del Direttore della centrale operativa Suem 118 di Verona, Dott. Adriano Valerio. Questa organizzazione, con tante professionalità e con le varie tipologie di mezzi descritte, rappresenta attualmente un'eccellenza, e copre una popolazione di circa 937.000 abitanti suddivisi in 98 comuni, per un'area di 3097 km. quadrati. Il servizio Suem 118 fu nel 1987 il primo sistema organizzato in Italia per un efficiente soccorso, di cinque anni antecedente la legge nazionale, grazie all'intuizione dei Medici Lorenzo Cucci, Lajos Pinter e Giuseppe Castellarin, cui il 3 maggio 2024 è stata dedicata una targa nella sede.

Possiamo esemplificare due patologie che hanno avuto una prognosi più favorevole grazie ad un tempestivo intervento da parte del personale soccorritore: la prima è la sindrome coronarica acuta, con il rapido invio nelle sedi di emodinamica per eventuale angioplastica e ripercussione coronarica; la seconda è quella di ictus, ischemico ed emorragico, con il pronto indirizzo alle unità operative di Neurologia d'urgenza (Stroke unit) per eventuali terapie di trombolisi.

Il viaggio di un'autoambulanza

Con queste notizie, desidero ora offrire una lettura del viaggio di un'autoambulanza, dalla sede di partenza al luogo dov'è richiesta un'emergenza od un'urgenza, visto da tre persone: un utente della strada, un Medico di famiglia ed un cittadino soccorritore. Nel primo caso, il buon esito della corsa del Ducato è il risultato della professionalità dell'autista, e del compromesso tra il ridurre il più possibile i minuti per arrivare al paziente critico e raggiungere il Pronto soccorso, rispetto alla prudenza nell'evitare incidenti anche gravi con conseguenze sia al personale dell'autoambulanza ed al malato, sia agli altri automobilisti sulla strada.



Foto 7



Foto 8



Foto 9

Ogni soccorso comporta quindi dei rischi, perché dipende anche dalla rapidità dei riflessi di ogni utente della strada nel favorire un veloce passaggio del mezzo, che in quel momento può contravvenire alle norme del Codice.

Come Medico di famiglia, in quarant'anni di servizio moltissime sono state le situazioni in cui sono stato chiamato d'urgenza all'abitazione di un malato critico, per cui abbia richiesto poi al 118 un intervento; anno dopo anno la modalità del servizio portava a progressi, e non si trattava più di trasportare velocemente un paziente alla struttura ospedaliera più vicina, bensì di diagnosticare un'urgenza- emergenza e di stabilizzare il paziente con metodiche ben codificate.

La presenza del Medico di famiglia, in questo frangente, è sempre potuta essere d'aiuto al Personale Suem, che era in grado di ricevere rapide notizie anamnestiche e comunicazioni dei vari parametri vitali appena misurati al paziente, che andavano a rendere più agevole e rapido il percorso diagnostico- terapeutico. Veniamo ora al terzo caso, quello di un cittadino che si trovi nella situazione più temibile, cioè di fronte ad una persona improvvisamente a terra, priva di coscienza.

La chiamata al 118 è immediata, ed egli risponde prontamente alle due domande poste dal servizio: "Dove è successo?" e "Cosa è successo?".

Grazie poi alle conoscenze apprese e più volte ripetute nell'ambiente di lavoro sulle normative della sicurezza, riesce a far diagnosi di arresto cardiaco e ad attuare immediatamente il massaggio cardiaco. Essenziale è il sangue freddo di questo

soccorritore, per il quale i minuti sono diventate ore, ed il cui unico desiderio è solo di udire la sirena dell'autoambulanza in arrivo. Fatto ben più complesso è il caso in cui sia disponibile un defibrillatore semiautomatico, che però necessita di apprendimento continuamente ripetuto ed aggiornato, soprattutto a livello medico e paramedico. In quei momenti concitati, nell'attesa dell'autoambulanza, il continuo contatto telefonico tra l'operatore del 118 ed il soccorritore può fornire le indicazioni per il buon uso di questo strumento, formidabile alleato nelle manovre salvavita. A Verona e provincia vi sono 561 defibrillatori, certificati dal Suem. "Suem, la salvezza arriva per telefono, in tre mesi già 296 soccorsi da remoto", era un articolo a pagina 18 de "L'Arena" del 18 aprile 2024.

Questa ulteriore evoluzione del soccorso prevede l'utilizzo da parte degli operatori del 118, al momento della risposta, delle "Istruzioni pre-arrivo", condivise dalle sette centrali di emergenza-urgenza del Veneto, che

consentono di accompagnare le varie fasi di ogni evento. Ciò ha consentito al Suem di Verona un buon esito degli interventi da remoto da gennaio a marzo 2024, con la gestione di 283 infarti, 9 parti in casa od in auto e 4 situazioni di soffocamento.

Il viaggio verso la salute

"Tunf", si sono chiuse le grandi portiere dell'autoambulanza, veicolo che è la continua "prova su strada", da parte del Personale di soccorso del Suem 118 di Verona, grazie alle loro conoscenze scientifiche in chirurgia d'urgenza, cardiologia, terapia intensiva, traumatologia, il tutto coniugato con il minimo comun denominatore dell'umanità nei confronti dell'ammalato. Il mezzo parte veloce, grazie alla perizia dell'autista, persona che esprime la nobiltà del volontario, presente nel turno di giorno o di notte nella Croce in cui opera, in ore che si aggiungono a quelle già effettuate nella propria attività. Ed è questo mirabile insieme di professionalità e disponibilità, questo "mettersi nei panni degli altri", che fa giungere rapido al Pronto Soccorso questo insostituibile presidio di cui il nostro SSN deve andar fiero.



Foto 10-11

Bibliografia

- Ulss 20 Verona, "118 Verona emergenza", libretto illustrativo 2009
- Adriano Valerio, "L'Ambulanza infermierizzata in collegamento con il medico della centrale operativa", Verona Medica 12- 2023
- Dizionario enciclopedico Treccani
- Lorenzo Lapponi, "Ambulanza", Enciclopedia Medica Italiana, Sansoni Edizioni scientifiche, 853- 855
- Museo internazionale della Croce Rossa, libretto illustrativo

Il Comitato etico per la pratica clinica e il suicidio medicalmente assistito

DR. ROBERTO CASTELLO

PRESIDENTE DEL COMITATO ETICO PER LA PRATICA CLINICA, AOUI VERONA

Descrivere la vita è compito arduo ed è esperienza nota che, per quanto riusciamo a studiarla nelle sue manifestazioni, tanti suoi aspetti naturali e spirituali sono inaccessibili. La vita umana è un fatto che anche il diritto fa proprio nell'ordinamento giuridico, ma si tratta di diritto alla vita, oppure anche sulla vita?

Difficile fissare la nozione di vita umana che, nella suo percorso determina nel tempo e nello spazio situazioni sanitarie mutevoli, ma delle quali ognuno per la sua competenza deve farsi carico se si volessero approntare i rimedi appropriati. Ciascuna esperienza umana è unica, perché unici sono gli elementi di cui è composta, perché diversi sono i rapporti che la circondano, così come unici sono gli interessi che la dominano. Dobbiamo essere consapevoli che c'è una realtà di profondo dolore e sofferenza che segna tantissimi ammalati i quali, ad un certo momento della loro storia, sono smarriti e impossibilitati a continuare a lottare, non riuscendo più ad affrontare il male che ha invaso le loro vite. L'istinto cede di fronte all'immensità del dolore e sopraggiungono propositi di morte. Nessun altro, se non la persona malata può entrare in questo abisso, ma le cure mediche, soprattutto quelle palliative, e la presenza fisica di chi fornisce l'assistenza necessaria, possono essere un sostegno fondamentale. Ma quali sono i diritti della persona ammalata? Un ruolo importante rivestono le Disposizioni Anticipate di Trattamento (legge 219/2017) che esprimono la volontà del soggetto quando il cittadino sia ancora in grado di intendere e volere, di rifiutare anche anticipatamente le terapie salvavita.

La sentenza della Corte Costituzionale (242/2019) ha aperto la strada all'aiuto professionale al suicidio assistito, anche se il processo di questa pratica non è scevro di ostacoli. Il Parlamento sta lavorando per approvare una legge che regoli la pratica della morte volontaria medicalmente assistita accogliendo le istanze della Corte. Come è noto, la Corte ha stabilito che la possibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito sia subordinata a una serie di condizioni atte a creare una sorta di "cintura protettiva" per le persone vulnerabili. Tra queste condizioni c'è quella che prevede il parere di un Comitato Etico competente. Questa clausola ha creato qualche difficoltà, anche perché il riferimento è generico e in più vengono chiamati in causa i Comitati per la sperimentazione farmacologica sull'uomo. Allo stato attuale solo in un certo numero di Regioni sono stati istituiti i Comitati Etici per la pratica clinica (CEPC), il cui parere è obbligatorio ma non vincolante.

Nella terminologia medica sono tenuti distinti l'eutanasia e il suicidio medicalmente assistito (SA). Per eutanasia si intende l'azione di una persona, di solito un medico, per porre fine attivamente e intenzionalmente alla vita di un paziente con una determinata procedura su base farmacologica. Per suicidio medicalmente assistito (SA) si intende la prescrizione medica di farmaci letali su richiesta del paziente, che si autosomministra per porre fine alla sua vita. Da menzionare che nella terminologia giuridica si parla di morte volontaria medicalmente assistita (m.v.m.a.), intendendo il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato

dalla legge, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e sotto il controllo del Servizio sanitario nazionale (disegno di legge n. 2553, art.2). Secondo dati raccolti negli ultimi 30 anni, nella maggior parte dei paesi sviluppati ci sono stati alti livelli di sostegno da parte della popolazione all'eutanasia e al SA. Sono pratiche legalmente ammesse nei Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo, Colombia e Canada, e il suicidio assistito dal medico, esclusa l'eutanasia, è legale in 5 stati USA e in Svizzera. Tra i numerosi aspetti etici suscitati dal tema della morte medicalmente assistita tre emergono come più urgenti nella nuova legge: il significato della scelta di SA e la determinazione precisa della condizione di vulnerabilità necessaria (terminalità, irreversibilità, disabilità), questioni entrambe dirimenti e la questione della comunicazione/informazione.

Occorre considerare attentamente "all'improprio" avvicinamento operato dalla sentenza 242/2019 tra SA come conseguenza della scelta di desistenza terapeutica e questa stessa pratica. La sentenza mette infatti in chiaro che il richiedente ha operato la scelta di desistere dai trattamenti salva-vita rifiutando la proposta di tutte le cure palliative, inclusa la terapia del dolore e la stessa sedazione palliativa profonda e continuata per la volontà a) di non far soffrire i familiari per il tempo necessario al sopravvenire della morte (principio di compassione) e b) di non perdere la coscienza, volendo restare lucido fino alla fine (principio di autonomia). In queste condizioni, non potendosi procedere con alcun tipo di cura (palliazione, sedazione palliativa profonda), si giunge ad un

“obbligo morale di fatto” di procedere al SA per non causare al richiedente atroci sofferenze cui, per sua volontà, non si potrebbe ovviare in alcun modo. È fondamentale che, nel testo della legge, le due alternative risultino nettamente separate: la desistenza terapeutica è infatti una scelta intorno a come gestire l'ultima fase della vita, e richiede un accompagnamento alla morte, ossia un percorso di cura (in entrambi i sensi del caring e del curing), il SA è invece richiesta esplicita di morire. Nel primo caso, il lasciar(si) morire è la conseguenza della scelta, nel secondo l'oggetto della scelta è l'uccidersi. Infine, nel rispetto e in applicazione del principio di cura relazionale che ispira la L. 219/2017 (art. 1, c. 2), al colloquio dovrebbero poter partecipare tutti i soggetti coinvolti nella relazione di cura, sempre che il richiedente lo desideri, quali «i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo». Solo in questo modo il colloquio si mantiene all'interno di una dimensione di cura autenticamente etica in cui «si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico» (legge 219/2017, art. 1, c. 2). Resta infine la raccomandazione dell'indispensabilità di diffondere una cultura condivisa del fine vita.

La legge purtroppo interviene su un aspetto specifico, e prosegue nel considerare questo tema in modo frammentario: un atteggiamento profondamente errato, che continua a non inquadrare il tema della morte medicalmente assistita in un quadro più ampio, rischiando di porli erroneamente come rimedi alla sofferenza e non invece come scelte compiute nel nome dell'autodeterminazione individuale. Per chiarire meglio i presupposti che consentono l'accesso a queste pratiche, si specifica che la persona richiedente deve trovarsi nelle seguenti concomitanti condizioni:

- aver raggiunto la maggiore età al momento della richiesta;
- essere capace di intendere e di volere e di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli;
- essere adeguatamente informata;
- essere stata previamente coinvolta

in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e averle esplicitamente rifiutate o volontariamente interrotte;

- essere affetta da una patologia attestata, dal medico curante o dal medico specialista che la ha in cura, come irreversibile e a prognosi infausta oppure essere portatrice di una condizione clinica irreversibile, e che tali condizioni cagionino sofferenze fisiche e psicologiche che il richiedente trova assolutamente intollerabili;
- essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente.

La proposta prevede che la richiesta debba essere manifestata per iscritto, nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata. Se le condizioni della persona non consentono il rispetto di queste forme, la richiesta può essere espressa e documentata con videoregistrazione o qualunque altro dispositivo idoneo che gli consenta di comunicare e manifestare inequivocabilmente la propria volontà, alla presenza di 2 testimoni. Dovrà essere inviato presso la Direzione Sanitaria della Asl o Azienda ospedaliera di riferimento che dovrà garantire il decesso al domicilio del paziente laddove possibile o presso la struttura.

Per il personale sanitario è prevista la possibilità di obiezione di coscienza. I reati di aiuto al suicidio e omissione di soccorso non si applicano al personale sanitario e amministrativo coinvolto nell'intera procedura, di cui all'art. 580 e del reato di omissione di soccorso, di cui all'art. 593 c.p.

Una delle discipline più utile al Comitato di Etica per la Pratica Clinica, per le riflessioni che è chiamato a sviluppare nell'espressione dei suoi pareri è senz'altro la bioetica con il suo incessante porsi l'interrogativo morale sulle opportunità del progresso biomedico e biotecnologici, il suo argomentare e che razionalmente indaga i diritti individuali e collettivi alla salute.

Come sono stati istituiti i comitati etici per la pratica clinica (CEPC).

Con Decreto del Ministro della Salute, presso le Aziende Sanitarie Locali e ospedaliere devono essere istituiti e disciplinati i Comitati per la valutazione clinica al fine di garantire la dignità delle persone malate e sostenere gli esercenti le professioni sanitarie nelle scelte etiche a cui sono chiamati.

I Comitati devono essere multidisciplinari, autonomi e indipendenti, costituiti da medici specialisti, ivi compresi palliativisti, e da professionisti con competenze cliniche, psicologiche, giuridiche, sociali e bioetiche idonee a garantire il corretto ed efficace assolvimento dei compiti ad essi demandati. Il Comitato si presenta quindi come un nuovo e prezioso strumento di supporto per tutti coloro che intervengono nell'ambiente socio-sanitario – professionisti, amministratori, pazienti, parenti, tutori – là dove ci sono decisioni da prendere e riflessioni da fare. Il Comitato aiuta a chiarire le questioni etiche nei processi decisionali e a prevenire i conflitti. Al Comitato non competono le funzioni legali o di risk management, né la funzione disciplinare.

Il Comitato può essere consultato da: pazienti ricoverati nelle strutture dell'Azienda ULSS e loro familiari; singoli operatori ed equipe operanti nell'Azienda ULSS; assistiti e/o familiari o operatori sanitari e socio sanitari delle strutture sanitarie e socio sanitarie afferenti all'ambito territoriale dell'Azienda ULSS; associazioni che si occupano del sostegno e dell'assistenza alle persone malate e alle loro famiglie, operanti all'interno dell'Azienda o nel territorio; enti/istituzioni e cittadini.

La Regione del Veneto istituiva, con Delibera n. 4049 del 22 dicembre 2004, il Comitato Regionale per la Bioetica (CRB). Con DGR n. 983 del 17/06/2014 la Regione del Veneto ha riordinato le disposizioni relative al Comitato regionale per la Bioetica ed ai Comitati Etici per la Pratica Clinica. La disposizione regionale veniva recepita dall'Azienda ospedaliera di Verona con delibera del direttore generale N.1066 il 22 giugno 2005 che istituiva e nominava il primo CEPC, che poi viene rinnovato ogni 3 anni.

Il Direttore Generale, concordata con il Rettore con Deliberazione n. 962 del 27/08/2021, ha rinnovato il Comitato Etico per la Pratica Clinica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e ne ha nominato i componenti, che ad oggi sono quindici. Il CEPC è dotato di un proprio regolamento interno e di norma si riunisce 3 volte l'anno, ma può anche essere convocato in seduta straordinaria. Il regolamento del CEPC di AOUI prevede 10 articoli, quello più significativo che sintetizza i compiti del comitato è l'articolo cinque:

Analisi etica di casi clinici: Una delle principali funzioni riconosciute del CEPC è la consulenza etica, che riguarda l'analisi etica di casi clinici per la formulazione di un parere (di natura consultiva).

Sviluppo di raccomandazioni e indirizzi di carattere etico: Lo sviluppo di raccomandazioni e indirizzi su argomenti eticamente rilevanti sono uno strumento indispensabile dove non siano utilizzabili le comuni "regole" della normale pratica clinica e le decisioni siano gravate da incertezze o da diversità di posizioni.

Formazione degli operatori: Trasmettere al personale concetti e strumenti per affrontare i problemi etici nella pratica sanitaria. Si realizza attraverso corsi residenziali, corsi di formazione sul campo e convegni. Eventi di sensibilizzazione alla cittadinanza.

Una volta che al CEPC arriva una richiesta di SA, la gestione organizzativa del comitato si esplica attraverso sei passaggi:

PRESUPPOSTI: Verificare che le motivazioni della richiesta siano chiaramente coerenti a quelle emanate dalla Corte Costituzionale. In sintesi:
- Patologia attestata come irreversibile e con prognosi infausta, o condizione clinica irreversibile, con sofferenze fisiche e psicologiche che la persona stessa trova intollerabili. - Essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione ne provocherebbe il decesso (ad esempio ventilazione, nutrizione, idratazio-

ne artificiale). - Persona maggiorenne e capace di intendere e di volere e di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli; adeguatamente informata

RACCOLTA DATI: che comprendono aspetti medici(diagnosi, terapie, prognosi etc.), aspetti psicologici (visuto, sentimenti, emozioni), aspetti relazionali (famiglia, reti di prossimità), aspetti culturali(etnia, grado di cultura), aspetti di contesto(aspetti sociali).

3 VERIFICA: quali operatori sono coinvolti, l'autonomia del paziente, se ci siano DAT o deleghe o procure, il contesto familiare, la presenza di servizi di supporto.

4 ASPETTI ETICI: del caso in oggetto, di eventuali conflitti di interesse tra le parti interessate.

5 PRESA IN CARICO: possibili alternative, soluzioni diverse.

6 CONCLUSIONE: individuare la scelta eticamente più giustificata, spiegare le ragioni di tale scelta, spiegare il conflitto tra valori(scelta verso la persona in quanto tale), utilizzare i principi fondamentali (autonomia, appropriatezza, bene comune, non provocare danno).

L'opinione che una buona morte sia quella che si verifica in casa è radicata nella nostra storia culturale e sociale. Alcuni bisogni nella presa in carico domiciliare del fine vita possono tuttavia essere difficili da gestire, oppure i desideri o le esigenze del paziente stesso possono cambiare nel corso della malattia portandolo a scegliere una struttura per acuti, delegando l'assistenza e la terapia. L'ospedale resta infatti il luogo dove ancora decessono molti pazienti con patologie croniche degenerative, questo perché nell'ultimo anno di vita la maggior parte di essi sperimenta complicanze o un peggioramento dei sintomi che porta a ricoveri ripetuti, soprattutto in assenza di una rete solida di cure palliative. Oppure l'ospedale è la scelta espressa dal paziente come luogo dove morire. Frequentemente, poi la causa ultima dell'accesso ai servizi di emergenza è una crisi gestionale o emotiva dei caregivers principali.

L'ospedale resta quindi un nodo fondamentale, seppur in diverse occasioni poco implementato, della rete locale di cure palliative come ben evidenziato dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 e del 27 Luglio 2020 e dai Livelli Essenziali di Assistenza pubblicati in Gazzetta Ufficiale il 18 Marzo 2017. L'attività dovrebbe essere caratterizzata da competenze di base acquisite da tutti i professionisti operanti nella struttura per acuti, da consulenza palliativa specialistica nei reparti, attività ambulatoriale, degenza in regime diurno e degenza in letti di ricovero ordinario dedicati.

L'importanza dell'ospedale nell'ambito delle cure palliative è ribadita anche in una recente pubblicazione del Ministero della Salute dal titolo Cure Palliative in ospedale. Un diritto di tutti, dove viene evidenziata la necessità che le strutture per acuti si integrino con i servizi territoriali per garantire dei percorsi di cura realmente in grado di rispondere a bisogni complessi e mutevoli come quelli dei pazienti in cure palliative. Per raggiungere un buon grado di integrazione e coordinazione a livello della rete locale di cure palliative è necessario che il flusso dei pazienti tra setting e livelli di assistenza diversi sia attentamente governato e monitorato dai servizi di cure palliative, favorendo cambiamenti formali e informali all'interno delle organizzazioni e promuovendo la formazione, lo sviluppo di percorsi di cura standardizzati e la fioritura di sani network professionali.

Un tempo, per parlare dell'esistenza avevamo due sole categorie: la vita e la morte. Oggi quando parliamo della vita umana la si incasella in quattro categorie:

- 1) l'inizio-vita
- 2) la vita (biografica e autobiografica)
- 3) il fine-vita
- 4) la morte

La medicina consente oggi di diagnosticare le malattie con largo anticipo, così che la morte non è più né imprevista, né breve, né prematura, né improcrastinabile com'era un tempo. Siamo in grado di sostenere la vita per lungo tempo, tanto che a volte si crea il cosiddetto "accanimento

terapeutico” e altre si ha come esito lo “stato vegetativo permanente”. Per questo oggi la fase finale della vita è incasellata in una categoria a parte rispetto al resto della vita. L'introduzione di questa nuova e specifica categoria comporta un nuovo modo di guardare tutta la vita stessa. Serve la raccomandazione di diffondere una cultura condivisa del fine vita. Si tende a considerare questo aspetto in modo frammentario: temi come suicidio medicalmente assistito e l'eutanasia si pongono erroneamente come fughe dalla sofferenza e non, invece, come scelte compiute nel nome dell'autodeterminazione individuale.

Questa è una decisione prima ancora culturale che medica. Si tratta di rimettere e mantenere l'uomo, la sua unicità di individuo portatore di valori e preferenze, al primo posto di fronte alle istanze di una società distratta da altre mete o alle possibilità a volte ingannevole della tecnica. L'obiettivo primario è la tutela delle fragilità, e delle vulnerabilità.

È una scelta e una sfida di civiltà, libertà e democrazia.

Infine, un ultimo ma comunque importante aspetto: l'antico Giuramento d'Ippocrate a cui spesso si fa riferimento, presenta ancora principi validi, mentre altri potrebbero essere diventati obsoleti. Dovremmo quindi riallineare il paradigma tradizionale della medicina alle nuove esigenze scientifiche e morali? La medicina sa fare molto, il problema è quello opposto ossia di contenersi per evitare il “cosiddetto accanimento terapeutico”. Lo straordinario aumento delle tecnologie ha radicalmente cambiato le condizioni di intervento e ciò impone un ripensamento di ciò che la medicina deve fare. L'esercizio della medicina, il cui plurisecolare paradigma di dedizione assoluta alla cura e all'assistenza delle persone malate, sempre in favore della vita, viene adesso sovvertito, includendo in quell'assistenza anche la possibilità di “dare la morte” intenzionalmente”. Ammettere un eventuale aiuto a morire invertirebbe i

tradizionali scopi della medicina, che da Ippocrate in poi sono stati sempre rivolti al sostegno della vita biologica. Ma i concetti di dignità e qualità di vita, salute e benessere sono soggettivi e come tali ci inducono a una riflessione sull'etica che orienta la condotta medica. Per questo stiamo andando verso il nuovo Codice deontologico che dovrebbe essere definito entro la fine del 2024. Fnomceo: “Al via i lavori su 4 direttrici, tra questi c'è l'autodeterminazione. Aperti al confronto anche con società civile”. Da valutare con molta attenzione che, nelle nuove circostanze storiche, tra i doveri del medico sia inserito anche quello di rispondere alla richiesta di aiuto a morire.

Una medicina come professione di servizio alla persona che non si sottrae all'impegno di solidarietà, vicinanza e condivisione coi più fragili non può non includere tra i propri scopi di evitare la condizione di grave sofferenza fisica e psichica che si accompagna alla sacralità della vita.

Etica e formazione medica: come cambia la professione medica con le nuove intelligenze artificiali

DR. ORAZIO MICHELE CODELLA

COMITATO DI BIOETICA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

In un breve articolo come questo, risulta impraticabile e poco realistico cercare di esaminare in modo approfondito tutti i vantaggi e le problematiche che l'Intelligenza Artificiale (IA) porta con sé nella professione medica.

Il vocabolario Treccani dedica ben 642 parole per delineare esaustivamente l'ampiezza e la complessità della intelligenza umana. Ciascuna parola impiegata mira a cogliere tutte le sfaccettature, i risvolti e i significati che ruotano attorno all'intelligenza umana, evidenziando la sua straordinaria vastità e profondità. Il termine dell'intelligenza artificiale (IA) venne coniato da John McCarty nel 1955⁽¹⁾ e si riferiva allo sviluppo di macchine e/o algoritmi che possono simulare il comportamento umano.

Anche nel campo dell'IA dobbiamo distinguere tra tanti tipi di "intelligenza artificiale", tecnologie fanno parte della nostra vita quotidiana da decenni.

Tuttavia, è importante notare che la complessità e la diversità della vita biologica non possa essere ancora completamente imitata e/o sostituita da nessuna forma di IA. Pur appassionandomi negli anni allo studio dell'IA come mezzo indispensabile per la medicina, non posso dimenticare che la mia scelta di diventare medico, tanti anni fa, è legata all'incredibile curiosità che ho sempre avuto di conoscere l'uomo nei suoi aspetti biologici e spirituali.

Non dobbiamo mai dimenticare che il corpo umano è un sistema incredi-

bilmente complesso e affascinante, costituito da un numero stupefacente di circa 30-37 trilioni di cellule, ognuna svolgendo un ruolo fondamentale nel mantenere il nostro organismo in equilibrio. Queste cellule, oltre a cooperare tra loro per formare un unico organismo, devono interagire in modi non ancora chiariti con una vasta comunità di oltre cento trilioni di microorganismi che risiedono nella flora batterica, creando così un intricato e dinamico ecosistema interno.

Queste interazioni, che si svolgono all'interno del nostro corpo, formano una rete complessa che si estende anche al di fuori di noi, coinvolgendo altri esseri umani, altre specie viventi e l'ambiente circostante. È un mondo microscopico in costante evoluzione, un universo parallelo di cui spesso non siamo pienamente consapevoli ma che svolge un ruolo cruciale nella nostra salute e nel nostro benessere.

In questa intricata rete di connessioni biologiche, emerge una complessità che va ben oltre le attuali capacità di qualsiasi tecnologia di IA, dimostrando ancora una volta l'incredibile potenza e sofisticazione della natura stessa.

L'uso dell'IA in medicina risale agli anni '60, quando furono sviluppati i primi sistemi esperti per scopi diagnostici. Senza l'IA non sarebbe mai stato possibile sviluppare apparecchiature di imaging medico come l'ecografia, la tomografia assiale computerizzata, la risonanza magnetica nucleare, i sistemi automatizzati multi-parametrici

per analisi ematiche, i monitor multi-parametrici delle unità intensive ecc. La diagnostica e il trattamento non possono prescindere dall'uso di tali tecnologie.

Negli ultimi anni, stiamo vivendo un cambiamento culturale epocale in campo medico, simile a quello provocato dalla scoperta del microscopio nel 1590, che ha rivelato un mondo invisibile all'occhio umano: "l'infinitamente piccolo". L'IA, in particolare i nuovi modelli generativi meglio definiti come Large Language Model (LLM), consente di analizzare rapidamente miliardi di dati, aprendo la strada alla comprensione "dell'infinitamente grande". Il deep learning, un sotto modulo dei LLM, ha dimostrato particolare efficacia nell'analisi di dati complessi in medicina, facilitando la creazione della medicina di popolazione. Questo porta a una stratificazione più accurata dei pazienti fondamentale per sviluppare approcci sempre più personalizzati e di precisione^(2,3).

L'analisi della popolazione del mondo occidentale mostra una tendenza all'invecchiamento generale. Secondo i dati ISTAT del 2021, il 23,5% della popolazione italiana aveva più di 65 anni, mentre il 15% era sotto i 14 anni. Nel 2001, il 16% superava i 65 anni e il 12,9% era sotto i 14 anni⁽⁴⁾. Questa tendenza è comune in molti paesi europei e occidentali.

Con l'aumento dell'età cresce l'incidenza delle patologie croniche e la richiesta di assistenza medica, aumentano quindi le necessità economiche.

Nel mondo occidentale, inoltre, il numero di giovani che scelgono professioni sanitarie è in calo, causando una carenza di personale. Allo stesso tempo, la crescente disponibilità di tecnologia digitale a basso costo favorisce la transizione verso una medicina digitale.

La “Digital Health”, promossa dalla comunità europea, utilizza la tecnologia digitale per semplificare i percorsi di cura, con il paziente, il medico e gli operatori sanitari che restano gli attori principali. I cambiamenti riguardano i metodi di interazione che saranno sempre più digitale per visite, monitoraggio e prescrizioni, richiedendo però modifiche prima di tutto culturali, ma anche organizzative, tecniche e legali. È necessaria una revisione dei modelli organizzativi, l’implementazione di infrastrutture adeguate, la garanzia di interoperabilità dei sistemi software e un aggiornamento delle normative sulla privacy, definizione degli standard e sicurezza informatica. Inoltre, sarebbe utile istituire osservatori per le buone pratiche digitali.

Allora perché il dibattito sull’IA suscita grandi aspettative e paure?

Nel novembre 2022 si ha un importante punto di svolta nelle IA. ChatGPT, un “modello linguistico di grandi dimensioni” (LLM), ha iniziato a interloquire con milioni di persone nell’inglese di tutti i giorni e successivamente in decine, decine di lingue⁽⁶⁾. In precedenza, l’IA aveva assunto principalmente la forma di analisi numeriche, quindi prevalentemente riproduttiva e predittiva. Gli LLM appartengono a una nuova classe di IA conosciuta come IA generativa (IA-GEN). Questa tecnologia è in grado di generare testo in linguaggio naturale, il principale strumento di comunicazione e relazione tra gli esseri umani. Si tratta di una forma di IA relazionale che rappresenta una novità significativa rispetto ai sistemi di IA predittiva tradizionali, offrendo interazioni più complesse e dinamiche. Queste machine learning, inoltre, vengono utilizzate più apprendono integrando ancora di più i dati su cui sono addestrate. Negli ultimi due anni, abbiamo assistito a uno sviluppo rapido e inno-

vativo di una varietà di IA generative, che ha portato alla creazione di nuovi “Agenti Intelligenti”⁽⁶⁾ con capacità avanzate. I modelli di linguaggio ampi e le loro evoluzioni sono specializzati nella generazione e nell’elaborazione di dati testuali, avendo ricevuto un training su trilioni di set di testi. Questo consente loro di essere altamente competenti sia nella comprensione che nella produzione del linguaggio umano. È importante sottolineare, tuttavia, che questi modelli non sono in grado di gestire dati non testuali; ad esempio, non possono elaborare immagini, audio o video contemporaneamente. L’uso del “deep learning”, attraverso l’implementazione di reti internodali connesse tra loro, ha permesso la creazione di Large Multimodal Models (LMM)⁽⁷⁾.

Questi modelli avanzati sono in grado di elaborare e gestire diversi formati di dati, comprendendo testi, immagini, audio e video. La loro versatilità permette di integrare informazioni provenienti da fonti diverse, offrendo così un approccio più completo e innovativo nell’analisi e nella generazione dei contenuti. Grazie a questa versatilità, gli LMM possono fornire risposte non solo in forma di testo, ma anche attraverso rappresentazioni visive e sonore, arricchendo ulteriormente le interazioni con gli utilizzatori. Recentemente, sono emersi anche i Large Action Models (LAM)^(8,9), sistemi avanzati in grado di comprendere azioni complesse e le intenzioni degli utenti, prevedendo, organizzando e gestendo in modo autonomo compiti specifici soprattutto se abituarini. L’utilizzo di questi “Assistenti Intelligenti” addestrati su trilioni di dati medici ha consentito la messa appunto di dispositivi medici di lettura automatizzata delle immagini radiologiche, dell’analisi e interpretazione di ECG, EEG correlando anche tra loro dati provenienti tutte le fasi dell’iter clinico (anamnesi, esame obiettivo, indagine diagnostiche di diversa natura arrivando poi alle conclusioni diagnostiche più probabile e trattamento più adeguato e, se necessario, dettagliata e chiara relazione terminale: in poche parole un assistente ideale per il futuro medico. O un suo sostituto? Un esempio?

Recentemente è stato sperimentato un sistema di intelligenza artificiale conversazionale (Articulate Medical Intelligence Explorer -AMIE) progettato in modo ottimale per l’anamnesi clinica e il dialogo diagnostico autonomo; tale software si è dimostrato particolarmente empatico: la chatbot utilizzata, che si basa su un LLM avanzato, si è rivelata più accurata dei medici di base nel diagnosticare le patologie respiratorie e cardiovascolari; essa è infatti riuscita, durante i colloqui con il paziente, ad acquisire una grande quantità di informazioni che ha poi correlato con i dati di allenamento del sistema, arrivando a conclusioni diagnostiche corrette che ha comunicato in modo chiaro e comprensivo al paziente, risultando quindi ottima anche in termini di empatia⁽¹⁰⁾.

La natura relazionale di queste IA, capaci di imitare le interazioni umane e di partecipare a conversazioni naturali, solleva una serie di questioni etiche, legali e di formazione di grande rilevanza.

Pericoli, considerazioni etiche e formazione:

L’uso dell’IA generativa solleva problemi di privacy poiché elabora dati sensibili dei pazienti, in particolare quelli neurologici, per i quali sono necessarie regolamentazioni specifiche (neuro-privacy). La protezione delle informazioni sui pazienti è essenziale per prevenire accessi non autorizzati e usi impropri. Inoltre, i modelli di IA generativa possono riflettere i pregiudizi dei dati di addestramento, generando risultati discriminatori (la maggior parte dei dati di addestramento proviene da pazienti di razza bianca, che ricevono più frequentemente cure mediche, rendendo l’applicazione su pazienti di altre razze molto carente). È cruciale che i gruppi di sviluppo degli algoritmi alla base di questi modelli di IA, non siano composti solo da ingegneri informatici, ma anche da medici, filosofi, bioeticisti e rappresentanti dei pazienti per ridurre tali rischi. È fondamentale rendere chiari gli obiettivi degli algoritmi, la composizione della squadra e le fasi di addestramento per favorire la comprensione e la trasparenza di questi sistemi.

Noi medici non dobbiamo rinunciare al “diritto alla spiegazione”, che permetta di risalire al processo compiuto dall'IA per arrivare a quella conclusione in quanto hanno ricadute dirette sulla salute delle persone.

Tutti i lavori scientifici dimostrano inequivocabilmente che le conclusioni cliniche degli esperti che utilizzano tali modelli superano nettamente quelle ottenute sia dagli esperti senza supporto dai modelli di IA addestrati sia da quest'ultimi in modo autonomo in modo autonomo ^(11, 12).

Numerosi paesi stanno regolamentando l'IA. In Inghilterra, nel novembre 2022, The Lancet e il Financial Times hanno formato una commissione per monitorare la Digital Health fino al 2030, evidenziando l'assenza di politiche pubbliche e la necessità di formazione digitale. Il 9 dicembre 2023, il Parlamento europeo ha approvato l'AI-ACT, la prima legge mondiale sull'uso dell'IA in Europa, che bilancia innovazione e diritti fondamentali, richiedendo alle aziende di rispettarli e proteggere i dati personali. L'AI-ACT segue un approccio basato sul rischio, focale sulle applicazioni potenzialmente dannose, e stabilisce regole per l'IA generativa, vietando pratiche come il riconoscimento facciale e la raccolta di dati sensibili ⁽¹³⁾.

La formazione sull'uso dell'IA è un tema importante, ma la domanda “chi sta addestrando chi e a che cosa?” è complessa e ha molteplici interpretazioni, poiché gli attori non sono solo medici e pazienti ⁽¹⁴⁾.

L'IA ha un ruolo crescente nella formazione: la stessa WHO promuove l'adozione dell'IA per fornire educazione sanitaria scientifica alle popolazioni meno abbienti ⁽¹⁵⁾. Tuttavia, le nuove IA-GEN hanno complicato il rapporto tra esseri umani e IA, creando un'interazione dinamica in cui entrambe le parti apprendono e si adattano. Questi modelli di IA autoapprendenti migliorano attraverso il machine learning, utilizzando prove ed errori. Possono analizzare e implementare strategie, basandosi su parametri come qualità, caratteristiche e sostenibilità.

Utilizzano tecniche di deep learning per comprendere linguaggio naturale e generare testi o immagini. Pertanto, sia la quantità che la qualità dei dati sono cruciali, specialmente in medicina. Un problema significativo di questi modelli è rappresentato dalle “allucinazioni”, ovvero quando l'IA produce informazioni false o errate ^(16, 17).

In questo contesto la formazione dei medici all'IA deve integrare una forte componente etico e deontologico per affrontare le sfide e le opportunità offerte da queste tecnologie. Penso che dovrebbe essere una priorità per gli ordini professionali per garantire che l'IA sia utilizzata in modo sicuro, equo e responsabile, sempre con l'obiettivo primario di migliorare la cura dei pazienti. Ci sono infatti molti quadri etici, linee guida e principi per l'intelligenza artificiale (IA) nel settore sanitario, tutti orientati a garantire un'IA che sia equa, appropriata, valida, efficace e sicura, oltre che trasparente, spiegabile e ispezionabile ⁽¹⁸⁾. Questi principi si allineano con quelli di Belmont, ma la complessità dell'IA, specialmente quella relazionale, rende difficile la loro applicazione in una supervisione etica efficace.

La richiesta di un'IA che sia appropriata, valida, efficace e sicura riflette il principio di beneficenza di Belmont. Anche se esistono tecniche per ridurre i rischi legati alle “allucinazioni” delle IA-GEN, questi modelli di IA, se non supervisionati, presentano un rischio intrinseco di danno a causa del modo in cui generano contenuti in modo probabilistico. Inoltre, gli errori possono derivare da dati di addestramento distorti o da usi scorretti, come la disinformazione o la manipolazione delle immagini.

Conclusioni

Da quanto fin qui riportato è comprensibile che la domanda più frequente sia: dobbiamo aver paura dell'AI?

Nel 2012, Umberto Eco, in un'intervista, sosteneva che “il computer non è una macchina intelligente che aiuta le persone stupide, ma una macchina stupida che funziona solo nelle mani di persone intelligenti”.

Si soffermava anche sulla necessità di verificare fonti e informazioni per evitare pregiudizi. Questa risposta di Umberto Eco si può tranquillamente applicare anche alle nuove e future IA e sottolinea che ciò che dobbiamo temere è l'uso che l'uomo può fare di queste tecnologie ormai alla portata di tutti.

Nella prima parte ho evidenziato come la complessità biologica dell'essere umano non è minacciata da queste tecnologie. Tuttavia, l'uso che l'uomo fa della tecnologia è spesso nocivo e difficile da comprendere. Per tali motivi dobbiamo pretendere una regolamentazione basata sull'etica fin dall'acquisizione dei dati e lo sviluppo degli algoritmi.

Ritengo che il futuro della medicina sia indirizzato verso l'integrazione con l'IA in tutte le sue forme, che rappresenta un'opportunità importante per migliorare le conoscenze e la qualità dell'assistenza sanitaria.

Tuttavia, è fondamentale affrontare le preoccupazioni etiche, legali e di privacy, per prevenire usi dannosi della tecnologia. Il ruolo del medico resta cruciale nel rapporto di cura: più il medico conoscerà e utilizzerà l'IA, più avrà tempo da dedicare alla relazione con il paziente. Sebbene le tecnologie IA-GEN possano comunicare in modo empatico, non possono comprendere la sofferenza o le ansie legate alla malattia, poiché mancano di coscienza ed emozioni umane. Le decisioni condivise tra medico e paziente si fondano su aspetti emotivi e personali, oltre che su dati probabilistici, soprattutto nelle malattie croniche. Le problematiche etiche, legali e di privacy non dovrebbero ostacolare lo sviluppo dell'IA in tutte le sue forme.

Al contrario, dovrebbero fungere da “barriere di sicurezza” essenziali per prevenire usi pericolosi e devianti di queste tecnologie. In altre parole, mentre ci sforziamo di avanzare nella tecnologia, dobbiamo anche assicurarci che i diritti e le norme etiche siano rispettati per garantire un uso sicuro e responsabile.

A tale riguardo il ruolo principale lo ha sempre l'uomo, in questo caso il medico: tanto più il medico conoscerà e imparerà l'uso della IA, tanto più egli resterà centrale nel rapporto di cura con il paziente, in quanto avrà molto più tempo per la relazione di cura.

Per quanto le tecnologie basate sulle nuove IA riescano ad essere chiare ed empatiche nella comunicazione esse non hanno consapevolezza del-

la sofferenza e del dolore, non hanno i dubbi, le paure che nascono quando ci si ammala.

I modelli di IA-GEN al momento non hanno dubbi, consapevolezza dell'errore quando sbagliano né sono in grado di provare soddisfazione quando risolvono problemi molto complessi, elementi che caratterizzano e differenziano l'agire umano! Frequentemente, le scelte condivise di cura

tra medico e paziente non si basano solo su aspetti probabilistici, che l'IA risolve e comunica in modo ineguagliabile, ma tengono conto anche degli aspetti emozionali, di interpretazione e condivisione di dubbi, speranze, delusioni, qualità di vita che caratterizzano la relazione di cura soprattutto nelle patologie croniche, sensibilità che sono sempre molto personali che vanno ben al di là di soluzioni basate sulle probabilità statistiche.

Bibliografia

1. McCarthy, J., Minsky, M. L., Rochester, N. and Shannon, C. E. (2006) "A Proposal for the Dartmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence, August 31, 1955", *AI Magazine*, 27(4), p. 12. doi: 10.1609/aimag.v27i4.1904
2. Nigam H. et al.: "Creation and Adoption of Large Language Models in Medicine" *JAMA* 2023 Sep 5;330(9):866-869. doi: 10.1001/jama.2023.14217.
3. Shuroug A. Alowais et al.: "Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice" *BMC Med Educ.* 2023; 23: 689. doi: 10.1186/s12909-023-04698-z
4. ISTAT: "Previsioni della popolazione residente e delle famiglie | base 1/1/2021" <https://www.istat.it/it/files/2022/09/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE-2021.pdf>
5. Stokel-Walker C. & Van Noorden R.: "What ChatGPT and generative AI mean for science" *Nature*, V 614, 9 February 2023
6. Boiko D.A et al.: "Emergent autonomous scientific research capabilities of large language models" *arXiv*., April 11, 2023, 2304.05332, doi.org/10.48550/arXiv.2304.05332
7. Hoifung Poon. "Multimodal Generative AI for Precision Health" *NEJM AI* December 11, 2023. doi:10.1056/AI-S2300233
8. Jianing Qiu et al.: "The application of multimodal large language models in medicine" www.TheLancet.com V.45 April 2024. doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.101048
9. Zabir A.N & Peng W.: "Large Language Models in Healthcare and Medical Domain: A Review" *arXiv*:2401.06775v2 [cs.CL] 08 Jul 2024
10. Lenharo M.: "Google AI has better bedside manner than human doctors" *Nature* 2024, 625, pp 643-644, doi:10.1038/d41586-024-00099-4
11. Drazen J.M. et al.: "Artificial Intelligence and Machine Learning in Clinical Medicine, 2023" *N Engl J Med* 2023;388:1201-8. doi: 10.1056/NEJMra2302038
12. Lenharo M.: "An AI revolution is brewing in medicine. What will it look like?" *Nature* 622, 686-688 (2023). doi: 10.1038/d41586-023-03302-0
13. European Parliament. "Artificial Intelligence Act" 13 March 2024: Legislative Acts" (COM(2021)0206 – C9-0146/2021 – 2021/0106(COD))
14. Chen J. H.: "Who's Training Whom?" *nejm ai*, vol. 1 no. 5 april 12, 2024 oi: 10.1056/Alp2400006
15. WHO: "Ethics and governance of artificial intelligence for health Guidance on large multi-modal models" <https://www.who.int/publications/m/item/artificial-intelligence-for-health>
16. Alkaiissi H. and McFarlane S.I.: "Artificial Hallucinations in ChatGPT: Implications in Scientific Writing" *Cureus*. 2023 Feb; 15(2): e35179. doi: 10.7759/cureus.35179
17. Emsley R. "ChatGPT: these are not hallucinations – they're fabrications and falsifications" *Nat. Schizophrenia* (2023) 9:52; doi.org/10.1038/s41537-023-00379-4
18. Sim I. and Cassel C.: "The Ethics of Relational AI – Expanding and Implementing the Belmont Principles" *Perspectives" n engl j med* 391;3, July 18, 2024. doi:10.1056/NEJMp2314771

Uso inappropriato degli antibiotici, resistenze e salute pubblica

PROF. ERCOLE CONCIA

GIÀ PROFESSORE DI MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE - UNIVERSITÀ DI VERONA

L'AIFA ha recentemente valutato il rischio connesso con l'incremento dell'antibiotico-resistenza affermando che esiste il rischio di arrivare ad un'era "postantibiotica": questo vorrebbe dire tornare ad un'epoca in cui le infezioni non avevano nemici in grado di combatterle.

E lo scenario, scrive oggi l'AIFA, è sempre più concreto ed è una minaccia per la salute pubblica mondiale.

Già alcuni anni fa un gruppo di scienziati ipotizzò che se non mettiamo, oggi, un freno al fenomeno dell'antibiotico resistenza (AMR) nel 2050 le infezioni batteriche saranno la prima causa di morte al mondo con 10 milioni di morti all'anno per infezioni non più curabili, superando i morti per tumori, colera, diabete come illustrato nella tabella seguente:

In Italia la situazione dell'antibiotico-resistenza è particolarmente grave.

Nel 2017 fu effettuata una "Country Visit" da parte di una delegazione di esperti dell'ECDC (Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie). Le conclusioni furono le seguenti:

- La situazione dell'AMR nelle regioni e negli ospedali italiani rappresenta una grave minaccia per la salute pubblica del paese. Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi e l'Acinetobacter baumannii hanno raggiunto livelli di iper-endemia e insieme allo Stafilococco aureo resistente alla meticillina fanno dell'Italia uno dei paesi, in Europa, con il più alto tasso di resistenza agli antibiotici.
- Sembra che i dati relativi all'AMR siano accettati e considerati ineluttabili.

- Manca un reale coordinamento a tutti i livelli e tra i livelli.
- Se il fenomeno dell'AMR non sarà limitato nel breve futuro alcuni interventi saranno compromessi.

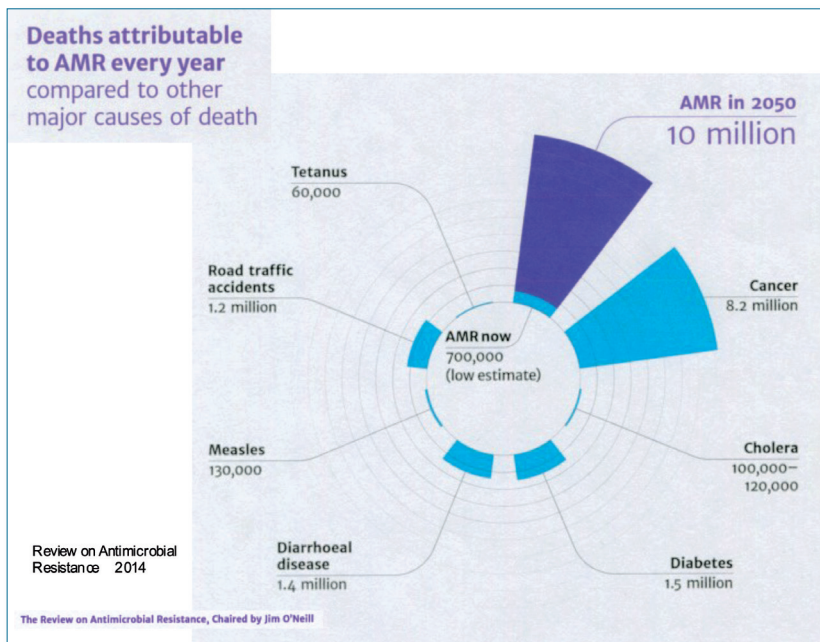
Da allora alcuni interventi sono stati effettuati, in particolare i due Piani Nazionali di contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR 2017-2020 e PNCAR 2022-2025) sino ad ora con modesti risultati.

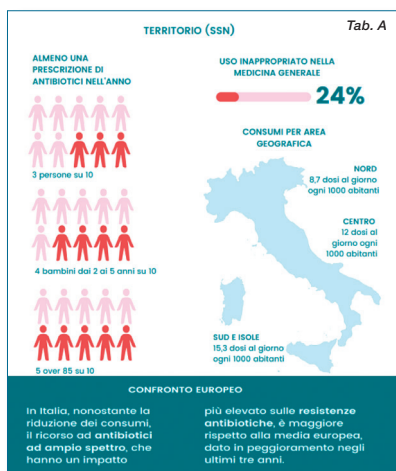
La recente pubblicazione dell'ECDC (maggio 2024) relativa alla prevalenza delle infezioni ospedaliere ed all'uso degli antimicrobici negli ospedali in Europa mette in evidenza dati assolutamente allarmanti. Nel 2022-2023, in Italia, circa 430 mila persone ricoverate hanno contratto un'infezione ospedaliera (8,2%) dato nettamente superiore alla media Ue (6,5%).

Quanto all'uso di antibiotici la stima di utilizzo ospedaliero, in Italia, è del 44,7%; anche in questo caso il dato è al di sopra della media europea che si attesta al 33,7%.

Nel 2023 è stato pubblicato, sotto l'egida dell'AIFA il rapporto nazionale sull'uso degli antibiotici relativo al 2021. Il trend generale sull'uso degli antibiotici evidenzia una riduzione, nel 2021, del 3%; 3 cittadini su 10 hanno ricevuto una prescrizione di antibiotici, 4 bambini su 10 e 5 su 10 negli over 85 (vedi tab.A a pagina seguente).

Le penicilline in associazione a inibitori della betalattamasi si confermano la classe a maggior consumo, seguita da macrolidi e fluorochinoloni. Da segnalare anche un'ampia variabilità regionale.





Complessivamente, malgrado una modesta riduzione d'uso, i consumi sono superiori a quelli di molti paesi europei. L'Italia si conferma uno dei paesi con il maggior ricorso a molecole ad ampio spettro con un trend in peggioramento negli ultimi due anni. L'Italia è uno dei paesi con la minor quota di consumo degli antibiotici del gruppo Access (47% verso la quota ideale del 60%). In ospedale si osserva un incremento del ricorso all'utilizzo di antibiotici indicati per la terapia di infezioni causate da batteri multi resistenti.

La classificazione AWaRe degli antibiotici è stata sviluppata nel 2017 dal Comitato di esperti dell'OMS sulla selezione e l'uso dei farmaci essenziali come strumento per supportare l'uso corretto degli antibiotici a livello locale, nazionale e globale.

Gli antibiotici sono classificati in tre gruppi, Access, Watch e Reserve, tenendo conto dell'impatto dei diversi antibiotici sulla resistenza antimicrobica. Gli antibiotici Access hanno uno spettro di attività ristretto, basso costo e un potenziale di resistenza generalmente basso. Sono raccomandati per il trattamento empirico per le infezioni comuni (amoxicillina, amoxicillina/acido clavulanico, cefalosporine di 1° generazione, clindamicina, doxiciclina, nitrofurantoina, cotrimoxazolo, oxacillina, aminosidi...).

Gli antibiotici Watch sono antibiotici ad ampio spettro; sono raccomandati solo come opzioni di prima scelta per pazienti con manifestazioni cliniche più gravi o per infezioni in cui è pro-

babile una resistenza ad antibiotici del gruppo Access (azitromicina, claritromicina, cefixime, ceftriaxone, fluorchilonoli, cefalosporine di 3° generazione, piperacillina/tazobactam, carbapenemi, vancomicina...).

Gli antibiotici Reserve sono antibiotici di ultima scelta usati per trattare le infezioni da batteri multi resistenti (aztreonam, cefiderocol, colistina, dalbavancina, eravaciclina, fosfomicina ev, linezolid, tigeciclina, ceftazidime / avibactam, meropenem vaborbactam, ceftolozane / tazobactam, imipenem / relebactam...).

La resistenza agli antibiotici è legata ad un abuso nelle prescrizioni sia sul territorio che in ospedale e nelle lungodegenze per anziani.

In effetti viviamo in un'epoca di consumismo farmaceutico, spesso non curiamo una malattia ma i sintomi della stessa, prescindendo, talora, dalle cause. In quali situazioni si realizza un abuso di prescrizioni:

- In terapia e in profilassi medica e chirurgica
- In presenza di infezioni virali
- Come terapia di copertura
- In presenza di febbre, tosse
- Come medicina difensiva
- Come auto prescrizione
- Uso auxologico negli allevamenti

Uno dei motivi, forse il principale, dell'eccesso di prescrizioni, soprattutto in ambito territoriale è legato alla

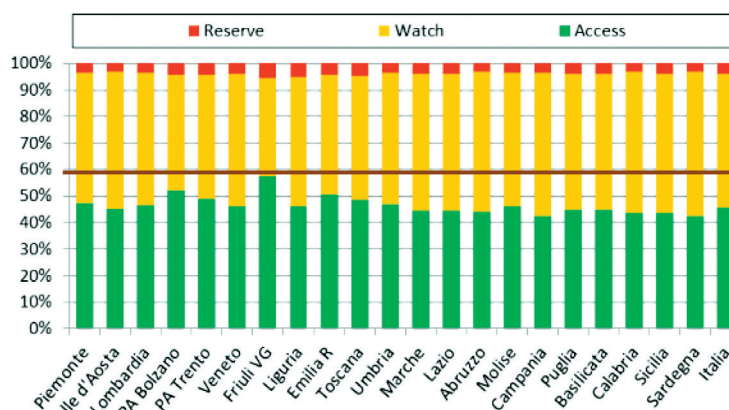
pessima cultura sanitaria della popolazione che richiede sempre un intervento medico in presenza di qualsivoglia malattia o sintomo.

È stata realizzata dal Censis su incarico ed in collaborazione con il Settore di Igiene dell'Università di Foggia una ricerca con l'obiettivo di analizzare l'informazione diffusa tra la popolazione sugli antibiotici ed il loro uso insieme alle opinioni, gli atteggiamenti e i comportamenti degli italiani su questo tema. Tutto ciò al fine di comprendere le carenze conoscitive, le motivazioni del loro impiego, spesso improprio, ma anche le leve sulle quali agire, per incrementare la consapevolezza e l'uso corretto di questa fondamentale categoria di farmaci. Questo si ripercuote negativamente sulle prescrizioni dei medici.

È evidente come la maggior parte dei soggetti intervistati ha una percezione largamente errata sulla reale attività degli antibiotici ritenuti utili ed efficaci in anche presenza di infezioni virali quali influenza, raffreddore, bronchite, febbre, tosse. Dato decisamente negativo è anche l'idea di sospendere la terapia non a seguito di indicazione del medico ma alla scomparsa dei sintomi della malattia (85% di risposte scorrette al riguardo).

Ricordiamo che nel 30% dei casi di assunzione di farmaci in generale e di antibiotici in particolare i pazienti sono

Figura 1.3 Variabilità regionale del consumo (DDD/1000 ab die) degli antibiotici sistemici (J01) per classificazione AWaRe dell'OMS nel 2020 (convenzionata e acquisti strutture sanitarie pubbliche)



inosservanti sospendendo la terapia o riducendo le dosi indicate dal medico, soprattutto se la terapia prevede multiple dosi giornaliere.

Talora le dosi di antibiotico non utilizzate vengono conservate e utilizzate dal paziente in autoprescrizione per successivi eventi medici similari.

Il Ministero della Salute recita, al riguardo, quanto segue: “qualora dovessero avanzare delle dosi di antibiotico, queste non vanno assunte senza aver consultato prima il medico, neanche se pensiamo di avere un’infezione batterica simile alla precedente. Poiché alcune malattie infettive, pur essendo provocate da microrganismi differenti presentano sintomi simili, solo il medico potrà valutare l’eventuale necessità di intraprendere la terapia antibiotica e il tipo di antibiotico da assumere”.

In uno studio pubblicato su JAMA Internal Medicine sono state valutate le prescrizioni di 85 medici nell’ambito della patologia delle alte vie respiratorie. L’esito delle visite è stato

così classificato: senza prescrizione, con prescrizione di antibiotico, con prescrizione di un farmaco non antibiotico. La maggioranza delle visite (66,1%) ha avuto come esito la prescrizione di un antibiotico.

Fra i pazienti che hanno avuto una prescrizione di un antibiotico la percentuale di soddisfazione, è stata del 90,9%. I medici con le valutazioni migliori sono risultati quelli che più frequentemente prescrivono antibiotici. L’Health Protection Agency afferma che i medici dovrebbero imparare a resistere alle richieste dei pazienti per trattamenti che ben sanno avere nessun effetto su raffreddore, influenza, febbre, tosse.

Purtroppo è emerso da una indagine effettuata su tale problematica che il 97% degli intervistati ha affermato che l’ultima volta che avevano chiesto al proprio medico di famiglia un antibiotico gliene era stato prescritto uno.

Nonostante molti anni di campagne di sanità pubblica avvisassero che gli antibiotici non funzionano contro

tosse, raffreddore e influenza i risultati della ricerca hanno dimostrato che questi miti prevalgono.

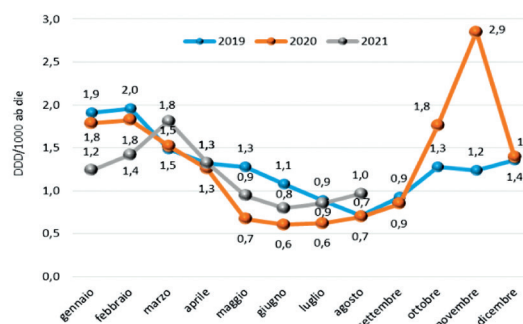
In Italia, in un report sull’uso degli antibiotici, si è rilevato che in corso di influenza, raffreddore e laringotracheite acuta la prescrizione di antibiotici variava da un minimo del 26,7% ad un massimo del 54,6% soprattutto nelle persone con età superiore a 60 anni. Risultati analoghi sono stati riscontrati in corso di bronchite acuta. Anche nel corso della pandemia da SARS-Cov-2 si è riscontrato, soprattutto nelle prime fasi, un uso eccessivo di antibiotici. La mancanza di specifiche terapie per il trattamento dei pazienti affetti da COVID-19 ha indotto un frequente utilizzo di antibiotici nei pazienti più gravi, considerati a maggior rischio di sviluppare infezioni batteriche secondarie. Una metanalisi ha però evidenziato che tale atteggiamento terapeutico sia stato eccessivo: infatti nonostante solo il 7% dei pazienti affetti da COVID-19 presentasse un’infezione batterica, nel 70% dei casi è stato prescritto un trattamento antibiotico.

Tab. 1 -L’informazione sulle caratteristiche e l’uso degli antibiotici per categoria di intervistati (val.%)

	Nazionale	Possessori di animali domestici	Genitori di 0-11enni	Anziani di 65 anni e più
Gli antibiotici si usano per curare le infezioni causate da batteri				
Corretta	83,5	84,8	84,7	81,1
Scorretta	11,5	11,4	10,7	11,0
Non sa	5,0	3,8	4,6	7,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Gli antibiotici si usano per curare le infezioni causate da virus				
Corretta	46,1	46,9	46,5	49,8
Scorretta	47,1	47,5	47,8	40,0
Non sa	6,7	5,6	5,7	10,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Gli antibiotici si usano quando la febbre causata da raffreddore, influenza, etc. aumenta				
Corretta	24,2	25,5	27,0	17,6
Scorretta	68,1	67,0	63,7	76,5
Non sa	7,7	7,6	9,3	5,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Gli antibiotici si usano per guarire prima o per evitare che tosse, influenza, raffreddore peggiorino				
Corretta	25,5	24,2	20,3	31,8
Scorretta	67,2	68,0	73,2	60,9
Non sa	7,3	7,9	6,5	7,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
E’ meglio smettere di prendere gli antibiotici quando i sintomi della malattia scompaiono, senza terminare la cura prescritta dal medico, per evitare di assumerne troppi				
Corretta	10,9	9,3	8,4	15,1
Scorretta	85,8	86,5	89,0	83,6
Non sa	3,2	4,2	2,6	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

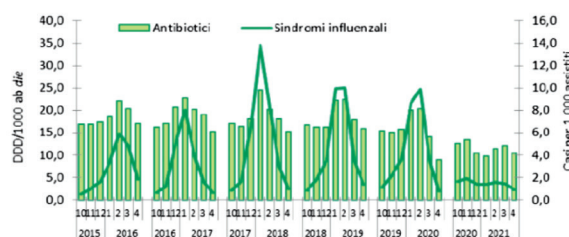
Fonte: indagine Censis, 2019

Figura 9.5 Andamento mensile del consumo (DDD/1000 abitanti die) di azitromicina (J01FA10) nel periodo 2019-2021 (convenzionata)



ANTIBIOTICI E INFLUENZA

Figura 2.14 Correlazione tra consumo (DDD/1000 ab die) di antibiotici sistemici (J01) in assistenza convenzionata e incidenza di sindromi influenzali (casi per 1000 assistiti) nel periodo 2015-2021



In un recente report dei Centers for Disease Control (CDC) volto a valutare l'uso degli antibiotici in corso di COVID-19 si è evidenziato che fra marzo 2020 e ottobre 2020 almeno l'80% dei pazienti ospedalizzati aveva ricevuto una terapia antibiotica. Nei pazienti con COVID-19 seguiti a domicilio si riscontrò un significativo aumento della prescrizione di azitromicina. Nelle lungodegenze per anziani l'uso dell'azitromicina aumentò del 150% nell'aprile del 2020 rispetto all'anno precedente e dell'82% nel dicembre dello stesso anno. Situazione analoga si è riscontrata in Italia come si può evidenziare nella tabella "Figura 9.5" alla pagina precedente.

In un report dell'AIFA si evidenzia, nel 2020, in ambito ospedaliero, un significativo incremento del consumo di carbapenemi e cefalosporine di terza generazione e di azitromicina soprattutto in ambito territoriale.

Nel 2023/2024 abbiamo avuto, in Italia, la più alta incidenza di sindromi similinfluenzali degli ultimi 15 anni con un picco di casi per 1000 abitanti superiore a 18. Purtroppo con grande frequenza vengono prescritti antibiotici in corso di tali sindromi come illustrato nella tabella "Figura 2.14" alla pagina precedente.

Per quanto riguarda l'uso degli antibiotici negli allevamenti soprattutto intensivi, l'Italia sino a pochi anni fa era il primo paese in Europa nel consumo di antibiotici con quantità più che doppie rispetto ad altri paesi come l'Austria, la Danimarca, la Francia, l'Olanda, la Svezia, il Regno Unito. Come segnalato dal Piano Nazionale di con-

trasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR del 2017-2020) oltre il 50% degli antibiotici utilizzati in Italia veniva consumato in ambito veterinario.

Gli antibiotici erano utilizzati in terapia, in profilassi ma anche come promotori della crescita.

Per fortuna già a partire dal 2014 il settore veterinario ha ridotto notevolmente l'utilizzo di farmaci antibatterici nella filiera zootecnica. IL miglioramento è stato raggiunto anche e soprattutto grazie al sistema di ricetta elettronica obbligatoria a partire dall'aprile 2019.

Oggi il farmaco veterinario è totalmente tracciato e grazie a tale sistema di controllo la riduzione è stata pari a circa il 30% annuo. Abbiamo illustrato le problematiche relative all'abuso degli antibiotici.

Esiste anche un altro ambito negativo vale a dire il maluso che sintetizzo come segue:

- Antibiotico non indicato in una determinata patologia per problemi di cinetica
- Variabilità legata alla via di somministrazione (os-ev-im)
- Dose (spesso l'antibiotico è sotto dosato)
- Durata della terapia

Per quanto riguarda il primo punto riportato nella tabella seguente i dati di cinetica dei principali antibiotici a livello polmonare. Molti farmaci, fra i più utilizzati fra l'altro, hanno una cinetica polmonare modesta (cefalosporine, carbapenemi, glicopeptidi, aminosidi). Solo usando dosi adeguate possiamo evitare dosi non terapeutiche con l'inevitabile rischio di resistenza.

Ovviamente lo stesso farmaco presenta livelli ematici e tissutali diversi in base alla via di somministrazione. La percentuale di assorbimento degli antibiotici somministrati per via orale è molto variabile: molto elevata per fluorchinoloni, cotrimoxazolo, linezolid, rifampicina, relativamente limitata per antibiotici quali l'ampicillina ed alcune cefalosporine.

Ricordiamo poi che esistono alcune barriere che limitano l'ingresso di molti antibiotici in organi quali la prostata, le meningi, il parenchima cerebrale. Per quanto riguarda la dose non possiamo non constatare che in molti casi l'antibiotico è sottodosato. Come si può constatare nella tabella seguente che evidenzia le attitudini terapeutiche di numerosi medici di base, alcuni farmaci in particolare l'amoxicillina acido clavulanico sono in larga misura somministrati alla dose di 1 g x 2/die mentre la dose corretta, essendo un farmaco tempo dipendente è di 1 g x 3/die in un adulto normopeso. Da rilevare anche il sotto dosaggio di altri antibiotici quali la claritromicina, la ciprofloxacina e la levofloxacina (dosi di 250 mg). Un punto critico nella terapia delle malattie infettive è quello della durata della stessa. Per anni abbiamo usato schemi terapeutici basati su durate prolungate in molte patologie. Da alcuni anni numerosi studi hanno dimostrato che l'efficacia terapeutica delle terapie antibiotiche è, in larga misura, sovrapponibile a schemi con durata nettamente ridotta.

Nella tabella a pagina 21 si evidenzia che in molte patologie quali polmoniti, infezioni complicate delle vie

CINETICA DI ALCUNI ANTIBIOTICI NELL'ELF

ANTIBIOTICO	RAPPORTO ELF/PLASMA %
Piperacillina/Tazobactam	PIP: 56 TAZ: 90
Ceftazidime	20
Ceftriaxone	30
Meropenem	30-50
Ertapenem	30
Ciprofloxacina	100
Levofloxacina	150-200
Gentamicina	30
Vancomicina	20
Teicoplanina	30
Linezolid	300-400
Tigeciclina	50-100 (0,06-0,19)

POSOLOGIA DEGLI ANTIBIOTICI NELLA MEDICINA DI COMUNITÀ

Analisi posologia – dose totale giornaliera

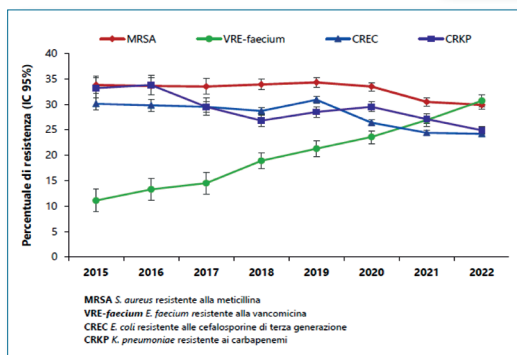
			1/die	2/die	3/die	Totale
Amoxicillina/ acido clavulanico	cp	1g	147	2985	147	3279
Amoxicillina	cp	1g	74	1302	123	1499
Claritromicina	cp	250 mg	22	329	0	27
	cp	500 mg	76	650	0	351
Azitromicina	cp	500 mg	1426	144	22	1592
Ciprofloxacina	cp	250 mg	80	743	24	847
	cp	500 mg	392	1352	12	1756
Levofloxacina	cp	250 mg	338	84	1	423
	cp	500 mg	950	135	0	1081

DURATA DELLA TERAPIA			
Diseases for Which Short-course Antibiotic Therapy Has Been Found to Be Equally Effective to Longer Traditional Courses of Therapy (With References)			
Diagnosis	Short (d)	Long (d)	Result
Community-acquired pneumonia [6-14]	3 or 5	7, 8, or 10	Equal
Hospital-acquired/ventilator-associated pneumonia [15, 16]	7-8	14-15	Equal
Complicated urinary tract infections/pyelonephritis [17-22]	5 or 7	10 or 14	Equal
Complicated/postoperative intraabdominal infections [23, 24]	4 or 8	10 or 15	Equal
Gram-negative bacteremia [25]	7	14	Equal
Acute exacerbation of chronic bronchitis/chronic obstructive pulmonary disease (meta-analysis of 21 trials) [26]	≤5	≥7	Equal
Acute bacterial skin and skin structure infections (cellulitis/major abscess) [27-29]	5-6	10	Equal
Chronic osteomyelitis [30]	42	84	Equal
Empiric neutropenic fever [31]	Afebrile and stable × 72 h	Afebrile and stable × 72 h and with absolute neutrophil count > 500 cells/μL	Equal

urinarie, riacutizzazione di bronchite cronica, osteomieliti la durata della terapia può essere drasticamente ridotta con risultati clinici assolutamente sovrapponibili. È ovvio che l'uso di terapie prolungate nel tempo può impattare negativamente nel divenire delle resistenze.

L'uso inappropriato degli antibiotici sia sul territorio che nelle lungodegenze per anziani e soprattutto in ambito ospedaliero ha determinato, negli anni, un grave incremento di resistenza in numerosi microrganismi. In Italia dal 2001 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) coordina, in ambito umano, il sistema di sorveglianza dell'Antibiotico-Resistenza AR-ISS basato su una rete di laboratori ospedalieri di microbiologia che inviano annualmente i dati di sensibilità agli antibiotici. Gli ultimi dati sono stati pubblicati nel rapporto di sorveglianza del 2023.

Nelle tabelle seguenti sono illustrati i dati di resistenza, negli anni, concernenti *Stafilococco aureo* resistente alla meticillina (MRSA), *Ente-*



MRSA *S. aureus* resistente alla meticillina
 VRE-faecium *E. faecium* resistente alla vancomicina
 CREC *E. coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione
 CRKP *K. pneumoniae* resistente ai carbapenemi

rococcus faecium resistente alla vancomicina, *Escherichia coli* resistente alle cefalosporine di 3° generazione e *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi. Le percentuali di resistenza si mantengono elevate negli anni pur se si può notare un trend in leggera diminuzione nel 2021 e nel 2022. Fa eccezione *E. faecium* in cui

si osserva un continuo e significativo aumento. Fra le specie Gram-positive *S. aureus* mantiene un'elevata percentuale resistenza alla meticillina. Fra le specie Gram negative oltre la resistenza ai carbapenemi e alle cefalosporine di *K. Pneumoniae* da rilevare le significative percentuali di resistenza in *Escherichia coli* all'ampicillina, ai fluorochinoloni mentre permane una buona attività dei carbapenemi, degli aminosidi e delle cefalosporine di 3° generazione come si può evidenziare nella tabella seguente:

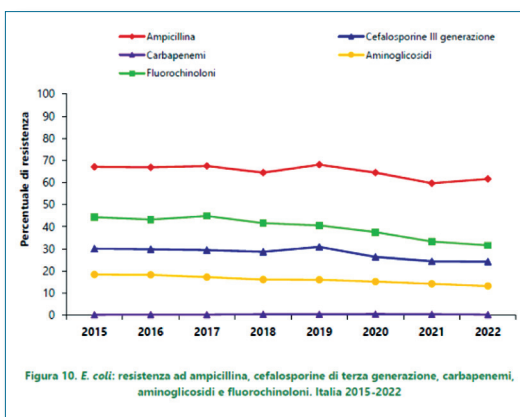


Figura 10. *E. coli*: resistenza ad ampicillina, cefalosporine di terza generazione, carbapenemi, aminoglicosidi e fluorochinoloni. Italia 2015-2022

Il 29,3% degli isolati di *K. Pneumoniae* e l'8% degli isolati di *E. coli* sono risultati multi resistenti (resistenti a cefalosporine di 3° generazione, aminosidi e fluorochinoloni). Per *Pseudomonas aeruginosa* percentuale di resistenza a tre o più antibiotici tra cui piperacillina tazobactam, ceftazidime,

carbapenemi, aminosidi e fluorochinoloni è risultata pari all'11,4%. Dati estremamente allarmanti per quanto riguarda *Acinetobacter spp.* con una percentuale di multi resistenza (fluorochinoloni, aminosidi e carbapenemi) dell'85,2%. La resistenza di *Streptococcus pneumoniae* alla penicillina è del 12,8% e del 24,9% all'eritromicina. Esistono altri ambiti in cui la resistenza può causare gravi problematiche. Nelle infezioni da *Neisseria gonorrhoeae* a lungo sono stati utilizzati i fluorochinoloni, purtroppo, oggi, tali farmaci sono largamente inattivi con percentuali di resistenza superiori al 60%. La resistenza in tale contesto potrebbe dar luogo a gravi implicazioni sulla fertilità femminile.

Un altro ambito poco noto riguarda la patologia da *Helicobacter pylori* trattata solitamente con terapie multiple; uno dei capisaldi della terapia è rappresentato dall'uso della claritromicina. Purtroppo in vari paesi del mondo, compresa l'Italia la resistenza a tale farmaco è in aumento (percentuali di resistenza dell'ordine del 25-30%). In presenza di resistenza alla claritromicina si riduce del 35- 60% l'efficacia di schemi triplici a base di questa molecola.

Ricordiamo che spesso l'approccio terapeutico è di tipo empirico. Da quanto esposto appare evidente che l'antibiotico resistenza, come affermato dall'OMS, è una delle principali minacce globali alla salute pubblica e allo sviluppo. Si stima che la resistenza antimicrobica batterica sia stata direttamente responsabile di 1,27 milioni di decessi a livello globale nel 2019 e abbia

contribuito a 4,95 milioni di decessi. Siamo di fronte a una vera pandemia. Oltre alla morte e alla disabilità, la resistenza antimicrobica comporta costi economici significativi. La Banca Mondiale stima che la resistenza antimicrobica comporta costi sanitari aggiuntivi, a livello mondiale, per 1.000 miliardi di dollari entro il 2050 e perdite di prodotto interno lordo (PIL) comprese tra 1.000 e 3.400 miliardi di dollari all'anno entro il 2030.

Gli interventi, in tale contesto, richiedono un approccio “One Health” ovvero uno sforzo congiunto di più discipline professionali (medicina umana e veterinaria, settore agroalimentare, ambiente, ricerca e comunicazione, economia) in grado di operare a livello locale, nazionale e globale. L'approccio One Health si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono legate indissolubilmente.

Nelle medicina umana è assodato che l'uso improprio ed eccessivo di antimicrobici è il principale fattore che determina lo sviluppo di agenti patogeni resistenti ai farmaci.

I possibili interventi che dovrebbero essere messi in atto per limitare tali eventi sono esposti nella tabella seguente:

Quali interventi ?

- Adeguata formazione universitaria
- Adeguata formazione postuniversitaria
- Ricetta elettronica in veterinaria
- Educazione sanitaria
- Piani locali (programmi di stewardship)
- Piani nazionali (PNCAR)
- Miglioramento microbiologia (tempi di risposta e qualità degli esami)
- Uso razionale dei nuovi antibiotici
- Riduzione della durata della terapia antibiotica
- Miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani

Ovviamente un'adeguata formazione universitaria, ma anche postuniversitaria, sono la base fondante di un uso corretto della terapia antibiotica. Qualsiasi altro intervento fra quelli elencati è destinato al fallimento se la base delle conoscenze non è solida e rivista adeguatamente nel tempo.

Le cattedre di Chemioterapia sono praticamente scomparse, non esiste quindi una formazione specifica nell'ambito della chemioterapia antifettiva. Le lezioni del corso di Malattie Infettive sono in larga misura, in Italia, collocate al IV anno mentre la Farmacologia viene insegnata a V anno. Anche nell'ambito delle scuole di specialità le lezioni di terapia antifettiva ed antibiotica in particolare sono ridotte ed inadeguate. Al terzo punto degli interventi ho citato l'introduzione della ricetta elettronica in veterinaria. Già da anni, come già accennato il setto-

re veterinario ha limitato drasticamente l'uso di antibiotici. L'introduzione della ricetta elettronica ha migliorato ulteriormente la situazione in tale contesto. Un problema di ardua soluzione è rappresentato dall'educazione sanitaria.

Viviamo purtroppo in un'epoca di consumismo farmaceutico; i pazienti a fronte di qualsivoglia sintomo ritengono indispensabile una prescrizione medica. Abbiamo precedentemente commentato come nelle infezioni delle alte vie respiratorie, patologia ad eziologia prevalente di natura virale, molti medici prescrivono un antibiotico e ciò si accompagna ad un elevato gradimento da parte dei pazienti.

Spesso combattiamo meccanismi di difesa quali la febbre, la tosse, la diarrea con farmaci i cui effetti sono sostanzialmente negativi, ma il malato pretende, sempre più, farmaci. Ritengo che l'educazione sanitaria dovrebbe essere materia fondamentale nelle scuole e che sia anche compito del medico educare i pazienti ad atteggiamenti di vigile attesa a fronte di modeste patologie che in larga misura il nostro organismo riesce debellare.

In Inghilterra viene attuata da qualche tempo la strategia “just in case”; il medico visita il paziente, consegna la ricetta con la prescrizione dell'antibiotico invitandolo a iniziare la terapia solo se le condizioni non migliorano dopo un periodo di tempo stabilito. Rimandare la decisione non mette in pericolo la salute dei malati, spesso in tal modo si potrebbe evitare l'assunzione del farmaco. Ho molti dubbi che una strategia del genere possa prendere piede nel nostro paese.

La stewardship antibiotica si riferisce agli interventi che mirano a promuovere l'uso ottimale degli antibiotici, inclusi la scelta del farmaco, il suo dosaggio, la via di somministrazione e la durata della terapia antimicrobica. Il termine “stewardship” non è traducibile con un corrispettivo in italiano ma letteralmente significa: “gestione etica (responsabile) delle risorse”.

Gli obiettivi della stewardship antimicrobica sono molteplici e comprendono la prevenzione della resistenza

antimicrobica, l'ottimizzazione della terapia per i pazienti, il controllo dei costi sanitari e la preservazione dell'efficacia degli antibiotici disponibili ed un uso razionale dei nuovi antibiotici. La letteratura internazionale concorda su alcuni indispensabili principi chiave: identificazione chiara della figura responsabile del programma e delle risorse da impiegare (leadership), identificazione dei professionisti da coinvolgere, ruoli responsabilità, azioni (team multidisciplinare), modalità di formazione necessarie per l'implementazione del programma, monitoraggio e feedback dei risultati.

Numerosi ospedali italiani hanno avviato programmi di stewardship con riscontri positivi in termini di outcome clinici. Presso l'Ospedale Universitario di Verona è stato avviato dal maggio 2018 il programma SAVE. L'intervento si è basato sulla educazione, fornitura di linee guida, audit, feedback e incentivi. Ogni reparto ha attraversato due fasi di intervento: una fase iniziale di 3 mesi e una di mantenimento di 9 mesi. A tutto il personale medico è stato offerto un evento formativo accreditato di 2 giorni sui temi della stewardship. Gli interventi hanno portato ad una significativa riduzione del consumo complessivo di antibiotici e della resistenza antimicrobica. Il follow-up a medio termine ha dimostrato una correlazione sostenuta e significativa con la riduzione della mortalità e della durata della degenza ospedaliera.

Non possiamo dimenticare che in una visione One Health del sistema salute il ruolo del microbiologo clinico è determinante nell'affiancare i clinici.

L'evoluzione delle tecnologie diagnostiche che hanno avuto un'accelerazione importante nella pandemia da Covid consente ora di essere più rapidi ed efficaci nella diagnosi ed è per questo che oggi si parla sempre più spesso di “fast microbiology” come applicazione di diagnostiche rapide che consentono in poche ore di definire quale sia l'agente eziologico dell'infezione e quali siano i farmaci efficaci nel trattamento della malattia. In tal modo si può iniziare non più una terapia empirica/ragionata ma una terapia mirata che può essere in larga

misura attuata con una monoterapia evitando associazioni di antibiotici. Ricordiamo infine l'importanza dell'igiene delle mani. Secondo il Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta l'igiene delle mani rappresenta il "most important means of preventing the spread of infection", vale a dire la misura più importante per prevenire la diffusione delle infezioni sia sul territorio che, soprattutto, in ospedale. L'esperienza maturata durante la pandemia da Covid dimostra tale assunto.

Ogni anno l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) promuove, per il 5 maggio, la Giornata mondiale dell'igiene delle mani per ricordare e ribadire l'importanza di questo gesto semplice ma essenziale per la prevenzione delle malattie trasmissibili soprattutto negli ambienti ospedalieri, nelle lungodegenze e in generale nelle strutture sanitarie. In conseguenza dell'incremento marcato del fenomeno dell'antibiotico resistenza, a fine

2017, il Ministero della Salute con intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano pubblicò il primo Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza 2017-2020.

Il piano prevedeva interventi di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni da germi resistenti, interventi per un uso appropriato degli antibiotici, formazione degli operatori sanitari, informazione ed educazione della popolazione e attività di ricerca in tale ambito. I risultati furono modesti o del tutto assenti; le attività previste non furono minimamente finanziate ed in sintesi ogni regione ed ogni ospedale misero in atto diversi approcci senza un reale collegamento centrale.

A distanza di due anni il Ministero della Salute ha promulgato un nuovo Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025. Il piano prevede soprattutto un approccio One Health e una serie di

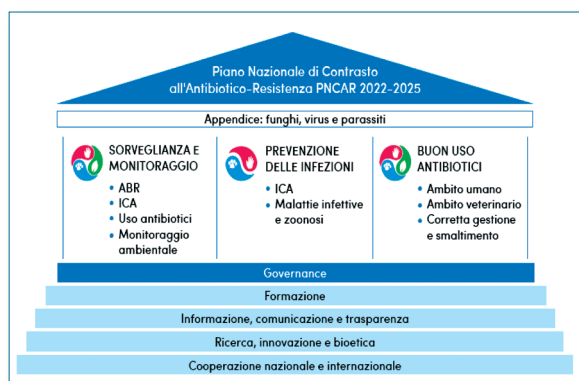
obiettivi strategici basati come illustrato nello schema seguente sulla sorveglianza e il monitoraggio, sulla prevenzione delle infezioni e sul buon uso degli antibiotici. Il piano ha una durata pluriennale; le principali innovazioni riguardano una maggiore inte-

grazione tra il settore umano, veterinario ed ambientale, il rafforzamento e l'estensione delle sorveglianze, una maggior attenzione alle ICA e alle attività preventive, lo sviluppo di nuovi strumenti di supporto all'uso prudente degli antibiotici e una maggiore attenzione per favorire la partecipazione attiva di tutti i cittadini.

Ovviamente non possiamo che auspicare che tutto ciò si traduca in attività concrete su tutto il territorio nazionale. Se così non sarà, se gli antibiotici non funzioneranno più cosa succederà?

Ministero della Salute:

"Prima della scoperta degli antibiotici migliaia di persone sono morte a causa di infezioni batteriche come polmonite o contratte a seguito di un intervento chirurgico. Senza antibiotici efficaci potremmo tornare all'era pre-antibiotica. Procedure mediche comuni come trapianti di organi, chemioterapia antitumorale, terapia intensiva e altre procedure mediche non sarebbero più possibili. Le malattie batteriche si diffonderebbero e potrebbero divenire non più curabili, neanche con antibiotici di ultima linea e i pazienti morirebbero per infezione. Mantenere efficaci gli antibiotici e assicurarsi che funzionino ancora in futuro è una responsabilità che deve essere condivisa, tutti sono responsabili: pazienti, genitori, medici, infermieri, farmacisti, tutto il personale sanitario, veterinari, allevatori, agricoltori e la popolazione intera"



Bibliografia essenziale:

- Cassini ECDC Mission Report; ECDC country visit to Italy to discuss antimicrobial resistance issues 9-13 January 2017.
- M. Melazzini AIFA: siamo a rischio di entrare in una Era Postantibiotica, Scienza e Farmaci 12 giugno 2024.
- J. O'Neill; Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations, Review on Antimicrobial Resistance, December 2014.
- A. Kathryn et al; Association Between Antibiotic Prescribing for RTI and Patients Satisfaction in Direct-to-Consumer Telemedicine. JAMA Inter. Med 2018;178 (11)1558-1560.
- CDC; COVID-19 U.S. Impact on Antimicrobial Resistance 2022 Special Report.
- ECDC Surveillance: Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals may 2024.
- Censis; Gli italiani e gli antibiotici: informazione, utilizzo e consapevolezza del fenomeno dell'antimicrobico resistenza. Roma ottobre 2020.
- AR-ISS: Sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza dati 2022. Rapporti ISS Ris-4/2023.
- WHO AWaRe (access, watch, reserve) of antibiotics for evaluation and monitoring of use 2023.
- AIFA L'uso degli antibiotici in Italia Rapporto Nazionale Anno 2021.
- E. concia et al.; Terapia Antinfettiva, Edizioni Cortina Verona 2020.
- Ministero della Salute; FAQ Antibiotico-resistenza. 9 Novembre 2023.
- J. Grant et al; Duration of antibiotic therapy for common infections. J.Ass. Med Microb. and Inf. Dis. Canada, 2021,4,29.
- ISS; Rapporto Epidemiologico RespiVirNet; rapporto n° 14, 16 febbraio 2024.
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Riflessioni sul nostro sistema sanitario

DR. AMEDEO ELIO, DR. SANDRO BELLAMOLI, DR. FRANCO BERTASO
CONSIGLIERI DELL'ORDINE DI VERONA, E DR.SSA FRANCA MIRANDOLA, MEDICO DI FAMIGLIA

Abbiamo ereditato un patrimonio sociale e culturale che si chiama Servizio Sanitario Nazionale e che esprime la sensibilità della nostra nazione a salvaguardare la salute di tutti i cittadini indipendentemente dalla classe sociale e dalla disponibilità economica, cercando anzi di tutelare le persone più deboli e disagiate.

Questa scelta si è concretizzata negli anni a partire dal 1978, sviluppata successivamente nel 1992 con la legge 502 e successive modifiche fino al 1996, anno in cui si prevedeva una sanità pubblica supportata da prestazioni erogate in convenzione da privati.

Sono passati ormai trent'anni da quell'esordio. Trent'anni che sembrano quasi un secolo, tanto è il divario del contesto sociale su cui ci siamo mossi.

In quegli anni la tecnologia sanitaria aveva mosso diversi passi, ma eravamo ancora in epoca pre internet; una rivoluzione epocale destinata a cambiare sia l'aspetto sanitario ma anche e soprattutto l'aspetto sociale.

Se da una parte abbiamo assistito allo sviluppo della rete con possibilità di scambio di informazioni in tempi fino a poco prima inimmaginabili, e con innegabili e mastodontiche innovazioni sia tecnologiche che terapeutiche, dall'altro abbiamo osservato una maturazione del tessuto sociale, sempre più rivolto alla ricerca della salute e del benessere.

Questi due ultimi connotati però si sono progressivamente coniugati verso un interesse sempre più personalistico, in contrasto con quanto era

il concetto di sussidiarietà che stava nel dna del nostro SSN.

Il SSN si regge su tre pilastri: il primo è il cittadino fruitore delle prestazioni necessarie alla sua salute, il secondo è il medico prescrittore degli accertamenti e delle terapie, il terzo è lo Stato che governa il rapporto e lo finanzia.

Fino a quando questo rapporto è rimasto in relativo equilibrio, il sistema, pur con criticità, ha perseguito l'obiettivo prefissato, ma di fatto con il cambiamento sociale si è assistito ad un progressivo deterioramento delle condizioni di equilibrio.

La medicina del territorio (intesa come medici di famiglia) riconosciuta fulcro della assistenza e riferimento primo del cittadino che si rivolge al proprio medico curante per le sue necessità di salute, è in questo periodo in grave difficoltà portando a deteriorare il fondamento che ci permette di erogare CURE: più correttamente è stato progressivamente minato il rapporto fiduciario, sia per la scarsa o nulla educazione alla salute e al corretto utilizzo del SSN, sia dall'incalzante aumento delle richieste spesso figlie di informazioni ottenute via WEB (non sempre del tutto giustificabili e da fonti non sempre accreditate).

Soprattutto le nuove generazioni, con l'avvento della tecnologia digitale, tendono a spostare l'ambito di interesse e di fruizione del SSN da un approccio strettamente personale e fiduciario con il proprio medico curante ad una relazione impersonale e telematica magari giustificata da esigenze di mancanza di tempo e di maggior celerità, centralizzata sulle

proprie esigenze, senza tenere in debito conto né l'aspetto complessivo e comunitario del servizio né la parte professionale e organizzativa.

Si pensi in tal senso alla demotivazione delle vaccinazioni (nel loro complesso e non solo per il Covid) ed al oro percorso a ritroso in una logica di protezione collettiva per favorire i più deboli.

Lo sviluppo di tecnologie sempre più sofisticate e raffinate (ma anche costose e fragili) e la loro presentazione come una panacea per risolvere in tempi ridotti, anzi quasi in tempo reale, ogni sorta di problematica ha ulteriormente complicato questo rapporto acuendo da una parte il disagio del medico professionista a dover rispondere a richieste sempre più pressanti e a volte improprie e dall'altra alla frustrazione del paziente di vedere inevase le proprie aspettative di poter ottenere in breve tempo quanto richiesto e ritenuto indispensabile.

Se a questo si associa un progressivo disinvestimento economico da parte dello stato (come documentato dalla progressiva riduzione del denaro posto nelle ultime finanziarie a disposizione del SSN) attualmente al 6.8% del PIL, si capisce come lo squilibrio di questi fattori non possa che progressivamente aumentare.

Dal punto di vista del medico professionista del SSN abbiamo assistito anche al progressivo decadimento del ruolo medico all'interno della società associato ad un progressivo depauperamento economico del potere d'acquisto stipendiale che va di pari passo con il rallentamento dello sviluppo di carriera del professionista

ingessato all'interno di iter burocratici o per blocchi politico finanziari di cui il medico molto spesso non è assolutamente responsabile.

La scelta poi di una organizzazione ospedaliera di tipo Hub e spoke, senza una adeguata preliminare preparazione culturale e organizzativa e con scelte operative molto spesso lasciate lungo la strada, ha ingenerato un progressivo disinteresse delle nuove generazioni di medici nei confronti degli ospedali così definiti periferici in quanto sono considerati meno attrattivi per impostare il proprio sviluppo professionale e di carriera.

Gli orari di lavoro (soprattutto nel mondo della dipendenza) non sono considerati e molto spesso si rilevano necessità obbligate di orario aggiuntivo per mantenere in funzione il servizio nei suoi elementi essenziali con un riconoscimento economico risibile per l'extra lavoro; solo un accenno alle sostituzioni in caso di pensionamento o assenze prolungate che molto spesso necessitano di un iter burocratico inconcepibile e che si riflettono di nuovo su un lavoro aggiuntivo per nulla considerato.

Anche la burocrazia ritenuta fondamentale per controllare la spesa è resa farraginoso dalla mancata digitalizzazione della stessa, con una onerosità di modulistica impressionante e vincolante sia per il professionista che per il paziente.

Solo un cenno per ricordare che siamo arrivati in un momento dove il contenzioso paziente – medico ha assunto toni insostenibili con denunce facili nei confronti del medico molto spesso condizionate dal miraggio di possibili introiti economici; e non dimentichiamo nemmeno le aggressioni verbali e fisiche.

Di fatto il mancato governo della spesa, quasi sempre dovuto a scelte politiche, ha determinato l'impossibilità di fatto di poter garantire tutto a tutti, molto spesso spendendo oltre il necessario per gestire patologie a basso profilo.

È palese che l'assistenza diretta senza un controllo mirato degli investimenti e della spesa passando attraverso linee guida e protocolli operativi condivisi con indicazioni oculate su cosa fare e come farlo, non permette di sostenere il sistema: di fatto non sono i nuovi prodotti sanitari a far saltare il banco ma il loro improvvido utilizzo.

Abbiamo il dovere di dare una risposta ai nostri pazienti secondo le nuove esigenze anche in orario fuori dall'usuale senza dover per forza centralizzare tutti i pazienti al PS con un più aggiornato sistema di continuità assistenziale nel territorio (case di comunità con professionisti - medici ma anche infermieri- presenti di notte e possibilità di effettuare esami di base in loco): tutto questo deve essere però previsto in un contesto di sicurezza e tutela del professionista e che metta quest'ultimo al riparo da possibili atti di violenza.

Una riflessione poi sulla riabilitazione post operatoria che non deve essere utopia ma reale in strutture dedicate e con disponibilità all'altezza delle necessità.

La chiusura dei posti ospedalieri non si è ancora tradotta in apertura di tali strutture ... ma i pazienti non possono aspettare.

Ancor di più il paziente oncologico deve potersi avvalere di una rete strutturata per la sua gestione con la

possibilità di interazione veloce tra i diversi professionisti e possibilità di terapia in tempi rapidi anche in strutture dedicate ad accesso rapido.

Tutto questo non può essere fatto senza una adeguata dotazione di organici di professionisti e continuando a porre rimedi temporanei e molto spesso insufficienti a coprire le necessità essenziali.

Abbiamo bisogno di un sostanziale scatto in avanti del sistema (cosa che le strutture private, accreditate e non, sembrano aver già ben capito e iniziato) associato ad un importante movimento di informazione sociale sul funzionamento e corretto utilizzo della macchina sanità; dobbiamo chiaramente individuare chi fa chi e chi fa cosa tra noi professionisti con percorsi di indirizzo diagnostico terapeutico condivisi e chiari anche per il cittadino che non può essere lasciato da solo nell'esigere, cosa deve essere fatto in termini decisionali e prestazionali, visto il fatto non indifferente che è poi la collettività che paga.

Dobbiamo esigere politiche sanitarie credibili e sostenibili, aggiornate con i tempi accompagnate da investimenti sostanziali per aggiornamenti strutturali adeguati alle necessità vere non ipotetiche; si scelga di fare ma si sentano i professionisti sul cosa e come fare: noi dobbiamo essere preparati e pronti a proporre.

L'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri, come casa di tutti i professionisti, come istituzione super partes, deve essere punto di riferimento per il mondo politico nel disegnare le strategie di quello che ormai auspichiamo sia una aggiornamento del nostro sistema sanitario.

Alluvioni, salute ed assicurazioni

DR. ROBERTO MORA

DIRETTORE RESPONSABILE DI VERONA MEDICA

Il 23 dicembre, quest'anno, il nostro SSN compirà 46 anni, ma ne dimostra molti di più. Da tempo i nostri governanti lo vedono solo per la parte che riguarda il suo finanziamento, come voce di spesa, non più come conquista sociale, investimento e risorsa per i cittadini, tradendo, in tal modo, non solo i precetti dell'art. 32 della Costituzione, ma anche le promesse elettorali. Perché, poi, quando c'è da raccogliere consensi tutti son d'accordo che va potenziato.

Di fatto, però, con i tagli lineari delle risorse destinate negli ultimi anni, la sanità pubblica si è vista decurtare il budget a disposizione di ben 37 miliardi di euro. Si sperava, forse, che anche senza quei miliardi si sarebbe continuato a garantire una assistenza sanitaria adeguata ad una popolazione che invecchia e che ha quindi necessità in aumento, anziché in calo. Si sperava che, nonostante i tagli, si potessero mantenere gli standards qualitativi che aveva fatto del nostro, uno dei migliori SSN del mondo. Fatto sta che una serie di errori di bilancio e di previsione lo stanno affossando creando le premesse perché sia tempo di mandarlo in quiescenza.

Il fabbisogno di personale medico ed infermieristico è stato ottimisticamente sottostimato con la conseguenza che la disponibilità di tali figure, formate nelle università, è diminuita. L'aumento del carico di lavoro, non compensato da un pari compenso remunerativo, ha creato vuoti sempre più ampi negli organici che erano già ridotti all'osso. Per chi vi rimane i carichi di lavoro sono sempre maggiori, al punto che chi ha un po' di iniziativa e di coraggio sceglie di migrare nel privato dove le remunerazioni sono più decorose ed i carichi di lavoro meno stressanti. A calare, però, non sono solo gli organici e le disponibilità.

Il blocco del turnover nel pubblico, che rimarrà tale fino a tutto il 2025, sta bloccando il trasferimento delle competenze, da chi si sta pensionando a chi dovrebbe sostituirlo, con la conseguenza che mentre gli standard del privato aumentano, quelli del pubblico calano. Insomma le previsioni nel pubblico sono buie, quelle del privato sempre più rosee. L'allungamento delle liste di attesa è la carta tornasole di un sistema sempre più in crisi.

Le iniziative per ridurle si sono sempre dimostrate inefficaci, quando non semplicemente demagogiche, come quella di estendere gli orari di lavoro ai giorni festivi e prefestivi, contraendo l'orario di quelli feriali. Come se il problema fosse da imputare alla indisponibilità di chi le prestazioni le cerca piuttosto che alla disponibilità di chi le fornisce.

La soluzione più semplice sarebbe quella dell'aumento degli organici, ma quelli come il budget restano fissi (se non in calo) ed il privato si trova regalati spazi sempre più ampi. Insomma prestazioni e qualità nel pubblico calano, nel privato aumentano.

La logica conseguenza è quella che sempre più spesso i cittadini scelgono il privato ritrovandosi però a dover pagare di tasca propria quello che il pubblico avrebbe dovuto garantirgli.

In questo disastro previsionale e di bilancio, si sta inserendo con sempre maggior successo, il mercato delle assicurazioni che offrono, a chi è giovane e sano, un'assistenza sanitaria privata, rapida, efficiente e di qualità che sarà destinata a soppiantare sempre di più quella pubblica. Per chi è anziano e malato, non resta che sperare nella buona stella, e quando vi è la necessità dovrà metter mano ai risparmi. In questo modo si completa la truffa che ci stanno perpetrando. Quella di costringerci a garantirci la salute pagandola due volte.

La prima finanziando il pubblico con le tasse, la seconda pagando di tasca nostra quello che lo stato avrebbe dovuto garantirci, ma che non è più in grado di dare. Il nostro sarà un SSN sempre più simile a quello degli Stati Uniti, dove le aspettative di vita sono peggiori delle nostre, per cui si stanno cercando soluzioni che avvicinino il loro al SSN nostro e a quello dei paesi europei. Intanto veleggiamo verso il traguardo delle due sanità: una privata, destinata a chi ha la possibilità di pagarsela con l'assicurazione, e quella pubblica destinata a quelli che tale possibilità non hanno. In barba all'articolo 32 della nostra Costituzione e alle promesse elettorali, da qualsiasi siano venute.

Qualche giorno fa, in Emilia Romagna, c'è stata, per la seconda volta in un anno, una rovinosa alluvione. E con quella sono arrivate le polemiche per i lavori finanziati e non eseguiti. Il Ministro della Protezione Civile, Musumeci, ha suggerito che per far fronte a questi eventi, ormai sempre più frequenti, si dovrebbe pensare a rendere obbligatoria l'assicurazione contro i danni da emergenza climatica, se non altro per le imprese. Apriti cielo...! Sono insorti un po' tutti. Mettere in sicurezza il territorio, si è detto e scritto, è compito dello stato e delle regioni, che per questo raccolgono i soldi delle tasse pagate da cittadini e imprese. Il ministro ha dovuto fare una precipitosa retromarcia.

Non so per quale motivo tanta indignazione non insorga quando ci costringono a pagarci due volte le prestazioni per la salute. Forse perché chi è malato ha meno forza di protestare? Perché abbiamo perso il senso della solidarietà? O perché nessuno ha ancora avuto ancora il coraggio di dirci, in maniera esplicita, che è arrivato il tempo di rendere obbligatoria l'assicurazione per le spese sanitarie?

Un (po' di) "ordine" nel tempo del caos. Prospettive da un punto di vista della medicina di famiglia

DR. GUGLIELMO FRAPPORTI

MEDICO DI FAMIGLIA, EX SEGRETARIO FIMMG VERONA

Questo tempo, come altri tempi di incertezza per la sanità e per il modo di fare i medici, è tempo di riflessione. E riguarda anche il ruolo dell'Ordine, come casa comune dei medici, nell'ambito delle sue competenze, per promuovere una professione adeguata al sistema salute del nostro paese. Ed è tempo di azione.

A metà gennaio 2021, in piena terza ondata Covid, il mio collega Claudio, Medico di Famiglia in città (dove il 15 gennaio risultavano 11.049 positivi), mi diceva "oggi ho avuto 157 contatti tra telefonate, mail, WhatsApp e messaggi. Mi chiedono consulenze telefoniche per febbri e malanni vari, certificati di ogni tipo, impegnative per esami, ricette per farmaci... Ho fatto circa 10 ore di ambulatorio per scaricare dati dal portale regionale sui tamponi, isolamenti e quarantene, aggiornare le cartelle cliniche, registrare esami, ma non ho visitato neanche un paziente".

Avevo letto da poco un articolo sul British Journal of General Practice dell'agosto 2020 ⁽¹⁾ che titolava "Covid-19, and the death of the family doctor" dove un collega GP raccontava "Gli ultimi tre mesi sono stati i più strani della mia carriera. Il parcheggio e la sala d'attesa sono sempre vuoti, tutto il giorno al telefono. Questo cambierà per sempre il modo in cui esercitiamo la professione" e commentava con disinvoltura "Abbiamo sempre saputo di non aver bisogno di vedere le persone per la maggior parte della nostra attività". Davvero?

La relazione di cura può far a meno dell'interazione umana tra le persone? Ha ancora senso un approccio alla famiglia? La cura è riducibile alla prestazione? Sanità e salute sono il prodotto delle prestazioni?

E più in generale: quale ruolo per la medicina di famiglia e le cure primarie per un servizio sanitario equo e sostenibile che sta scricchiolando?

Covid?: rimboccarsi le maniche
I microteam-covid

Claudio era un "sopravvissuto" al covid, contagiato in una visita domiciliare nella prima ondata, che lo ha portato in cure intensive. Ma non si è risparmiato neanche nella seconda e nella terza.

A fine marzo 2020 la provincia di Verona con 3,6/1.000 positivi era la più infetta del Veneto (2,8/1.000). Durante il primo picco epidemico l'82% dei positivi veronesi era seguito a domicilio dai propri medici di famiglia. I SIS (Servizi di Igiene e Sanità Pubblica), sopravvissuti ai tagli recenti, tracciavano positivi e contatti e stabilivano isolamenti e quarantene. L'inverso di quanto stava succedendo in Lombardia dove più della metà dei positivi erano ricoverati.

L'ULSS non forniva i dispositivi di protezione ai MMG e non dava indicazioni di cura. Molti MMG sono andati a domicilio a mani nude, senza una preparazione adeguata. A marzo 25 medici di famiglia veronesi erano positivi, 8 ricoverati in ospedale, 3 in riam-

nimazione. In una indagine di FIMMG Verona il 60% dei medici di famiglia ha dichiarato condizioni di salute personali o familiari ad alto rischio che sconsigliavano l'accesso a domicilio di pazienti infetti.

Ma non era possibile abbandonare i propri pazienti di una vita o gli anziani in ADI. E si è pensato ad una forma di auto-aiuto tra medici per le visite domiciliari, che in parte già funzionava nelle forme associative per l'attività ambulatoriale.

Ma il covid richiedeva molto di più: risorse di materiali, preparazione culturale e procedurale, un modello operativo interprofessionale e interdisciplinare, una organizzazione territoriale nuova per una malattia nuova. E si è pensato ai microteam-covid: unità operative composte da un medico e un'infermiere, con i supporti adeguati, per le visite domiciliari in sicurezza e affidabilità.⁽²⁾

A Verona c'erano delle precondizioni favorevoli: l'abitudine consolidata dei MMG a lavorare per progetti nelle 36 AFT (Aggregazioni Territoriali Funzionali per bacini territoriali di 15-20.000 abitanti), l'esistenza di una solida cooperativa di servizi (Salute e Territorio) che associava circa 300 medici, una robusta infrastruttura web (Net-medica) ben conosciuta dai medici, in grado di creare efficienti interconnessioni per superare le barriere dell'isolamento. Ma soprattutto c'è stata la risorsa umana e professionale che ha trovato nell'Ordine dei Medici e nell'Università l'incoraggiamento e il sostegno

a sperimentare un nuovo modello di cure domiciliari imposto dalla sfida di un male antico come l'epidemia.

In verità c'è stato anche un altro fattore determinante per concretizzare la sperimentazione: la risorsa territorio. Occorrevano fondi per garantire le risorse che l'ULSS non era in grado di fornire: una disponibilità adeguata di DPI per gli operatori dei microteam, e da distribuire a tutti gli ambulatori, igienizzanti, borse attrezzate con tutti i materiali di consumo, termometri a infrarossi e saturimetri digitali, anche da lasciare a domicilio, e soprattutto uno strumento nuovo per la diagnostica domiciliare: gli ecografi portatili. Ma anche autovetture sanificate e dedicate. E non da ultimo un fondo per i compensi per infermieri e medici.

FIMMG e Salute e Territorio hanno lanciato un fundraising che ha trovato una generosa risposta da parte di vari comuni veronesi, di banche, di aziende, del Consorzio ZAI, di associazioni del terzo settore, di singoli cittadini e della Croce Verde che ha messo a disposizione autovetture sanificate ogni giorno.

L'Ordine ha favorito le interazioni con l'università, gli ospedali, il comune di Verona, Cariverona, con l'ULSS 9, ma soprattutto un clima di sostegno ai medici.

Da gennaio 2020 sono stati organizzati numerosi incontri di formazione web, con la partecipazione anche di 300 medici, e quella diretta, preziosa e incoraggiante del presidente dell'Ordine dott. Rugini, di colleghi universitari e ospedalieri: responsabili del SISP dell'ULSS 9, infettivologi, internisti, pneumologi, rianimatori, radiologi, epidemiologi...

È stata organizzata una formazione specifica per i volontari dei microteam per l'utilizzo dei DPI, l'addestramento alle procedure di sicurezza, e all'utilizzo degli ecografi portatili per la diagnostica polmonare.

Sono stati attivati 6 microteam con 11 medici (MMG o medici di continuità assistenziale) e 6 infermieri, già operanti nelle aree interessate, che hanno coperto un bacino di popolazione di 120.000 abitanti (7 AFT) che hanno

operato fino a fine giugno 2020, all'esaurirsi della prima ondata.

Il microteam venivano attivati dal medico di famiglia, se era impossibilitato alla visita domiciliare, allertando una segreteria centralizzata, che a sua volta attivava il microteam di quella AFT. Durante la visita a domicilio veniva realizzato un collegamento del paziente con il medico titolare per condividere le scelte. Ogni accesso produceva un report da restituire al curante, raccolto ed elaborato dalla segreteria per lo studio della casistica.

Ogni sabato mattina era organizzato un briefing multidisciplinare tra i componenti dei microteam, i consulenti specialisti e la segreteria organizzativa per esaminare i dati, discutere i casi clinici, aggiornare l'organizzazione.

L'utilizzo dell'ecografia a domicilio ha consentito la diagnosi di polmoniti con obiettività auscultatoria negativa ed ha avviato un interesse alla formazione all'ecografia come complemento della visita, sia da parte di medici che di infermieri. ⁽³⁾

L'istituzione dei microteam-covid nella prima ondata è stata approvata nel Comitato Aziendale dell'ULSS 9 il 4 aprile 2020, tenendo conto del bacino territoriale coperto. Nel restante territorio l'ULSS ha attivato 4 delle 19 USCA (Unità Speciali di Assistenza Primaria) previste dal Governo e dalla Regione.

L'esperienza dei microteam-covid è finita con l'estate 2020, con la decisione dell'ULSS di avviare per l'autunno le USCA su tutto il territorio.

A margine dell'esperienza è stata fatta anche una valutazione dei costi: nei bacini coperti dai microteam la gestione dei pazienti covid (grazie all'integrazione con il MMG titolare del paziente), comprensiva anche del costo di acquisto dei materiali e del compenso ai professionisti, ha avuto un costo medio/pz di circa 5 volte inferiore rispetto a quello delle USCA.

L'esperienza dei microteam-covid di Verona è stata ripresa dai media locali, regionali e nazionali, e da stampa medica ⁽⁴⁾.

Nel fermento culturale ed organizzativo la Commissione Ospedale Territorio dell'Ordine di Verona ha prodotto il documento, approvato dal Consiglio, "Proposte di riorganizzazione della medicina territoriale post-covid" ⁽⁵⁾.

Il ruolo dell'Ordine in questa fase è stato citato in un Articolo di Macciocco dentro il tema più generale della necessità di adeguare ai tempi le cure primarie ⁽⁶⁾.

L'impatto della prima ondata e l'esperienza dei microteam-covid ha prodotto anche un libro "Da una nuova malattia l'occasione per una nuova medicina" ⁽⁷⁾ che evidenzia alcuni punti centrali nel tema della riorganizzazione delle cure territoriali:

- la possibilità di gestire anche la domiciliarità "complessa" nella più generale epidemia di cronicità
- La garanzia della continuità delle cure, del mantenimento del rapporto fiduciario e di prossimità
- La necessità di una organizzazione di rete della medicina di famiglia per bacini territoriali (AFT) non più solo "intra" ma "interprofessionali".
- L'importanza del task-shifting tra medici e infermieri
- La necessità e la rilevanza del "ruolo unico" tra medici di famiglia e medici di CA nel bacino di AFT per coprire la continuità delle cure, la medicina di iniziativa e la domiciliarità
- L'importanza di un rapporto collaborativo tra medicina di famiglia e sanità pubblica
- L'apertura di canali diretti di formazione e assistenza tra ospedale e territorio
- L'importanza della tecnologia diagnostica portatile e dei dispositivi per il monitoraggio a distanza
- L'importanza di una rete informatica per la condivisione delle cure tra pazienti e professionisti e tra servizi
- I vantaggi economici per il SSN nell'utilizzo pieno e appropriato delle risorse professionali
- La necessità di ricostituire un rapporto tra medicina di famiglia e sindaci come autorità sanitaria locale
- Il valore aggiunto, ma essenziale, delle risorse provenienti dalle comunità locali sulla efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema

Covid: una lezione da imparare?
Andrà tutto bene.
Ci auguravamo.
Ma non è andato tutto bene.

La scelta del Governo di istituire le USCA⁽⁸⁾ per il monitoraggio e l'assistenza domiciliare dei pazienti covid, è stata forse necessaria, vista la modesta diffusione delle forme associative della medicina di famiglia nelle diverse regioni.

Ed è stata sostenuta dai sindacati, anche se con diversi malumori, per tutelare una parte della categoria in età avanzata e senza mezzi idonei. Ma di fatto ha introdotto un diaframma tra l'attività ambulatoriale e quella domiciliare del medico di famiglia. Da quel momento sono significativamente diminuiti, anche dopo la fine dell'emergenza, gli accessi domiciliari dei MMG.

I medici USCA erano in gran parte medici di Continuità Assistenziale attratti da un contratto più vantaggioso. Sono state sottratte forze nuove alla già carente medicina di famiglia.

Ci si chiede se invece non poteva essere potenziata la continuità assistenziale, già radicata sul territorio, integrandola con attività diurne, in stretta collaborazione con i MMG di quel bacino territoriale, come è previsto, da anni per il "ruolo unico" dei medici di assistenza primaria.

Una occasione persa.

Nella seconda ondata, vista l'impossibilità dei SIS (che avevano subito tagli drastici del personale) a gestire tamponi, tracciamenti, isolamenti e quarantene, in alcune regioni, tra cui il Veneto, i MMG si sono impegnati anche nelle funzioni burocratiche di sanità pubblica. Evitando il tracollo del sistema. Tra dicembre 2020 e gennaio 2021 un MMG di Verona poteva avere anche 100-150 o più assistiti positivi, ed almeno altrettanti contatti stretti da testare, tracciare, trattare, con tutte le implicazioni di monitoraggio delle condizioni di salute, di certificazioni di inizio e fine isolamento. Gli ambulatori erano vuoti, ma i contatti con i pazienti erano aumentati esponenzialmente.

Poi è arrivato il vaccino. Ed è stata un'altra mortificazione della medicina di famiglia. Fino all'autunno del 2020 i MMG riuscivano a vaccinare per l'influenza più dell'80% dei soggetti a rischio. Con il supporto di specialisti e dell'Ordine, hanno fatto la formazione sul vaccino covid e si sono dati una organizzazione nei gruppi e nelle AFT per superare le difficoltà dovute alle sfalature e alla gestione con i tempi stretti richiesti dai multidisciplinari. Ma hanno ottenuto a malapena i vaccini per i cronici non ambulabili assistiti a domicilio, in ritardo rispetto all'avvio dei grandi HUB vaccinali. E anche dove sono riusciti ad organizzarsi, insieme ai comuni, per offrire la vaccinazione a tutti i soggetti a rischio, spesso hanno dovuto rimandare indietro i prenotati per mancanza di vaccini dirottati altrove. Anche per le vaccinazioni avrebbero potuto avere un supporto da un potenziamento dei medici di CA nelle AFT, ma le risorse umane sono state dirottate, sottoutilizzate, nelle USCA.

Anche tra i MMG più motivati è aumentata la frustrazione.

... o "un colpo di grazia"?

Una sofferenza in decantazione da tempo. Anche nello storico "modello Veneto" di integrazione tra sanità e sociale. Da 15 anni sono stati drasticamente ridotti i posti letto negli ospedali che sono diventati luoghi di cura solo per acuti e sono state soppresse le lungodegenze.

È cambiato il mondo: nei paesi ricchi la ricerca biomedica e la tecnologia hanno radicalmente modificato le terapie farmacologiche, la diagnostica, la chirurgia e la prognosi di molte malattie.

La diagnostica per immagini avanzata, la genomica, la robotica, la realtà aumentata, la miniaturizzazione dei dispositivi medici, rendono possibili interventi chirurgici minimamente invasivi. Le innovazioni tecnologiche e gli investimenti sono stati concentrati soprattutto sugli ospedali che hanno fatto passi da gigante raggiungendo, anche in Veneto, punti di eccellenza europea e mondiale.

Si diffondono le attese miracolistiche della medicina, l'idea di onnipotenza della tecnologia sulla malattia, e aumenta la domanda di "prestazioni". Una visione ospedalocentrica.

La prevenzione, la cronicità, la terminalità dovrebbero essere gestite sul territorio, ma senza investimenti in questa nuova pandemia che grava sulle famiglie.

I medici di famiglia italiani, a parte il computer, hanno la strumentazione di un secolo fa: il fonendoscopio e lo sfigmomanometro. In Veneto (dove andiamo meglio di altre regioni) solo la metà sono associati e l'altro 50% lavorano da soli, senza collaboratori di studio e infermiere, perlopiù in studi inadeguati in appartamenti di condomini.

È stato accumulato un ritardo storico nell'adeguamento delle Cure Primarie e della medicina di famiglia alla nuova domanda di salute.

In Europa siamo al 16° posto come numero di medici di famiglia (68 ogni 100.000 abitanti), mentre siamo al secondo posto come numero di specialisti (328/100.000 abitanti). In Veneto in 20 anni i medici di famiglia sono diminuiti del 22% (dai 3.544 del dicembre 2004 ai 2.771 del 2023) con un numero medio di assistiti aumentato dai 1.100 del 2000 a 1.500 circa del 2023. Ma il 60% dei MMG ha oltre 1.500 assistiti, con punte fino a 2.000 nelle zone carenti.

Il SSN pubblico scricchiola.⁽⁹⁾

Non riesce a garantire le prestazioni specialistiche in continuo aumento anche per la difficoltà, e il disagio, dei medici di famiglia ad esercitare una efficace azione di filtro rispetto a richieste improprie di esami da parte dei pazienti che hanno prima consultato il dott. Google ("mi sento come un bancomat"). Ma anche per l'incapacità di fornire la diagnostica di base (analisi di laboratorio, ecg, spirometria, holter dinamico e pressorio, ecografie...) che rappresentano gran parte del volume delle liste d'attesa. È in aumento il ricorso al privato, anche nella medicina di famiglia. Anche in Veneto spuntano qua e là medici di famiglia "privati".⁽¹⁰⁾

Anche a Verona grosse multinazionali acquistano farmacie e centri specialistici e tendono un'esca avvelenata ai medici di famiglia offrendo studi e servizi a basso costo, per inserirli in circuiti prescrittivi che hanno dall'altro capo i farmaci e le prestazioni specialistiche.

È una tendenza preoccupante, anche per le ipotesi di autonomia regionale con le ampie deleghe previste in materia di sanità. In Veneto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 prevede che la regione possa affidare a privati la gestione della medicina di famiglia in alcuni bacini territoriali.

Involuzione o evoluzione del rapporto medico-paziente?

Con il covid in ospedale sono saltate le prestazioni con un calo preoccupante degli interventi coronarici, oncologici, e di chirurgia generale oltre che le visite e la diagnostica ambulatoriale, e si è drasticamente ridotta l'adesione agli screening oncologici. È stata messa in crisi l'efficienza e l'efficacia.

Sul territorio invece è stato messo in crisi il ruolo del medico di famiglia, già in gran parte inadeguato ai tempi per l'arretratezza organizzativa, ma soprattutto per gli aspetti tradizionali della relazione tra medici e pazienti.

Tra i sintomi di questa crisi nei medici di famiglia c'è:

- L'aumento del burn-out: da un sondaggio commissionato da FNOMCeO ne soffre 1 su 10 tra i medici di famiglia, 1 su 4 nella continuità assistenziale e il 4% degli ospedalieri ⁽¹¹⁾
- l'aumento delle rikusazioni dei pazienti da parte dei MMG, come segno di conflitti e rottura della relazione fiduciaria, segnalato dagli uffici convenzione dell'ULSS 9 che arrivano a circa 400 rikusazioni all'anno.
- le molto più numerose rikusazioni dei medici da parte dei pazienti. Con il cambio anche di 3-4 medici in un anno.
- L'aumento delle segnalazioni all'Ordine da parte dei pazienti nei confronti dei curanti ritenuti inadempienti

- l'abbandono precoce della professione per la pensione, ma anche la rinuncia alla convenzione da parte di molti giovani ad inizio dell'attività.
- la perdita di attrattiva della medicina di famiglia.
- Lo "svilimento" della formazione. Per tamponare la carenza di medici i giovani colleghi della Scuola di Formazione vengono immessi direttamente nell'attività, anche con più di 1.200 assistiti, compromettendo il loro percorso formativo in un ambito che ha invece contenuti disciplinari specifici. Che professionisti per il domani può preparare l'Italia, unico paese in Europa dove la medicina di famiglia non ha una formazione universitaria?

Curarsi di chi cura, prima che sia troppo tardi.

È possibile un SSN senza il secondo pilastro, di una solida, competente e efficiente medicina di famiglia?

La domanda è retorica, nessuno si sognerebbe di dirlo, neppure tra i responsabili delle politiche sanitarie che, hanno colpevolmente trascurato le cure primarie dopo l'avvio della riforma sanitaria con la 833 nel 1978. Un SSN, sulla carta, tra i migliori al mondo.

Atul Gawande, un illustre chirurgo dell'Harvard Medical School di Boston, raccontando l'esperienza di suo figlio operato al cuore nei primi giorni di vita, e delle lunghe cure di cui ha avuto bisogno negli anni, concludeva "La medicina d'emergenza e quella specialistica sono fondamentali, ma è il rapporto prolungato tra medici di base e pazienti che fa la differenza" ⁽¹²⁾. Una vasta mole di dati di letteratura prova che "vi sono chiare evidenze che le cure primarie aiutano a prevenire le malattie e a ridurre la mortalità. Le cure primarie (a differenza delle attività specialistiche) sono associate anche a una più equa distribuzione della salute nella popolazione" ^(13, 14)

La "manutenzione" di un sistema basato su un ruolo fondamentale delle Cure Primarie, ha bisogno di chiarezza di scelte da parte della politica, in primo luogo aumentando le risorse economiche per il SSN oggi tra le più

basse in Europa in rapporto al PIL. E, non di meno, anche di un uso equo ed appropriato di queste risorse.

Ma ha bisogno anche di sostenere i professionisti che, nonostante tutto, operano fronteggiando una domanda di cure in aumento e in cambiamento, espressa da cittadini che stanno mutando il rapporto tradizionale con i medici.

I cambiamenti nelle relazioni tra pazienti e medici, comportano ripercussioni anche sullo stato d'animo dei professionisti, ed è avvertito soprattutto nelle cure primarie, che sono la prima porta di accesso alle cure, senza i filtri della struttura come avviene in ospedale e nei servizi. Ripercussioni che possono a loro volta condizionare la pratica clinica con altre conseguenze negative sulle cure.

Il disagio dei medici è stato oggetto di attenzione da parte dell'Ordine di Verona che, attraverso il Comitato di Bioetica, ha promosso una specifica iniziativa di ascolto dei medici delle cure primarie.

Nella prima fase di questa iniziativa sono stati evidenziati dai medici elementi di criticità in particolare legati alla relazione con i pazienti, ma anche tra colleghi sia del territorio che dell'ospedale, il senso di solitudine, sfiducia e delusione rispetto alle attese.

È stato sottolineata la crisi del rapporto fiduciario e di continuità che durava decenni, fino a chiedersi, da parte di qualche collega sconfortato, se esista ancora o se abbia ancora senso riproporlo oggi come elemento fondante delle cure primarie. I medici hanno raccontato storie di vita professionale segnate da conflitti ed anche aggressioni fisiche da parte di pazienti, e il disagio della impreparazione a comprendere e gestire i conflitti.

A Verona abbiamo vissuto anche gesti estremi.

Sono emerse varie sollecitazioni e proposte per interventi a sostegno della professione.

Un "nuovo ordine" per una salute sostenibile?

Quale “medicina” e quale ruolo per il lavoro del medico in una società che cambia? Come ridefinire i rapporti tra medico e paziente “esperto”? tra il medico, l’organizzazione sanitaria, e gli altri attori “laici” di salute nella comunità? Domande di fondo alle quali altri, con più profonde e vaste competenze delle mie cercano delle risposte ^(15, 16)

Voglio perciò sfuggire a rischi di semplificazione con analisi sbrigative e ricette semplicistiche. E in conclusione mi limito solo ad alcuni spunti di riflessione. Qualcuno può riguardare anche nuovi terreni di lavoro e competenze dell’Ordine. Altri, invece, possono interessare le tante domande che ogni medico si fa, sia nel difficile esercizio della sua professione, sia come cittadino, per contribuire alla “manutenzione” del SSN. Senza la pretesa di essere originale.

Il Covid ci ha insegnato tante cose.

Rispetto alle funzioni dell’OMCeO Ha fatto intravedere un ruolo ampio, e in parte nuovo, non solo “regolatorio” con interventi determinati di “richiamo all’ordine” sul tema cruciale delle vaccinazioni, con provvedimenti disciplinari anche severi, ma soprattutto di sostegno tempestivo e pratico verso i medici impegnati in prima linea, in periodi di grande incertezza delle altre istituzioni.

L’Ordine di Verona ha svolto funzioni di aggiornamento culturale, è riuscito, almeno per un po’ di tempo, nella difficile impresa di mettere in dialogo medici famiglia con ospedalieri e universitari, con i medici dei SISP, con l’ULSS. Ha partecipato e sostenuto il dialogo con la società civile (Croce Verde, Cariverona...) e i comuni.

Ha proposto un volto e un ruolo nuovo dell’Ordine, che ha fugato una vecchia immagine di istituzione a “difesa della casta” per cercare di mettere in dialogo professionisti e cittadini, nell’obiettivo comune di uscire dall’emergenza, anche con un modo nuovo di fare salute.

Con il mutare dei tempi e i cambiamenti culturali e sociali d’altra parte è messo in crisi il tradizionale modo di fare medicina e il rapporto up-down tra medico e paziente.

I cittadini “informati” dal dott google si rivolgono al medico (soprattutto al medico di famiglia) spesso sapendo cosa chiedere, e, anche incoraggiati da dubbi sistemi di sanità integrativa, tendono a guardare alla diagnostica e alla specialistica come un grande supermercato ⁽¹⁷⁾. C’è quindi una malattia nuova, da curare, che progredisce e mina i sistemi sanitari pubblici: il disease mongering, la mercantizzazione della prevenzione e della cura. Al di là di una opposizione ideologica a questa impostazione c’è l’evidenza che un approccio consumistico, ad esempio ai check up o agli screening, non ha efficacia sulla riduzione di malattie e morti per tumori o malattie cardiovascolari ma può avere ricadute negative per le sovradiagnosi e gli inevitabili falsi positivi sulla salute fisica e psichica dei cittadini, sulle loro tasche, ma anche sulla spesa sanitaria pubblica alla quale si rivolgeranno i “neo malati” ⁽¹⁸⁾.

La “cura” di questa nuova malattia impegnerà molto delle competenze disciplinari e di relazione dei professionisti con i pazienti, ma anche la deontologia e l’etica rapporti dei professionisti tra di loro.

L’argomento, già di attento interesse da parte dell’Ordine, dovrà ampliarsi dalle relazioni tra ospedale e territorio, anche al più vasto ambito dell’attività ambulatoriale professionale privata.

Il Covid ci ha insegnato altre due cose, tra le tante: il ruolo della comunità locale e la responsabilità dei singoli sui comportamenti e gli stili di vita come determinanti della salute.

Il ruolo delle comunità locali
Le comunità locali sono soggetti resilienti, promuovono iniziative dal basso, spesso di grande qualità ed efficacia, integrando le funzioni del SSN.

Ci è voluto il Covid per farci capire quanto sia importante il ruolo dei sindaci nel sistema salute, non solo per limitare i rischi di contagio, ma soprattutto facendosi carico dei servizi domiciliari, monitorando le persone sole, organizzando la fornitura dei farmaci, della spesa, dei pasti a domicilio, con la partecipazione attiva del volonta-

riato locale. Mai come in questo periodo tanti sindaci hanno chiamato i loro medici per chiedere se avevano bisogno di qualcosa.

La lezione del Covid stimola i comuni a partecipare attivamente alle funzioni di programmazione delle quali sono stati espropriati con la legge 502 del 1992 (quando era ministro della sanità De Lorenzo, un medico), che ha trasformato le ULSS in aziende controllate dai governatori.

Invece, anche in Veneto, la programmazione del riordino delle Cure Primarie con le Case della Comunità prevista dal PNRR, è passata sopra le teste dei sindaci. Le Case della Comunità dovrebbero, finalmente, adeguare ai tempi la medicina di famiglia con sedi e organizzazione idonee a sostenere le sfide attuali dalla prevenzione, alla cronicità, alla domiciliarità, in una interazione efficiente dei MMG con gli altri professionisti, gli infermieri, i servizi sociali, la rete dei servizi del territorio e degli ospedali, e con i comuni. Ma, se non ci sarà una decisa azione dei sindaci per esigere collocazioni e servizi di prossimità le Case della Comunità saranno scatole vuote, fonte di ulteriore spesa inefficace.

L’empowerment individuale e di comunità. L’altra lezione da non sprecare è quella della responsabilità individuale sulla salute e sulla sostenibilità del welfare.

Un piccolo cambiamento dell’individuo, come portare la mascherina, lavare le mani, isolarsi se positivo, il distanziamento dagli infetti, produce grandi risultati di salute nell’intera comunità. Cessata l’epidemia di covid ritorna in primo piano l’epidemia da cronicità e non autosufficienza da invecchiamento. In Italia, ai primi posti come cause di perdita di salute espressa come attesa di vita corretta per disabilità (DALY) risultano: il mal di schiena, le malattie ischemiche di cuore, i disturbi di organi di senso, la depressione, il diabete... ⁽¹⁹⁾.

Problemi di salute in gran parte legati agli stili di vita individuali, al contesto sociale, alle scelte urbanistiche, le piste ciclabili, i servizi per il tempo libero e alle politiche ambientali.

Si fa strada il concetto di empowerment ⁽²⁰⁾: il cittadino come soggetto attivo che riconosce in sé la competenza, il potere e la fiducia di attuare comportamenti sani, uscendo dalla passività indotta dalla condizione di sudditanza al “guaritore”.

È una sfida culturale anche per la professione, e per un modo nuovo di fare il medico, promuovendo la consapevolezza del cittadino. ^(21, 22)

L'empowerment dell'individuo, della famiglia, del gruppo sociale, della comunità locale promuove lo sviluppo dei processi di bottom up, dal basso, rispetto al modello top down con erogazione dall'alto, e pertanto non si limita ad aggiungere qualità

ai servizi, ma è indispensabile per la sostenibilità del welfare e una migliore convivenza civile.

L'epidemiologia ci insegna che sono i comportamenti medi di una popolazione a determinare lo stato di salute generale, la diffusione delle malattie, la mortalità e i costi sociali, sanitari e ambientali. Piccoli cambiamenti individuali, come la riduzione del consumo di sale, di zuccheri, di grassi, di alcol, una maggiore attività fisica, porteranno un grande beneficio alla salute globale come riduzione di infarti, tumori, disabilità e costi sociali, anche se potrebbe essere modesto il beneficio personale.

È il “paradosso della prevenzione”, demedicalizzata, un concetto di straordinaria attualità, sostenuto da Geoffrey Rose, uno dei più grandi epidemiologi, che circa 30 anni fa lo sintetizzava in uno dei suoi scritti più illuminati ⁽²³⁾, preso da “I fratelli Karamazov” di Dostoevsky: “We are all responsible for all”.

Il mestiere del medico forse non è più “El meo mestier del mondo” ⁽²⁴⁾, almeno come potere e prestigio sociale.

Ma per essere un bel mestiere anche oggi forse è essenziale che chi lo esercita ne avverta la dimensione della promozione umana.

Bibliografia

1. Gillam S. Covid-19 and the death of the family doctor. *British Journal of General Practice*, August 2020; 70: 402-403
2. Microteam covid-19: la risposta dei MMG di Verona. *Verona Medica* 2/2020
3. L'ecografia che vale come la TAC ai polmoni. *L'Arena*, venerdì 24 aprile 2020
4. Frapporti G. Microteam Covid-19: la risposta della Medicina Generale di Verona. *Medicinae Doctor*- Anno XXVII,4-2020
5. Commissione Ospedale-Territorio OMCeO Verona. Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post-covid. *Verona Medica*, 4/2020:
6. Macciocco G. Medicina generale. Questione nazionale. *Salute Internazionale*, 15 nov. 2020; <https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/medicina-generale-questione-nazionale/>
7. Sandro Giroto, Gio Batta Gottardi, Ercole Concia, Claudio Micheletto. Covid-19: Da una nuova malattia l'occasione per una nuova medicina. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2020
8. DL 9 marzo 2020, n.14, convertito in legge 24 aprile 2020, n. 27
9. Taroni F. Il volo del calabrone. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2019
10. In Veneto arriva il Family Doc ovvero il Medico di Famiglia a pagamento. *QS Veneto*, 26.01.2024; https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=119764
11. Ufficio Stampa e Informazione FNOMCeO: www.fnomceo.it; 20.04.2022
12. Atul Gawande. The heroism of incremental care. *The New Yorker*, January 23,2017 – Il medico che ti salva la vita. *Internazionale*, 10/16 novembre 2017, n. 1230
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83(3): 457-502
14. Marmot M. La salute disuguale. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2016
15. Cosmacini G. La scomparsa del dottore. Raffaello Cortina editore, Milano 2013
16. Mortari L. Filosofia della cura. Raffaello Cortina Editore, Milano 2015
17. Vedi ad es le proposte del sistema Groupon: <https://www.groupon.it/deals/life-and-health-italy-it-1715020>
18. Bobbio M. Troppa medicina. Un uso eccessivo può nuocere alla salute. Torino, Einaudi, 2017
19. www.healthdata.org/italy
20. Glen Laverack. Salute pubblica, potere, e pratica professionale. Il Pensiero Scientifico Editore, 2018
21. Allmark P Tod A. How should public health professionals engage with lay epidemiology? *Journal of Medical Ethics*, 2006, 32: 460-463
22. Fitzpatrick S, Shumann K, Hill-Briggs F. Problem solving interventions for diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2013, 100(2): 145-161
23. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford Medical Publications, 1992
24. Bepi Sartori. El meo mestier del mondo. Edizioni dell'Aurora, 2016, Verona,

Peculiarità della comunicazione in Pediatria

DR. MICHELE GANGEMI, PEDIATRA.

COMMISSIONE CULTURA ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA. DIRETTORE QUADERNI ACP.

Nell'ultima revisione del Codice deontologico medico del 2014, l'art 20 sancisce che, nella relazione di cura, "il tempo della comunicazione è tempo di cura" ⁽¹⁾.

Che spazio ha la relazione in questo tempo e perché la comunicazione è "tempo di cura"? Tentiamo di rispondere a queste domande con una premessa basata sull'opera di Watzlawick e della Scuola di Palo Alto ⁽²⁾: ogni comunicazione prevede un contenuto e una relazione.

Ne consegue che il tempo della comunicazione non si esaurisce con le indicazioni professionali ma, per essere efficace, deve prevedere un adeguato tempo di ascolto per la costruzione di una relazione tra il medico e il paziente ⁽³⁾.

Vediamo ora le peculiarità della comunicazione declinate nelle attività del Pediatra:

1. Bilanci di salute (controlli programmati in assenza di patologia)
2. Osservazione dello sviluppo del bambino e condivisione con la famiglia
3. Osservazione della relazione bambino-genitori e condivisione con la famiglia
4. Prevenzione e promozione stili di vita
5. Comunicazione con bambino e adolescente
5. Pazienti cronici e/o in cure palliative pediatriche
6. Confronti con i genitori sui contenuti sanitari dei media (sia nel bambino sano che malato).

La comunicazione con il paziente è uno strumento di lavoro e numerosi

sono gli ambiti per il pediatra in cui è cruciale un suo uso consapevole e competente.

La comunicazione professionale è un dialogo in cui medico e paziente mettono insieme le proprie competenze, risorse, punti di vista avendo come obiettivo la salute del paziente. Ne deriva che tale comunicazione deve prevedere non solo la trasmissione di contenuti da parte del professionista, ma anche la costruzione di una relazione tramite l'ascolto attivo e la valorizzazione delle conoscenze e dell'esperienza dell'interlocutore.

Trasferendo questo concetto nel contesto dell'ambulatorio pediatrico, significa riconoscere ai genitori la loro competenza. Questo può avvenire solo instaurando con loro un dialogo "esplorativo", di ricognizione delle conoscenze e dei comportamenti già attuati, che stimoli la riflessione, li valorizzi e restituisca loro apprezzamento e fiducia ⁽⁴⁾.

Nei primi 3 anni il pediatra, ma non solo, può svolgere un ruolo unico nel fornire supporto alla Nurturing care ⁽⁵⁾ ed è importante sapere come svolgere al meglio tale compito. Per trasferire ai genitori le conoscenze della Nurturing Care in modo corretto ed efficace, non giudicante si deve utilizzare una modalità comunicativa di tipo interrogativo-esplorativo anziché quella abituale di tipo esplicativo affermativo.

I bilanci di salute, introdotti nell'Accordo Collettivo Nazionale del 2000, sono l'occasione per presentare le buone pratiche della Nurturing Care oltre che momento di osservazione

dei progressi di sviluppo del bambino e della sua relazione con i genitori.

Gli attori di questa comunicazione sono profondamente cambiati. Innanzitutto, è diverso proprio il tipo di relazione: il rapporto medico - paziente di tipo paternalistico si è trasformato in un rapporto di condivisione e alleanza per il raggiungimento delle quali è necessario costruire una solida relazione.

Inoltre, i genitori non si accontentano più di semplici prescrizioni o indicazioni, ma avanzano ipotesi diagnostiche e pongono in discussione alternative terapeutiche. Questo avviene perché hanno accesso a più informazioni: negli anni scorsi le pubblicazioni a contenuto scientifico divulgativo erano poche, mentre ora la diffusione di Internet e dei social media ha permesso una discreta crescita della cultura in materia di salute. Non sempre però questa informazione è di qualità ed è compito del pediatra verificarne la scientificità.

Una ulteriore difficoltà nell'ambito della promozione della salute consiste nella mancanza di coscienza del problema per la salute del figlio da parte del genitore (vedi fumo passivo, posizione in culla, rischi legati all'ambiente.) Spesso comportamenti a rischio per la salute del bambino non sono percepiti come tali ed è compito del pediatra aiutare i genitori ad acquisirne consapevolezza senza rischiare di rompere la relazione che si sta instaurando.

Assistiamo inoltre a nuove forme di famiglie che, a prescindere dai nostri valori di riferimento, aumentano la complessità e la delicatezza del nostro compito nell'interesse supremo del bambino.

L'abitudine di pensiero più adeguata di fronte alle nuove famiglie è quella dell'approccio circolare guidata da ascolto attivo, curiosità e rispetto della diversità.

Occorre imparare a riflettere su quello che comunemente chiamiamo contesto soggettivo ovvero su quelli che sono i nostri atteggiamenti mentali e pregiudizi. Il contesto soggettivo del pediatra può influenzare in modo significativo la relazione con queste famiglie lasciando facilmente trasparire eventuali giudizi negativi. Ancora una volta sarà d'aiuto non solo procurarsi le competenze tecniche e le conoscenze basate sulle evidenze ma soprattutto uscire dalle proprie cornici di riferimento e dare spazio ai racconti degli attori di queste nuove realtà. La questione non è di rinunciare all'abitudine del pensiero dominante ma di acquisirne anche un'altra, non necessariamente per condividerla ma per cercare di comprenderla.

In fondo sappiamo poco o niente delle regole di una famiglia ricomposta e di che ruolo hanno i partner degli ex coniugi. Di cosa necessitano i genitori omosessuali per crescere al meglio il loro bambino? Come pediatri dobbiamo essere consapevoli che, con le nostre prescrizioni e consigli, entriamo in un sistema di cui è necessario conoscere le regole e la storia per evitare rotture e per favorire l'efficacia della trasmissione delle nostre informazioni e soprattutto per porsi in posizione di aiuto ⁽⁶⁾.

Un cambiamento importante si è registrato in particolare nella comunicazione con il bambino e l'adolescente: non più solo interlocutore indiretto, ma vero protagonista della comunicazione /relazione.

Questo anche grazie a documenti e norme che hanno sancito e promosso questo passaggio.

Nell'art.12 della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza "gli Stati parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo

debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità. A tal fine, si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale".

Anche nell'ultima versione del Codice deontologico all'art. 32 viene introdotta l'indicazione a informare il bambino/adolescente: "il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute...al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale" e all'art.35 dove viene introdotto il concetto di "dissenso informato": "L'acquisizione del consenso o dissenso è esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore". Proprio per questo motivo il consenso informato per gli studi pediatrici prevede anche il coinvolgimento del minore graduato in base all'età del bambino/adolescente.

Alla luce di questi documenti e della pratica professionale, per comunicare in modo efficace con il bambino/adolescente è utile ricordare ancora una volta il contesto soggettivo del nostro interlocutore che è molto diverso da quello dell'adulto. Le conoscenze dei bambini sono qualitativamente diverse da quelle degli adulti perché si basano su strutture cognitive e forme di pensiero diverse che cambiano il modo di percepire e concettualizzare la realtà esterna. Fanno parte del contesto soggettivo del bambino l'età, lo stile educativo e il clima familiare.

Le nuove tecniche di studio del cervello umano hanno dato forte impulso all'evoluzione delle neuroscienze e alla loro applicazione allo studio dello sviluppo neurologico e cognitivo del bambino. Inoltre, gli studi di epigenetica hanno dimostrato come lo sviluppo del bambino dipenda molto dall'interazione tra geni e ambiente. Il bambino non è più visto come un recettore passivo ma come persona attiva nel modulare l'interazione.

Vediamo adesso le ricadute, in termini di comunicazione, di queste nuove conoscenze.

Si corre il rischio che il pediatra, con l'intento di sensibilizzare i genitori a fornire esperienze precoci stimolanti per lo sviluppo del loro bambino, trasformi importanti informazioni in prescrizioni senza valorizzare ciò che il genitore ha intrapreso in questa direzione.

In questi ultimi anni abbiamo visto diminuire le patologie infettive acute, mentre sono progressivamente aumentate anche in pediatria le patologie croniche, soprattutto grazie ai progressi della neonatologia che hanno reso possibile la sopravvivenza di bambini con malattie genetiche, metaboliche e degenerative oltre che dei grandi prematuri. Anche questo aspetto richiederebbe un adeguamento delle conoscenze e delle capacità comunicative-relazionali. La malattia cronica implica contatti frequenti con il paziente e la sua famiglia sia in situazioni di acuzie che in momenti di difficoltà decisionale e questo comporta dover intraprendere frequenti scelte diagnostico-terapeutiche cercando spesso una mediazione tra ciò che il professionista riterrebbe utile e necessario e ciò che il paziente e la famiglia desiderano o sono in grado di fare. La vicinanza emotiva con aspetti che riguardano la cronicità e la morte dovrebbe essere gestita con consapevolezza dal pediatra che deve trovare la giusta distanza per condurre uno scambio comunicativo che aiuti il paziente e la famiglia a mobilitare le proprie risorse senza sostituirsi a loro.

Occorre creare uno spazio di ascolto in cui il pediatra usa i messaggi che il paziente (genitore e/o bambino) invia per proseguire nel colloquio con l'uso di domande e riassunti appropriati per giungere a decisioni condivise. Per fare tutto questo è necessaria una adeguata formazione che al momento non è contemplata in maniera strutturata nelle scuole di specialità in pediatria. Resta diffusa la convinzione che la comunicazione sia una attitudine e poco si possa fare a livello di formazione.

Abbiamo visto però come non manchino le basi teoriche da cui partire per una formazione alla comunicazione professionale efficace in pediatria. Questo aspetto è stato più volte sollecitato e, anche a livello normativo, nel decreto del 2000 e del 2015 di Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria la dimensione relazionale del rapporto medico-paziente è ancora più enfatizzata: *“un percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute ...dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici.”*

Vediamo quali dovrebbero essere le caratteristiche della formazione alla comunicazione-relazione nel corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e nella Specialità in Pediatria. La formazione alla comunicazione-relazione dovrebbe essere distribuita nei sei

anni di formazione del futuro medico, prevedendo un'alternanza di lezioni frontali che presentino le tematiche legate alla comunicazione in medicina affrontandole da vari punti di vista: psicologico, antropologico, filosofico, etico, comunicativo. Trattandosi di argomenti che suscitano forti emozioni, la parte teorica non può fare a meno di una fase interattiva di lavoro in piccoli gruppi che permetta una analisi e un contenimento delle emozioni oltre a una loro contestualizzazione nel lavoro del medico/pediatra.

Riprendendo quanto espresso nel documento sulla formazione dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) del 2019 ⁽⁷⁾: *“Per superare la dicotomia tra clinica e cura dell'aspetto comunicativo relazionale bisognerebbe prevedere un insegnamento congiunto di entrambi e, in particolare, le esercitazioni e la discussione*

dei casi clinici non solo nelle loro dimensioni biologiche ma come storia di una esperienza di malattia. Solo in questo modo la comunicazione mantiene tutta l'importanza e il peso che ha nella relazione con il paziente e può andare oltre l'applicazione astratta di tecniche o la percezione che si tratti di un aspetto discrezionale della professione medica e non, come è, strutturale.”

L'evoluzione della medicina e della pediatria/neonatologia in particolare, i nuovi aspetti organizzativi della pediatria ospedaliera/universitaria e delle cure primarie, le nuove conoscenze, i nuovi aspetti sociali, hanno reso ulteriormente necessaria l'acquisizione non solo di nozioni di tipo medico, sociale e antropologico, ma soprattutto di abilità comunicative professionali che non possono essere delegate ad altre figure.

Bibliografia essenziale

1. <https://www.ordinemedici-go.it/wp-content/uploads/2012/09/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>
2. Watzlawick P., Beavin JH, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana Astrolabio 1971
3. Gangemi M. Quadriano S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET 2000
4. Elli P. Il pediatra, il bambino, la famiglia: comunicare ma non solo. In: Pediatria di famiglia Il Pensiero Scientifico Editore 2024
5. <https://csbonlus.org/il-nurturing-care-framework/>
6. Fruggeri L. Venturelli E. Il Pediatra incontra le famiglie d'oggi: nuove competenze e principi metodologici. In: Pediatria di famiglia. Il Pensiero Scientifico Editore 2024
7. https://acp.it/assets/media/Documento-formazione-ACP-2019_web.pdf

Trent'anni di attività del Cesaim OdV a Verona

DR. GIANFRANCO RIGOLI

PRESIDENTE DEL CESAIM ODV CENTRO SALUTE IMMIGRATI DI VERONA

Si deve alla visione di Giulietta Luciani Rovato, Presidente della Consulta delle Associazioni Femminili del Comune di Verona, e di Mario Marsiaj, fondatore del Centro per le Malattie Tropicali dell'Ospedale di Negrar, la nascita nel 1993 a Verona del CESAIM OdV (Centro Salute Immigrati), un'organizzazione di volontariato (OdV) dedicata all'assistenza sanitaria di persone (prevalentemente migranti) non iscritte / iscrivibili al SSN.

Gli ambulatori del CESAIM, ospitati inizialmente nei locali della Croce Verde e successivamente presso la Croce Rossa Militare in via Giolfino, nei primi anni duemila furono trasferiti in una sede messa a disposizione dall'AULSS in Via Del Capitel, fino a trovare sistemazione al Palazzo della Sanità, in adiacenza al Dipartimento di Prevenzione.

Nell'ultimo decennio, grazie all'impulso decisivo della sua compianta presidente Luisa Caregaro Guarienti, il CESAIM ha potuto offrire un contributo sempre più significativo alla gestione di una fascia di cittadinanza particolarmente fragile e vulnerabile, realizzando un modello virtuoso di collaborazione fra sanità pubblica e terzo settore.

È dai primi anni '90 che, anche nella nostra provincia come nel resto del Paese, si è assistito al progressivo aumento dei flussi migratori, non solo per motivi di lavoro e di ricongiungimento familiare, ma anche, come la cronaca quotidianamente tuttora riporta, a causa di spostamenti forzati dai paesi di origine per guerre, persecuzioni, carestie, epidemie, miseria, con una domanda crescente di assistenza sanitaria.

Al 1° gennaio 2024 la popolazione residente di cittadinanza straniera in Italia era di circa 5 milioni e 300.000 unità, mentre si stima che a quella data la componente dei cosiddetti irregolari (cioè delle persone entrate nel nostro paese senza un regolare controllo alla frontiera, oppure arrivate regolarmente ma alle quali è successivamente scaduto il visto o il permesso di soggiorno) si attestasse fra le 450.000 e le 500.000 unità.

Nella provincia di Verona il loro numero oscillerebbe intorno alle 10.000 unità. La legge nazionale e regionale, in ottemperanza all'art.32 della Costituzione, riconosce il diritto all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini (art. 1 della legge 833 istitutiva del SSN, 23.12.1978), principio ribadito nell'articolo 3 del Codice di Deontologia Medica ("dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera")

In particolare, l'assistenza agli stranieri irregolari viene garantita nel nostro Paese attraverso il rilascio, a seconda della loro provenienza, della tessera cosiddetta "STP" (straniero temporaneamente presente) o "ENI" (europeo non iscritto), con l'erogazione di cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia ed infortunio, e di interventi di medicina preventiva a salvaguardia della salute

individuale e collettiva (tutela sociale della gravidanza e della maternità, tutela della salute del minore, vaccinazioni, interventi di profilassi internazionale, profilassi diagnosi e cura delle malattie infettive)

Alle Regioni è stata attribuita la facoltà di individuare le forme ritenute più idonee per garantire l'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, che può essere prestata nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, in forma ambulatoriale od ospedaliera, anche in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. In forza di ciò sin dal 2001 il CESAIM ha stipulato un rapporto convenzionale con l'allora ULSS 20 di Verona, ora AULSS 9 Scaligera. La convenzione prevede da parte dell'AULSS la messa a disposizione degli spazi necessari allo svolgimento dell'attività ambulatoriale nonché la fornitura dei presidi medici e dei farmaci essenziali, e da parte del CESAIM la collaborazione alla realizzazione di programmi di screening e di prevenzione, e l'erogazione di prestazioni clinico-diagnostiche e terapeutiche di primo livello e di prescrizioni farmaceutiche: a tal fine ai medici del CESAIM è consentito l'uso del ricetta-rio regionale.

L'attività è garantita da oltre 80 volontari, fra medici generalisti, medici specialisti, infermieri, farmacisti, personale di segreteria e di mediazione socio-linguistica.

Si effettuano quotidianamente visite mediche generali e, con periodicità varia, visite specialistiche (cardiologia, ortopedia, dermatologia,

psichiatria, ginecologia, pediatria, diabetologia, nefrologia, neurologia, gastroenterologia, ORL, oculistica, urologia, counselling psicologico), prestazioni di ecografia (ginecologica, cardiologica, generale) ed è presente un Servizio di Farmacia interna, alla cui gestione collabora un gruppo di farmacisti volontari.

La fornitura dei farmaci, sotto la supervisione del Servizio Farmaceutico dell'AULSS 9 Scaligera, copre pressoché l'intero fabbisogno ed è assicurata, oltre che dalla Farmacia dell'AULSS, dal supporto fondamentale del Banco Farmaceutico Onlus, con l'approvvigionamento non soltanto di farmaci con obbligo di prescrizione, ma anche di prodotti di automedicazione, integratori e presidi.

Complessivamente, dalla sua nascita fino a tutto il 2023, il CESAIM ha consentito l'erogazione di oltre 190.000 visite e/o prestazioni, il cui andamento è descritto nella figura 1: le oscillazioni della curva sono legate a situazioni storiche intercorrenti, le più rilevanti delle quali sono state l'ingresso nell'Unione Europea della Romania e della Bulgaria nel 2007 e la recente pandemia da Coronavirus.

Negli ultimi anni la frequenza degli accessi agli ambulatori del CESAIM ha mostrato un'accelerazione significativa, raggiungendo nel 2023 il numero di circa 7800.

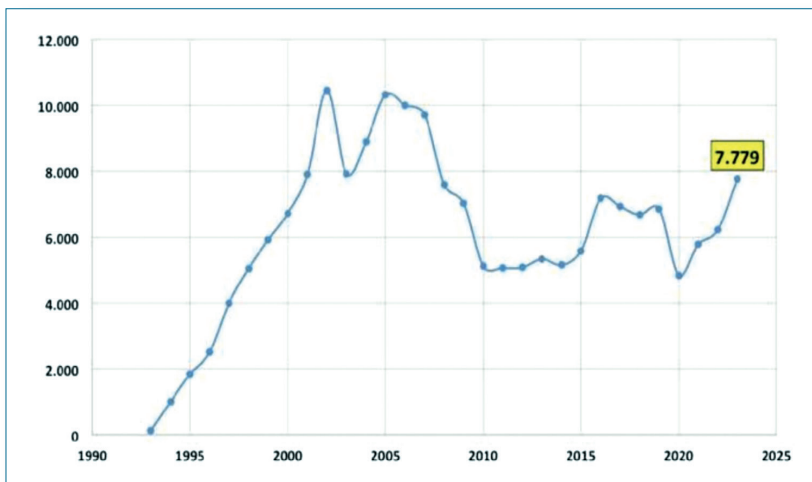


Fig. 1: Serie storica del numero di visite effettuate al CESAIM fra il 1993 e il 2023

Le patologie ortotraumatiche, cardiovascolari, dermatologiche, respiratorie e quelle della sfera materno- infantile occupano la gran parte dell'attività.

I principali problemi clinici sono rappresentati dalla gestione dei pazienti con malattie del "primo mondo" quali ipertensione, scompenso cardiaco e diabete mellito, e dal monitoraggio della gravidanza, mentre le patologie esotiche e tropicali raggiungono solo il 3% della casistica.

Appare assai rilevante il trend crescente (aumentato rispetto a tutte le altre patologie) dei disturbi psicologici e psichiatrici, espressione di percorsi migratori troppo spesso ca-

ratterizzati da storie di violenza, tortura, privazione, prigionia, e, dopo l'ingresso in Italia, da condizioni di emarginazione, precarietà abitativa, lavorativa e sociale.

Ciò rende ragione della necessità di mantenere sempre alta l'attenzione su queste fasce di popolazione: infatti, pur trattandosi di soggetti che all'arrivo in Italia presentano condizioni di salute generalmente buone ed una bassa prevalenza di malattie trasmissibili, in situazioni di vita particolarmente sfavorevoli la possibile riattivazione di patologie latenti (in particolare della tubercolosi), rappresenta un fattore di rischio di contagio della popolazione nativa, e motivo di allarme sanitario e sociale.

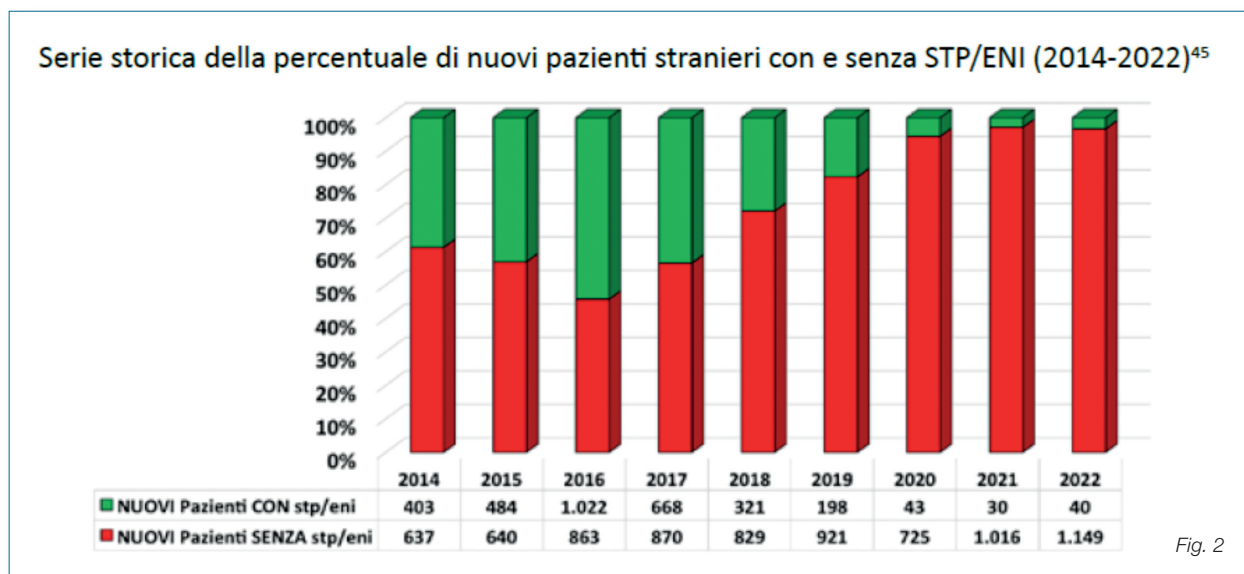


Fig. 2

L'accesso alle prestazioni erogate dai servizi territoriali ed Ospedalieri, indispensabile per la prosecuzione del percorso diagnostico terapeutico di una parte consistente di pazienti inviati a questo scopo al CESAİM dal Pronto Soccorso o da altri reparti Ospedalieri (ad es. pazienti con esiti di lesioni traumatiche o di patologie cardiovascolari acute) e per il follow-up della gravidanza e di patologie croniche (come ad esempio l'epatite cronica, il diabete, le dipendenze) è consentito solo a quanti siano in possesso della tessera STP/ENI in vigore. Purtroppo negli ultimi anni il rilascio della tessera ha incontrato difficoltà crescenti e solo una piccola minoranza degli utenti del CESAİM ne è in possesso (fig.2.)

Ciò rende indispensabili frequenti contatti con i servizi amministrativi dell'AULSS, e con gli Uffici del Comune e della Questura, e rappresenta un motivo di "vulnerabilità burocratica"

che ha inevitabili pesanti ricadute sul piano assistenziale.

Proprio l'esigenza di un confronto su più vasta scala in merito agli aspetti organizzativi e alle problematiche burocratico-amministrative è stata una delle ragioni che ha ispirato l'indagine conoscitiva sugli ambulatori medici gestiti da Enti del Terzo Settore nella Regione Veneto, della quale il CESAİM è stato fra i capofila, le cui conclusioni sono state presentate il 24 gennaio 2024 a Padova, alla presenza dell'Assessore alla Salute e ai Servizi sociali della Regione Manuela Lanzarin, e che prelude all'istituzione formale di una vera e propria Rete Veneta degli Ambulatori ETS.

Per concludere, come molte Organizzazioni di Volontariato anche il CESAİM avverte l'urgenza di un ricambio generazionale. L'età media dei volontari è elevata, e l'esperienza non basta da sola a sopperire alla necessità di restare al passo coi tempi.

Per questo vengono organizzati cicli di aggiornamento, rivolto a tutti i volontari, sui principali problemi clinici e sugli aspetti normativi dell'attività, e, anche in prospettiva del coinvolgimento di forze "fresche", sono state stipulate convenzioni con l'Università degli Studi di Verona (Scienze Infermieristiche, Scuole di Specializzazione in Medicina Interna e Malattie Infettive) per consentire agli studenti di svolgere presso il CESAİM periodi di tirocinio formativo.

Il sogno (o l'utopia?) di quanti fanno volontariato è che venga il giorno in cui di loro non ci sia più bisogno: significherebbe allora che le Istituzioni, all'interno del Servizio Sanitario pubblico, avranno messo a disposizione della comunità tutte le risorse e gli strumenti atti a garantire un accesso alla salute che sia realmente, come recita la Costituzione, "senza distinzione di condizioni individuali o sociali secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini".

Siamo pronti per la prossima pandemia?

DR. MASSIMO VALSECCHI

GIÀ DIRETTORE SANITARIO DELL'ASL 20 DI VERONA

Premessa: Sapevamo che sarebbe arrivata, non quando né come sarebbe stata, ma che sarebbe arrivata sì e, ciononostante, ci ha colti largamente impreparati.

Questo nostro atteggiamento fiducioso era alimentato dalla nostra fallace sicurezza che la potenza, mai vista prima nella storia dell'umanità, del nostro sistema sanitario, dei nostri ospedali, dei nostri farmaci, delle nostre capacità cliniche, ci avrebbero protetti dagli orrori descritti da Tucidi-
de, Boccaccio, Manzoni, Camus.

Così non è stato e la nostra impreparazione ci è costata molto cara: più di 380 medici ⁽¹⁾ e di 80 infermieri ⁽²⁾ morti di Covid 19 solo nel nostro Paese.

Nella popolazione nazionale, da inizio pandemia (marzo 2020) alla fine di gennaio 2022 l'eccesso di mortalità totale, rispetto alla media 2015-2019, è stato di 178 mila decessi.

Nel 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6% di eccesso). ⁽³⁾

Non sono dati paragonali a quello che successe con la "peste nera" del 1348, che ridusse l'intera popolazione europea ad un terzo\metà di quella

che era prima del suo inizio, ma sono dati importanti, che non ci saremmo mai immaginati.

Al di là dei numeri, non va dimenticato, poi, che, nonostante gli sforzi spesso eroici del personale di assistenza ospedaliero, molti dei pazienti deceduti hanno affrontato i loro ultimi giorni in solitudine separati dai loro familiari.

Ora, abbiamo visto che la realtà è diversa da quella che speravamo fosse e dovremmo aver capito che un'altra epidemia verrà; non sappiamo quando, non sappiamo in che forme si presenterà ma verrà.

La pandemia da Covid-19 non è stata un incidente di percorso che non si ripresenterà dato che la causa che le produce sono le invariate leggi descritte da Darwin sulle strategie di mutazione e adattamento del mondo animale.

La maggior parte delle classi di microbi può evolversi o essere manipolata in modo da causare un rischio catastrofico per l'uomo, tuttavia, i virus, in particolare quelli a RNA, sono i microrganismi che, possedendo una maggiore capacità di mutabilità genetica, possono eludere più facilmente un farmaco o un vaccino, ed hanno una maggiore possibilità di diffusione e patogenicità. Questo rende i virus ad RNA la causa più probabile di una pandemia. ⁽⁴⁾

Il nostro recente passato dovrebbe renderci più cauti:

- L'influenza spagnola, l'epidemia influenzale, nel biennio 1918-1920, ha causato la morte di quasi 50 milioni di persone. Questo virus è considerato l'antenato dei 4 ceppi di influenza: A, A/I'H1N1 e A/H3N2, e del virus A/H2N2.
- Nel 1957, nella penisola di Yanan, in Cina, la pandemia asiatica è stata generata da un virus influenzale A, l'H2N2.

L'influenza asiatica ha causato circa 2 milioni di morti ed era di origine aviaria.

- Nel 1968 si generò un'altra pandemia influenzale, generata a Hong Kong, dal sottotipo H3N2. La pandemia, che si diffuse in tutta l'Asia, non ebbe gravi conseguenze in Europa quanto negli Stati Uniti.
- nel 1977, l'H1N1 è riemerso causando un'altra epidemia, chiamata influenza Russa, che si diffuse rapidamente colpendo soprattutto i giovani con meno di 25 anni con manifestazioni cliniche lievi, anche se tipicamente influenzali.
- Nel 1981 comparve l'HIV che ha, probabilmente, ucciso più di 25 milioni di persone.
- Nel 2003 si manifestò la SARS (Sindrome Acuta Respiratoria Grave), una forma atipica e particolarmente grave di polmonite che, da novembre 2002 a luglio 2003, determinò 8.096 casi in 17 Paesi.

1 Dati ricavati dal sito FNOMCeO il 28\03\2024 <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19/>

2 <https://www.assocarenews.it/infermieri/coronavirus-ecco-tutti-gli-infermieri-deceduti-per-covid-19>

3 https://www.istat.it/it/files/2022/03/Report_ISS_ISTAT_2022_tab3.pdf

4 Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028. Paragrafo B2-1

- Nell'2009 fu la volta dell'influenza suina, causata da un virus del ceppo H1N1, che ha causato migliaia di morti e centinaia di migliaia di contagi.
- Nel 1976 fu identificato il virus a RNA che provocò l'epidemia di Ebola che nel 2014 generò un'ondata epidemica nella Repubblica Domenicana del Congo e nel Sudan.

Il nostro compito in questo momento storico è, quindi, fare in modo che i punti deboli del nostro sistema che sono stati rilevati impietosamente dall'ultima pandemia, siano individuati, discussi e rinforzati prima della prossima.

Non è stato, purtroppo, redatto né dal Ministero, né dalle Università e, tantomeno, dalle società scientifiche un lavoro complessivo di epicrisi sulla risposta del nostro sistema sanitario dato che l'abitudine alla salutare pratica di individuare gli errori è poco praticata dal nostro mondo scientifico che ha preferito rimuovere ogni dubbio concentrando l'attenzione sul grande successo della produzione di nuovi vaccini efficaci.

Qualche elemento di riflessione può, in ogni caso, essere rinvenuto nella bozza del nuovo Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 che il Ministero della Salute sta predisponendo; la bozza che ho consultato io è provvisoria, datata 12 gennaio 2024.

Ho l'impressione che anche in questo documento (per altro, nettamente migliore del precedente) non siano state colte le dure lezioni che avremmo dovuto imparare dalla pandemia in merito al ruolo fondamentale che la medicina di famiglia gioca in queste situazioni drammatiche.

La bozza del Nuovo Piano Strategico (versione del 12.01.2024) si limita a

rimandare, nel paragrafo C.4.1.1 "Descrizione dell'organizzazione a livello territoriale" al modello di riorganizzazione previsto dal DECRETO 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, entrata in vigore del provvedimento il 07/07/2022.

Come sappiamo, questo decreto prevede l'attivazione di una serie di provvedimenti interessanti e condivisibili (casa della comunità, infermiere di famiglia o comunità, Unità di continuità assistenziale, centrale operativa territoriale, centrale operativa 116117, assistenza domiciliare, ospedale di comunità) che sono, purtroppo largamente rimasti sulla carta dove, stanti i finanziamenti per il SSN annunciato dal Governo per il 2024-2025.

Al di là delle dichiarazioni ufficiali mi sembra, dunque, che l'orientamento concreto della classe politica resti quello espresso da Giancarlo Giorgetti, allora Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, il 29 agosto 2019, al Meeting di Comunione e Liberazione di Rimini.⁽⁵⁾

Tutti concordiamo sulla necessità di salvaguardare gli ospedali da un flusso indifferenziato di pazienti che possano metterli in crisi e costringerli ad interrompere le loro funzioni diagnostiche e terapeutiche nei confronti delle altre patologie che, anche in periodo pandemico, continuano ad affliggere la popolazione ma non risulta chiaro come questo argine potrà essere costruito senza la medicina di base.

A questo scopo, risulta utile confrontare alcuni dati sanitari rilevati in due periodi successivi di sviluppo della pandemia: il 15 marzo 2020 e il 25 aprile 2020 in due regioni limitrofe del Nord: la Lombardia (10.088.484 abitanti) e il Veneto (4.905.854 abitanti).⁽⁶⁾

Il confronto risulta importante sotto diversi aspetti e non solo per quello della mortalità che ha attirato, per la sua differenza, l'attenzione generale (nel primo quadrimestre dell'anno: 14.480 decessi in Lombardia, 1.513 decessi in Veneto)⁽⁷⁾

Credo, infatti, sia di maggior interesse analizzare altre due differenze che possono contribuire a far luce sulle cause remote della differenza del numero di decessi attribuiti al coronavirus.

Prendendo, come riferimento temporale, la data (assunta a caso) del 15 Marzo 2020 possiamo notare che:

- in Veneto a fronte di 426 ricoverati in ospedale per coronavirus, i soggetti isolati a domicilio come sospetti o contatti stretti sono stati 1.434; più del triplo.
- in Lombardia i ricoverati sono stati 5.500 e gli isolamenti domiciliari 3.776 e, quindi, i soggetti posti in isolamento domiciliare sono stati, addirittura, inferiori al numero di ricoverati.

Se confrontiamo questi dati al 22 aprile 2020, vediamo che:

- in Lombardia il rapporto fra ricoverati e posti in quarantena è stato di: 9.805 contro 23.322;
- in Veneto 1.205 contro 8.623.

A più di un mese dal primo rilevamento, quindi, in Lombardia il rapporto fra ricoverati ed isolati è aumentato (essendo gli isolati in numero maggiore dei ricoverati) ma il loro rapporto non arriva neanche a uno contro tre mentre il Veneto registrava una proporzione fra ricoverati ed isolati di circa uno ad otto.

In altri termini, il Veneto ha fin dall'inizio dell'epidemia utilizzato il "vecchio" criterio di mettere in quarantena i contatti stretti, la Lombardia no. Questo risultato è, a mio parere, attribuibile alla diversa attenzione riservata alla medicina territoriale nelle due regioni.

5 "Nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base, senza offesa per i professionisti qui presenti? Nel mio piccolo paese vanno a farsi fare la ricetta medica, ma chi ha almeno 50 anni va su internet e cerca lo specialista. Il mondo in cui ci si fidava del medico è finito". https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=76452

6 I dati riportati sono ripresi dalle elaborazioni condotte dal Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale – sede: Milano, casa della cultura – sui dati del Ministero della Salute, dell'ISS e altre istituzioni ufficiali.

7 https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Rapp_Istat_Iss_3Giugno.pdf

I buoni propositi del nuovo piano pandemico di rafforzare genericamente i Dipartimenti di Prevenzione cui spetta l'incombenza di definire i soggetti positivi ai test ed i conseguenti provvedimenti di quarantena per i soggetti positivi o ammalati non tengono conto dei dati reali dello sviluppo del contagio che ha messo i dipartimenti di fronte ad un flusso numerico di soggetti da testare e certificare che non era, in alcuna modo, fronteggiabile da strutture che sono organizzate per fronteggiare piccoli focolai epidemici, non la mole che abbiamo visto e che possiamo aspettarci di rivedere in una situazione pandemica.

La regione Veneto, travolta completamente dalla seconda ondata di coronavirus, ha utilizzato, con successo, la soluzione di delegare (sia pur frettolosamente) ai medici di medicina generale alcune funzioni di ufficiali di sanità pubblica quali l'effettuazione dei tamponi diagnostici, il tracciamento dei contatti e la potestà di porli in isolamento-quarantena.⁽⁸⁾

Il risultato, al là delle difficoltà iniziali, è stato quello di aver reso la vita molto più facile ai pazienti (che hanno avuto la possibilità di avere un riferimento sanitario unico) e di aver reso realmente efficiente la misura dell'isolamento.

Un secondo aspetto che nella bozza del nuovo piano mi sembra sottovalutata (paragrafo C.3.2) è quella relativa alle vaccinazioni.

Ripetendo quanto ho già detto all'inizio, è poco credibile parlare di vaccinazioni senza tener conto di quello che, in merito, è successo durante la pandemia.

Sappiamo dalla storia della medicina che resistenze alle vaccinazioni ci sono state fin da quando è stata estesa a tutta la popolazione la prima vaccinazione (antivaiolosa); difficoltà in questo senso le abbiamo vissute e fronteggiate anche noi, in questi decenni, nel tentativo di otte-

nere buone percentuali di copertura vaccinali nell'infanzia.

Quello che è successo con la vaccinazione anti-Covid e, più in generale, con le misure di sanità pubblica assunte per contrastare la pandemia, appartiene, però, ad una categoria di fenomeni sociali del tutto differente.

Non si è trattato, infatti, solo di sporadiche resistenze alla vaccinazione (ed ai Green Pass) ma di un movimento articolato, diffuso in tutto il Paese (ed anche fuori) che ha avuto, ed ha tuttora, supporti dichiarati in organi di stampa, sindacati e partiti politici.

La resistenza alla vaccinazione è stata tale da coinvolgere, non marginalmente, lo stesso personale sanitario, medici compresi, che non è stato possibile ricondurre ad atteggiamenti etici previsti dal nostro codice deontologico neanche attraverso la sospensione dall'ordine decisa dalla FNOMCeO. Tuttora, un velo di imbarazzo avvolge tutta questa vicenda tanto che non sono ancora stati resi noti i numeri dei colleghi sospesi che, ad emergenza dichiarata chiusa, sono tornati tranquillamente ad esercitare la loro (nostra) professione.

Quello che è successo ha avuto caratteristiche di irrazionalità tali (non riesco a non ricordare che il Presidente degli USA in carica, Donald Trump, ha pubblicizzato sui media, fra lo sgomento dei suoi tecnici, l'uso della ivermectina come farmaco antivirale) da non poter essere circoscritto ed affrontato solo in ambito sanitario ma nel campo ben più vasto della comunità civile.

Quando si ripresenterà una nuova pandemia sarà sì utile un piano di aggiornamento e comunicazione per il personale sanitario ma più urgente è avere, adesso, un piano di discussione e confronto con il mondo dei media e della politica, ambiti che, purtroppo, influenzano l'opinione pubblica molto più efficacemente di quanto non possiamo fare noi.

Quello che possiamo (e dobbiamo) fare noi medici è curare che la comunicazione alla popolazione sia rigorosamente corretta e così, purtroppo, non sempre è stato dato che è stato dichiarato alla popolazione che se l'adesione vaccinale fosse stata larghissima si sarebbe raggiunto il miracoloso "effetto gregge" che, in realtà, sapevamo essere irraggiungibile.

È, infine, necessario che le Facoltà di Medicina, la FNOMCeO e gli Ordini Provinciali escano da un atteggiamento "culturale" ambiguo rispetto ai colleghi che sistematicamente violano quanto prescritto dal nostro codice di deontologia medica:

- Art. 13 Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico. La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico. Art. 15: Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.

Solo se metteremo ordine a casa nostra potremo sperare di dare indicazioni corrette al Paese e di essere pronti per la prossima ondata.

8 ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 105 del 02 ottobre 2020 Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

Liceo a curvatura biomedica, l'Ordine di Verona in prima linea per avvicinare i giovani alle professioni sanitarie

DOTT.SSA LAURA PERINA

GIORNALISTA E ADDETTA STAMPA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

Dall'anno scolastico 2022/23 è attivo a Verona il percorso di potenziamento-orientamento "Biologia con curvatura biomedica", che vede l'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona in prima linea per avvicinare i giovani alle professioni di area medico-sanitaria e scientifica.

Il progetto ha riguardato, finora, circa 120 studenti equamente distribuiti tra il liceo Maffei e l'istituto superiore Copernico-Pasoli, le prime due scuole secondarie di secondo grado della nostra provincia ad aver ottenuto l'autorizzazione a realizzare questo percorso di potenziamento rivolto alle classi del triennio, frutto di un protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Istruzione e la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e Odontoiatri. In queste due scuole si sono conclusi con successo i primi due anni di sperimentazione, mentre un'altra scuola superiore veronese, il liceo scientifico Galilei, ha ottenuto dal Ministero l'autorizzazione per avviare il percorso a partire da quest'anno scolastico 2024/25.

Gli studenti hanno l'occasione di avvicinarsi a diverse specialità mediche per capire se iscriversi o meno ai corsi di laurea di ambito sanitario. Infatti, al percorso di studi "tradizionale" si affianca il potenziamento di Biologia che favorisce la preparazione per l'accesso a tutti i corsi universitari di area medica e sanitaria, attualmente a numero chiuso.

Il progetto consiste in 150 ore di potenziamento da svolgersi nel corso del triennio. Il monte ore annuale è articolato in 20 ore di lezione tenute dai

docenti di scienze, 20 ore di lezione a cura dei medici individuati dall'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona e 10 ore da svolgersi nelle strutture sanitarie del territorio. Le lezioni tenute dagli esperti medici e le ore "sul campo" sono extra scolastiche e riconosciute come attività di P.c.t.o., i Percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento che hanno sostituito l'alternanza scuola-lavoro.

Nell'arco del triennio vengono proposti numerosi moduli relativi al campo biomedico, attraverso approfondimenti di materie quali l'anatomia e la fisiologia umana, la biochimica e la microbiologia. Inoltre, tramite i moduli per l'acquisizione delle competenze trasversali gli alunni hanno l'occasione di entrare in contatto con tutte le figure professionali che operano nelle strutture ospedaliere e nei laboratori e potranno comprendere il complesso sistema organizzativo delle aziende sanitarie.

«L'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona è orgoglioso di collaborare con le scuole per contribuire ad offrire ai giovani veronesi un'ulteriore opportunità formativa», afferma il presidente, Carlo Rugiu. «Oltre a rispondere alle necessità di formare nuovi medici, questo percorso ha il compito di fornire agli studenti concreti strumenti per aiutarli a scoprire le proprie attitudini e a scegliere con consapevolezza gli studi universitari. Per i corsi di area medico-sanitaria è prevista una selezione mediante un test di accesso e i risultati finora conseguiti in altre città indicano che gli studenti provenienti dai licei con

curvatura biomedica hanno maggiori probabilità di superare la prova d'ammissione. Ritengo questo dato particolarmente significativo, anche alla luce del fatto che il percorso di formazione in Medicina è lungo e impegnativo, ma foriero di grandi soddisfazioni sotto tutti i punti di vista».

Le esperienze di alcuni dei docenti e delle docenti

Tornare a scuola non dal "banco" ma dalla "cattedra" è un'aspirazione che molti vorrebbero realizzare. Questa opportunità mi è stata offerta dal Presidente del nostro Ordine, che mi ha invitato a partecipare, in qualità di specialista in dermatologia e venereologia, al progetto di potenziamento e orientamento "Biologia con curvatura biomedica" che coinvolge due licei della nostra città. In concreto si tratta di presentare ai ragazzi del terzo anno del liceo, che hanno scelto questa sperimentazione, quattro lezioni riguardanti alcune tematiche inerenti alla mia specialità: le patologie infettive della cute e degli annessi, le micosi cutanee, le ustioni e le patologie cutanee immuno-mediate.

Il materiale didattico è già predisposto ed è uniforme a livello nazionale, e le modalità espositive non sono, in buona misura, di carattere divulgativo, bensì approfondito, ai limiti dello "specialistico".

Tale scelta didattica, che può ad una prima valutazione risultare eccessiva, e quindi fuori luogo per dei ragazzi di sedici anni, in realtà si prefigge di dar loro un reale assaggio della didatti-

ca universitaria dei corsi di medicina e chirurgia e del doveroso, rigoroso, approccio scientifico alla professione del medico.

Nonostante queste potenziali difficoltà, o forse proprio grazie ad un approccio che riconosce loro, con rispetto, il ruolo di potenziali professionisti, le lezioni sono sempre state contraddistinte da attenzione ed interesse da parte degli studenti.

Due considerazioni finali.

La prima generale: iniziative di questo genere sono assolutamente opportune anche perché prevedono medici impegnati in prima persona nel cercare di elevare la qualità della professione.

Qualità che inizia proprio da una scelta informata e motivata di chi la vuole responsabilmente intraprendere.

La seconda più personale: il confronto con le aspettative e l'entusiasmo delle giovani generazioni è sempre un utile bagno per rinnovare, anche in chi come me, pur giovane, comincia ad avere già qualche anno di "professione alle spalle", le motivazioni originarie.

DR.SSA ANNA CHIARA FOSTINI
MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

In un momento storico in cui il nostro sistema sanitario nazionale è in bilico e sempre più frantumato con il rischio di perdere sempre più un'identità di universalità dettata dall'articolo 32 della nostra Costituzione, come spesso accade il futuro è in mano alle nuove generazioni. Queste hanno il compito arduo di contrastare e risolvere gli errori e le scelte, sovente scellerate, delle generazioni che le precedono e riportare nella giusta via uno dei pilastri della nostra nazione, la sanità. Lo strumento più importante per raggiungere obiettivi così ardui è la conoscenza.

Il teatro in cui la conoscenza viene trasmessa è indubbiamente la scuola, un altro pilastro della comunità.

Attraverso l'Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri di Verona, sono stato coinvolto in un progetto di docenza, in collaborazione con il Liceo Scipione Maffei e l'Istituto superiore Copernico-Pasoli di Verona, nell'ambito delle attività promosse all'interno del percorso nazionale di Biologia con curvatura Biomedica attivo nei suddetti licei, nell'erogazione di un percorso di potenziamento-orientamento per tutti quei studenti che vogliono intraprendere gli studi di Medicina con l'opportunità di mettersi alla prova e comprendere quali siano le loro reali attitudini ed affrontare le scelte future in maniera consapevole.

L'attività a me affidata prevedeva delle ore di insegnamento, attraverso l'utilizzo di slides, di argomenti legati alla

specialità della Nefrologia, spaziando dalle cause dell'insufficienza renale acuta e cronica alle patologie infiammatorie ed ostruttive delle vie urinarie fino alle neoplasie dell'apparato urinario. Ho potuto constatare un coinvolgimento proattivo degli studenti che hanno partecipato alle lezioni, ponendo domande pertinenti e sottolineando un'attenzione proficua sugli argomenti trattati. Rimane la speranza/auspicio di aver, nel mio piccolo, aiutato l'orientamento di qualche studente verso una professione così impegnativa e gratificante allo stesso tempo.

DR. VINCENZO COSENTINI
RESPONSABILE U.O.S. DIALISI PERITONEALE,
NEFROLOGIA E DIALISI AULSS 9 SCALIGERA
- OSPEDALE FRACASTORO SAN BONIFACIO

Su richiesta del presidente dr. Carlo Ruggiu ho accettato con piacere di svolgere alcune lezioni nell'ambito del percorso di potenziamento e orientamento denominato "Biologia con curvatura biomedica".

Il corso si è svolto all'inizio del 2023 e del 2024 ed è stato articolato su quattro lezioni presso il liceo classico Maffei e presso il liceo scientifico Copernico. Per me è stata un'esperienza molto interessante e piacevole in quanto mi ha permesso di ritornare al liceo presso il quale avevo studiato molti anni prima (Maffei) ponendomi però dal lato opposto della cattedra.

Gli argomenti prescelti dal Ministero erano i seguenti:

Traumi nello sport: valutazione e trattamento riabilitativo; Le patologie della spalla, degli arti superiori, dell'anca, del ginocchio e della caviglia; Le patologie del sistema muscolo-tendineo e legamentoso; Le patologie della colonna vertebrale.

Le slides esplicative già pianificate e non modificabili non mi hanno permesso di trattare gli argomenti come avrei voluto, nonostante ciò è stato possibile allargare un po' la trattazione e discutere con i ragazzi che mi sono apparsi interessati e desiderosi di capire.

Ho cercato di far loro comprendere l'utilità del corso a cui stavano partecipando, che aprendo una finestra sul mondo biomedicale avrebbe dato la possibilità di comprendere l'importanza che rivestono nella nostra società le scienze mediche nelle loro varie accezioni e quindi di poter scegliere per il loro percorso futuro di studi un indirizzo in grado di offrire molteplici ed interessanti opportunità lavorative.

DR. PIERGIUSEPPE PERAZZINI
RESPONSABILE DELL'UF DI ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA DELLA CLINICA
SAN FRANCESCO DI VERONA

Questa mia esperienza di docente in un corso di potenziamento e orientamento di "Biologia con curvatura biomedica" in alcune scuole superiori è stata molto interessante e non nego, a tratti, anche emozionante. Al di là dell'inevitabile curiosità di ritornare fra i banchi di scuola, questa esperienza mi ha portato a fare alcune riflessioni sul mio temporaneo ruolo di insegnante, ma soprattutto su l'utilità di questo mio intervento.

Non vi è dubbio che offrire agli studenti delle scuole medie superiori una panoramica su alcuni scenari relativi a future scelte universitarie in ambito medico sia per loro un grande vantaggio e trovo che sia estremamente importante che questa iniziativa nasca dalla collaborazione fra il Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca e la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri. Ritengo inoltre che anche il ruolo dei docenti ai quali viene affidato questo incarico sia altrettanto importante ed estremamente delicato. Affermo questo, perché negli incontri avuti con studenti di diverso indirizzo scolastico: liceo Classico Scipione Maffei e l'Istituto Superiore Copernico Pasoli ho avuto modo di osservare delle interessanti reazioni dei ragazzi dinanzi alle diverse tipologie dei temi affrontati.

In alcuni casi, infatti, le reazioni sono state positive, perché contrassegnate da una percepibile attenzione e partecipazione, mentre in altri casi si è palesato un imbarazzante disinteresse, che molto spesso era facilmente attribuibile, non tanto alla mia incapacità di coinvolgimento, bensì allo scarso interesse dell'argomento.

Per questo motivo, al termine di ogni lezione, mi sono sempre fatto la medesima domanda: è utile orientare dei ragazzi verso lo studio della medicina, utilizzando accademiche presentazioni su alcune malattie, che nel mio caso riguardavano patologie dell'apparato respiratorio?

Purtroppo i temi che ho presentato, come l'asma bronchiale, la BPCO o le neoplasie polmonari, erano già programmati e corredati da diapositive preparate da altri Colleghi e su questi argomenti sarebbe stata successivamente fatta una valutazione dell'apprendimento dei ragazzi e ciò impediva qualsiasi deviazione dal programma.

È indubbio che sia necessario orientare la didattica attraverso un programma prestabilito ed è altrettanto doveroso dire che mi è stata lasciata una grande libertà nello svolgimento delle lezioni da parte dei docenti, ma la maggiore difficoltà che ho provato durante gli incontri è stata proprio quella di stimolare l'interesse dei ragazzi dovendo svolgere nella maggior parte dei casi una lezione didattica, verosimilmente più adatta a corsi per studenti specializzandi che a dei ragazzi del terzo anno di una scuola superiore, intenzionati a trovare qualche spunto per il loro futuro.

Al termine del breve ciclo di presentazioni, la sensazione è che comunque le lezioni abbiano destato un certo interesse, anche perché il compito era in parte facilitato dalle lezioni propeedeutiche svolte dal loro professore di scienze.

Sarebbe tuttavia interessante proporre ai ragazzi un questionario anonimo di soddisfazione per capire quale sia il loro reale giudizio su questi corsi e sulle modalità di svolgimento ed inoltre quali siano i loro desiderata: non sono a conoscenza se una simile iniziativa sia già stata svolta e qualora lo fosse, ritiro anticipatamente la proposta.

Un altro aspetto interessante di questa mia esperienza è stata la possibilità di potermi confrontare con dei ragazzi preparati, oggettivamente molto critici e molto diretti, indipendentemente dal loro diverso percorso scolastico. La loro attenzione o disattenzione era immediata e strettamente legata all'interesse o meno che l'argomento o il docente riusciva a trasmettere e questo mi ha fatto capire quanto sia duro e difficile per un insegnante mantenersi sempre all'altezza del proprio compito e quanto i nostri giovani abbiano l'esigenza di essere "istruiti" con competenza e capacità didattica. Forse il loro atteggiamento a volte non interessato o distratto, non sempre è da attribuire ad un problema generazionale.

Concludo complimentandomi con i docenti scolastici, responsabili di questo interessante progetto, che ho avuto modo di conoscere durante questo ciclo di lezioni, per la dedizione e l'amore per la propria professione che traspariva nei rapporti con i ragazzi e che veniva palesemente ricambiato dal loro rispetto.

DR. CARLO POMARI

RESPONSABILE DEL SERVIZIO
DI PNEUMOLOGIA DELL'OSPEDALE IRCCS
SACRO CUORE - DON CALABRIA DI NEGRAR

È il secondo anno che prendo parte, devo dire con entusiasmo, all'iniziativa che l'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona ha assunto allo scopo di orientare i giovani liceali verso le discipline biomediche.

L'argomento che mi è stato affidato, in qualità di specialista in cardiologia, ha riguardato il cuore con le patologie più frequenti, l'ipertensione arteriosa e le principali patologie dei vasi arteriosi e

venosi. L'impressione che ho ricavato è stata complessivamente favorevole, dato l'interesse manifestato dalle studentesse e dagli studenti che hanno partecipato agli incontri, tutti del terzo anno di liceo. Alcuni di loro hanno dichiarato apertamente la loro inclinazione agli studi di medicina, con la possibilità di intraprendere il percorso universitario di Laurea in Medicina e Chirurgia una volta diplomati.

È ipotizzabile l'idea di arricchire le lezioni con un semplice questionario da distribuire alle studentesse e agli studenti alla fine degli incontri, con domande sia chiuse che aperte, per poter meglio definire il livello e la tipologia dei prossimi incontri.

DR.SSA MONICA CARLETTI

MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA
IN CARDIOLOGIA

La Commissione Albo Odontoiatri dal 2021 al 2024, attività impegnativa per il passato guardando al futuro

DR. FRANCESCO BOVOLIN E DR. FRANCO ZATTONI
MEDICI ODONTOIATRI

È nata in un momento difficile questa Commissione Odontoiatri che sta giungendo al termine del suo mandato. Era il 2021 ed era Covid. Inutile ricordare a noi tutti, medici, cosa significò. Certamente più grave e impegnativo per coloro che direttamente erano impegnati nella cura dei pazienti malati, colpì comunque duramente tutte le categorie sanitarie.

Restrizioni, limiti imposti dalla prevenzione e necessità di tutelare pazienti e sanitari, crearono difficoltà di cui forse abbiamo dimenticato la portata.

Ma la risposta dei colleghi fu completa e apprezzabile. Poche le frange ribelli, almeno in ambito odontoiatrico, tutti gli altri si adeguarono e seppur dopo aver prestato la propria opera limitatamente alle urgenze, almeno in un primo momento, riuscirono poi invece a proseguire le terapie necessarie a garantire la salute di tutti.

Oggi possiamo dire che il Covid è solo un ricordo. Ma possiamo aggiungere anche che ha lasciato, nella categoria, un ricordo utile, un'esperienza preziosa per ricordare, ricordarci, che tutti siamo medici e come tali abbiamo il dovere di perseguire la salute di coloro che si affidano a noi.

Nessuno ha dimenticato le lunghe e pazienti code nei giorni delle elezioni, sulla strada, causate dalle restrizioni agli ambienti chiusi nei quali erano allestite le commissioni e le cabine elettorali. Non mancarono le difficoltà e le proteste per tali difficoltà.

Le votazioni tuttavia giunsero al termine con l'elezione, appunto, degli uscenti Consigli, di Medici e Odontoiatri. Trascorsi questi tempi diciamo bui, si poté tornare a svolgere come sempre le funzioni cui l'Ordine e le sue Commissioni sono deputati: aggiornamento, attività politica in senso collaborativo con gli altri organi della sanità, attività divulgativa con i giovani iscritti e assistenziali con i meno giovani, collaborazioni con sindacati e Università, attività disciplinare.

Ricordiamo quindi anche l'aspetto culturale mai accantonato dalla Commissione Odontoiatri, a ciò istituzionalmente deputata, che ha prodotto il corso di grande successo organizzato dalla CAO Verona e ODM di Verona, tenuto dal Professor Mattina dell'università di Milano, sull'antibioticoresistenza, topic attualissimo e molto sentito dai numerosi odontoiatri e medici partecipanti. Il corso tenuto sempre dal medesimo relatore, verrà perciò replicato nel 2024.

Ora tutto questo fa parte del passato ed è necessario invece guardare al futuro. Il futuro prossimo. Esso si gioca naturalmente sui tavoli dell'informatica, sia da un punto di vista scientifico che professionale che divulgativo. L'Intelligenza Artificiale, AI o IA che dir si voglia, è sulla bocca di tutti. Ma sappiamo bene cos'è?

Lungi da noi la pretesa di una relazione scientifica sull'argomento, non possiamo però pensare che sia "la soluzione". L'IA è uno "strumento", non è l'attore. Sinteticamente l'IA è

uno strumento di calcolo che basandosi su numeri enormi di esperienze, incredibilmente maggiori di quelli che qualsiasi mente umana può contenere, da questa deduce dei risultati probabilistici, bisogna sottolineare probabilistici, che portano a risultati sempre probabilisticamente certi.

Quindi affidabile e utile di sicuro, ma non creativa. L'IA cioè, non è in grado di creare un'idea, di ideare, di pensare, almeno per ora, ma gode tuttavia di una capacità di calcolo che sarebbe sciocco non sfruttare.

Ovviamente la medicina, tutta, anche l'odontoiatria, stanno cercando di utilizzare al meglio queste capacità e quindi l'informatica in questo senso sta entrando prepotentemente nella professione.

Si potrà dire, a tempi brevi, che IA sarà indispensabile, padrona della professione? Occorrerà pensare che non si potrà esercitare l'odontoiatria senza farne uso?

Si, probabilmente si.

Sia nel senso della pratica professionale sia in senso garantista dei propri risultati e quindi a tutela dell'esercizio anche legalmente.

Quindi le università potranno smettere di insegnare?

Si potrebbe pensarlo.

Le strutture ospedaliere non necessiteranno più di sentimenti umani?

I pazienti non solo si rivolgeranno solo al Dott. Google ma si faranno curare le patologie orali dal suo collaboratore Dott. Robot? Questo invece non vogliamo pensarlo.

Relazione attività Commissione Luciano Vettore

DR. FRANCESCO ORCALLI

COORDINATORE E REFERENTE PER IL CONSIGLIO

La Commissione Aggiornamento Professionale Continuo e Cultura è stata nominata dal Consiglio dell'Ordine il 27.02.2018 per il triennio 2018/2020 con Francesco Orcalli come coordinatore e referente per il Consiglio.

È stata successivamente confermata per il quadriennio successivo.

Hanno fatto parte della Commissione:

- Massimiliano Bonifacio
- Ercole Concia (sostituito, nel 2024, dal Dott. Di Francesco Vincenzo).
- Elisa Cosaro
- Michele Gangemi
- Giuseppe Moretto
- Francesco Orcalli
- Donato Pace
- Giovanni Pizzolo
- Massimo Valsecchi
- Luciano Vettore

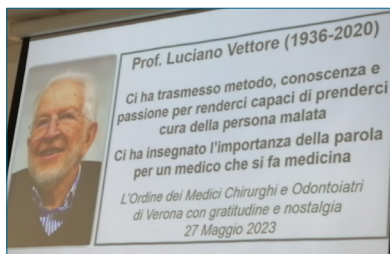
La Commissione, con la presidenza di Luciano Vettore, ha organizzato, in presenza, nell'aula Fazzini dell'Ordine, i seguenti eventi:

- 2018-06-21: **Testamento biologico e assistenza alla fine naturale della vita**, in sala Fazzini.
- 2018-10-18: **Le dimissioni protette**, in sala Fazzini.
- 2018-12-06: **Antibiotico resistenza e nuovo piano nazionale**, in sala Fazzini
- 2019-01-17: **Accanimento terapeutico e alimentazione forzata** in sala Fazzini.
- 2019-03-28: **Appropriatezza delle terapie nelle insufficienze respiratorie progressive**, in sala Fazzini.
- 2019-05-09: **La nuova RC sanitaria (Legge Gelli-Bianco)**

alla prova dell'evidenza giurisprudenziale medicolegale e assicurativa, in sala Fazzini.

- 2019-10-03: **Tra linee guida, storia del paziente e implicazioni legali**, in sala Fazzini.

Questa è stata l'ultima conferenza del Prof. Luciano Vettore, in ricordo del quale la Commissione ha deciso di assumere il nome di Commissione Vettore. In sua memoria è stata apposta una targa commemorativa in sala Fazzini.



- 2019-11-21: **Le problematiche amministrative e sanitarie dei pazienti irregolari**, in sala Fazzini.

In collaborazione con l'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona sono stati organizzati i seguenti eventi:

- 2019-01-16: **La salute sostenibile**, nella sala dell'Accademia dell'Agricoltura, Scienze e Lettere.
- 2019-09-20: **L'uso degli antibiotici negli umani e negli animali**, nella sala dell'Accademia dell'Agricoltura, Scienze e Lettere.
- 2019-10-18: **5000 anni di effetto placebo**, nella sala dell'Accademia dell'Agricoltura, Scienze e Lettere.

- 2019-11-12: **Lazzaretti e comunicazione sanitaria**, nella sala dell'Accademia dell'Agricoltura, Scienze e Lettere.
- 2022-11-23 **La salute false credenze e false speranze**. Relatori: Donato Greco. Evento tenuto in Accademia con trasmissione in diretta streaming

In collaborazione con l'Ordine degli Odontoiatri.

- 2019-10-26: **Doveri e responsabilità del Direttore Sanitario**, in sala Fazzini.

In collaborazione con la FEDERSPEV:

- 2019-05-30: **Quarant'anni di Servizio Sanitario Nazionale a Verona**.

2020: L'attività di formazione in presenza è stata sospesa durante la pandemia. La Commissione, che si riuniva on-line, si è concentrata nella produzione di documenti specifici. La scarsità di informazioni validate, che ha caratterizzato la prima parte della pandemia, ha indotto la Commissione a redigere e rendere pubbliche alcuni documenti di approfondimento e a fungere da punto di riferimento per l'Ordine di fronte alle richieste di chiarimenti.

Documenti elaborati dalla Commissione:

- **Covid 19 Test Anticorpali e FAQ**
- **Caratteristiche, efficacia e sicurezza dei vaccini anti-Covid 19 finora autorizzati in Europa**
- **Vaccinazioni anti covid in donne in gravidanza**
- **Contro indicazioni alla vaccinazione Covid 19**

- **Covid 19 le attuali evidenze scientifiche sulla terapia**
- **Indicazioni razionali per la certificazione dell'esenzione dalla vaccinazione contro il virus SARS-CoV-2.**
- **Aggiornamento sulle caratteristiche, efficacia e sicurezza dei vaccini anti-Covid 19 finora autorizzati in Europa.**

Con il 2021 sono ripresi i corsi in presenza.

2021

- 2021-04-15: **Farmaci biologici, una rivoluzione dallo specialista al MMG**
- 2021-05-20: **Per evitare che ti succeda.**
- 2021-06-03: **Pronto all'intervento**
- 2021-06-17: **Se ti succede**
- 2021-11-27: **Covid 19, le attuali evidenze scientifiche: i dati di evidenza su diagnostica e vaccinazioni**
- 2021-12-11: **Covid 19: le evidenze sulla terapia**

La Commissione, spinta anche dalla pandemia, ha iniziato adottare un sistema di formazione a distanza, dapprima con la Segreteria dell'Ordine ed in seguito con il provider Motus Animi (contratto del 2021), che ha permesso di fruire dei corsi sia in diretta sia sistema asincrono (con la possibilità, cioè di seguire il corso anche a distanza di tempo) sempre acquisendo i relativi crediti. Questa nuova modalità è stata molto apprezzata dai colleghi la cui partecipazione è venuta crescendo nel tempo.

In alcune occasioni si è mantenuto lo standard usuale, in presenza, per consentire la partecipazione di esperti per stimolare la partecipazione e le domande. Tutti gli eventi erano caratterizzati dalla modalità ECM.

2022

- 2022-11-22 **L'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in ambito territoriale** (anche fad asincrona)
- 2022-10-15 **Fibrosi cistica: una malattia che cambia** (anche fad asincrona)

- 2022 -06-18 **Nuove prescrivibilità ai tempi del covid-19: vademecum per addetti ai lavori** (anche fad asincrona)
- 2022-07-01 **Buon uso del sangue e degli emoderivati: aspetti clinici e organizzativi** (fad asincrona)
- 2022-04-02 **Aggiornamento covid-19 - non ne siamo ancora fuori** (anche fad asincrona)

2023

- 2023-01-28 **La medicina di genere** (anche fad asincrona)
- 2023-03-25 **Aggiornamenti in tema di tireopatie** (anche fad asincrona)
- 2023-04-29 **Menopausa.... un nuovo periodo della vita** (anche fad asincrona)
- 2023-05-27 **Libertà prescrittiva ai tempi dell'evidence based medicine** (anche fad asincrona)
- 2023-10-28 **Le cure palliative nell'epoca della medicina della cronicità** (anche fad asincrona)
- 2023-11-25 **Come comportarsi nelle urgenze/emergenze come educare i pazienti fragili ad affrontarle** (anche fad asincrona)
- 2023 -12-16 **Covid: dove abbiamo sbagliato, cosa abbiamo imparato** (residenziale e webinar)

2024

- 2024-04-13: **La celiachia non è più quella di una volta.**
- 2024-05-11: **Malattie ematologiche minori e rare: sono proprio "minori e rare"**
- 2024-06-15: **Le infezioni sessualmente trasmesse fra passato e presente: distruzione di falsi miti per un approccio consapevole.**

Prossimi eventi programmati 2024:

- 12 ottobre: **Invecchiamento e benessere: un binomio possibile.**

Programma preliminare

Moderatori: Dr. Vincenzo Di Francesco - Dott. ssa Denise Signorelli

Lo sguardo della ricerca sull'invecchiamento cerebrale: dalla cellula, alla molecola, alla funzione
prof. Gianluigi Zanusso, Verona

Appropriatezza terapeutica nella persona anziana: il "Deprescribing"
prof. Mauro Zamboni, Verona

Il benessere dell'anziano nelle RSA e a domicilio
Dr. Guglielmo Frapporti, Verona

Il servizio di "Presca in carico"
Dr. Paolo Costa, Verona

Quali modelli socio-sanitari per l'anziano fragile?
Dott.ssa Luisa Andreetta, Verona

Le decisioni per il fine vita
Dr. Giuseppe Moretto, Verona

- 16 novembre: **Il peso dell'obesità sulla nostra salute.**

Programma preliminare

Moderatori: Dott. Michele Gangemi, Dott. Vincenzo Di Francesco

Obesità infantile: non solo problema di peso, Dott. Claudio Maffei

Il progetto Obelisk, Dott.ssa Anita Morandi

L'impatto clinico dell'obesità in età adulta, Dott. Mauro Zamboni

I nuovi approcci farmacologici, Dott.ssa Gloria Mazzali

Ruolo e timing della chirurgia, Dott. Marco Battistoni

- 14 dicembre: **Epicrisi delle misure di contrasto messe in atto nei confronti della pandemia da Covid-19**

Programma preliminare

Moderatori: Dott. Giovanni Pizzolo

La risposta alle scelte di contrasto alla pandemia; dai lazzaretti al Green Pass, Dott. Massimo Valsecchi

2023

29 APRILE 2023
ORE 10:00

4,5 ECM

Live Webinar
MENOPAUSA.....
UN NUOVO PERIODO DELLA VITA

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
DR. DONATO PACE

PROGRAMMA
10.00 Saluti e introduzione
10.05 La menopausa fisiologica: nell'ambivalenza del tempo
10.10 Discussione
10.15 Gestione delle problematiche menopausali nell'ambivalenza fisiologica e patologica
10.20 Discussione
10.25 Menopausa e prevenzione
10.30 Discussione
10.35 Menopausa e prevenzione
10.40 Discussione
10.45 Menopausa e prevenzione
10.50 Discussione
10.55 Menopausa e prevenzione
11.00 Discussione
11.05 Menopausa e prevenzione
11.10 Discussione
11.15 Menopausa e prevenzione
11.20 Discussione
11.25 Menopausa e prevenzione
11.30 Discussione
11.35 Menopausa e prevenzione
11.40 Discussione
11.45 Menopausa e prevenzione
11.50 Discussione
11.55 Menopausa e prevenzione
12.00 Chiusura lavori e TACE ECM

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

27 MAGGIO 2023
ORE 09:30

4,5 ECM

Evento Residenziale + Webinar
LIBERTÀ PRESCRITTIVA AI TEMPI DELL'EVIDENCE BASED MEDICINE

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
GIOVANNI PIZZOLO

PROGRAMMA
09.30 Registrazione dei partecipanti
10.00 Presentazione e apertura della targa per il "First Lecture Award"
10.05 Introduzione e moderazione
10.10 Giovanni Pizzolo
10.15 Live guida a decisione clinica
10.20 Roberto Bazzani
10.25 Live guida a regolazione medico-legale
10.30 Domenico La Ferla
10.35 Tavola rotonda
10.40 Roberto Bazzani, Roberto Costelli, Donato Di Leo, Giorgio Arrivetti, Giancarlo Pizzolo, Massimo Volontini
10.45 Discussione
10.50 Terminate lavori e TACE ECM

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

16 DICEMBRE 2023
ORE 10:00

4,5 ECM

Evento Residenziale + Webinar
COVID: DOVE ABBIAMO SBAGLIATO, COSA ABBIAMO IMPARATO

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
DOTT. ERCOLE CONCIA

PROGRAMMA
10.00 Registrazione dei partecipanti e caffè di benvenuto
10.05 Introduzione
10.10 Epidemiologia e prevenzione:
M. Concia
10.15 La gestione ospedaliera:
C. Cacciatore
10.20 La gestione del ricovero:
C. Cacciatore
10.25 La gestione di sanità pubblica
M. Concia
10.30 Discussione
10.35 Conclusione
10.40 Chiusura dei lavori e compilazione del TACE ECM

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

2023

28 OTTOBRE 2023
ORE 10:00

4,5 ECM

Live Webinar
LE CURE PALLIATIVE NELL'EPOCA DELLA MEDICINA DELLA CRONICITÀ

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
GIUSEPPE MORETTO

PROGRAMMA
10.00 Saluti del Presidente OCM e introduzione di corso
C. Rossi
10.05 Moderatore: M. Concia
10.10 Moderatore: M. Concia
10.15 Moderatore: M. Concia
10.20 Moderatore: M. Concia
10.25 Moderatore: M. Concia
10.30 Moderatore: M. Concia
10.35 Moderatore: M. Concia
10.40 Moderatore: M. Concia
10.45 Moderatore: M. Concia
10.50 Moderatore: M. Concia
10.55 Moderatore: M. Concia
11.00 Moderatore: M. Concia
11.05 Moderatore: M. Concia
11.10 Moderatore: M. Concia
11.15 Moderatore: M. Concia
11.20 Moderatore: M. Concia
11.25 Moderatore: M. Concia
11.30 Moderatore: M. Concia
11.35 Moderatore: M. Concia
11.40 Moderatore: M. Concia
11.45 Moderatore: M. Concia
11.50 Moderatore: M. Concia
11.55 Moderatore: M. Concia
12.00 Chiusura dei lavori

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

25 NOVEMBRE 2023
ORE 10:00

4,5 ECM

Live Webinar
COME COMPORTARSI NELLE URGENZE/EMERGENZE COME EDUCARE I PAZIENTI FRAGILI AD AFFRONTARLE

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
DR. FRANCESCO ORCALLI

PROGRAMMA
10.00 Saluti
10.05 C. Rossi
10.10 Moderatore: M. Concia
10.15 Moderatore: M. Concia
10.20 Moderatore: M. Concia
10.25 Moderatore: M. Concia
10.30 Moderatore: M. Concia
10.35 Moderatore: M. Concia
10.40 Moderatore: M. Concia
10.45 Moderatore: M. Concia
10.50 Moderatore: M. Concia
10.55 Moderatore: M. Concia
11.00 Moderatore: M. Concia
11.05 Moderatore: M. Concia
11.10 Moderatore: M. Concia
11.15 Moderatore: M. Concia
11.20 Moderatore: M. Concia
11.25 Moderatore: M. Concia
11.30 Moderatore: M. Concia
11.35 Moderatore: M. Concia
11.40 Moderatore: M. Concia
11.45 Moderatore: M. Concia
11.50 Moderatore: M. Concia
11.55 Moderatore: M. Concia
12.00 Chiusura dei lavori

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

2024

13 APRILE 2024
ORE 10:00

4,5 ECM

Live Webinar
LA CELIACHIA NON È PIÙ QUELLA DI UNA VOLTA!

RESPONSABILI SCIENTIFICI:
DOTT. MICHELE GANGEMLI, DOTT. VINCENZO DI FRANCESCO

PROGRAMMA
10.00 Introduzione di corso e moderazione
M. GangeMLI
10.05 Celiachia. Quattro dilemmi etici. Quando prescrivere?
M. GangeMLI
10.10 Quali esami si diagnosticano?
M. GangeMLI
10.15 Come fare una corretta dieta senza glutine.
M. GangeMLI
10.20 Discussione
10.25 Moderatore: M. Concia
10.30 Discussione
10.35 Chiusura dei lavori

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

2024

11 MAGGIO 2024
ORE 10:00

4,5 ECM

Live Webinar
MALATTIE EMATOLOGICHE MINORI E RARE: SONO PROPRIO "MINORI E RARE"?

RESPONSABILI SCIENTIFICI:
PROF. MASSIMILIANO BONIFACIO E PROF. GIOVANNI PIZZOLO

PROGRAMMA
10.00 Presentazione e introduzione
Moderatori: G. Pizzolo, M. Bonifacio
10.05 M. Bonifacio
10.10 M. Bonifacio
10.15 M. Bonifacio
10.20 M. Bonifacio
10.25 M. Bonifacio
10.30 M. Bonifacio
10.35 M. Bonifacio
10.40 M. Bonifacio
10.45 M. Bonifacio
10.50 M. Bonifacio
10.55 M. Bonifacio
11.00 M. Bonifacio
11.05 M. Bonifacio
11.10 M. Bonifacio
11.15 M. Bonifacio
11.20 M. Bonifacio
11.25 M. Bonifacio
11.30 M. Bonifacio
11.35 M. Bonifacio
11.40 M. Bonifacio
11.45 M. Bonifacio
11.50 M. Bonifacio
11.55 M. Bonifacio
12.00 Chiusura lavori

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

15 GIUGNO 2024
ORE 10:00

4,5 ECM

Live Webinar
LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE TRA PASSATO E PRESENTE: DISTRUZIONE DI FALSI MITI PER UN APPROCCIO PIÙ COORDINATO

RESPONSABILI SCIENTIFICI:
DOTT.SSA ELISA COSARO, DOTT.SSA MADDALENA CORDIOLI

PROGRAMMA
10.00 Presentazione
10.05 Moderatore: M. Concia
10.10 Moderatore: M. Concia
10.15 Moderatore: M. Concia
10.20 Moderatore: M. Concia
10.25 Moderatore: M. Concia
10.30 Moderatore: M. Concia
10.35 Moderatore: M. Concia
10.40 Moderatore: M. Concia
10.45 Moderatore: M. Concia
10.50 Moderatore: M. Concia
10.55 Moderatore: M. Concia
11.00 Moderatore: M. Concia
11.05 Moderatore: M. Concia
11.10 Moderatore: M. Concia
11.15 Moderatore: M. Concia
11.20 Moderatore: M. Concia
11.25 Moderatore: M. Concia
11.30 Moderatore: M. Concia
11.35 Moderatore: M. Concia
11.40 Moderatore: M. Concia
11.45 Moderatore: M. Concia
11.50 Moderatore: M. Concia
11.55 Moderatore: M. Concia
12.00 Chiusura lavori

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

12 OTTOBRE 2024
ORE 10:00

4,5 ECM

Live Webinar
INVECCHIAMENTO E BENESSERE: UN BINOMIO POSSIBILE?

Responsabile Scientifico:
Dr. Giuseppe Moretto, Dr. Vincenzo Di Francesco

PROGRAMMA
10.00 Presentazione
Moderatori: M. Concia, M. GangeMLI
10.05 M. GangeMLI
10.10 M. GangeMLI
10.15 M. GangeMLI
10.20 M. GangeMLI
10.25 M. GangeMLI
10.30 M. GangeMLI
10.35 M. GangeMLI
10.40 M. GangeMLI
10.45 M. GangeMLI
10.50 M. GangeMLI
10.55 M. GangeMLI
11.00 M. GangeMLI
11.05 M. GangeMLI
11.10 M. GangeMLI
11.15 M. GangeMLI
11.20 M. GangeMLI
11.25 M. GangeMLI
11.30 M. GangeMLI
11.35 M. GangeMLI
11.40 M. GangeMLI
11.45 M. GangeMLI
11.50 M. GangeMLI
11.55 M. GangeMLI
12.00 Chiusura lavori

COME ISCRIVERSI?
1. Andare sul sito: www.motusnimi.it (iscrizione online)
2. Selezionare nel menu a tendina il titolo dell'evento
3. Inserire i propri dati
4. Cliccare su Registrati ed iscrivi

Relazione attività Commissione Territorio Ospedale

DR. FRANCESCO ORCALLI

COORDINATORE E REFERENTE PER IL CONSIGLIO

La Commissione territorio Ospedale è stata nominata dal Consiglio dell'Ordine il 27/02/2018 per il triennio 2018\2020 con Francesco Orcalli come coordinatore e referente per Il Consiglio.

È stata successivamente confermata per il quadriennio successivo.

Hanno fatto parte della commissione:

- Ordine: Orcalli Francesco, Moretto Giuseppe, Costa Paolo, Valsecchi Massimo
- Aulss9 Scaligera: Signorelli Denise, Poppini Pia, Zanetti Nicola
- AOUI: Di Francesco Vincenzo, Carlucci Matilde, Cametti Elisa
- Ospedalità Privata: Facincani Fabio, Brunelli Davide, Bongiovanni Giulio
- Territorio: Bellamoli Sandro, Bertaso Franco, Mirandola Franca
- Ospedale: Silvestre Giuseppe, Elio Amedeo

La Commissione si è trovata ad operare durante il periodo pandemico che ha reso drammaticamente evidente che solo una stretta e coordinata integrazione fra la medicina territoriale e quella ospedaliera poteva garantire il livello di assistenza sanitaria richiesto dalla popolazione. La modalità di lavoro si è, così, concentrata nell'identificare i problemi rilevanti in campo, con il superamento di polemiche sterili e con la proposizione di soluzioni concordate. Il lavoro è stato organizzato attraverso un lavoro di confronto su documenti proposti da sottocommissioni formate con il coinvolgimento anche di esperti esterni. A questo scopo, per la prima volta, la Commissione è stata allargata, oltre che ai medici dipendenti e convenzionati, anche ad altre figure professionali e ad altre realtà importanti del mon-

do sanitario provinciale: le direzioni sanitarie degli ospedali dell'ASL 9 e dell'Azienda Ospedaliera clinicizzata e le due strutture private convenzionate di Negrar e di Peschiera. Questa dilatazione ha permesso un dibattito più ampio dei temi trattati; le conclusioni ed i suggerimenti che ne sono scaturiti sono state apprezzate anche nelle sedi istituzionali.

Tutti i documenti approvati dalla commissione sono stati ratificati dal consiglio dell'Ordine.

- **Documento di informazione sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e sulla pianificazione condivisa delle cure (PCC).** (febbraio 2020)

L'approvazione della legge 219/2017 ha imposto una riflessione alla commissione che, con un serrato confronto con i comitati etici, ha concordato l'approvazione di un documento esplicativo e del relativo modello esemplificativo, offerto ai medici e alle amministrazioni comunali.

- **Cure Palliative in Provincia di Verona.** (settembre 2020)

Successivamente è stato affrontato il tema delle cure palliative in provincia di Verona. È stata effettuata una ricognizione della situazione vigente in tutta la provincia e si sono proposti suggerimenti migliorativi.

- **Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post COVID.** (novembre 2020)

La pandemia da Covid 19 ha messo in evidenza diverse criticità del SSN; la commissione ha avanzato una serie di proposte di riorganizzazione della medicina territoriale che sono state riprese in diverse pubblicazioni.

- **Proposte per il miglioramento dei rapporti fra sanità territoriale, specialistica ambulatoriale e ospedaliera.** (settembre 2020)

Si sono poi preparati documenti per il miglioramento dei rapporti tra sanità territoriale e specialistica territoriale e ospedaliera, ragionando sugli aspetti generali, sul passaggio di informazioni tra professionisti, sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e sull'adozione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

- **Tema: certificazioni INAIL.** (giugno 2023)

Sul piano informativo sono stati preparati vademecum operativi sulle certificazioni INAIL, partendo dalle disposizioni di legge e con il contributo dei dirigenti medici dell'Istituto.

- **Tema: certificazione telematica di malattia.** (giugno 2023)

Sul capitolo controverso della certificazione di malattia sono state date direttive, partendo dalla legge e dalle direttive ministeriali sulla certificazione telematica.

- **La presa in carico del paziente e i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali** (giugno 2024)

Si tratta di riflessioni e proposte operative sulla presa in carico del paziente e sui percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali sulla base delle leggi e delle relative circolari regionali. Tutti i documenti approvati sono stati inviati a tutti i medici iscritti all'albo, ai sindacati medici, alla federazione regionale e nazionale degli ordini, alla regione e alle Ulss di competenza.

DOCUMENTO di INFORMAZIONE SULLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) e sulla PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (PCC)

CHE COSA SONO LE DAT

La legge 219/2017 stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata.

Secondo la suddetta legge ogni persona deve ricevere dai medici curanti tutte le informazioni necessarie al fine di poter prendere liberamente e consapevolmente le decisioni relative alle cure cui essere sottoposta e deve essere supportata nel programmare il proprio percorso di cura, secondo le proprie convinzioni e le proprie preferenze. Fino al momento in cui la persona assistita è in grado di comprendere, di decidere e di comunicare, essa esprime direttamente il consenso o il dissenso alle cure che le sono proposte dai medici curanti. La persona assistita, se preferisce, può rifiutare in tutto o in parte le informazioni, ovvero può indicare una persona di sua fiducia o un familiare, che esprime il consenso in sua vece.

Per decisioni future, riguardanti situazioni in cui la persona non fosse più cosciente o non fosse più in grado di prendere decisioni, la legge prevede la possibilità di lasciare disposizioni anticipate di trattamento (in forma abbreviata DAT), che i medici sono tenuti a rispettare, nel momento in cui la persona non è più in grado di esprimere la propria volontà.

Le DAT possono essere compilate sia da una persona che si trova ancora in condizioni di salute, sia da una persona che si trova già in condizioni di malattia.

Le DAT devono essere compilate in forma scritta; nel caso in cui le condizioni della persona non lo consentono, si possono utilizzare video-

registrazioni o sistemi elettronici che permettono di comunicare.

Compilare le DAT non è un obbligo. Compilare o non compilare le DAT è una valutazione che ogni persona deve fare in base alle proprie convinzioni personali. In tale valutazione è opportuno tenere conto del fatto che i medici, sia secondo il codice deontologico che secondo la legge, hanno il dovere di prescrivere solo trattamenti appropriati ed eticamente proporzionati, cioè di reale beneficio per la persona assistita.

Le volontà espresse nelle DAT debbono essere rispettate dai medici curanti, con le sole eccezioni previste per legge, illustrate di seguito in questo stesso documento.

Le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in qualsiasi momento.

Oltre alle DAT, che possono essere compilate sia da persone sane che già ammalate, per la persona già affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, la legge prevede una possibilità aggiuntiva, quella della Pianificazione Condivisa delle Cure (indicata con la sigla PCC).

CHE COS'È LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

La Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) consente alla persona affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, di concordare anticipatamente con i curanti le future scelte di cura, decidendo progressivamente lungo il percorso di cura a quali cure si desidera essere sottoposti ed a quali no. Le scelte di cura condivise vengono registrate in cartella clinica ed i medici curanti sono tenuti a rispettarle.

La differenza tra DAT e PCC consiste nel fatto che nelle DAT le disposizioni riguardano situazione ipotetiche e imprevedibili del futuro; nella PCC, invece, i curanti possono prevedere con sufficiente anticipo e con buona probabilità l'evoluzione di una ma-

lattia già in atto; di conseguenza nel caso delle PCC la persona assistita può concordare anticipatamente assieme ai suoi curanti le proprie scelte di cura rispetto a situazioni prevedibili, perché già in atto ed in corso di evoluzione.

COSA FARE PRIMA DI COMPILARE LE DAT

Ogni persona che desidera compilare le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), deve poterlo fare in modo pienamente informato e consapevole. Prima di compilare le proprie DAT sono opportuni almeno tre passaggi.

Il primo passaggio consiste nel prendersi un po' di tempo. È necessario infatti che chi vuole compilare le DAT rifletta sui propri valori, sulla propria esperienza di vita, su ciò che intende per qualità della vita, e infine sul significato che attribuisce all'esperienza della propria malattia e della propria morte.

Per svolgere al meglio questa riflessione, può essere utile porsi alcune domande:

- Qual è per me il senso di "una vita dignitosa ed accettabile", quali sono le condizioni di vita nelle quali non vorrei assolutamente trovarmi a sopravvivere?
- Quando io mi venissi a trovare in condizioni di vita inaccettabili, secondo i miei valori e la mia concezione di vita, fino a che punto vorrei che il personale sanitario si adoperasse per mantenermi in vita?
- Quali sono le mie opinioni rispetto a trattamenti invasivi e gravosi, come ad esempio la rianimazione cardiopolmonare, la nutrizione ed idratazione artificiale, l'utilizzo di apparecchiature meccaniche per il supporto alla respirazione e ad altre funzioni vitali, la dialisi, etc.). Voglio che trattamenti invasivi e gravosi mi vengano praticati solo in caso di possibilità di guarigione o di reale miglioramento della qualità di vita, oppure in ogni caso, anche se dovessero risultare dolorosi o invalidanti? Quali sono i miei desideri in merito alla sedazione palliativa terminale, con questo termine, secondo il Comitato Na-

zionale per la Bioetica, si intende la somministrazione intenzionale al paziente che si trovi in condizione di malattia terminale inguaribile ed in prossimità della morte, di farmaci ipnotici alla dose necessaria per ridurre il livello della coscienza fino ad annullarla, allo scopo di alleviare o abolire la percezione di sintomi fisici e/o psichici ormai incontrollabili e refrattari ai trattamenti, pertanto causa di dolore intollerabile per il paziente.

Il secondo passaggio è quello di **parlare della propria volontà di compilare le DAT con una persona competente**, ad esempio il proprio medico di famiglia, o comunque un medico di fiducia. È meglio programmare questo incontro, in modo da disporre di un po' di tempo per discutere in tranquillità, in uno scambio improntato alla fiducia reciproca. Al medico si potranno chiedere le informazioni relative ai diversi trattamenti, con lui si potranno chiarire i propri dubbi e discutere le proprie scelte di cura per il futuro.

Non si possono fare decisioni realmente consapevoli senza avere preso sufficienti informazioni mediche e una discussione con un medico di fiducia prima di compilare le DAT è indispensabile.

Il terzo passaggio è quello di **condividere queste riflessioni con le persone più vicine e care**. Fare questo è fondamentale perché permette di chiarire il proprio progetto di vita rispetto ad eventuali gravi difficoltà di salute future, confrontandosi con le persone più prossime e coinvolgendole in questo processo.

IL RUOLO DEL FIDUCIARIO

Le decisioni che la persona prende hanno effetti rilevanti sulle persone che la circondano. Sono infatti le persone più prossime che diventeranno i testimoni del progetto di cura del loro caro, sono loro che lo faranno conoscere ed aiuteranno a portarlo a compimento, nel momento in cui la persona non sarà più in grado di farlo. Per questo è importante che la persona interessata alle DAT condivida le proprie idee per il futuro con i propri

cari e **sceglia una persona di fiducia (il fiduciario)** che, come la legge prevede, porterà a conoscenza le sue volontà e la rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. **Non è necessario che il fiduciario sia un familiare, ma può essere qualsiasi persona di fiducia del disponente**; sarebbe possibile nominare anche più di un fiduciario, ma questo non è consigliabile per evitare difformità di pareri tra essi. La legge prevede che il fiduciario debba essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, che deve condividere con il disponente le preferenze che riguardano i trattamenti futuri, partecipare alla stesura delle DAT e firmarle a sua volta come segno di accettazione del suo ruolo.

Designare un fiduciario non è obbligatorio, ma è una cosa molto importante poiché è la persona di fiducia di chi lascia le DAT, che nei futuri rapporti con i curanti potrà rappresentarla quando non sarà più in grado di farlo da sola. In caso di necessità di **cambiare il fiduciario**, è possibile farlo in qualsiasi momento, scrivendo un altro documento.

La figura del fiduciario, con analoghe funzioni, è prevista anche nei percorsi di Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC).

COSA SCRIVERE NELLE DAT

Vi sono alcuni aspetti importanti da tenere presente:

nelle DAT si possono esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari nonché il consenso e il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

1. **nelle DAT** non possono essere richiesti trattamenti sanitari contrari a norme di legge ed alla deontologia professionale (cioè trattamenti allo scopo di provocare direttamente la morte), o alle buone pratiche clinico-assistenziali (cioè trattamenti che non abbiano indicazione clinica)
2. **è utile scrivere nelle DAT non solo quello che non si vuole, ma anche quello che si desidera venga fatto**, ad esempio: sedazione palliativa profonda e continua

per il controllo dei sintomi gravi ed incontrollabili

3. **è importante che il testo delle DAT contenga l'evidenza che la persona che lo scrive abbia discusso con il proprio medico di fiducia e con il proprio fiduciario ed abbia acquisito le informazioni necessarie per assumere le sue decisioni**

COME SCRIVERE LE DAT

Per quanto riguarda il modo di esprimere le DAT, sono in circolazione diversi tipi di moduli già predisposti, si tratta di solito di **moduli con opzioni a crocetta** sui quali indicare se si accettano o meno determinati trattamenti, che sono i più comuni nelle situazioni di fine vita.

Il rischio di tale modulistica, spesso eccessivamente schematica, è che la persona disponente si concentri esclusivamente sulla compilazione del modulo, trascurando di confrontarsi con il medico di fiducia e con il proprio fiduciario.

Un percorso di relazione con un medico di fiducia e con il proprio fiduciario è il metodo più efficace per compilare le DAT in maniera realmente informata e consapevole, per farle conoscere in caso di futura incapacità e sostenerle nel loro significato autentico.

Compilare le DAT esprimendosi in forma aperta rispetto ai propri valori, alla propria visione di vita accettabile o inaccettabile in condizione di grave malattia e facendo riferimento alle proprie volontà circa i trattamenti più comuni nel fine vita, in una eventuale condizione di incapacità futura del disponente le DAT renderà più facile al proprio fiduciario e ai medici curanti assumere le decisioni più rispettose della propria volontà, anche per situazioni che non fossero state previste nelle DAT e che potrebbero comunque verificarsi.

CHE GARANZIA ABBIAMO CHE QUELLO CHE SCRIVIAMO SARÀ RISPETTATO

Le DAT sono vincolanti per il medico, che ha il dovere di rispettarle.

La legge prevede tuttavia che il medico possa disattendere le disposizioni lasciate, in tutto o in parte, quando:

- esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente
- sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita

Questo solo se vi è accordo tra i curanti ed il fiduciario, in caso contrario la legge prevede l'intervento del giudice tutelare.

COME SCRIVERE UN DOCUMENTO CHE SIA VALIDO

La forma delle DAT è disciplinata all'art. 4 comma 6 della legge n. 219/2017 e sono previsti tre modalità:

- **un atto pubblico:** è un documento redatto con particolari formalità (stabilite dalla legge) da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato a redigere atti pubblici. Per il caso specifico del documento di Disposizioni Anticipate di Trattamento, *l'atto pubblico deve essere redatto da un notaio che trascrive quello che gli diciamo ed in questo modo certifica la nostra volontà.*
- una **scrittura privata autenticata:** è un documento sottoscritto (cioè firmato) da un cittadino per il quale la firma sia autenticata dal notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato. La differenza rispetto all'atto pubblico è che con questa modalità (scrittura privata autenticata) *la dichiarazione è scritta dalla persona ed il pubblico ufficiale si limita ad attestare che il dichiarante l'ha firmata in sua presenza.* In questo ultimo caso, è possibile preparare il documento a casa e portarlo di persona presso il pubblico ufficiale; è comunque necessario firmare il documento in sua presenza ed il pubblico ufficiale provvederà alla autenticazione della stessa, ma non fornisce alcuna garanzia riguardo al contenuto.
- una **scrittura privata** (cioè un documento, anche non autenti-

cato) consegnata personalmente dal dichiarante presso l'Ufficio dello stato civile del Comune di residenza che provvede all'annotazione in un apposito registro, dove istituito (come da circolare già emanata del Ministero dell'Interno). Tale registro è attualmente presente in molti comuni della provincia di Verona. In questo caso, chi ritira il documento certifica solamente di averlo ricevuto.

Nota: le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

Nel caso in cui le condizioni fisiche della persona non consentano la redazione della scrittura **le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.**

In questo caso, è opportuno prendere contatto con il proprio medico di fiducia e concordare con lui la modalità più adeguata.

POSSIBILITÀ DI RINNOVO, MODIFICA o REVOCA DELLE DAT

Con le medesime forme di cui sopra le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

COME FAR CONOSCERE LE PROPRIE DAT

Quando si è scritto un documento, è importante che questo sia conosciuto dai curanti, in modo che le volontà della persona disponente possano essere rispettate. Allo scopo di rendere consultabili le DAT su tutto il territorio nazionale, il decreto 168/2019 del Ministero della Salute ha istituito la **Banca Dati Nazionale destinata alla registrazione delle DAT.**

Il suddetto decreto prevede:
- **a partire dal 1 febbraio 2020, copia delle DAT** che vengono depo-

sitate presso notai, comuni, altre strutture autorizzate, previo consenso dell'interessato, **vengano trasmesse alla Banca Dati Nazionale delle DAT.**

- copia delle **DAT raccolte prima del 1 febbraio 2020** vengano trasmesse da notai, comuni, altre strutture ove sono state depositate alla Banca Dati Nazionale delle DAT, entro il 31 luglio 2020.

Le DAT registrate presso la Banca Dati Nazionale in caso di necessità possono, attraverso adeguati meccanismi di identificazione che garantiscano la riservatezza, **essere consultate dai medici curanti.**

È comunque opportuno che la persona disponente faccia sì che le proprie DAT siano consultabili in caso di necessità e che ne consegua copia al fiduciario e al proprio medico di fiducia.

DALLE DAT ALLA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Se una persona che ha già compilato le DAT in precedenza, dovesse ammalarsi di una **malattia cronica, invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta,** è opportuno che essa **riprenda in mano il documento delle DAT** per valutare, insieme ai suoi curanti, le scelte di cura effettuate a suo tempo.

In tale situazione, i curanti possono insieme alla persona assistita e ai suoi familiari avviare un percorso di pianificazione condivisa delle cure, che prevede la condivisione delle scelte di cura e la loro registrazione in cartella clinica ed inoltre la possibilità per la persona assistita di indicare un fiduciario il cui nominativo può essere registrato in cartella clinica. La PCC ha lo stesso valore delle DAT, pertanto nelle situazioni suddette non è necessario riformulare le DAT.

La persona che però desiderasse farlo può riformulare le proprie DAT nelle modalità previste.

Revisione del 15 febbraio 2020 (approvata dai Comitati Etici di OMCeO Verona, ULSS 9, AOUI di Verona).

MODELLO ESEMPLIFICATIVO PER COME COMPILARE LE DAT Disposizioni anticipate di trattamento (Legge 219/2017)

N.B. questo modello è un esempio da personalizzare caso per caso e da compilare, dopo aver acquisito le informazioni mediche necessarie, con il supporto di un medico di fiducia

Nome
Cognome
Nato il a Provincia (.....)
Residente in via n.
CAP Città
Documento di identità
Codice fiscale.....
Recapito telefonico
Indirizzo mail

Testo libero (La compilazione di questa parte di testo libero ha lo scopo di descrivere le proprie convinzioni personali, la propria visione di vita accettabile o inaccettabile in caso di malattia, le proprie preferenze per trattamenti medici da praticare o da non praticare in caso di impossibilità ad esprimere il consenso o dissenso alle cure. La compilazione di questa parte di testo libero non è obbligatoria, ma le indicazioni di tipo generale qui espresse potranno essere utili per interpretare le sue volontà future, anche in situazioni non espressamente previste nelle disposizioni di seguito)

.....
.....
.....

- alla luce delle convinzioni e delle preferenze suddette
- nella mia piena capacità di intendere e volere
- dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche (specificare le modalità)

.....
.....

- nominativo e recapito del professionista/professionisti consultato/i (dati non obbligatori, ma raccomandati per eventuale necessità di contatto)

.....
.....

- in piena libertà di scelta e consapevole delle conseguenze delle mie scelte di seguito indicate
- informato del fatto che queste disposizioni perderanno validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o modificarle e sostituirle con successivo atto scritto

DISPONGO quanto segue:

DISPOSIZIONI GENERALI:

Qualora venissi a trovarmi nella condizione di perdita completa della capacità di decidere e di esprimere il consenso o il dissenso informato e venissi a trovarmi in una delle seguenti condizioni di malattia:

- **Malattia allo stadio terminale (di qualsiasi origine)**
- **Malattia o lesione neurologica totalmente invalidante con perdita permanente e non suscettibile di recupero della capacità di decidere**

E qualora nelle condizioni suddette mi venissi a trovare in una o più delle condizioni di seguito elencate:

- **Arresto cardio-respiratorio**

(di seguito esponga le sue volontà rispetto ad essere sottoposto o non essere sottoposto a trattamento di rianimazione cardiopolmonare)

.....
.....

- **Insufficienza respiratoria non responsiva a trattamenti medici**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di ventilazione meccanica invasiva e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di ventilazione meccanica invasiva)

.....
.....

• **Insufficienza cardio-circolatoria**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di supporto cardiocircolatorio con farmaci o dispositivi strumentali e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di supporto cardiocircolatorio con farmaci o dispositivi strumentali)

.....
.....

• **Impossibilità ad alimentarmi o idratarmi per via naturale**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di nutrizione ed idratazione artificiale e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di nutrizione ed idratazione artificiale)

.....
.....

• **Insufficienza renale**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamento di dialisi e nel caso fosse già in atto a continuare o non continuare trattamento di dialisi)

.....
.....

Sintomi non rispondenti ai trattamenti (refrattari) che producano gravi sofferenze

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad essere sottoposto o non essere sottoposto a trattamento di sedazione palliativa profonda continua)

.....
.....

ALTRE DISPOSIZIONI PARTICOLARI:

Ad esempio rispetto alla trasfusione di sangue o suoi derivati, oppure per trattamenti per altre condizioni non previste in elenco:

.....
.....

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Nomino come mio fiduciario la persona di seguito indicata:

Sig./Sig.ra
Nato/a il a Provincia (.....)
Residente a Provincia (.....)
In via n.
Documento di identità
Codice fiscale.....
Recapito telefonico
Indirizzo mail

- che si impegna ad accertare e garantire il rispetto delle mie volontà dichiarate nel presente documento, a fare le mie veci e a rappresentarmi nelle relazioni con il medico e con il personale sanitario
- a lui consegno copia delle mie DAT
- sono a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con atto scritto, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione
- autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 196/2003 e regolamento UE 679/2016.
- queste mie volontà sono depositate in originale presso:

.....

Si allega copia dei documenti del disponente e del fiduciario

Luogo e data

Firma del disponente

Firma del fiduciario

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario, per morte, incapacità o sopravvenuta rinuncia, o irreperibilità in tempo utile, sia nella impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo:

Sig./Sig.ra
 Nato/a il a Provincia (.....)
 Residente a Provincia (.....)
 In via n.
 Documento di identità
 Codice fiscale
 Recapito telefonico
 Indirizzo mail

Si allega copia dei documenti del fiduciario sostituto

Luogo e data

Firma del disponente

Firma del fiduciario sostituto

Revisione del 19 -8 - 2020

CURE PALLIATIVE IN PROVINCIA DI VERONA

Premessa

Bisogni di Cure Palliative (CP) per adulti in Italia: circa 600.000 persone, 40% con malattia oncologica, 60% con malattie croniche progressive non oncologiche (neurodegenerative, cardiologiche, pneumologiche, nefrologiche). Bisogni di CP in Veneto: circa 50.000 persone (dati della Regione del Veneto del 2017).

Le CP sono un diritto per tutti i cittadini bisognosi, secondo la legge 38/2010. LE CP sono state inserite tra i LEA nel 2017.

Tuttavia, nonostante il quadro normativo chiaro, la % di cittadini che accedono alle CP nel nostro Paese è ancora minoritaria e limitata per lo più a malati nelle ultime settimane di vita. Mentre invece è oramai accertato che la presa in carico precoce (CP precoci e simultanee) migliora la qualità di vita, talvolta allunga la durata della vita e soprattutto favorisce la scelta dei percorsi terapeutici più consoni alle aspettative e ai desideri delle persone malate (come enunciato nella Legge 219 /2017 su DAT e Pianificazione Condivisa delle Cure).

L'emergenza Covid ha rimarcato le criticità già note nell'ambito delle malattie croniche, ma ha anche fatto emergere la necessità di attivare per-

corsi di CP in condizioni di acuzie (1,2) La rete delle CP del Veneto.

La DGR 553 del 30 aprile 2018 (3) stabilisce la organizzazione della rete locale delle CP, i setting di cura (prevalentemente domicilio e hospice), i criteri di accesso alla rete, i livelli di base e specialistici di CP erogati e il ruolo dell'ospedale. Quest'ultimo in particolare è chiamato a sostenere e garantire la continuità assistenziale in uscita attraverso la cosiddetta "dimissione protetta" e in entrata attraverso l'individuazione di percorsi ad hoc per pazienti in CP domiciliari, che necessitano di cure ospedaliere.

Il modello veneto di CP funziona bene laddove vi è forte integrazione tra ospedale e territorio, le risorse umane allocate nel territorio sono sufficienti e le competenze in "CP di base" degli operatori sono diffuse.

Cure Palliative a Verona

Anche nel territorio della Provincia di Verona la rete locale delle CP non è ancora del tutto sufficiente a coprire i bisogni delle persone con malattie croniche progressive, per il sommarsi delle tre cause sopra citate.

Infatti le équipes multidisciplinari e multiprofessionali previste in ciascuno dei 4 Distretti dell'ULSS 9, pur in via di completamento, mancano di personale infermieristico dedicato con impossibilità di assicurare un servizio

di continuità di assistenza di 24 ore su 24 per sette giorni alla settimana.

Questo è spesso causa di disorientamento e "senso di abbandono" da parte del paziente o di chi lo cura, soprattutto al sopraggiungere di complicanze od urgenze impreviste cui le strutture (Medico di Continuità Assistenziale, 118, P.S.) non sanno dare una risposta adeguata.

Le CP richiedono competenze e formazione in tutto il personale sanitario coinvolto nella loro erogazione.

Attualmente, nelle prestazioni di CP, viene impiegato il personale del servizio domiciliare di ADI talora numericamente insufficiente, con preparazione e inquadramento disomogenei (sanitari del SSN e di cooperative), senza reperibilità nelle 24 ore.

Le équipes mancano inoltre di psicologi, la cui attività è in parte coperta da associazioni del terzo settore; mancano le figure dell'assistente spirituale, del fisioterapista, del logopedista.

Tutti questi fattori determinano:

- a) ricoveri frequenti e inappropriati, che comportano aumento del carico di sofferenza e disagio per le persone malate e le loro famiglie e costi inutili per il SSN;
- b) assistenza domiciliare insufficiente;
- c) accessi difficili in Hospice.

Suggerimenti per migliorare i servizi di CP a Verona:

1. Formazione

- L'AOUI ha finanziato Corsi di formazione in CP destinati a Medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali per fornire conoscenze e competenze di base in CP. Il primo corso, della durata di 70 ore per un totale di ECM <130, destinato a 25 partecipanti interni ed esterni alla AOUI, è stato completato in ottobre 2018, il secondo corso, che ha vinto il "premio Filippo Basile 2019 per la Formazione nella Pubblica Amministrazione", è stato completato in ottobre 2019, il terzo Corso, che partirà in settembre c.a., ha già completato le iscrizioni e sarà necessario procedere ad ulteriori eventi formativi analoghi. La Scuola di Medicina dell'Università di Verona ha recepito le istanze di formazione nel campo delle CP e a gennaio 2020 è partito un Master di I° livello in CP, cui partecipano prevalentemente allievi provenienti da fuori provincia di Verona e da altre regioni.
- **È auspicabile che la formazione in CP sia maggiormente diffusa tra il personale sanitario della AULSS 9 e della AOUI**
- **È necessario portare a compimento la legge 219/2017 mettendo a disposizione dei cittadini un documento semplice per la compilazione delle Direttive Anticipate di Trattamento (DAT), che sia inserito nel fascicolo elettronico sanitario individuale.**

2. Attività assistenziale

Nell'estate 2019 è stato messo a punto un protocollo condiviso tra AOUI e AULSS 9 sulle dimissioni protette delle persone che necessitano di essere avviate alle CP a domicilio o in Hospice. L'Ordine dei Medici ha svolto un ruolo proattivo importante (4,5).

L'implementazione del protocollo, che prevede l'attivazione in GECOS ADP del percorso assistenziale "percorso 8 cure palliative" della COT, stenta a decollare.

È necessario completare l'organico dei Palliativisti operanti nel territorio omogeneizzando i 4 Distretti, garantire l'assistenza di infermieri dedicati con reperibilità h 24/7gg, e la presenza di altre figure professionali che, assieme al MMG, costituiscono l'equipe di CP (6 -Decreto rilancio del 20 maggio 2020).

L'accesso all'Hospice può e deve essere facilitato.

In AOUI è necessario:

- attivare PL di CP in alcune Unità Operative (Geriatrics in primis);
- attivare un ambulatorio di CP in AOUI per la presa in carico dei pazienti da seguire poi a domicilio con il Piano Assistenziale Individuale.

Il terzo settore, attraverso diverse Associazioni onlus operanti nel territorio, sta offrendo preziosi servizi alle persone malate e alle loro famiglie ad integrazione, e sempre meno in alternativa, del SSN.

È perciò necessario costituire una sorta di rete dei servizi che vadano ad integrarsi meglio con le attività e le finalità del SSN, con il potenziamento di quest'ultimo.

Essenziale è il ruolo dell'Ordine dei Medici nel promuovere miglioramenti dei servizi di Cure Palliative.

Bibliografia essenziale

- 1) <https://www.sicp.it/documenti/altri/2020/03/siaarti-raccomandazioni-di-etica-clinica-per-lammissione-a-trattamenti-intensivi-e-per-la-loro-sospensione/>
- 2) https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/04/Position-Paper-congiunto_020420.pdf
- 3) "Approvazione del percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta..." Regione del Veneto; DGR 553 del 30 aprile 2018
- 4) OMCeOVr - Prot 2181: Commissione Ospedale territorio- 15 marzo 2019
- 5) OMCeOVr- Commissione Ospedale territorio: Percorso per le dimissioni dei pazienti in fase avanzata di malattia - 12 giugno 2019
- 6) Decreto Rilancio del 20 maggio 2020 Titolo I° Salute e sicurezza - Art. 1 - Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale - Paragrafo 4:

Approvato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici C. e O. di Verona in data 08/09/2020

Documento approvato dalla Commissione Ospedale Territorio dell'Ordine dei Medici C. e O. di Verona nella seduta del 22/07/2020 e ratificato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici C. e O. in data 08/09/2020

PROPOSTE DI RIORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE POST COVID

1. Premessa

L'analisi di alcuni indicatori sanitari relativi all'impatto nel nostro Paese dell'epidemia da coronavirus, attual-

mente in fase di declino, evidenzia alcune differenze fra regioni limitrofe tanto marcate che è utile analizzarle per ricavarne indicazioni sia per la prossima (probabile) fase endemica sia, più in generale, per l'organizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali. ⁽¹⁾

Il confronto risulta importante sotto diversi aspetti, e non solo per quello della mortalità che ha attirato, per la sua consistenza, l'attenzione generale. Crediamo, infatti sia di maggior interesse analizzare altre due differenze dato che possono contribuire a far

luce sulle cause remote (od, almeno, su alcune delle cause remote) della differenza del numero di decessi attribuiti al coronavirus.

Prendendo, come riferimento temporale, la data (assunta a caso) del 15 Marzo possiamo notare che:

- in Veneto di fronte a 426 ricoverati in ospedale per coronavirus i soggetti isolati a domicilio come sospetti o contatti stretti erano 1.434; più del triplo.

Se confrontiamo questi dati al 22 aprile, vediamo che in Veneto, i ricoverati erano 1.205 contro 8.623 soggetti posti

in quarantena con una proporzione fra ricoverati ed isolati di circa uno ad otto.

In altri termini, il Veneto ha fin dall'inizio dell'epidemia utilizzato il criterio di mettere in quarantena i contatti stretti. Riteniamo che questo aspetto sia stato molto più rilevante, nel contenere la diffusione del contagio, rispetto all'utilizzo su larga scala dei test di identificazione del virus che sono stati disponibili in quantità sufficiente solo più tardi.

I dati riportati sono ripresi dalle elaborazioni condotte dal Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale – sede: Milano, casa della cultura – sui dati del Ministero della Salute, dell'ISS e altre istituzioni ufficiali.

Il secondo punto di rilevante differenza è stato dato dal fatto che in Veneto la maggior parte dei soggetti che si presentavano con i sintomi iniziali della malattia sono stati seguiti a domicilio dal loro medico di famiglia sia per via telefonica sia, in secondo tempo, con team equipaggiati adeguatamente con dispositivi di sicurezza; l'accesso al pronto soccorso e agli ospedali è stato così filtrato e ridotto tanto che questo afflusso non ha mai saturato completamente le disponibilità di posti letto dei reparti

- Il 9 marzo i pazienti in trattamento a domicilio erano, in Veneto il 65,9%

Un esempio di questa scelta di politica sanitaria è dato dall'approccio scelto, venti anni or sono, dal Veneto nell'organizzare l'assistenza domiciliare dei pazienti oncologici terminali. Il Veneto, ha centrato questa assistenza sui medici di famiglia che sono stati addestrati all'uso delle cure palliative e possono disporre di consulenze specialistiche e di assistenza infermieristica. (vedi scheda uno)

La crisi pandemica ha, per altro, fortemente provato anche il sistema regionale Veneto nel quale la scelta di concentrare le risorse principalmente nella rete ospedaliera è stata, in ogni caso, presente ma meno marcata rispetto alla Lombardia e si sono così potute sviluppare, sia pure in modo disomogeneo, esperienze di organiz-

zazione di medicina di gruppo, con personale sanitario non medico e personale amministrativo, più attente al modello organizzativo inglese del National Health Service da sempre orientato a mantenere equilibrato il rapporto fra medicina territoriale e medicina ospedaliera.

Va tenuto conto che se la crisi del modello ospedalecentrico si è manifestata di fronte ad un evento a carattere epidemico generato dal coronavirus, ancor più grave è la persistente crisi nei confronti di un quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza di patologie cronico degenerative.

In altri termini, un servizio sanitario regionale che scelga di puntare sul rafforzamento della medicina territoriale e sulla prevenzione sarà in grado di rispondere con maggior efficacia sia a nuovi eventi epidemici od endemici causati da agenti infettivi sia nella gestione sia alle patologie cronico degenerative; in ambedue queste situazioni il risultato sarà la capacità di filtro dell'afflusso di pazienti verso le strutture ospedaliere e verso le case di riposo.

2. Proposte

2.1 Proposte per la fase di endemia

L'epidemia che stiamo ancora affrontando evolverà probabilmente in un quadro epidemico endemico caratterizzato dalla ricomparsa di focolai epidemici.

Per affrontare questo scenario è necessario sviluppare in modo marcato la collaborazione finora raggiunta fra MMG e Dipartimenti di prevenzione.

L'obiettivo è individuare e circoscrivere velocemente tutti i nuovi casi ed i nuovi focolai di contagio. Ciò è raggiungibile solo se viene costruito un saldo rapporto bidirezionale di informazioni e di chiarezza di mansioni fra territorio e dipartimento in modo da consentire al mmg (naturale prima sentinella dei nuovi casi sospetti) di allertare il DP e di mettere in isolamento domiciliare fiduciario il paziente agendo come propaggine avanzata del Dipartimento stesso in attesa di avere un'validazione diagnostica strumentale. Va, inoltre definito che l'effettuazione del tampone diagnostico, viene effettuato dal mmg stesso.

- Per attuare questa modalità è essenziale che mmg e Dipartimento lavorino su una stessa piattaforma informatica dedicata e che i mmg abbiano a disposizione un numero specifico presso il Dipartimento per segnalare i nuovi casi e presso il 118 per richiedere l'eventuale ospedalizzazione su un canale preferenziale rispetto alle chiamate dell'utenza.
- D'altro lato, il Dipartimento deve alimentare la piattaforma informatica che verrà utilizzata per i flussi informatici di ritorno al mmg comprendenti i dati amministrativi che consentano al mmg di stilare i certificati necessari per i dipendenti posti in isolamento domiciliare. L'assenza di questi banali provvedimenti ha reso ancora più difficile il lavoro dei mmg in questa prima fase di epidemia.

Integrazione

- Riorganizzare i servizi e gli specialisti ospedalieri utilizzandoli solo per interni la mattina ed aprendoli nel pomeriggio per supporto al territorio
- Organizzare gli accessi al Pronto soccorso, al trauma center e alle urgenze internistiche su invio del curante (anche con la sola consulenza telefonica)
- Le dimissioni dovrebbero avvenire o al domicilio del paziente anche attraverso l'attivazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti più fragili o verso un ospedale di comunità (di cui va potenziata la presenza come previsto nell'ultimo piano regionale) o infine verso l'ospice.

2.2 Proposta generale

Le nuove politiche sanitarie regionali post epidemiche dovrebbero, quindi, puntare a stimolare un rafforzamento della medicina di base organizzata con modalità operative che vedano i medici di famiglia dotarsi di sedi adeguate⁽²⁾, con gruppi di lavoro che comprendano personale infermieristico ed amministrativo e la dotazione di attrezzature diagnostiche utilizzabili sia in ambulatorio che a domicilio come saturimetri di precisione, elettrocardiografi ed ecografi e che consentano di sfruttare appieno le attuali

possibilità offerte dalla telemedicina. La proposta è, quindi, di favorire la formazione di team di mmg (ad esempio, 10 medici per 15.000 abitanti con personale infermieristico e amministrativo) da adattarsi al territorio prevedendo incentivi per le zone disagiate o montane. Vanno limitati alle sole zone disagiate i piccoli ambulatori periferici.

- Il team dovrebbe provvedere all'assistenza ambulatoriale e domiciliare su 24h, con reperibilità sia telefonica che con visite domiciliari. La conoscenza dei pazienti (i team dovrebbero confrontarsi sui casi più gravi e complessi con meeting settimanali) migliorerà il livello di assistenza rispetto a quella attuale

L'esperienza dei micro-team (formata da un mmg e da un infermiere) nell'assistenza a domicilio dei pazienti affetti da coronavirus è una modalità operativa da valorizzare dato che porta a casa del paziente un medico che lavora all'interno del gruppo di mmg in cui opera il medico curante del paziente e che ha a disposizione tutte le informazioni necessarie ad inquadrare il paziente stesso.

È una buona alternativa all'attuale sistema di Assistenza di continuità assistenziale, modello che ha dimostrato molti limiti operativi. L'attivazione di gruppi di medici associati in modo organizzato diventerà la norma garantirà una riorganizzazione della copertura sanitaria delle ore festive e notturne. I colleghi di guardia medica saranno integrati nei team.

- In questo contesto, il distretto assumerà compiti di coordinamento, di aggiornamento di controllo e soprattutto di mettere a disposizione in tempo reale una diagnostica radiologica e specialistica di primo livello.
- All'interno dell'ambulatorio può essere previsto un punto prelievi in supporto o in alternativa al punto prelievi distrettuale.

² L'epidemia da coronavirus ha, fra l'altro, evidenziato l'inadeguatezza delle sedi fisiche di molte medicine di gruppo. Manca, infatti una tipologia urbanistica e architettonica specifica per questa modalità assistenziale; le sedi sono spesso

ricavate ristrutturando spazi commerciali al piano terra di edifici ad uso abitativo e commerciale. La recente esperienza suggerisce che vengano progettati spazi appositi (che comprendano ad esempio, un locale da adibire ad "ambulatorio sporco" e dotazioni di DPI di emergenza stoccati in previsione di una emergenza, nonché spazi dedicati alla segreteria e al personale infermieristico. I Comuni dovrebbero, da parte loro, predisporre nella loro programmazione urbanistica spazi e standard urbanistici appositi per queste attività.

Resta da affrontare in un nuovo modello organizzativo, il problema della sottovalutazione in atto, nel nostro Paese, delle competenze lavorative affidate al personale infermieristico dato che non è ancora stato formulato un progetto complessivo di task shifting.^{(3) (4)}

Va sottolineato che, affrontato questo nodo, il nuovo modello organizzativo di medicina territoriale potrà rispondere anche al problema rilevante dato dalla scarsità di medici di medicina generale specie nelle zone periferiche più svantaggiate del Paese. Riunire in gruppi i medici disponibili in centri periferici dove gli orari potranno essere dilatati e dove potranno essere organizzati programmi di medicina di iniziativa condotti da personale infermieristico addestrato migliorerebbe, in tempi brevi, l'offerta sanitaria regionale.

³ **Secondo l'OMS "task shifting" è la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili. In realtà si tratta di una modalità razionale che affida un compito alla persona meno qualificata, dal punto di vista formale, in grado di svolgerlo correttamente; è uno dei criteri di efficienza della strategia Primary Health Care,**

indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come il modello da seguire per la salute globale che può trovare un ambito particolarmente favorevole nelle attività di medicina territoriale e prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" formale delle competenze professionali particolarmente elevato.

⁴ **The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: World Health Organization, 2008.**

Scheda uno: la politica della regione Veneto nei confronti della medicina territoriale

1. Dai primi anni 2000 al 2019 in tutto il Veneto sono stati in vigore gli Accordi Regionali che implementavano e integravano l'Accordo Nazionale (ACN) per la medicina generale, riprendendo l'esperimento attivato a Verona nel 1999/2000, con il nome di Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale, il primo patto locale non solo in Veneto.
2. Questi Accordi Regionali, venivano poi declinati in Patti Locali, cui hanno aderito circa l'80-90% dei MMG veneti
3. I Patti Locali avevano un nucleo comune in tutte le ulss, ma potevano variare in base a scelte ed esigenze locali
4. I Patti impegnavano i MMG in termini organizzativi, professionali e culturali
5. In termini organizzativi, hanno chiesto ai MMG di associarsi in: medicine di gruppo integrate e medicine di gruppo semplici (più medici sotto lo stesso tetto) e medicine di rete (più medici che pur in ambulatori separati, condividono lo stesso programma e le cartelle dei pazienti). I MMG così riuniti coprono la giornata (nel senso che un ambulatorio resta aperto ai pazienti) per 12 ore, 10 ore, 8 ore. Ogni medico risponde ai propri pazienti dalle 8 alle 20 o direttamente o attraverso il collega che copre l'orario totale del gruppo. Ogni medicina di gruppo o di rete converge poi in un TEAM o AFT (Aggregazione

- Funzionale Territoriale), coprendo una popolazione di 15.000-20.000 abitanti. Il TEAM si trova periodicamente per (circa 5- 6 sedute all'anno) per recepire i mandati del patto e valutare i risultati.
6. In termini culturali, ai MMG è stato chiesto di prescrivere esami diagnostici e farmaci con appropriatezza. Sono stati affrontati in tutti questi anni il tema delle risonanze, delle ecografie, e di altri esami strumentali, degli antiipertensivi, dei

- PPI, etc. con buoni-ottimi risultati in termini di adesione e di outcome. Particolarmente importante anche la presa in carico dei pazienti diabetici, dei pazienti in trattamento anticoagulante, dei pazienti con scompenso cardiaco e dei pazienti con BPCO, anche questo in netta contrapposizione con le scelte della Regione Lombardia.
7. Un altro obiettivo trasferito ai MMG è stato il tema delle vaccinazioni antinfluenzali fatte agli over65 e

che sono passate dal 20-30% degli anni '90, quando erano affidate ai distretti, all'attuale 60-80% a seconda delle AFT.

8. Nei patti viene richiesta la partecipazione all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata: oncologica e medica), che si affiancava all'AP (Assistenza Programmata) per i pazienti con difficoltà a deambulare e quindi a venire in ambulatorio.

3 settembre 2020

TEMA: CERTIFICAZIONI INAIL

- A) Primo certificato
B) Certificato di continuazione
C) Certificato di chiusura

Il **primo certificato** di infortunio sul lavoro o di malattia professionale (INAIL) deve essere rilasciato obbligatoriamente dal medico che presta la prima assistenza al fine di segnalare l'evento al Datore di lavoro e all'INAIL. Per norma di legge l'invio del certificato deve essere **solo telematico** attraverso il sito INAIL (D.Lgs 151 del 2015). Solo l'invio telematico prevede la retribuzione della certificazione.

Il medico certificatore deve compilare nel modo più esaustivo possibile il certificato, trasmetterlo informaticamente all'INAIL e consegnare copia al lavoratore infortunato; inoltre qualora la prognosi sia superiore ai 40 gg (per le lesioni colpose) o 20 gg (lesioni dolose) vige anche l'obbligo dell'inoltro del "referto" ex art 365 c.p. all'Autorità Giudiziaria (in genere allo SPISAL).

Il medico certificatore deve registrarsi sul sito www.inail.it e profilarsi come 'Medico esterno' o 'Medico ospedaliero' per ottenere le credenziali per la trasmissione telematica.

Certificato di continuazione:

Il legislatore non ha posto alcun limite numerico di certificazioni di continuazione come prevedeva la vecchia convenzione scaduta. Se si intende inviare il paziente all'INAIL per i certificati di continuazione è sempre op-

portuno e consigliato, da parte del paziente, contattare preliminarmente la sede territoriale INAIL tramite telefono o preferibilmente per mail, per consentire all'Istituto di poter gestire in modo corretto l'utenza nei centri medico-legali INAIL.

Nel caso di una denuncia di Malattia Professionale il certificato prevede espressamente la firma del Lavoratore che dà il suo assenso alla trattazione della pratica. Nel caso di infortunio sul lavoro il Medico è obbligato a rilasciare il certificato. Durante il periodo di infortunio il lavoratore non è sottoposto visite fiscali ma può essere convocato in sede INAIL per accertamenti. In caso di infortunio in itinere, l'orario da indicare deve essere quello riferito dal Lavoratore, il dato viene poi confermato dal datore di lavoro nella denuncia di infortunio. Commercianti e liberi professionisti titolari di partita IVA che non hanno alle dipendenze alcun lavoratore, collaboratore, stagista, **non hanno** l'obbligo di assicurarsi presso l'INAIL. I Medici di base non sono assicurati INAIL.

Sono assicurati i lavoratori per una o più attività considerate pericolose dall'art. 1 del T.U. 1124/65; rientrano quindi i lavoratori dipendenti, i parasubordinati ed alcune categorie di lavoratori autonomi quali ad es. gli artigiani ed i coltivatori diretti. Recentemente la tutela è stata allargata ai lavoratori autonomi dello spettacolo (attori, registi, cantanti, giornalisti e maestranze cinematografiche e teatrali). Le forze armate devono fare riferimento alla Sanità militare.

L'inabilità temporanea INAIL è assoluta (100%) per cui all'interno di tale periodo il lavoratore non può svolgere assolutamente alcun lavoro.

Certificato di chiusura:

Se un lavoratore desidera tornare a lavorare prima della scadenza della prognosi, deve essere sottoposto a visita che ne valuti il quadro clinico e deve essere rilasciato il certificato di chiusura contestualmente alla visita e trasmesso all'INAIL.

In tutti gli altri casi non è necessario emettere il certificato di chiusura, ma la scadenza della prognosi dell'ultimo certificato redatto è sufficiente per il rientro al lavoro.

Se un lavoratore muore sul posto di lavoro ma la causa di morte non è riconducibile ad un evento traumatico ad esempio un arresto cardiaco in un malore, il dato circostanziale, le eventuali testimonianze e la conoscenza delle condizioni cliniche pregresse indirizzano verso la possibile competenza del caso.

L'erronea segnalazione all'INAIL non comporta alcuna sanzione / conseguenza al medico refertante; pertanto in caso di dubbio (ben valutando che la sola occasione di lavoro non è sufficiente, ma è necessaria la causa lavorativa per contemplare la tutela) è preferibile la segnalazione all'INAIL ed alle Autorità competenti (SPISAL ed Autorità Giudiziaria).

Vista la complessità della compilazione telematica attraverso il sito INAIL

è stato già avanzata la proposta ai referenti informatici della Direzione Generale INAIL di contattare le software house delle cartelle mediche per semplificare i passaggi.

La certificazione Inail ha valenza medico legale e pertanto è retribuita. L'Inail ha provveduto allo stanziamento del finanziamento alle regioni, con compito di ripartizione alle Ulss.

Nessun compenso può essere richiesto agli assistiti per il rilascio del certificato di infortunio o malattia professionale come indicato dal c. 530 art. 1 legge 145 del 30/12/2018.

TEMA: CERTIFICAZIONE TELEMATICA DI MALATTIA

La Commissione dell'Ordine Ospedale-Territorio propone al Consiglio le indicazioni di legge sulla modalità corretta di invio telematico dei certificati di malattia.

Partendo dalla lettura della legge n. 150 del 27/10/2009 e le Circolari conseguenti si rammentano alcuni punti importanti e significativi per l'adempimento di tali obblighi.

In particolare nella Circolare N2/2010/DFP/DDI paragrafo 2 punto 2 dal titolo **I medici obbligati all'utilizzo del sistema di trasmissione telematica** sta scritto:

*....si precisa poi che il nuovo regime di trasmissione telematica dei certificati riguarda i medici **dipendenti del SSN**, i medici **convenzionati** con il servizio (medici di medicina generale, specialisti e pediatri di libera scelta), nonché i **medici liberi professionisti**. Riprendendo quanto detto dalla circolare N1/2010/DFP/DDI, la violazione dell'obbligo di trasmissione in via telematica è **sanzionata dalla legge e dagli accordi collettivi per i medici dipendenti del SSN e i me-***

dici che lavorano in convenzione.

*Il mancato utilizzo della modalità telematica non è specificatamente sanzionato per i medici liberi professionisti. Ai fini di economicità e di efficienza, è comunque **auspicabile che l'intero sistema delle certificazioni funzioni in maniera uniforme.***

Segnaliamo inoltre che il paragrafo 4 della detta circolare recita:

la responsabilità specifica per violazione della normativa in materia di trasmissione dei certificati

*.....infatti, l'art 55 septies, comma 4, del D.lgs n. 165 del 2001 stabilisce che "4. **l'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare** e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione di licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza della convenzione, in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi".*

A suffragio di quanto sopra esposto l'articolo 2 punto 3 della circolare N1/2010/DFP/DDI, prevede che

in caso di difficoltà di trasmissione telematica del certificato da parte del Pronto Soccorso (P.S.) o reparto Ospedaliero, lo possono emettere in **forma cartacea**. Va fatta una considerazione: tale modalità reca notevole disagio per l'utente lavoratore che dovrà recapitare a mano la documentazione cartacea alla struttura INPS e al datore di lavoro.

La soluzione ideale per il paziente risulta essere quella di ricevere il certificato **in forma telematica** al momento della dimissione in quanto viene formulata la diagnosi e la prognosi.

Si ritiene quindi auspicabile e deontologico che il paziente non sia costretto ad inutili peregrinazioni per ottenere la certificazione di cui ha diritto e solo in caso di eccezionali imprevisti tecnici o di altri impedimenti documentabili e transitori, la certificazione potrà essere demandata ad altro professionista (MMG).

Per la realizzazione di quanto previsto dalla normativa vigente, è indispensabile che le Aziende mettano a disposizione dei medici dipendenti l'apparecchiatura tecnologica e le credenziali necessarie alla produzione ed all'invio dei certificati.

PROPOSTE PER IL MIGLIORAMENTO DEI RAPPORTI FRA SANITÀ TERRITORIALE, SPECIALISTICA AMBULATORIALE E OSPEDALIERA

Il miglioramento dei rapporti e della comunicazione fra gli operatori della sanità territoriale e i colleghi della specialistica ambulatoriale e ospedaliera si realizza attraverso il superamento di alcune criticità ancora presenti nel sistema sanitario locale che riguardano:

- **ambiti di carattere organizzativo generale,**
- **il passaggio di informazioni fra i professionisti sanitari**
- **ambiti riguardanti l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e l'adozione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)**

La proposta di interventi migliorativi deve tener conto prioritariamente dei bisogni dei pazienti più fragili e meno autonomi e prendere in esame i set-

ting assistenziali appropriati ad assicurare più efficacemente la gestione sul territorio della cronicità e della terminalità, al fine di evitare ospedalizzazioni incongrue o ripetute; deve inoltre suggerire le soluzioni organizzative più razionali tese a semplificare i percorsi di prenotazione e assegnazione degli appuntamenti.

La Commissione intende pertanto formulare linee di indirizzo di carattere generale che coinvolgano prima di tutto le Aziende Sanitarie, affinché

siano accelerati i processi di miglioramento organizzativo di carattere generale (es. CUP, procedure/protocolli di accesso ai servizi sanitari, Referenziazione di visite ed esami inviati nella cartella del MMG); può inoltre proporre, attraverso il coinvolgimento dei referenti dei MMG e degli specialisti, le azioni per uniformare le modalità di comunicazione fra i professionisti nonché le linee per condotte di appropriatezza prescrittiva ed erogativa. Appare infine necessario individuare i possibili interventi per lo sviluppo della **telemedicina** (monitoraggio, visite, consulenze e referti a distanza; si veda a questo proposito il documento approvato il 14 dicembre 2022 dal Consiglio dell'Ordine dei Medici) e per facilitare la **formazione congiunta fra medici del territorio, specialisti intra ed extra ospedalieri e medici che operano nei distretti socio sanitari nell'ambito delle Cure primarie e nell'organizzazione dei servizi specialistici, nonché i referenti dell'assistenza domiciliare.**

A) RICHIESTE DI VISITE ED ESAMI DI APPROFONDIMENTO E DI CONTROLLO

L'allungamento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, che coinvolge tutte le aziende sanitarie, impegna il SSR ad un continuo **miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**, rivolta anche alla corretta attribuzione delle classi di priorità di accesso sulla base del problema clinico presente. Ciò richiede il coinvolgimento di tutti i medici prescrittori ed erogatori di prestazioni, ma altresì è necessario individuare all'interno delle organizzazioni sanitarie i **percorsi più razionali e semplici** per facilitare l'accesso dei pazienti alle prestazioni specialistiche, anche attraverso l'adozione di PDTA concordati.

I sistemi di prenotazione centralizzata (CUP) hanno consentito di ampliare la possibilità di prenotazione su tutti i servizi presenti in un'azienda sanitaria, pur tuttavia l'aumentata richiesta di prestazioni specialistiche ha determinato un intasamento della domanda rispetto alla quale il servizio sanitario locale a volte non sa offrire risposte tempestive. La gestione da parte dei CUP di tutte le richieste (prime visite,

primi accertamenti strumentali e le visite e gli accertamenti di controllo) spesso non consente di dare risposte adeguate alle varie tipologie di richieste, generando disagi, in particolare per i pazienti con patologie croniche, costretti a ripetuti contatti con il CUP per trovare la disponibilità di accessi.

Si rende indispensabile pertanto:

- introdurre elementi di innovazione nei sistemi di prenotazioni, nati più di 20 anni or sono,
- identificare con maggiore accuratezza il ruolo dei medici di medicina generale e degli specialisti nella prescrizione specialistica, allo scopo di accorciare i tempi della prescrizione (evitando al paziente accessi ripetuti per una semplice compilazione di impegnative),
- coinvolgere il presidio sanitario nella immediata prenotazione di esami e visite di controllo su canali e agende dedicati.

A tal proposito si rimanda a quanto stabilito dalla recente **DGR n. 1562 del 06 dicembre 2022 "Adozione del modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)"** ⁽¹⁾ in merito alla prescrizione di prime visite e primi accertamenti e di visite/accertamenti diagnostici di controllo, dove viene specificato che:

1. **"La prima visita specialistica/prestazione è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta.**
2. **La visita di controllo, o di follow up, è quella successiva ad un inquadramento diagnostico conclusivo, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata.**

Ad integrazione di quanto previsto dalla citata Deliberazione regionale si precisa quanto segue:

A. VISITE ED ESAMI DI APPROFONDIMENTO necessari a formulare la risposta al quesito diagnostico:

- Lo specialista di qualsiasi branca specialistica che nel corso della

visita o di un accertamento strumentale ritenga necessari ulteriori esami di approfondimento, per poter rispondere al quesito diagnostico, è tenuto a prescrivere direttamente tali accertamenti.

La struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve inoltre offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura o nei presidi pubblici o privati accreditati presenti nella Ulss 9.

A. VISITE ED ESAMI DI CONTROLLO:

Il criterio da assumere per individuare il medico che è tenuto alla prescrizione deve fare riferimento alla necessità o meno da parte dello stesso specialista o dello stesso ambulatorio di rivedere il paziente per

- valutare gli esiti delle indagini richieste,
- confermare il programma terapeutico instaurato,
- valutarne l'efficacia e gli eventuali effetti collaterali nel breve/medio termine,
- gestire il follow up quando è richiesta una specifica competenza specialistica. Si possono schematicamente rappresentare le seguenti condizioni:

Visita di controllo **A BREVE TERMINE: ENTRO 15 GG O UN MESE:** è lo specialista che prescrive la visita; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;

A MEDIO TERMINE per la valutazione dell'evoluzione della patologia o dell'efficacia/tollerabilità della terapia: è lo specialista prescrive il controllo; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;

A LUNGO TERMINE:

- **PAZIENTI NEOPLASTICI IN CARICO AI SERVIZI DI ONCOLOGIA: FOLLOW UP:** è lo specialista che prescrive; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente

di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;

- **PAZIENTI CON PREGRESSA NEOPLASIA E IN FOLLOW UP (ES. CR Mammario, Colon, Prostata,...):** se la situazione è stabilizzata e non è richiesta una visita specialistica per individuare gli esami necessari, è il Medico di Medicina Generale che prescrive gli esami/visite di controllo, sulla base di protocolli e PDTA concordati. In questo caso la struttura territoriale od ospedaliera deve farsi carico di prenotare gli accertamenti di controllo al di fuori del percorso previsto da CUP per le prime visite o i primi accertamenti. È opportuno che le strutture territoriali od ospedaliere forniscano ai pazienti i recapiti telefonici o gli indirizzi di posta elettronica per effettuare direttamente la prenotazione sul servizio che ha in carico il paziente.
- **PAZIENTI NON NEOPLASTICI CON PATOLOGIA STABILIZZATA:** è il MMG prescrive il controllo in quanto non è necessario uno specifico specialista ma il paziente può rivolgersi ad uno degli ambulatori specialistici presenti sul territorio della Ulss.
- **DIABETICI:**
 - Pazienti complessi in carico ai servizi di diabetologia: è lo specialista che prescrive il controllo e il Servizio di Diabetologia organizza gli appuntamenti per i successivi accessi.
 - Pazienti non complicati o comunque in carico prevalente al MMG: il MMG prescrive il controllo specialistico; opportuno individuare da parte della Ulss e degli altri presidi pubblici e accreditati presenti sul territorio percorsi facilitati (N° telefonico per i diabetici) per la prenotazione degli accertamenti.
- **PAZIENTI CON PATOLOGIA CROINICO DEGENERATIVA in carico prevalentemente ai servizi specialistici (es. Neuropatie e oculopatie degenerative, malattie reumatiche gravi, dermatopatie gravi.....)** (eventualmente da integrare con altre patologie nella versione successiva) è lo specialista che pre-

scrive; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura. È opportuno che le strutture territoriali od ospedaliere forniscano ai pazienti i recapiti telefonici o gli indirizzi di posta elettronica per effettuare direttamente la prenotazione sul servizio che ha in carico il paziente.

Si sottolinea che, prima di qualsiasi protocollo e/o percorso organizzativo, è fondamentale in ogni caso uno impegno costante fra Medico di MG e Specialista nell'ottimizzare la comunicazione di notizie, che deve concretizzarsi in un passaggio di informazioni (verbale e/o scritto) il più completo possibile sia al momento della richiesta della consulenza, sia nel passaggio della presa in carico e, ovviamente, nella refertazione. Ciò richiede una maggior disponibilità da parte di tutti gli operatori all'ascolto e alla individuazione di canali preferenziali di comunicazione fra medici del territorio e medici specialisti.

B) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED EROGATIVA

B1. RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEA (RAO)
 Il sistema di guida alla prescrizione e alla definizione della congrua classe di priorità di accesso realizzato attraverso la condivisione dei **RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea)** negli anni scorsi aveva iniziato a produrre effetti positivi in termini di corretto accesso secondo criteri di valutazione clinica. Nel corso del 2016 sono stati approvati dall'Ulss 9 di Verona, dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dai presidi privati accreditati, i RAO per la prescrizione di esami radiologici, di endoscopia digestiva, di cardiologia. Inoltre sono stati attivati i tavoli provinciali di confronto fra medicina generale e specialistica per la stesura dei RAO per le seguenti branche: oculistica, neurologia, angiologia/chir. vascolare. Successivamente, le specifiche previste dai RAO sono state diffuse alle software houses che forniscono ai Medici di Medicina Gene-

rale le cartelle cliniche informatizzate in modo da predisporre delle "tendine" di supporto alla prescrizione nelle quali sono riportati, per la singola prestazione, i RAO per le diverse classi di priorità. I programmi Millewin e Medico 2000 sono pertanto configurati per la gestione dei RAO al momento della prescrizione.

Infine, nel 2017 è stato individuato un software che consente di elaborare i dati delle prescrizioni valutando, per ogni prescrizione dematerializzata, la congruità fra la classe di priorità assegnata dal medico prescrittore e quella prevista dai RAO per le varie prestazioni. Questo strumento di verifica può rappresentare un sistema di monitoraggio efficace dell'applicazione dei RAO (come già dimostrato in altre realtà locali) e di ritorno di comunicazione fra l'Ulss e la medicina generale, utile anche per audit interni alla medicina generale.

Si ritiene che il lavoro fatto in provincia di Verona, che ha visto la proficua collaborazione fra la medicina generale e gli specialisti delle varie branche per la messa a punto di protocolli condivisi non debba essere vanificato ma, al contrario, aggiornato e riproposto sulla base dell'approvazione a livello nazionale del **"Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"** redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e approvato nel 2020, e ancor più, in riferimento alla recente approvazione della **DGR n. 1562 del 06 dicembre 2022 "Adozione del modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)"**

L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), tra il 2015 e il 2019, nell'ambito di due progetti di Ricerca Autofinanziata, ha coordinato il coinvolgimento di rappresentanti di società medico scientifiche (85 società), di istituzioni centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), di rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome e di Cittadinanzattiva, al fine di individuare le "parole chiave" utili per una omogenea applicazione delle indicazioni cliniche per l'accesso con priorità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

B.2 DOCUMENTI NAZIONALI: NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche approvato nel 2017 prevede per alcune prestazioni criteri di appropriatezza e di erogabilità. Si ritiene indispensabile un percorso formativo a riguardo (a carico delle Aziende Sanitarie) che coinvolga Medici di Medicina Generale, Specialisti ospedalieri e territoriali al fine di condividere tali criteri e offrire anche all'utenza messaggi univoci in ordine alla possibilità di fruire di determinati percorsi diagnostici in ambito SSN.

A tal proposito inoltre si ritiene che l'Ordine dei medici debba farsi carico di informare anche gli specialisti che operano sul territorio in regime privatistico affinché siano a conoscenza di tali criteri e della prescrivibilità o meno in regime SSN di esami (da parte dei MMG a cui si rivolgono i pazienti per effettuare gli accertamenti) suggeriti dagli specialisti stessi. La richiesta dello specialista deve altresì riportare una chiara ipotesi diagnostica (motivo della prescrizione) e indicare anche la relativa priorità sulla base del sospetto clinico (protocollo RAO).

B.3 PROTOCOLLI PER LA PREPARAZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI E NON

È indispensabile che le Aziende Sanitarie e gli erogatori privati accreditati concordino identiche modalità di accesso e preparazioni agli esami complessi in ambito provinciale (in particolare a quelli con mezzo di contrasto e con riferimento anche a chi compete la compilazione e la firma del consenso informato). Inoltre le informazioni devono essere disponibili in rete e facilmente reperibili sia da parte degli utenti che dei medici prescrittori.

B.4 CONSENSI INFORMATI

Sono in progressivo aumento le richieste di compilazione di moduli per il consenso informato richiesti non solo per gli esami con m.d.c. (la cui modulistica è ancora diversa da struttura a struttura) ma anche per l'asportazione di neoformazioni cutanee, agoaspirati, cicloergometro e addirittura minicurva da carico di glucosio in gravidanza (OC Magalini Villafranca).

Per l'effettuazione di esami di secondo livello tipo PET e scintigrafia miocardica, viene spesso richiesta la compilazione del consenso al MMG che mai prescrive direttamente questi esami. Si presenta inoltre una ulteriore difficoltà prescrittiva legata al CVP in quanto viene richiesta una impegnativa unica con più esami con vari codici nella stessa ricetta, a volte diversi da struttura a struttura (AOU-IVr rispetto a Negrar); lo stesso vale per la scintigrafia miocardica. Sarebbe pertanto auspicabile anche in questo caso un chiarimento sui compiti di ogni figura professionale nella produzione e compilazione di questi atti burocratici.

B.5 PIANI TERAPEUTICI

Rappresentano una fonte di contrasti e di confusione interpretativa. Si fa riferimento in particolare ai NAO e al Diabete. Per il piano terapeutico "NAO", il MMG può rinnovare esclusivamente i piani riguardanti la patologia FANV (fibrillazione atriale non valvolare). Per tutte le altre patologie tromboemboligene il piano deve essere rinnovato dallo specialista cardiologo, internista, neurologo, ma spesso le segreterie e/o gli stesi colleghi inviano il paziente al MMG per il rinnovo. Nuovi farmaci antidiabetici: per alcuni l'obbligo del piano è stato superato con l'introduzione della nota 100, ma per altri permane la necessità di redazione. Come ad ex. per Forxiga, che, se utilizzato nello scompenso cardiaco, non rientra nella nota 100 e necessita di PT redatto dal Cardiologo e non dal diabetologo.

C) RIORGANIZZAZIONE DEL CUP E ACCESSO ALLA PRENOTABILITÀ DA PARTE DEI MMG E DEI CITTADINI

Dopo anni di grandi difficoltà e di frammentazione dei sistemi e delle modalità di prenotazione in ambito provinciale è indispensabile un salto di qualità e un adeguamento ai reali bisogni della popolazione. Il sistema di prenotazione delle visite e prestazioni specialistiche deve consentire ai cittadini di verificare la disponibilità su tutto l'ambito provinciale con un'unica richiesta, evitando le lunghe attese al telefono che oggi caratterizzano le modalità di accesso e di ri-

sposta. Inoltre deve essere possibile una verifica delle disponibilità anche via web, sempre su tutto l'ambito provinciale, superando le disparità e le differenze attualmente ancora purtroppo presenti.

Inoltre, i diversificati percorsi di prenotazione che devono essere previsti a seconda della tipologia delle visite e degli accertamenti richiesti (prime visite/accertamenti e visite/accertamenti di controllo) e la necessità che siano i servizi specialistici aziendali a farsi carico della prenotazione dei controlli, richiedono precisi e incrementati investimenti in questo settore che altrimenti continuerà a rendere un servizio di basso livello con grande insoddisfazione da parte dell'utenza.

Investimenti indirizzati a rendere adeguati i servizi a:

- gestire la prenotabilità dei controlli e degli approfondimenti (anche su canali dedicati per particolari categorie di pazienti),
- fornire adeguate informazioni per l'accesso alle strutture,
- trasmettere la modulistica necessaria alla preparazione degli esami,
- istruire l'utenza in merito alla documentazione e alle informazioni da presentare al momento della visita.

D) PERCORSI DI ACCESSO SPECIALISTICO PER PATOLOGIE CRONICHE O GRAVI TRAMITE CONTATTO DIRETTO CON LA STRUTTURA EROGATRICE

A tale proposito si ritiene indispensabile che siano attivati (dove non già presenti) canali di comunicazione/prenotazione diretta con i servizi per quei pazienti che, affetti da patologie croniche o gravi o rare, necessitano di essere seguiti dagli stessi presidi, evitando il ricorso al CUP che andrebbe utilizzato prevalentemente per la prime visite e i primi accertamenti.

E) LIBERA PROFESSIONE

Il paziente che si rivolge ad un libero professionista deve aver ben chiaro che questi non può prescrivere indagini o farmaci a carico del SSN. Anche lo specialista ospedaliero che visita in regime di libera professione intramoenia, per norma, non può servirsi del ricettario regionale.

Qualora il paziente decidesse di proseguire le indagini diagnostiche e/o le prescrizioni terapeutiche in regime di libera professione il medico scelto diventerà il medico curante a tutti gli effetti assumendosi la responsabilità delle cure del paziente. È buon a nor-

ma segnalare al MMG la decisione del paziente e l'iter diagnostico/terapeutico intrapreso. Se invece il paziente decidesse di rientrare nel SSN, le richieste, le indagini e le prescrizioni terapeutiche diventano dei consigli dello specialista libero professionista al

MMG cui spetta come medico curante la decisione e la eventuale prescrizione, secondo i criteri di concedibilità e di appropriatezza previsti dalla normativa regionale che devono essere a conoscenza anche dello specialista che compila il referto/proposta.

(1) Deliberazione della Giunta della Regione Veneto n. 1562 del 06 dicembre 2022

....."La prima visita specialistica/prestazione è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta. Alla luce di questo, con l'introduzione del nuovo sistema di assegnazione dei tempi di attesa definito con le tabelle RAO, tutti i codici con radice NTR 89.7_ (Prima Visita) non possono più essere associati a qualsiasi altra prestazione di specialistica ambulatoriale. Lo stesso dicasi per i codici 89.13_ (Prima Visita Neurologica/Neurochirurgica), 89.26.1_ (Prima Visita Ginecologica), 89.26.3_ (Prima Visita Ostetrica), 89.8B.2_ (Prima Visita Chirurgica Maxillo Facciale), 89.8B.6_ (Prima Visita Odontostomatologica) 94.19.1_ (Prima Visita Psichiatrica), 95.02_ (Prima Visita Oculistica). Nel caso di un paziente cronico, esente per patologia, come esplicitato dalla Circolare Ministeriale n. 13 del 13 dicembre 2001, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale necessari per valutare un nuovo problema clinico, non correlato alla patologia di esenzione; la riaccutizzazione della patologia cronica che necessita di tempestiva rivalutazione, pur essendo una visita successiva alla prima prescritta con codici aventi radice NTR 89.01_ (Visita di Controllo/Follow up) è da trattare amministrativamente come "controllo", dovrà essere organizzativamente gestita come una prima visita con inserimento negli spazi delle agende prioritarie al fine di offrire tempi appropriati.

La visita di controllo, o di follow up, è quella successiva ad un inquadramento diagnostico concluso, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata. Si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento dell'esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Sono altresì da considerarsi visite e prestazioni di controllo sia quelle di approfondimento per pazienti "presi in carico" dallo specialista, quindi successive al primo accesso, comprese le prestazioni di secondo e terzo livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un primo inquadramento diagnostico, sia tutte quelle prescritte in ricetta con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, di cui al DM 329/99, volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze che restano in capo alla struttura richiedente. La prenotazione di visite e prestazioni di controllo deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della visita da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo la organizzazione aziendale. La relativa prescrizione deve essere effettuata dallo stesso specialista se autorizzato all'uso del ricettario o, quando non autorizzato, demandata al MMG/PLS del paziente. Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo va adottato da tutti gli erogatori e rientra nella lo-

gica della presa in carico del paziente. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile). Quindi, per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow up, devono essere istituite apposite Agende dedicate alle prestazioni, intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente come indicato nella DGR n. 863/2011. Le Aziende dovranno farsi carico di garantire la prenotazione e la conseguente tempestiva erogazione anche ai controlli imprevisti dovuti a riaccutizzazione di patologie croniche. La prenotazione andrà fatta nel rispetto della tempistica indicata in ricetta dal medico prescrivente e dal punto di vista amministrativo tali visite e/o prestazioni saranno considerate di controllo. Va sottolineato che la corretta prescrizione di prime visite e prime prestazioni diagnostico/terapeutiche richiede obbligatoriamente l'indicazione della classe di priorità assegnata e della diagnosi/sospetto diagnostico prevalente esplicitato. Questi diagnostici non corretti (es., accertamenti) rendono nulla la classe di priorità, derubricando la prima visita/accesso in prestazione di controllo. Infatti la diagnosi/sospetto diagnostico è presupposto fondamentale per l'informazione allo specialista, ma anche per il governo delle liste d'attesa, per l'erogazione appropriata delle prestazioni e per consentire i controlli sanitari di appropriatezza previsti dai provvedimenti regionali di cui, da ultimo, alla DGR n. 3444 del 30/12/2010. Le visite o le altre prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero per acuti programmato devono essere eseguite dalla struttura che ha programmato il ricovero stesso, e come indicato dalla legge n. 662 del 1996 (art.1, comma 18), appartengono all'area dell'assistenza ospedaliera. Fanno altresì parte dell'episodio di ricovero per acuti le prestazioni eseguite dopo la dimissione del paziente, ma necessarie al completamento dell'iter diagnostico/terapeutico, in quanto ritenute indispensabili per la diagnosi finale o per il completamento della cura intrapresa, indicate nella lettera/relazione di dimissione ed eseguite nell'ambulatorio della struttura dimittente, di norma entro 30 gg dalla dimissione. Per tali prestazioni non è dovuta alcuna partecipazione da parte dell'assistito in quanto il relativo corrispettivo è incluso nella tariffa del DRG. La validità temporale della ricetta del SSN è tuttora regolamentata dall'art. 35, comma 1 L. 449 del 27 dicembre 1997, tuttavia il limite temporale è ridefinito all'atto della prenotazione/accettazione: una volta che la

prestazione prescritta è stata prenotata, infatti, la ricetta resta valida fino al momento dell'erogazione, anche se l'appuntamento fosse fissato oltre il termine assegnato. La prescrizione resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento già fissato per l'erogazione della prestazione debba essere spostato per esigenze del paziente e/o della struttura erogante. La priorità della prestazione è invece dettata dalla prescrizione, secondo le distinzioni contenute nel Piano Nazionale Liste di Attesa e nei RAO; ciò nonostante se la prestazione non viene prenotata entro i tempi previsti, perché il cittadino non la utilizza in tempo utile, il codice di priorità decade. In questo caso, per il calcolo della data di scadenza della priorità, farà fede la data di rilascio da parte del prescrivente: passato tale periodo l'utente è tenuto a ritornare dal proprio medico curante per una eventuale rivalutazione clinica. Le eventuali modifiche delle condizioni di erogabilità da parte delle Regioni nel proprio territorio, anche se, in generale, rappresentano uno strumento di miglioramento dell'appropriatezza, non possono in alcun modo costituire una restrizione del diritto del cittadino a ricevere la prestazione rispetto a quanto previsto dalla normativa a livello nazionale. Ciò vale soprattutto nel caso di prestazioni erogate a cittadini residenti fuori Regione, che di regola non possono accedere ai percorsi regionali organizzati che compensano le eventuali condizioni di erogabilità più stringenti rispetto a quelle nazionali. Nello specifico se per una determinata prestazione la Regione del Veneto ha stabilito condizioni di erogabilità più stringenti, ma ha contemporaneamente definito un percorso diagnostico terapeutico che facilita l'erogazione appropriata di quella prestazione, deve comunque garantire l'accesso alla stessa prestazione, al di fuori dei percorsi organizzati, ai cittadini residenti fuori Regione secondo le condizioni di erogabilità previste dal livello nazionale. Come già stabilito dalla DGR n. 1164 del 06 agosto 2019, resta valido lo strumento delle liste di galleggiamento (cui si fa riferimento nella DGR del 12 marzo 2013, n. 320 con il termine pre-appuntamento che coincide con il concetto di pre lista del PNLGA). I tempi di galleggiamento vengono così ribaditi: • 48 h lavorative per le prestazioni con classe di priorità B; • 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P. I succitati termini decorrono dal momento del primo contatto dell'utente con la struttura sanitaria attraverso qualsiasi canale e tale data dovrà essere registrata a sistema e comunque sempre tracciata e comunicata all'utente in forma scritta. Si ricorda che se l'utente, una volta contattato, dovesse rifiutare l'appuntamento proposto (a meno che non si tratti di validi motivi), perde il diritto alla priorità. Inoltre, poiché la maggior parte delle prestazioni "controllo" sono legate ad una presa in carico da parte dello specialista, non dovrebbero essere presenti nel sistema dei "galleggiamenti", pertanto, ai fini di rendicontazione/controllo da parte della Regione, verranno prese in considerazione solo le prime visite/accessi, ossia le prescrizioni prioritarie.

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

La crisi del SSN, in embrione in era pre COVID, si è manifestata in tutta la sua portata in questi ultimi due anni. Uno degli elementi che maggiormente impatta sul benessere e sulla soddisfazione dei cittadini/utenti/pazienti è sicuramente la dimensione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e per gli interventi chirurgici. La messa in atto di risposte efficaci è una sfida che dura da anni che può trovare una risposta solo se si rivoluzionano determinati schemi (paradigmi organizzativi) che costringono il paziente, in presenza di un sospetto clinico, verificato e certificato dal curante, a interminabili peregrinazioni alla ricerca della prima disponibilità, sfruttando peraltro un sistema di prenotazioni che, seppur informatizzato, presenta grossi limiti.

Queste due dimensioni del fenomeno (l'aspetto organizzativo per l'accesso alla specialistica e i limiti dei CUP ormai datati) devono essere affrontati rimuovendo stereotipi che oggi non reggono l'urto della domanda e dei bisogni reali, se è vero che uno su quattro ultra 65enni rinuncia alle cure per le difficoltà nell'utilizzare i servizi e per la mancanza di risorse economiche per accedere all'offerta del mercato privato.

L'aspetto organizzativo richiede di spostare dal cittadino/paziente l'onere di gestire il percorso diagnostico terapeutico e di affidarlo invece ad una organizzazione sanitaria che, fin dal primo momento di un sospetto clinico fondato, prenda in carico il paziente e gli organizzi le tappe fondamentali del percorso diagnostico, riducendo la ridondanza di prestazioni e soprattutto i tempi di esecuzione degli esami. Se non si affronta questo problema dal punto di vista del paziente qualsiasi risposta risulta scarsa ed incompleta. Questa procedura non può (in un primo momento) essere applicata a qualsiasi quadro clinico ed è pertanto necessario individuare quelle patologie per le quali è prioritario applicare il nuovo modello di accedere alla dia-

gnostica e alla terapia. Si pensa prioritariamente alla patologia neoplastica, cardiaca, neurologica, reumatica che, di norma, richiedono molto tempo per poter espletare le tappe diagnostiche (spesso complesse) prima di arrivare alla diagnosi di certezza.

Si ritiene pertanto che, in presenza di un sospetto di una delle patologie elencate (sospetto che può derivare da un quadro clinico altamente indicativo, da esami ematochimici e da esami radiologici di facile realizzazione, da esami endoscopici, dal fallimento di terapie ex adjuvantibus,....) il tutto gestito di norma dal medico di medicina generale, lo stesso deve aver la possibilità di affidare, senza ricorrere al CUP, il paziente ad un servizio specialistico (ospedaliero o territoriale) che si farà carico non solo della prescrizione degli esami di approfondimento ma, tramite un servizio istituito ad hoc, della predisposizione del percorso diagnostico e degli appuntamenti derivanti, sfruttando tutte le possibilità che l'ULSS, l'Azienda Ospedaliera e i privati accreditati possono mettere a disposizione.

Il servizio deputato a questo scopo può essere gestito da personale infermieristico adeguatamente formato, sulla base di percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) che forniscono le indicazioni appropriate sugli esami/visite da effettuare, attraverso il contatto diretto con le UUOO che devono assicurare le consulenze. In pratica questo già avviene con il secondo livello degli screening, dove, in presenza di un primo esame fortemente sospetto, il paziente viene chiamato e si propone l'iter per l'approfondimento e l'eventuale presa in carico dell'UO deputata al trattamento (es. le Brest Unit) e i successivi controlli.

Un esempio può essere fornito pensando all'iter che il paziente deve intraprendere a seguito di prescrizione del medico di medicina generale di un PSA occasionale o prescritto a seguito di disturbi urologici, rivelatosi patologico. L'urologo chiamato a valutare il caso può, a seguito di visita urologica, valutare se instaurare una terapia medica (e quindi reinviare il paziente dal curante con una prescrizione), o inviare il paziente ad un approfondimento radiologico che, attualmente,

significa una Risonanza Magnetica Nucleare. È indispensabile in questo caso che il servizio deputato alla "presa in carico" organizzi l'esame nel minor tempo possibile consultando le radiologie disponibili su un percorso "interno" e non mediato dal CUP. Ciò rappresenta una condizione di priorità di "secondo livello" e quindi non può essere condizionata dai RAO ma va gestita dalla/nella struttura di riferimento, previo accordo col paziente. Il ritorno al medico curante con una prescrizione di Risonanza, infatti, richiederebbe una lunga e spesso infruttuosa ricerca di una disponibilità. Ad esame finito sarà la radiologia che, direttamente o tramite il servizio di "presa in carico", comunicherà l'esito all'urologo e al medico di medicina generale per decidere i successivi passi. Nel caso in cui fosse necessaria la biopsia sarà ancora il Servizio di "presa in carico" a gestire la prenotazione e gli appuntamenti, sulla base della richiesta completa dell'urologo. Se l'esame dovesse risultare positivo per lesione neoplastica si renderà necessario proporre al paziente gli eventuali trattamenti e le sedi presso le quali lui potrà rivolgersi per espletarli. In pratica la regia di tutto questo iter deve far riferimento al Servizio "presa in carico", anche utilizzando la consulenza specialistica per il colloquio con il paziente, e non demandare allo stesso l'onere, il dispendio di tempo e di energie per raggiungere gli stessi risultati.

Pertanto i RAO hanno una giustificazione laddove è necessaria una prima visita specialistica in presenza di un sospetto clinico o di un accertamento strumentale "semplice" e non complesso, anche rivedendo alcune formulazioni laddove in presenza di una sospetta pneumopatia sia possibile prescrivere dal curante un RX del torace urgente senza dover inviare il paziente in Pronto Soccorso!

Il servizio di "presa in carico" dovrebbe essere accessibile telefonicamente da parte del medico curante o dello specialista per il successivo invio del paziente per concordare tempi e modi di effettuare gli esami.

Presso l'AO di Verona è attivo da anni un "Day Service" che può rappresentare un sistema da potenziare rimo-

dulandolo e adattandolo alla presa in carico efficace per le patologie sopra elencate. A questo proposito anche il “pre ricovero chirurgico” può rappresentare, allargando le competenze, un sistema efficace di presa in carico. Un ruolo fondamentale è svolto dalle radiologie e dai servizi endoscopici che spesso forniscono il primo e sicuro dato di patologia grave e che pertanto devono diventare lo snodo attraverso il quale si attiva un percorso guidato verso gli approfondimenti, effettuati direttamente dalla radiologia (e quindi con possibilità di prescrizione e di fissare gli appuntamenti) o affidando il paziente allo specialista di riferimento, con comunicazione delle conclusioni diagnostiche al medico di medicina generale.

Anche il Pronto Soccorso può rappresentare il servizio che attiva (tramite il servizio di “presa in carico”) un percor-

so di approfondimento laddove il paziente presenta un quadro fortemente sospetto o in presenza di segni e sintomi (es. anemia grave, aritmia, diabete, endocrinopatia, neuropatia...) che richiedono una rapida valutazione specialistica, evitando il ritorno al medico di medicina generale con una richiesta generica di esami e visite.

Il Servizio di “presa in carico” pertanto, rappresenta la soluzione organizzativa che può accelerare lo svolgimento di indagini indispensabili, evitare il peregrinare dei pazienti alla ricerca di prescrizioni da parte del medico curante e degli appuntamenti tramite CUP, utilizzare al meglio le risorse presenti nelle UUOO ospedaliere o territoriali. Il lavoro del Servizio di “presa in carico” è sicuramente agevolato laddove sono già presenti i PDTA che definiscono il percorso diagnostico terapeutico ottimale; è au-

spicabile che i PDTA siano condivisi a livello provinciale e siano implementati per quelle aree che ancora risentono della eccessiva variabilità di approcci diagnostico-terapeutici, con la collaborazione e condivisione dei medici di medicina generale.

Il Servizio di “presa in carico” può essere centralizzato o specifico per le diverse aree specialistiche, accessibili comunque da parte del medico di medicina generale o dallo specialista che rileva il problema da indagare. Per quanto concerne l’assistenza territoriale si auspica che gli specialisti ambulatoriali si rapportino in modo stretto e stabile (rapporto funzionale) con le strutture ospedaliere di riferimento. Crediamo sarebbe opportuno chiedere alle Aziende sanitarie e agli Ospedali privati di fare un censimento dei PDTA per capire cosa manca e cosa si può condividere

Attività della Commissione Pubblicità dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona 2023-2024

DR. FABIO FACINCANI

COORDINATORE E REFERENTE PER IL CONSIGLIO

Nel corso dell'anno 2023-24, la Commissione Pubblicità dell'Ordine dei Medici di Verona ha svolto un'intensa attività di valutazione e controllo delle richieste di pubblicità sanitaria presentate da medici e odontoiatri. La commissione ha esaminato numerose proposte per assicurarsi che fossero conformi agli articoli del nostro Codice Deontologico, garantendo così una comunicazione etica e trasparente nei confronti dei pazienti.

Il lavoro ha incluso:

Valutazione di conformità:

Ogni richiesta è stata analizzata per verificare l'aderenza alle norme deontologiche, con particolare attenzione alla veridicità delle informazioni e al rispetto delle linee guida sulla comunicazione sanitaria.

Consulenza e orientamento:

La commissione ha fornito supporto ai professionisti, guidandoli nella rea-

lizzazione di pubblicità che rispettassero gli standard richiesti, offrendo chiarimenti e suggerimenti per eventuali modifiche necessarie.

Interventi correttivi:

In casi di pubblicità non conformi, la commissione ha richiesto le opportune modifiche per adeguarle alle normative, tutelando così l'immagine della professione e la fiducia dei pazienti.

