

PANORAMA DELLA SANITÀ

MENSILE DI INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE | Anno XXXII | Numero 7 | LUGLIO 2019

**SPESA IN CRESCITA
PER L'E-HEALTH**

**DISTRETTO SANITARIO,
FULCRO DELL'ASSISTENZA**

**PIANO ESITI 2018
MIGLIORA LA QUALITÀ**

**IL NUOVO MARKETING
DEL TABACCO**

**NON È UN PAESE
PER MEDICI**

**A OSTIA L'HUB
DELLA SANITÀ HI TECH**

FINE CURA MAI



NDILIFE

advanced digital life

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

Tel. 0651607174 - adilife@gilogica.it
www.adilife.net

PASSIONATELY GEEKY

Geek Logica is the leading Italian Groovy & Grails company. We embrace agile methodologies & speedily deliver quality applications. We focus on what really matters: creating high quality, easy to use applications.

In our software lab we adopt the best of the breed tools & methodologies in software development: Test Driven Development, Continuous Integration, Static analysis performance testing.

We are specialist in the strategy, design, and development of mobile applications for Android & iOS platforms. We help our clients understand the mobile app landscape and how to integrate their mobile strategy with their overall marketing plans.



STAY IN TOUCH CONTACT US:

Via Mosca, 52 - 00142 Roma - Phone + 39 347 9230275 - Fax +39 06 5137499
info@geeklogica.it

www.geeklogica.it

WE CREATE AWESOME APPS



di Marco Magheri

Direttore Responsabile
Panorama della Sanità

Disuguaglianze croniche

L'ultimo Rapporto dell'Istat sulla popolazione italiana certifica quel che tutti sappiamo già: popolazione che invecchia, denatalità conclamata, inversione tra le aree del Paese in cui si fanno più figli, con Bolzano che si conferma l'asilo nido d'Italia. Nel Paese dei figli unici, dei montascale e delle culle vuote, dei flussi migratori avversati fino a quando non si va in cerca di una badante, di un medico già formato o di un tecnico specializzato, il tema dell'invecchiamento della popolazione è il leit motiv della maggior parte dei congressi scientifici. Il tema, tuttavia, seppur di interesse sanitario, andrebbe desanitarizzato e ricollocato nell'alveo di quel che è: una questione squisitamente (e drammaticamente) sociale, economica, civile, istituzionale, insomma, politica. Ci si strappa le vesti di fronte a un punto nascita che chiude e non si fanno le barricate per un centro anziani che non apre, strano Paese il nostro.

Sarebbe giunto il momento di accorgersi che la gestione delle complicità della più diffusa malattia mortale, ovvero l'invecchiamento, sia pressoché esclusivamente appannaggio dei privati, dove per privato si intende quella gamma di realtà che va dalle imprese e dalle strutture di accoglienza profit, il terzo settore (con molte, troppe sfumature), la rete sociale, quando c'è, le famiglie.

Parlare di invecchiamento della popolazione è la premessa necessaria per comprendere con nitidezza l'impatto della cura delle cronicità. L'indagine condotta da Cittadinanzattiva sull'argomento fotografa uno scenario che se non ci stupisce, certamente ci indigna. La presa in carico delle persone con cronicità – spesso più d'una – è tema negletto. È vero, abbiamo un Piano nazionale, ma se per questo, abbiamo anche una Carta costituzionale. Entrambi, quotidianamente disattesi. Disattesi nei principi, nella loro applicazione,

nella declinazione sui territori. Quel che arriva ai cittadini – se si esclude l'interesse, nella grande maggioranza dei casi legittimo, da parte delle aziende farmaceutiche e di dispositivi – sono scampoli di progettualità, avanzi di budget, interventi simili a nozze riparatrici.

La pressione sociale delle associazioni di pazienti meglio organizzate e più solidamente sostenute, contribuisce a far sì che le scelte delle amministrazioni vengano indirizzate prioritariamente verso la presa in carico di quelle patologie rappresentate dalle associazioni più influenti. Questo ha a che vedere con la sensibilità dei governanti verso la conquista del consenso. È nella natura delle cose. Eppure, allargando lo sguardo, la conquista del consenso passa anche per l'equidistanza dagli interessi particolari. Soprattutto quando si parla di salute e di qualità della vita di persone che convivono con uno stato di cronicità, il rischio se non la certezza è di generare una guerra tra poveri. È vero, le risorse sono sempre meno e le persone da assistere sono sempre di più. È anche vero però che ogni euro speso dalla PA per la qualità della vita delle persone genera ritorni di investimento molto consistenti, a condizione che non si ragioni per silos. Chiariamo: una persona con cronicità – i fine cura mai – che mantiene, grazie alla presa in carico sociosanitaria, una qualità della vita che gli consenta di mantenere una certa autonomia, genera un risparmio misurabile in termini di riduzione di cure sanitarie e di prestazioni sovradimensionate, riduzione dell'astensione dal lavoro di familiari, incremento dei consumi da parte del nucleo familiare e conseguente impatto positivo sul pil e sui costi previdenziali, senza trascurare il gettito fiscale. Questo, per il Paese è evidentemente un tema strategico, da declinare sui territori per guarirlo dalle croniche disuguaglianze.

Riabilitazione di sistema



di Mariapia Garavaglia
Presidente Istituto
Superiore di Studi Sanitari
"G. Cannarella"

C'è una emergenza che riguarda il nostro Ssn e quindi rende drammatica l'urgenza di intervenire, perché il danno sui pazienti diventerà irreparabile. Da tempo gli ambienti più avvertiti e sensibili, nonché gli esperti e gli specialisti, mettono in guardia da due criticità: il ridotto finanziamento e la carenza preoccupante di medici e di personale infermieristico.

I numeri sono preoccupanti, ma anche le soluzioni transitorie che si stanno prefigurando. Urge una programmazione strutturata dei percorsi professionali che - serve ricordarlo? - esigono tempi lunghi di studio e specializzazione.

Si tamponi tenendo presente da subito, per attivare le misure necessarie.

E ogni settore che si esamini sta evidenziando situazioni sempre più gravi in relazione a bisogni emergenti sia in termini qualitativi che quantitativi.

La riabilitazione, dopo oltre 40 anni dalla legge 833, non ha ancora trovato la collocazione appropriata nella programmazione nazionale e regionale.

A proposito del decreto relativo ai criteri di appropriatezza per la neuroriabilitazione si sta cercando di operare in senso opposto alle reali necessità, riducendola esclusivamente al trattamento delle lesioni cerebrali gravi secondo la definizione di "Grave Cerebrazione Acquisita (Gca)".

Purtroppo sono molte le famiglie che conoscono il dramma di non trovare una collocazione post ospedaliera per riabilitazioni per esempio post ictus.

Al Ministero dovrebbero conoscere le decine di migliaia di casi all'anno... Ci sono state interrogazioni, decisioni del Consiglio di Stato, che chiedono appropriatezza vera.

I ricoveri ospedalieri ordinari in neuro riabilitazione (cod.75) riguardano le "disabilità

multiple e complesse e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva". Si tratta di attività ospedaliere ad alta complessità sia con riferimento al bisogno clinico sia del bisogno riabilitativo destinate a specifici profili di pazienti affetti da gravi cerebrolesioni e malattie degenerative.

Il Ssn non può esimersi dall'affrontare le più difficili circostanze in cui si trovano pazienti che hanno il diritto al recupero, colpiti da gravi cerebrolesioni, vascolari, traumatiche o da altre cause con menomazioni senso motorie, cognitive e comportamentali, con o senza un precedente stato di alterazione della coscienza e quindi a prescindere dalla durata del coma.

Perciò suscita forti perplessità l'individuazione dei soli pazienti che abbiano avuto un coma quali ricoverabili in strutture di alta specializzazione cod. 75.

La sostenibilità non può essere argomento solo economico finanziario, perché si deve piuttosto verificare la sostenibilità, come appropriatezza, per i pazienti (e i loro familiari). I posti letto attuali sono insufficienti - ed è noto al Ministero e alla Conferenza Stato Regioni - quindi è inaccettabile che si tenti di ridurli in quantità e qualificazione.

A questo quadro deve aggiungersi l'argomento professionisti.

Al numero di medici laureati annualmente non corrisponde il numero degli specialisti indispensabili per gestire al meglio i servizi più innovativi.

E la riabilitazione, per i nuovi stili di vita, l'aumento di lesioni cerebrali, traumi, ecc. nonostante diventi più necessaria, appartiene agli ambiti meno ambiti, per cui le istituzioni deputate devono assumersi l'onere della promozione accademica e della organizzazione manageriale.

PANORAMA DELLA SANITÀ

MENSILE DI INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE | Anno XXXII | Numero 7 | LUGLIO 2019



MENSILE DI INFORMAZIONE
& ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE
Anno XXXII | N. 7 | LUGLIO 2019

Direttore editoriale - **Bruno Chiavazzo**
Direttore responsabile - **Marco Magheri**

Comitato Scientifico

Simona Amato, Nicola Corbo,
Gianfranco Damiani, Carlo Favaretti,
Rosa Giuseppa Frazzica, Rosario Mete,
Giovanni Monchiero, Fulvio Moirano,
Armando Muzzi, Augusto Panà,
Walter Ricciardi, Marco Trabucchi.

Editore

SCE SC Editrice Società Cooperativa
Via Vitaliano Brancati, 44
00144 Roma
segreteria@sceditrice.it

Redazione:

Tel. 0631052392
redazione@panoramasanita.it
www.panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti:

Tel. 0659290256 - Fax 0687813133
segreteria@sceditrice.it

Stampa

Rubbettino Srl - Soveria Mannelli (Cz)

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto della L. 196/03 sulla tutela dei dati personali. Coloro i quali non intendessero ricevere la rivista a titolo promozionale possono comunicarlo a mezzo fax al numero 0687813133.

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

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

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

S O M M A R I O

Editoriali

- Disuguaglianze
croniche
di Marco Magheri..... **4**
- Riabilitazione
di sistema
di Mariapia Garavaglia..... **5**

Notiziario **8**

Dossier

- Sempre più urgente
affrontare le disuguaglianze..... **14**
- Regione che vai,
cura che trovi (forse)..... **16**
- Il Piano nazionale della Cronicità:
a che punto siamo **17**
- La malattia non ha residenza **18**
- Davanti alla cura
non siamo tutti uguali..... **24**
- Il rilancio del ruolo regionale
per una sanità di valore **26**
- Permangono e si accentuano
le disuguaglianze di salute **28**
- Sfavorito chi non è abiente,
è poco istruito e vive al Sud..... **31**
- Digitale, Cresce del 7% la spesa
nel 2018: 1,39 mld di euro..... **34**
- Distretto sanitario, fulcro
dell'assistenza extraospedaliera..... **40**
- Migliora la qualità
dell'assistenza sanitaria..... **42**

Le nuove strategie dell'industria del tabacco.....	47
Iodosufficienza in Italia raggiunta in 7 regioni.....	50
Disegnato un percorso completo di screening.....	52

Professione

L'Italia non è un Paese per medici.....	54
AAA cercasi medici disperatamente.....	56
La Romania a misura di donne medico	60
Sicurezza sul lavoro: Infermieri e operatori i più a rischio.....	64
Quali risvolti per il Medico Competente?.....	66
Prima specialità per ricoveri non chirurgici in Italia.....	68
Ortopedia, Unità ospedaliera a rischio chiusura.....	70

Congressi

La vera emergenza riabilitare le persone con cronicità.....	72
"Yes we can, Yes we care"	73

Innovazione

L'hub del Lazio è sul litorale romano ...	74
Hta nella medicina di laboratorio.....	77

Europa in salute **80**

Empowerment

Barriere architettoniche, la legge italiana ha una visione superata.....	82
--	-----------

Nel territorio

Campania: Pediatria, azzerati i tempi di attesa con Cosped	84
Lazio: Partecipazione civica, ecco perché ci interessa.....	85
Lombardia: Asst Monza a supporto dei pazienti fragili.....	86
Piemonte: Sanità digitale, dal referto al dato strutturato.....	87
Veneto: Violenza contro le donne, firmato un protocollo di rete.....	88
Valle d'Aosta: Il progetto WelComTech per gli anziani.....	89

In libreria

Il cibo può essere una vera medicina	90
---	-----------

Aziende & persone..... **92**

Agenda..... **96**

• *Diritto alla salute*

ISTITUITO IL COMITATO PARITETICO MIUR-SALUTE

Il Comitato paritetico per la "Tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione" è stato istituito lo scorso 27 maggio dal Segretario Generale del Ministero della salute, Giuseppe Ruocco e dal capo Dipartimento del Miur Carmela Palumbo. Previsto dal Protocollo di Intesa, tra il ministero

della Salute e il ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, al Comitato sono stati affidati compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento, monitoraggio e valutazione delle attività ed iniziative assunte nell'ambito delle aree previste dall'Intesa. "L'Intesa – sottolinea il ministero della Salute – ha l'obiettivo di rafforzare la collaborazione istituzionale per garantire interventi mirati sulla promozione della salute, di sani stili di vita e del benessere

psico-fisico degli studenti. L'approccio olistico sugli interventi che i due Dicasteri si propongono di effettuare, per l'empowerment delle nuove generazioni, darà particolare considerazione alle loro relazioni affettive, al contrasto di stili di vita dannosi, alle dipendenze patologiche, ai principali fattori di rischio delle patologie croniche trasmissibili e non trasmissibili, con attenzione alla malnutrizione e ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nonché promozione della salute orale".

• *Unione Europea*

UN PENSIONATO SU SETTE È A RISCHIO POVERTÀ

Nel 2017 la percentuale di pensionati a rischio di povertà nell'Unione europea (Ue) era stimata al 14,2%, leggermente superiore al 13,8% del 2016. Il tasso è aumentato gradualmente dal 2013, quando era del 12,6%. Sono alcuni dei dati pubblicati a gennaio dall'Eurostat. Nella maggior parte dei 27 Stati membri dell'Ue per i quali sono disponibili i dati del 2017, la percentuale di pensionati a rischio di povertà è compresa tra il 10% e il 25%. I quattro paesi con un tasso di rischio di povertà superiore al 30% nel 2017 sono stati l'Estonia (46%), la Lettonia (44%), la Lituania

(37%) e la Bulgaria (32%). Per contro, i tassi più bassi del 2017 si sono registrati in Francia (7%), Slovacchia (8%), Danimarca, Ungheria e Lussemburgo (tutti il 9%). L'Italia nel 2017 ha registrato un tasso di rischio povertà del 12,7%. Nell'insieme dell'UE nel periodo compreso tra il 2010 e il 2017, la proporzione di pensionati donne a rischio di povertà è stata di circa 2-3 punti percentuali (pp) superiore al tasso per i pensionati maschi. Nel 2017 c'erano quattro Stati membri in cui il tasso di rischio di povertà per le donne pensionate era superiore di oltre 10 pp al tasso per i pensionati maschi: Estonia (+19 pp), Lituania (+16 pp), Bulgaria e Lettonia (entrambi +15 pp). Viceversa, quattro paesi presentavano tassi di rischio di povertà più alti per i pensionati di sesso maschile che per le pensionate di sesso femminile: Malta (+5 pp), Spagna (+2 pp), Italia e Danimarca (entrambi +1 pp).

• *Abruzzo*

APPROVATE LE MISURE PER ABBATTERE LE LISTE DI ATTESA

La Giunta regionale dell'Abruzzo ha approvato il nuovo Piano operativo regionale per il governo delle liste di attesa. "Il documento, che recepisce quanto disposto dall'intesa Stato- Regioni dello scorso febbraio, introduce – afferma la Regione – nuove misure e criteri più stringenti per l'abbattimento delle liste d'attesa, che si basano su due pilastri: l'omogeneizzazione del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione; la promozione

del principio di appropriatezza nelle sue tre dimensioni: clinica, organizzativa e prescrittiva. Per la prima volta è stato previsto un finanziamento di 2 milioni di euro per l'assunzione di personale, da utilizzare per l'anno in corso, da destinare esclusivamente alle discipline oggetto del programma di riduzione delle liste; altri 7 milioni e 600mila euro (per il triennio 2019 – 2021), da destinare alla riduzione delle liste di attesa, che verranno messi a disposizione dallo Stato una volta approvati i relativi decreti attuativi; ulteriori spazi finanziari, da individuare nei 16 milioni di risorse aggiuntive, saranno assegnate alle Asl abruzzesi per il potenziamento dell'organizzazione sanitaria".

• Estate 2019

ATTIVO IL SISTEMA NAZIONALE DI PREVISIONE ALLARME ONDATE DI CALORE

Prevenire gli effetti negativi del caldo sulla salute, soprattutto delle persone più fragili. È l'obiettivo della pubblicazione sul portale del ministero della Salute dei bollettini sulle ondate di calore in Italia. "I bollettini – spiega il Ministero – sono elaborati dal Dipartimento di Epidemiologia Ssr Regione Lazio, nell'ambito del Sistema operativo nazionale di previsione e prevenzione degli effetti del caldo sulla salute, coordinato dal ministero. Vengono pubblicati, come ogni anno dal lunedì al ve-

nerdi, a partire da metà maggio fino a metà settembre. Il sistema operativo è dislocato in 27 città italiane e consente di individuare, giornalmente, per ogni specifica area urbana, le condizioni meteo-climatiche a rischio per la salute, soprattutto dei soggetti vulnerabili: anziani, malati cronici, bambini, donne in gravidanza. Le città monitorate sono: Ancona, Bari, Bologna, Bolzano, Brescia, Cagliari, Campobasso, Catania, Civitavecchia, Firenze, Frosinone, Genova, Latina, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Perugia,

Pescara, Reggio Calabria, Rieti, Roma, Torino, Trieste, Venezia, Verona, Viterbo. I bollettini sono consultabili – precisa il Ministero – anche attraverso la App Caldo e Salute, realizzata dal ministero della Salute in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del servizio sanitario della Regione Lazio – Asl Roma 1. La App è disponibile online per dispositivi Android su Play Google e per iOS su App Store. Dal portale del ministero è possibile scaricare numerosi Opuscoli relativi alle ondate di calore, rivolti alla popolazione generale e agli operatori del settore (medici, personale delle strutture per gli anziani, personale che assiste gli anziani)".

• Radiologia domiciliare

LA REGIONE ESTENDE IL PROGETTO R@DHOMES A TUTTO IL PIEMONTE

Entro la fine del 2019 verrà estesa a tutto il Piemonte l'attività di radiologia domiciliare R@dhome, gestita dal Centro di riferimento regionale della Città della Salute e fino ad oggi destinata quasi esclusivamente ai pazienti della città di Torino. Si tratta di un progetto finanziato dal 2016 dalla Regione Piemonte - con un investimento di 230mila euro l'anno - e rivolto ai malati affetti da gravi patologie croniche, ai pazienti disabili o in condizioni di non autosufficienza, che dunque hanno grande difficoltà nel raggiungere le strutture sanitarie.

"Attraverso questo servizio – spiega la Regione - gli esami vengono effettuati direttamente al domicilio dei malati. La delibera dell'assessore regionale alla Sanità, approvata il 16 maggio scorso dalla Giunta regionale, dà quindi mandato al Centro della Città della Salute di Torino, diretto da Ottavio Davini, di presentare entro il mese di ottobre un piano per l'estensione a tutto il territorio piemontese del progetto R@dhome. Verrà inoltre avviata anche una sperimentazione in quattro istituti penitenziari (Cuneo, Fossano, Alba e Asti) destinata alla popolazione carceraria. Dal 2016 al 2018 hanno già usufruito del servizio circa 2.000 pazienti residenti a Torino, nella quasi totalità per la radiografia del torace oppure per la radiografia dei segmenti ossei, ed è stata avviata l'attività nel territorio dell'Asl Cn2, con circa 200 esami effettuati".

• Jefferson University

LAUREA HONORIS CAUSA A WALTER RICCIARDI

Walter Ricciardi, professore ordinario di Igiene generale e applicata all'Università Cattolica, ha ricevuto, il 22 maggio scorso, la laurea honoris causa in

"Dottore della scienza" dalla Thomas Jefferson University di Philadelphia. "Per i risultati raggiunti e il contributo dato al mondo della sanità pubblica" anche attraverso il lavoro con l'Organizzazione mondiale della sanità e con il Centro di ricerca per la salute globale dell'Istituto superiore di sanità. Nella stessa

cerimonia, che si è svolta presso il Kimmel Center for the Performing Arts di Philadelphia, la laurea honoris causa è stata conferita a Ricciardi e a John Sculley, già Ceo di Apple, davanti una platea di circa 3000 persone composta da tutti i laureati in medicina della Jefferson del 2019 e alle loro famiglie.



• Farmaci veterinari

EFSA: RESTA ALTO IL TASSO DI CONFORMITÀ DEI RESIDUI

I dati di monitoraggio sulla presenza di residui di farmaci veterinari e contaminanti negli animali e negli alimenti di derivazione animale mostrano alti tassi di conformità con i livelli di sicurezza raccomandati. Anche la presenza di sostanze proibite è risultata bassa. Per l'anno 2017 la percentuale di campioni che ha superato i tenori massimi consentiti è stata dello 0,35%. Tale cifra rientra nell'intervallo 0,25%-0,37% riferito negli ultimi 10 anni. La non conformità per contaminanti chimici come i metalli si è rivelata più elevata rispetto ad altri gruppi

di sostanze, con cadmio, piombo, mercurio e rame individuati più frequentemente. Si tratta della prima volta che l'Efsa raccoglie questi dati dagli Stati membri; in passato tali informazioni venivano trasmesse alla Commissione europea. "l'Efsa – spiega l'Agenzia- ha raccolto i dati nello stesso modo in cui lo fa in settori come gli additivi alimentari, i contaminanti chimici, i residui di pesticidi e la resistenza agli antimicrobici. I dati armonizzati consentiranno il confronto tra i vari anni e una migliore analisi dei rischi per la salute umana e animale. I dati verranno messi a disposizione a breve su Knowledge Junction, piattaforma online di libero accesso curata dell'Efsa e creata per migliorare la trasparenza, la riproducibilità e la riusabilità delle evidenze scientifiche nella valutazione dei rischi per la sicurezza di alimenti e mangimi".

• Livelli essenziali di assistenza

ATTIVO IL SERVIZIO DI RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO DEI LEA

«Da oggi anche i cittadini e le associazioni dei pazienti potranno richiedere al ministero della Salute l'inclusione nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) di nuove prestazioni o servizi. La Commissione nazionale per

l'aggiornamento dei Lea, presieduta dal ministero, fornirà una risposta, positiva o negativa. Una novità significativa che rende sempre più reale il dialogo con i cittadini e le associazioni». Così il ministro della Salute ha annunciato il 6 giugno scorso il nuovo servizio di richiesta di aggiornamento dei Lea, diventato operativo sul portale ministeriale. «In particolare, la Commissione – spiega il Ministero – esaminerà non solo le richieste di inclusione nei Lea di nuove prestazioni o

servizi, ma anche quelle di modifica o di esclusione di prestazioni o servizi già inclusi, come anche le richieste di nuove esenzioni per patologia o di modifica delle esistenti. Potranno avanzare le richieste, seguendo una particolare procedura, non solo i cittadini e le associazioni dei pazienti, ma anche ad esempio le aziende sanitarie, i professionisti del Servizio sanitario nazionale o le aziende produttrici, come anche le Regioni e le Province autonome".

Obesità

IL SOVRAPPESO CRESCE PIÙ NELLE CAMPAGNE CHE IN CITTÀ

L'obesità sta aumentando più velocemente nelle aree rurali del mondo rispetto alle città. È quanto rileva uno studio sui trend mondiali dell'indice di massa corporea (Body mass index, Bmi), condotto dall'Imperial College di Londra, i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista Nature, nell'articolo "Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic". L'analisi ha incluso 2009 stu-

di di popolazione, coinvolgendo una rete di oltre 1000 ricercatori in tutto il mondo, con misurazioni di altezza e peso in più di 112 milioni di adulti di 200 Paesi e territori dal 1985 al 2017. L'Italia ha partecipato allo studio con 48 Coorti: l'Istituto Superiore di Sanità ha fornito i dati delle Coorti di popolazione del Progetto Cuore e delle Coorti Ilsa-Italian Longitudinal Study on Aging e Iprea-Italian Project on the Epidemiology of Alzheimer's disease. "Dai dati emerge che, a livello mondiale in questi 33 anni – spiega l'Iss – l'indice di massa corporea è cresciuto mediamente di 2 kg/m² nelle donne e di 2,2 kg/

m² negli uomini (che equivale a un aumento di peso corporeo di circa 5-6 kg) e che oltre la metà dell'aumento globale è dovuta alla crescita del Bmi nelle zone rurali. L'indagine ha consentito di rilevare che dal 1985 il Bmi medio nelle aree rurali è aumentato di 2,1 kg/m² sia nelle donne che negli uomini. Ma nelle città, l'aumento è stato di 1,3 kg/m² e di 1,6 kg/m², rispettivamente nelle donne e negli uomini. In pratica, oltre il 55% dell'aumento globale del Bmi medio dal 1985 al 2017, e più dell'80% in alcune regioni a basso e medio reddito, è dovuto all'aumento del Bmi nelle zone rurali".



La firma del protocollo quadro tra Francesco Ripa di Meana, Direttore Generale IFO e Alexei M. Belyaev, Direttore dell'Fsbi "NmicC Oncology. NN Petrov

• Istituti Fiositerapici Ospedalieri

REGINA ELENA E RUSSIA ALLEATE CONTRO I TUMORI

Siglato su terreno russo il 9 maggio scorso un accordo tra Ifo Regina Elena e il Petrov National Medical Center of Oncology, dopo che lo scorso dicembre era stato siglato a Roma l'accordo e il St. Petersburg Clinical Research and Practical Center for Specialized Types of Medical Care (Oncologic). Il Direttore Generale Ifo Francesco Ripa Di Meana e il Direttore Scientifico del Regina Elena Gennaro Ciliberto

a San Pietroburgo hanno visitato entrambi i centri oncologici e siglato il secondo accordo quadro. Gli obiettivi sono migliorare la qualità e la competitività della ricerca scientifica, collaborare nella formazione professionale e sviluppare nuove strategie cliniche per il trattamento dei pazienti oncologici. «A parte gli accordi formali, vi sono già collaborazioni avviate tra gli istituti. I vertici dei centri di San Pietroburgo – affermano gli Ifo – sono particolarmente colpiti dal nostro sistema di ricerca traslazionale, dalle tecnologie per le indagini e gli studi di biologia molecolare, nonché dalle tecniche chirurgiche

d'avanguardia. Gli interessi scientifici comuni sono notevoli e le teleconferenze sempre più numerose, in particolare tra i nostri chirurghi toracici, piuttosto che gli specialisti dell'anatomia patologica del Regina Elena e i rispettivi specialisti dei due centri». «Siamo entusiasti della collaborazione scientifica Italia-Russia

– sottolineano Francesco Ripa di Meana e Gennaro Ciliberto – che in pochi mesi ha già creato un fermento di progetti e iniziative per lo sviluppo di specifiche collaborazioni che favoriscono lo scambio di competenze». Il Petrov National Medical Center of Oncology, con cui è stato appena siglato un accordo, ha le stesse caratteristiche di un Irccs italiano, è un centro oncologico Nazionale nato nel 1927 e porta il nome del fondatore dell'oncologia nazionale



La Consegna delle certificazioni di qualità

Azienda sanitaria dell'Alto Adige

LA CHIRURGIA ONCOLOGICA RINNOVA LA CERTIFICAZIONE

Ben 44 reparti e servizi che compongono la rete oncologica dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige hanno dunque ricevuto la certificazione ISO 9001. I rappresentanti dei reparti e dei servizi coinvolti nel

percorso di cura oncologico hanno ricevuto, presso la sede dell'Eurac, le rispettive certificazioni di qualità dalle mani del Direttore sanitario Thomas Lanthaler e della Direttrice tecnico-assistenziale Marianne Siller. La conferma della certificazione dei 44 reparti e servizi è stata preceduta da una procedura di ri-certificazione che è durata alcune settimane e che, di fatto, equivaleva ad una nuova certificazione poiché in questo caso sono state applicate le nuove linee guida della norma ISO. «Se confrontiamo il tasso di mortalità per varie malattie tumorali nel periodo 2010-2013 con quello dal 2014 al 2017, possiamo notare – ha sottolineato il Direttore generale Florian Zerzer – un calo. Nel carcinoma gastrico, ad esempio, il tasso di mortalità è diminuito del 27%, nel carcinoma renale del 25%, in quello della vescica del 17% e per i tumori al colon e al seno del 7%. Questo è il risultato del grande lavoro congiunto di tutti i reparti coinvolti presso i nostri ospedali».

• *Ausl di Modena*

ATTIVATO IL PERCORSO PER IL BAMBINO OBESO

L'Azienda Usl di Modena ha dato vita al Percorso per il bambino obeso: completata e potenziata l'offerta sul territorio, strutturata su tre differenti livelli. «Il primo – chiarisce Alberto Tripodi, Direttore del Servizio igiene alimenti e nutrizione dell'Azienda Usl di Modena e responsabile del Percorso – è incentrato sul ruolo del Pediatra di libera scelta (PLS), che ha il compito di monitorare lo stato nutrizionale del bambino in crescita, cogliere fattori di rischio per una possibile insorgenza di obesità, fare un'attività di counselling motivazionale per i bimbi già in sovrappeso od obesi. Il secondo livello, a cui il Pediatra fa riferimento nei casi di un suo insuccesso

terapeutico, è rappresentato da un team multidisciplinare (dietista, psicologo, medico dello sport), che affianca il bambino e la famiglia per un periodo prolungato, svolgendo una specifica attività di supporto motivazionale al cambiamento delle abitudini alimentari e motorie». «Il terzo livello – spiega la Ausl di Modena – è rappresentato dai reparti di Pediatria di riferimento (Ospedale di Sassuolo, Policlinico di Modena e Ospedale di Carpi). Qui sono inviati dal PLS i bambini e ragazzi in condizioni di sovrappeso e obesità quando è necessario un approfondimento clinico-

diagnostico al fine di individuare eventuali complicanze o forme di obesità secondaria. Per casi particolarmente complessi, infine, il riferimento sull'intera provincia è il reparto di Pediatria del Policlinico di Modena». «L'obiettivo, da raggiungere attraverso un'azione coordinata di più professionisti, è stimolare e facilitare – conclude l'azienda sanitaria – il cambiamento dei comportamenti del bambino (e più in generale dell'intera famiglia), stimolando il suo protagonismo consapevole, proponendo soluzioni pratiche, individuando e cercando di eliminare eventuali barriere».



Staff ambulatorio: da sinistra Monia Pinelli psicologa, Jenny Pinca dietista, Andrea Cesare Caregnato medico dello sport, Alberto Tripodi direttore del Servizio Igiene alimenti e nutrizione Azienda Usl di Modena

• *Asl To3*

L'OSPEDALE DI RIVOLI RINNOVA LA DIALISI PERITONEALE

«L'attenzione per il paziente in ogni fase della malattia è per noi un obiettivo centrale e concreto, che si realizza anche attraverso interventi come quello che oggi vediamo attuato a Rivoli. Spazi adeguati, arredi rinnovati e funzionali, assicurano il necessario comfort a chi accede alla struttura e migliorano le condizioni di lavoro per il nostro personale, medici, infermieri, operatori che a vario titolo si occupano di assistenza diretta al paziente e che ringrazio, insieme al servizio tecnico aziendale e al provveditorato, per aver fattivamente contribuito a questo nuovo progetto di umanizzazione ospedaliera». Così ha Flavio Boraso, Direttore Generale dell'AslTo3 commentando i nuovi locali e i nuovi arredi per il servizio di dialisi peritoneale dell'ospedale di Rivoli. La Nefrologia dell'Ospedale di Rivoli segue oggi in dialisi peritoneale circa 35 pazienti. Si tratta di una metodica dialitica che consente al paziente, rispetto alla tradizionale emodialisi, di godere di una relativa

maggior libertà e di mantenersi in condizioni ottimali in vista di un trapianto. Dopo un addestramento di circa 15 giorni in ospedale e a domicilio e dopo gli opportuni sopralluoghi di verifica delle condizioni necessarie, comprese quelle strutturali dell'abitazione, la dialisi peritoneale può essere intrapresa e gestita direttamente dal paziente o dal caregiver che lo assiste, anche lui opportunamente addestrato in ambulatorio.



Il nuovo servizio di dialisi peritoneale dell'Ospedale di Rivoli

• *Irccs*

NASCE A BOLOGNA RAMS PER LA RICERCA E LA CURA DELLE PATOLOGIE ORTOPEDICHE

Presentata al Rizzoli di Bologna la Rete Nazionale per la ricerca e la cura delle patologie ortopediche. Si chiama Rams, Rete Apparato Muscolo-Scheletrico, e nasce dalla volontà di unire le competenze dei più grandi ospedali di ricerca italiani che operano in ambito ortopedico. I fondatori sono i due Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (Irccs) monospecialistici per l'ortopedia Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano e altri cinque Irccs, l'Ospedale Pwediatico Bambino Gesù di Roma, l'Istituto Giannina Gaslini di Genova, l'Humanitas Research Hospital di Milano, il Policlinico San Matteo di Pavia e l'Istituto Regina Elena e San Gallicano di Roma. L'atto costitutivo e lo statuto dell'associazione sono stati firmati recentemente al Rizzoli,

alla presenza dei rappresentanti dei sette Istituti coinvolti, per poi procedere con la prima riunione operativa. Il Presidente pro-tempore della Rete è il Direttore scientifico del Rizzoli, Maria Paola Landini. «La costituzione di questa nuova task force nazionale è motivo di orgoglio – commenta Landini. – Oggi più che mai c'è la necessità di fare rete, di mettere insieme le eccellenze sanitarie nazionali per sfruttare al meglio le specificità di ognuno e il Ministero della Salute ci sprona a lavorare

in questa direzione tanto è vero che in questi ultimi anni sono nate diverse reti, come quella chiamata Alleanza contro il Cancro di cui anche Rizzoli fa parte. La nascita di Rams è legata alla volontà di portare contributi ai nuovi e grandi temi di patologia ortopedica che l'aumento della vita media ha generato».

Vice Presidente di Rams sarà il Direttore Scientifico dell'Irccs Galeazzi Banfi, Segretario Benazzo, ortopedico dell'Irccs Policlinico S. Matteo.



I rappresentanti dei sette Istituti coinvolti nella Rete Rams

• *Asl Viterbo*

UNA NUOVA RETE PER LE PERSONE CON DISTURBI COGNITIVI

«La Asl Viterbo al fine di garantire la certezza della diagnosi e della presa in carico tempestiva della persona con demenza e della sua famiglia nelle diverse fasi della malattia, ha attivato quattro centri territoriali per disturbi cognitivi ad Acquapendente, Tarquinia, Civita Castellana e presso la Cittadella della salute di Viterbo e uno ospedaliero a Belcolle». Così il direttore generale

Daniela Donetti in occasione della presentazione della nuova rete per le persone con disturbi cognitivi della Asl di Viterbo. La rete delle demenze vede coinvolte diverse figure professionali che, lavorando in team, saranno in grado di garantire la miglior risposta di salute personalizzata su ogni singolo paziente. Il percorso si basa sulla possibilità di attuare una diagnosi precoce, definire il trattamento più appropriato e fornire un supporto sociale e psicologico al malato e alla famiglia «Lo sforzo organizzativo che i nostri professionisti hanno messo in campo» ha aggiunto Donetti - è finalizzato a una presa

in carico globale delle persone con disturbi cognitivi, da un punto di vista sanitario, ma anche sociosanitario. Tutti noi sappiamo, infatti, quanto questa patologia sia impattante sotto molti punti di vista, con un coinvolgimento emotivo forte delle famiglie, stravolte nella loro vita quotidiana. Il compito dell'azienda, con il sostegno del mondo del volontariato, è quello di orientare e di facilitare al massimo l'accesso ai servizi, con una rete multidimensionale di professionisti in grado di scambiarsi informazioni e di suggerire il miglior percorso di presa in carico, indipendentemente dal nodo di accesso della rete stessa».

Cronicità

Sempre più urgente affrontare le disuguaglianze

Abbiamo proposto una riforma Costituzionale che incida sull'articolo 117, introducendo come elemento di garanzia il diritto dell'individuo.

di Antonio Gaudioso*

La prevenzione resta la cenerentola della sanità italiana: soltanto una associazione su tre certifica la realizzazione di corsi di prevenzione a livello nazionale che, in oltre l'80% dei casi, sono realizzati dalle stesse associazioni.

Oltre l'80% denuncia ritardi nella diagnosi, imputabili alla scarsa conoscenza della patologia da parte di medici e pediatri di famiglia (70%) e al poco ascolto del paziente (42%).

Molto carente l'integrazione tra assistenza primaria e specialistica (lo denuncia il 73%), così come la continuità tra ospedale e territorio (69%); il 41% denuncia inoltre la mancata personalizzazione delle cure.

Questi sono alcuni dei principali dati contenuti nel XVII Rapporto Cnamc (Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e Rari) di Cittadinanzattiva, presentato a Roma lo scorso 4 luglio, "Regione che vai, cura che trovi (forse)".

Più di due associazioni su tre (68%) delle circa 50 che hanno collaborato alla stesura del Rap-

porto denunciano lunghe liste di attesa: ad esse afflitti soprattutto i pazienti del Lazio, della Campania e della Calabria. Solo una su tre afferma che visite ed esami per la gestione della patologia sono prenotati direttamente dallo specialista, mentre la maggioranza dei cittadini deve provvedere autonomamente, attraverso il Cup (60%) o recandosi direttamente agli sportelli ospedalieri (28%).

I Piani di cura personalizzati e i Percorsi diagnostici-terapeutici sono attuati solo in alcune realtà e per il 40% delle associazioni non esi-

stono affatto. Laddove esistono, i Pdta valgono solo per alcune patologie e soltanto in alcune regioni.

In tema di assistenza ospedaliera, il 70% lamenta di doversi spostare dalla città in cui risiede; il 53% denuncia la mancanza di personale specializzato, uno su tre lunghe liste di attesa per il ricovero. Non sono pochi i casi di chi è costretto a pagare una persona che l'assistente durante il ricovero (lo denuncia il 23%) ed anche i casi di chi si porta i farmaci da casa (17%).

Nel caso delle Rsa e lungodegenze, il primo problema è accedervi a causa delle lunghe liste di attesa (63%), la mancanza di specialisti (37%), la necessità di pagare una persona per assistere il malato (26%). La riabilitazione non è totalmente garantita dal Ssn, visto che per un'associazione su cinque il cittadino deve integrare a proprie spese per avere le ore sufficienti e uno su tre deve addirittura provvedere privatamente del tutto.

Non va meglio per l'assistenza domiciliare che, secondo l'82% delle associazioni, viene erogata solo in pochi casi; inoltre per il 70% le ore non sono comunque sufficienti, per il 53% mancano figure specialistiche, in particolar modo lo psicologo.

Nell'ambito dell'assistenza protesica ed integrativa, quasi il 60% lamenta tempi troppi lunghi per l'autorizzazione, e più della metà la necessità di sostenere delle spese per l'acquisto di protesi, ausili e dispositivi non erogati dal Ssn. Inoltre, una associazione su quattro rivela che i pazienti devono pagare di tasca propria per acquistare protesi ed ausili

I Piani di cura personalizzati e i Percorsi diagnostici-terapeutici sono attuati solo in alcune realtà e per il 40% delle associazioni non esistono affatto. Laddove esistono, i Pdta valgono solo per alcune patologie e soltanto in alcune regioni.

* Segretario generale di Cittadinanzattiva

in quantità sufficiente, o di migliore qualità, o più adatti ai propri bisogni.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, in cima ai problemi si trova la spesa economica per farmaci in fascia C o a causa delle limitazioni di budget da parte delle Asl o aziende ospedaliere (41%); segue la limitazione di prescrizione da parte del medico di medicina generale e pediatri (28%).

A detta del 54% delle associazioni, i bisogni psicosociali non vengono presi in considerazione: in particolare, mancano le forme di sostegno psicologico e di tutela sul lavoro (65%) nonché le forme di sostegno economico (51%).

Altra nota dolente, l'aderenza terapeutica: per il 46% risulta difficile a causa dei costi indiretti, come i permessi sul lavoro o gli spostamenti; per il 30% a causa delle difficoltà burocratiche connesse alla terapia, per il 22% a causa della indisponibilità in farmacia o perché la terapia è troppo costosa.

Per quanto riguarda l'umanizzazione del-

le cure, gli elementi sui quali bisognerebbe maggiormente agire sono la mancanza di aiuto nella gestione della patologia, coniugata con la mancanza di ascolto da parte del personale sanitario (74%). Altri due aspetti che rendono particolarmente gravosa la vita delle persone affette da patologie croniche e rare sono le liste d'attesa (68%) e la burocrazia inutile (55%). Ad essere, poi, ancora oggi sottovalutato è il dolore, sia quello fisico, che quello psicologico (53%).

È evidente quindi che, in questo quadro, sempre più urgente affrontare di petto il tema delle disuguaglianze, in un momento in cui, invece, si parla di Autonomie differenziate regionali. Per questo, abbiamo proposto una riforma Costituzionale che incida sull'articolo 117, introducendo come elemento di garanzia il diritto dell'individuo. La campagna "Diffondi la salute" www.diffondilasalute.it è stata già sottoscritta da oltre 80 realtà del non profit e delle professioni, e accolta già alla fine della passata legislatura da un ampio fronte bi-partisan.

Le principali voci di costo sostenuto, annualmente, dai pazienti con malattie croniche e rare	
Principali costi annuali privati per patologie croniche e rare	Importo massimo segnalato (€)
Retta strutture residenziali o semi residenziali	60.000
Adattamento dell'abitazione	60.000
Badante	25.000
Protesi ed ausili non rimborsati	7.000
Supporto psicologico	5.000
Visite specialistiche e riabilitazione a domicilio	5.000
Visite specialistiche intramoenia	3500
Farmaci non rimborsati	3000
Parafarmaci	2.000
Viaggi per motivi di cura	2.000
Dispositivi medici monouso	2.000
Esami diagnostici intramoenia	1.500

Fonte: XVII Rapporto sulle politiche della cronicità, Cittadinanzattiva

Il XVII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Regione che vai, cura che trovi (forse)

Non sono pochi gli ambiti in cui i territori del nostro Paese, a livello regionale ma anche di singole Asl, mostrano livelli di disuguaglianza “pericolosi” per la tenuta del nostro Ssn.

Se è vero che alcuni problemi – ad esempio la mancanza di raccordo tra cure primarie e specialistiche, la carenza di strutture sul territorio, l'esiguità della riabilitazione, la poca personalizzazione delle cure – sono diffusi e comuni nella gran parte delle aree del nostro Paese, ci sono problematiche che in alcune regioni diventano vera e propria emergenza. Partendo da questo presupposto il Coordinamento nazionale delle Associazioni di Malati Cronici Cnamc di Cittadinanzattiva ha deciso di intitolare “Regione che vai, cura che trovi (forse)” il XVII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità presentato lo scorso 4 luglio a Roma. “In ambito sanitario – evidenzia il Rapporto - non sono pochi gli ambiti in cui i territori del nostro Paese, a livello regionale ma anche di singole Asl, mostrano livelli di disuguaglianza “pericolosi” per la tenuta del nostro Ssn e soprattutto lesivi del diritto dei cittadini ad avere uguale accesso alle cure, indipendentemente dal proprio territorio di residenza; ad esempio, le liste d'attesa, sono drammaticamente lunghe soprattutto nelle regioni in piano di rientro; l'assistenza domiciliare è fornita, in alcune Asl, soltanto nei casi più gravi e solamente per poche ore al giorno”.

“La malattia – prosegue il documento - non ha residenza, eppure, non è la stessa cosa essere un malato oncologico o un malato di sclerosi o un malato con insufficienza polmonare, solo per fare degli esempi, in Lombardia, piuttosto che in Sicilia, o in Molise, o in Calabria. Non parliamo solamente di tempestività nella diagnosi, ma anche di tutto quello che, nel percorso di prevenzio-

ne e cura, viene garantito in una regione e negato in un'altra. Parliamo di farmaci e dispositivi, ad esempio. Se sei nella regione giusta avrai diritto a quelli più innovativi in tempi rapidi, altrimenti no.

In alcune regioni, se non addirittura in alcune Asl, si ha il diritto all'esenzione dal ticket, in altre lo stesso diritto viene negato. In alcune regioni esistono dei percorsi per la cura di alcune malattie, in altre è il paziente che deve costruire faticosamente il proprio percorso, spesso dovendosi spostare da una regione all'altra. Per non parlare poi del riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap. La stessa patologia in una regione viene considerata rivedibile e in un'altra no, in una regione darà diritto all'assegno di invalidità e in un'altra no. Le differenze poi riguardano anche aspetti non prettamente clinici ma fondamentali nella vita delle persone con disabilità, come l'assistenza psicologica, le difficoltà burocratiche, il sostegno economico, sociale e formativo alle famiglie che assistono il malato, le tutele sul lavoro. Sebbene, quindi, costituzionalmente il diritto alla salute sia garantito a tutti i cittadini, di fatto esistono cittadini di serie A a cui viene garantito, se non tutto, molto, e cittadini di serie B a cui viene garantito poco e niente. Sebbene riteniamo, quindi, giusta, anche perché prevista costituzionalmente, la richiesta di autonomia di alcune regioni, ci aspettiamo – conclude Cittadinanzattiva - uno slancio altrettanto grande nel colmare le differenze e garantire a tutti, a prescindere dal luogo di nascita e residenza, la stessa qualità di cure e grado di accesso, perché la malattia non ha passaporto”.

Il Piano nazionale della Cronicità

A che punto siamo

Il documento ridisegna la presa in carico delle persone affette da malattie croniche.

Dopo l'approvazione in Conferenza Stato Regioni, il 15 settembre 2016, il Piano nazionale delle Cronicità ha iniziato il suo lento e travagliato percorso di applicazione nelle singole regioni. Ad oggi, a distanza di quasi tre anni, sono nove le regioni e due le province autonome, che lo hanno approvato: Emilia Romagna, Lazio, Marche, Molise, Puglia, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Pa Bolzano P.A. Trento. La Lombardia ha un suo "Piano Regionale della Cronicità e Fragilità" e successivi provvedimenti attuativi. Il 24 gennaio 2018 dopo il decreto di nomina del Ministero della Salute si insedia la Cabina di Regia prevista dal Piano. Ne fanno parte, per il lato Istituzionale: il Ministero della Salute, l'Istituto superiore di sanità, Agenas, l'Istituto nazionale di statistica e la Conferenza delle Regioni. Per le società scientifiche partecipano Fism, Fnomceo e Fnopi, Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche. Per le Associazioni per la tutela dei malati partecipa il Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici di Cittadinanzattiva. Con decreto ministeriale 2 marzo 2018, si sono aggiunti due membri dell'Ordine dei farmacisti, un rappresentante dell'Ordine degli psicologi e, infine un rappresentante della Federazione Senior Italia FederAnziani. "Da tempo – evidenzia Cittadinanzattiva – si parla dell'invio di una nota di indicatori di prevalenza, processo ed esito dei percorsi da parte del Ministero alle Regioni per verificare lo stato di attuazione reale e non formale del Piano ed avere cognizione di alcuni aspetti fondamentali come livello di stratificazione della popolazione, quello di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e il livello di adozione e di attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici,

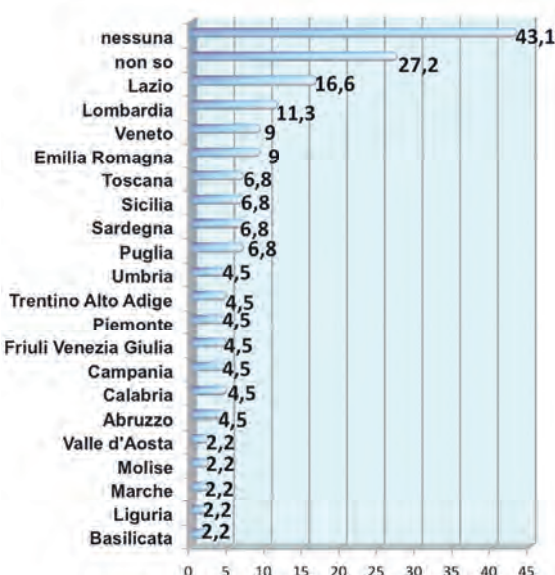
ma oltre le dichiarazioni non abbiamo conoscenza della sua effettività e soprattutto degli effetti. Ad oggi, dunque, non si hanno elementi effettivi per misurare l'applicazione di quanto previsto e le uniche informazioni esistenti sono proprio quelle provenienti dalle Associazioni che hanno partecipato al XVII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità che, come vedremo nell'indagine, danno una fotografia di quanto ad oggi sia stato realizzato di quanto previsto".

Il coinvolgimento delle Associazioni nell'attuazione del Piano

La maggioranza delle Associazioni (43,1%) non è stata coinvolta nella sua attuazione in nessuna regione.

Maggior coinvolgimento viene invece segnalato nel Lazio (16,6%), in Lombardia (11,3%), Veneto (9%), Emilia Romagna (9%). Fanalino di coda Valle D'Aosta, Molise, Marche, Liguria e Basilicata con un misero 2,2%. In questo non ci sono grandi distinzioni fra Nord e Sud Italia, ma c'è una situazione generalizzata di disinteresse da parte di molte regioni rispetto al contributo delle Associazioni, che non solo è previsto dal Piano, ma è un elemento imprescindibile di valore aggiunto per politiche sanitarie più condivise, efficaci, eque e appropriate.

Figura 1 Siete stati coinvolti a livello regionale come Associazioni nell'attuazione del Piano Nazionale Cronicità?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

La sintesi dei principali risultati della rilevazione

La malattia non ha residenza

I dati del XVII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità ripercorrono le fasi del Percorso della persona con malattia cronica individuate nel Piano nazionale delle Cronicità andando ad indagare il livello della loro reale attuazione.

Le 47 Associazioni di pazienti che hanno collaborato alla rilevazione rappresentano per il 52% patologie croniche e per il 48% patologie rare. Le patologie rappresentate colpiscono indifferentemente uomini e donne, di tutte le fasce di età, quindi un campione davvero eterogeneo di soggetti. I dati del XVII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità ripercorrono le fasi del Percorso della persona con malattia cronica individuate nel Piano nazionale delle Cronicità andando ad indagare il livello della loro reale attuazione.

Per il quarto anno consecutivo la popolazione residente in Italia diminuisce. Il 1 gennaio 2019 è pari a 60 milioni 391mila persone, oltre 90mila in meno sull'anno precedente. Cresce, inoltre, Prosegue la popolazione degli over 65enni sono oggi 13,8 milioni.

Nel Nord Italia si vive più a lungo e si fanno più figli, se a Bolzano, infatti, la media di figli per donna è di 1,76, valore massimo rispetto al resto del Paese, con un'età di 82 anni per gli uomini e di 86 anni per le donne, in Campania la media di figli per donna è di 1,35 e l'età media è di 79,2 anni per gli uomini e 83,7 anni per le donne. Il PIL in Italia è diminuito nel 2019 di 1,1 punti percentuali e la disoccupazione continua ad essere elevata soprattutto nel Mezzogiorno.

Incidenza delle patologie croniche

Nel 2016 aumenta leggermente la percentuale di persone con una o più malattie croniche, rispettivamente dello 0,8% e dello 0,9%, rispetto l'anno precedente, rimane invece costante (42,3%) la percentuale di persone che dichiara di essere in buona salute. Au-



menta, inoltre, la percentuale di chi assume farmaci (dal 41% del 2015 al 41,4% del 2016). La patologia cronica più diffusa tra quelle prese in esame rimane sempre l'ipertensione (17,4%) seguita da artrosi/artrite (15,9%) e da malattie allergiche (10,7%).

La Regione dove si trova la maggioranza di cittadini in buona salute è il Trentino Alto Adige (80,9%) e la Provincia di Bolzano in particolare (85,4%); quella con la percentuale minore di cittadini in buona salute è, invece, la Calabria (62,5%), seguita a poca distanza dalla Sardegna (64%).

La Regione con il maggior numero di persone affette da una o più patologie croniche è la Liguria (45,1%) quella con il minor numero è il Trentino Alto Adige (31,7%) seguita dalla Campania (37,4%). C'è da notare però che, mentre il 56,7% di persone con patologia cronica in Trentino Alto Adige è in buona salute, in Campania la percentuale crolla al 37,6%. La maglia nera, in questo caso, ce l'ha la Calabria dove solo il 29,4% delle persone con patologia cronica dichiara di essere in buona salute.

Il quadro delineato dalle Associazioni

La stratificazione ed il targeting della popolazione

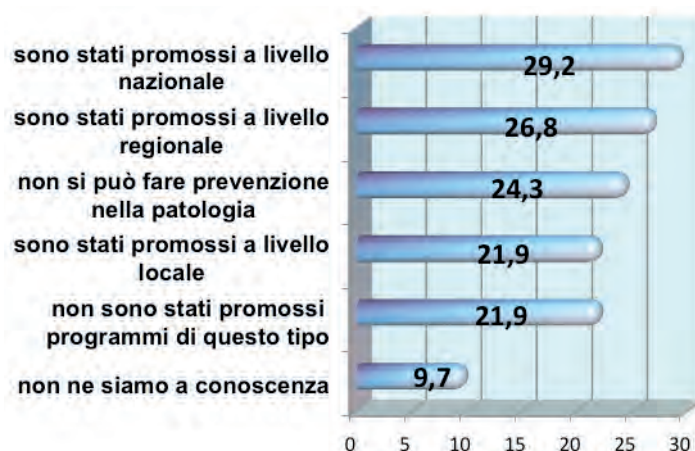
La prima fase del piano ha come obiettivo quello di programmare gli interventi sulla base delle conoscenze epidemiologiche, attraverso quindi la stratificazione della popolazione, non solo classificata secondo le patologie, ma anche in base ai bisogni sociosanitari. Tuttavia, quello che emerge è che non in tutti i casi esistono registri di pazienti (non è presente per il 37,2% delle Associazioni) e quando esistono, sono presenti solamente in alcune regioni (37,2%) e oltre tutto sono diversi fra loro (25,6%). Un registro nazionale unico esiste solo nel 25,6% dei casi. Secondo il 41,1% delle Associazioni nessuno dei dati presenti sui registri è reso pubblico e quindi accessibile.

La promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce

La seconda fase del Piano individua gli interventi necessari per una corretta prevenzione primaria (adozione di corretti stili di vita), prevenzione secondaria (individuazione precoce dei soggetti a rischio e relativa presa in carico) e quelli di prevenzione terziaria (per evitare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate). La prevenzione, però, in tutte le sue declinazioni continua a rimanere la maglia nera della sanità italiana.

Solamente per un'associazione su tre sono stati realizzati corsi di prevenzione a livello nazionale e

Figura 2 Sono stati promossi nell'ultimo anno (2018) per i pazienti della vostra Associazione programmi per la modifica degli stili di vita e per il contrasto dei fattori di rischio?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

nell'82,3% dei casi a realizzarlo è stata un'Associazione e solamente nel 4,3% dei casi dalle Regioni, da medici e centri universitari.

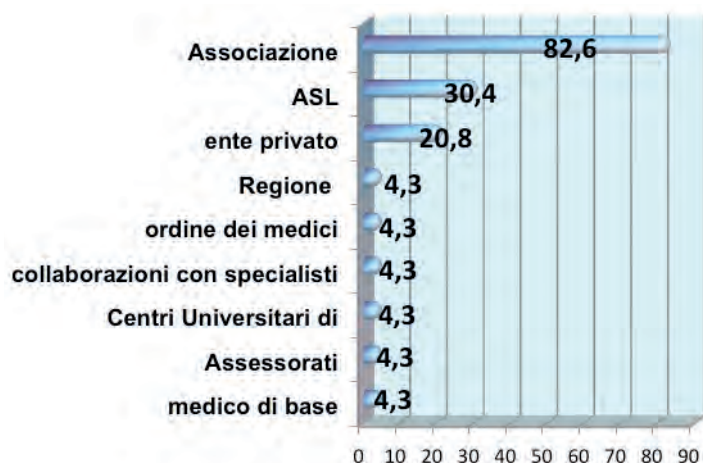
Arrivare, poi, ad una diagnosi, continua a risultare difficile per l'82% delle Associazioni, soprattutto a causa della mancanza di conoscenza della patologia da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta ed una conseguente sottovalutazione dei sintomi (70%). Un altro elemento che ostacola la diagnosi è il poco ascolto del paziente (42,5%).

Presa in carico e gestione del paziente attraverso il Piano di cura

La terza fase del piano, quella più corposa, riguarda la presa in carico e gestione del paziente e prevede una lunga serie di interventi sulla organizzazione dei servizi (riorganizzazione delle attività del Mmg, creazione di una rete assistenziale sul territorio, adozione di percorsi assistenziali, ecc.), sulla integrazione sociosanitaria (formazione del team multidisciplinare, sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata dei bisogni di salute sanitari e sociali, ecc.) e sull'organizzazione dell'assistenza ospedaliera (creazione di reti multi-specialistiche ospedaliere, integrazione con il territorio al fine di garantire la continuità assistenziale, progetti di formazione di team multidisciplinari, ecc.).

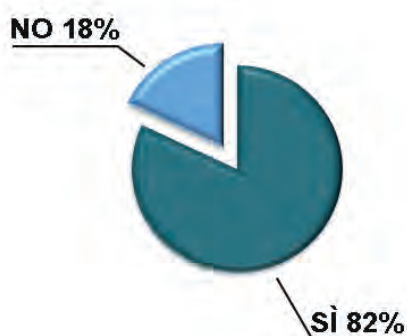
Anche in questo caso, come per le fasi precedenti, siamo ben lontani dal modello delineato.

Figura 3 Chi promuove corsi e programmi per la prevenzione?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Figura 4 Nell'ultimo anno (2018) avete registrato dei ritardi nella diagnosi?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Il primo aspetto sul quale occorrerebbe intervenire è sicuramente l'integrazione fra assistenza primaria e specialista, lo segnala il 73,1% delle Associazioni, ma anche l'integrazione fra ospedale e territorio, carente secondo il 69,1% delle Associazioni.

Ancora, quasi la metà delle Associazioni che hanno partecipato all'indagine denuncia il mancato coinvolgimento del paziente nel piano di cura. La mancanza di coinvolgimento si traduce poi in mancanza di personalizzazione delle cure (41,4%)

Liste di attesa

Le liste d'attesa rappresentano per il 68,3% delle Associazioni un altro annoso problema che non consente una

corretta presa in carico del paziente affetto da una patologia cronica. Gli esami e le visite necessarie per la gestione della patologia non vengono prenotati direttamente dallo specialista se non per un'associazione su tre. Tutti gli altri pazienti sono costretti a passare per i canali di prenotazione comuni a tutti, come il centro unico di prenotazione (60%), i cup aziendali (25%) o ancora recandosi direttamente allo sportello (27,5%). Il problema delle liste d'attesa è, poi, maggiormente sentito in regioni in piano di rientro come il Lazio (55,5%), la Campania (51,8%), la Calabria (51,8%)

Una volta arrivati alla diagnosi il passaggio successivo dovrebbe essere una valutazione multidimensionale per comprendere meglio i diversi bisogni del paziente ed offrire, quindi, una risposta personalizzata. Questa valutazione che dovrebbe essere appunto multidimensionale, o non viene mai effettuata (42,1%) oppure riguarda solamente gli aspetti clinici (44,7%). Lo stato funzionale, ovvero il livello di autonomia della persona, viene preso in considerazione solamente nel 28,9% dei casi, mentre la mobilità e quindi la capacità di spostamento solamente nel 21% dei casi.

Per i soggetti più complessi, portatori di più patologie, è previsto, invece, il così detto Pai (Piano di cura personalizzato), ma sono esistenti solamente in alcune realtà, per il 42,2%. Per quasi il 40% delle Associazioni, poi, non esistono affatto. Solamente il 10% risponde affermativamente. Lo stesso discorso vale quando si parla di Pdta Percorsi diagnostici Terapeutici ed Assistenziali. Se esistono, questo, vale solamente per alcune patologie e solamente in alcune regioni.

In altri casi esistono ma solo a livello aziendale e sono nell'applicazione tutti diversi tra loro.

L'assistenza ospedaliera

Il terzo aspetto della presa in carico, come dicevamo, riguarda la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, ma anche in questo caso, la realtà non rispecchia affatto il modello proposto dal piano.

In Ospedale, infatti, la prima criticità segnalata dal 70% delle Associazioni è la distanza del luogo di ricovero dal luogo di residenza emblema di una mobilità sanitaria spesso non per scelta, ma per mancanza di risposte sul proprio territorio di residenza.

La seconda criticità segnalata in ambito ospedaliero è la mancanza di personale specializzato o il ricovero in un reparto diverso (53,3%) seguita dalla lunghezza delle liste di attesa per il ricovero (33,3%). Nel 23,3% dei casi, poi, i famigliari sono costretti a pagare una persona che assista la persona ricoverata.

Di conseguenza, i pazienti lamentano la mancanza di attenzione da parte del personale infermieristico, così come la mancanza di informazione sul proprio

stato di salute (20%). Ma, ancora, pasti non adeguati, orari di visite troppo restrittivi, ma anche mancanza di farmaci (16,6%).

La seconda criticità segnalata è la mancanza di personale specializzato o il ricovero in un reparto diverso (53,3%). Anche questo è un dato che fa riflettere, perché all'endemica carenza di posti letto che ingenera la terza criticità, ovvero la lunghezza delle liste di attesa per il ricovero (33,3%) si aggiunge la carenza di personale, soprattutto medico specializzato, ma non solo, perché nel 23,3% dei casi i famigliari sono costretti a pagare una persona che assista la persona ricoverata e nel 16,6% dei casi sono addirittura costretti a portarsi i farmaci da casa.

Strutture riabilitative, lungodegenze o Rsa

Fuori dall'ospedale le cose non vanno sicuramente meglio. Per quanto riguarda, infatti, le strutture riabilitative, lungodegenze o Rsa, il primo problema è accedervi a causa delle lunghe liste d'attesa (63,1%). Trovare una struttura in cui essere ricoverati al di là dell'ospedale è davvero molto complicato, anche per una mancanza di orientamento sulla modalità di accesso a queste strutture (47,3%). Il ricovero in questo tipo di strutture è poi caratterizzato da una serie di problemi che vanno dalla mancanza di specialisti (36,8%), alla difficoltà di mobilità (31,5%), all'assistenza personale (necessità di integrare l'assistenza con una badante 26,3%). Per la riabilitazione i problemi sono ancora più seri, se possibile. Accedervi è ancora più difficile, perché nel 26,3% dei casi non viene neanche erogata, e sempre per il 26,3%, quando viene effettuato il ricovero, il tempo non è comunque sufficiente per il recupero del paziente.

Per quanto riguarda le attività semiresidenziali, quindi diurne, la prima criticità riscontrata rimane sempre la lunghezza delle liste d'attesa per accedere (44,4%), seguita dal problema della distanza della struttura (33,3%). La riabilitazione necessaria non è garantita dal Ssn, ma a totale carico del cittadino per il 33,3%.

Si tratta poi di strutture dove mancano tutte le figure necessarie (22,2%) e comunque i familiari sono costretti ad integrare pagando una persona per l'assistenza o pagando privatamente le ore in più necessarie (22,2%).

L'assistenza domiciliare

Passando poi all'assistenza domiciliare, questa non viene erogata se non in pochi casi per ben l'82,3% delle Associazioni ed è comunque di difficile attivazione nel 76,4% dei casi.

Non ci si deve, quindi, meravigliare se poi le persone sono costrette a ripetuti ricoveri in ospedale.

Quando, comunque, si è tra i "fortunati" per cui viene attivata, le ore di assistenza non sono adeguate (70,5%)

Figura 5 Quali sono, in base alla vostra esperienza, gli elementi che ostacolano maggiormente una diagnosi precoce della malattia?

sottovalutazione dei sintomi	70%
scarsa conoscenza della patologia da parte dei medici di base o pediatra di base	70%
poco ascolto del paziente	42,5%
elementi comuni ad altre patologie che vengono confusi	42,5%
mancanza di personale specializzato sul territorio	40%
liste d'attesa	25%
altro	20%

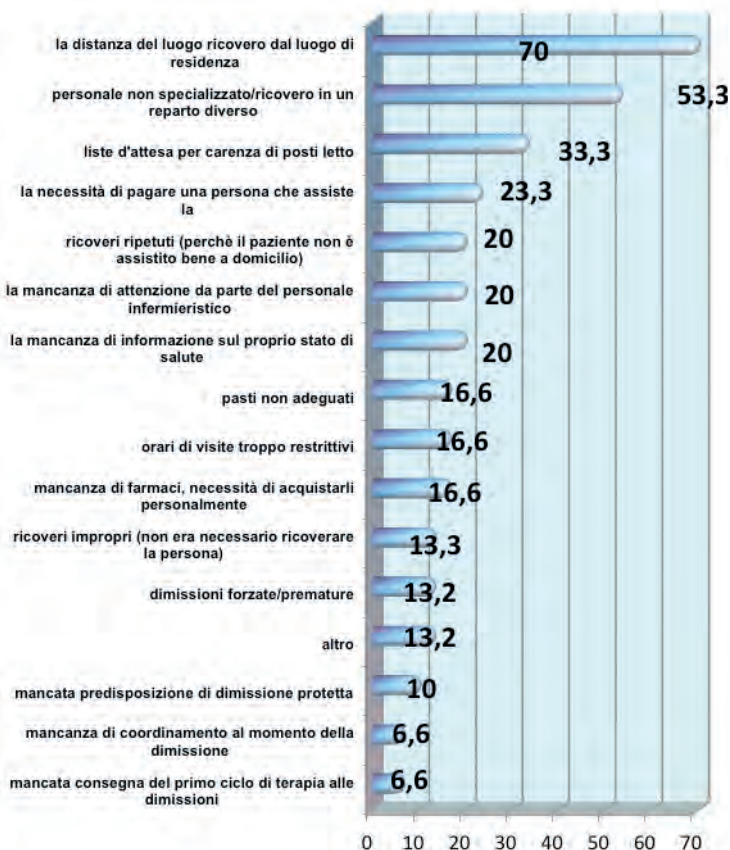
Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Figura 6 Il Piano nazionale della cronicità interviene su diversi aspetti altamente significativi per la gestione della cronicità. Quali fra quelli indicati ritenete sia più carente e dove quindi si debba intervenire con più urgenza per garantire una corretta presa in carico?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Figura 7 Nel caso di ricovero ospedaliero, quale o quali sono le difficoltà che avete riscontrato più frequentemente nell'ultimo anno (2017)?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

mancano le figure specialistiche (52,9%) ed in particolare l'assistenza psicologica nel 58,8% dei casi, proprio in un momento di maggiore fragilità della persona e difficoltà della famiglia, e si è costretti magari ad indebitarsi per integrare l'assistenza (47%). Non vengono poi presi in considerazione né i bisogni sociali (35,2%) e viene sottovalutato il dolore (23,5%).

Non bisogna dimenticare chi è la tipologia di paziente che ha necessità di assistenza domiciliare. Si tratta spesso di anziani soli, di persone nella fase finale della propria vita, di persone in generale non autosufficienti. Il tipo di risposta che viene data è davvero insufficiente, alle volte disumana, in cui la dignità della persona che pur nella malattia resta sempre una persona, viene calpestata proprio nel momento di maggior debolezza in cui invece avrebbe maggior bisogno di assistenza sotto tutti i punti di vista, non solo clinico, ma anche sociale e psicologico.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica ed integrativa, il primo problema riguarda i tempi troppo lunghi per l'autorizzazione ed il rinnovo (59,2%) seguito dai costi so-

stenuti per l'acquisto di protesi e ausili e dispositivi non erogati dal Ssn (51,8%).

Esistono, poi, diversità regionali sia in termini di quantità (48,1%), che di qualità (37%). Inoltre, presidi, protesi e ausili sono considerati inadeguati ai bisogni dei pazienti (37%) e non personalizzati (29,6%). Per avere l'ausilio maggiormente adeguato bisogna pagare di tasca propria la differenza di prezzo (25,9%).

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, il primo problema è rappresentato dal costo dei farmaci in fascia C (40,6%) e delle limitazioni da parte delle Aziende Ospedaliere o Asl per motivi di budget (40,6%). Alle volte a porre limiti sono i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (28,1%). Un altro problema fortemente sentito da molte categorie di pazienti è il Piano terapeutico. Ancora, l'assistenza farmaceutica è uno di quegli ambiti che maggiormente risente delle differenze regionali. Ci sono farmaci che sono disponibili nei prontoai di alcune regioni ed in altre no.

Erogazione di interventi personalizzati

La quarta fase del Piano nazionale cronicità pone l'accento sul "patto di cura" e sull'empowerment della persona con cronicità, partendo dall'analisi dei bisogni psicosociali dell'individuo. Tali bisogni, però, non vengono presi in considerazione il 53,8% delle Associazioni. In particolare ad essere maggiormente sottovalutati sono la mancanza di sostegno psicologico e di tutela sul lavoro (64,8%), oltre che la condizione economica (51,3%).

Tabella Uno degli obiettivi del Piano è sviluppare programmi di assistenza centrati sul paziente che tengano conto non solo della condizione clinica ma anche dei bisogni psicosociali (condizione economica, fragilità, difficoltà lavorative, ecc.). Ritenete che tali bisogni vengano presi in considerazione?

no	53,8%
solo in alcune regioni	33,4%
sì	12,8%

Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Valutazione della qualità delle cure erogate

La quinta ed ultima fase del Piano riguarda la valutazione della qualità di cure erogata e della qualità di vita, che dovrebbe coinvolgere, quindi, la persona partendo dal suo punto di vista. Il punto di vista delle Associazioni dei pazienti, tuttavia, è poco o per nulla preso in considerazione per oltre la metà di esse (56,2%).

Aspetti trasversali

Il Piano, infine, individua una serie di aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità che sottendono al macroprocesso del percorso del malato cronico e che sono: le disuguaglianze sociali, fragilità e/o vulnerabilità; la diffusione delle competenze, formazione, sostegno alla ricerca; la appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie ed aderenza alla terapia farmacologica; la sanità digitale; l'umanizzazione delle cure; il ruolo dell'Associazione ed il ruolo delle farmacie.

Rispetto ai primi due aspetti, disuguaglianze sociali e diffusione delle competenze, abbiamo già visto nei dati precedenti quanto il Piano sia disatteso, relegando questi aspetti ad un ruolo strettamente residuale e spesso lasciato al solo intervento delle Associazioni.

Rispetto al tema dell'appropriatezza c'è da registrare che la maggiore causa è la sottovalutazione dei sintomi ed il conseguente ritardo nelle cure (87,5%) o ancora, l'esecuzione di esami inutili perché ripetuti più volte (37,5%) o perché non adatti alla diagnosi e alla cura (29,1%).

In tema di aderenza terapeutica il primo problema per cui risulta difficile essere aderenti ad una terapia sono i costi indiretti, come i permessi a lavoro, gli spostamenti, ecc. (45,9%). Ancora un altro motivo di mancata aderenza alle terapie sono le difficoltà burocratiche (29,7%) o la sua indisponibilità in farmacia (21,6%). Sempre la stessa percentuale, inoltre, dichiara di trovare difficoltà perché la terapia era troppo costosa (21,6%).

Solo l'8,1% delle Associazioni, infatti, è stato coinvolto nell'ultimo anno in progetti che prevedevano l'utilizzo della telemedicina o e-health.

L'umanizzazione delle cure

Per quanto riguarda l'umanizzazione delle cure, gli elementi sui quali bisognerebbe maggiormente agire sono la mancanza di aiuto nella gestione della patologia, coniugata con la mancanza di ascolto da parte del personale sanitario (73,6%). Altri due aspetti che rendono particolarmente gravosa la vita delle persone affette da patologie croniche e rare sono le liste d'attesa (68,4%) e la burocrazia inutile (55,2%). Ad essere, poi, ancora oggi sottovalutato è il dolore, sia quello fisico, che quello spirituale (52,6%).

Se parliamo, poi, nello specifico di dolore, a far soffrire è innanzitutto la sottovalutazione del dolore stesso nel 63,6% dei casi, non solo quello fisico, ma anche quello psicologico (59%). Ancora, denunciano la difficoltà di accesso alla cannabis terapeutica (40,9%) la mancanza di informazione sul diritto a non soffrire inutilmente (40,9%) il costo eccessivo dei farmaci sintomatici (40,9%).

Infine, anche se non presente nel Piano, ma estremamente importante per le persone affette da malattie

Figura 8 Nel caso la patologia sia trattabile a domicilio attraverso l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare, quali sono state le criticità maggiormente segnalate nell'ultimo anno?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

croniche e rare, abbiamo voluto verificare le difficoltà legate al riconoscimento di invalidità ed handicap e lo stato di attuazione delle novità di legge previste dall'introduzione dei nuovi Lea.

Rispetto al primo ambito, ovvero, invalidità ed handicap, dobbiamo constatare che le difficoltà persistono per oltre la metà delle Associazioni (55,5%) e riguardano, l'estrema variabilità nella valutazione della stessa patologia, la superficialità con cui viene condotta la visita e la conseguente sottovalutazione della patologia perché non conosciuta dalla commissione medica. Rispetto alle novità che sarebbe dovute derivare dalla tanto attesa emanazione dei Nuovi Lea, non sono correttamente ed equamente esigibili per la confusione nella Asl (36,3%) per i problemi burocratici 30,3%. Infine, di notevole impatto per le persone con patologie croniche e rare e le loro famiglie sono i costi privati per le cure. Si arrivano a spendere fino a 60.000 euro per l'adattamento dell'abitazione o la retta in Rsa, 25.000 euro per pagare una badante e 7.000 euro per protesi e ausili non rimborsati dal Ssn, solo per citare alcuni esempi.

Le disuguaglianze di accesso nelle regioni

Davanti alla cura non siamo tutti uguali

Le differenze non riguardano poi le cure in senso stretto, ma tutto il complesso di organizzazione che ruota attorno ad esse.

Quest'anno Cittadinanzattiva ha deciso di dedicare il focus specifico del Rapporto sulle politiche della cronicità alle differenze di accesso regionali. "In un tempo – afferma Cittadinanzattiva – si parla tanto di autonomie delle Regioni a statuto ordinario, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con un processo che iniziato dalle iniziative intraprese da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna nel 2017 e che via via si sta allargando sia rispetto al numero di regioni coinvolti che in termini di materie da trasferire alle regioni a noi preme dire che, sebbene sia legittimo pensare a fornire migliori servizi ai cittadini della propria regione, in un'ottica solidaristica come quella su cui si fonda il nostro servizio sanitario, bisognerebbe concentrare gli sforzi prima di tutto sul colmare le enormi differenze che oggi esistono e che abbiamo voluto con il focus di questo rapporto ancor più dettagliare. Abbiamo pertanto chiesto alle Associazioni quali fossero gli aspetti su cui riscontrano le maggiori disuguaglianze fra le diverse regioni.

Il primo aspetto segnalato dal 71,4% delle Associazioni è il riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap e scopriamo che la malattia non è ugualmente invalidante se vivi in una regione del Nord o del Sud.

Altro aspetto disatteso in gran parte delle regioni è il sostegno psicologico, segnalato dal 62,8% delle Associazioni. Altro grande motivo di disparità fra cittadini di diverse regioni è il tempo di attesa per esami diagnostici (57,1%) e visite (54,2%). Un tempo di attesa più o meno lungo vuol dire giungere più tempestivamente ad una diagnosi ed evitare danni spesso irreversibile, vuol dire evitare complicanze e ricoveri inutili, vuol

Le maggiori disuguaglianze fra le diverse regioni riscontrate dalle Associazioni

Il primo aspetto segnalato dal 71,4% delle Associazioni è il riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap. Altro aspetto disatteso in gran parte delle regioni è il sostegno psicologico, segnalato dal 62,8% delle Associazioni. Il terzo ambito di maggiore disuguaglianza è il tempo di attesa per esami diagnostici (57,1%) e visite (54,2%). Un altro elemento di disuguaglianza è la presenza di percorsi, secondo il 54,2% delle Associazioni. Sempre, poi, per oltre la metà delle Associazioni (51,4%) la disparità di accesso riguarda la riabilitazione. Altro ambito in cui si sperimenta sulla propria pelle la differenza nell'essere residente in una regione, piuttosto che in un'altra, è l'accesso ai farmaci (48,5%).

dire prevenire anziché dover intervenire quando magari è troppo tardi.

Un altro elemento di disuguaglianza è la presenza di percorsi, secondo il 54,2% delle Associazioni. Ci sono regioni in cui un paziente non deve preoccuparsi di prenotare le visite, magari privatamente, e costruire faticosamente, da solo, un percorso di cura e regioni in cui tutto questo non è mai neanche stato pensato. Sempre, poi, per oltre la metà delle Associazioni (51,4%) la disparità di accesso riguarda la riabilitazione.

Altro ambito in cui si sperimenta sulla propria pelle la differenza nell'essere residente in una regione, piuttosto che in un'altra, è l'accesso ai farmaci (48,5%). L'assurdità è che pur essendo presente un'agenzia nazionale del farmaco (l'Aifa), che quindi a priori stabilisce la validità ed efficacia di un farmaco, la fascia di rimborsabilità e il suo

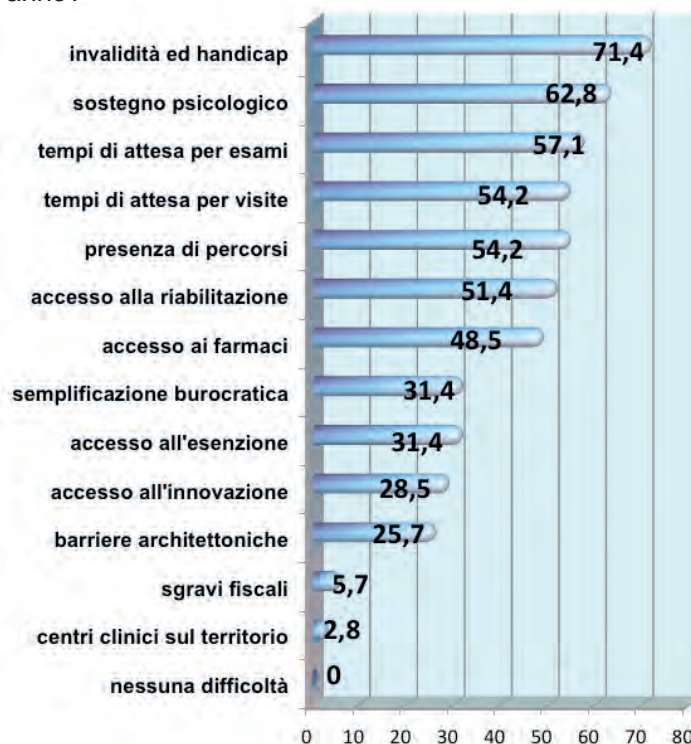
prezzo, poi lo stesso farmaco sia accessibile in un certo tempo in una regione o addirittura non sia accessibile in un'altra.

Le differenze non riguardano poi le cure in senso stretto, ma tutto il complesso di organizzazione che ruota attorno ad esse. Esistono quindi differenze nel diverso peso della burocrazia (31,4%) o ancora nell'accesso all'esenzione (31,4%) o in termini di accessibilità fisica a causa delle barriere architettoniche (25,7%). Un dato poi che fa riflettere è che nessuna associazione ha dichiarato di non riscontrare alcuna differenza di accesso nelle regioni.

Quindi – conclude Cittadinanzattiva – quello per cui siamo tristemente proprio tutti uguali, a prescindere dall'età, dalla patologia, dalla condizione di vita è che non siamo uguali di fronte alle cure.

All'articolo 32 della costituzione, che stabilisce che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti", bisognerebbe aggiungere "in maniera diversa a seconda della regione in cui hai avuto la fortuna o sfortuna di nascere e in cui hai deciso di vivere".

Figura 9 Quali sono gli ambiti principali sui quali avete riscontrato maggiori disuguaglianze regionali nell'ultimo anno?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Non esiste un unico Ssn

Nella fotografia scattata dal XVII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità è evidente come non esista un unico Servizio Sanitario Nazionale, quando neanche i Lea Livelli Essenziali di Assistenza, vengono applicati allo stesso modo, ma 20 sistemi regionali diversi tra loro. Le differenze e distanze, fra una regione e l'altra, non sono di poco conto, ma hanno ricadute importanti sulla vita delle persone affette da patologie croniche e rare. A cominciare dalla diagnosi, che può essere più o meno tempestiva, a seconda del grado di integrazione fra cure primarie e medicina territoriale, della presenza di percorsi per quella patologia, ed asseconda della lunghezza delle liste di attesa. Continua, poi, con la differenza nella prevenzione delle complicanze e con una più o meno corretta presa in carico, completamente diversa, nel grado di offerta nelle singole regioni. Vi sono regioni in cui al di fuori dell'ospedale non esiste nulla o quasi, e regioni, invece, in cui non solo esiste una presa in carico sul territorio ma questa si integra con le figure più vicine al paziente, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta. Diversa è poi l'attenzione verso le categorie più fragili, non solo per grado di disabilità, ma anche per condizione economica e sociale. Anche avendo, poi, la stessa patologia, non si hanno gli stessi diritti nel riconoscimento dell'invalidità ed handicap, come denunciato la maggioranza delle Associazioni. Non si è uguali neppure di fronte al dolore, con un accesso all'assistenza ed anche alle terapie completamente diverso da un territorio ad un altro.

Il rilancio del ruolo regionale per una sanità di valore

“Hta Lombardia per tariffe e acquisti” è il titolo dell’evento svoltosi a Milano, organizzato e promosso dalla Direzione Generale Welfare Lombardia in collaborazione con la Società Italiana di Health Technology Assessment.

di Pietro Derrico*, Giandomenico Nollo, Michele Tringali*****

La Valutazione delle Tecnologie Sanitarie, ovvero Health Technology Assessment, è uno strumento importante della programmazione sanitaria e della regolazione dei processi di innovazione in sanità sia a livello nazionale sia a livello locale, per scendere, via via, a tutte le funzioni di erogazione dei servizi sanitari. A testimonianza del ruolo significativo che la

Hta può svolgere nei programmi regionali di governo della sanità, la Regione Lombardia ha avviato fin dal 2008 un proprio programma per l’Hta, il quale, rinnovato con nuovo impulso nel 2016, si trova oggi ad un alto grado di maturità istituzionale. Parallelamente il Ministero della Salute ha avviato il Programma Nazionale Hta dei dispositivi medici, in applicazione del quale, Agenas ha pubblicato il Bando Nazionale per i Centri Collaborativi che costituisce un momento importante della messa in rete delle competenze e funzioni distribuite nelle varie regioni italiane. Così, l’appuntamento dello scorso giugno: “Hta Lombardia per tariffe e acquisti”, tenutosi presso l’Auditorium Testori, Palazzo Lombardia, ha rappresentato un momento importante di aggiornamento degli strumenti disponibili, dello stato di applicazione e degli obiettivi specifici che regione Lombardia si è data, ma anche per un’analisi dello stato complessivo di applicazione della Hta in Italia e della penetrazione di questo tema nelle organizzazioni imprenditoriali e nelle aziende erogatrici. L’evento, che è stato organizzato e promosso dalla Direzione Generale Welfare Lombardia in collaborazione con la Società Italiana di Health Technology Assessment (Sihta), ha dimostrato l’importanza e la forza di una collaborazione di rete tra le diverse istituzioni sanitarie regionali, per dar vita a un sistema operativo in cui Hta, decisioni strategiche e pratica clinica si compendiano per una appropriata gestione delle risorse.



Pietro Derrico Presidente Sihta

Tuttavia, è stato anche occasione per richiamare le istituzioni alla necessità di dare finalmente attuazione al programma nazionale. A distanza di tre anni dalla legge di stabilità che ha cancellato le unità di valutazione negli ospedali e concentrato il processo a livello regionale e nazionale, Sihta conferma i propri dubbi. Le unità di Hta ospedaliere, seppur poche e ancora sperimentali, erano state costituite, per

Con il Programma Nazionale Hta dei Dispositivi medici, l'Italia ha progettato un processo molto rigoroso che ha ricevuto l'apprezzamento di molti stakeholders.

poter dare risposte complementari e competenti ai diversi livelli decisionali. Per rispondere alle domande di salute in un sistema a crescente complessità sono necessarie competenze multidisciplinari, in molti casi difficilmente reperibili al di fuori delle aziende ospedaliere. Come indicato dalla Carta di Trento (2007), che rimane il documento di riferimento principale per chi vuole applicare la valutazione delle tecnologie sanitarie, l'Hta deve riguardare tutti i livelli gestionali dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte.

Con il Programma Nazionale Hta dei Dispositivi medici, l'Italia ha progettato un processo molto rigoroso che ha ricevuto l'apprezzamento di molti stakeholders. Ciò non è banale e siamo consapevoli che la sua applicazione richieda un grande sforzo culturale e organizzativo, è tuttavia indispensabile portare all'operatività il sistema, anche senza attendere che si raggiunga la perfezione.

Dobbiamo evitare il rischio di raggiungere un risultato perfetto in tempi infiniti, mentre la richiesta di scelte strategiche diventa sempre più pressante e ineludibile, sia a livello Macro e Meso (stato e regioni), sia a livello Micro (Aziende sanitarie, Ospedali, etc). È infatti importante recuperare tutti i ruoli a questa grande sfida. Così come è naturale che certe decisioni debbano essere prese solo a livello nazionale - pensiamo per esempio alla introduzione di farmaci innovativi per curare l'epatite C - è altrettanto vero che una tecnologia ritenuta efficace e sicura a livello nazionale possa non essere adatta in una specifica struttura sanitaria.

Lo eravamo tre anni fa e lo siamo ancora di più oggi convinti che la scommessa di uno Stato sia nella complementarietà dei livelli decisionali da quello centrale o regionale a quello aziendale.

Così l'esperienza della Regione Lombardia di attivazione di una rete che coinvolge in modo distribuito e diffuso competenze professionali e aziendali risulta un modello di rilievo e importante anche come riferimento nazionale.

Sihta quest'anno propone la propria conferenza nazionale proprio a Milano (9-11 ottobre, Palazzo Lombardia) in riconoscimento di un incontro quasi unico di valori, quali la qualità dei servizi sanitari, la capacità di innovazione tecnologica rappresentata dalla rete accademica, Irccs e strutture sanitarie e la presenza sul territorio della maggiore rappresentanza nazionale delle imprese del settore farmaceutico, dei dispositivi medici e dell'informatica. È quindi la Lombardia un ecosistema importante e rappresentativo di una filiera di successo dell'innovazione tecnologica in sanità, in cui il difficile equilibrio tra rapidità di accesso al mercato, sicurezza dei pazienti e sostenibilità dei sistemi sanitari rappresenta una sfida quotidiana per il sistema di governo regionale. Una sfida che Regione Lombardia da giugno potrà affrontare anche con l'aiuto suppletivo della neo costituita sezione regionale di Sihta

Costituita la sezione regionale Lombardia di Shita. Sarà al fianco dei professionisti lombardi per lo sviluppo di una sanità di valore basata sulle evidenze.

che sotto la guida dell'Ingegnere Paolo Lago (Direttore dell'ingegneria clinica dell'Ospedale San Matteo di Pavia) sarà al fianco dei professionisti lombardi per lo sviluppo di una sanità di valore basata sulle evidenze.

* *Presidente SIHTA; Direttore Tecnologie, Infrastrutture e Governo dei Rischi, Responsabile Unità di Ricerca Health Technology Assessment and Safety IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma*

** *Direttivo SIHTA; Università degli Studi Trento*

*** *Referente Programma Regionale HTA, Regione Lombardia*

Politiche sanitarie e non sanitarie

Permangono e si accentuano le disuguaglianze di salute

È urgente passare dai dati e dalle analisi alle soluzioni concrete e alle azioni, in uno scenario in cui l'Agenda 2030 diventi la priorità strategica dell'Italia e dell'Europa.

di Carla Collicelli*, Mariaflavia Cascelli**



Nell'ambito della terza edizione del Festival italiano dello Sviluppo Sostenibile organizzato dall'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (Asvis), in corso con più di 1000 eventi in tutta Italia dal 21 maggio al 6 giugno, uno dei diciassette eventi nazionali tematici (tanti quanti sono gli Obiettivi di sviluppo sostenibile) si è tenuto il 30 maggio all'Istituto Superiore di Sanità. L'evento è stato dedicato alle disuguaglianze di salute, un tema di fondamentale importanza per l'Italia, come emerge dalle analisi che l'Asvis svolge da tre anni per misurare la situazione del paese rispetto ai 17 Obiettivi dell'Agenda Onu per la sostenibilità da raggiungere entro il 2030. Dei quattro pilastri sui quali si basa l'Agenda 2030 in una visione integrata dello sviluppo (economia, società, ambiente e istituzioni), l'ambito sociale è quello dove meglio si apprezzano le connessioni tra i diversi Obiettivi di sviluppo sostenibile, che convergono nella finalità della piena attuazione di un benessere equo e condiviso: sconfiggere la povertà, la fame, le disuguaglianze, garantire la salute, l'educazione, la parità di genere e rendere le città inclusive in un'ottica di giustizia intergenerazionale, di soddisfacimento dei bisogni della presente generazione che non comprometta il benessere delle future generazioni, puntando sulla circolarità intesa come strate-

* Cnr-Iitb

** Asvis

gia che preserva il capitale sociale minimizzando le negatività.

L'importanza di questo tipo di approccio rispetto al tema dell'equità in sanità, e delle disuguaglianze in generale, è evidente.

Si registrano differenze notevoli, per esempio, per quanto riguarda la speranza di vita. In 40 anni l'Italia ha guadagnato 10 anni, arrivando a 80,8 anni per gli uomini e a 85,2 per le donne (Istat 2019). Miglioramenti molto significativi riguardano la speranza di vita in buona salute, aumentata da 58,3 anni nel 2015 a 58,7 nel 2017. Secondo le statistiche dell'Istat, dal punto di vista territoriale e sociale la differenza è di quasi tre anni tra Milano e Napoli, e arriva fino a dieci anni se si considerano le fasce sociali più povere del sud e quelle più ricche del nord, come mostrato in particolare dagli studi del Prof. Giuseppe Costa, presente al convegno con una relazione sulle principali sfide per la ricerca nel campo delle disuguaglianze di salute.

Permangono differenze importanti territoriali e per genere anche nella mortalità evitabile, che pure ha visto un miglioramento in generale. In termini di anni perduti per cause per le quali "non bisognerebbe morire", gli studi mostrano una media di 21,4 anni perduti per deceduto per i maschi e di 21,92 per le femmine. Per maschi si va dai 16,61 anni di Savona ai 25,21 di Catania, e per le femmine tra i 17,83 anni di Grosseto ed i 29,87 di Olbia (Mev(i) 2017). L'Atlante 2019 dell'Inmp (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà) registra differenze tra -15% e +30% per le donne, e tra -13% e +16% tra gli uomini.

Il 18,3% della mortalità generale per gli uomini ed il 13,4% per le donne risulta dovuta ad un basso livello di istruzione. La stessa offerta di servizi e l'ammontare delle risorse destinate alla salute differiscono notevolmente tra aree diverse. La spesa sanitaria pubblica pro capite, per esempio,

pari in media a 1.838 euro annui, è molto più elevata al Nord rispetto al Sud (2.255 euro a Bolzano e 1.725 euro in Calabria). L'analisi condotta su dati 2018 dal Ministero della Salute sulla attuazione dei Lea (Livelli essenziali di Assistenza) ha mostrato differenze notevoli per la prevenzione, per l'attività ospedaliera e per quella territoriale, con punteggi che oscillano tra il 92,4 della Provincia di Trento per il settore ospedaliero e il 29,5 della Campania per l'attività distrettuale. Una serie di Regioni risultano non garantire i Lea (Campania per distret-

tuale e ospedaliera, Sardegna per distrettuale, Molise per ospedaliera). Di conseguenza, anche la situazione delle liste di attesa presenta differenze notevoli tra territori e specialità, come emerge dalle due indagini condotte da Crea-Sanità sul tema, di cui ha riferito il prof. Federico Spandonaro. La Dott.ssa Roberta Cialese dell'Istat ha presentato i dati del suo istituto nel corso dell'evento, evidenziando le

differenze territoriali in merito alla soddisfazione per il proprio stato di salute: sono molto o abbastanza soddisfatti nel 2018 l'82,3% dei cittadini del nord, l'81,5% nel centro e il 78,2% nel sud.

Per quanto riguarda l'offerta per le disabilità i dati Istat mostrano una situazione positiva in quasi tutte le regioni appartenenti all'area centro-nord, ad eccezione del Molise, ma presentano valori inferiori alla media nazionale le regioni del sud e isole. Le Regioni che si collocano in cima alla graduatoria sono il Veneto (168), la Lombardia (130) e l'Emilia Romagna (127), mentre quelle che sono posizionate in fondo alla graduatoria sono la Basilicata (70), la Sicilia (75) e le Marche (76).

La dimensione territoriale incide anche sulla diffusione di alcuni comportamenti importanti per la salute, come la pratica continuativa di sport. A questo proposito, nelle regioni del sud e delle isole la quota di persone che svolge attività sportiva risulta pari al 15%, di contro a quasi il 27% del Nord- Est e a valori superiori al 23% nel

Permangono differenze importanti territoriali e per genere anche nella mortalità evitabile, che pure ha visto un miglioramento in generale. In termini di anni perduti per cause per le quali "non bisognerebbe morire".

Centro e nel Nord-Ovest (Istat 2014). Nel 2017 la percentuale di consumatori di alcol a rischio resta invariata rispetto all'anno precedente (16,3%). Diminuisce in misura lieve la quota dei fumatori (19,7%) mentre cresce di poco l'incidenza di persone obese (10,5%). Nel Centro-nord è più alta la quota di consumatori di alcol, nel Mezzogiorno quella di persone obese, nel Nord-ovest la percentuale di fumatori. Fumo, alcol e obesità riguardano più gli uomini che le donne (Istat 2019).

Nonostante la sanità italiana si collochi ai primi posti in Italia ed in Europa rispetto al raggiungimento di molti dei target dell'Obiettivo 3 dell'Agenda Onu (Salute e benessere per tutti), come segnalato da Asvis (nel Rapporto 2018 e nella Lettura Critica della Legge di Bilancio), dal Mef (Ministero Economia e Finanza) con il suo Rapporto 2019 sugli indicatori del Bes (Benessere equo e sostenibile), dall'Istat e dalle altre istituzioni, si riscontrano alcuni segnali negativi (ad esempio l'obesità, che riguarda il 44,8% delle persone nel 2017), e soprattutto il permanere e l'accentuarsi di situazioni e processi di disuguaglianza.

In linea con l'approccio integrato delle analisi portate avanti dall'Asvis, incentrate sulle disuguaglianze a livello socioeconomico, territoriale, culturale, Stefano Vella del Centro nazionale per la Salute globale dell'Istituto Superiore di Sanità ha voluto sottolineare, in apertura del convegno, la forte interdisciplinarietà del tema delle disuguaglianze, e come l'interconnessione degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile si manifesti proprio relativamente al problema dell'equità e dell'accesso ai servizi e alle risorse.

La necessità di accrescere la sensibilizzazione sul tema con un focus tanto sulle politiche sanitarie quanto su quelle non sanitarie è stata indicata come finalità del convegno da Raffaella Bucciardini (Istituto Superiore di Sanità), a capo di un Progetto che ha avviato una serie di ricerche e accertamenti sulle disuguaglianze di salute e in sanità.

L'Inmp (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà), ha dato vita nel 2017 ad un Programma di analisi delle difformità e del mancato ri-

spetto del principio dell'equità, con la collaborazione di tutti gli stakeholder istituzionali presenti all'evento (Agenas, Istat, Inmp, Iss), sotto il coordinamento del prof. Giuseppe Costa dell'Università di Torino e con il coinvolgimento del prof. Michael Marmot dell'University College di Londra, entrambi presenti all'evento.

Urgente passare dai dati alle soluzioni

L'urgenza di passare dai dati e dalle analisi alle soluzioni concrete e alle azioni, in uno scenario in cui l'Agenda 2030 diventi la priorità strategica dell'Italia e dell'Europa, è stata sottolineata in particolare nell'intervento dell'Asvis (svolto da Carla Collicelli). La relazione del Prof. Marmot si è incentrata sui determinanti sociali di salute tra ricerche, analisi e politiche concrete.

L'incontro ha gettato le basi per una collaborazione tra tutti gli stakeholder, al di là delle specifiche competenze di settore, nella convinzione comune di realizzare azioni pratiche a livello nazionale, regionale e locale, per combattere le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari. Le proposte emerse nel corso dell'evento verranno raccolte ed elaborate da Asvis nell'ambito delle azioni previste per l'Obiettivo 3, congiuntamente a quanto sarà intrapreso nel contesto del Tavolo Intersettoriale che l'Istituto Superiore di Sanità intende promuovere su questo tema specifico. Nel rispetto dei principi di integrazione, universalità e partecipazione che definiscono l'orizzonte teorico e operativo dell'Agenda 2030 e degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile sono emerse come finalità condivise la sensibilizzazione degli operatori, dell'opinione pubblica e dei cittadini, l'educazione allo sviluppo sostenibile, con particolare attenzione alle giovani generazioni e ai decisori politici, e l'elaborazione di proposte sulla prevenzione, la distribuzione delle risorse e la gestione delle città e del territorio.

L'attenzione al ruolo delle politiche non sanitarie nel determinare le disuguaglianze di salute ha confermato, nel corso del convegno, la necessità di affrontare il problema in una visione olistica, in grado di considerare congiuntamente diversi fattori della vita delle persone (educazione, lavoro, ricchezza, accesso alle risorse).

Sfavorito chi non è abbiente, è poco istruito e vive al Sud

La fotografia scattata dalla Sorveglianza Passi (Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) nel quadriennio 2015-2018, coordinata dall'Iss per le Regioni.

Non credono di godere buona salute 3 italiani su 10: una quota che sale al 43% fra le persone con molte difficoltà economiche e scende al 23% fra le persone senza tali difficoltà. È questa la fotografia scattata dalla Sorveglianza Passi (Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) nel quadriennio 2015-2018, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità per le Regioni: «nella salute percepita, nel benessere psicologico e nella qualità di vita, come pure nell'accesso alla prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori e nell'adesione a misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali, c'è sempre – afferma l'Iss – un chiaro gradiente a sfavore delle persone socialmente più vulnerabili per difficoltà economiche o per bassa istruzione (senza titolo di studio o al più con licenza elementare). A ciò si aggiungono le differenze territoriali e il gap Nord-Sud è sempre significativo a sfavore del Sud, dove è più alta la prevalenza di fumatori, sedentari, obesi, diabetici, ipertesi e persone che, in generale, non adottano stili di vita salutari». «I dati della Sorveglianza Passi aggiornati al 2018 – afferma Maria Masocco, responsabile presso l'Iss del coordinamento nazionale Passi – confermano e mettono ancora una volta in evidenza significative differenze sociali nella salute e nell'accesso alla prevenzione che si aggiungono alle differenze geografiche a svantaggio delle regioni del Sud e delle Isole, dove povertà e carenza nell'offerta di programmi di prevenzione e di servizi cura si concentrano. È dunque necessario continuare a porre l'attenzione su questi aspetti, con una lettura trasversale dei dati proprio in que-

Iss: Nella salute percepita, nel benessere psicologico e nella qualità di vita, come pure nell'accesso alla prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori e nell'adesione a misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali, c'è sempre un chiaro gradiente a sfavore delle persone socialmente più vulnerabili per difficoltà economiche o per bassa istruzione.

sta ottica, per programmare e ri-orientare adeguatamente le politiche di contrasto alle disuguaglianze in salute, verso azioni di sistema orientate all'equità, che rappresenta uno dei principi cardini del Piano Nazionale della Prevenzione».

La salute e gli stili di vita

«Il 30% degli italiani riferisce di non godere di buona salute ma, se si esamina il campione delle persone con difficoltà economiche – evidenzia l'Iss – la percentuale sale al 43% e scende al 23% fra i più abbienti. Inoltre, il 6% soffre di sintomi depressivi, quota che sale al 14% fra le persone con maggiori difficoltà economiche e scende al 4% fra chi non ne ha. Anche la qualità di vita risulta compromessa e se gli intervistati riferiscono mediamente di essere stati male per problemi di salute fisica o psicologica mediamente 4,4 giorni nel mese precedente l'intervista, il numero medio di giorni in cattiva salute sale a 7 fra le persone con difficoltà economiche (vs 3,6 giorni fra chi non ha difficoltà economiche).

Differenze analoghe si osservano per livel-

lo di istruzione: fra le persone con un basso livello di istruzione il 55% riferisce cattive condizioni di salute (vs 20% dei laureati), il 12% sintomi depressivi (vs 4%) e il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici o psicologici è 7.1 in un mese (vs 3.8 riferiti da laureati).

Fra le persone socialmente vulnerabili per difficoltà economiche o bassa istruzione è anche maggiore la frequenza di stili di vita non salutari, come l'abitudine al tabagismo, la sedentarietà, lo scarso consumo di frutta e verdura, l'obesità o condizioni di rischio cardiovascolare come il diabete o l'ipertensione.

Fra le persone con molte difficoltà economiche il 34% fuma (vs 22% di chi non ha difficoltà economiche), il 46% è sedentario (vs 28%), il 9% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day), come raccomandato per una corretta e sana alimentazione (vs 11%); l'8% riferisce una diagnosi di diabete (vs il 3%), il 25% una diagnosi di ipertensione (vs il 18%). Analoghe sono le differenze per istruzione: fuma il 24% delle persone con bassa istruzione (vs 19% dei laureati), il 50%

è sedentario (vs 26%), il 25% obeso (vs 6%); il 9% aderisce al five a day (vs 12%), il 16% riferisce una diagnosi di diabete (vs 2%) e il 43% una diagnosi di ipertensione (vs 13%).

Va precisato che tali differenze rimangono in molti casi significative, anche se in parte determinate dall'età degli intervistati, a sua volta correlata al livello di istruzione. Fra i comportamenti non salutari, unica eccezione è quella del consumo alcolico a rischio per la salute, per quantità e modalità di assunzione, che resta prerogativa delle classi sociali più abbienti, senza difficoltà economiche e alto livello di istruzione, residenti nel Nord e in particolare nel Nord-Est del Paese.

Le disuguaglianze sociali nella prevenzione dei tumori

I dati Passi mostrano che le persone con istruzione più bassa, con maggiori difficoltà economiche e i cittadini stranieri si sottopongono meno frequentemente di altri ai test di diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e dell'intestino, che sono quelli per i quali il Ssn offre programmi organizzati di screening a target specifici di popolazione.

Nel quadriennio 2015-2018, il 74% delle donne residenti in Italia di 50-69 anni si è sottoposto a mammografia preventiva, ma questa quota scende al 60% fra le donne con molte difficoltà economiche (vs l'81% fra donne senza difficoltà economiche); al 64% tra le donne con bassa istruzione (vs il 81% fra le laureate); al 70% fra le donne di cittadinanza straniera (vs il 74% fra le cittadine italiane).

Analogamente accade per lo screening cervicale: l'80% delle donne di 24-64enni si sottopone a screening cervicale (Pap-test o Hpv test) per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina; ma questa quota scende al 69% fra le donne con molte difficoltà economiche (vs 85% fra le donne che non hanno difficoltà economiche) al 62% fra le donne meno istruite (vs 84% fra le laureate); al 75% fra le donne di cittadinanza straniera (vs 80% delle cittadine italiane).

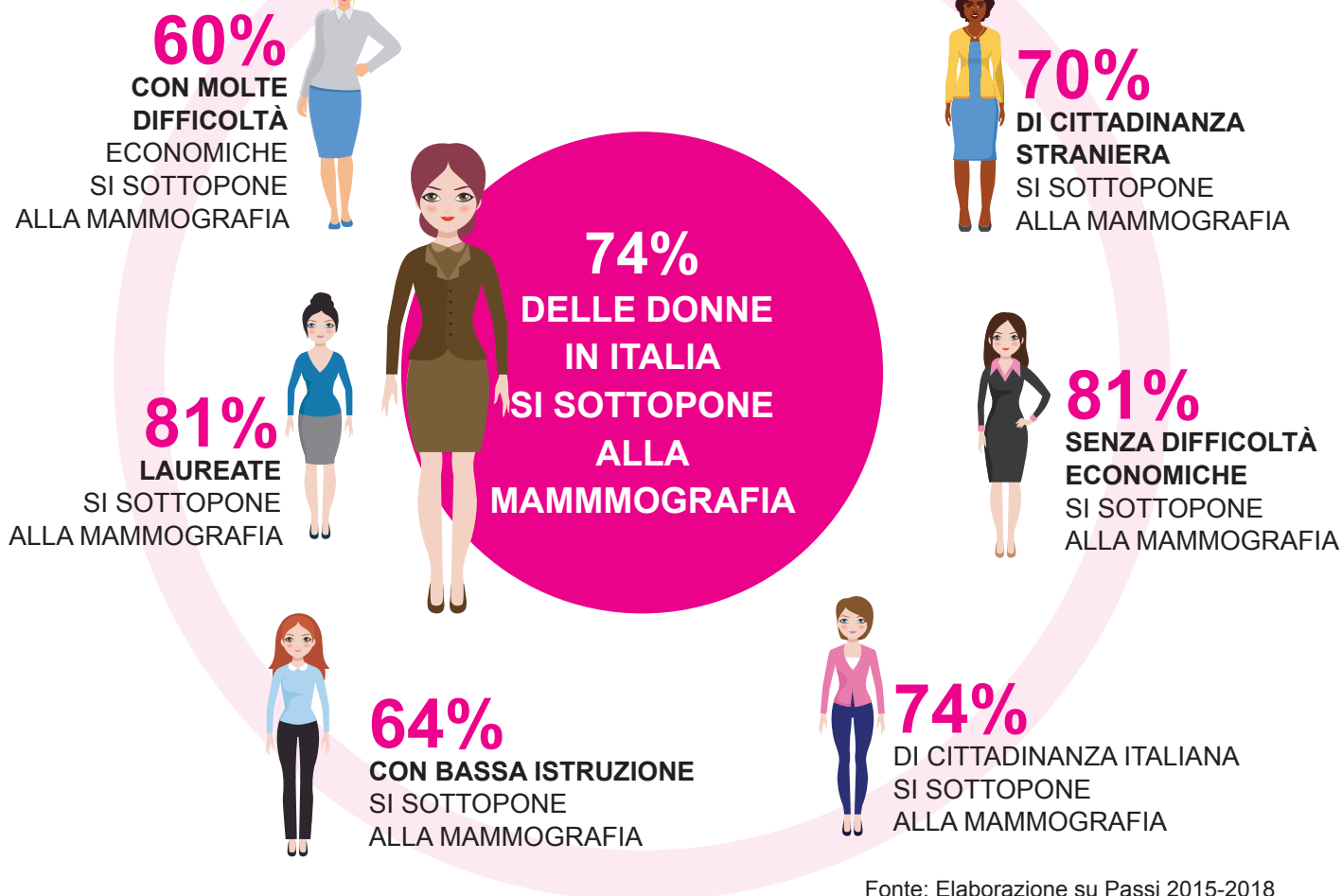
Anche lo screening coloretale per la diagnosi precoce del tumore dell'intestino, molto meno diffuso degli altri due screening, presenta differenze sociali significative, in particolare per condizioni economiche: solo il 40% della popolazione target (uomini e donne di 50-69enni) ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci (test di screening coloretale maggiormente diffuso) ma questa quota scende al 26% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs il 49% fra le persone senza difficoltà

Fra le persone con molte difficoltà economiche:

- il 34% fuma (vs 22% di chi non ha difficoltà economiche);
- il 46% è sedentario (vs 28%);
- il 9% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day), come raccomandato per una corretta e sana alimentazione (vs 11%);
- l'8% riferisce una diagnosi di diabete (vs il 3%);
- il 25% una diagnosi di ipertensione (vs il 18%).

Analoghe sono le differenze per istruzione:

- fuma il 24% delle persone con bassa istruzione (vs 19% dei laureati);
- il 50% è sedentario (vs 26%), il 25% obeso (vs 6%);
- il 9% aderisce al five a day (vs 12%),
- il 16% riferisce una diagnosi di diabete (vs 2%);
- il 43% una diagnosi di ipertensione (vs 13%).



tà economiche); al 33% fra le persone meno istruite (vs 41% fra le laureate)

L'offerta attiva di programmi di screening organizzati, basati su un invito da parte della Aziende Sanitarie Locali e sull'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito, è la risposta del Ssn per garantire un'adeguata copertura del test a chi ne ha necessità.

I dati Passi mostrano chiaramente che le differenze per istruzione, condizioni economiche e cittadinanza nella partecipazione ai test di screening si riducono significativamente nell'ambito dei programmi organizzati offerti dalle Aziende Sanitarie Locali che rappresentano spesso l'unica opportunità di accesso alla diagnosi precoce dei tumori per le persone socialmente più svantaggiate.

Resta significativo il gradiente geografico Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali determinato prevalentemente dalla minore offerta di programmi di screening organizzati in queste Regioni.

Nelle Regioni in cui l'offerta di programmi organizzati è ampia (Nord e Centro Italia) è maggiore la quota di persone che fa prevenzione nell'ambito dei programmi organizzati, rispetto alla quota di persone che lo fa per iniziativa spontanea; di contro, nelle Regioni in cui l'offerta di programmi organizzati non è ancora sufficiente e non raggiunge la totalità della popolazione target (come nel Sud Italia), la quota

dello screening spontaneo è rilevante e talvolta maggiore, senza però riuscire a compensare la mancanza di offerta dei programmi organizzati, per cui il numero totale di persone che fa prevenzione (dentro o fuori i programmi organizzati) resta comunque più basso che nel resto del Paese.

Le disuguaglianze sociali nella prevenzione degli incidenti stradali

Anche l'uso dei dispositivi di sicurezza alla guida (il casco in moto o le cinture anteriori e posteriori in auto) risponde a differenze socio-culturali e le persone con difficoltà economiche o bassa istruzione ne fanno un uso meno frequente. L'uso del casco in moto, sebbene consolidato, riferito come abitudine costante dal 96% degli intervistati che viaggiano in moto, è meno frequente fra le persone con molte difficoltà economiche (93%) e fra le persone con bassa istruzione (89%). Analogamente accade per l'uso delle cinture anteriori in auto, riferito dall'85% come abitudine costante e che scende al 76% fra le persone con difficoltà economiche e al 78% fra i meno istruiti; le cinture posteriori, malgrado la normativa, restano ancora poco utilizzate e solo il 21% riferisce che le usa sempre quando viaggia in auto come passeggero, quota che scende al 16% fra le persone con difficoltà economiche e al 19% fra le persone con bassa istruzione".

Cresce del 7% la spesa nel 2018: 1,39 mld di euro

I risultati della ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità.
«La crescita della spesa per l'innovazione digitale in Sanità è un segnale confortante che conferma il ruolo strategico del digitale».

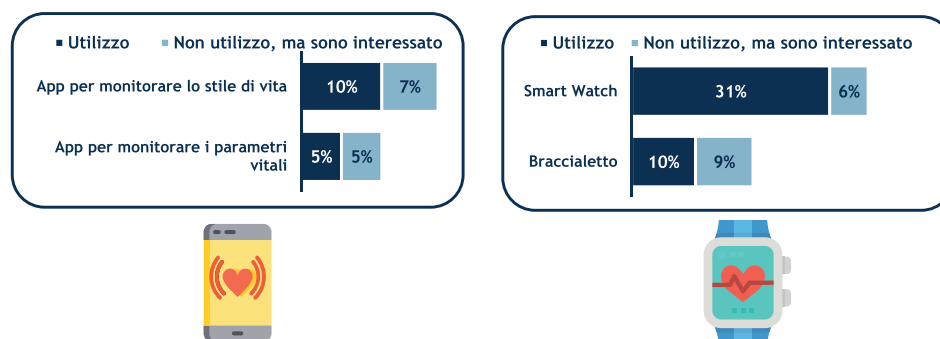
Nel 2018 la spesa per la Sanità Digitale cresce del 7%, raggiungendo un valore di 1,39 miliardi di euro e rafforzando il trend di crescita iniziato l'anno precedente, quando l'aumento era stato del 2%. Le strutture sanitarie sostengono la quota più rilevante della spesa, con investimenti pari a 970 milioni di euro (+9% rispetto al 2017), seguite dalle Regioni con 330 milioni di euro (+3%), dai Medici di Medicina Generale (Mmg) con 75,5 milioni (+4%), pari in media a 1.606 euro per medico e dal Ministero per la Salute con 16,9 milioni di euro (contro i 16,7 milioni nel 2017). I sistemi dipartimentali e la Cartella Clinica Elettronica (Cce) sono gli ambiti di innovazione digitale che raccolgono i budget più elevati, rispettivamente 97 e 50 milioni di euro, e sono considerati prioritari dalle strutture sanitarie (indicati rispettivamente dal 50% e dal 58% delle aziende), mentre inizia a prendere piede l'Intelligenza

Artificiale, con circa 7 milioni di euro di risorse stanziare e il 20% dei Direttori sanitari che la ritiene rilevante. Gli strumenti digitali entrano anche nella quotidianità dei medici, che li utilizzano per comunicare con i propri pazienti: l'85% dei Medici di Medicina Generale e l'81% dei medici specialisti utilizza la mail per inviare comunicazioni ai pazienti, mentre WhatsApp è usato dal 64% dei primi e dal 57% dei secondi per fissare o spostare appuntamenti e per condividere documenti o informazioni cliniche. Meno di un cittadino su cinque, invece, usa la mail o WhatsApp per comunicare col proprio medico, solo il 23% prenota online una visita specialistica e appena il 19% effettua il pagamento sul web. Pur limitato, l'accesso ai servizi digitali dei cittadini è aumentato significativamente nell'ultimo anno (nel 2018 l'11% prenotava online e il 7% pagava usando Internet) e nella fascia 35-44 anni registra valori

Raccolta dei dati

OSSERVATORI.NET
digital innovation

Il 41% dei cittadini sani utilizza almeno un'App di "coaching" o un wearable



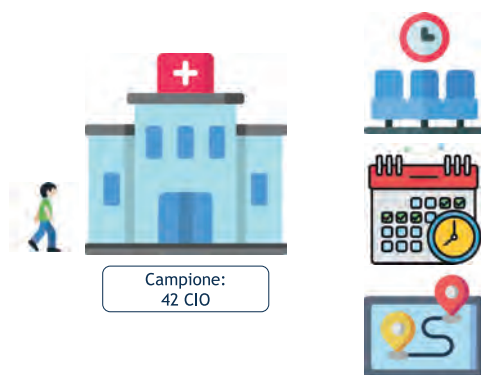
Connected Care: il cittadino al centro dell'esperienza digitale

21.05.19

#ODS19

Network Digital 360 Events

Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità



Sono **diffusi** i sistemi per la gestione dell'attesa agli **sportelli amministrativi/CUP** (88%), al **centro prelievi** (86%) e per **visite ambulatoriali** (76%)

Solo 1 azienda su 5 mette a disposizione un servizio di **self check-in** per evitare le code presso la struttura

Solo il 5% delle aziende offre un **servizio digitale** per l'**orientamento e la navigazione** degli utenti all'interno della struttura

Connected Care: il cittadino al centro dell'esperienza digitale

21.05.19

#ODS19



Network Digital 360 Events

Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

elevati (45% e 27%). Oltre quattro cittadini su dieci (41%) usano App di coaching o dispositivi wearable per tenere sotto controllo la propria salute e migliorare il proprio stile di vita e lo smart watch, in particolare, è lo strumento che ha registrato l'incremento più significativo (dall'8% a circa un cittadino su tre). Sono alcuni dei risultati della ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano (www.osservatori.net). «La crescita della spesa per l'innovazione digitale in Sanità è un segnale confortante che conferma il ruolo strategico del digitale per innovare i processi del sistema sanitario – afferma Mariano Corso, Responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -. Il digitale sta modificando tutte le fasi della presa in carico del paziente, dalla prevenzione alla cura, fino al post-ricovero, attraverso strumenti come la Cartella Clinica Elettronica, la Telemedicina, l'Intelligenza Artificiale e le Terapie Digitali. Ma per sfruttarne appieno le opportunità bisogna ripensare l'organizzazione e la governance del sistema, sviluppare le competenze del personale e rivedere la relazione fra operatori e pazienti in modo da mettere il cittadino al centro dei processi di prevenzione e cura e consentire un migliore e più rapido accesso alle informazioni e ai servizi sanitari».

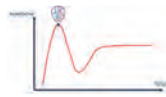
Le priorità di investimento

I sistemi dipartimentali sono l'ambito di innovazione digitale che raccoglie la quota più elevata di investimenti delle strutture sanitarie (97 milioni di euro) e il secondo considerato più prioritario dalle Direzioni strategiche (indicato dal 50% del campione) dietro alla Cartella Clinica Elettronica (Cce), che ha attirato risorse per 50 milioni di euro e viene considerata rilevante dal 58% dei direttori sanitari. La

maggior parte delle aziende si è oggi dotata di un supporto informatico diffuso (cioè esteso ad oltre il 60% delle attività) nella gestione della diagnostica per immagini (88%) e delle analisi di laboratorio (86%), mentre la gestione delle attività di sala operatoria risulta ancora in via di diffusione (63%), nonostante sia un ambito con un forte impatto sulla sicurezza del paziente. Ad oggi, i contenuti multimediali gestiti in digitale con più frequenza sono quelli relativi alla radiologia (con l'84% delle aziende che ha digitalizzato oltre il 60% delle immagini prodotte), con tassi di diffusione che però si riducono per le ecografie (40%) e i tracciati Ecg/Eeg (33%), fino ad arrivare a limitate esperienze di gestione in modo integrato in digitale anche dei video di sala operatoria (7%). Di frontiera e poco diffusi, infine, i sistemi di Digital Pathology (7%), cioè gli strumenti e le applicazioni che consentono di gestire i vetrini di anatomia patologica come immagini digitali ad alta risoluzione, permettendone la condivisione e supportando i flussi di lavoro clinici di anatomia patologica completamente in digitale. Nonostante la scarsa diffusione, il 24% dei Direttori ritiene già ad oggi prioritaria una gestione digitalizzata dei vetrini per tutto il ciclo di vita – dall'acquisizione all'archiviazione passando per la fruizione nei diversi dipartimenti dell'azienda – percentuale che cresce al 39% considerando come orizzonte temporale i prossimi cinque anni. Un medico specialista su tre, inoltre, ritiene che i diversi contenuti multimediali a cui non accede ancora sarebbero invece fondamentali per supportare le decisioni cliniche.

I servizi digitali di Regioni e aziende sanitarie

I servizi digitali più presenti nelle aziende sanitarie sono la prenotazione e il pagamen-



Maggior efficienza
dei processi clinici



Limitate risorse
economiche

Minore probabilità di
attuare errori clinici



Complessità di
implementazione

Maggior efficacia delle
cure per precisione e
personalizzazione



Mancanza di competenze
digitali del personale medico

Connected Care: il cittadino al centro dell'esperienza digitale

21.05.19

#ODS19

Network Digital 360 Events

Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

to online delle prestazioni sanitarie (presenti rispettivamente nell'88% e 76% delle strutture analizzate) che vengono principalmente messi a disposizione attraverso siti web o App (circa un'azienda su quattro) e che in quasi la metà dei casi sono fruibili tramite piattaforme regionali, spesso collegate al Fascicolo Sanitario Elettronico (Fse). Il Fse può rappresentare, infatti, un potente strumento per offrire servizi digitali al cittadino in modo centralizzato e uniforme, ma l'indagine condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità in collaborazione con Doxapharma su un campione di 1.000 cittadini mostra che solo il 21% dei cittadini ne ha sentito parlare.

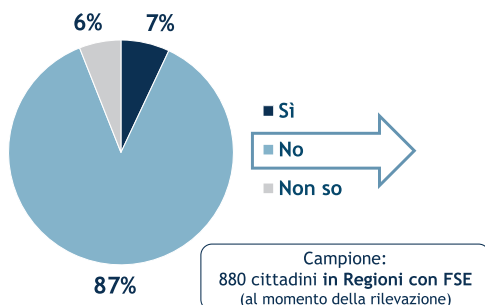
Il Medico di Medicina Generale è il principale canale attraverso cui i cittadini sono venuti a conoscenza del Fse (35%), mentre la farmacia è indicata solo dal 4% degli intervistati. Sono ancora meno i cittadini che hanno dichiarato di aver utilizzato il Fse, solo il 7% della popolazione. La principale barriera è la difficoltà di accesso, indicata dal 40% degli utenti, e ben il 47% di chi non ha utilizzato il Fse (l'87% del campione) afferma di non essere a conoscenza della sua esistenza. È stato, inoltre, possibile rilevare l'opinione dei professionisti sanitari rispetto alle barriere alla diffusione del Fse, attraverso una ricerca su 1.768 medici specialisti, svolta in collaborazione con Aisdet, Ame, Fadoi, Digital Sit, Pke e Simfer, su 274 Dirigenti Infermieristici, attraverso una survey condotta in collaborazione con Cid e Assd, e su 602 Mmg, grazie alla collaborazione con la Fimmg e Doxapharma. Secondo l'opinione degli operatori sanitari, la principale barriera all'utilizzo del Fse da parte loro è la scarsa comunicazione e promozione dei servizi offerti dal Fse (48% dei medici specialisti, 51% dei dirigenti infermieristici e 52% dei Mmg) e non la bassa utilità percepita

ta come supporto al processo di cura (24%, 33% e 31%). La maggior parte dei Cio delle aziende sanitarie (62%) ritiene che l'obiettivo prioritario legato all'offerta di servizi digitali al cittadino sia la riduzione dei tempi di attesa degli utenti. Le principali barriere che frenano l'adozione di servizi innovativi sono i problemi derivanti dall'interoperabilità dei diversi sistemi applicativi e dalla coesistenza fra nuovi sistemi e quelli già in uso e (indicata dal 57% dei Cio), e quelle legate al rispetto della privacy e del Gdpr (32%).

Cittadini sempre più digitali

L'uso di Internet e degli strumenti digitali fra i cittadini italiani per reperire informazioni e accedere ai servizi sanitari è in aumento rispetto alla scorsa edizione della ricerca, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione, ma il canale fisico è ancora quello privilegiato dalla maggior parte della popolazione. Lo rivela il sondaggio condotto dall'Osservatorio in collaborazione con Doxapharma su un campione di mille cittadini statisticamente rappresentativo della popolazione italiana. Fra i cittadini che non soffrono di malattie croniche o problemi di salute di lunga durata, oltre un terzo cerca sul web informazioni generiche sulla salute, come malattie, sintomi e cure (38%) e su corretti stili di vita e alimentazione (37%), il 15% si informa sui vaccini (il 25% fra le donne 25-44enni). Queste percentuali si riducono all'aumentare dell'età del campione, ma anche fra gli over 65 più di uno su quattro (27%) cerca informazioni online. I canali più utilizzati dai cittadini sani sono i siti web istituzionali (52%), seguiti dai portali dedicati alla medicina e alla salute (30% in media), mentre App, blog e social network sono ritenuti meno affidabili e sono usati prevalentemente per informarsi sui corretti stili di vita e sull'alimentazione (23%).

I cittadini lo hanno utilizzato?



Se no, perché?



Connected Care: il cittadino al centro dell'esperienza digitale

21.05.19

#ODS19

Network Digital 360 Events

Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

Le App e i wearable stanno ormai entrando nella quotidianità dei cittadini, con il 41% che utilizza una applicazione di coaching o un dispositivo indossabile per il monitoraggio dello stile di vita. Tra i giovani sotto i 35 anni sono ancora più diffuse (55%), mentre l'uso diminuisce oltre i 55 anni (29%). Lo strumento più presente è lo smart watch, utilizzato da un cittadino su tre, con un vero e proprio boom rispetto all'8% registrato nel 2018. Tuttavia, ben il 75% dei cittadini che usa le App non invia né comunica al proprio medico i dati raccolti, che rimangono quindi spesso inutilizzati.

«Nel caso in cui i cittadini non possano rivolgersi a un medico per ricevere consigli su prevenzione e stili di vita in base a dati raccolti, potrebbe giocare un ruolo fondamentale un coach virtuale in grado di fornire in modo proattivo, e sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, consigli su come migliorare i propri comportamenti sulla base dei parametri monitorati, come l'alimentazione e gli allenamenti – afferma Emanuele Lettieri, Responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -. Ad oggi questa opportunità desta, tuttavia, un moderato livello di interesse da parte dei cittadini, così come la chat con un assistente virtuale o un assistente vocale (es. Amazon Alexa o Google Home) per chiedere informazioni sulla salute e sullo stile di vita, probabilmente perché ancora poco note e dai benefici difficilmente valutabili per la maggior parte dei cittadini».

Anche i medici hanno sempre maggiore dimestichezza con gli strumenti digitali, che impiegano per comunicare o condividere informazioni e documenti con i pazienti. Secondo il sondaggio condotto su un campione di 602 Mmg e su 1.720 medici specialisti, la mail è il canale più usato (rispettivamente 85% e 81%), seguito da WhatsApp (64% e 57%) e

dagli Sms (65% e 40%). Aumenta l'utilizzo da parte dei cittadini: il 19% usa la mail (+4% rispetto al 2018), il 17% WhatsApp (+5%) e il 15% gli Sms (+2%). La maggior parte dei cittadini (52%) usa la App di messaggistica per chiedere al medico di fissare o spostare una visita e nel 47% dei casi per comunicare lo stato di salute.

Circa la metà del campione trova online informazioni sui medici (51%) e su strutture e prestazioni sanitarie (44%), ma se si analizza l'accesso ai servizi sanitari i cittadini appaiono molto meno digitali: solo il 23% ha prenotato online le prestazioni (21% tramite sito web e 2% tramite App) e il 19% le ha pagate via web (15% tramite sito e 4% tramite App), con pun-

- 6 medici su 10 usano whatsapp.
- Il 41% dei cittadini utilizza app o wearable per la salute.
- Sistemi dipartimentali e Cartella Clinica Elettronica sono gli ambiti più rilevanti per le strutture sanitarie.
- Inizia a prendere piede l'Intelligenza Artificiale.
- Circa metà dei cittadini cerca in Internet informazioni su medici e strutture sanitarie, ma solo il 23% prenota una visita via web, appena il 19% paga online.
- Meno di un cittadino su cinque comunica con il medico via email (19%), WhatsApp (17%), Sms (15%). Il 41% usa App o dispositivi wearable per monitorare lo stile di vita, uno su tre lo smart watch.
- La mail è il canale più usato dai medici.

te però del 45% e del 27% fra i 35-44enni. Si tratta di tassi di utilizzo ancora limitati, ma in forte crescita rispetto all'11% delle prenotazioni via web e al 7% dei pagamenti online emersi nel 2018. La farmacia gioca un ruolo ancora marginale nell'ambito delle prenotazioni (9%) e dei pagamenti di visite o esami (10%), mentre la maggior parte della popolazione preferisce ancora recarsi di persona presso la struttura sanitaria (rispettivamente 53% e 78%). Chi non ha utilizzato i canali digitali dichiara che preferisce il contatto fisico personale (67%) o ammette di non essere capace di utilizzarli (19%). Il canale personale risulta molto rilevante anche nella scelta dello specialista a cui affidarsi: i cittadini considerano il parere del Mmg come fondamentale nella scelta del medico specialista (il 43% lo indica come canale molto rilevante), seguito dal parere di parenti e amici. Le informazioni trovate sui siti istituzionali sono ritenute per nulla rilevanti dal 25% dei cittadini, così come le opinioni e recensioni su siti web (28%).

«Il digitale sta cambiando i tradizionali punti di contatto della Sanità, introducendone di nuovi, come siti web, App e chatbot – afferma Chiara Sgarbossa, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -. Le nuove tecnologie devono essere impiegate per riprogettare l'esperienza degli utenti affinché possano accedere più facilmente e velocemente a informazioni e servizi secondo modelli di cura innovativi e sostenibili. Sarà importante da questo punto di vista superare barriere e diffidenze, riconoscendo la specificità dei diversi profili di cittadini e sapendo progettare percorsi differenziati in grado di superare il potenziale "digital divide", che rischierebbe di escludere proprio quelle fasce di popolazione che hanno maggiore bisogno di sostegno».

L'Intelligenza Artificiale

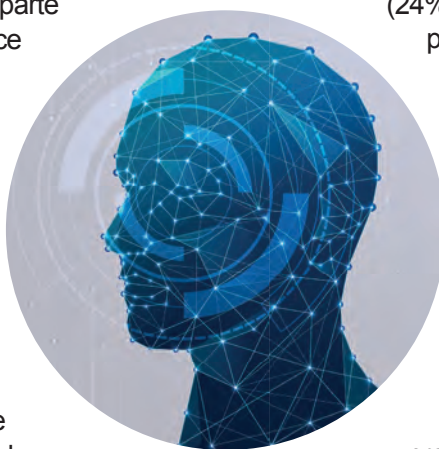
L'Intelligenza Artificiale è un ambito ancora marginale in termini di investimenti (7 milioni di euro) e di interesse dei direttori sanitari (il 20% lo ritiene prioritario), ma sta prendendo

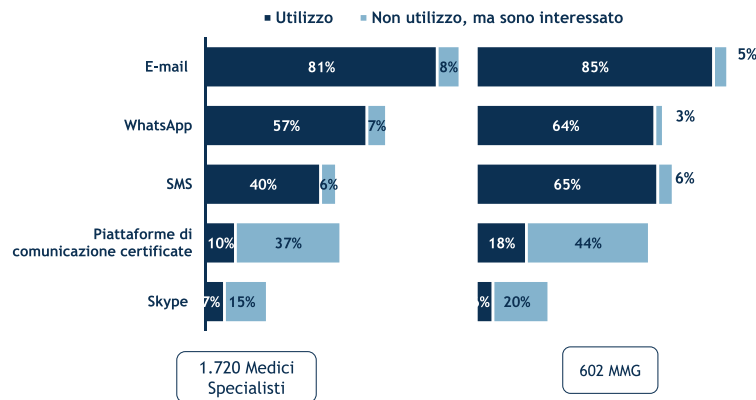
piede. Le strutture sanitarie hanno adottato applicazioni di AI, anche se nella maggior parte dei casi si tratta di prime sperimentazioni, soprattutto basate sull'elaborazione delle immagini per effettuare attività di supporto alla decisione diagnostica (presenti nel 40% delle aziende del campione) e del testo libero (24%). Sono queste ultime le ap-

plicazioni che i medici specialisti utilizzano maggiormente (30% e 26%) e che CIO e Direttori ritengono avranno un maggior impatto sul settore sanitario nei prossimi cinque anni. Allo stesso tempo i medici specialisti indicano l'elaborazione delle immagini come l'applicazione di AI più utile nel supporto della propria pratica clinica (36%) e l'ambito più promettente nel prossimo quinquennio (28%).

Secondo i Direttori, i medici specialisti, i dirigenti infermieristici e i Mmg, le principali difficoltà legate allo sviluppo di soluzioni di AI sono le limitate risorse economiche disponibili e l'alta complessità nell'implementare questi progetti. Gli operatori sanitari, tuttavia, non sembrano essere spaventati che l'AI possa sostituirli, anzi, vedono in questi sistemi dei potenti alleati capaci di migliorare l'efficienza dei processi clinici (49% dei medici specialisti, 66% dei dirigenti infermieristici e 46% dei Mmg), ridurre la probabilità di effettuare errori clinici (48%, 50% e 50%) e aumentare l'efficacia delle cure in termini di precisione e personalizzazione (43%, 45% e 52%).

«L'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale in alcuni sistemi informativi ospedalieri in Italia ha una buona presenza, in particolare per l'elaborazione delle immagini, ma oggi iniziano a esserci sperimentazioni significative anche nell'interpretazione del linguaggio naturale, scritto e parlato – afferma Paolo Locatelli, Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -. È importante sottolineare che l'applicazione di Intelligenza Artificiale in Sanità richiede, però, che le informazioni da elaborare siano raccolte in digitale, e quindi la presenza di Cartelle Cliniche Elettroniche e sistemi aziendali di gestione delle immagini diagnostiche è un prerequisito».





Connected Care: il cittadino al centro dell'esperienza digitale 21.05.19 #ODS19 Network Digital 360 Events

Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

Le Terapie Digitali

Uno dei nuovi trend nell'ambito della Sanità digitale è rappresentato dalle "Terapie Digitali", soluzioni tecnologiche (principalmente App) che devono essere clinicamente certificate e autorizzate dagli enti regolatori e che aiutano i pazienti nell'assunzione di un farmaco (di solito prescritte dal medico in combinazione a un farmaco o in sua sostituzione). Le soluzioni più interessanti secondo i Direttori e i medici sono quelle che supportano il paziente nel monitoraggio dell'aderenza alla terapia, considerate molto interessanti dal 47% dei Direttori, dal 45% dei medici specialisti, dal 63% dei dirigenti infermieristici e dal 49% dei Mmg), mentre risultano meno interessanti quelle che propongono un intervento medico. Le App per il monitoraggio dell'aderenza rappresentano anche l'ambito che avrà un maggior impatto nei prossimi cinque anni. Il principale ostacolo che impedisce la diffusione di queste tecnologie in Italia è la scarsa conoscenza della validità clinica, seguita dalla difficoltà a comprendere le opportunità offerte e dall'assenza di rimborsabilità da parte del Ssn.

La Telemedicina

La telemedicina può giocare un ruolo fondamentale nell'integrazione fra ospedale e territorio e nelle nuove forme di aggregazione delle cure primarie. Anche quest'anno però la spesa in innovazione digitale delle strutture sanitarie si è concentrata soprattutto nel supporto digitale dei processi ospedalieri, con una minore attenzione all'integrazione ospedale-territorio. Nel 2019 si registra una sostanziale stabilità in termini di diffusione rispetto a quanto rilevato in passato, con i servizi che coinvolgono il paziente come la Telesalute – i sistemi e i servizi che collegano i pazienti con i medici per assistere nella diagnosi, monito-

raggio, gestione, responsabilizzazione degli stessi – e Teleassistenza – un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di supporto da parte di un centro servizi – presenti solo con progetti pilota (rispettivamente nel 27% e 22% delle aziende).

La scarsa diffusione si rispecchia nell'utilizzo di tali servizi da parte degli operatori sanitari che operano nelle strutture sanitarie, che dichiarano di utilizzare principalmente soluzioni in fase di sperimentazione. Da sottolineare, tuttavia, un elevato livello di interesse all'utilizzo, con oltre la metà che vorrebbe usufruirne. Allo stesso modo, anche tra i Mmg la Telemedicina fatica a diffondersi, con solo il 4% del campione che utilizza soluzioni di Teleassistenza e il 3% di Televisita e Telesalute. Più alta, invece, la diffusione di servizi di Telerefertazione, in particolare in alcune attività diagnostiche di primo livello quali ad esempio la spirometria (21%) e l'elettrocardiografia (19%).

«Per quanto il digitale rappresenti una priorità per le strutture sanitarie italiane, il livello di maturità che emerge dalla fotografia della situazione attuale mostra un quadro ancora disorganico, nonostante una lenta, seppur costante, crescita rispetto alle rilevazioni degli ultimi anni – commenta Cristina Masella, Responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -.L'adozione delle tecnologie digitali e la loro corretta integrazione nel Patient Journey consentirebbero, se pienamente sfruttate, di mettere davvero il paziente al centro dell'ecosistema, rendendo più appropriato e sostenibile il suo rapporto con i professionisti sanitari e con il sistema salute».

Fulcro dell'assistenza extraospedaliera

Il distretto e i modelli innovativi di rete per la cronicità e la fragilità: esperienze a confronto al XVII Congresso Nazionale e alla V Conferenza Nazionale sulle Cure Domiciliari di Card.

di Luigi Rossi*, Federica Duò*, Paolo Da Col*, Luciano Pletti*, Gennaro Volpe**

Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto (Card) sostiene da anni come non ci possa essere un solido futuro per il Ssn, e per i vari Ssr, se non si porteranno a termine, o in taluni casi si realizzeranno ex novo, i processi di reale potenziamento della sanità territoriale, con particolare riferimento alla presa in carico dei soggetti fragili e dei pazienti cronici da parte dei Distretti, all'implementazione di forme innovative di assistenza, promuovendo quanto più possibile il percorso di cura a domicilio ed intermedio e favorendo l'integrazione socio-sanitaria.

Il periodo storico che stiamo vivendo è attraversato e sconvolto da numerose dinamiche evolutive, strettamente connesse tra loro:

L'invecchiamento progressivo della popolazione, con aumento della speranza di vita e della vita media.

- L'aumento delle condizioni di Long Term.
- La Comorbidità e la multimorbidità.
- Le trasformazioni indotte dalle migrazioni.
- La crescita di impegno del "welfare invisibile" per le famiglie.
- Il cambiamento delle modalità di convivenza delle persone e il mutamento sociale che ne consegue. Il de-finanziamento pubblico e la riduzione delle risorse pubbliche, a fronte di un aumento della spesa privata.
- L'incremento della domanda di prestazioni e l'aumento delle persone che devono rinunciare alle cure.
- La dilatazione delle disuguaglianze, caratterizzata anche da Over Use e Under Use dei Servizi.

- Le asimmetrie dei servizi sanitari e delle capacità di risposta tra le Regioni italiane ed addirittura all'interno delle stesse.

- L'Innovazione diagnostica, terapeutica, farmacologica, tecnologica, in campo sanitario.

Il «Nuovo ruolo» dell'Ospedale nel riappropriarsi alle sue funzioni rivolte alle acuzie. In questo scenario viviamo il paradosso, già individuato da RL Kane, ovvero che "continuiamo a praticare una medicina rivolta ai pazienti acuti, mentre il mondo è ormai «assaltato» da malattie croniche". Gli impegni di Card si sostanziano nel potenziare e diffondere nelle comunità la crescita della sensibilità, della consapevolezza e degli interventi di possibile contrasto e riduzione alle disuguaglianze di salute, alla presa in carico dei soggetti fragili e cronici, alla governance del welfare territoriale, attraverso lo sviluppo del middle management distrettuale, il lavoro in team multiprofessionali, l'applicazione diffusa dei Pdta, almeno per le principali malattie ad alto impatto sociale, per coniugare i percorsi standardizzati con il programma di cura/assistenza individuale personalizzato (Pai) e il rafforzamento delle cure domiciliari ed intermedie. Card rilancia pertanto l'impegno dei Distretti nella fondamentale area dei diritti alla salute dei cittadini che è l'assistenza domiciliare; sollecita la sensibilità, l'attenzione e la collaborazione di tutti per costruire

* CARD Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

** Presidente CARD Nazionale

insieme servizi di cure a casa più armoniosamente solidi, più armoniosamente uniformi, più armoniosamente inseriti nelle comunità.

Il Distretto deve essere, in tutta Italia, fulcro dell'assistenza extraospedaliera, sia essa residenziale che domiciliare, ed anche ambulatoriale, ponendosi come l'interfaccia principale per l'integrazione socio-sanitaria, per l'integrazione territorio-ospedale-territorio, per il prendersi in carico, nell'accezione non solo del "cure" ma del più ampio "care", dell'individuo nella sua complessità e globalità: solo così sarà possibile spostare il focus verso le reali necessità del cittadino.

L'impegno di Card sarà particolarmente rivolto ad adattare i servizi alle diverse esigenze territoriali, garantendo standard assistenziali equi ed accessibili a tutti i cittadini e puntando sul fare rete. I modelli di rete, infatti, potranno permettere ai cittadini di avere risposte adeguate e puntuali ai loro bisogni, consentendo, d'altro canto, attraverso vantaggiose azioni organizzative, non ultima l'innovazione tecnologica a supporto della domiciliarità, la sostenibilità del sistema.

Per far sì che le reti si possano sviluppare appieno sono necessarie forti alleanze ed obiettivi condivisi non solo tra ospedale e distretto e tra sanità ed enti locali, ma anche tra i diversi professionisti che operano sul territorio e anche con i cittadini stessi, sempre più chiamati ad un ruolo attivo all'interno del sistema rivolto alla cronicità. Il paziente responsabilizzato e il caregiver diventano protagonisti del percorso di cura, soprattutto per la presa in carico di cronici, pluripatologici e fragili. L'empowerment, in un'ottica di sanità di iniziativa, diventa il cardine dell'attività degli Infermieri di Famiglia e di Comunità, deputati ad educare e monitorare il paziente cronico. Promozione educazione e prevenzione sono, dunque, elementi imprescindibili per accompagnare la persona nel percorso di vita, contestualizzandolo e orientando la persona e la famiglia nella rete dei servizi. Una sanità di iniziativa, o meglio ancora un welfare di iniziativa, implica necessariamente un cambiamento culturale, che porta le persone ad essere protagonista responsabile della propria problematica, grazie ad un contratto educativo orientato al miglioramento della qualità di vita, la riduzione o il ritardo della comparsa delle complicanze prevenibili, la riduzione degli accessi inappropriati in pronto soccorso e dei ricoveri.

In questo contesto il Mmg assume sempre più un ruolo centrale, per garantire la prossimità delle cure all'interno di sistemi di rete vicini ai cittadini, mentre il Distretto assume sempre più la connotazione di centrale del governo sociosanitario, diventando il fulcro della rilevazione del bisogno complesso e il perno di una risposta assistenziale efficace, centrata sulla persona e sul suo contesto e orientata alla multiprofessionalità, anche per lo sviluppo di sistemi innovativi di presa in carico (cure intermedie ad esempio).

Tali considerazioni, che pongono al centro il Distretto e il valore aggiunto della presa in cura domiciliare, sono frutto delle molteplici esperienze regionali presentate durante il XVII Congresso Nazionale e V Conferenza Nazionale sulle Cure Domiciliari di Card Italia tenutosi a Pisa nei giorni 23-25 maggio 2019.

I punti salienti individuati da Card

- La condivisione della conoscenza dei bisogni e delle linee programmatiche comuni tra i vari stakeholders, con cui monitorare il grado di copertura dei Lea.
- La Presa In Carico della cronicità e la prevenzione delle fragilità con un approccio proattivo come nuovo modello organizzativo orientato alla sanità di iniziativa.
- La individuazione della Sanità territoriale come cardine per la risposta ai bisogni complessi: verso il sistema sociosanitario integrato, con la sempre maggiore necessità di una presa in carico multiprofessionale ed intersettoriale e l'importante coinvolgimento delle reti di comunità.
- Il "Rinascimento delle cure domiciliari" per renderle sicure e realmente alternative a quelle offerte con l'assistenza ospedaliera e residenziale.
- L'applicazione delle nuove tecnologie (Ict) di home care, per rafforzare, e mai annullare, il rapporto tra operatori ed utenti.
- Il pieno sviluppo delle Cure Intermedie su tutto il territorio nazionale, con identificazione di standard adeguati.
- La diffusione dei Pdta e Pai come superamento della frammentazione dei percorsi e come risposta organizzata e "taylor made", per soddisfare i Lea e per agire con appropriatezza.
- L'empowerment del cittadino, che deve essere sempre più protagonista del proprio percorso.
- La crescita di un vero Welfare di comunità.

Programma Nazionale Esiti (Pne) 2018

Migliora la qualità dell'assistenza sanitaria

Tuttavia restano le differenze fra le regioni italiane e rimane l'eterogeneità intra-regionale anche in regioni storicamente "virtuose".
Bevere (Agenas): «Il processo di miglioramento delle cure continua».

Un sistema sanitario che presenta di anno in anno un trend di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in quasi tutte le aree cliniche. E un Sud Italia con performance fino a qualche anno fa insperate, in particolare nell'area muscolo-scheletrica e perinatale. I primi risultati dell'edizione 2018 del Programma Nazionale Esiti (Pne) sui dati del 2017 testimoniano che la misurazione degli esiti ha innescato in tutto il sistema un processo di miglioramento continuo, ormai inarrestabile. «Quest'edizione del Pne fotografa un sistema sanitario che marcia senza sosta per raggiungere i migliori standard, con la maggior parte delle Regioni del Sud che nell'ultimo periodo hanno alzato il passo» afferma Francesco Bevere, Direttore Generale di Agenas. «Il cammino intrapreso verso migliori performance incontra, tuttavia, ancora l'ostacolo della disomogeneità tra le Regioni così come resta l'eterogeneità intra-regionale anche in regioni storicamente "virtuose". I dati del 2017 indicano che laddove si è proceduto alla riorganizzazione a rete dei presidi ospedalieri e dell'offerta sanitaria si è registrato un significativo miglioramento degli esiti, come ad esempio nella cura del carcinoma della mammella, quando sono state correttamente costituite le Breast Unit», prosegue Bevere. «Accelerare i tempi nell'implementazione delle reti tempo-dipendenti, elaborate dal Tavolo istituzionale coordinato da Agenas, significa ridurre in tutto il Paese la mortalità per patologie che non danno tempo né possibilità di scelta a pazienti che necessitano di cure immediate in strutture adeguatamente organizzate. Allo stesso modo, l'applicazio-



ne su tutto il territorio nazionale della rete oncologica, recentemente approvata dalla Conferenza Stato Regioni, è il presupposto per garantire ai pazienti con tumore di accedere alle migliori cure nel proprio territorio. Quest'istantanea del Pne è un ulteriore stimolo a intraprendere una riorganizzazione orientata non solo alla qualità ma anche all'equità nell'accesso alle cure». «La riconosciuta solidità degli indicatori del Pne, i segnali positivi per la maggior parte degli esiti ci incoraggiano ad attingere a fonti dati e strumenti di misurazione che vadano oltre le mura dell'ospedale» dichiara Maria Chiara Corti, Coordinatore delle Attività del Programma Nazionale Esiti (Pne) di Agenas. «Lo sviluppo di una serie di indicatori ospedalieri integrati con il flusso della farmaceutica, della salute mentale e delle cure domiciliari ci consen-

tirà di seguire il paziente lungo tutto il suo percorso di cura. Agenas è matura per iniziare a pianificare il passaggio dalla valutazione della qualità delle cure alla qualità della vita post-ricovero. E ancora, i campi inseriti nelle nuove Sdo ci permetteranno di rendere sempre più precisi e dettagliati gli strumenti di misurazione, esplorando nuovi ambiti, come ad esempio i tempi di esecuzione di procedure tempo-dipendenti in ore e non in giorni, i volumi di attività dei singoli professionisti e le patologie croniche già presenti all'ingresso e non solo alla dimissione – prosegue il Coordinatore delle attività del Pne -. Sarà possibile un ampliamento degli orizzonti del Pne per essere al passo con l'accelerazione dei tempi e delle tecnologie, per dare risposte tempestive alle attese dei pazienti e per affrontare il futuro, misurandolo in anticipo».

I principali risultati pne 2018 in breve

Le misure di Pne sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel Ssn.

Il Programma Nazionale Esiti (Pne) è stato sviluppato da Agenas su mandato del Ministero della Salute e fornisce, dal 2013 a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario italiano. Le applicazioni su cui l'attività del Pne si è concentrata in questi anni hanno riguardato prevalentemente la valutazione comparativa tra soggetti erogatori, quali aziende sanitarie, ospedali pubblici e privati accreditati, e tra gruppi di popolazione. Un altro importante obiettivo di PNE è l'individuazione dei fattori che determinano gli esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività, ma anche ai potenziali fattori confondenti e modificatori d'effetto.

L'edizione 2018 di Pne analizza 175 indicatori (70 di esito/processo, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione) e ha introdotto rispetto all'anno precedente 8 nuovi

indicatori, di area cardiovascolare ed oncologica (tra cui: embolia Polmonare-volumi e mortalità a 30 giorni, volumi di Ptca in infarti Stemi e non -Stemi, volumi di intervento per carcinoma ovarico).

Le fratture del collo del femore

Migliora la tempestività di intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età: se nel 2010 solo il 31% dei pazienti veniva operato entro due giorni, nel 2017 la proporzione di interventi tempestivi è del 65%, con circa 24.000 pazienti che hanno beneficiato dell'intervento tempestivo (interventi tempestivi guadagnati) nell'ultimo anno. Al miglioramento, a livello nazionale si affianca il ridimensionamento della variabilità interregionale, con un progressivo miglioramento delle regioni del Sud (ad es. Campania dal 27% del 2016 al 50% del 2017, Sicilia dal 60% del 2015 al 71% del 2017) e un conseguente aumento delle condizioni di equità di accesso a un trattamento di provata efficacia nella riduzione della mortalità e della disabilità. Le differenze fra le regioni italiane restano, tuttavia importanti, e rimane l'eterogeneità intra-regionale anche in regioni con valori medi

superiori al 60% ma proporzioni che variano dal 95% al 20% (ad es. Lombardia, Lazio), in parte come riflesso della coesistenza, all'interno di una stessa regione, di strutture ospedaliere tempestive nella riduzione della frattura di femore e di strutture ancora lontane dallo standard internazionale atteso per il paziente ultra 65enne, superiore al 90% (Oecd HealthStatistics 2018). Anche alla luce di questo costante miglioramento, la soglia attualmente raccomandata dal DM70 del 60% potrebbe essere positivamente ridefinita verso l'alto, auspicando un avvicinamento dei nostri risultati nel trattamento tempestivo della frattura di femore agli standard internazionali.

I parti cesarei

Un quadro analogo riguarda il ricorso al parto chirurgico. La progressiva diminuzione della proporzione di parti cesarei primari, dal 29% del 2010 al 22,2% del 2017 costituisce un contenimento importante rispetto al 37% del 2004 ma è ancora insufficiente rispetto allo standard internazionale. Nel 2017 si stima che siano 17.155 le donne alle quali è stato risparmiato un parto chirurgico, ma si conferma il dato di una forte eterogeneità interregionale e intra-regionale, a sottolineare come l'intervento sui processi culturali, clinici e organizzativi debba proseguire, anche se il trend in diminuzione è un chiaro segnale di

contrasto all'erogazione di prestazioni inefficaci o potenzialmente dannose.

La riduzione nel ricorso al parto chirurgico per ragioni non mediche può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni. I risultati del Pne mostrano come il numero di questi parti naturali (i cosiddetti Vbac) sono aumentati dall'8% al 9% nel 2017. Questa proporzione è in lento e progressivo aumento con alcune strutture in Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia Romagna e PA di Bolzano che riescono a garantirlo ad oltre il 40 % delle donne, (gli Ospedali di Oderzo e Treviso presentano un dato anomalo fuori scala che è errato) mentre nel Sud Italia la maggior parte delle strutture rimane al di sotto della media nazionale.

La cardiochirurgia

Per quanto riguarda la cardiochirurgia, i volumi di bypass Ao-Co isolato mostrano un continuo trend in diminuzione dai 17.854 nel 2010 ai 14.455 nel 2017, in parte per l'aumento di interventi di by-pass non isolati, cioè in combinazione con altri interventi vascolari ed in parte per l'incremento delle procedure non chirurgiche di angioplastica per il trattamento della coronaropatia ischemica. Infatti il volume di angioplastiche coronariche (Ptca) è aumentato da 124.000 del 2010 a 134.000 del 2017 ed il volume di interventi con valvuloplastica (che può avvenire contestualmente al by-pass) è aumentato dai 24.966 del 2010 ai 31.666 del 2017. Questo dato suggerisce che la soglia minima di 200 interventi di by-pass isolato per struttura, raccomandata nel DM70, possa essere utilmente riveduta anche alla luce di questi trend epidemiologici e tecnologici. La mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio, che misura la qualità dell'intero processo assistenziale del paziente con infarto, a partire dall'accesso ai servizi di emergenza, continua a diminuire, da 10,4% del 2010 a 8,3% del 2017. Il dato, molto positivo sia su base nazionale che regionale, conferma la mortalità post-Ima dell'Italia tra le più basse nei paesi occidentali. La mortali-



tà a 30 giorni dopo un episodio di ictus ischemico, già bassa rispetto ad altre popolazioni occidentali, rimane stabile intorno all'11%.

Nell'area dell'apparato digerente, l'indicatore che misura la proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni valuta la percentuale di ricoveri con degenza più lunga rispetto ai 3 giorni. La proporzione media nazionale è passata dal 59% del 2010 al 76% del 2017, in linea con la soglia prevista dal DM 70 che è del 70%. La dispersione degli interventi in Unità Operative con <90 interventi chirurgici resta una criticità presente ancora in tutte le regioni con il 53% di interventi di colecistectomia laparoscopica ancora eseguiti in UO con volumi inferiori ai 90 casi.

Patologie croniche

Per la cura delle patologie croniche, per le quali misuriamo i tassi di ospedalizzazione potenzialmente evitabili per il diabete, l'asma, la Bpco, i risultati del Pne rilevano un trend in riduzione soprattutto per le patologie respiratorie che scendono, per la Bpco, dal 2.5‰ nel 2010 al 1.9‰ nel 2017 che si traducono in circa 27.000 ospedalizzazioni evitate nell'ultimo anno.

In diminuzione anche un altro ricovero ad alto rischio di inappropriatezza, come le ospedalizzazioni per tonsillectomia, che passano da un tasso del 2.85‰ del 2010 al 2.05‰ nel 2017, con un conseguente impatto di circa 8000 interventi potenzialmente evitati nella popolazione pediatrica solo nell'ultimo anno.

Chirurgia oncologica e chirurgia protesica

Infine, Pne documenta ancora un'importante frammentazione nell'offerta dei servizi per i quali è dimostrata un'associazione tra volume di interventi ed esiti delle cure, in particolare per la chirurgia oncologica e per la chirurgia protesica. Ad esempio, anche se per la chirurgia sul TM della mammella la proporzione di reparti con volumi di attività in linea con lo standard del DM70 (almeno 135 interventi/anno per struttura complessa) sale al 32%, contro il 26% dell'anno precedente, coprendo il 72% degli interventi su base nazionale, nel 2017 ancora 2 unità operative su 3 non rispettano lo standard atteso. Per il TM della mammella si osserva un positivo trend nazionale in incremento (dal 35% nel 2010 al

50% nel 2017) degli interventi di mastectomia contestuali all'inserimento di protesi mammaria (espansore), ma la proporzione è ancora molto al di sotto della media nazionale in diverse regioni italiane.

Nel 2017, 358 strutture ospedaliere eseguono 6.239 interventi chirurgici per TM dello stomaco; tra queste 81 (23%) presentano un volume di attività ≥ 20 interventi annui, come raccomandato nel DM 70. La proporzione è in lieve peggioramento rispetto all'anno precedente.

Come nuovo indicatore, Pne ha calcolato che 415 strutture ospedaliere eseguono 3.892 interventi chirurgici per carcinoma ovarico; tra queste, 99 (24%) presentano un volume di attività non inferiore a 10 interventi annui, coprendo il 75% degli interventi complessivi su base nazionale. Da segnalare, una struttura ospedaliera del Lazio che concentra quasi il 10% della casistica nazionale (295 interventi nel 2017).

Nel 2017, in Italia, 139 strutture ospedaliere eseguono 11.468 interventi chirurgici per TM del polmone; tra queste, solo 52 strutture (37%) presentano un volume di attività non inferiore a 70 interventi annui, senza sostanziali variazioni rispetto al 2016. Le strutture con bassi volumi di attività effettuano complessivamente il 24% dell'attività chirurgica oncologica per il polmone.

Per la chirurgia protesica, 740 strutture ospedaliere eseguono 80.254 interventi di protesi di ginocchio; tra queste, solo 238 strutture (32%) presentano un volume di attività ≥ 100 interventi annui, coprendo il 76% delle artroplastiche totali, senza importanti variazioni rispetto all'anno precedente. Gli interventi di protesi di anca (110.700) sono stati eseguiti in 764 strutture ospedaliere; tra queste, solo 403 strutture (53%) presentano un volume di attività ≥ 100 interventi annui, coprendo però l'84% delle artroplastiche totali. I 7.000 interventi di protesi di spalla vengono erogati in 592 strutture ospedaliere; tra queste, solo 187 strutture (32%) presentano un volume di attività ≥ 15 interventi annui, coprendo però l'86% dell'offerta. I volumi di tutti gli interventi di artroprotesi sono in aumento e il trend è concentrato nella popolazione ultra65enne.

Infine, anche se nel 2016 erano 97, nel 2017 risultano ora 90 punti nascita (20%) con meno di 500 parti annui, in esse si concentra



il 5,8% dei parti totali (che sono 460.2069 rispetto ai 473.979 del 2016).

Conclusioni

“I dati di Pne 2018 – afferma l’Agenas – rappresentano un insostituibile strumento di valutazione osservazionale longitudinale della qualità e quantità delle cure erogate dai nostri servizi sanitari in tutto il territorio nazionale. La dimensione temporale che consente di analizzare il trend dal 2010 in poi costituisce il punto di forza di questa valutazione perché permette di seguire nel tempo l’andamento di tutti gli indicatori descrivendone la traiettoria e consentendo, in alcuni casi, anche di anticipare le tendenze.

Il Sistema Sanitario Nazionale, come misurato in Pne, continua a restituire segnali di miglioramento e di evoluzione positiva per la maggior parte degli esiti. Questo è evidente nelle aree di patologia cardiovascolare (IMA e by pass), muscolo-scheletrica (fratture e protesi), oncologica (volumi ed esiti), perinatale (parti), respiratoria e digerente. Continua la marcia, anche se più lenta in area oncologica, verso la concentrazione in strutture “Hub” di procedure il cui esito positivo, da letteratura, è associato all’incremento di volumi, e continua il decremento di ospedalizzazioni per patologie croniche ad alto rischio di inappropriately.

Questi risultati sono sicuramente stati mediati dalle iniziative aziendali e regionali mirate al miglioramento della performance degli erogatori, ma il più importante meccanismo che innesci il cambiamento è il confronto dei risultati con strumenti di valutazione che producono stime eque e il più possibile aggiusta-

te per il case-mix delle diverse popolazioni di assistiti. Pne negli anni ha continuato a calcolare centralmente e fornire questi strumenti consentendo confronti anche tra regioni con modelli organizzativi molto diversi, promuovendo il miglioramento degli esiti, innescando nei professionisti dinamiche virtuose di ottimizzazione non solo come risposta all’incentivazione ma anche come affermazione orgogliosa della propria professionalità.

Non è stato possibile nel 2017 utilizzare i nuovi campi della nuova Sdo per l’insufficiente qualità del dato che si auspica sia migliore nel 2019. I nuovi campi e le nuove variabili dovrebbero consentirci di affinare gli strumenti di confronto, ad esempio nel meglio descrivere i diversi livelli di complessità degli ospedali in logiche di Hub e Spoke che il Pne attuale non riesce a leggere correttamente o a correlare i volumi dei singoli professionisti e non solo delle strutture con gli esiti. Il futuro – conclude Agenas – ci solleciterà a proporre nuovi indicatori che ci consentano di stare al passo con le nuove tecnologie, misurando ad esempio gli esiti della chirurgia robotica, compresi gli esiti funzionali nel post-ricovero. E pensiamo a nuovi indicatori che ci consentano di seguire il paziente nel suo percorso terapeutico e farmacologico dopo eventi indice o episodi di ricovero, oppure ad indicatori che ci consentano di stratificare gli esiti per determinanti di salute non clinici, quali il genere, o altre condizioni demografiche e socio-economiche misurate da altre Istituzioni della Pubblica Amministrazione con cui collaborare per una valorizzazione e condivisione del patrimonio informativo. Il futuro ci attende, dobbiamo solo esplorarlo e misurarlo in anticipo”.

Le nuove strategie dell'industria del tabacco

I nuovi paladini della lotta contro il fumo sarebbero gli stessi che lo hanno creato e che continuano a venderlo, proprio loro dovrebbero liberare i fumatori!

di Maria Sofia Cattaruzza*, Paolo D'Argenio**

Nel mese di Maggio 2019, Tobacco-Endgame, una alleanza delle società scientifiche di sanità pubblica contro il tabacco (<http://tobaccoendgame.it>), ha inviato una lettera aperta al Ministro della Salute e altri soggetti istituzionali, a proposito della partecipazione dell'industria del tabacco ai convegni medico scientifici. La lettera solleva interrogativi di tipo sanitario, giuridico ed etico e conclude: "Le società scientifiche che accettano finanziamenti dall'industria del tabacco corrono il grave rischio di perdere la propria indipendenza". Infatti, si associano a uno sponsor ricchissimo, le cui fortune però sono generate dai proventi di un'attività che causa in Italia più di 70.000 morti all'anno. <http://tobaccoendgame.it/azioni/lettera-aperta-al-ministro-della-salute/> Tra l'industria del tabacco e il mondo della salute esiste un conflitto inconciliabile, perché il tabacco è il principale fattore di rischio modificabile di malattie e morte, in Italia e nel mondo. <http://tobaccoendgame.it/documentazione/danni-del-fumo/>

Sebbene già nella prima metà del '900 ci fossero prove che il fumo delle sigarette provocava il cancro del polmone ed altre malattie, si dovrà aspettare fino ai primi anni '50 per disporre di solide evidenze epidemiologiche, grazie agli studi di Wynder e Graham e di Doll e Hill. <http://tobaccoendgame.it/narrazioni/storia-narrazioni/fumo-e-cancro-del-polmone/> Prima e dopo di allora, i produttori di sigarette hanno però sempre continuato a insinuare il dubbio sostenen-

do come non ci fosse una dimostrazione che il fumo causasse un danno alla salute e come le prove non fossero definitive.

Il "Frank Statement" è un eccellente esempio di questa campagna di disinformazione: un comunicato stampa, apparso nel 1954 a pagina intera, su oltre 400 quotidiani e riviste americane, che raggiunse circa 43 milioni di persone, redatto appositamente per contrastare l'evidenza scientifica che si stava accumulando e che dimostrava che il fumo di sigaretta causava non solo il cancro, ma anche altre patologie.

http://tobaccoendgame.nsvolanet.it/narrazioni/bisogna-fidarsi-delle-compagnie-del-tabacco/http://www.tabaccologia.it/PDF/2_2010/05_022010.pdf

L'intento del comunicato stampa era quello di tranquillizzare l'opinione pubblica facendo credere che le industrie del tabacco si stessero occupando del problema. Questo comunicato stampa fu il primo di una lunga campagna di disinformazione mirata a screditare i risultati della ricerca insabbiando la verità con tutti i mezzi, incluse la corruzione di scienziati che si sono prestati a tutelare il profitto economico dell'industria a discapito della salute.

<http://tobaccoendgame.it/narrazioni/bisogna-fidarsi-delle-compagnie-del-tabacco/la-scienza-asservita-al-mercato/> Ma al passaggio del secolo, due importanti avvenimenti obbligarono l'industria del tabacco a cambiare la sua retorica.

Il primo fu che molti Stati USA portarono in giudizio le cinque principali industrie del

tabacco del paese e queste furono costrette a una transazione. Con il "Master Settlement Agreement", le compagnie del tabacco furono obbligate a pubblicare oltre 30 milioni di pagine di documenti interni che rivelarono come esse fossero state consapevoli dei danni alla salute causati dal fumo delle sigarette; ecco quanto scritto nella sentenza della giudice D. Kessler: "le compagnie del tabacco ... sapevano e ... accettavano che il fumo causa il cancro, ed hanno cospirato per confondere deliberatamente il dibattito pubblico ..."

<http://tobaccoendgame.it/narrazioni/bisogna-fidarsi-delle-compagnie-del-tabacco/le-societa-produttrici-di-tabacco-sono-cambiate/>
Dovendo così ammettere la tossicità del prodotto, l'industria del tabacco ristrutturò la sua retorica e lo fece attorno al valore della libertà, sia individuale (tabacco scelto liberamente da adulti consenzienti) che del libero mercato, con la libertà di informare (pubbli-

cità, sponsorizzazioni, promozioni); un paradosso, dato che il tabacco dà dipendenza!
<https://tobaccoendgame.it/mito-numero-1/>
Il secondo avvenimento fu la "Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco", un vero e proprio trattato internazionale, creato dall'Oms nel 2003 e sottoscritto dalla maggior parte degli stati del mondo, che individua le misure regolatorie efficaci per ridurre il consumo di tabacco.

<http://tobaccoendgame.it/documentazione/la-convenzione-quadro-per-il-controllo-del-tabacco/>

L'applicazione della Convenzione ha messo in serio pericolo il mercato del tabacco: i produttori non sono riusciti ad impedire che si applicassero le norme contro il fumo indoor e i divieti di pubblicità, le sponsorizzazioni e le promozioni del tabacco. Alcuni paesi hanno portato avanti politiche fiscali che hanno determinato un aumento dei prezzi e una riduzione di consumi e prevalenza. Fumare è via via diventato meno normale: fumare sul lavoro, al cinema, a scuola è oggi più raro e la pubblicità occulta dei brand e dei prodotti del tabacco è fortemente diminuita.

L'industria del tabacco ha così cambiato strategia: ha mantenuto i prodotti tradizionali nei paesi del Terzo Mondo e ha sviluppato prodotti tecnologici a "fumo freddo" nei Paesi a economia avanzata, dove era in difficoltà. Sono così nati i dispositivi che riscaldano il tabacco invece di bruciarlo che si aggiungono alle sigarette elettroniche in un mercato sempre più dinamico. Entrambi questi nuovi prodotti non sono innocui e provocano dipendenza, anche se sembrano essere meno dannosi delle sigarette tradizionali. Con essi l'industria del tabacco ha adottato una nuova strategia di marketing che promuove, anche con la sponsorizzazione di eventi sportivi e la pubblicità occulta sui social media, un "fumo" meno pericoloso, ma che promette un'esperienza altrettanto piacevole del fumo tradizionale e che fa tendenza. Adirittura l'industria afferma di voler creare "un mondo senza fumo", realizzabile sostituendo le vendite delle sigarette con questi nuovi prodotti tecnologici che possono coinvolgere i fumatori ma anche gli ex-fumatori e i giovani!

<http://tobaccoendgame.it/news/una-lettera->



La locandina di uno dei film simbolo sulle lobby del tabacco

Fumo di tabacco

In Italia dai 70mila agli 83mila decessi

In Italia sono attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Inoltre, la mortalità e l'incidenza del carcinoma polmonare sono in aumento tra le donne, per le quali questa patologia ha superato il tumore allo stomaco, divenendo la terza causa di morte per neoplasia, dopo il tumore al seno e al colon-retto. Sono questi alcuni dati del Rapporto 2018 sulla prevenzione e controllo del tabagismo del ministero della Salute. "Dai dati del periodo 2015-2018 del sistema di sorveglianza Passi, relativi alle persone tra i 18 e i 69 anni, emerge – rileva il Rapporto - che in Italia, la maggioranza degli adulti non fuma (57%) o ha smesso di fumare (17%), ma un italiano su 4 è fumatore attivo (25%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto. La variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, come Umbria, Abruzzo, Lazio e Sicilia, anche in Emilia Romagna la prevalenza resta elevata.



di-philip-morris-international-e-alcune-do-mande-di-simon-chapman/ I nuovi paladini della lotta contro il fumo sarebbero gli stessi che lo hanno creato e che continuano a venderlo, proprio loro dovrebbero liberare i fumatori!

La strategia è complessa, ma l'obiettivo è semplice: essere considerati un'industria normale, benefica che può parlare e fare affari con tutti, in primo luogo con i medici che possono consigliare ai fumatori di usare i nuovi dispositivi per ridurre i danni del fumo. Con questa strategia l'industria del tabacco potrebbe tornare a promuovere liberamente i propri prodotti e sviluppare il proprio business, peccato che tali prodotti non siano scervri dal causare danni alla salute: contengono infatti nicotina, e nuove sostanze che vanno studiate e chiariti gli effetti a lungo termine. <http://tobaccoendgame>.

it/miti/industria-del-tabacco-cambia-pelle/

In tale contesto, il ruolo dei medici è cruciale ed il mondo scientifico non deve diventare strumento di una nuova strategia di marketing volta a sviluppare il business di prodotti che nuocciono alla salute.

Proprio perché i medici rappresentano un modello per i loro pazienti, la nostra "lettera aperta" richiama la loro attenzione sulla necessità di restare liberi da conflitti di interesse e continuare a valutare la pericolosità per la salute pubblica dei prodotti del tabacco.

* MD, MSc, PhD Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive- Sapienza Università di Roma; Vice presidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB); Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP)

** Comitato promotore di TobaccoEndgame

Iodoprofilassi

Iodosufficienza in Italia raggiunta in 7 regioni

Il 10% della popolazione italiana soffre di patologie tiroidee con una maggior frequenza nelle donne. Il modo più facile ed economico per attuare una efficace prevenzione è una adeguata nutrizione iodica alla popolazione.

di Antonella Olivieri*

Le patologie tiroidee nel loro insieme colpiscono una larga fascia della popolazione (circa il 10%) con una maggior frequenza nelle donne. Si tratta prevalentemente di patologie multifattoriali in cui fattori genetici (non modificabili) e fattori ambientali (modificabili) contribuiscono alla loro l'insorgenza.

Tra i fattori ambientali il più importante è la carenza nutrizionale di iodio poiché questo micronutriente è il costituente fondamentale degli ormoni tiroidei, i quali sono responsabili dello sviluppo del sistema nervoso centrale e dell'adeguato accrescimento durante la vita fetale e l'infanzia, e di un adeguato equilibrio metabolico durante la vita adulta.

Ne consegue che il modo più facile ed economico per attuare una efficace prevenzione delle patologie tiroidee sia quello di garantire una adeguata nutrizione iodica alla popolazione. Il nostro Paese ha perseguito questo obiettivo grazie all'approvazione della Legge 55/2005 che ha introdotto un programma nazionale di iodoprofilassi su base volontaria.

La Legge infatti, prevede la vendita obbligatoria del sale iodato in tutti i punti vendita e ne consente l'utilizzo nella ristorazione collettiva (incluse le mense scolastiche) e nell'industria alimentare. Inoltre, il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, esteso anche al 2019, ha incluso la "riduzione dei disordini da carenza iodica" tra gli obiettivi di interesse strategico per il Paese.

Tra il 2007 e il 2012 l'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia-Onami presso l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con gli Osservatori Regionali per la Prevenzione del Gozzo, ha effettuato un primo monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia del programma di iodoprofilassi in Italia.

In quegli anni la vendita di sale iodato in Italia era inferiore al 50% di tutto il sale venduto e l'analisi degli indicatori specifici, soprattutto concentrazione di iodio nelle urine (ioduria) e frequenza di gozzo in età scolare, dimostrava il persistere di una carenza nutrizionale di iodio ad esclusione di Liguria, Toscana e alcune aree della Sicilia dove, negli anni precedenti, erano stati implementati programmi locali di iodoprofilassi.

Un secondo monitoraggio, riguardante dati relativi agli anni 2015-2019, è attualmente in corso e riguarda 9 Regioni (Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Calabria, Sicilia). Sebbene i risultati dell'analisi completa saranno disponibili nei prossimi mesi, i risultati preliminari finora ottenuti in 7 delle 9 Regioni partecipanti hanno messo in evidenza un aumento della vendita di sale iodato nella Grande Distribuzione rispetto al passato (65% di tutto il sale venduto) e, dato particolarmente significativo, un maggiore utilizzo di sale iodato nelle mense scolastiche (75% delle 998 scuole ispezionate nel 2017 dai medici dei Sian-Servizi di Igiene degli Alimenti e la Nutrizione), a

fronte di una complessiva riduzione di consumo di sale in osservanza della raccomandazione “Poco sale ma iodato”.

I dati di questo secondo monitoraggio inoltre, hanno confermato la condizione di iodosufficienza in Liguria e Toscana, il netto miglioramento dello stato nutrizionale iodico in aree della Sicilia non esaminate in precedenza ed il raggiungimento della iodosufficienza in Emilia Romagna, Marche, Lazio e Umbria. Un risultato particolarmente interessante emerso da queste analisi preliminari è rappresentato da valori di ioduria indicativi di iodosufficienza non solo nelle aree urbane di riferimento, ma anche nelle aree rurali interne a maggior rischio di iodocarenza, suggerendo una maggiore omogeneità dello stato nutrizionale iodico sul territorio rispetto al passato. I dati preliminari di questo secondo monitoraggio hanno anche evidenziato una ulteriore riduzione della frequenza di gozzo in età scolare nel nostro Paese. In particolare, si può dichiarare sconfitto il gozzo in

età scolare in Regioni quali Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia, Marche, mentre in Umbria la frequenza di gozzo in età scolare è risultata appena al di sopra del 5,0% (5.4%), valore indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità quale percentuale soglia al di sotto della quale si può parlare di iodosufficienza. La riduzione della frequenza di gozzo in età scolare è un risultato particolarmente importante in quanto il gozzo in età scolare è un indicatore di iodosufficienza a lungo termine ovvero di una condizione di iodosufficienza stabile nel tempo.

I dati attualmente a disposizione sono incoraggianti e dimostrano come il programma di iodoprofilassi si stia avvicinando a standard di piena efficienza con risultati, in termini di efficacia, che cominciano ad essere tangibili. Pertanto, l'obiettivo che ora va perseguito è rappresentato dalla sostenibilità della iodosufficienza appena raggiunta nel nostro Paese, affinché questa possa tradursi in una sempre maggiore riduzione della frequenza delle patologie correlate alla carenza di iodio (gozzo, noduli, ipotiroidismo congenito, tumori tiroidei più aggressivi).

Per il raggiungimento di tale obiettivo è importante che il programma nazionale di iodoprofilassi sia accompagnato da un'azione incisiva di educazione alla cultura della prevenzione, soprattutto nei confronti delle nuove generazioni. In tale ottica rientra il “Progetto iodoprofilassi per le scuole” che è rivolto a tutte le Scuole Primarie e Secondarie di Primo e Secondo Grado italiane e che è realizzato all'interno di un Protocollo di Intesa siglato, per il triennio 2016-2019, da Miur, Istituto Superiore di Sanità, Ait, Ame, Sie, Siedp e Cape. Si tratta della prima esperienza di collaborazione tra Istituzioni, Società Scientifiche e Associazioni di pazienti sulla prevenzione dei disordini da carenza iodica. Ad oggi già numerose scuole di ogni ordine e grado in tutte le Regioni Italiane hanno aderito al progetto.

I dati dell'Osnami

Dai dati preliminari relativi agli anni 2015-2019 che riguardano al momento 7 delle 9 Regioni prese in esame (Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Calabria, Sicilia) è emersa una significativa riduzione della frequenza di gozzo in età scolare.

In Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Sicilia e Marche il gozzo in età prescolare risulta sconfitto mentre è appena al di sopra del 5,0% nella Regione Umbria (percentuale indicata dall'Oms al di sotto della quale si può parlare di iodosufficienza).

Aumento dell'uso di sale iodato nelle mense scolastiche (lo utilizza il 75% delle 998 scuole ispezionate nel 2017 dal Servizi di Igiene degli Alimenti e la Nutrizione) in un quadro generale di complessiva riduzione nel consumo del sale.

Liguria e Toscana confermano il loro stato di iodosufficienza, condizione raggiunta anche da Emilia Romagna, Marche, Lazio e Umbria mentre migliora lo stato nutrizionale iodico di aree della Sicilia non esaminate in precedenza.

* Responsabile Scientifico Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI), Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Disegnato un percorso completo di screening

La proposta di legge, firmata dai deputati Pd Siani, Pagano e De Filippo mira a garantire un'applicazione uniforme delle misure su tutto il territorio dando idonei strumenti alle Regioni.

Le immunodeficienze primitive rappresentano un gruppo di oltre 250 malattie rare e congenite che compromettendo il sistema immunitario favoriscono infezioni frequenti e particolarmente gravi. La diagnosi, quando arriva, è spesso tardiva: passano in media 5,5 anni dai primi sintomi per gli adulti e 2,5 anni per i bambini. Eppure potrebbe essere possibile avere una diagnosi precoce e indirizzare così i pazienti a un percorso terapeutico – garantito alla stessa maniera su tutto il territorio – in grado di tenere sotto controllo o mitigare la malattia. Al raggiungimento di questi obiettivi mira la proposta di legge: “Disposizioni concernenti la diagnosi, l'assistenza e la cura delle immunodeficienze congenite (Idc)” iniziativa dei deputati Pd Paolo Siani, Ubaldo Pagano e Vito de Filippo, componenti della XII Commissione Affari Sociali della Camera.

La proposta di legge è stata presentata nei giorni scorsi a Palazzo Montecitorio. Alla presentazione della proposta di legge hanno partecipato autorevoli rappresentanti del mondo medico scientifico, rappresentanti delle associazioni pazienti e alcuni rappresentanti della sanità locale. «Il senso di questa proposta di legge sta anzitutto nel bisogno di individuare queste malattie quando il bambino non ha ancora contratto infezioni, evitando così sofferenza, complicanze e in alcuni casi anche la morte – ha spiegato Paolo Siani, primo firmatario – La nostra idea è stata quella di proporre una legge che permetta di individuarle alla nascita attraverso lo screening e questa proposta di legge mira a dare lo strumento a

tutte le Regioni per poter introdurre questa misura. Un'altra ragione che sta dietro questa proposta – ha concluso Siani – è la volontà di mettere in rete tutti i servizi che servono per le immunodeficienze e di includere nel percorso la fase di transizione dall'età pediatrica a quella adulta facendo in modo che, attraverso la rete che proponiamo, non si interrompa l'assistenza. Inoltre vanno inseriti nella rete non solo i presidi ospedalieri, ma anche i servizi di sostegno psicologico ai pazienti e alle famiglie. In particolare, ai fratelli dei bambini affetti da immunodeficienza».

L'articolo 1

L'articolo 1 della proposta di legge, infatti, dispone che le Regioni e le Province autonome predispongano delle azioni programmate al fine di giungere ad una precoce diagnosi della patologia, attraverso: la diagnosi mediante procedure di screening neonatale, l'aggiornamento del personale socio-sanitario e la predisposizione di reti integrate di presidi. Tra le misure proposte anche quella di una 'Tessera del paziente' – descritta all'art. 5 – da varare entro i 90 giorni dall'approvazione e dove saranno scritte la diagnosi, le complicanze della malattia e grazie alla quale il paziente potrà accedere a tutti i servizi dedicati sia in regime ospedaliero di ricovero, sia ambulatoriale, di day hospital e cure a domicilio.

«La nostra proposta di legge intende fornire una risposta di sistema ai pazienti di Idc. L'obiettivo è arrivare a identificare il prima possibile queste malattie, fornire le terapie e l'assistenza necessarie, inclusa

la riabilitazione e il sostegno psicologico, al fine di sostenere i pazienti e le loro famiglie nel percorso di cura – ha spiegato Ubaldo Pagano – La legge, in sintesi, vuole istituire una disciplina organica delle necessità connesse alla patologia e assicurare omogeneità di trattamento su tutto il territorio nazionale, fornendo alle Regioni una serie di strumenti necessari allo scopo, sostenendo la ricerca e gettando le fondamenta per la creazione di reti integrate di assistenza capaci di accompagnare il paziente per il corso dell'intera vita, nell'ottica di una reale continuità assistenziale».

La voce dei pazienti

Le rappresentanze dei pazienti plaudono alla proposta. «La proposta di legge, a cui l'Aip Onlus ha collaborato attivamente, è sicuramente una buona notizia per i pazienti affetti da Immunodeficienze Primitive – afferma Alessandro Segato, Presidente dell'Associazione Immunodeficienze Primitive (Aip) Onlus – in quanto permette di accendere la luce su temi e patologie che raramente sono nell'agenda politica e all'attenzione della stampa e dell'opinione pubblica. Confidiamo che i contenuti della legge possano permettere diagnosi tempestive e facilitare e rendere omogenei i percorsi terapeutici sul territorio nazionale anche grazie al coinvolgimento delle associazioni di pazienti, come previsto dall'art. 8. Auspichiamo e sollecitiamo che si abbia la possibilità di calendarizzare nei lavori parlamentari la proposta al più presto affinché possa vedere la luce quanto prima».

Tra i partecipanti alla conferenza stampa anche Alessandro Aiuti, Vice direttore dell'Istituto San

Raffaele-Telethon per la Terapia genica (Sr-Tiget) di Milano, che a queste gravi malattie ha dedicato la sua carriera professionale, contribuendo in modo determinante alla messa a punto della terapia genica per alcune forme di immunodeficienze di origine genetica, come il deficit di adenosina deaminasi (Ada Scid) e la sindrome di Wiskott-Aldrich. «In questi anni – ha spiegato Aiuti – la terapia genica si è dimostrata sicura e in grado di restituire a questi bambini una vita normale, fatta di scuola, vita in famiglia e all'aria aperta. Nel 2016 quella per l'Ada-Scid è stata la prima terapia genica ex vivo al mondo a diventare un farmaco disponibile sul mercato e contiamo che altre seguano lo stesso percorso.

La diagnosi precoce grazie allo screening neonatale è fondamentale per offrire nel più breve tempo possibile le terapie disponibili: ecco perché questa legge è importante, per i pazienti di oggi e di domani». A confermare i benefici che potrebbero derivare dallo screening neonatale per l'Ada Scid ci sono anche i recenti dati di uno studio svolto in California, paese che effettua questo test già dal 2010. Lo studio analizza i risultati di 6 anni e mezzo di screening, nel corso dei

quali sono stati sottoposti al test più di 3,25 milioni di neonati. Fra questi sono stati trovati 50 casi di Scid, il 94% di questi è sopravvissuto grazie ad un trattamento tempestivo.



Crisi di una professione

Non è un Paese per medici

I risultati del sondaggio condotto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia. Monaco (Fnomceo): «Medici in crisi, ma continuiamo a metterci il cuore».

Un medico che, nel mezzo del cammino della sua vita professionale, si trova in crisi: soffre la burocratizzazione eccessiva, la medicina amministrata, i vincoli di bilancio. Non riesce più a conciliare lavoro e vita privata, schiacciato da turni massacranti, senza poter prendere ferie e sentendosi in colpa se deve entrare in maternità o in malattia. E allora, sogna la fuga: verso il prepensionamento, verso l'estero, verso il privato. Eppure, alla domanda se, potendo tornare indietro, rifarebbe il medico o l'odontoiatra, la risposta è un coro di 'sì'. È questa la fotografia della crisi della Professione medica che emerge dai risultati del sondaggio condotto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia, presentati il 1° giugno scorso all'Ospedale Civile della città lagunare nell'ambito del Convegno "Verso gli Stati generali... Medicina Meccanica 2.0: il medico e il suo non tempo" organizzato dall'Ordine – mediante la sua Fondazione Ars Medica – insieme alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo). L'indagine è stata condotta su un campione di 498 medici e odontoiatri volontari, per il 64% uomini e per il 60% con oltre 55 anni, per lo più dipendenti (35%), convenzionati (29%), liberi professionisti (24%), ma anche in via di inserimento professionale e pensionati.

Quasi tutti i medici e gli odontoiatri intervistati ritengono che la loro professione sia in crisi (92%). In particolare, sono soprattutto i più giovani a percepire tale crisi (96% tra gli under 40, 93% sotto i 55 anni). Tuttavia, coloro i quali si trovano nel pieno della carrie-

- Quasi tutti i medici e gli odontoiatri intervistati ritengono che la loro professione sia in crisi (92%). In particolare, sono soprattutto i più giovani a percepire tale crisi (96%).
- Tuttavia, coloro i quali si trovano nel pieno della carriera manifestano un disagio maggiore (il 60% dei 41-55enni è molto d'accordo con l'affermazione).
- La crisi della professione medica è avvertita più dalle donne che dagli uomini.

ra manifestano un disagio maggiore (il 60% dei 41-55enni è molto d'accordo con l'affermazione). La crisi della professione medica è avvertita più dalle donne che dagli uomini. L'eccessiva burocratizzazione viene individuata quale prima causa della crisi della professione medica, soprattutto dagli iscritti più maturi. Inoltre, più della metà di medici e odontoiatri attribuisce una significativa responsabilità ai vincoli della medicina amministrata e all'inadeguato finanziamento del Ssn. Per un giovane medico su tre, pesa la difficoltà di relazionarsi con il paziente. La quasi totalità dei medici (91%) ritiene che le modalità oggi richieste nello svolgimento della professione influiscano negativamente sulla vita privata. L'apice del disagio si riscontra nella fascia anagrafica centrale (41-55 anni).

Anche nella professione medica e odontoiatrica, sono le donne ad avvertire una maggiore tensione nel rapporto tra vita privata e lavorativa. Come reagire a questo disagio? Il 71% di chi ha meno di 40 anni sogna (47%) o ha già pianificato (14%) la fuga verso l'estero. Non è così, come era prevedibile, per gli over 55. «Sette giovani medici su dieci potrebbero andarsene dall'Italia nei prossimi anni, attratti da stipendi più congrui, da condizioni di lavoro migliori, da una qualità della vita più elevata – ha sottolineato Gabriele Gasparini, vicepresidente della Fondazione Ars Medica -. Potrebbero così delinearsi scenari simili a quello della Romania, dove il 10% dei cittadini è rimasto senza cure mediche». Anche il prepensionamento è un'idea che si potrebbe concretizzare a breve per quasi il 23% degli iscritti over 55. Con riferimento alla classe anagrafica centrale (41-55 anni), il 23% degli intervistati si dichiara disposto a ritirarsi anticipatamente dal lavoro, se la normativa lo consentisse. Il ritiro anticipato dal lavoro è una possibilità ancora lontana soprattutto per le donne (51%). A fronte di tutte le considerazioni svolte sugli aspetti critici della professione, emerge tuttavia il persistere di una forte soddisfazione per la scelta professionale effettuata (78%), soprattutto tra coloro che possono vantare una lunga carriera alle spalle. Appena il 14% degli iscritti si ritiene «pentito» del percorso professionale intrapreso, con una maggiore incidenza tra le donne. Il giudizio relativo alla soddisfazione dell'attuale posizione lavorativa è invece contrastante.

Ben il 18% non è stato in grado di dire se vorrebbe passare alla libera professione o viceversa. Inoltre, appena il 53% degli iscritti dichiara di non voler cambiare la propria posizione lavorativa, con una quota del 53% tra gli over 55. Maggiore insoddisfazione emerge tra i dipendenti: infatti, il 37% cambierebbe posizione lavorativa. Diversamente, il percorso inverso lo farebbero appena il 20% dei liberi professionisti.

ECM inadeguata

Al centro dell'indagine, anche l'Educazione continua in Medicina, che oltre la metà dei medici ritiene inadeguata rispetto alle necessità attuali della professione; il task shifting, cioè il trasferimento di competenze dal medico ad altre figure professionali, giudicato negativamente da tre medici su quattro; l'impatto delle nuove tecnologie, accolto con ottimismo da quasi il 60% dei professionisti, ritenendo (il 26%, ma la percentuale sale tra gli under 40) che possa apportare vantaggi per i pazienti, e – il 32%, soprattutto i più anziani – che possa arricchire, dal punto di vista intellettuale, la Professione.

Promosso, infine, il ruolo dell'Ordine, apprezzato dall'80% degli iscritti. «La crisi del medico, che stiamo affrontando nel percorso degli Stati Generali, è un dato di fatto – ha esordito il vicepresidente della Fnomceo, Giovanni Leoni, nella doppia veste di presidente dell'Ordine di Venezia -. Il medico è messo alla prova dalla solitudine, dal caos burocratico e organizzativo, oberato da turni massacranti, a rischio di errori e di aggressioni.

Noi stiamo analizzando questa crisi, per trovare, tutti insieme, un nuovo modo di essere medici. Lo stiamo facendo attraverso un percorso trasversale a tutta la società civile: oggi questo percorso fa tappa a Venezia». «La crisi esiste perché il mondo cambia – ha affermato il Segretario della Fnomceo, Roberto Monaco, – Noi non vogliamo subire il cambiamento, ma governarlo e condividerlo: con i colleghi, con le altre professioni, sanitarie e non, con i filosofi, i teologi, i costituzionalisti, i giuristi, gli altri esperti e, soprattutto, con i cittadini. Noi siamo i custodi dei diritti dei cittadini, in particolare di quello alla tutela della salute. È per tenere fede a questa missione che, nonostante tutto, nel nostro lavoro continuiamo a metterci passione, voglia, cuore».



Personale del Ssn

AAA cercasi medici disperatamente

Secondo le proiezioni dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane tra 15 anni il Servizio Sanitario Nazionale perderà ben 14 mila medici. Lazio, Molise e Lombardia le Regioni attualmente con le minori dotazioni di medici.

S secondo le proiezioni dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (basate sui dati del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Miur e del Ministero della Salute) dei 56 mila medici che il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) perderà nei prossimi 15 anni saranno rimpiazzati solo il 75%, cioè 42 mila. Questo drammatico dato si avvererà considerato l'attuale numero di posti per i corsi di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specializzazione messi a bando ogni anno. Dalle proiezioni effettuate dai ricercatori dell'Osservatorio Nazionale

sulla Salute nelle Regioni Italiane, che opera all'interno di Vithali, spin off dell'Università Cattolica presso la sede di Roma, nell'ipotesi che nel prossimo anno accademico 2019/2020 siano

immatricolati 10 mila studenti, si può prevedere che di questa coorte circa 8 mila e 700 saranno laureati tra 6 anni, considerando poi le coorti successive, in 10 anni in Italia ci saranno circa 49 mila nuovi laureati in medicina e chirurgia. In conseguenza di quanto detto, è possibile prevedere che gli specializzati tra 15 anni saranno circa 42 mila. «Questo scenario, determinatosi nel corso di anni in cui non è stata fatta una programmazione adeguata da parte delle autorità competenti, rischia di compromettere le basi portanti

del Ssn», afferma Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, che aggiunge: «in un mondo in cui la carenza di medici e di personale sanitario sta diventando drammatica, l'Italia aggiunge la miopia di finanziare la formazione di un numero importante di giovani medici e di 'regalarli' poi a Paesi in grado di accoglierli a braccia aperte». Sempre secondo le proiezioni dell'Osservatorio, per rimpiazzare i 56 mila medici in 15 anni saranno necessarie 13 mila e 500 immatricolazioni ai corsi di laurea in medicina e 11 mila posti di specializzazione. «Ma le Università dovranno essere attrezzate per formare circa 5 mila studenti in più ogni anno», commenta Alessandro Solipaca, direttore scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha sviluppato un modello di previsione per stimare quanti medici e quanti specialisti (compresi i Medici di Medicina Generale) l'Italia avrà a disposizione nei prossimi anni. «La dinamica della spesa sanitaria, a livello nazionale, nel corso degli ultimi 15 anni, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita osservata dopo la prima metà degli anni '90», spiega Solipaca. La contrazione della spesa si è accentuata con l'introduzione dei Piani di Rientro, attivati per arginare il crescente aumento del deficit delle Regioni. Tra le voci di bilancio maggiormente colpite dagli interventi la spesa per personale dipendente del Ssn, scesa nel 2016 al 30,6% del totale della spesa sanitaria pubblica. «Tale riduzione è stata ottenuta attraverso una forte contra-

Allarme medici e odontoiatri. Meno numerosi, più vecchi e con un trend in preoccupante aumento; sono del tutto insufficienti gli accessi ai corsi di laurea in medicina e alle scuole di specializzazione per compensare questa continua diminuzione di camici bianchi.

zione del numero del personale dipendente, testimoniato dal *turnover* osservato negli ultimi anni che in alcune Regioni è arrivato al 25%, cioè su 100 pensionati ci sono state solo 25 nuove assunzioni», aggiunge Solipaca.

I dati riferiti al quadriennio 2013-2016, pubblicati dal Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, mostrano come il tasso di compensazione del *turnover*, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e 4 gli anni presi a riferimento, inferiore

a 100, il che significa che sostanzialmente l'organico del Ssn ha subito una contrazione. In particolare, nel 2016 si registra un tasso di compensazione del *turnover* nazionale del 97,2%, ma nel 2015 si è attestato al 76,3% e nel 2014 all'80,5%. L'ultimo triennio segue a un trend storico, tra il 2008 e il 2012, in cui si è osservato un tasso di compensazione costantemente in riduzione, dal 97,2% del 2008 è sceso fino al 68,9% nel 2012.

Tale dinamica ha interessato anche i me-

Tabella 1 - Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del SSN e variazione % (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013	2014	2015	2016	D %
Piemonte	8.534	8.441	8.324	8.397	-1,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	349	359	344	328	-6,0
Lombardia	14.333	14.211	14.094	14.258	-0,4
Trentino-Alto Adige*	1.910	1.893	1.893	1.985	4,3
Veneto	8.001	7.982	7.973	8.045	0,6
Friuli Venezia Giulia	2.651	2.602	2.520	2.545	-4,0
Liguria	3.749	3.746	3.696	3.658	-2,4
Emilia-Romagna	8.597	8.436	8.212	8.142	-5,2
Toscana	8.222	8.282	8.167	8.057	-2,0
Umbria	1.949	1.968	1.943	1.968	1,2
Marche	2.997	2.979	2.958	2.963	-1,1
Lazio	8.389	8.179	7.890	7.709	-7,4
Abruzzo	2.697	2.741	2.777	2.711	0,7
Molise	527	515	473	438	-16,4
Campania	9.691	9.484	9.312	9.163	-5,4
Puglia	6.284	6.377	6.278	6.382	1,6
Basilicata	1.242	1.244	1.225	1.185	-10,2
Calabria	3.891	3.764	3.736	3.768	-3,1
Sicilia	9.997	9.759	9.414	9.073	-9,1
Sardegna	4.261	4.314	4.297	4.318	1,5
Italia	108.271	107.276	105.526	105.093	-2,9

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

dici e gli odontoiatri del Ssn (Tabella 1) il cui numero si è ridotto in modo costante tra il 2013 e il 2016, passando da 108.271 unità nel 2013 a 105.093 unità nel 2016 (-2,9%). Il medesimo trend si riscontra in maniera più accentuata se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del Ssn alla popolazione (Tabella 2); infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 4,3%.

La dotazione minore di medici si riscontra nel Lazio, Molise e Lombardia le quali hanno 1,3 e 1,4 medici ogni 1.000 abitanti, a livello nazionale si attesta a 1,7 per 1.000. Molise e Lazio sono le regioni che hanno

sperimentato la diminuzione più marcata dal 2013, 16,3% e 13,3% rispettivamente. In generale, la dotazione di medici mediamente più bassa si registra nelle regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Sardegna e della Basilicata che vantano un rapporto medico/popolazione superiore alla media nazionale, rispettivamente 2,7 e 2,1 ogni 1000 abitanti.

La riduzione del personale medico è assai preoccupante in quanto si accompagna a un progressivo invecchiamento. Infatti, nel 2016, quasi il 52% del personale medico ha oltre 55 anni, sale al 61% tra gli uomini, tra

Tabella 2 - Tasso (per 1.000 abitanti) di medici e odontoiatri del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013	2014	2015	2016	Δ %
Piemonte	2,0	1,9	1,9	1,9	-2,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,7	2,8	2,7	2,6	-5,6
Lombardia	1,5	1,4	1,4	1,4	-2,4
Trentino-Alto Adige*	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9
Veneto	1,6	1,6	1,6	1,6	-0,2
Friuli Venezia Giulia	2,2	2,1	2,1	2,1	-4,0
Liguria	2,4	2,4	2,3	2,3	-3,0
Emilia-Romagna	2,0	1,9	1,9	1,8	-6,6
Toscana	2,2	2,2	2,2	2,2	-3,5
Umbria	2,2	2,2	2,2	2,2	0,4
Marche	1,9	1,9	1,9	1,9	-1,1
Lazio	1,5	1,4	1,3	1,3	-13,3
Abruzzo	2,1	2,1	2,1	2,0	-0,3
Molise	1,7	1,6	1,5	1,4	-16,4
Campania	1,7	1,6	1,6	1,6	-6,8
Puglia	1,6	1,6	1,5	1,6	1,0
Basilicata	2,2	2,2	2,1	2,1	-4,4
Calabria	2,0	1,9	1,9	1,9	-3,9
Sicilia	2,0	1,9	1,9	1,8	-10,6
Sardegna	2,6	2,6	2,6	2,6	0,2
Italia	1,8	1,8	1,7	1,7	-4,3

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

le donne si attesta al 38%. Tra i 50 e i 59 anni la quota dei medici si attesta al 41%, tra i 40 e i 49 anni a circa il 23%.

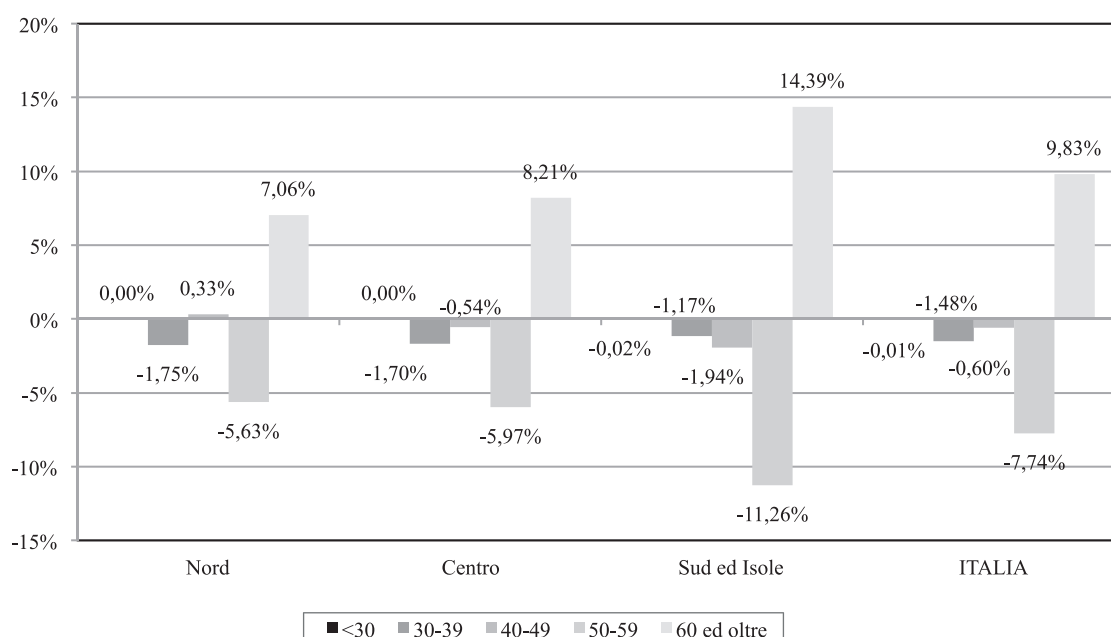
La dinamica temporale osservata dal 2013 al 2016 è molto preoccupante, infatti è aumentata di quasi il 10% la quota di medici ultra sessantenni, la variazione è del 7% al Nord, 8% al Centro e sale fino al 14% nelle regioni del Mezzogiorno. Per contro, tutte le fasce di età più giovani sperimentano una diminuzione del loro peso percentuale, calo generalizzato su tutto il territorio italiano (Grafico 1).

«La prospettiva futura è allarmante - affermano Ricciardi e Solipaca, - in quanto, nel 2016, i medici con più di 55 anni sono oltre 56 mila, quindi nel corso dei prossimi 15 anni, a legislazione vigente e al netto di uscite anticipate legate alla riforma nota come “quota 100”, ci si attende una uscita per pensionamento di pari entità. Lo scenario appena prospettato - concludono i ricercatori dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane - è aggravato dal fatto che la programmazione degli ac-



cessi ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, nonché quelli previsti per le scuole di specializzazione, non ha considerato il fabbisogno di medici che avrebbe dovuto assicurare, come dimostrano le stime che seguono effettuate dall'Osservatorio. Il rientro dal deficit delle Regioni attuato tagliando la spesa per il personale medico da un lato, la cattiva programmazione degli accessi ai corsi di laurea e di specializzazione dall'altro mettono il Ssn di fronte a una vera emergenza per il futuro».

Grafico 1 - Variazione (valori per 100) del personale medico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2013-2016



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2017.

Dall'Italia all'Europa: come vivono e lavorano le donne medico

La Romania a misura di donne medico

I risultati dell'indagine, promossa dall'Anaao Assomed, nei paesi aderenti alla Fems. L'Italia esce sconfitta dal confronto, occupando la zona più buia: le donne medico italiane lamentano discriminazione, insoddisfazione professionale ed economica, per non parlare della possibilità di accedere a posti di leadership.

La sanità in Europa è sempre più rosa, ma è la Romania a detenere il primato di nuovo eden per le donne medico. Sono le più numerose (69%), le più soddisfatte di retribuzione e carriera, solo il 19% di loro ha subito discriminazioni di genere, e l'indice di gradimento dell'organizzazione del lavoro sale fino all'89%. Di segno positivo anche i dati di altri due Paesi dell'Est: la Repubblica Ceca con il 55% di camici rosa soddisfatti e la Croazia che si distingue per la parità uomo-donna nella gestione della sanità pubblica e per l'alto grado di soddisfazione per le opportunità di carriera, dato che la accomuna all'Olanda. Fanalino di coda l'Italia, dove le donne medico lamentano discriminazione, insoddisfazione professionale ed economica, per non par-

lare della possibilità di accedere a posti di leadership. Chiude la classifica la Bulgaria dove le donne stanno progressivamente abbandonando la professione. Unico tratto in comune tra tutte le donne medico intervistate è la limitata conoscenza delle leggi e contratti che tutelano la professione. Sono questi in sintesi i risultati dell'indagine promossa dall'Anaao Assomed, e realizzata con la collaborazione di Aaroi-Emac e Snr, tra i paesi membri della Fems (Federazione Europea dei Medici Salarati) per conoscere le condizioni lavorative delle donne medico in Europa. I dati fotografano le realtà degli 11 Paesi che hanno risposto al questionario (Bulgaria, Cipro del Nord, Croazia, Italia, Olanda, Portogallo, Romania, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna,



Turchia) sui 17 aderenti alla Fems (che comprende anche Austria, Belgio, Francia, Polonia, Slovacchia, Ungheria).

I risultati nel dettaglio evidenziati dai promotori

L'elemento comune è il tasso di femminilizzazione della classe medica che in tutti i paesi europei si attesta o supera il 58-60% con punte in Romania del 69% (addirittura, in Romania il 77,7% dei medici di base è donna ed un recente studio ha evidenziato che hanno una mortalità anticipata rispetto alla media della popolazione di circa 10 anni).

La fascia di età proporzionalmente più rappresentata è tra i 36 e i 49 anni e, a seguire, la fascia più giovane. Unica eccezione, la Bulgaria che ha mostrato, negli ultimi anni, un'inversione di tendenza: gli iscritti a medicina sono prevalentemente uomini, nonostante negli ultimi 30 anni fosse maggiore il numero delle donne medico. Questo fenomeno, come vedremo più avanti, è correlato al basso tasso di soddisfazione legato al riconoscimento professionale e alle opportunità di carriera.

Alla domanda **“Sul posto di lavoro, ti sei mai sentita discriminata in quanto donna?”** una dottoressa Italiana su 2 ha denunciato episodi di discriminazione il più delle volte da parte di superiori o pazienti, mentre la percentuale scende leggermente in Olanda, Turchia, Repubblica Ceca, Slovenia, Portogallo e Spagna. Interessante notare che nei due paesi della penisola iberica, a discriminare sono soprattutto i pazienti (in Spagna, il 60% delle intervistate lamenta questo dato) e si evidenzia la necessità di risolvere il problema da un punto di vista culturale, anche per evitare possibili fenomeni di violenza a carico delle donne medico. In Romania solo il 19% delle donne medico ha vissuto episodi di discriminazione (Cipro del Nord di poco sopra il 28%), mentre in Slovenia li hanno subiti 3 intervistate su 4, soprattutto dai superiori. La Croazia si è rivelato il paese Fems in Europa con il più alto numero di donne in posizione di comando, addirittura con punte del 54,4% negli ospedali pubblici.





Alla domanda **“Cosa nei pensi della conciliazione dei tempi casa-lavoro nella tua organizzazione del lavoro?”**, il 68% delle dottoresse italiane ha risposto dichiarandosi insoddisfatte, per aver dovuto rinunciare o all'aspetto professionale o a quello personale per conciliare lavoro e vita privata. Va molto meglio negli altri paesi della Ue: in Romania addirittura l'86% è del tutto o abbastanza soddisfatto e nessuna intervistata si è detta insoddisfatta, in Spagna solo il 28% è per nulla soddisfatto, in Croazia addirittura il 58% è soddisfatto per la carriera e anche nella Repubblica Ceca il 55% delle intervistate è molto o abbastanza soddisfatto e solo il 5% si dichiara totalmente insoddisfatto. In Turchia, invece, c'è una condizione di parità tra grado di soddisfazione ed insoddisfazione nonostante i colleghi turchi abbiano attraversato un difficile periodo politico che ha portato all'arresto di alcuni medici, appartenenti al Council Members of the Turkish Medical Association. Vicina alle percentuali della Turchia, si trovano le dottoresse di Cipro del Nord, che si attestano al 45% come grado di completa insoddisfazione.

Molto interessanti le risposte alla domanda **“Che cosa miglioreresti del tuo lavoro, per una più soddisfacente conciliazione dei tempi casa-lavoro?”**. In tutti i paesi, la risposta più cliccata è stata <una diversa gestione dei tempi lavora-

tivi>, con particolare riguardo al part-time e alle guardie, con percentuali di risposta che vanno dal 40% dell'Olanda, che chiede una revisione dei carichi di lavoro, al 77% della Slovenia, al 60% dell'Italia. Un'altissima percentuale delle donne medico vuole una migliore gestione dei giorni di riposo e delle ferie (Romania 42%, Portogallo 44%, Spagna 50%, Olanda 29%). Da segnalare il dato che le donne medico europee non danno la priorità ad una migliore remunerazione, ad eccezione della Bulgaria (unico paese in controtendenza rispetto al fenomeno della femminilizzazione) dove il 64% delle intervistate si è espresso in tal senso, e della Repubblica Ceca (74%).

Lievemente discostante anche la posizione di Cipro del Nord, anche se nell'analisi delle risposte è necessario considerare il piccolissimo campione di intervistate e anche di donne medico che operano in questo piccola Repubblica del Mediterraneo. Infatti, circa il 46% delle partecipanti ha espresso la necessità di migliorare uno dei tre aspetti che costituiscono la sfera professionale: opportunità di carriera, riconoscimento professionale e maggiore leadership. È verosimile che questo dato sia correlato alla diversa idea, soprattutto tra le nuove generazioni, della conciliazione casa-lavoro e di benessere sociale ed economico che perseguono.

Inoltre, poche professioniste hanno espresso il desiderio di una maggiore leadership (una percentuale intorno al 15%) nonostante i dati evidenzino la mancanza di figure femminili nei posti di comando. Nuovamente la Bulgaria si è dimostrata in controtendenza con il 45,5% delle intervistate che ha richiesto più opportunità di carriera. È possibile che una nuova concezione di benessere, escluda le donne medico dal desiderare l'accesso alle posizioni di potere. Ed altrettanto possibile è che i ruoli manageriali vengano percepiti come troppo gravosi o, peggio, irraggiungibili.

La domanda **“Sei soddisfatta della tua carriera professionale?”** ha svelato che in Romania, in Olanda e nella Repubblica Ceca si trovano le donne medico più soddisfatte, con una percentuale rispettivamente del 86% (di cui 22%, riferisce di esserlo

a discapito però della vita familiare), del 70% e del 56%.

In Italia, solo il 16% è soddisfatto della propria carriera professionale e negli altri paesi la quota di soddisfazione anche se più alta, mette in luce un sacrificio della sfera personale. Rilevante notare il dato che in Italia, un altro 16% di professioniste sottolinea di non aver avuto opportunità proprio per il fatto di essere donna, mentre la percentuale, su questo punto, è ancora più bassa negli altri paesi presenti nella Fems.

L'Italia mostra un quadro negativo anche alla domanda **“Ritieni che sul posto di lavoro ci sia un pari coinvolgimento delle donne nei posti gestionali e di leadership?”**. Il 42% delle dottoresse italiane intervistate ha risposto con un secco NO ed un altro 42% è però fiducioso che ci sia una crescente attenzione su questo tema. Solo il 5% delle olandesi ha risposto NO, e nella maggioranza degli altri paesi presenti, con una percentuale crescente, ma che non sfiora il grado di disillusione delle dottoresse italiane. Il 51% delle dottoresse della Repubblica Ceca afferma che non ci sono condizioni di pari opportunità nell'accesso alla carriera, ma allo stesso tempo dichiara di essere soddisfatta dal punto di vista professionale. In Portogallo, il 53% pensa che ci siano pari coinvolgimento e consapevolezza dell'autorità femminile, ma allo stesso tempo solo il 20% è soddisfatto della carriera.

L'ultima domanda pone un interessante spunto di riflessione di natura politico-sindacale. Alla richiesta **“Conosci leggi o accordi sindacali che, nella tua opinione, siano positivi per la conciliazione della vita lavorativa con i tempi di cura familiari?”** una quota importantissima di intervistate – in Bulgaria addirittura il 100% ed in Turchia l'80% – non conosce e non riporta leggi a tutela della condizione femminile (Cipro del Nord 78%, Repubblica Ceca 77%, Slovenia 71%, Spagna 66%, Italia 60%, Portogallo 58%, Olanda 50%). Queste risposte evidenziano la lacuna di un contesto legislativo insieme alla mancanza di consapevolezza, da parte delle lavoratrici, della cornice normativa entro cui la-

vorano e operano. In questo caso è fondamentale un'azione di educazione da parte del sindacato stante il fatto che la tutela del lavoratore nasce anche dall'insegnamento di quelli che sono i diritti esercitabili.

Conclusioni

È inaspettato il grado di soddisfazione delle donne medico in Romania, al quale sicuramente concorre il consistente aumento di stipendio (esattamente il doppio!) che i medici rumeni hanno avuto a partire dal febbraio 2018, grazie ad una importantissima azione di categoria che ha visto tutti i medici aderire in modo compatto ad uno sciopero nella sanità pubblica. Anche la Repubblica Ceca si rivela un paese dove le donne medico hanno una percezione di benessere legato alla sfera lavorativa (anche se poco remunerato e che rivendica importanti sacrifici).

È confortante la condizione della Croazia che vede già la gestione della sanità pubblica in mani parimenti femminili e maschili, ma, nonostante questo, non è stata trovata una soluzione riguardo tempi di lavoro che meglio rispondano alle esigenze di genere. È preoccupante la condizione della Bulgaria che vede un'inversione di tendenza nella classe medica in un contesto in controtendenza per quanto riguarda la composizione di genere e una totale insoddisfazione della categoria. Ed anche la virtuosa Olanda, eccellenza nelle classifiche Euro Health Consumer Index, vede le sue lavoratrici lamentarsi di un welfare che concede congedi parentali troppi brevi ed un accesso al part-time limitato. L'Italia esce sconfitta dal confronto con i paesi Fems, occupando la zona più buia: le donne medico italiane si confermano deluse, vorrebbero un maggior riconoscimento professionale (ma non chiedono, in pari percentuale, una maggiore remunerazione), sono insoddisfatte per la loro carriera e, nonostante conoscano leggi che potrebbero sostenerle nella conciliazione casa-lavoro, lamentano il fatto che queste vengano spesso inapplicate. Anche in Portogallo, le donne medico sottolineano l'esistenza di norme di tutela inapplicate e la difficoltà di far conciliare la professione con una condizione di monogenitorialità.

Salute e sicurezza sul lavoro

Infermieri e operatori socio-sanitari i più a rischio

Presentato il Report “Le condizioni di lavoro e di salute nel settore sanitario”, a cura di Fp Cgil, Inca e Fondazione Di Vittorio (Fdv): un’inchiesta che ha coinvolto oltre 900 lavoratrici e lavoratori del sistema sanitario, con un’anzianità elevata e per lo più infermieri.

Diffusa presenza di rischi per la salute e la sicurezza dovuti sia all’organizzazione del lavoro, considerando il lavoro notturno e gli straordinari, sia di rischi fisici e ambientali, come quelli legati al sollevamento di pesi e pazienti. Questo in estrema sintesi quanto emerge dal report “Le condizioni di lavoro e di salute nel settore sanitario”, a cura di Fp Cgil, Inca e Fondazione Di Vittorio (Fdv): una inchiesta che ha coinvolto oltre 900 lavoratrici e lavoratori del sistema sanitario, con un’anzianità elevata e per lo più infermieri. In particolare, si rileva nel rapporto della Cgil, il lavoro notturno interessa attualmente circa un lavoratore su tre ma, nell’arco della complessiva storia lavorativa del campione di riferimento, ha riguardato il 76,5%. Il lavoro straordinario è, invece, svolto da poco più della metà dei rispondenti e la gran parte degli intervistati svolge mansioni che prevedono la movimentazione di pazienti o di altri pesi, anche con carrelli. Considerando l’insieme di questi fattori di rischio, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari sono le professioni più esposte. In linea con questi risultati, a condizioni di lavoro più dure corrisponde un giudizio più negativo sul rapporto tra salute e lavoro

da parte degli intervistati: difatti, si sottolinea nella ricerca Fp Cgil, Inca e Fdv, l’84,5% degli infermieri e il 79,7% degli operatori socio-sanitari dichiara che le condizioni di lavoro hanno avuto un impatto sulla propria salute. I problemi per la salute fisici e psicologici, si legge nel rapporto, sono comunque diffusi trasversalmente tra le professioni e solo il 21,9% non ha indicato alcuna sintomatologia dolorosa a fine turno. Emerge soprattutto la rilevanza dei disturbi muscolo-scheletrici, in particolare con problemi alla schiena, alle spalle, alla testa e al collo, che sono presenti in maniera significativa tra le varie professioni, seppure con diversa intensità. Considerando la presenza di patologie di lunga durata, ovvero superiori a un anno, per l’insieme del campione, i disturbi lombo-sacrali e quelli lombari interessano rispettivamente il 18,7% e il 18,2% dei rispondenti, le cervicali il 15,9%, i dolori alle spalle l’11% circa e i dolori dorsali il 9,5%. Tra le professioni ad alta specializzazione si segnala, oltre ai dolori alla schiena e alle spalle, una presenza più elevata della media per i dolori ai gomiti e alle braccia. Per gli operatori socio-sanitari, gli ausiliari e i tecnici si rilevano problemi simili, con patologie alla schiena e alle spalle, con una maggiore incidenza di problemi alle spalle per gli operatori. Il personale amministrativo registra dolori alla schiena e al collo, con una presenza più diffusa di cervicali e una incidenza elevata di casi di addormentamento delle mani. I medici sono un gruppo professionale che, pur manifestando come gli altri rischi di problemi alla schiena, registra una presenza diffusa di problematiche alle mani, con dolore ai movimenti.



diamo luce alle tue idee



Kos Comunicazione e Servizi srl si occupa di comunicazione integrata e si rivolge a medie e grandi aziende. Sulla base delle competenze e dell'expertise maturate nel settore della comunicazione, è in grado di offrire una consulenza completa e personalizzata, fondata sulla capacità di ascoltare, interpretare e tradurre in strategie le esigenze di business del cliente.

Nasce dalla fusione di esperienze professionali pluriennali e diversificate, per offrire una gamma di servizi completi; si occupa della progettazione e organizzazione di congressi, convegni, corsi di aggiornamento e formazione ECM, con particolare attenzione al settore della sanità.

Da sempre nel campo dell'editoria con autorevoli testate giornalistiche e volumi dall'elevato contenuto scientifico.

Particolare attenzione è rivolta a iniziative finalizzate allo sviluppo della prevenzione, del miglioramento dell'assistenza sanitaria e sociale, della diffusione delle best practice e a sviluppare e attuare progetti di eHealth.

Legge Gelli e responsabilità professionale

Quali risvolti per il Medico Competente?

Da novembre 2018 Anma è entrata a far parte dell'elenco ministeriale delle società scientifiche autorizzate ad elaborare Linee Guida ai sensi della Legge Gelli.

di **Umberto Candura***, **Daniele Ditaranto***

Il 32° Congresso Nazionale Anma (Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti) che si è tenuto a Milano Marittima dal 30 maggio al 1° giugno - ha avuto come tema portante ed introduttivo "Le Linee Guida per il Medico Competente alla luce della Legge Gelli ed il loro potere esimente per la responsabilità professionale".

Sono stati discussi aspetti fino a d'ora poco dibattuti, improntati soprattutto sui dubbi applicativi della norma nell'ambito di una Professione, come è appunto quella del Medico Competente (Mc), che deve la sua originalità al fatto di non basarsi esclusivamente sul rapporto clinico e a una tipologia di responsabilità contrattuale che riguarda prevalentemente la libera professione. Inoltre sono stati delineati alcuni tratti del futuro della Medicina del Lavoro e del suo sistema di controllo nelle imprese. Le Linee Guida potranno esercitare non solo un potere esimente da colpa, ma potranno anche essere uno strumento per aumentare la qualità dei servizi offerti, soprattutto migliorando l'approccio multidisciplinare alla tutela della salute dei lavoratori.

Una professione "originale" in costante evoluzione

Storicamente la professione del Medico Competente è connotata da una diffusa domanda di "codifica", che peraltro la accomuna ad altre branche medico-specialistiche, ma con una frequente richiesta nei suoi confronti di una "discrezionalità" che non perda di vista il caso concreto sul quale si opera.

Da Novembre 2018 Anma è entrata a far parte dell'elenco ministeriale delle società scientifiche autorizzate ad elaborare «Linee Guida» ai sensi della Legge Gelli: ciò rappresenta il culmine di un lavoro trentennale di continua qualificazione ma anche l'inizio di una nuova sfida di grande responsabilità. Il

confronto avuto con gli interlocutori istituzionali (Ministero della Salute, Iss) ci prospetta infatti un percorso complesso ed impegnativo, probabilmente anche in relazione all'originalità della nostra disciplina: essa deriva dal binomio indissolubile *salute/lavoro*. Il Medico Competente, infatti, non dovrà solo formarsi ed aggiornarsi sull'evoluzione delle conoscenze cliniche, ma anche su come cambia il mondo del lavoro e a quali rischi sono esposti i lavoratori.

L'approccio multidisciplinare

Uno dei requisiti fondamentali per produrre Linee Guida di qualità è «svilupparle coinvolgendo un panel multidisciplinare in modo che tutti i punti di vista... siano rappresentati» («metodo Grade»): questo è da tempo l'impegno dei Medici Competenti, che, essendo medici anche del «lavoro», sono chiamati pure a un colloquio continuo con le varie discipline afferenti al mondo del lavoro (tecniche, sociali, eco-



nomiche e giuridiche), per poterne comprendere ed interpretare al meglio i continui cambiamenti e valutarne le conseguenze per la salute dei lavoratori.

Vi sono peraltro precise raccomandazioni istituzionali che invitano le Società Scientifiche a creare sinergie e collaborazioni per sviluppare documenti che possano univocamente rappresentare gli orientamenti più condivisi, evitando inutili e dispendiose duplicazioni: questo è anche il nostro obiettivo, che punta alla collaborazione con altre associazioni mediche impegnate nella prevenzione in un costante approccio multidisciplinare.

Queste indicazioni le ritroviamo nel Manuale Metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica (aprile 2018), pubblicato da Iss e Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (Cnec), e revisionato da parte del Grade (The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) working international group.

Il contributo dei Medici del lavoro competenti per conferire fattibilità alle Linee Guida è fondamentale per *forma mentis*, ed in quanto conoscitori delle realtà in cui le stesse troveranno la loro applicazione pratica.

L'attenzione al "caso concreto"

Anche se siamo ancora in attesa di una giurisprudenza consolidata, dobbiamo prendere atto che dopo la pubblicazione della Legge Gelli si sono levate dalla magistratura alcune voci di critica sul valore probatorio delle Linee Guida, in quanto espressioni di un'assistenza non personalizzata sulle esigenze specifiche del paziente individuale (cookbook medicine) quando, invece, «l'attività del medico conserva ancora una forte componente di «arte» nella personalizzazione del suo agire in ciascun singolo caso sulla base della propria esperienza e sensibilità professionale».

Non sembra peraltro che si siano trascurati questi aspetti in quanto:

- il comma 1 dell'art. 5 della Legge 8 marzo 2017 dispone che gli esercenti delle professioni sanitarie si attengano alle raccomandazioni previste dalle Lg «salve le specificità del *caso concreto*»;
- mentre l'art. 6 dispone che la responsabilità dell'operatore sanitario viene meno quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle Lg sempre che le stesse «risultino adeguate alle specificità del *caso concreto*».

In effetti il nostro abituale sondaggio associativo - svolto in ambito congressuale - ha evidenziato che la maggiore preoccupazione dei Mc sarà quale di evi-

tare che l'applicazione di Linee Guida possa ridursi ad una massificazione degli interventi in anonime procedure standardizzate, ma che anzi possa rappresentare un valido supporto per il processo decisionale del professionista.

Quali risvolti per la professione del Medico Competente

Il potere esimente delle Linee Guida è indubbiamente anche per noi importante. Tuttavia non ci attendiamo stravolgimenti da questa novità legislativa che presumibilmente richiederà più tempo per esprimersi nel nostro campo. È pur vero peraltro che la nostra disciplina sia storicamente più vicina – rispetto ad altre branche mediche – più che al concetto di responsabilità penale, a quello di “*errore sanzionabile*”, anche perché le *colpe* del Medico Competente sono prevalentemente di tipo omissivo e/o burocratico/amministrativo, mentre più raramente si viene chiamati in causa per aver provocato debiti di salute o un esito letale per un'esposizione. Il nostro interesse per le Linee Guida resta comunque elevato. Mantenendo la discrezionalità nella gestione delle «specificità del caso concreto», siamo infatti convinti che esse possano rendere più efficace il nostro ruolo in particolare per quanto riguarda l'appropriatezza ed il costo-efficacia dei nostri interventi, con riflessi positivi anche dal punto di vista della ricerca epidemiologica. L'auspicio è quello che tali effetti possano trasmettersi positivamente anche al clima aziendale, riducendo le conflittualità interne, nonché nel rapporto con gli Organi di Vigilanza, con i quali dovrebbero superarsi i pregiudizi legati alla supposta mancanza di “terzietà” ed equità negli interventi. Restano perplessità da fugare relativamente alla applicabilità di Linee Guida provenienti da Società Scientifiche e/o Enti di ricerca o Associazioni Tecnico-professionali in una materia fortemente connotata già da costrittività normative, con risvolti poco assimilabili ai tradizionali percorsi clinico-assistenziali, e con un alto impatto mediatico nei casi purtroppo ricorrenti di gravi infortuni sul lavoro.

In conclusione comunque riteniamo che, più che per il loro valore probatorio in sede legale, le Linee Guida possano costituire per i Medici Competenti un'importante sollecitazione per cooperare meglio nelle attività di ricerca di soluzioni, uno strumento di miglioramento della qualità del nostro lavoro e di maggiore standardizzazione dei comportamenti.

* ANMA, Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

Medicina interna

Prima specialità per ricoveri non chirurgici in Italia

Gli obiettivi principali che ci vedranno impegnati insieme nella direzione della nostra società nel prossimo triennio. Tra questi quello di spingere per l'utilizzo delle nuove tecnologie.

di Dario Manfellotto*, Francesco Dentali**

La Fadoi (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Italiani), società scientifica che riunisce circa tremila internisti distribuiti in oltre 500 reparti di medicina interna in tutto il territorio nazionale, ha tra i propri obiettivi il miglioramento della qualità delle cure dei pazienti e l'affermazione del ruolo dell'internista come moderno professionista di una sanità, ospedaliera e no, in completa trasformazione. Ogni anno in Italia vi sono circa 7 milioni di ricoveri in ospedale e di questi oltre 1 su 6 in Medicina Interna. Circa 1200 Medicine Interne, diffuse su tutto il territorio nazionale permettono di superare il milione e duecentomila ricoveri l'anno, diventando così la prima specialità per ricoveri non chirurgici in Italia. Anche se ancora non abbastanza

conosciute dal cittadino comune, da sempre le Medicine Interne si occupano della cura di patologie non solo ad alta prevalenza, ma anche ad alto impatto clinico per la popolazione, come lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronico ostruttiva, la polmonite, la sepsi e l'ictus. Patologie queste che vengono curate nella maggior parte dei casi in Medicina Interna più che in altri reparti.

In Italia la vita media è fra le prime nel mondo e l'aspettativa di vita sempre più lunga, unita ad una bassa natalità, sta cambiando le caratteristiche della nostra popolazione. Grazie ai progressi della medicina, patologie fino a poco tempo fa gravate da un'elevata mortalità nel breve e nel medio termine sono ora potenzialmente curabili

anche se spesso difficilmente guaribili. Ci troviamo così sempre più spesso a confrontarci, oltre che con malattie in fase acuta, anche con malati cronici che presentano riacutizzazioni di malattie preesistenti. I pazienti sono sempre più spesso polipatologici e frequentemente, per la cura e la prevenzione secondaria di queste patologie croniche, assumono molteplici terapie. La gestione di questi pazienti e allo stesso tempo, delle



loro numerose comorbidità e delle complesse e articolate terapie farmacologiche, è diventata molto più difficile. Per queste situazioni di grave complessità, è indispensabile un'assistenza di alto livello polispecialistico, che l'internista è in grado di garantire.

Anche la domanda di "salute" da parte della popolazione si è fatta più pressante ed è necessario per il Medico un continuo lavoro di aggiornamento per farvi fronte.

D'altra parte le risorse destinate alla sanità continuano a diminuire e una buona parte di queste viene oggi destinata all'utilizzo di farmaci innovativi ottenuti grazie all'avanzamento della biotecnologia. Inoltre, da alcuni anni, assistiamo alla riduzione progressiva e costante dei fondi destinati alla ricerca clinica.

Per far fronte a questo Fadoi ha organizzato e organizza numerosi congressi e corsi di aggiornamento scientifico e coordina progetti di ricerca clinica nazionali ed internazionali, ambiti in cui la società ha un ruolo prominente ed è stata riconosciuta come il primo provider di formazione permanente. Inoltre, collaborando con diverse Istituzioni, Fadoi si prefigge il miglioramento organizzativo delle Medicine Interne e più in generale dei nostri ospedali attraverso progetti di Clinical Governance e Risk Management finalizzati a rendere più appropriati e sicuri i percorsi clinici, terapeutici e assistenziali nei vari processi di cura. La collaborazione con il ministero della Salute ha poi contribuito alla modifica della legge sulla ricerca clinica in Italia in particolare per quanto riguarda la ricerca no profit, facilitandola.

Molto è stato fatto ma molto rimane ancora da fare. Il concetto di Sanità come è stata intesa fino a pochi anni fa sta totalmente cambiando e gli effetti di questo cambiamento, già percepibili in questi ultimi anni, si manifesteranno pienamente nel prossimo futuro. Molti pazienti sono ormai cronicamente fragili e vanno incontro a frequenti riacutizzazioni di una o più delle patologie da cui sono affetti e sarà necessario adoperarsi per un superamento della dicotomia ospedale territorio e medici di medicina generale e internisti dovranno lavorare insieme a percorsi facilitati per questi pazienti. La sanità andrà poi completamente ripensata in epoca digitale. Sfruttare il potenziale delle tecnologie digitali è essenziale per raggiungere la copertura

sanitaria universale in particolar modo in un momento di difficoltà economica come quello che stiamo attraversando.

Purtroppo al momento in questo ambito siamo agli ultimi posti in Europa e fra i sistemi sanitari delle Nazioni più ricche. Le applicazioni potenziali della sanità digitale sono le più diverse tra cui: supporto agli operatori sanitari nelle operazioni di decision-making; gestione dello stoccaggio dei prodotti farmaceutici per evitare buchi e carenze; erogazione di servizi sanitari in Telemedicina; miglioramento della comunicazione con pazienti.

Le nuove tecnologie saranno poi fondamentali per migliorare la formazione e l'aggiornamento dei nostri colleghi. Nel panorama della formazione sanitaria, la simulazione medica è ormai riconosciuta come uno strumento didattico prioritario. La simulazione consiste nell'apprendimento sia delle abilità strettamente tecniche attraverso l'uso di manichini e skill trainers, sia di quelle non tecniche come le capacità decisionali e il lavoro di squadra. È molto utile per ridurre gli errori, migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti e aumentare le abilità dei sanitari nel passaggio dall'apprendimento teorico a quello pratico. In un'epoca poi in cui la scarsità di risorse difficilmente permette ai medici di allontanarsi dai reparti per partecipare a corsi e congressi la formazione a distanza e i percorsi di e-learning saranno fondamentali per l'aggiornamento medico, ma anche, in prospettiva, per la verifica e la certificazione delle competenze dei medici internisti, in un processo di continua crescita professionale.

Fadoi, già leader nella formazione, dovrà proseguire nella strada intrapresa e spingere per l'utilizzo delle nuove tecnologie anche in questo ambito.

L'obiettivo quindi è creare internisti moderni che sappiano crescere in continuità col passato, mantenendo una cultura clinica antica che si sappia fondere con le più moderne tecnologie. Guardare con intelligenza al futuro senza tagliare le radici con la grande storia della medicina interna italiana. Questi sono gli obiettivi principali che ci vedranno impegnati insieme nella direzione della nostra società nel prossimo triennio.

* *Presidente FADOI 2020-2022*

** *Vice-presidente FADOI 2020-2022*

Carenze di organico in Ortopedia

Unità ospedaliere a rischio chiusura

In campo ortopedico traumatologico, il livello ospedaliero Italiano si pone fra i migliori in campo internazionale per l'adeguatezza delle risposte fornite ovviamente sempre con una discreta variabilità.

di Mario Manca*



La traumatologia rappresenta il “Core” del lavoro per la maggior parte degli ortopedici ospedalieri pur essendo su un ottimo livello anche nel campo della chirurgia ortopedica di elezione con centri di riferimento per patologie ultraspecialistiche, ma con una rappresentazione sull'intero territorio degli interventi di base, numerosi e che sono rappresentati da chirurgia ricostruttiva articolare, in particolare protesica, ma non solo. Le problematiche sono legate a carenze di organico di personale medico ortopedico; le Scuole di specializzazione non riescono più a fornire un adeguato ricambio in termini numerici, mentre la preparazione dei neo-specialisti è di ottimo livello.

Molto semplicemente fra chi lascia il Servizio Sanitario per pensionamento e per

scelte “privatistiche”, non trova un adeguato numero di nuovi assunti. Questa è la grande problematica del futuro prossimo e già del presente in molte realtà, che, se non immediatamente trattata, anche con soluzioni tampone, fa correre il rischio di chiusura per alcune Unità Ospedaliere di Ortopedia con immaginabili conseguenze.

Il prossimo biennio ci vedrà impegnati come Ototi (Ortopedici Traumatologi Ospedalieri d'Italia) su più fronti, ovviamente insieme alla Siot: sul fronte del dialogo, che speriamo di poter avere con le Istituzioni, al fine di cercare insieme soluzioni, ripeto immediate, alla problematica dell'assenza di ortopedici. Tant'è che nel congresso nazionale di Sorrento c'è stata una sessione gestita, organizzata e condotta dai giovani della Ototi che costituiscono l'Ototi Young e che sono la vera colonna portante orientata al futuro dell'ortopedia. Saremo impegnati, insieme alle società super-specialistiche, sul fronte della formulazione delle linee guida secondo la normativa della legge Gelli/Bianco e per tale motivo, alcuni soci designati stanno già partecipando a un percorso formativo ad hoc.

Siamo già in prima linea sul fronte della formazione, soprattutto indirizzata ai giovani già presenti e a quelli che speriamo possano arrivare in un prossimo futuro attraverso corsi a loro dedicati, organizzati nel rispetto della territorialità al fine di limitare lo spostamento “fisico” delle persone che vanno a formarsi. Il primo di questi corsi sulle fratture esposte; interattivo, aperto agli under 45 e

a un numero di specializzandi degli ultimi anni di specializzazione, si è appena svolto a Lido di Camaiore; il secondo si terrà il 27 settembre a Bari e il terzo si svolgerà alla fine dell'anno in nord Italia.

Le prossime sfide

Le sfide sono molte, non ultima anche la crescita organizzativa con la conoscenza anche di questi aspetti, a volte un po' ostici, soprattutto per i meno giovani, ma indispensabili per un'adeguata gestione delle risorse che vanno amministrate non solo nel segno del risparmio, ma della razionalizzazione e delle priorità.

Otodi cercherà una crescita anche in tal senso, sicuramente meno tecnica, ma altrettanto importante per il raggiungimento degli obiettivi che riguardano la salute dei pazienti che a noi si rivolgono per le problematiche ortopediche traumatologiche e che hanno il diritto di ricevere il miglior trattamento. L'ortopedia italiana ha raggiunto un grado di preparazione elevato, lo dimostra anche il fatto che è nazione fondatrice, insieme agli Stati Uniti e ad altri Paesi della International Ota (Orthopaedic Trauma Association).

Nel nostro recente congresso ci siamo confrontati e abbiamo cercato di condividere le esperienze per poter migliorare e mettere a punto tecniche chirurgiche all'avanguardia. Ricordo che le fratture dell'anca Hip sono in costante aumento nella popolazione anziana soprattutto femminile ed è previsto che passino da 1,6 milioni a circa 6,3 milioni nel mondo entro il 2050. In Italia sono circa 120.000 per anno e rappresentano, praticamente in ogni Unità di Ortopedia, il 30% di tutta l'attività traumatologica.

Infatti, intorno agli 80 anni una donna su 5 va incontro a frattura dell'anca ed intorno ai 90 anni tale percentuale arriva a circa il 50%. L'età e le ovvie comorbidità fanno sì che tali fratture siano gravate da complicanze perioperatorie ed elevata mortalità a breve medio termine.

Rivestono importanza fondamentale la gestione appropriata di tali fratture attraverso un intervento tempestivo, una gestione multidisciplinare dei pazienti, un alto grado di comunicazione fra le figure coinvolte nel processo di cura al fine di ridurre le complicanze e migliorare i risultati.

Le maggiori organizzazioni sanitarie mondiali definiscono la frattura del femore nell'anziano un evento avverso in ambiente non preparato e già da diversi anni stabiliscono i percorsi da attuare con rapida presa in carico anestesiological/ortopedica, rapido ricovero e rapido intervento gestito sempre alla presenza di un ortopedico esperto, geriatri coinvolti nei processi di cura per una idonea terapia di supporto, un'immediata mobilitazione e rapida rieducazione, un'adeguata nutrizione e terapia del dolore fin dall'ingresso in ospedale con un'attenta assistenza infermieristica al fine di ristabilire lo status quo ante.

Per tale motivo, il trattamento delle fratture dell'anca è uno strumento di valutazione delle performance dei vari ospedali. Il ministero ha dato come obiettivo almeno il 60% delle fratture da operare entro le 48 ore ed in media, a livello nazionale, pur con una ampia variabilità sia intraregionale, sia interregionale, tale obiettivo è nella grande maggioranza dei casi raggiunto.

Queste fratture, una volta trattate, oltre a problematiche generali legate alle condizioni globali dei pazienti, possono avere problematiche locali, espressamente articolari e necessitano, al fine di poter limitare il dolore e migliorare il loro quotidiano, di un ulteriore intervento frequentemente di tipo protesico, sempre di maggior difficoltà sia tecnica- chirurgica, sia medica in senso generale per la particolare fragilità di questi pazienti non solo anziani, ma a volte chiaramente vecchi.

Altro argomento trattato nel nostro congresso nazionale è stato quello delle fratture del ginocchio. L'incidenza è andata aumentando negli anni causate sia da traumi stradali, sportivi, lavorativi. Tali fratture hanno due picchi di incidenza, un primo picco fra i 16 ed i 40 anni, più frequente nei maschi, causate da traumi ad alta energia e un secondo picco dopo i 65 anni, più frequenti nelle donne, legati a traumi a bassa energia e dove l'osteoporosi gioca un ruolo rilevante nella loro genesi. Sono fratture che richiedono uno studio adeguato e che necessitano di un trattamento eseguito da ortopedici esperti.

* *Presidente nazionale Otodi
(Ortopedici Traumatologi Ospedalieri d'Italia)*

47° Congresso Nazionale Simfer

La vera emergenza riabilitare le persone con cronicità

Appuntamento a Firenze dal 29 settembre al 2 ottobre 2019 con la Società italiana di medicina fisica e riabilitativa.

Saranno cronicità, ricerca scientifica e fisiatria interventistica i tre principali temi del 47° congresso nazionale Simfer, Società italiana di Medicina fisica e riabilitativa, che si terrà al Palazzo dei Congressi di Firenze dal 29 settembre al 2 ottobre 2019.

«Il primo tema, la gestione riabilitativa della cronicità, è la vera emergenza del Servizio Sanitario Nazionale», spiega il presidente Simfer Pietro Fiore. «La risposta della Simfer e della Medicina Riabilitativa a questa sfida è il position paper sulla cronicità che individua nel modello biopsicosociale, nella prescrizione per ogni persona di un Progetto Riabilitativo Individuale e percorso unico, nella ricerca di strumenti clinici standardizzati per la valutazione multidimensionale e nell'organizzazione Dipartimentale delle attività riabilitative, le principali risorse al fine di migliorare la qualità della vita della persona con disabilità». Anche per quanto riguarda la ricerca scientifica in riabilitazione, il funzionamento della persona secondo le indicazioni dell'Icf rimane la prima preoccupazione.

«Gli aspetti di ricerca in riabilitazione sono determinanti per la stesura di linee guida, Rct, consensus e altri testi normativi», aggiunge Fiore, «nel raggiungimento di evidenze per la pratica clinica quotidiana, tenendo conto di una normativa sempre più precisa e cogente, come la legge "Bianco Gelli"». Molto spazio sarà anche dato alla Fisiatria interventistica, disciplina che richiede anche una precisa manualità e l'uso di diagnostica – ecografica e non solo – e che riveste un ruolo sempre più professionalizzante, anche nella prospettiva occupazionale futura dei giovani fisiatri. Oltre a queste tre aree tematiche principali, nel corso delle sessioni saranno affrontati numerosi altri temi, tra i quali la riabilitazione nelle gravi cerebrolesioni acquisite, il trattamento della spasticità in neuroriabilitazione, la riabilitazione nella persona affetta da ictus cerebri, la riabilitazione neuropsicologica, la riabilitazione in età evolutiva, il rapporto tra disabilità, qualità di vita e partecipazione, il tema dello sport e disabilità, sport e medicina riabilitativa, la riabilitazione nel paziente mieloso e poi ancora dolore e riabilitazione, farmaci e riabilitazione, medicine complementari, nutraceutica, innovazione tecnologica e ausili nella riabilitazione motoria e cognitiva e tecnologie assistive per la vita indipendente e molti altri, descritti nel sito della Società www.simfer.it e in quello del Congresso www.congressonazionalesimfer.it.

«Ad oggi il programma è già completato, dichiara il presidente del 47° congresso Pietro Pasquetti, «abbiamo l'adesione di relatori nazionali ed internazionali di primo piano. Ci sono poi già arrivati più di 250 abstract che verranno inseriti negli atti congressuali. Registriamo poi l'adesione di importanti associazioni di pazienti, aziende di spicco, coinvolgendo anche il grande settore relativo alla disabilità e all'handicap. Naturalmente poi per la partecipazione al congresso sono previsti i crediti Ecm».

Insomma le premesse per un evento di grande impatto ci sono tutte: «Aspettiamo i congressisti a Firenze», sono le parole finali di Pasquetti, «augurando loro un sereno soggiorno, certi che l'evento arricchirà le loro conoscenze scientifiche e professionali ma permetterà anche di godere delle bellezze artistiche e monumentali della nostra città».



Il 60° Congresso Nazionale Società Italiana di Nefrologia

“Yes we can, Yes we care”

Al centro le nuove evidenze della efficacia dello specialista Nefrologo nella cura delle malattie renali acute e croniche.

di Luca De Nicola*, Filippo Aucella**, Giuliano Brunori***

Dal 2 al 5 Ottobre 2019, Rimini accoglierà i Nefrologi Italiani in occasione del 60° Congresso Nazionale della Società Italiana di Nefrologia (Sin), l'unica Società scientifica che rappresenta i Nefrologi italiani. Lo slogan del Congresso è “Yes we can, Yes we Care” che ben riassume il leitmotiv del congresso, quest'anno focalizzato sulle nuove evidenze della efficacia dello specialista Nefrologo nella cura delle malattie renali acute e croniche.

Il ruolo del Nefrologo nei rapporti con le Istituzioni ed i comuni cittadini sarà il tema di tre Tavole Rotonde di politica sanitaria. La prima che vedrà discutere assieme i Presidenti delle principali Società di Nefrologia -Nord Americana, Europea e Asiatica- su come vada ridisegnato il futuro della Nefrologia alla luce della nuova epidemiologia delle nefropatie. La seconda volta a migliorare il riconoscimento delle attività nefrologiche da parte del Servizio sanitario nazionale mediante l'identificazione di indicatori di efficacia clinica e dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) nel campo delle nefropatie. La terza su come ridefinire le Linee Guida per la pratica clinica Nefrologica, esigenza che nasce dopo la recente pubblicazione de “Decreto Gelli” sugli aspetti medico-legali di tutte le attività medico-chirurgiche. Sempre in quest'ottica, ampio spazio sarà dedicato a come deospedalizzare le terapie dialitiche favorendo l'implementazione della emodialisi domiciliare e rilanciando la dialisi peritoneale. Il Congresso 2019 ha inoltre l'obiettivo di guardare oltre i confini della Nefrologia per favorire la multidisciplinarietà, caratteristica vincente nella cura dei pazienti di età avanzata, fragili e con



molteplici comorbidità che oggi sempre di più affollano le corsie degli Ospedali. La prima giornata sarà interamente dedicata al primo convegno nazionale congiunto con la Società Italiana di Diabetologia volto ad ottimizzare la collaborazione Nefrologo-Diabetologo in tutte le fasi della malattia renale diabetica, patologia complessa e ad alto rischio in forte crescita in tutto il mondo. Le voci extra-nefrologiche si sentiranno anche nei giorni successivi in Tavole Rotonde e Letture. Grande spazio sarà infine dedicato all'aggiornamento clinico-pratico dei Nefrologi giovani (ma anche “meno giovani”) con la realizzazione di stazioni permanenti durante tutta la durata del congresso per la formazione pratica a piccoli gruppi e su prenotazione. Un programma quindi innovativo e ambizioso, alla cui stesura hanno dato un contributo essenziale i Gruppi di Progetto e i giovani Nefrologi della Sin.

* Responsabile Scientifico 60° Congresso SIN 2019

** Segretario SIN

*** Presidente SIN

Tecnologia in sanità

L'hub del Lazio è sul litorale romano

La Asl Roma 3 ha avviato un programma avanzato di strumenti per comunicare e monitorare. Ne abbiamo parlato con il direttore generale, Vitaliano De Salazar.

di Elisabetta Gramolini

Non solo telemedicina. Alla Asl Roma 3 si fa sul serio sul piano dell'avanzamento tecnologico. C'è l'app che informa i familiari sulle tappe seguite in pronto soccorso da chi è ricoverato. C'è la piattaforma che raccoglie i parametri biochimici e fa "parlare" fra loro anche software diversi per monitorare le terapie. E infine c'è la spinta sull'acceleratore della conoscenza e della prevenzione degli incidenti sul lavoro. Chi ne trae vantaggio non è solo l'azienda, come sottolinea nell'intervista il direttore generale, Vitaliano De Salazar, ma i pazienti che percepiscono «la vicinanza superando la logica di servizi to cure per approdare alla logica to care».



Vitaliano De Salazar

Direttore, si parla di telemedicina da anni, ma vi sono vari modelli, piattaforme e tecnologie. La Asl Roma 3 si è recentemente dotata di una piattaforma di telemedicina, si tratta per voi di una innovazione o di una semplice dotazione tecnologica?

La sanità sta subendo, in tutto il cosiddetto Vecchio Continente, l'impatto di due grossi fenomeni demografici e socio-politici: l'invecchiamento della popolazione e i cambiamenti economici e sociali derivanti dalla globalizzazione. Questi fenomeni richiedono prontissime risposte per evitare che la gestione

della salute della popolazione diventi economicamente insostenibile anche perché oltre al numero delle prestazioni cresce anche la complessità delle stesse. La telemedicina permette di condividere risorse per loro natura ridotte, o di condividerle in un ambito territoriale ampio e a scarsa domanda, utilizzando i processi di digitalizzazione e i sistemi di Information and Communications Technology (Ict). La Asl Roma 3 ha colto un'occasione, ovvero un finanziamento della Regione Lazio dato per progettare dei sistemi di telemedicina, volta ai pazienti cardiologici e polipatologici in assistenza

domiciliare. La vision della Asl Roma 3 è stata più ampia perché, tenendo conto della propria estensione territoriale (517 kmq) e volendo creare una rete di servizi aziendali per tutta la popolazione assistita, soprattutto quella più fragile, ha realizzato una integrazione ospedale-territorio, costruita su misura dei bisogni dei cittadini, includendo tutti i pazienti affetti da patologie croniche ovvero diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco e bronchite cronica ostruttiva ma anche le malattie neurologiche degenerative. Questi cittadini risultano infatti grandi user del pronto soccorso, laddove presentano condizioni di peggioramento o mutamen-

to del compenso delle proprie patologie: un monitoraggio continuo ed ancora un precoce intervento, da un lato, offre ai cittadini una globale presa in carico e presenza del sistema e degli specialisti e, dall'altra, azioni correttive che evitano la necessità di ricorrere al pronto soccorso. I modelli di telemedicina infatti hanno sempre trovato una propria progettazione per patologia. Grande sviluppo lo ha avuto in campo cardiologico in quanto gli strumenti impiantabili utilizzano le tecnologie Ict per la comunicazione dei dati rilevati e di funzionalità del device stesso. Utilizzando questo assunto tecnologico, la Asl Roma 3 ha progettato una piattaforma che in primo luogo possa parlare con tutti i device cardiologici senza dover usare esclusivamente i software delle case produttrici (elemento ad oggi estremamente innovativo che rende unica la piattaforma) e poi ha messo in rete di trasmissione i dati di altri device, quali i rilevatori della glicemia, della pressione arteriosa, dell'ossigenazione dei pazienti. Questi dati rilevati in continuo permettono di tenere in controllo telemetrico i pazienti con patologie croniche per evidenziare precocemente gli elementi di modifica del compenso metabolico, emodinamico e respiratorio e di intervenire precocemente a domicilio. La vision della Asl Roma 3 ha comportato quindi non l'acquisizione di una tecnologia nota ma il design di uno strumento gestionale di ehealth in un'ottica di azienda 3.0.

Si tratta di uno strumento esportabile?

Assolutamente sì perché è stato costruito sul modello assistenziale del chronic disease e quindi sulla globale presa in carico così come richiesto dal Piano delle cronicità e dai Patti della salute che oggi rappresentano gli elementi caratterizzanti di tutti i sistemi sanitari regionali.

Quali sono i primi risultati attesi dalla piattaforma progettata dalla Asl Roma 3?

Per prima cosa registriamo una riduzione degli accessi in emergenza dei pazienti con scompenso cardiaco, diabete e broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO). L'analisi dei primi dati del 2019 rispetto all'anno precedente mettono in evidenza un trend che, se confermato, a dicembre 2019 dovrebbe ridurre del 30% gli accessi ospedalieri e ambulatoriali di tutti i pazienti che devono rinnovare i piani terapeutici attraverso il teleconsulto e il governo dei dati storici monitorati. Questo permette all'azienda di poter ottimizzare le attività ambulatoriali migliorando i tempi di attesa per altre prestazioni. Inoltre il contatto quotidiano tramite App o videochiamata consente al paziente di percepire la vicinanza dell'azienda e degli specialisti superando la logica di servizi to cure e approdare alla logica to care.

Vi sono altri campi di applicazione in via di sviluppo in tema di telemedicina?

Sì. La Asl Roma 3 avendo standardizzato un modello per il telecontrollo del diabete e della ipertensione sta sviluppando un progetto asso-





lutamente innovativo di telecontrollo delle donne in gravidanza ad alto rischio ostetrico tramite la piattaforma e un sistema di gestione delle informazioni per la donna a basso rischio ostetrico. Per questi progetti, è in atto un protocollo di intesa con l'ordine delle ostetriche di Roma. La Asl sta inoltre implementando un sistema di monitoraggio per gli anziani a rischio di caduta in ambiente domestico e un sistema di monitoraggio per i pazienti affetti da Sla. Questi progetti dovrebbero migliorare la qualità percepita dell'assistenza erogata.

L'attenzione della Asl è solo sulla telemedicina?

No, l'azienda è molto attenta alle innovazioni e alle azioni di empowerment dei propri interlocutori. Ha sviluppato un'App in corso di implementazione per informare i familiari dei pazienti in attesa al pronto soccorso dell'iter del loro caro. Siamo infatti convinti che una costante informazione possa ridurre episodi di violenza contro gli operatori. Altro strumento di comunicazione è lo sportello per le imprese ai fini della sicurezza dei lavoratori al fine di aumentare la consapevolezza e le conoscenze di datori di lavoro e di lavoratori in tema di safety e security. Lo sportello è in-

serito nell'ambito del progetto "L'informazione che salva la vita - sportello informatizzato per le imprese", aperto dal mese di marzo, e rappresenta una innovazione importante nella prevenzione degli infortuni e delle morti sul lavoro. L'intento è di superare i semplici compiti assegnati alle istituzioni, cercando di costruire un rapporto continuo e costante con le imprese. Nel primo trimestre di attività sono giunte 70 richieste da parte di datori di lavoro, di rappresentanti dei lavoratori, di tecnici della prevenzione che hanno trovato prontamente risposta.

Contestualmente sono state contattate per incontri informativi le associazioni di categorie più rappresentative del territorio quali Ascom, Cna; Coldiretti, Cooperativa Romana Allevatori, Aloa, Ader Aereoporto di Fiumicino e altre società impegnate nella sicurezza sul lavoro ed operanti sul territorio. A fronte di tale coinvolgimento sono stati organizzati ad oggi due incontri, uno per la Coldiretti con il coinvolgimento di 40 agricoltori e uno per la Cooperativa di Allevatore Bestiame Testa di Lepre. Gli incontri sono stati finalizzati a fornire chiarimenti relativi alla normativa e agli obblighi previsti, così come stabilito dai Piani regionali per la Prevenzione.

Il progetto dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Hta nella medicina di laboratorio

Le attività di valutazione, coordinate dal Servizio di Hta, sono state condotte mediante il metodo Decision-oriented Health Technology Assessment (DoHTA), procedura che prevede l'integrazione dell'EUnetHTA CoreModel con il metodo matematico dell'Analytic Hierarchy Process.

di Mattero Ritrovato*, Francesco Faggiano, Liliana De Vivo***, Ottavia Porzio******

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Opbg), Irccs privato di Roma e più grande Policlinico e Centro di ricerca pediatrico in Europa, ha dovuto far fronte all'esigenza, divenuta ormai improcrastinabile, di realizzare un nuovo Laboratorio Analisi.

Il Progetto, durato circa tre anni col coordinamento dell'Ingegneria Clinica, ha visto la partecipazione di numerosi professionisti dell'ospedale ed è stato strutturato in diverse fasi definite in relazione all'analisi delle esigenze cliniche, alla definizione delle specifiche tecniche, all'individuazione di criteri di valutazione degli aspetti tecnologici ed organizzativi e dei lavori di adeguamento dei locali, alla scelta e affidamento delle attività al partner aziendale biomedicale, alla programmazione del trasferimento, al collaudo e avvio delle attività.

Il passo iniziale è stato orientato all'individuazione di un partner aziendale al quale affidare la riorganizzazione dei flussi operativi, la completa progettazione degli spazi, la realizzazione dei locali, la fornitura di parte delle tecnologie con riferimento ad un sistema ad elevata automazione definito *CoreLab* e del materiale di consumo necessario al loro utilizzo per un periodo di 5 anni. Si è proceduto, così a selezionare ed invitare le aziende considerate leader indiscusse del settore diagnostico che potessero fornire un servizio in linea con gli standard qualitativi di Opbg. Sono stati condivisi e definiti tutti i dati (con particolare riferimento a numero e tipologia degli esami da ese-

guire) necessari per una valutazione puntuale, richiedendo che si provvedesse ad un'analisi dettagliata dei flussi d'ingresso dei campioni e delle successive fasi (accettazione, preparazione, analisi, validazione dei risultati, fino al rilascio dei referti) e che la progettazione degli spazi e delle attività fosse basata su criteri di ottimizzazione, automazione, sicurezza e qualità. Ciò anche con l'obiettivo di un impiego adeguato del personale di laboratorio, atto a valorizzarne al massimo la professionalità, e dell'ottimizzazione del *workflow* grazie all'impiego delle più recenti e innovative tecnologie a disposizione, sinergicamente collegate al sistema informativo di laboratorio. Per quanto riguarda le apparecchiature, è stata chiesta l'installazione di una stazione di pre-analitica *stand alone* e di un sistema di automazione per urgenza e routine (*CoreLab*) in *open space* per le linee analitiche di Chimica Clinica, Farmaci, Immunochimica/endocrinologia, Marcatori Cardiaci e Tumoriali, Sierologia infettiva con conseguente fornitura per il periodo indicato di tutto il materiale di consumo necessario.

Le ditte individuate sono state invitate a

* Segretario Comitato Tecnico Scientifico SIHTA;
Servizio HTA

** Servizio di HTA,

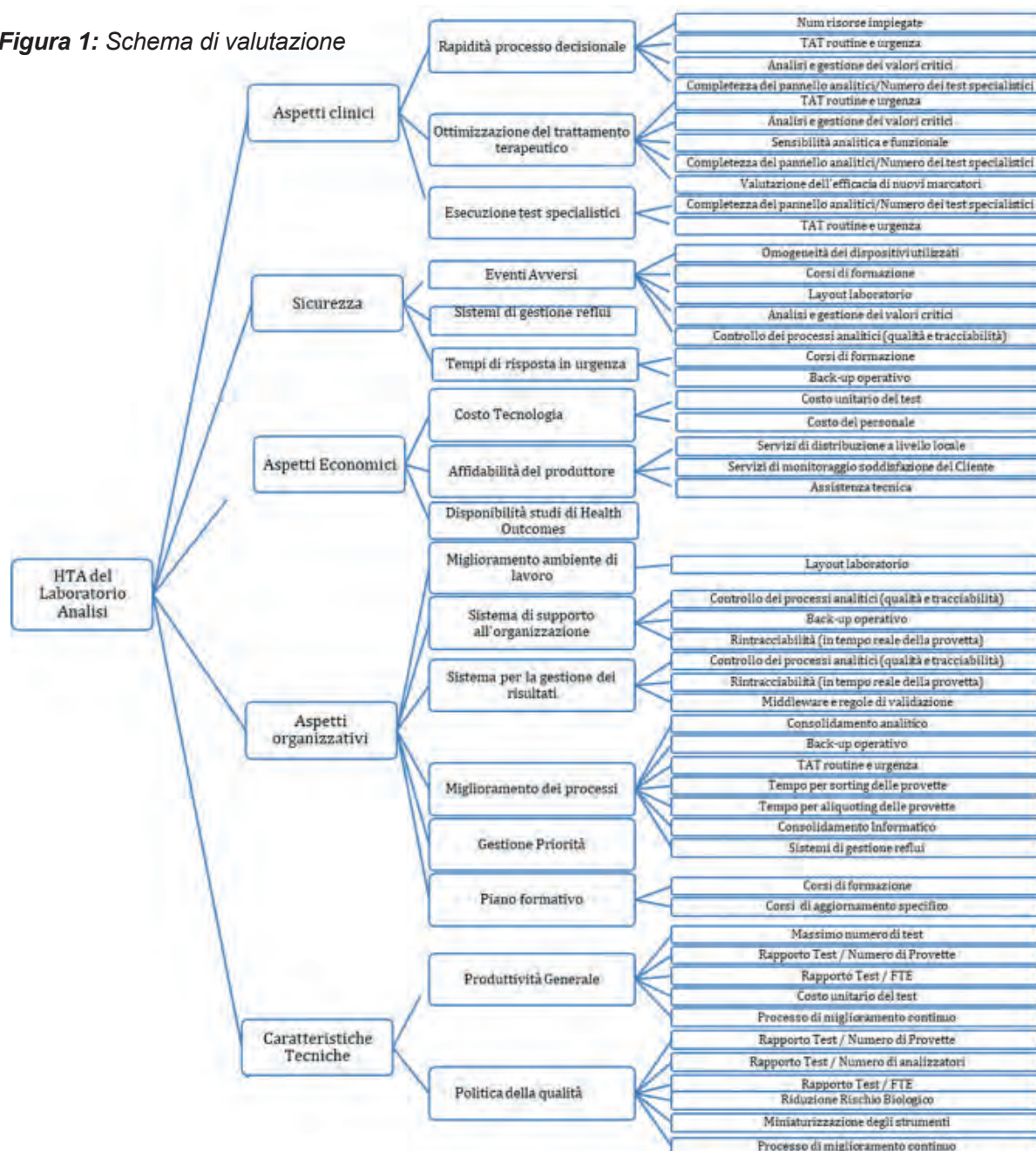
*** socio SIHTA; Servizio HTA

**** Funzione Ingegneria Clinica,

UOC Laboratorio Analisi.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Figura 1: Schema di valutazione



presentare un progetto suddiviso in due lotti, il primo relativo ai lavori di adeguamento dei locali (progettazione ed esecuzione integrale dei lavori) ed il secondo specifico per le tecnologie e le soluzioni organizzative del *CoreLab* del Laboratorio.

Il processo di Health Technology Assessment (Hta) ha riguardato quest'ultimo lotto: le attività di valutazione, coordinate dal Servizio di Hta, sono state condotte mediante il metodo Decision-oriented Health Technology Assessment (DoHTA), procedura che prevede l'integrazione dell'EU-netHTA CoreModel con il metodo matematico dell'Analytic Hierarchy Process. Una volta illustrato tale metodo a tutto il Gruppo di lavoro (28 professionisti afferenti a diverse aree dell'ospedale) è stato elaborato e validato lo schema di valutazione (albero

decisionale) composto da 5 Aree di valutazione (Aspetti clinici, Sicurezza, Aspetti Economici, Aspetti organizzativi, Caratteristiche Tecniche), 17 Indicatori di I livello e n. 30 Indicatori di II livello.

Una volta definito il sistema di pesi, le Direzioni/Funzioni aziendali (cfr Laboratorio Analisi, Direzione Sanitaria, Ingegneria Clinica, Sistemi Informativi, Servizio Prevenzione e Protezione, Approvvigionamenti) hanno effettuato le valutazioni delle offerte, specificatamente per gli aspetti di propria competenza. L'elaborazione delle valutazioni ha evidenziato una performance leggermente superiore della ditta 1 (92,41%) rispetto alla ditta 2 (89,94%), a conferma dell'alto livello tecnologico e della qualità delle alternative considerate.

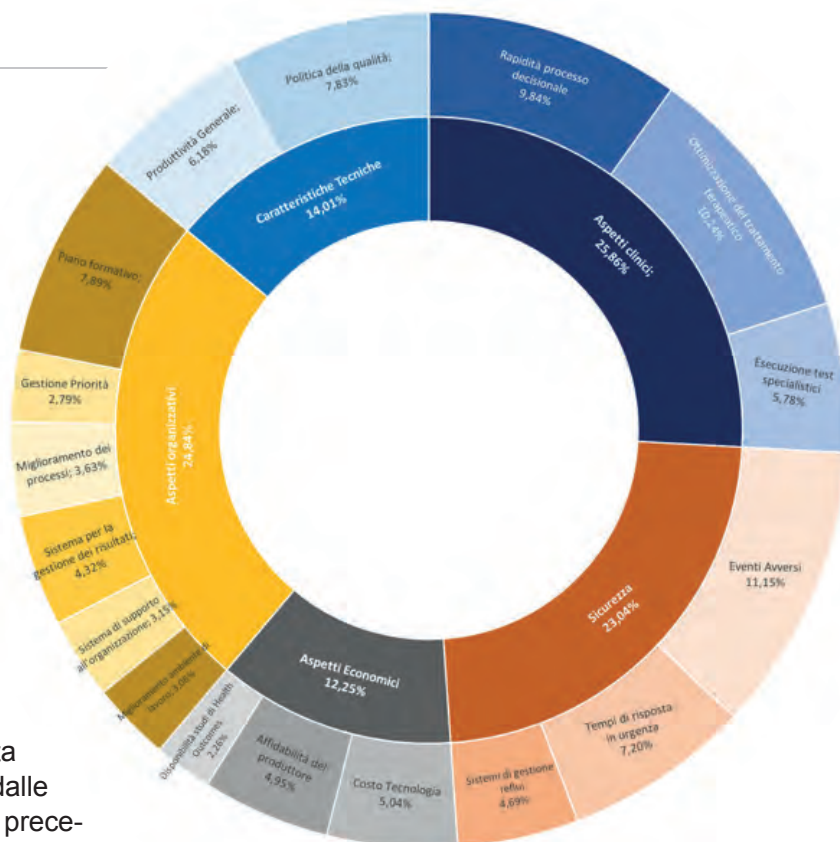
Sono stati, inoltre, calcolati il *Costo per*

Figura 2: Sistema di pesi

Punto, cioè il valore economico relativo alla sola parte di punteggio riguardante la qualità (cfr clinica/tecnica/organizzativa/di sicurezza) e il *Rapporto differenziale* (cfr delta costo/delta punteggio): in entrambi i casi l'offerta della ditta 1 è risultata migliore.

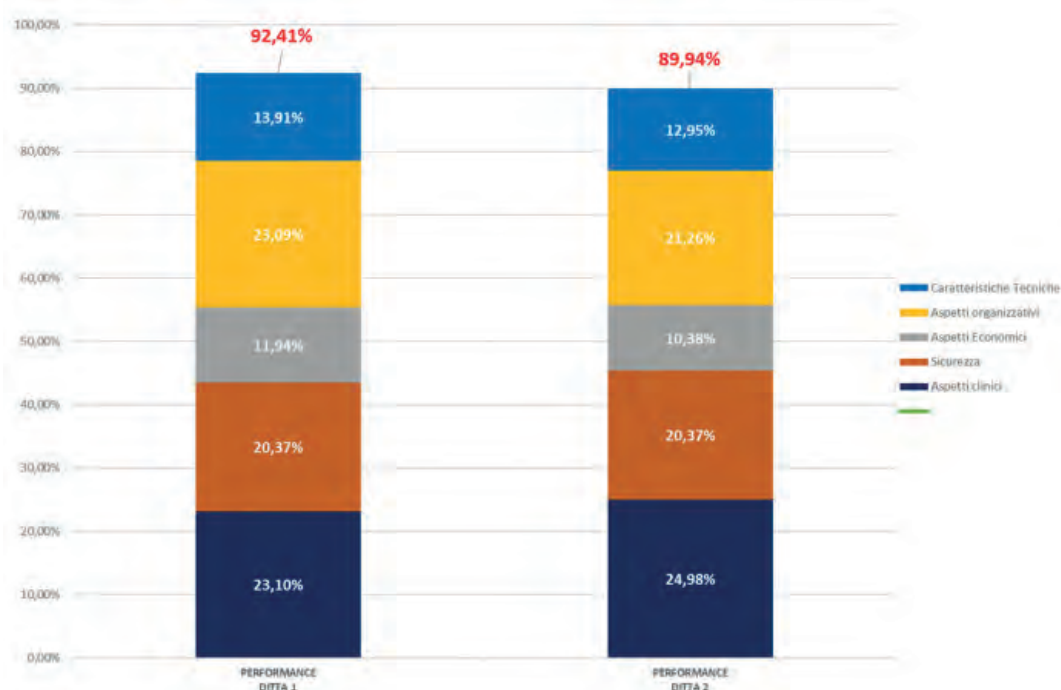
Considerando tali risultati e integrando la valutazione del primo lotto, si è giunti alla scelta definitiva della ditta n.1.

Il progetto di Hta ha permesso di valutare in maniera approfondita e dettagliata le soluzioni proposte dalle ditte partecipanti e, così come per i precedenti progetti di Hta dell'Opbg, ha permesso di supportare efficacemente, attraverso i dati e le informazioni prodotte e sintetizzate nella *Raccomandazione DoHTA*, il *top management* aziendale nello sviluppo di una piena consapevolezza del "quesito tecnologico e organizzativo" e, di conseguenza, di un ponderato processo decisionale. Infine, il *DoHTA* ha consentito la condivisione del percorso valutativo con tutti i professionisti coinvolti attivamente nel progetto e di addivenire ad una valutazione globale e condivisa del valore della tecnologia in esame



in modo strutturato e trasparente. In considerazione della flessibilità nel soddisfare esigenze valutative differenti e immediata adattabilità in diversi contesti, le tecniche di supporto decisionale come il *DoHTA* potrebbero certamente essere impiegate con successo non solo in ambito aziendale ma anche a livello regionale/centrale come già avviene, peraltro, in alcune regioni italiane.

Figura 3: Valutazione delle performance



Si parla tanto di telemedicina ma ci sono dei progetti già attivati a livello europeo nel settore dell'oculistica in cui io lavoro?

(Mariella Bureno)

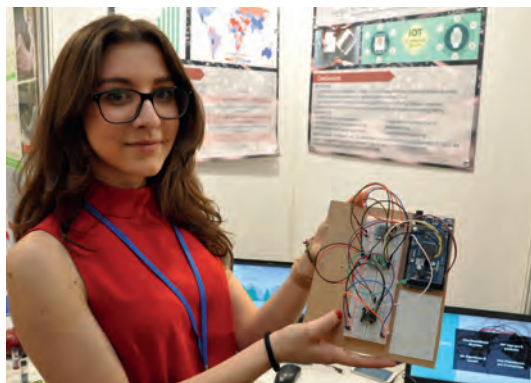
• Sì. Se ne è parlato di recente si al Congresso della associazione Goal degli oculisti ambulatoriali. «La telemedicina applicata all'oculistica, denominata teleoculistica - dice Danilo Mazzacane, segretario generale della Società scientifica degli oculisti ambulatoriali, «ha avuto uno sviluppo più tardivo rispetto ad altre branche della medicina, a causa delle scoperte relativamente più recenti dei meccanismi fisiopatologici dell'occhio in generale e della retina in particolare. Tra le tecniche più sofisticate ed utilizzate di diagnostica per immagini specifiche per la retina, c'è l'osservazione del fondo oculare, l'angiografia con fluoresceina o con verde indocianina e la tomografia a coerenza ottica. Sia al nostro congresso che alla manifestazione internazionale Retina in progress abbiamo evidenziato come ci debba essere un legame tra umanizzazione e innovazione per mettere sempre al centro il paziente». Con Esaso (European School for Advanced Studies in Ophthalmology) è iniziata una collaborazione con Goal per corsi di formazione e di aggiornamento professionale. Inoltre alcuni esperti di Goal hanno anche realizzato delle app innovative per singole patologie. Di interesse l'efficacia della

telemedicina nello screening dei pazienti affetti da retinopatia diabetica. Lo screening tele-retinico iniziale è stato comparato a quello effettuato mediante visite mediche classiche sfruttando criteri standard quali l'Etdrs (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) e si è dimostrato anch'esso estremamente accurato, con sensibilità superiore all'80% e con specificità superiore al 90 per cento.

Ho sentito parlare del progetto OnMind per la depressione di cosa si tratta?

(Alberto Primiti)

• Il progetto "OnMind" è un sistema di monitoraggio e supporto per depressione e bipolarismo stagionale realizzato dalla studentessa Elisa Seghetti e premiato dalla Commissione europea a Milano tra i progetti migliori. La studentessa parteciperà alla finale europea del concorso "I giovani e le scienze - 31° Eucys" dell'Unione europea per i giovani scienziati. Si svolge ogni anno e i giovani di età compresa tra i 15 e i 21 anni possono vincere premi in denaro sino a settemila euro, borse di studio e soggiorni studio. La finale 2019 è prevista a Sofia in Bulgaria dal 13 al 18 settembre 2019. Il nuovo bando del concorso selezione italiana 2020 "I giovani e le scienze 2020" è già scaricabile dal sito della Federazione nazionale delle associazioni scientifiche e tecniche. La depressione è stimata dall'Organizzazione mondiale della sanità la seconda causa di invalidità nel 2020. OnMind è un progetto finalizzato al supporto delle cure psicofarmaceutiche e terapeutiche per le persone affette da depressione e bipolarismo stagionale che si basa sull'analisi dell'interazione tra fattori ambientali e fisiologici correlati a queste patologie per un'azione attiva del paziente congiunta alla guida del terapeuta. Mira ad aumentare l'efficacia del trattamento potenziando il rapporto interpersonale e fornendo al medico un'immagine organica del paziente e della patologia, attraverso l'interpretazione dei dati raccolti passivamente. Il sistema si compone di un wearable indossato dal paziente, un'app mobile e una piattaforma desktop dedicata al terapeuta. Il prototipo è formato da un insieme di sensori, un microcontrollore con Bluetooth connesso in Cloud sfruttando uno Smartphone come gateway.



Elisa Seghetti, ideatrice del Progetto OnMind, premiato dalla Commissione europea

Sono un medico per favore tre miei pazienti hanno la malattia Charcot-Marie-Tooth, ci sono dei nuovi studi internazionali che possano dare qualche nuovo passo avanti per la cura?

(Lucia Guvarso)

• Sono stati pubblicati di recente sulla prestigiosa rivista *Annals of Neurology* i risultati di una ricerca internazionale coordinata da Alessandra Bolino, responsabile dell'Unità di Neuropatie periferiche umane dell'Irccs Ospedale San Raffaele, e Davide Pareyson, responsabile del Dipartimento funzionale delle Malattie neurologiche rare della Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano. Lo studio ha coinvolto 50 pazienti provenienti da 18 centri di riferimento in tutto il mondo. Gli esiti della ricerca hanno permesso di definire meglio le caratteristiche cliniche e genetiche di alcune tra le varianti più aggressive della malattia Charcot-Marie-Tooth (Cmt). I risultati ottenuti sono quindi molto importanti in previsione di trial clinici futuri in quanto permetteranno di identificare parametri utili per monitorare l'efficacia dei trattamenti terapeutici. «Oltre ad essere soddisfatti per l'esito della ricerca, lo siamo soprattutto perché questo studio mostra come, attraverso collaborazioni scientifiche e creazioni di network internazionali, si possano ottenere dati importanti a beneficio di pazienti affetti da forme molto rare di malattie genetiche» affermano i coordinatori dello studio Alessandra Bolino e Davide Pareyson. Gli autori si sono focalizzati su tre sottotipi molto rari della forma demielinizante di Cmt (4B1, B2, B3). In particolare, hanno raccolto e correlato i dati clinici e genetici di 50 pazienti provenienti da 18 centri di riferimento di quattro diversi continenti (America, Europa, Africa e Asia) al fine di valutare se e come differenti tipi di mutazioni nello stesso gene possano influenzare la gravità e la progressione della sintomatologia clinica, ricostruendo la storia naturale di queste malattie.

Si parla tanto di salute grazie alla natura, alle erbe, alle piante anche esotiche, ma ci sono dei progetti e delle normative europee su questo ambito?

(Francesco Di Giacomo)

• Sì. Intanto la Commissione europea monitora l'elenco delle specie esotiche invasive quali ad es. il giacinto d'acqua (*Eichornia crassipes*) del Sud, che rappresentano un problema grave e in continua crescita su tutto il territorio dell'Unione europea e sono una delle principali cause della perdita di biodiversità, con un costo sociale ed economico per l'economia europea di oltre 12 miliardi di euro l'anno. Poi le segnalò il protocollo di Nagoya che è un accordo internazionale sull'accesso alle risorse genetiche (quali nuovi potenziali farmaci che potrebbero celarsi nel DNA di un vegetale) e sulla ripartizione giusta ed equa dei benefici derivanti dal loro utilizzo. Il Consiglio europeo ha adottato misure legislative di attuazione di tale accordo e ha concesso l'autorizzazione formale alla ratifica dello stesso da parte dell'Ue. Per quanto concerne i progetti, ci sono i brevetti europei a tutelarli. Ad esempio Ambrafarm ha ben due brevetti europei per due piante ibridate da loro la Catambra in cui hanno potenziato le proprietà repellenti contro le zanzare e il GinPent potenziato come principi attivi da cui realizzano degli integratori alimentari e utili per la salute e contro le infiammazioni che sono distribuiti sia in farmacia che in erboristeria. Il GinPent è una pianta originaria del Giappone per il quale ci sono voluti dieci lunghi anni prima che la pianta si abituasse a sopravvivere agli inverni del nord Italia. La pianta è stata successivamente mandata in Germania per 3 anni in modo che venissero effettuati tutti i controlli per avere il brevetto europeo, ottenuto con successo nel 1998. Solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione dalla Comunità Europea si è cominciati a produrre capsule, compresse, creme, ed altri prodotti naturali per il benessere del corpo.

Questa rubrica è un servizio a domanda e risposta nonché di segnalazione sui bandi e le opportunità europee nel settore della sanità.

Risponde Cinzia Boschiero:
ciziaboschiero@gmail.com

Disabilità e barriere architettoniche

La legge italiana ha una visione superata

Un testo che tenga conto dell'evoluzione del concetto di accessibilità – quindi non più legato alla persona con handicap come nel 1989, ma rivolto all'Universal Design – probabilmente spingerebbe i tecnici ad avvicinarsi di più alla progettazione per tutti.

di Giuseppe Trieste*

Fiaba Onlus si propone di abbattere tutte le barriere, da quelle architettoniche a quelle culturali, che precludono la possibilità di godere e vivere l'ambiente in tutte le sue forme. Per questo promuove la fruibilità universale e la progettazione di ambienti totalmente accessibili secondo i principi della Total Quality e dell'Universal Design, la "progettazione per tutti", finalizzata all'inclusione sociale e all'uguaglianza nel rispetto della diversità umana, attenta ai bisogni, alle esigenze e ai desideri delle persone. Non esistono gruppi di persone con caratteristiche da catalogare ma esiste la "persona" con tutte le sue qualità e peculiarità. La disabilità non è il problema di una minoranza né l'unico ostacolo che una persona incontra nel corso della propria vita. L'accessibilità, uno dei principi su cui è imperniata la Convenzione Internazionale dei diritti delle persone

con disabilità recepita nel nostro ordinamento nel marzo 2009, è definita come la caratteristica di un servizio, di una risorsa di essere fruita con facilità da un'utenza ampliata. Uno spazio urbano in grado di rendere facilmente fruibili le proprie risorse e servizi a un'utenza ampliata garantisce un alto grado di qualità della vita. L'accessibilità è, per sua natura, multi-vocazionale e produce l'innalzamento dei livelli di riferimento qualitativi per molte parti interessate, rivolgendosi a persone in tutti gli stadi della vita, a persone con disabilità di lunga durata o temporanee, visibili o nascoste, ad amici e familiari di persone con disabilità. Da tempo ormai si è superato il concetto di handicap e, attraverso la dicotomia tra disabile e normodotato, si è approdati al concetto di persona con mobilità ridotta. Con questo termine si intende un bacino di fruitori estremamente eterogeneo, dalle persone con disabilità motoria o sensitiva a coloro che portano bagagli, dagli anziani ai bambini, dalle donne in gravidanza a coloro che hanno problemi di comunicazione. Ambienti più accessibili e confortevoli possono giovare quindi a tutte queste categorie di persone.

In Italia si stima che le persone con disabilità siano circa 4,3 milioni. Nel nostro Paese, inoltre, è in atto anche un forte cambiamento demografico: secondo gli ultimi

* Presidente FIABA Onlus



dati Istat (2017), sono 13,5 milioni gli italiani che hanno più di 65 anni, mentre gli ultraottantenni sono 4,1 milioni; gli ultracentenari ammontano addirittura a 17.000. Questi numeri rivelano la necessità per le nostre città di essere al passo con i tempi, garantendo il rispetto della diversità umana: non si tratta di progettare esclusivamente per la disabilità, ma occorre pensare alla persona in quanto tale, ponendo attenzione ai bisogni di tutti.

La normativa italiana in tema di abbattimento barriere architettoniche affronta il tema con la massima specificità, tanto da essere un esempio positivo per approfondimento e meticolosità. Di contro, la grande frammentazione rende difficoltosa la consultazione delle fonti ai non esperti, che devono districarsi tra normative nazionali, regionali e comunali che trattano in maniera parziale il tema, talvolta con antinomie e sovrapposizione legislative. La legge 13/89 “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati” e corollario è stata sicuramente innovativa e, sebbene sia nata con le migliori intenzioni, non ha prodotto gli effetti sperati. Infatti, l’applicazione puntuale di quanto previsto per legge non è sufficiente a rendere un luogo effettivamente fruibile e confortevole per tutti. Con tale legge si istituiva anche un Fondo speciale per i rimborsi di opere di abbattimento di barriere architettoniche in ambito privato. Il problema principale che si riscontra ancora oggi è la mancata erogazione dei contributi alle richieste presentate. Inoltre, la legge rimane legata ad una visione della disabilità ormai superata. Da tempo si parla di persona a ridotta mobilità con una visione più globale verso le esigenze di tutti, superando le attuali divisioni e incoerenze, e rispondendo alla sempre più crescente richiesta della società di inclusione, non più solo di integrazione.

Necessaria una revisione delle norme

Sarebbe auspicabile, quindi, una revisione dell’intero corpus normativo che produca un testo unico di più facile consultazione e più al passo con i tempi. Infatti, un testo che tenga conto dell’evoluzione del concetto di accessibilità – quindi non più legato

alla persona con handicap come nel 1989, ma rivolto all’Universal Design – probabilmente spingerebbe i tecnici ad avvicinarsi di più alla progettazione per tutti. Fiaba Onlus, in collaborazione con il Consiglio Nazionale dei Geometri e Geometri Laureati (Cngegl) e l’Ente Italiano di Normazione (Uni), ha redatto la prassi di riferimento Uni/PdR 24:2016 “Abbattimento barriere architettoniche-Linee guida per la riprogettazione del costruito in ottica universal design”. La prassi illustra le modalità di un approccio metodologico fondato sul concetto di accessibilità per tutti che si basa sull’analisi del contesto, sulla metodica per il rilevamento delle criticità (compresi i criteri per l’individuazione delle barriere architettoniche e sensoriali) e sull’analisi delle scelte progettuali dei possibili interventi di abbattimento delle barriere architettoniche. Il documento traccia una procedura metodologica replicabile in tutti gli interventi di accessibilità del costruito, partendo dalla rilevazione delle barriere esistenti e arrivando alle soluzioni tecniche adottabili, passando per i riferimenti legislativi di normazione volontaria e/o buone pratiche messi in atto.

La qualità totale

La redazione e pubblicazione della PdR/UNI 24:2016 si inserisce all’interno di una serie di iniziative promosse da Fiaba al fine di diffondere la Total Quality - Qualità Totale, un concetto ampio che abbraccia tutti gli ambiti e che ha come obiettivo quello di raggiungere il quanto più possibile una vivibilità per tutti senza nessuna distinzione, ma soprattutto senza privilegiare determinate categorie. La qualità della vita è un intreccio tra qualità dell’ambiente, degli spazi architettonici, delle condizioni economiche, di benessere e di coesione sociale. Quando una città ha una buona qualità di vita, significa che la maggioranza della sua popolazione può fruire di una serie di vantaggi politici, economici e sociali che le permettono di sviluppare le proprie potenzialità umane e condurre una vita relativamente serena e soddisfatta. A tutti deve essere consentito di vivere l’ambiente in modo confortevole e sicuro. E ognuno, per raggiungere la qualità totale, ha la responsabilità di operare per migliorare lo status quo.

Campania

Pediatria, azzerati i tempi di attesa con Cosped

Il vice presidente nazionale Fimp Antonio D'Avino: «Grazie a questo progetto i piccoli pazienti e i cittadini hanno potuto trovare non solo una risposta specialistica sul territorio ma soprattutto la soluzione "abituale", offerta dai loro stessi pediatri di famiglia».

Ben 3.800 visite nei presidi di Napoli e provincia che, grazie ai pediatri di libera scelta, hanno garantito la continuità assistenziale delle cure primarie pediatriche nelle giornate festive e prefestive tra il 20 aprile e il 1 maggio. È partito da questo successo il 19esimo congresso della Fimp Napoli, svoltosi recentemente a Sorrento. I dati sull'assistenza sono quelli del progetto pilota Cosped, voluto dalla Regione Campania e realizzato grazie al supporto e all'adesione della Fimp e delle Asl campane. «L'obiettivo – ricorda il vice presidente nazionale Fimp Antonio D'Avino – è stato sin dal primo momento quello di garantire la continuità dell'assistenza specialistica ai bambini e agli adolescenti campani nel periodo delle vacanze di Pasqua, lasso di tempo tra i più a rischio per il maggior carico di lavoro per le strutture sanitarie ospedaliere. Grazie a questo progetto i piccoli pazienti e i cittadini hanno potuto trovare non solo una risposta specialistica sul territorio, considerato che sono stati coinvolti nel progetto anche i giovani colleghi in attesa di occupazione presenti nella graduatoria regionale, ma soprattutto la

soluzione "abituale", offerta dai loro stessi pediatri di famiglia». Valore aggiunto del progetto, per il quale ora si punta ad una operatività ordinaria e non più straordinaria, è stata la capillarità dei presidi distrettuali, che si trovano su tutto il territorio provinciale. E solo in virtù del rapporto di fiducia tra pediatra delle cure primarie e famiglia si è potuta offrire una disponibilità e una prossimità delle cure che nessun pronto soccorso potrà mai garantire. Grazie al progetto Cosped si sono azzerati i tempi di attesa della risposta ai bisogni sanitari, potenziando di fatto la rete delle cure primarie. Portato a regime, come già avvenuto in altre realtà regionali, il progetto determinerà nel tempo la riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso e potrà servire anche a diminuire drasticamente i costi a carico del servizio sanitario pubblico. «I medici della continuità assistenziale, con i quali c'è stata grande collaborazione, potranno in questo modo inviare a noi pediatri i piccoli pazienti che hanno bisogno di una valutazione di secondo livello – conclude D'Avino – e, nel caso dell'esigenza di un ricovero, si dovrà prevedere un percorso preferenziale. Proprio per consentire una risposta adeguata da parte del territorio sarà necessario dotare i presidi delle strumentazioni e degli ausili necessari a fare diagnosi rapide, con lo scopo di iniziare e concludere il percorso di cura nella sede territoriale».

Portato a regime, come già avvenuto in altre realtà regionali, il progetto determinerà nel tempo la riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso e potrà servire anche a diminuire drasticamente i costi a carico del servizio sanitario pubblico.



Lazio

Partecipazione civica, ecco perché ci interessa

La partecipazione è un tesoro inestimabile che deve essere messo a frutto e che non può mai diventare merce di scambio per rendite di posizione.

di Elio Rosati*

L'azione delle organizzazioni civiche si sostanzia in un campo più vasto e spesso più complesso che è quello della democrazia partecipativa che ha sue regole, intralci e resistenze. Nello specifico l'azione di Cittadinanzattiva intende ribadire, rilanciare e immaginare una modalità di governo del Servizio Sanitario Nazionale centrato sulla cura del bene comune salute. Gli esempi di partecipazione civica in sanità sono ormai tantissimi: si va dalla promozione di norme nazionali (la Legge 38/2010 sulla terapia del dolore ad esempio), regionali; di Protocolli di azione tra PA e organizzazioni civiche; di monitoraggio civici sulla qualità dei servizi sanitari per il miglioramento degli stessi (Audit civico...); di progetti volti a far emergere le criticità per individuare insieme e non contro le PA una soluzione valida per tutti e replicabile in altri contesti. La sanità è migliore se partecipata. Produrre decisioni condivise, infatti, consente di arrivare a soluzioni che rispondono ai bisogni reali dei cittadini con importanti risparmi anche per le risorse pubbliche. È quanto emerso nell'evento "Partecipazione in sanità: il ruolo di pazienti e cittadini nel Lazio" realizzato recentemente a Roma da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato. Quando il Lazio, solo per fare un esempio, ha costituito nel 2011 la Commissione di vigilanza sul sistema emodialisi, che coinvolge nella regione 5mila pazienti, si sono ottenuti risultati importanti che hanno migliorato la qualità dell'assistenza ai pazienti con insufficienza renale cronica. Le azioni che, grazie anche all'apporto e al contributo del Coordinamento Regionale delle Associazioni di Malati Cronici e rari del Lazio (Cramc Lazio) hanno permesso

l'avvio di una interlocuzione con l'Assessorato alla Salute della Regione Lazio su questioni centrali per il futuro del sistema sociosanitario regionale.

Su questo specifico aspetto le richieste che si stanno elaborando hanno come principali obiettivi di breve periodo:

- 1 La realizzazione dell'Area dedicata ai diritti del malato presso l'Assessorato alla Salute della Regione Lazio;
- 2 La mappatura dei Tavoli e Commissioni presenti in Regione con l'idea di aprire alla partecipazione effettiva delle associazioni dei pazienti e dei cittadini;
- 3 L'attuazione del Piano Nazionale Cronicità e avvio dei Tavoli di lavoro delle singole patologie;
- 4 L'integrazione della Determina del 8/11/2018 n G13890 con inserimento della rappresentanza, all'interno del coordinamento regionale, del Coordinamento Regionale delle Associazioni Malati Cronici e Rari del Lazio (Cramc Lazio) in rappresentanza dei malati rari.

Si intuisce bene che il percorso che si sta proponendo alla Regione Lazio riveste un carattere di innovazione nei rapporti tra soggetti diversi dove il tema della partecipazione al governo del bene salute viene declinato utilizzando il ciclo delle politiche pubbliche. Per questo la partecipazione è un tesoro inestimabile che deve essere messo a frutto e che non può mai diventare merce di scambio per rendite di posizione. E alla fine parlare di partecipazione non serve. Serve farla. Sul serio.

* Segretario regionale Cittadinanzattiva Lazio

Lombardia

Asst Monza a supporto dei pazienti fragili

Al via il nuovo progetto dedicato agli over 75 finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa. In prima linea ci saranno le farmacie e gli specialisti ospedalieri.

Le parole chiave sono tre: Attenzione al paziente fragile, Valorizzazione della territorialità e della professionalità rappresentata dalle farmacie come luoghi di prossimità al cittadino, Disponibilità delle eccellenze cliniche delle strutture della Asst di Monza, Ospedale San Gerardo, Ospedale di Desio e Poliambulatori Territoriali, a favore della popolazione anziana. Dopo l'inserimento in Pronto Soccorso del "codice argento" dedicato alla gestione dei pazienti anziani, dal 1° giugno è partito un altro nuovo progetto targato Asst Monza dedicato esclusivamente agli over 75, in collaborazione sia con l'Associazione Chimica Farmaceutica Lombarda, che riunisce le 74 farmacie private presenti sul territorio della Asst di Monza, sia con le 19 farmacie comunali presenti sul territorio

della Asst nonché con Farma.Co.M. Spa, la società che gestisce le 10 farmacie comunali monzesi. Il progetto interessa tutto il territorio che rientra nel bacino di competenza della Asst di Monza, ed è finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa per questi pazienti. In prima linea ci saranno le farmacie e gli specialisti ospedalieri per "prendersi cura", sotto ogni aspetto, delle esigenze dei pazienti più anziani a partire dalla prenotazione delle visite e degli esami di controllo. Per iniziare sono 3000 le prestazioni tra visite e controlli che l'Asst Monza ha riservato per l'anno 2019 per la popolazione anziana in agende dedicate. In farmacia sarà quindi possibile prenotare visite ed esami diagnostici prescritti dai Medici di Medicina Generale con priorità P (Programmabile).

«Questo progetto interpreta al meglio la strategia della Asst di Monza – sottolinea il Direttore Generale Mario Alparone – che è quella di rendere maggiormente accessibili le eccellenze cliniche della nostra azienda ai pazienti attraverso la creazione di una "rete" formata da tutte le professionalità presenti sul nostro territorio. Questo è particolarmente importante quando si parla di anziani che potranno prenotare visite ed esami mentre ritirano ad esempio i farmaci nella farmacie del nostro territorio, senza dover affrontare le file dei nostri Cup». «La farmacia è il primo presidio

territoriale del Sistema sanitario perché grazie alla sua capillarità viene incontro alle necessità dei pazienti più fragili» dichiara Annarosa Racca Presidente di Federfarma Lombardia. «La presa in carico del paziente, in particolare di quello

più fragile, da parte del farmacista di comunità comincia anche dalle funzioni di front-office. Siamo pronti a dare il massimo sostegno a questo progetto», dice Andrea Mandelli, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Milano, Lodi e Monza Brianza e Presidente della Fofi, Federazione Ordini farmacisti Italiani.

«Coerentemente con il ruolo sociale delle Farmacie Comunali ed in assoluta continuità con il passato – ha evidenziato Vito Potenza, Presidente di Farma.Co.M Farmacie Comunali Monza - sosterremo con il massimo impegno questo servizio CUP destinato alle fasce sociali più fragili, che contribuirà a connotare sempre più le Farmacie e, tra queste le Farmacie Comunali, come Farmacie dei Servizi: un servizio a 360 gradi con la propria comunità sempre al centro».



Piemonte

Sanità digitale, dal referto al dato strutturato

Erogati 60 milioni di esami sanitari e oltre 63 milioni di prescrizioni per 4 milioni di persone. Gestire dati integrati e strutturati, grazie a standard e tecnologie.

In Piemonte sono stati erogati 60 milioni di esami e prestazioni sanitarie, 21,3 milioni di prescrizioni specialistiche e 42,4 milioni di prescrizioni farmacologiche per una popolazione di oltre 4 milioni di persone. Questi sono alcuni dei dati emersi nel corso del convegno “Sanità digitale: dal referto al dato strutturato”, che si è tenuto recentemente a Torino, organizzato dalla Regione Piemonte e dal Csi Piemonte con la collaborazione di HI7 Italia per condividere l'importanza e la necessità di gestire dati integrati e strutturati, grazie a standard e tecnologie capaci di soddisfare le esigenze del personale sanitario e degli assistiti. “Ogni giorno, infatti – hanno spiegato gli organizzatori dell'evento – vengono prodotti documenti importanti, come referti di laboratorio, referti radiologici, verbali di pronto soccorso, nei quali sono presenti un'enorme quantità di informazioni. Questi dati costituiscono un patrimonio informativo prezioso che, se strutturato, può migliorare la programmazione sanitaria da parte delle Regioni e favorire la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, nonché la

presa in carico e la successiva gestione di pazienti affetti da patologie croniche. Fascicolo sanitario elettronico, cambio medico di famiglia, pagamento del ticket, buono digitale per il paziente celiaco, autocertificazione dell'esenzione dal ticket per reddito e ritiro dei referti con la possibilità di delega tra adulti e/o tra i genitori per conto del minore. Sono questi i principali servizi on line che il Piemonte mette a disposizione dei suoi cittadini. “Un approccio che mette al centro – è stato sottolineato dagli esperti – i bisogni concreti dell'assistito che ora può accedere alle sue informazioni cliniche in ogni momento della giornata, in modo semplice e veloce e da qualsiasi dispositivo. Il risultato è un ecosistema digitale che facilita la condivisione delle informazioni cliniche, limita gli spostamenti dei pazienti e semplifica le interazioni tra il cittadino e il Servizio Sanitario Regionale. La Regione Piemonte ha a disposizione 19,4 milioni di risorse da Fondi europei (Por-Fesr), di cui circa 5 milioni sono relativi a interventi ad oggi realizzati. Inoltre, per il triennio 2018-2020 sono stati messi a bilancio 8 milioni all'anno: tutte risorse indispensabili per avviare un percorso virtuoso che consentirà al Piemonte di allinearsi alle regioni italiane più evolute nell'ambito della sanità digitale”. «Il Csi da tempo gestisce per conto della Regione Piemonte una mole enorme di dati sanitari che sarebbe opportuno disporre anche in modalità strutturata, nel rispetto di standard nazionali ed internazionali quali HI7, per rispondere alle esigenze di evoluzione del sistema sanitario digitale piemontese» ha sottolineato Pietro Pacini, Direttore Generale del Csi Piemonte.



Veneto

Violenza contro le donne, firmato un protocollo di rete

La firma a Bassano del Grappa. Assessore Lanzarin: «Strumento per collaborare al meglio per prevenire e sostenere le vittime».



Un momento della presentazione del protocollo regionale

Un accordo-quadro per fare rete tra istituzioni pubbliche e associazionismo e aiutare tutti i soggetti a collaborare al meglio nel prevenire la violenza contro le donne e nel sostenere le vittime, donne e minori. Questo il significato del protocollo regionale presentato recentemente nell'Ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa dall'assessore Manuela Lanzarin, dal commissario dell'azienda sanitaria Pedemontana Bortolo Simoni, dal direttore del distretto 1 di Bassano Francesca Busa, dal viceprefetto di Vicenza Renata Carletti e dal neosindaco di Bassano del Grappa, Elena Pavan. «Il Veneto ha una buona legge per prevenire la violenza di genere –ha premesso l'assessore Lanzarin – e un'ottima rete di strutture e di servizi pubblici e privati per proteggere le donne, con indici di copertura nettamente superiori alla media nazionale: c'è un centro antiviolenza ogni 120 mila donne e un punto di primo ascolto ogni 63 mila donne. Ora il passo successivo, che sta coinvolgendo co-

muni, distretti e aziende sanitarie, è mettere in rete le esperienze esistenti ed estendere le buone prassi a tutto il territorio regionale, in maniera omogenea. Condividere un protocollo comune nel distretto bassanese dell'Ulss Pedemontana significa valorizzare quanto si sta già facendo, dettagliare quali sono i compiti e funzioni dei diversi soggetti coinvolti e aiutare la condivisione di informazioni e azioni, tra pubblico e privato. Il fine ultimo è aiutare ogni donna in difficoltà a sentirsi accolta e protetta e accompagnarla con il miglior percorso possibile verso una condizione di serenità e di autonomia». La sottoscrizione del protocollo territoriale, di validità triennale, vincola alla collaborazione reciproca Ulss, Pronto soccorso, consultori familiari, medici, gestori dei centri antiviolenza, Prefettura, Procura, forze dell'ordine, avvocati, comune di Bassano e Provincia di Vicenza, ufficio scolastico territoriali. «La responsabilizzazione di tutti i soggetti aderenti aiuta ad avere procedure condivise di reperibilità h 24, modalità comuni di accoglienza e sostegno e di valutazione dei casi, accordi per la copertura dei costi dell'accoglienza e dei percorsi protetti». «Il protocollo di rete – ha concluso l'assessore – aiuta a mettere a sistema e a potenziare la rete regionale degli interventi di prevenzione e contrasto alla violenza di genere, che in Veneto conta 40 centri antiviolenza (tra centri di ascolti, case protette e rifugi di secondo livello), percorsi di presa in carico per i minori testimoni di violenza (circa 1700 i casi noti ai servizi), inserimento lavorativo, assegnazione di alloggi pubblici e sostegno al reddito per le donne accolte nella rete di protezione, interventi di sensibilizzazione e di educazione, in particolare nelle scuole, formazione capillare per gli operatori dei 47 Pronto Soccorso del Veneto e dei servizi sociosanitari dell'urgenza, percorsi e centri di recupero anche per gli uomini maltrattanti».

Valle d'Aosta

Il progetto WelComTech per gli anziani

Obiettivo del welfare comunitario e tecnologico: permettere alla popolazione che invecchia di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico, anche nei territori più marginali, conservando la propria autonomia ed evitando il ricovero in struttura.

Approvato lo schema di convenzione tra la Regione autonoma Valle d'Aosta e l'Università della Valle d'Aosta – Université de la Vallée d'Aoste per lo svolgimento di prestazioni professionali specialistiche concernenti il progetto Un welfare comunitario e tecnologico per la popolazione anziana vulnerabile – WelComTech, nell'ambito del programma di cooperazione territoriale transfrontaliera Italia – Svizzera 2014/2020.

Come ha spiegato l'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali, il progetto europeo WelComTech è sviluppato nei territori della Valle d'Aosta, del Verbano-Cusio-Ossola e del Canton Ticino, nell'ambito del Programma di Cooperazione transfrontaliera Italia-Svizzera, e si pone come obiettivo il permettere alla popolazione che invecchia di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico, anche nei territori più marginali, conservando la propria autonomia

ed evitando il ricovero in struttura.

“Uno dei principali obiettivi del progetto – precisa la Regione – è di cogliere le opportunità connesse all'evoluzione dei sistemi digitali e alle nuove tecnologie e sviluppare l'utilizzo di tecnologie di comunità, che possono svolgere un ruolo funzionale all'attivazione e al mantenimento dei legami nell'ambito di una determinata comunità territoriale.

Il progetto, approvato a settembre 2018 e da concludere a marzo 2020, prevede l'attivazione di sistemi di monitoraggio a domicilio

per persone anziane, e la formazione di Tutor di Comunità, figure chiave di facilitatori e animatori adeguatamente formati anche in ambito di tecnologie di comunità, che hanno il compito di sostenere la permanenza della popolazione anziana nel proprio ambiente domestico attraverso il supporto di una rete comunitaria e grazie all'utilizzo di nuove tecnologie digitali. In questo contesto, si inserisce anche un obiettivo di ricerca, di studio e valutazione, coordinato sui territori del progetto”. L'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali ha posto l'attenzione sul fatto che la convenzione con l'Università della Valle d'Aosta, approvata dalla Giunta regionale, prevede la realizzazione dell'attività di valutazione d'impatto interna al progetto riguardo alle soluzioni tecnologiche installate a domicilio degli utenti beneficiari, l'elaborazione di un report finale congiunto di valutazione fra le tre équipes di ricerca attivate per i tre territori e la collaborazione nella preparazione e realizzazione dell'evento intermedio di progetto previsto per settembre 2019 in Valle d'Aosta, che presenterà agli operatori del settore socio-sanitario i contenuti tematici del progetto stesso.



Il progetto, approvato a settembre 2018 e da concludere a marzo 2020, prevede l'attivazione di sistemi di monitoraggio a domicilio per persone anziane, e la formazione di Tutor di Comunità.

Alimentazione

Il cibo può essere una vera medicina

Gli autori, due scienziate dell'Istituto Auxologico Italiano e due giornalisti scientifici, attingendo alle più attuali risposte della scienza in campo nutrizionale "traducono" per un largo pubblico le indicazioni, le prescrizioni e le proscrizioni a tavola, sgombrando il campo dalla supposta efficacia di diete di tendenza, rimedi last minute e false credenze legate al potere di alcuni alimenti.

Obiettivo del libro è restituire all'alimentazione quotidiana il giusto valore di determinante di salute. Alimentarsi in maniera sana, equilibrata, avendo cura di conoscere le sostanze che introduciamo nel nostro organismo e che il nostro organismo poi vanno a sostenere è parte integrante del mantenersi in salute, prevenire malattie e, perché no, contribuire con scelte legate alla stagionalità e al territorio alla salute del pianeta.

"Il libro che avete tra le mani - spiegano gli autori - non intende proporvi la «solita» nuova dieta. Né vuole lanciare l'ennesimo programma alimentare dagli immediati poteri «miracolosi» sul girovita.

Abbiamo, se ci permettete, ambizioni più alte. Perché, visto che ci sono in gioco il benessere personale e la salute, il nostro obiettivo è fornirvi una bussola solida e affidabile per scansare le conseguenze di un'alimentazione affrontata superficialmente, senza le dovute precauzioni. Ogni interazione con il cibo è un momento fondamentale per la nostra salute e per prenderci cura di noi stessi, perché ogni scelta alimentare influisce sull'organismo, sul peso e sul nostro benessere.

Il cibo può essere una vera e propria «medicina»".

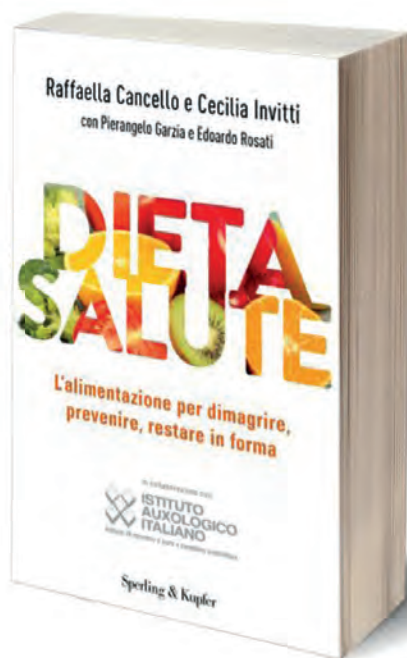
La lettura delle 240 pagine del volume è un vero e proprio viaggio nel mondo dell'interazione tra il corpo umano e gli alimenti che ingerisce e fornisce risposte alle domande che tutti, di fronte a un bancone degli acquisti o a tavola si sono posti almeno una volta: siamo quello che mangiamo? Gli integratori alimentari: come comportarsi? E l'alcol? Cosa sono i nutraceutici? Che cos'è il metabolismo? Nelle pagine del libro vengono anche sottolineati, con tutte le evidenze scientifiche del caso, alcune questioni legate al fatto che non tutti i grassi vengono per nuocere, al ruolo del microbiota e agli effetti sull'organismo di alcuni regimi alimentari particolarmente diffusi.

Gli autori infine propongono un programma calibrato e sicuro senza rinunce per il gusto e i piaceri della tavola. Anche perché la sfida da vincere - e gli autori del volume ci provano con pervicacia - non è far perdere chili in eccesso alle persone, bensì riallineare il loro rapporto con il cibo, una relazione che dura una vita.

Come scrive nella sua prefazione il professor Gianfranco Parati - Direttore scientifico dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano e Professore ordinario di Medicina cardiovascolare all'Università di Milano-Bicocca - "abitudini salutari possono contribuire a ritardare o prevenire la necessità di una terapia farmacologica, in particolare nell'ipertensione lieve e moderata. Qualora fosse comunque necessario iniziare una terapia farmacologica, una dieta adeguata e comportamenti corretti possono inoltre potenziare l'effetto dei farmaci antipertensivi e quello dei farmaci antidiabetici e ipolipemizzanti".

A riconferma che occorre sedersi a tavola con la consapevolezza che la dieta è salute, anzi, una vera terapia.

**DIETASALUTE
L'ALIMENTAZIONE
PER DIMAGRIRE,
PREVENIRE,
RESTARE
IN FORMA**
Raffaella Canello
e Cecilia Invitti
con Pierangelo
Garzia
e Edoardo Rosati
Sperling & Kupfer





Igiene e Sanità Pubblica



"Igiene e Sanità Pubblica" è una delle più autorevoli riviste italiane del settore, fondata nel 1945 dal Prof. Gaetano Del Vecchio, Medico Provinciale di Roma, che la diresse insieme al fratello il Prof. Vittorio Del Vecchio, già Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università "La Sapienza" di Roma. Il fondatore stesso volle che gli succedesse nella direzione della rivista il Prof. Augusto Panà, Ordinario di Igiene dell'Università di Roma "Tor Vergata", che con lui aveva iniziato la sua carriera di Igienista.

La rivista in questi anni ha assunto una primaria importanza a livello nazionale ed ha ottenuto riconoscimenti per la qualità di alcuni rilevanti contenuti di sanità pubblica, tra cui l'organizzazione sanitaria e l'ambiente. Da due anni, ha avuto un importante riconoscimento dalla Commissione specifica dell'American Libray che le ha attribuito uno score tra 3,5 e 3,8 corrispondente a "very good" inserendola ufficialmente nel circuito delle riviste indicizzate su Medline e su Index Medicus. La rivista inoltre è accreditata dalla SItI.



SOTTOSCRIZIONE DELL'ABBONAMENTO ANNUALE A IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (Rivista Bimestrale)

- | | |
|--|----------|
| ☐ Abbonamento Ordinario (Enti, Aziende) | € 75,00 |
| ☐ Abbonamento Personale (Individuale) | € 60,00 |
| ☐ Abbonamento Socio SItI | € 55,00 |
| ☐ Abbonamento Estero | € 100,00 |
| ☐ Articolo elettronico (estratto) | € 25,00 |

- ☐ Volume singolo €12,00 + ☐ € 3,00 a copia per spedizione ordinaria
☐ € 10,00 a copia per spedizione con corriere espresso, consegna garantita entro 24/48 ore

N° volume _____ quantità _____

N° volume _____ quantità _____

IMPORTO ORDINE € _____

Numero Anno Indicare il numero della rivista e l'anno di pubblicazione

Nome _____ Cognome _____

Ente _____ Servizio _____

Indirizzo _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Il pagamento anticipato, intestato a SCE SC EDITRICE Società Cooperativa può essere effettuato mediante:

BONIFICO BANCARIO SU INTESA SANPAOLO - IBAN IT14 A030 6903 2141 0000 0008 901 (si allega fotocopia)

Al sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Si informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate, per le finalità istituzionali dell'ente. I dati forniti non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. Il titolare del trattamento dei dati è SCE SC Editrice Società Cooperativa. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a SCE SC Editrice Società Cooperativa per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto ☐

Data _____

Firma _____

Compilare la cedola in ogni sua parte e inviarla a:

COORDINAMENTO EDITORIALE E SERVIZIO ABBONAMENTI

SCE SC Editrice Società Cooperativa Tel. 0659290256 • Fax 0687813133 • segreteria@sceditrice.it

**VI PREGHIAMO DI COMPILARE
LA PRESENTE SCHEDA
ANAGRAFICA IN OGNI PARTE
PER UN SERVIZIO MIGLIORE**



BIOTESTAMENTO DIGITALE CON LA FIRMA GRAFOMETRICA: LA SPERIMENTAZIONE PARTE DALLA REGIONE DEL VENETO

Aruba Spa ha preso parte ad un progetto della Regione del Veneto mettendo a disposizione la soluzione di Firma Grafometrica nel processo, in digitale, di Dichiarazione Anticipata di Trattamento (Dat), prevista dalla legge sul Testamento Biologico. Questo processo di digital transformation prende il via dal Comune di Caprino Veronese e risponde all'esigenza e all'obiettivo del progetto di implementare un processo di Firma Grafometrica per permettere ai cittadini di firmare documenti digitali senza l'utilizzo di un certificato di firma digitale qualificata, mantenendo comunque il valore legale dei documenti firmati. L'apposizione della firma avviene tramite apposita tavoletta grafometrica - posizionata presso lo sportello della sede comunale - che è in grado

di raccogliere gli specifici vettori biometrici di ogni utilizzatore. La Firma Grafometrica di Aruba è, infatti, una tecnologia che consente di apporre una Firma Elettronica Avanzata a un documento di tipo informatico: nello specifico, il documento viene visualizzato dall'utente tramite un dispositivo sul quale, grazie ad un'apposita penna, è possibile firmare con un gesto analogo alla firma autografa su carta. Questo consente di ottimizzare il trattamento e l'archiviazione dei documenti firmati, garantendo non solo un risparmio in termini di tempo, ma anche in termini di costi di gestione e garantendo in particolare l'identificazione del firmatario del documento, la connessione univoca dei dati di firma al firmatario e l'integrità del contenuto della sottoscrizione.



MASSIMO SCACCABAROZZI, AD DI JANSSEN ITALIA RICEVE IL PREMIO "LE FONTI" COME "CEO DELL'ANNO"

Massimo Scaccabarozzi, Presidente e Amministratore Delegato di Janssen, farmaceutica del gruppo Johnson&Johnson, e Presidente di Farindustria, è stato insignito del prestigioso premio "Le Fonti" come "Ceo dell'anno", in occasione delle Le Fonti Awards 2019, una delle più prestigiose manifestazioni italiane dedicate al mondo dell'impresa, patrocinata dalla Commissione Europea. La cerimonia di premiazione, che ha visto la partecipazione dei più autorevoli professionisti e istituzioni italiani, si è svolta il 6 giugno a Milano. Il riconoscimento è stato assegnato da una giuria composta da un Comitato Scientifico di esperti nel settore accademico, finanziario, imprenditoriale e legale. «Non posso che sentirmi onorato di questo riconoscimento per un lavoro che ho svolto quotidianamente con passione da quando sono stato nominato AD di Janssen. Si tratta di un premio importante che però mi sento di condividere con tutti i miei collaboratori, senza i quali Janssen non avrebbe raggiunto il

successo che ha oggi: un'azienda che è cresciuta ed è diventata un'eccellenza a livello internazionale grazie al lavoro di squadra, a tutti i livelli. Inoltre, è un riconoscimento che voglio condividere anche con i miei colleghi di Farindustria», commenta Massimo Scaccabarozzi da 18 anni alla guida dell'azienda. Un trend che lo stesso Scaccabarozzi definisce «sostenibile per il sistema sanitario, anche grazie al grande contributo dato da Janssen alla sostenibilità, in virtù dei meccanismi di payback della spesa farmaceutica e in controtendenza rispetto al panorama farmaceutico odierno. La crescita di Janssen Italia (dati 2017-2018) non è dovuta al mero aumento dei prezzi dei farmaci, bensì a un incremento dei volumi legato al continuo lancio di prodotti innovativi e alla costante crescita della produzione, diretta non solo al mercato italiano, ma anche a quello estero. Come dimostrano i dati dello stabilimento di Latina la cui produzione, destinata per oltre il 90% all'export, è a tutt'oggi oggetto di investimenti».

Medtronic

MEDTRONIC ENTRA NEL MERCATO DELLA VISUALIZZAZIONE

Medtronic, azienda impegnata nel settore dei dispositivi medici, completa l'offerta tecnologica in ambito chirurgico, grazie al lancio della nuova linea Visualization, che comprende prodotti per imaging mininvasivo con focus sulla fluorescenza a infrarossi. L'azienda entra così nel mercato della visualizzazione, diventando partner preferenziale nella chirurgia, grazie alla completezza dell'offerta tecnologica. Un ulteriore passo a conferma del posizionamento di Medtronic come prima azienda in grado di fornire un portfolio completo di prodotti in-

tegrato (capital equipment e disposable), in linea con la strategia della multinazionale di fornire tecnologie e soluzioni che permettano una diffusione sempre maggiore della Chirurgia Mininvasiva in Italia, ancora ferma al 27% del totale interventi, rispetto ad una media europea che si aggira intorno al 30-35%. Innovazione tecnologica e adozione dei percorsi paziente di eccellenza come Eras (Enhanced Recovery After Surgery) sono aree di grande focus per il gruppo Surgical Innovations di Medtronic Italia.



VOGLIOUNFIGLIO.IT: ONLINE IL NUOVO SITO WEB DEDICATO ALLE COPPIE ALLA RICERCA DI UN FIGLIO CHE NON ARRIVA

Fornire le informazioni giuste al momento giusto. Questo l'impegno di Merck, azienda leader in ambito scientifico e tecnologico, nei confronti delle coppie che desiderano avere un figlio e incontrano difficoltà a concepire. L'infertilità è infatti un problema molto diffuso e in continuo aumento. Uno studio internazionale del 2007 parla di un problema che colpisce il 9% della popolazione mondiale. Dati più recenti dell'Istituto Superiore di Sanità stimano che il 15-20% delle coppie in età fertile sia affetto da infertilità. È per questo che l'azienda lancia il sito Vogliounfiglio.it, con l'obiettivo di aiutare le persone in cerca di informazioni sulla fertilità e sulla Procreazione Medicalmente Assistita (Pma). All'interno del sito web, è possibile trovare indicazioni e suggerimenti per orientarsi al meglio e capire quando è necessario rivolgersi a uno specialista. Vogliounfiglio.it intende accompagnare le coppie nel percorso alla ricerca di un figlio, dalle prime difficoltà incontrate alla consapevolezza di un problema di infertilità, con sezioni informative specifiche. Tra le informazioni contenute nel sito: il funzionamento dei sistemi ripro-

duttivi maschile e femminile, i tempi oltre i quali è consigliabile rivolgersi allo specialista, cosa comporta accedere a un percorso di Pma, quali tipi di esami è necessario sostenere, le tecniche disponibili e i centri italiani specializzati nella cura dell'infertilità. Particolare attenzione è dedicata all'età della donna, uno dei fattori più importanti per la fertilità: all'interno del sito, infatti, si approfondisce cosa succede alla fertilità femminile con il passare degli anni. Sempre su vogliounfiglio.it si forniscono consigli pratici su aspetti quali l'interruzione dei metodi contraccettivi e i rapporti mirati per iniziare a cercare una gravidanza. «Per una coppia, la presa di coscienza di un problema come l'infertilità - sottolinea Antonio Messina, a capo del business biofarmaceutico di Merck in Italia - può non essere facile. Tale consapevolezza, però, rappresenta un passaggio necessario per avviare un percorso che porti alla realizzazione del proprio sogno di genitorialità. Con vogliounfiglio.it, Merck intende essere al fianco degli aspiranti genitori sin dall'inizio, attraverso un adeguato supporto informativo».



**FRANCO FONTANA NUOVO CEO,
EUGENIO BIGLIERI NUOVO
CHIEF OPERATING OFFICER**

L'Assemblea degli Azionisti di Esaote Spa – azienda italiana impegnata nel settore dell'imaging diagnostico - si è riunita nel mese di maggio a Genova sotto la Presidenza di Mr. Wu Guangming, per ricostituire il suo Consiglio di Amministrazione, in scadenza in occasione dell'approvazione del bilancio della società al 31.12.2018. L'Assemblea ha preso atto delle dimissioni presentate dal Ceo Karl-Heinz Lumpi e ha nominato il nuovo Consiglio di Amministrazione, che risulta ora composto da: Wu Guangming – riconfermato Presidente – da Franco Fontana, Eugenio Biglieri, Xie Yuefeng e Zheng Hongzhe. Il Consiglio di Amministrazione ha nominato con effetto immediato Franco Fontana nuovo Ceo del Gruppo. Franco Fontana, che ha conseguito un dottorato in Informatica e telecomunicazioni all'Università di Genova e un Executive Mba alla Sda Bocconi di Milano, ha maturato oltre venti anni di esperienza nel settore dei software applicati al Medi-

cal Imaging e all'Healthcare IT attraverso un percorso professionale iniziato come imprenditore e proseguito come executive manager. Ha poi assunto la direzione della Business Unit di Ebit Aet, entrata a far parte di Esaote nel 2008. Sotto la sua guida il business Medical It Pacs è cresciuto costantemente, anno dopo anno, diventando leader di mercato in Italia e raggiungendo una presenza internazionale in prestigiose strutture in Europa, America Latina e Apac. Per supportare Franco nel suo nuovo ruolo, con effetto immediato, è stato nominato Eugenio Biglieri nel nuovo ruolo di Chief Operating Officer, con responsabilità trasversali, alla Ricerca & Sviluppo, alla Produzione, alle Operations, al Marketing Strategico, alla Qualità e all'assistenza dei Sistemi Medicali. Eugenio Biglieri è entrato in Esaote nel 1985 e nel corso degli anni ha ricoperto posizioni di sempre maggiore responsabilità fino ai ruoli di Mri Marketing Director e Chief Global Service Officer.



**PSORIASI, PROSEGUE
LA CAMPAGNA
“CHIEDI AL TUO DERMATOLOGO”**

Prosegue anche quest'anno la campagna “Chiedi al tuo dermatologo” di Novartis, nata per sensibilizzare le persone che convivono con la psoriasi a rivolgersi agli specialisti e trovare nuove risposte per la propria pelle. La campagna patrocinata dall'Associazione per la difesa degli psoriasici (Adipso) e dalle Società Scientifiche Adoi (Associazione dermatologi-venereologi ospedalieri italiani e della sanità pubblica) e Sidemast (Società italiana di dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle malattie sessualmente trasmesse), quest'anno viene veicolata su alcune delle principali emittenti radiofoniche italiane – 105, 101, RMC, Virgin Radio, oltre a essere promossa con approfondimenti sul sito www.lapelleconta.it e i canali social collegati (Facebook e Instagram). «Ascoltare le esigen-

ze dei pazienti, comprendere i loro problemi e intervenire per contribuire a risolverli è la ragion d'essere di Novartis» afferma Angela Bianchi, Head of Country Communications e Patient Advocacy. «Sono i principi espressi nel nostro Commitment to Patients and Caregivers, documento in cui riconosciamo la centralità del 'punto di vista' del paziente in ogni attività. Il nostro è un impegno che si sviluppa a ogni livello, dalla ricerca scientifica all'informazione e sensibilizzazione del più vasto pubblico, per migliorare le conoscenze su determinate patologie, come la psoriasi e incoraggiare la prevenzione e la cura. Nel realizzare queste attività, la collaborazione con le istituzioni, così come con partner pubblici e privati è per Novartis un fattore qualificante e decisivo per il loro successo».



EDEMA MACULARE DIABETICO, LANCIATA PIATTAFORMA DIGITALE PER MIGLIORARE GLI ESITI DEI PAZIENTI

Bayer ha lanciato in Italia un programma pilota per Vision Coach, nuova piattaforma digitale innovativa e completamente gratuita per promuovere una maggiore comunicazione tra medico e paziente, permettendo loro di impegnarsi insieme ed ottenere migliori risultati visivi nell'edema maculare diabetico (Dme). «Le nuove tecnologie possono svolgere un ruolo importante nel promuovere la consapevolezza, la formazione e l'impegno verso i pazienti - ha affermato Rafiq Hasan, VP e Head of Ophthalmology, Bayer Pharmaceuticals -. Vision Coach è stato sviluppato per fornire una serie di servizi digitali a supporto sia del paziente che del personale sanitario». Vision Coach è una piattaforma innovativa, unica nel suo genere, in grado di migliorare significativamente il rapporto tra pazienti con disabilità visiva dovuta a Dme e il proprio medico. I pazienti saranno in grado di monitorare il

loro piano di trattamento, le modificazioni della propria vista, gli appuntamenti e le tappe fondamentali del percorso terapeutico, fissare obiettivi per uno stile di vita sano e accedere a materiali educativi informativi. I medici, dal canto loro, avranno una visione a 360° dei trattamenti e dei progressi dei loro pazienti, potranno sostenere una presa in carico olistica e definire l'accesso a flussi di lavoro efficienti per supportare il monitoraggio e la registrazione. Vision Coach è costituito da tre elementi chiave: un sito e un'app per il paziente (su IOS e Android), un'applicazione web per il medico. Il programma "pilota", oltre che in Italia, sarà condotto in Spagna, Australia, Canada e Regno Unito. La piattaforma di Vision Coach è stata sviluppata con Healthforge, una società di tecnologia cloud e di sviluppo software per il settore sanitario, nel rispetto dei requisiti di riservatezza dei dati.



The Diagnostic Specialist

CONCORSO NAZIONALE MAD FOR SCIENCE: VINCE IL LICEO SPALLANZANI DI REGGIO EMILIA

Il Liceo Scientifico Ariosto Spallanzani di Reggio Emilia, con il progetto di ricerca sull'allarme smog e sul miglioramento della qualità dell'aria, con esperienze didattiche che indagano i fattori inquinanti presenti nel territorio, è stato proclamato a Torino vincitore della terza edizione (la prima a livello nazionale) del concorso Mad for Science, l'iniziativa promossa da DiaSorin tra i 1.600 Licei Scientifici italiani, invitati a concorrere per vincere premi in denaro per implementare il proprio biolaboratorio didattico scientifico esistente a partire dall'anno scolastico 2019. A questa edizione hanno partecipato 152 licei provenienti da tutta Italia. Ai licei partecipanti è stato chiesto di elaborare una serie di esperienze didattiche laboratoriali coerenti con gli Obiettivi 13, 14 e 15 per lo Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 promossa dall'ONU e di progettare l'implementazione nel laboratorio della scuola. I primi due licei classificati sono stati

premiati con l'implementazione del biolaboratorio (per un valore massimo rispettivamente di 50.000 euro e 25.000 euro) e la fornitura dei relativi materiali di consumo (fino a un massimo rispettivamente di 5.000 euro e 2.500 euro all'anno per 5 anni a partire dall'anno 2019). La Giuria ha assegnato anche un Premio Speciale di Comunicazione del valore di 10.000 euro per l'acquisto di materiale vario da laboratorio al team che - tra gli 8 finalisti - si è distinto per la qualità della presentazione e le competenze di public speaking. La consegna dei riconoscimenti è stata effettuata dal Presidente DiaSorin Gustavo Denegri, il quale, sottolineando la qualità di tutti i lavori presentati, ha incitato i ragazzi ed i professori finalisti a continuare ad essere innamorati della scienza e a far sì che quest'ultima diventi sempre più parte fondante del percorso scolastico delle generazioni attuali e future.

4° Congresso Nazionale Sinuc

Ancona, 18-20 Settembre 2019

Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo

Per informazioni:

Tel.: 06 845431

Fax: 06 84543700

roma@aristea.com

47° Congresso Nazionale Sim

Roma, 18-21 settembre 2019

Società Italiana di Microbiologia

Per informazioni:

Tel.: 06 35530458

060635530228

info@segreteria.societasim.it

79° World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences

Abu Dhabi, 22-26 settembre 2019

Federazione Farmaceutica Internazionale, Fip

Per informazioni:

Tel.: +31 70 3021982

Fax: +31 70 3021998

congress@fip.org

25° Congresso Nazionale Sin

Il neonato al centro del futuro

Catania, 25-27 settembre 2019

Società Italiana di Neonatologia

Per informazioni:

Tel. 0245498282

Fax 0245498199

congressosin@biomedia.net

82° Congresso Nazionale Siml

Triste città della scienza: dalla ricerca alla prevenzione

Trieste, 25-27 settembre 2019

Società Italiana di Medicina del Lavoro

Per informazioni:

Tel.: 0444578845

Fax: 0444 320321

meeting@meneghinieassociati.it

36° Congresso Nazionale Siia

Roma, 26-28 settembre 2019

Società Italiana di Ipertensione Arteriosa

Per informazioni:

Tel. 06330531

Fax: 0623325624

SIIA2019@aimgroup.eu

XXIX Congresso Nazionale Airo

L'innovazione in Radioterapia e in Oncologia Clinica: Un ponte verso il futuro

Rimini, 27-29 settembre 2019

Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica, Airo

Per informazioni:

Tel. 0514210559

Fax 0514210174

ercongressi@ercongressi.it

47° Congresso Nazionale Simfer

Firenze,

29 settembre-2 ottobre 2019

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

Per informazioni:

info@medik.net

3° Congresso Onda

I giovani si prendono cura di sé? Prevenire per mantenersi in salute

Roma, 1-2 ottobre 2019

Onda Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

Per informazioni:

Tel. 0636381573

Fax 0636307682

info@ideacpa.com

20° Congresso Nazionale Simspe

Il carcere è territorio

Milano, 3-4 ottobre 2018

Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria

Per informazioni:

Tel. 0110267950

Fax 0110267954

segreteria@hdcons.it

12° Congresso Nazionale Sihta

La filiera dell'innovazione tecnologica in sanità. Il

difficile equilibrio tra sicurezza, rapidità, di accesso al mercato, dei prodotti e sostenibilità dei sistemi

Milano, 10-11 ottobre 2019

Società Italiana di Health Technology Assessment

Per informazioni:

Tel.: 0659290256

Fax: 0631052392

segreteria@koscomunicazione.it

1° Convegno Nazionale Federazione Ordini Tsrn Pstrp

Rimini, 11-13 ottobre 2019

Federazione nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Per informazioni:

Tel.: 0541604160

Fax: 0541601775

eventi@riccionecongressi.com

92° Congresso nazionale Siu

Venezia, 12-15 ottobre 2019

Società Italiana di Urologia

Per informazioni:

Tel.: 0516194911

Fax: 0516194900

50° Congresso Nazionale Sin

Bologna, 12-15 ottobre 2019

Sin, Società Italiana di Neurologia

Per informazioni:

Tel.: 0577286003

Fax: 0577282731

info@neuro.it

52° Congresso Nazionale Siti

Perugia, 16-19 ottobre 2019

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Per informazioni:

Tel. 051300100

Fax 051309477

e.sereni@planning.it

120° Congresso nazionale Simi

Roma, 18-20 ottobre 2019

Società Italiana di Medicina Interna

Per informazioni:

Tel.: 010553591

Fax: 0105535970

simi@aristea.com

21° Congresso nazionale Aiom

The best care for every patient

Roma, 25-27 ottobre 2019

Associazione Italiana di Oncologia Medica

Per informazioni:

Tel. 068553259

Fax 068553221

info@aiomservizi.it

Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui-Agite 2019

“Ginecologia e donna, un viaggio di tutta una vita”

Napoli, 27-30 ottobre 2019

Sigo, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
Aogoi, Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
Agui, Associazione Ginecologi Universitari Italiani

Per informazioni:

Tel. 06355301

sigo2019@thetriumph.com

26° Congresso Nazionale Sicip

Riccione, 7-9 novembre 2019

Società Italiana Cure Palliative

Per informazioni:

congressi@sicip.it

16° Congresso Nazionale Sipo

Psico-Oncologia Italiana 2.0

Napoli, 7-9 novembre 2019

Società Italiana di Psico Oncologia

Per informazioni:

info@gammacongressi.it

104° Congresso Nazionale Siot

Roma, 7-10 novembre 2019

Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Per informazioni:

Tel.: 06330531

Fax: 0633053229

siot2019@aimgroup.eu

20° Congresso Nazionale della Pneumologia Italiana

45° Congresso Nazionale Aipo
La globalizzazione e le nuove frontiere

Firenze, 13-16 novembre 2019

Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

Per informazioni:

congresso@pneumologia2019.it

51° Congresso Nazionale Sibioc

La medicina di laboratorio nella fragilità e la fragilità nella medicina di laboratorio

Padova, 20-22 novembre 2019

Sibioc Medicina di Laboratorio e clinica

Per informazioni:

Tel. 0245498282

Fax 0245498199

congressosibioc@biomedia.net

12° Conferenza europea di sanità pubblica

Building bridges for solidarity and public health

Marsiglia 20-23 novembre 2019

Eupha, European Public Health Association

Per informazioni:

office@ephconference.eu

39° Congresso Nazionale della Società Italiana di Farmacologia

Ricerca innovazione sostenibilità appropriatezza formazione
Società Italiana di Farmacologia, Sif

Firenze, 20-23 novembre 2019

Per informazioni:

Tel.: 055 50351

sif2019@oic.it

99° Congresso Nazionale Soi

Roma, 21- 23 novembre 2019

Società Oftalmologica Italiana

Per informazioni:

Tel. 064464514

Fax 064466599

segreteria@cmocongressi.it

43° Congresso Nazionale Sito

Roma, 21-23 novembre 2019

Società italiana trapianti d'organo, Sito

Per informazioni:

Tel. +39 06328121

Fax +39 0239293109

info2019@congressosito.it

40° Congresso Nazionale Sifo

Garantire la salute oggi tra accesso, scelte e risorse.

Un bene comune e un'opportunità per la crescita

Genova, 21- 24 novembre 2019

Società Italiana Farmacie Ospedaliere

Per informazioni:

sifo2019.reg@aimgroup.eu

64° Congresso Nazionale Sigg

Continuità di affetti, continuità di cure

Roma, 27 novembre – 30 novembre 2019

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria Sigg

Per informazioni:

Tel.: 0633053-1

sigg2019.sponsor@aimgroup.eu

56° Congresso Nazionale Sir

Rimini, 27-30 novembre 2019

Società Italiana di Reumatologia

Per informazioni:

Tel. 02566011

Fax 0270048578

sir2019@aimgroup.eu

80° Congresso Nazionale Sic

Roma, 12-15 dicembre 2019

Società Italiana di Cardiologia

Per informazioni:

Tel. 0633053.1

sic2019@aimgroup.eu

PANORAMA DELLA SANITÀ

www.panoramasanita.it

**ABBONAMENTO
ANNUALE**
€90,00

COPIA SINGOLA
€8,00



SCEDITRICE

SOTTOSCRIZIONE DELL'ABBONAMENTO ANNUALE A PANORAMA DELLA SANITÀ

☐ **ABBONAMENTO CARTACEO E DIGITALE**
(12 numeri) €90,00

☐ **ABBONAMENTO DIGITALE**
(12 numeri) €50,00

☐ **COPIA SINGOLA** (arretrati) €8,00 + €3,00 a copia per spedizione ordinaria

N° rivista _____ Anno _____ N. copie _____

IMPORTO ORDINE € _____

NOME _____ COGNOME _____

ENTE _____ SERVIZIO _____

INDIRIZZO _____ CAP. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____ *E-MAIL _____

*L'inserimento dell'e-mail è obbligatorio ai fini dell'abbonamento

INDIRIZZO DI RECAPITO DELLA RIVISTA (se diverso dal precedente)

NOME _____ COGNOME _____

INDIRIZZO _____ CAP. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

☐ **SI RICHIEDE RICEVUTA DA INTESTARE A:**

INDIRIZZO _____ CAP. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____

P. IVA _____

Ai sensi dell'art. 74 D.P.R. 633/1972 l'I.V.A. è assolta dall'editore, pertanto non è necessaria l'emissione della fattura (fattura elettronica). Verrà emessa nota di debito.

Il pagamento anticipato, intestato a SCE SC EDITRICE Società Cooperativa può essere effettuato mediante:

☐ Bonifico bancario su Intesa Sanpaolo - IBAN IT14 A030 6903 2141 0000 0008 901 (allegare fotocopia della ricevuta)

☐ Pagamento PAYPAL. Accedere al link paypal.me/sceditrice inserire importo dovuto e le proprie credenziali per procedere al pagamento

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Si informa che i dati forniti saranno trattati con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità istituzionali dell'ente. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti esterni. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a SCE SC Editrice Società Cooperativa per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto ☐

Data _____

Firma _____

Compilare la cedola in ogni sua parte e inviarla a:

SERVIZIO ABBONAMENTI

SCE SC Editrice Società Cooperativa

Tel. 0659290256 • Fax 0687813133 • segreteria@sceditrice.it

**VI PREGHIAMO
DI COMPILARE
LA PRESENTE SCHEDA
ANAGRAFICA
IN OGNI PARTE PER
UN SERVIZIO MIGLIORE**

A portrait of Loredana Bruno, a woman with curly brown hair, smiling. She is wearing a dark blue jacket with white polka dots over a black lace top and a white scarf. She has a blue beaded necklace with a gold pendant and a gold bracelet on her right wrist. The background is light blue with abstract shapes.

Cassa Galeno è:
*tutela a 360°,
solidarietà
e network*

**LOREDANA
BRUNO**

Consigliere di Galeno

Specialista in igiene
e medicina preventiva,
malattie infettive,
analisi cliniche e di laboratorio

I medici insieme

Cassa mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo

www.cassagaleno.it - 800 999383

GALENO

A close-up, slightly blurred photograph of server racks in a data center. The racks are filled with various electronic components and cables. A solid red circle is positioned in the center of the image, overlapping the word 'GILOGICA'.

GILOGICA

CONSULENZA PER AZIENDE

CONSULENZA E SUPPORTO
ALLE AZIENDE DEL MERCATO IT
CHE OPERANO
PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
E LA SANITÀ DIGITALE

www.gilogica.it