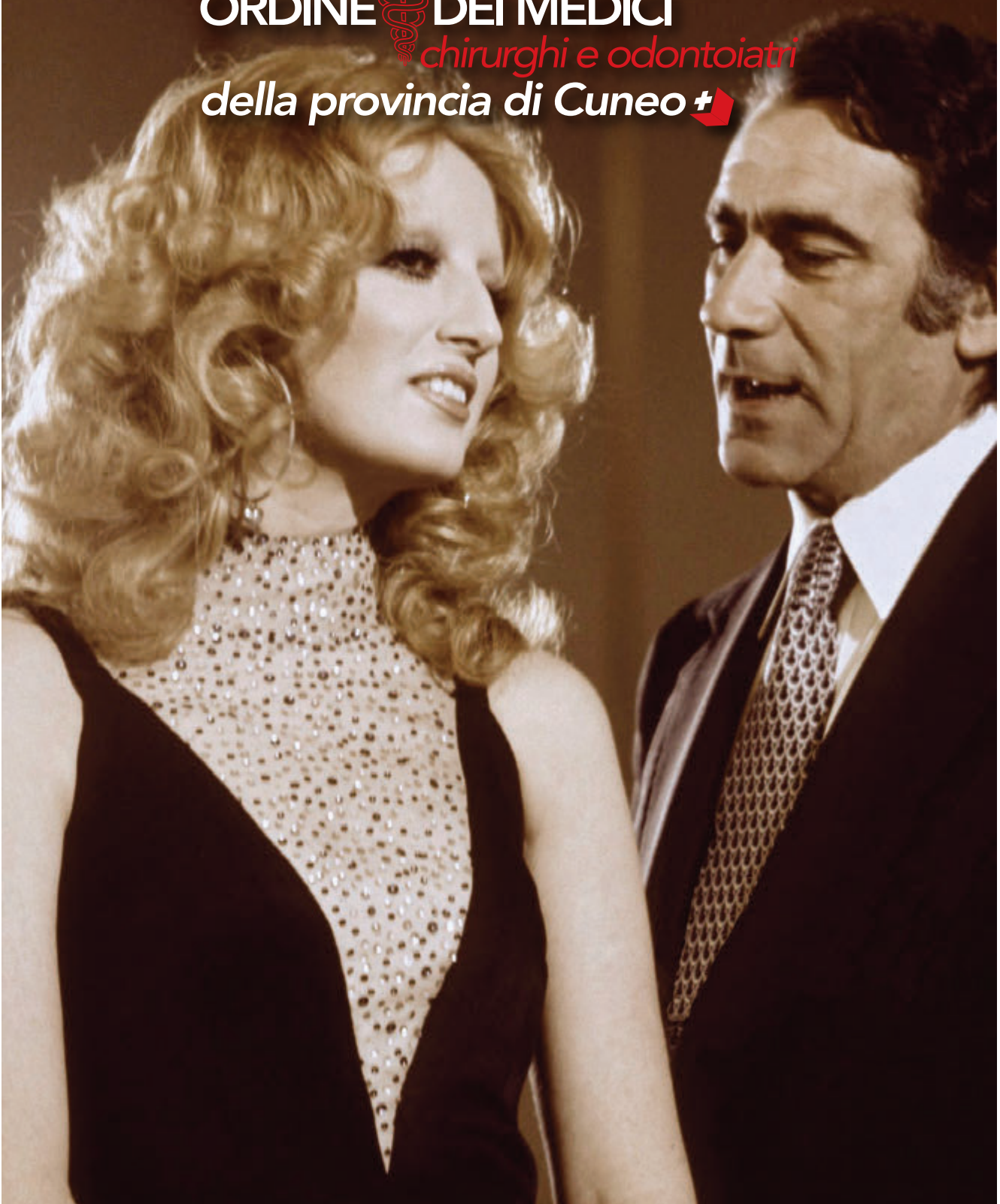


Poste Italiane S. p. A. - Spedizione in Abbonamento Postale -70% NO/CUNEO - N. 5 | Anno 2023

ORDINE **DEI MEDICI**
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo



INVITO A COLLABORARE ALLA REDAZIONE

I contributi dei Colleghi al Notiziario, che ospitiamo sempre e volentieri, sono l'espressione dell'esperienza personale, maturata nei singoli ambiti di lavoro. Gli Autori sono tenuti alla redazione di un lavoro originale e ne assumono la paternità, citando, quando necessario, le fonti o i coautori. Deve essere implicita, e nel caso dichiarata, l'assenza di conflitti di interesse o l'eventuale presenza di finanziamenti della ricerca e/o del progetto da cui scaturisce l'articolo.

Per le "pratiche cliniche" cui attenersi occorre fare riferimento unicamente a comportamenti e linee guida validati a livello nazionale ed internazionale. Gli articoli scientifici verranno valutati in base ai contenuti dal Comitato scientifico del nostro Ordine.

La collaborazione è aperta a tutti gli iscritti; la Direzione si riserva di valutare la pubblicazione e di elaborare i testi in base alle esigenze redazionali. Viene comunque raccomandata la brevità. Eventuali immagini a corredo degli articoli devono essere di proprietà dell'autore o acquisite con licenza, oltre che con risoluzione adeguata alla stampa tipografica (300dpi).

Vi preghiamo di inviare il materiale esclusivamente via e-mail a:

notiziario.omceo.cn@gmail.com

segreteria@omceo.cuneo.it

Il termine di consegna per il prossimo numero è stabilito entro il: 7 dicembre 2023.

IN QUESTO NUMERO

L'editoriale di Blengini questa volta tocca argomenti che travalicano la Scienza, per spingersi su temi di natura etica e filosofica ovvero: fino a quanto (e nel caso se e quando) l'Intelligenza Artificiale riuscirà a spingersi e a sostituire quella umana nel campo della Medicina e quale dovrà (o potrà...) essere il nostro atteggiamento a riguardo. Questo argomento è troppo attuale ed importante per non farne una seria materia di dibattito all'interno della classe medica, e senza aspettare a lungo.

Lasciando ai lettori il piacere della lettura mi spingo tuttavia in una previsione non richiesta: l'uomo, il Medico, stante invariata la tendenza, nel tempo verrà sostituito completamente dalla I.A. perché più andiamo avanti più agli Operatori sanitari, in molte realtà, sono richieste prestazioni ampiamente depurate dalla componente umana e quindi facilmente sostituibili da una "macchina intelligente", peraltro molto più di noi. Ovviamente a parole e nelle intenzioni di chi decide a livello politico ed amministrativo non è così ma da un punto di vista pratico l'organizzazione sanitaria, salvo rare eccezioni, non privilegia la componente "umana" della nostra professione, bensì quella "produttiva".

Le statistiche relative alla "performance" in Medicina già ora non riguardano quasi mai la qualità percepita dai pazienti circa il nostro operato ma il numero di prestazioni eseguite nell'unità di tempo (e poco importa come) oppure i corretti iter amministrativi delle stesse: su questo le macchine sono e saranno imbattibili e se poi arriveranno ad essere pure "empatiche" e con capacità di ascolto h/24 l'esito della contesa è scontato fin da ora.

Umberto Goglia nel suo articolo ci illustra come dovrebbe essere riorganizzata, secondo piani ormai ultradecennali, una parte del nostro SSN.

Viene da commentare, tuttavia, che di riforma se ne parla da anni ma quasi tutto rimane sempre e solo sulla carta e poco viene tradotto in pratica. Quali criteri oggettivi ci fanno pensare che sia in atto un reale cambiamento oppure: cosa lo ostacola e lo rallenta?

A seguire, forse non a caso, una sintesi circa la ripresa dell'attività della Federazione regionale degli Ordini dei Medici piemontesi.

Nel corso della prima riunione argomenti sono stati la burocratizzazione sempre più pressante della nostra professione e le problematiche relative alla riorganizzazione del servizio del 118.

Diamo infine spazio con piacere alle opere di due Colleghi, Lucio Mastrolia ed Alberto Arnaudo, che si sono saputi distinguere anche in altre arti, oltre quella medica.



INTELLIGENZA ARTIFICIALE (I.A.): QUALE FUTURO PER LA MEDICINA?

Claudio BLENGINI



Che molte cose stiano cambiando velocemente in Medicina credo sia sotto gli occhi di tutti. Il problema è che stanno cambiando in modo fin troppo rapido. Di fatto molto più celermente di quello che ci si poteva immaginare e che ci si sarebbe aspettati. L'epidemia Covid è stata un grande problema di Sanità pubblica che, seppur in modo meno drammatico, continua a creare difficoltà a Cittadini e Sanitari. Ci sono stati mesi in cui i reparti ospedalieri più che un luogo di degenza, di diagnosi e cura sembravano l'anticamera dell'inferno, quasi che l'Apocalisse biblica stesse materializzandosi con largo anticipo.



I medici si sono trovati impreparati ad affrontare l'inimmaginabile e l'impossibile, a brancolare nel buio, a non sapere e a non capire cosa succedesse e soprattutto come farvi fronte. Si sono trovati ad affrontare turni massacranti, decisioni etiche laceranti, a fronteggiare sofferenza, dolore e morte ben oltre a quello per cui erano preparati. Ci siamo accorti allora, a poco a poco, che il sistema non era pronto ad affrontare un evento epocale di queste dimensioni. E tutti, chi più chi meno, ne abbiamo pagato il prezzo. I grandi sconvolgimenti generano sempre sofferenza e cambiamenti, determinando scenari totalmente nuovi a cui non si era preparati e che non si potevano minimamente immaginare.

Il salto che avviene in queste situazioni è talmente epocale che lo scenario che ci si trova davanti è totalmente sconosciuto. Ci sono avvenimenti nella storia dell'Umanità che hanno cambiato in modo drammatico e sostanziale la sua evoluzione: dall'estinzione dei dinosauri fino alla rivoluzione industriale per arrivare a quella tecnologica e informatica dei nostri giorni. In questo articolo non voglio analizzare i limiti e le carenze del sistema sanitario, né le miopie dei politici e dei governanti che, pensando più ad un interesse personale e al tornaconto di bottega, hanno progressivamente snaturato l'essenza della Sanità pubblica di questo Paese e continuano a farlo con i risultati che sono ormai sotto gli occhi di tutti. L'ho già fatto in precedenza.

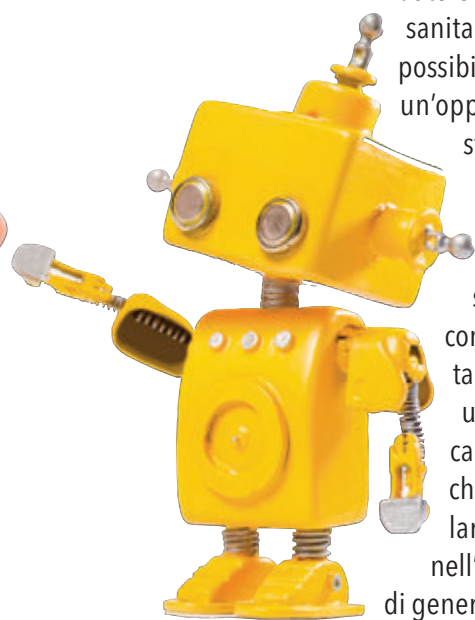
Quello che mi preme analizzare invece è come i cambiamenti epocali generano sì scenari totalmente nuovi, ma portano con sé anche risorse che, se ben utilizzate, possono

aiutare a gestire in modo più efficace le nuove sfide che il cambiamento ci obbliga ad affrontare. In alcuni decenni siamo passati dai telefoni a rotella ai primi cellulari di dimensioni corpose fino agli attuali schermi ultrapiatti e multifunzionali. In un recente esperimento hanno fatto vedere un telefono a rotella ai ragazzi delle nuove generazioni e questi hanno avuto non poche difficoltà a capire a cosa servisse, ma a farlo funzionare non ci sono proprio riusciti. Continuavano a pigiare i numeri e non si sognavano minimamente di fare girare la rotella. D'altronde se avessimo potuto dare un cellulare ad un nostro nonno avrebbe avuto le stesse difficoltà a capire a cosa servisse e a comprenderne il funzionamento. Sarebbe stato semplicemente inimmaginabile. Risorse diverse e strumenti diversi per epoche differenti con differenti modelli per la risoluzione dei problemi. Se i virus hanno una storia che dura da qualche miliardo di anni e hanno modificato nel tempo le loro caratteristiche per sopravvivere nelle diverse ere della storia dell'Umanità allo stesso modo l'Umanità nella sua evoluzione ha trovato di volta in volta gli strumenti e le soluzioni per sopravvivere ai cambiamenti che ne hanno minato la sopravvivenza e l'esistenza. La scoperta del fuoco e della ruota nel lontano passato, quella degli antibiotici, fino arrivare all'informatica e all'intelligenza artificiale (I.A.) dei nostri giorni sono solo alcune delle tappe importanti che hanno dato una svolta alla nostra evoluzione. A problemi diversi risorse e soluzioni differenti.

L'I.A. è la risorsa e il cruccio dei nostri tempi. Molti ne hanno magnificato le potenzialità ma, allo stesso tempo, molti ne hanno sottolineato le problematiche e i rischi. Questo è il grande interrogativo che attanaglia molti scienziati ai tempi nostri. **Risorsa o problema? Fino a dove e fino a quando e a quanto spingersi nel suo utilizzo e nella sua implementazione? Utilizzarla o demonizzarla?** E ancora, quanto può essere utile nel nostro specifico, cioè nella Medicina? Certo i sistemi informatici che governano la compilazione e l'aggiornamento delle cartelle cliniche così come le prenotazioni degli esami, la gestione delle liste di attesa, la compilazione dei referti sono ormai il pane quotidiano della nostra attività clinica. Così come la diagnostica per immagini, sempre più sofisticata, che si avvale di ricostruzioni computerizzate e multidimensionali a supporto di interventi clinici, sia diagnostici che terapeutici. Ma fin qui parliamo prevalentemente di implementazione informatica e di programmi, di ricostruzioni virtuali, di miglioramento di performance. Senza nulla togliere all'importanza e all'efficacia di queste implementazioni, va sottolineato che tutto questo attiene in prevalenza ad un utilizzo organizzativo e funzionale delle applicazioni in progress. Qui la macchina fornisce strumenti migliorativi sempre più sofisticati, ma senza avere alcuna valenza decisionale (o avendola per aspetti minimali e non certo sostanziali), valenza che in questi casi viene lasciata all'individuo e non alla macchina.

Ben diverso è applicare l'I.A. alla soluzione di problemi più o meno complessi, nel nostro caso in campo medico. Si aprono in questo caso nuovi ed affascinanti orizzonti, ma al contempo interrogativi di non poco conto. La prima domanda è: l'intelligenza artificiale può aiutare il clinico a risolvere un quesito diagnostico o a migliorare le scelte terapeutiche tra le varie opzioni in gioco? E ancora, fino a che punto deve essere l'intelligenza artificiale o quella umana ad avere la preminenza? Quali sono le situazioni in cui questa spetta alla prima o alla seconda? Esistono dei razionali per individuare schemi di approccio e di percorso definiti a priori? Quali sono i vantaggi e i limiti del far prevalere un'opzione o un'altra? L'I.A. è e diventerà sempre di più il convitato di pietra della partita della Medicina e non solo, che si voglia o meno accettarla o riconoscerla. Intendo l'I.A. che potenzialmente si vorrebbe porre come alter ego della valutazione umana nelle scelte decisionali, sia di natura diagnostica che terapeutica. Il vecchio adagio che la macchina non può sostituire l'uomo in una o più scelte decisionali potrebbe cominciare a scricchiolare nel prossimo futuro. Esistono sperimentazioni sul campo in progress da tempo su questo argomento e i risultati che si continuano ad acquisire meritano un'attenta riflessione da parte della classe medica. JAMA ha di recente pubblicato una serie di articoli sul tema, di libero accesso, che meriterebbero di essere letti e dibattuti con estrema attenzione da parte della classe medica. Questo perché è importante che i professionisti medici comprendano l'evoluzione dell'I.A. e riconoscano cosa significa e quale aiuto può fornire per l'assistenza sanitaria. È infatti importante, dicono gli esperti, capire come l'I.A. può integrarsi nell'assistenza sanitaria. Il Chief clinical officer di Google Health il dr. Michael Howell, è stato responsabile della qualità dell'Università di Chicago Medicine. È un ricercatore con all'attivo più di 100 articoli di ricerca, editoriali e capitoli di libri ed è co-

autore di un libro sull'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il dr. Howell ha sottolineato come la possibilità di lavorare per Google Health sia stata un'opportunità molto stimolante e al tempo stesso complessa per indagare i possibili scenari di utilizzo dell'I.A. in ambito sanitario. In questo ambito è di fondamentale importanza non solo che il cambiamento sia capito dai medici ma che esso avvenga con la partecipazione dei medici stessi, evitando che questi diventino l'oggetto del suo utilizzo e siano invece gli interpreti del cambiamento e del suo impiego. Da qualche tempo la Medicina ha cominciato a parlare di equipe multidisciplinari integrate nell'approccio al malato, così come di terapie di genere e individualizzate.



Le scelte sia in ambito diagnostico che terapeutico nascono sempre di più dal confronto tra i vari professionisti con competenze specifiche, così come dal confronto tra tutti gli operatori che si occupano del paziente. Tenendo in debito conto il punto di vista del paziente stesso, che va sempre debitamente informato in modo comprensibile e reso edotto e partecipe delle possibili opzioni e delle scelte. Non a caso il team clinico che si occupa di Google Health è composto da medici, infermieri, psicologi ed economisti sanitari e quando si occupa di realizzare prodotti che hanno un impatto sulla salute lavora fianco a fianco e gomito a gomito con ingegneri, product manager e ricercatori, ha spiegato il dr. Howell. La nuova chiave di lettura del paradigma della Medicina è la complessità. Il modello e l'ambito decisionale diventa molto più complesso del singolo individuo, sia essa medico o paziente, ma implica sempre di più un utilizzo articolato e integrato di risorse umane, informatiche e di I.A. Per dare risposte individuali complesse è necessario disporre di scenari allargati e di interazioni composite. Se la Medicina basata sulle evidenze (E.B.M., E.B.P.) è stata una svolta epocale nell'approccio clinico lo scenario prospettato dall'utilizzo dell'I.A. nell'assistenza sanitaria alza notevolmente l'asticella del possibile potenziale miglioramento dell'approccio individualizzato al singolo malato. È proprio la complessità di ogni singolo individuo (genere, razza, genotipo, fenotipo, situazione ambientale, fragilità...) così come il progredire della scienza medica nel definire quadri sempre più complessi a livello diagnostico-terapeutico che richiede un approccio altamente sofisticato alla complessità. È evidente come la possibilità dell'I.A. di immagazzinare milioni di informazioni qualificate e attendibili in campo diagnostico e terapeutico e di passarle in rassegna rapidamente per dare un panel di opzioni possibili è di gran lunga più rapido, efficace e performante dell'approccio al problema fatto dal singolo individuo. La logica vorrebbe che l'utilizzo dell'I.A. e delle sue implementazioni in Medicina dovrebbe servire a riguadagnare il tempo speso (qualcuno dice perso) per risolvere non solo i tanti problemi che vanno sotto il termine di "burocratico", ma anche quelli legati all'individuazione delle fonti qualificate su cui basare un'ipotesi diagnostica, una diagnosi differenziale e un ventaglio di opzioni diagnostico terapeutiche per una determinata situazione clinica. Sono notevoli i passi che ha fatto l'I.A. in campo medico nel definire modelli di raccolta dati e di conseguenza di opzioni di risposte cliniche a problemi medici più o meno complessi. Il problema sta per ora nelle lacune evidenziate ancora in certi processi decisionali o in alcuni tipi di risposta che i sistemi che da tempo si stanno testando sul campo sono attualmente in grado di dare. Anche se i miglioramenti e le implementazioni sono esponenziali e in progress continuo. Il gap per ora, oltre che nella capacità di produrre processi decisionali qualificati che tengano conto di evidenze scientifiche accreditate, è ancora a volte inficiato dalla potenzialità dell'intelligenza artificiale di ottenere i dati mancanti sfruttando il modello della ricostruzione delle informazioni assenti su base ipotetica, attingendo ad elementi formali acquisiti dalla ricognizione sul problema, più che sulla verifica degli stessi da fonti attendibili. Questo sul modello sviluppato per i sistemi di scrittura o di acquisizione/ricostruzioni di immagini su dati indiretti che provano a suggerire soluzioni possibili e credibili.

Questo è un limite non da poco per quanto riguarda i processi decisionali che hanno a che fare con la salute umana. Se è vero che per ora nessuna intelligenza artificiale può sostituirsi completamente nel campo decisionale in Medicina all'individuo è facile ipotizzare come i sistemi esperti in Medicina attualmente in fase sperimentale sempre più avanzata possano sempre più diventare una risorsa efficace a servizio del medico per favorirne e semplificarne il lavoro. La domanda in prospettiva è se ci sia il rischio che prima o poi in determinate situazioni lo possa sostituire e se sì con quali implicazioni e con quali risultati? Il primo possibile campo applicativo, secondo chi se ne sta occupando è il suo impiego nella gestione sanitaria in Paesi sottosviluppati dove la presenza di personale sanitario è estremamente limitata o del tutto assente. In queste situazioni l'I.A. può diventare un mezzo utile per rispondere alle sempre più pressanti richieste in ambito sanitario. Non va poi dimenticato come sia già in parte utilizzata proprio in ambito sanitario (Babylon Health) come primo mezzo di contatto e risposta dal sistema sanitario inglese. La grande sfida sarà inserirla nella programmazione e gestione dei percorsi sanitari per velocizzare i tempi in fase diagnostica e terapeutica, oltre che burocratica, in modo da far ritrovare al medico quel tempo per informare e dialogare con il malato che è tempo fondamentale di cura e che per i più svariati motivi si sta riducendo al lumicino. Quello che bisogna ancora chiedersi poi è se il medico saprà cogliere questa opportunità partecipando attivamente alla sua realizzazione e implementazione senza subirla e se l'Università avrà la capacità, la competenza e soprattutto la lungimiranza di formare i giovani medici al suo oculato utilizzo nel rispetto del malato come persona. Apprendimento automatico e intelligenza artificiale sono due termini molto diversi tra loro, con implicazione significativamente differenti. Ed è proprio su questo che si basa la svolta di prospettiva dell'impiego dell'I.A. in molti campi compreso quello medico. Apprendimento automatico è sinonimo di analisi predittiva, cioè l'espressione di una predittività basandosi su una regressione logistica ed è quella che, come clinici, siamo abituati ad usare e maneggiare a partire dagli studi clinici riportati in letteratura: insomma un numero di percentuale probabilistica. L'I.A. è qualcosa di completamente diverso, non l'espressione di un dato probabilistico, ma la capacità di generare un linguaggio naturale, quello che noi esseri umani abbiamo imparato ad utilizzare per interagire gli uni con gli altri. È quello che ci permette di connetterci con altri individui, di scambiare informazioni. È questo il salto epocale che è avvenuto con ChatGPT il 30 novembre del 2022. Ed è questo che al contempo affascina e spaventa gli scienziati, gli uomini di cultura e non solo. Abbiamo quindi una macchina che è molto simile a quella umana, con un apprendimento qualitativamente diverso dall'apprendimento automatico con tutte le implicazioni che ne derivano. La chiave di volta epocale è che l'I.A. non solo può prevedere, ma è capace di generare un linguaggio naturale e quindi è potenzialmente in grado quasi di agire come un essere umano nelle sue interazioni. Questa è la fondamentale differenza dall'apprendimento automatico dei sistemi precedenti. La relazione paziente-medico riguarda le relazioni umane e il linguaggio è la mediazione di quella relazione. E ora abbiamo una macchina che può farlo.

Quello con cui avremo a che fare è un'intelligenza artificiale generativa capace di generare flussi intesi come: linguaggio, musica, immagini al di fuori di una sequenza preordinata e probabilistica. Alla base di tutto questo ci sono i grandi modelli linguistici intesi come milioni di informazioni che vengono ingurgitati dalla macchina. Il problema sta nella generazione delle risposte che può dare e nella capacità progressiva di miglioramento del sistema tra la ripetizione di informazioni a pappagallos (pappagallos stocastico) su base probabilistica e la capacità di generare risposte autonome e indipendenti. È questa l'ipotesi tendenziale su cui stanno lavorando gli scienziati nell'implementazione del sistema. A quale livello la macchina possa arrivare è difficile prevederlo ed è proprio questo che da una parte affascina e dall'altra spaventa. Insomma, l'eterno dilemma di Faust. In aprile è stato pubblicato un articolo su JAMA Internal Medicine di Ayers et al, secondo cui GPT può fornire risposte precise ed empatiche quanto i medici che rispondono alle domande poste dal pubblico su Internet. La domanda che ci si dovrebbe porre è: se è altrettanto accurato ed empatico, va bene? Dovremmo prima o poi pensare ad una sostituzione di ruolo? Dovremmo usare semplicemente GPT o perdiamo qualcosa? Dobbiamo pensare se stiamo perdendo qualcosa. Tutto questo ci dovrebbe costringere a pensare a cosa sia il medico, a cosa c'è di umano nel medico e a cosa dovremmo preservare e migliorare utilizzando la tecnologia come implementazioni delle aree carenti che necessitano di supporti dedicati per migliorarle e renderle più efficaci. L'obiettivo è una migliore efficienza operativa. Il problema da porsi, su cui solo di recente si comincia a riflettere, è la complessità della Medicina e la complessità degli scenari di intervento: non solo paziente, ma paziente con la sua storia, il suo vissuto, il suo ambiente familiare e lavorativo, le sue credenze, le sue relazioni umane e sociali. Certo come medici e clinici dobbiamo fare diagnosi, ma a pensarci bene la maggior parte di quello che facciamo (e per il quale non siamo stati preparati) non è solo diagnosi, ma qualcosa di ben più complesso. Quindi non solo diagnosi e terapia come ci è stato insegnato, ma pianificazione dei problemi connessi a cascata con la diagnosi e la terapia e la logistica per la loro gestione. Se proviamo a riflettere vediamo che il sistema in cui stiamo operando è ben più complesso del semplice paradigma diagnosi e cura che ci è stato insegnato all'università. La posta in gioco nel futuro della Medicina è altissima dato che la Salute, per vederla anche solo in termini economici, rappresenta una parte considerevole del Pil di un Paese. E d'altra parte qual è il settore che presenta una incongruenza tra il notevole dispendio economico e l'inefficienza gestionale, pur rappresentando una parte enorme dell'economia di un Paese? È l'assistenza sanitaria. Sull'I.A. sono stati investiti miliardi di dollari e altri sono in arrivo per cui si faranno cose grandiose e spettacolari. La domanda è se i medici saranno in grado di governare il fenomeno e di portare nel cambiamento epocale che si sta verificando i loro valori e la loro visione, diventando attori e protagonisti del cambiamento o ne subiranno solo le conseguenze, diventando meri esecutori di scelte definite e programmate in altre sedi da altri, diventando unicamente gli effettori finali? L'interrogativo non è di poco conto. Vale la pena di pensarci attentamente e rapidamente.

PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ

DISPOSITIVI NORMATIVI VIGENTI

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si è tradizionalmente organizzato, investendo gran parte delle risorse, nella diagnosi, cura e gestione del settore delle *malattie acute*⁽¹⁾, secondo un modello biomedico di attesa, seguendo un flusso monodirezionale del tipo:

INCIDENTE / ACCIDENTE > DANNO/ALTERAZIONE > ACCESSO ALLA STRUTTURA DI SERVIZIO (DIAGNOSI, CURA, ASSISTENZA)

Infatti, seguendo tale paradigma, la normativa e la legislazione nazionale ha visto nel 1968 con la Legge Mariotti (Legge 132/1968) la riforma degli ospedali, che diventano da Enti di assistenza e beneficenza Enti pubblici, standardizzando obblighi e doveri delle strutture su tutto il territorio, classificandoli in zonali, provinciali e regionali.

Contemporaneamente le professionalità cliniche, quindi medici ed infermieri, operanti negli Enti ospedalieri, che con le successive riforme entravano a far parte del SSN come Aziende, erano reclutate con una modalità contrattuale lavorativa tipica della "dipendenza", modificandosi pertanto anche il rapporto con le organizzazioni ordinistiche che vedono sempre maggiormente perdere autorità ed autorevolezza nella organizzazione della professione. Per le categorie quindi di medici ed infermieri viene sempre più a crearsi una relazione tipica datore di lavoro / prestatore di opera.

Coerentemente a tale visione, anche il monitoraggio e la contabilizzazione di tale rapporto lavorativo avviene mediante una applicazione meccanicistica di "prestazioni" individuate mediante "codici" numerici, che rendono ragione della produttività di una struttura in particolare e di una azienda in generale.

L'assistenza primaria, definita anche impropriamente "di base", è stata poco normata negli anni, sia a causa dell' approccio culturale sopra indicato, sia perché i professionisti medici della Medicina Generale hanno mantenuto un rapporto lavorativo "convenzionato" con il SSN ed i SSR, con le note opportunità e limiti che tale rapporto presentava.

Motivazioni di ordine sociale, come la inversione della piramide demografica, sono alla base delle problematiche e delle sfide del futuro.

In Italia l'aspettativa di vita nel 1880 era di 35,4 anni, nel 1900 di 42,8 anni, nel 1930 di 54,9 anni e nel 1959 di 65,5 anni. Oggi l'aspettativa di vita in Italia è di 82 anni per gli uomini e 86 anni per le donne⁽²⁾. Tale fenomeno viene spiegato secondo la teoria della *transizione demografica*⁽²⁾.

Se osserviamo i principi di questa teoria, considerando i tassi di natalità e di mortalità, capiamo con tutta evidenza che questo fenomeno accompagnerà a lungo l'Italia ed i Paesi del mondo occidentale, a causa dei ridotti tassi di natalità ed indici di fecondità (Fig. 2).

Umberto GOGLIA



La Cronicità in Italia

Secondo elaborazioni di Osservasalute su dati ISTAT (Indagini Aspetti della Vita Quotidiana, Anno 2017), oltre 24 milioni di soggetti dichiarano almeno una malattia cronica, ed oltre 12 milioni almeno due patologie, valori in crescita secondo le proiezioni 2028 e 2038. Tuttavia, se analizziamo gli ultimi dati epidemiologici su una delle patologie a maggiore complessità, come il diabete, si osservano numeri reali maggiori delle proiezioni ISTAT, con il raggiungimento di circa 4 milioni di soggetti diabetici già nel 2023 e non nel 2038.

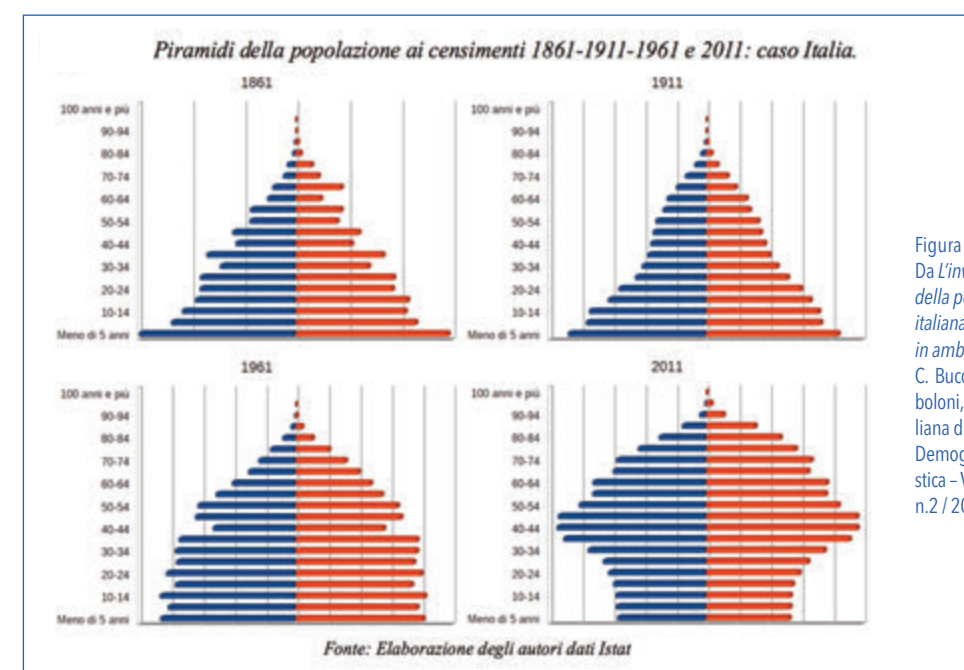


Figura 1.
Da *L'invecchiamento della popolazione italiana e i suoi effetti in ambito economico* C. Buccianti, M. Semboloni, in *Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica* - Volume LXXIV n.2 / 2020

Tale esempio rende ragione ancora maggiormente dell'emergenza in corso, se consideriamo anche gli elevati tassi del sovrappeso e della obesità infantile⁽³⁾.

Nell'indagine ISTAT *Aspetti della vita quotidiana*⁽⁴⁾, che valuta il biennio 2020-2021, viene effettuata una ripartizione molto interessante, regione per regione, su soggetti in "buona salute" e "multicronici", con documentazione di un tasso standardizzato medio di 32 per 100 persone oltre i 65 anni (Fig. 3.)

Alla luce di questo andamento e di tali informazioni, la programmazione sanitaria e quindi i dispositivi normativi hanno dovuto affrontare la problematica della presa in carico della cronicità.

Figura 2.
Le cinque fasi
della transizione
demografica.
Da *L'invecchiamento
della popolazione
italiana e i suoi effetti
in ambito economico*
C. Bucciante, M. Sem-
boloni, in Rivista Ita-
liana di Economia
Demografia e Stati-
stica - Volume LXXIV
n.2 / 2020

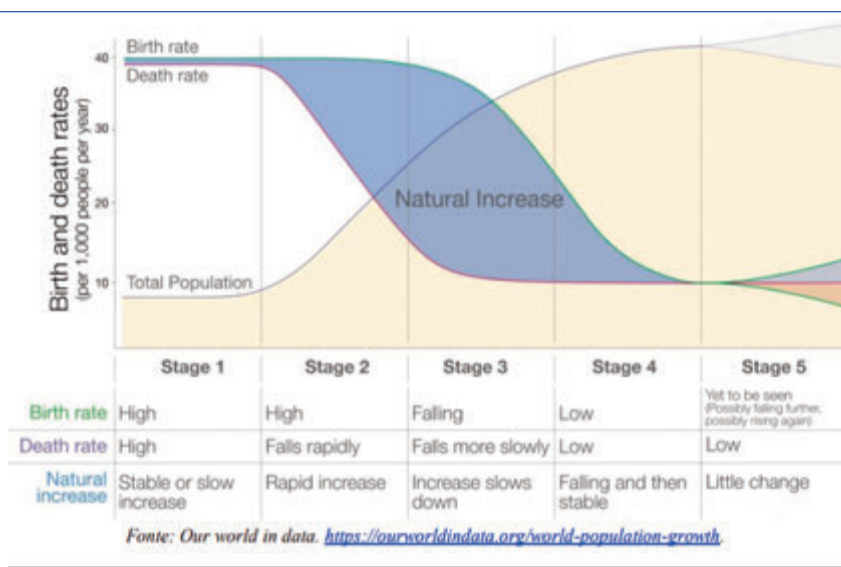
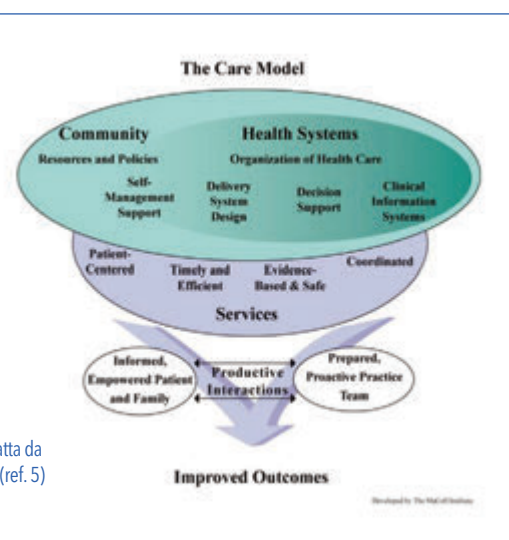


Fig. 4.
Immagine tratta da
Wagner et al (ref. 5)



Le principali caratteristiche delle patologie croniche sono l'insorgenza graduale nel tempo, l'eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile, una cura continua e non sempre risolutiva, una terapia eziologia quasi mai disponibile ed una presa in carico del sistema sanitario a lungo termine. Le due *milestones* culturali sulle quali s'impenna la legislazione e la contrattistica lavorativa sono:

- il *Chronic Care Model*
- il *Modello Integrato di Disease Management*

Il *Chronic Care Model* è un modello di assistenza medica sviluppato da Edward H. Wagner e colleghi con i suoi primi lavori pubblicati dal 1996 e numerosi sono gli esempi di efficacia di tale metodo⁽⁵⁾.

Al fine di ottenere i migliori risultati è necessaria una interconnessione continua e profonda con gli altri livelli organizzativi della comunità, che possono essere esterni al sistema sanitario stesso: regole e risorse economiche giocano un ruolo fondamentale, per una prospettiva coerente di buona salute (Fig.4)

	Buona salute		Multicronici	
	18+ anni	65+ anni	18+ anni	65+ anni
Piemonte	69,8	44,4	9,0	25,7
Valle d'Aosta	74,0	49,9	8,4	24,4
Liguria	71,7	45,3	10,3	30,3
Lombardia	69,7	43,4	9,8	29,1
PA di Bolzano	77,6	56,2	6,9	21,9
PA di Trento	75,6	51,3	7,5	22,5
Veneto	69,9	43,3	9,0	26,9
Friuli Venezia Giulia	72,1	45,9	9,5	27,6
Emilia Romagna	71,2	44,9	9,8	27,5
Toscana	72,4	44,1	9,5	27,6
Umbria	72,0	45,2	11,0	32,0
Marche	69,1	40,7	10,3	29,9
Lazio	70,1	40,1	10,7	30,9
Abruzzo	70,7	38,9	11,9	35,4
Molise	66,7	37,1	9,9	28,3
Campania	67,2	30,3	14,3	43,3
Puglia	69,6	37,3	12,6	34,6
Basilicata	64,2	28,2	12,8	37,4
Calabria	60,5	25,0	14,7	41,6
Sicilia	67,2	31,0	13,4	39,2
Sardegna	65,8	37,4	13,8	38,0
Nord-Ovest	70,0	43,9	9,6	28,3
Nord-Est	71,3	45,2	9,2	26,8
Centro	70,8	41,8	10,3	29,8
Sud	67,2	32,5	13,5	39,3
Isole	66,8	32,6	13,5	38,9
Italia	69,4	39,8	11,0	32,0

Fonte: Istat. Indagine "Aspetti della vita quotidiana".

Il modello integrato di disease management⁽⁶⁾ rappresenta, partendo dalla patologia, il percorso della presa in carico del problema da parte dei differenti attori che intervengono nel sistema, in punti successivi per tempo e criticità, e presuppone una forte integrazione tra i diversi livelli funzionali e strutturali dell'organizzazione sanitaria (Fig.5).

Sulla scorta pertanto di questi modelli, il legislatore ha avviato dei percorsi normativi che avessero come obiettivo una rimodulazione del sistema organizzativo sanitario, soprattutto per quanto concernesse l'assistenza primaria generalista e specialistica. Secondo tale visione, la nuova modulazione avrebbe dovuto completare le riforme degli ultimi anni del sistema ospedaliero, partecipando e colloquiando con esso (DM70).

Fig. 5.
L'approccio di riferimento è il *disease management*, nel quale l'intera rete d'assistenza s'impegna a prendersi carico della sua patologia e della sua complessità, in un percorso temporale definito e specifico.



Principali riferimenti normativi e regolatori

La Legge 189/2012 rappresenta il primo forte riferimento generale per la gestione della cronicità ⁽⁷⁾. Renato Balduzzi, Ministro tecnico del Governo Monti, succeduto a Ferruccio Fazio che aveva già avviato un lavoro di riforma, firmò il Decreto Legge (DL 158 del 13/09/2012) sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e regolamentazione dell'attività medico-scientifica.

Più precisamente la riforma coinvolgeva la sanità territoriale, nella sua necessità di modifica profonda delle attività organizzative. L'articolo della Legge prevede che:

- a) Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri
- b) Si individuino nuove forme organizzative **mono-professionali**, denominate **aggregazioni funzionali territoriali (AFT)**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi
- c) Si individuano forme organizzate **multi-professionali** denominate **unità complesse di cure primarie (UCCP)**, che erogano in coerenza con la programmazione regionale prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle ostetriche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale e rilevanza sanitaria.

In particolare, **le Regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.**

Le Regioni, infine, avvalendosi di idonei sistemi informatici assicurano l'**adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informatico e al SSN**, compresi gli aspetti relativi al sistema tessera sanitaria.

Il secondo dispositivo normativo cardine è rappresentato dal Patto per la Salute 2014-2016 e 2019 - 2021.

Il Patto per la Salute rappresenta un **accordo finanziario e programmatico** tra Governo e Regioni, di durata triennale, in merito alla spesa ed alla programmazione ⁽⁸⁾.

L'articolo 5 del Patto della Salute riguarda l'Assistenza Territoriale, ed è opportuno richiamarlo nella sua interezza nei commi 1, 2 e 21, al fine di far emergere la forza con cui viene richiesta l'attivazione di queste nuove forme organizzative.

a) Comma 1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN, come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

b) Comma 2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle ASL ai sensi dell'art. quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

c) Comma 21. Al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, il Ministero della Salute... predispone il "Piano Nazionale della Cronicità" da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Il Patto per la Salute 2019 - 2021 ⁽⁹⁾ è risultato essere il fisiologico prosieguo del sentiero tracciato dal Patto del triennio precedente. Si tratta di un documento di 17 Schede. La numero 8 riguarda lo Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute e dello sviluppo delle reti territoriali: "Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento... con l'obiettivo di promuovere il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera

scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone".

Il "Piano Nazionale della Cronicità" è un documento pubblicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, come Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, datato 15 settembre 2016⁽¹⁰⁾. È un volume di 149 pagine che rappresenta un vero manuale teorico-pratico per l'approccio alla cronicità. Il Piano, più precisamente:

- *"si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire la cronicità che, pur sottoposto a un processo di contestualizzazione che tenga conto di quanto fatto dalle singole Regioni, porti nel tempo al progressivo affermarsi di un disegno unitario che garantisca, nel rispetto delle differenze, la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti"*
- *ribadisce che "l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e 'dimissioni assistite' nel territorio finalizzate a ridurre il dropout della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità"*

Inoltre molto spazio viene dato ai Percorsi Assistenziali dei soggetti con patologia cronica, all'interno di un Continuum assistenziale (Figura 6), che:

- a) deve essere pianificato nel lungo periodo e gestito in modo proattivo e differenziato, per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni specifici e prevenire l'insorgenza di complicanze evitabili
- b) deve essere condiviso e gestito da un team composto da diverse figure (MMG, PLS, Infermiere, Specialista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura
- c) preveda un *follow up* che dovrà essere gestito con una maggiore o minore presenza dell'uno o dell'altro attore assistenziale, a seconda delle fasi e del grado di complessità, che mantiene sempre e comunque la propria "appartenenza" al Team integrato ed a tutta la rete assistenziale

Il territorio quindi, secondo il Piano Nazionale della Cronicità, rappresenta il luogo privilegiato per valutare i bisogni del paziente e presidiare i percorsi dei pazienti cronici, costituendo un centro di offerta proattiva e personalizzata di servizi in integrazione e in continuità con l'offerta sociosanitaria.

Infatti il territorio costituisce il *setting* migliore per affrontare e gestire tutte le complessità e le eventuali comorbidità, anche grazie alla possibilità di avvalersi di competenze

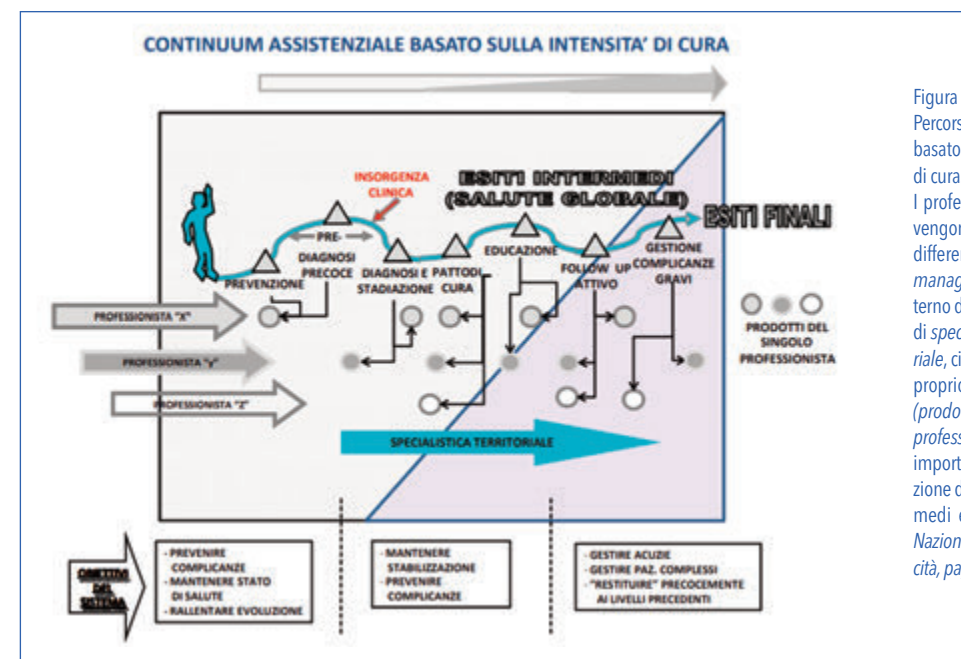


Figura 6. Percorso Assistenziale basato sull'intensità di cura. I professionisti intervengono in momenti differenti del *disease management*, all'interno di un quadro di *specialistica territoriale*, ciascuno con un proprio contributo (*prodotti del singolo professionista*), con importanza di valutazione degli esiti intermedi e finali (Piano Nazionale della Cronicità, pag. 27)

specialistiche multidisciplinari articolate, per quanto possibile, in sistemi "a rete" di tipo ambulatoriale (ambulatori protetti, ambulatori specialistici multidimensionali e multidisciplinari, *day service*) o ospedaliero diurno (*day hospital*, *day surgery*), o in ospedali di comunità, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati o di grande severità e complessità. Sempre secondo l'indirizzo nazionale del Piano della Cronicità, occorre adeguare l'organizzazione territoriale ed ospedaliera, rivedendo l'intera filiera dei suoi servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa complessità.

In conclusione la sfida è quella di implementare le previsioni normative della legge n.189/2012 e del Patto per la salute 2014-2016, riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale in modo da fornire ai cittadini un servizio nuovo ed efficace, capace di rispondere ai loro bisogni e ai bisogni emergenti della società. L'obiettivo è di superare la modalità frammentata che caratterizza molti servizi e improntare l'assistenza territoriale a nuovi principi di tutela delle persone:

- *Chronic Care Model*
- *Presa in carico*
- *Garanzia della continuità dell'assistenza*
- *Utilizzo di equipe multidimensionali, con conseguente riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso e attuazione di una vera e propria assistenza H24*

L'ultimo dispositivo legislativo cardine sulla gestione della cronicità ha visto la luce immediatamente dopo la fase acuta della pandemia da Covid-19.

Si tratta del Decreto Ministeriale 21 maggio 2022 n 77 ⁽¹¹⁾, sul regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, rientrante nella Mission 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La Mission 6 del PNRR consta di due parti: la M6C1, sulle Reti di Prossimità, strutture e telemedicina e la M6C2 su Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Il DM77, che nasceva inizialmente come DM71, rappresenta la declinazione ultima dei principi innovativi che ispirano la gestione della cronicità sul territorio, affrontando quelli che rappresentano gli Standard cui far riferimento nella costruzione di questo modello.

Anno	Dispositivo	Tipologia	Livello	Principali Aspetti
2012	Legge 189/2012 (LEGGE BALDUZZI) (DL 13/9/2012)	Legge di Stato	Stato	Attivazione Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)
2014	Patto per la Salute 2014-2016	Accordo Finanziario	Stato - Regioni	Promozione della multiprofessionalità e interdisciplinarietà di AFT - UCCP. Attivazione di un Piano per la Cronicità
2016	Piano Nazionale Cronicità	Accordo Programmatico	Stato - Regioni	Individuazione di reti multispecialistiche in nuove forme organizzative; integrazione cure primarie con intermedie, anche mediante la digitalizzazione
2019	Patto per la Salute 2019 - 2021	Accordo Finanziario	Stato - Regioni	Integrazione nei modelli organizzativa della specialistica ambulatoriale convenzionata
2022	DM 77	Decreto Legge	Stato	Individuazione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali

Il potenziamento dell'assistenza quindi si basa sulla risultante della interconnessione di 4 modelli ⁽¹²⁾, secondo specifici principi:

- Modello Assistenziale: stratificazione della popolazione, medicina di iniziativa, cure integrate
- Modello Organizzativo: gestione dei servizi, del personale e copertura di esso
- Modello Logistico: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità
- Modello Digitale: Cartella Territoriale, Telemedicina, Integrazione Ospedale-Territorio

Alla luce di quanto abbiamo riassunto (Tab. 1), da tempo l'organizzazione dell'assistenza territoriale della cronicità è stata oggetto di ripensamento e rimodulazione.

Sicuramente gioca un importante ruolo la problematica degli investimenti e delle risorse, ma ancora maggiormente la volontà e la motivazione da parte dei protagonisti e degli attori del sistema.

Investimenti e progetti, senza coinvolgimento e reale presa di coscienza del cambiamento non bastano a modificare i livelli organizzativi: sono cioè condizioni necessarie, ma non sufficienti.

Ora è il tempo da parte delle Regioni e delle aziende territoriali di fare la propria parte, dei professionisti della salute di mettersi in gioco, delle organizzazioni sindacali di favorire e spiegare che si tratta di un cambiamento epocale, ed è necessario abdicare a consuetudini e modalità ormai anacronistiche e non più accettabili, al fine di ritornare in sintonia con i veri bisogni della popolazione.

Bibliografia e sitografia essenziale.

1. Dalle Case della Salute alle Case della Comunità - le Sfide del PNRR per la sanità territoriale - Antonio Brambilla, Gavino Maciocco - Carocci Editore 2022
2. L'invecchiamento della popolazione italiana e i suoi effetti in ambito economico - Cinzia Buccianti, Martina Sembo-
loni, in Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica - Volume LXXIV n.2 Aprile-Giugno 2020
3. <https://data.worldobesity.org/rankings/?age=a&sex=m> (visita del 25/09/2023)
4. Aspetti della Vita quotidiana - Indagine ISTAT https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3270_allegato.pdf (visita del 25/09/2023)
5. Wagner EH, Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. *Milbank Q.* 2019 Sep;97(3):659-664. doi: 10.1111/1468-0009.12416
6. Da Gestione integrata e percorsi assistenziali, 3/2011 - Il Pensiero Scientifico Editore
7. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/11/10/012G0212/sg> (visita del 25/09/2023)
8. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2986_listaFile_itemName_8_file.pdf (visita del 25/09/2023)
9. <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/> (visita del 25/09/2023)
10. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2584_allegato.pdf (visita del 25/09/2023)
11. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg> (visita del 25/09/2023)
12. <https://salutedigitale.blog/2022/05/09/focus-su-dm71-stratificazione-della-popolazione/> (visita del 25/09/2023)

RIPRENDE L'ATTIVITÀ DELLA FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI PIEMONTESI

Ufficio Stampa OMCeO Novara



Dopo un periodo di inattività, è stata ricostituita, su iniziativa del dott. Federico D'Andrea (presidente dell'Ordine novarese) la Federazione regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Piemonte. Nel corso della prima riunione, che ha visto intervenire tutti i presidenti provinciali o loro rappresentanti, sono stati affrontati due argomenti di stretta attualità: la riorganizzazione del servizio del 118 e le problematiche legate alla sempre più accentuata burocratizzazione della professione. Temi sui quali verranno preparati appositi documenti che verranno presentati all'Assessore Regionale alla Sanità.

"Proprio l'esigenza di confrontarci costruttivamente con la Regione – afferma il dott. D'Andrea – ci ha portati a ricostituire la Federazione regionale, in modo da presentarci agli incontri in maniera unitaria e quindi di avere maggior potere contrattuale".

"Il documento regionale sulla riorganizzazione del 118 – è stato detto durante la riunione – ci preoccupa perché la strada intrapresa è quella di una presenza costante del personale infermieristico sulle ambulanze e una relativa limitazione degli interventi dei medici sul posto. In più va sottolineato come gli Ordini non siano stati coinvolti, né informati. Non solo, ma dalla Regione è stato detto che gli Ordini non avevano alcun potere di modificare i contenuti, che era già stato deciso e il relativo documento veniva inviato solo per conoscenza. Non è il caso di proporre una sorta di "guerra" di religione tra le due componenti, entrambe essenziali, del sistema dell'emergenza. Limitare la presenza del medico sulle ambulanze risponde ad un altro problema, ovvero quello dell'assenza di un numero sufficiente di medici nel servizio 118. Un'emergenza che ben difficilmente si potrà colmare, stante il fenomeno, sempre più accentuato, di abbandono del Servizio Sanitario pubblico da parte dei sanitari. Quindi, invece di intervenire alla radice del problema (ovvero trovare il modo di aumentare il numero dei medici) si trova il palliativo di mettere in ambulanza solo degli infermieri, peraltro certamente preparati".

Altro argomento trattato nella prima riunione della Federazione regionale è stato quello della sempre più accentuata burocratizzazione della professione. Condividiamo una relazione che ha evidenziato una serie di problematiche:

- Sette ore al giorno per compilare moduli e firmare referti
- Un'ora e mezza per verbali operatori complessi validati in tutte le proprie parti
- Un'ora per compilare le cartelle cliniche digitali
- Almeno 15 minuti per la trasmissione di ricovero all'INPS e 20 minuti per una certificazione di decesso allo stesso ente.

"Molti medici vanno in pensione prima del tempo o addirittura si ritirano e cambiano attività per il problema della burocrazia e del tempo perso a fare cose che non sono proprie della professione che hanno scelto: il medico deve tornare a fare il medico".

BUROCRATIZZAZIONE DELL'ATTO MEDICO

La burocrazia e la tecnocrazia in medicina sono temi attuali che impattano notevolmente sull'operato dei medici e sulla salute dei cittadini, non sempre in termini positivi. Da ormai vent'anni, con velocità crescente ed esponenziale, MMG e medici specialisti dipendenti del SSN si confrontano ogni giorno con innumerevoli difficoltà che sottraggono tempo di cura. L'informatizzazione, nata dall'esigenza di risparmiare tempo da utilizzare nella conoscenza e nell'ascolto del paziente ed ottimizzazione delle risorse, si è progressivamente trasformata in pesante vincolo. La digitalizzazione dei flussi documentali in Sanità richiede sicuramente la collaborazione dei medici, chiamati ogni giorno a produrre dati da cui prenderanno vita atti e documenti ufficiali, oltre che necessari, per il controllo di efficacia farmaceutica, efficienza dei processi e controllo della spesa... ove si è perso lo scopo di migliorare e, perché no, semplificare, il lavoro dei medici. Tra questi citiamo:

1. Piani terapeutici
2. Registri di patologia, trattamento, monitoraggio dei farmaci
3. Note
4. Ricette dematerializzate
5. Certificati INPS, INAIL, di decesso, di malattia ambulatoriali ed in dimissione
6. Digitalizzazione del sistema con hardware e software inadeguati:
 - Cartelle cliniche elettroniche
 - Fascicolo Sanitario Elettronico
 - Dati derivati da App o Devices di salute
 - Prescrizioni della farmaceutica convenzionata ed ospedaliera
 - Ricoveri ospedalieri/Schede di Dimissioni Ospedaliere
 - Prestazioni specialistiche ambulatoriali e relativa erogazione, Recupero liste d'attesa

1-2) **Piani terapeutici e registri**, implementati con lo scopo di monitorare l'utilizzo di terapie innovative, registrandone gli effetti, come metodo di controllo di spesa, per raccogliere evidenze su farmaci-terapie e favorirne un uso appropriato, per seguire il percorso di cura, di dispensazione e di valutazione clinica del paziente nel tempo, la loro evoluzione è risultata lenta rispetto all'innovazione scientifica. Ad oggi abbiamo ancora una grande quantità di piani terapeutici cartacei che intasano il lavoro dei medici e limitano l'accesso dei pazienti alle cure. Per non parlare dei registri di medicinali (circa 264 indicazioni terapeutiche relative a 155 farmaci) che hanno dimostrato di non essere stati efficienti e di non aver contribuito ad una riduzione della spesa.

3) **Note**: introdotte nel 1993 a seguito dell'istituzione del nuovo Prontuario Terapeutico del Servizio Sanitario Nazionale e originariamente pensate come strumento di governo della spesa farmaceutica, sono progressivamente diventate un mezzo per assicurare l'appropriatezza d'impiego dei farmaci,

orientando le scelte terapeutiche a favore di molecole più efficaci e sperimentate. Se le Linee Guida partono dal caso clinico e propongono di volta in volta i possibili percorsi terapeutici, le Note, invece, partono dal farmaco, indicando per quali patologie e in quali condizioni il suo utilizzo è riconosciuto "rimborsabile" dal Servizio Sanitario Nazionale. L' applicazione delle Note, ormai alla numero "100" con relative delucidazioni d'uso (circa 700 pagine), denota una sfiducia dello Stato che ha laureato e abilitato Medici all'esercizio professionale considerandoli poi incapaci di discernere tra una terapia immunomodulatrice e un FANS.

4) Ricette dematerializzate: la non più recente conversione delle impegnative rosse del SSN in un file automaticamente inviato ad un sistema di accoglienza centrale (SAC) avrebbe dovuto snellire il lavoro dei medici, facilitare i pazienti nell'approvvigionamento dei farmaci e produrre un risparmio dalle casse dello Stato riducendo la carta filigranata per le ricette, edite dalla zecca di Stato. Soprattutto doveva permettere una univoca definizione di visite ed esami, sul territorio nazionale. Purtroppo, a venti regioni corrispondono venti Nomenclatori con relativi elenchi di esami, visite e prestazioni. Inoltre, nel caso del Piemonte, ma senza dubbio anche altrove, spesso il SAC rilascia messaggi di "errore generico", di "server non raggiungibile", a dimostrare una rete infrastrutturale informatica inadeguata per l'utilizzo previsto, che genera disagi e ritardi nei momenti di massimo utilizzo. Inadeguate anche le soluzioni proposte in caso di bug informatico con indicazione centrale a tornare all'utilizzo delle ricette rosse.

5-6) In termini di trasmissione di certificazioni, che sono sicuramente un atto medico, e digitalizzazione, l'affidamento di incarichi prettamente amministrativi e burocratici ai medici ha generato distorsioni, trasformandosi in una medicina intesa come attività di "business dedito all'assistenza", nell'ottica prevalente di efficienza economica. Di seguito solo alcuni dei numeri che nel corso degli anni hanno caratterizzato il lavoro dei Medici. In ospedale:

- 7 ore al giorno per compilare moduli e firmare referti
- Un'ora e mezza per verbali operatori complessi validati in tutte le proprie parti
- Un'ora per compilare le cartelle cliniche digitali
- Almeno 15 minuti per la trasmissione di ricovero all'INPS e 20 minuti per una certificazione di decesso allo stesso ente.
- Fino a 4 ore al giorno solo per la compilazione delle cartelle cliniche informatizzate, o per completare le procedure finalizzate alla dimissione dei pazienti, per la programmazione di controlli, il collegamento ai database ed ai Sistemi Tessera Sanitaria, la firma digitale dei referti con token, la compilazione dei moduli di richiesta di continuità assistenziale, senza contare tutti i vari adempimenti burocratici quali le SDO, che hanno finalità prettamente amministrativa.

Di luglio 2015, passata quasi sotto silenzio, la denuncia dell'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani di lavorare "soffocati dalla burocrazia": metà del tempo assorbito da pratiche burocratiche, equivalente a quello per l'attività medica in un terzo dei casi, situazione attualmente solo peggiorata. A mero titolo di esempio la Burocrazia Digitale consiste nel costringere ciascun medico a firmare digitalmente ogni aggiornamento in Cartella Clinica Elettronica, obbligandolo a digitare svariate volte al giorno PIN di firma, anche con dispositivi USB quali lettori di smartcard e chiavette di firma non sempre funzionanti all'istante. Sul territorio:

- Richieste prenotazioni visite: 25 telefonate/die, di cui almeno 15-18/die effettuate in ambulatorio
- Richieste di rinnovo di prescrizioni mediche di terapia cronica: 20 mail/die (extra orario ambulatoriale)
- Richieste di approfondimenti diagnostici con annessi moduli di chiarimento, variabili a seconda delle realtà e sempre più numerosi, laddove la DM prevede già lo spazio per il quesito diagnostico che è, correttamente, obbligatorio
- Richieste di esami siero ematici indotte da specialisti: 10-12/die
- Richieste di esami strumentali indotte da specialisti: 8-10/die
- Certificazioni INPS di malattia acuta o prolungamenti di malattia cronica: almeno 5-6/die
- Occasionali medicazioni, rimozione punti, spesso a margine del tempo ambulatoriale.
- Gestione integrata PDTA diabete.
- Rinnovo Piani Terapeutici per nuovi anticoagulanti (NAO) in NOTA 97 (modulo a parte)
- Rinnovo Piani Terapeutici per nuovi ipoglicemizzanti in NOTA 100 (modulo a parte)
- Modulistica per eseguire esami a rischio su richiesta presidi ospedalieri (es. Scintigrafia cardiaca = N. 5 impegnative contemporanee)
- Vaccinazioni INFLUENZA e COVID oltre a varie sieroprofilassi a domanda
- Certificazioni di Invalidità Civile, Patente, Attività sportiva, Porto Armi, Cure termali, ecc
- Richieste di Presidi quali pannoloni assorbenti, letti ortopedici, sedie a rotelle, girelli, comode, ecc.
- Visite domiciliari
- ADI, ADP, SID con relativi documenti da compilare a video + visita a domicilio del paziente
- Certificati di Morte.
- Certificati di Infortunio sul lavoro
- Aggiornamento professionale

Ed i dati sindacali parlano di cifre ancora maggiori.

Conseguenze: Medici in fuga dagli ospedali e dal territorio

Nel 2021 sono stati 331 i medici che in Piemonte hanno deciso di lasciare la dipendenza dal servizio sanitario nazionale: rappresentano il 4% del totale dei medici attivi con una crescita del 27% rispetto all'anno precedente. I dati contenuti nel report pubblico del sindacato Anaao Assomed Piemonte la dicono lunga su una situazione, e prima ancora su un clima, che sembra in peggioramento. Se è vero che dal 2017 il fenomeno è in aumento esponenziale, il 2021 ha segnato un'accelerazione. Le percentuali più elevate (sopra il 6%) riguardano l'azienda ospedaliera di Alessandria



e l'Asl di Novara. Seguono l'Asl di Asti e del Vco, sfiorando il 6%, e l'Asl di Alessandria e di Biella, con percentuali alte e sovrapponibili. Le aziende con la maggiore fuoriuscita di personale sono fuori dalla città metropolitana di Torino: nel 2021 hanno registrato più cessazioni di medici l'Asl To3 (il 5% di medici licenziatisi sui medici attivi), il San Luigi e l'Asl To4, con percentuali di quasi il 3%.

La diaspora nasce dal gap tra le aspettative - orari più flessibili, maggiore autonomia professionale, **minore burocrazia** - e una realtà all'insegna di carenze di personale, turni massacranti, difficoltà nel godere ferie maturate, straordinari non retribuiti, aggressioni, verbali e fisiche.

Dal **punto di vista dei MMG** la situazione non è più confortante: il rapporto Medico di famiglia / Conoscenza del Paziente e della sua famiglia pare ormai senza significato in favore di una burocratizzazione selvaggia e difensiva. Ogni atto formale deve essere limitato, controllato, valutato dopo un infinito numero di passaggi. Questo impedisce tristemente il dialogo e rende infiniti i tempi tecnici operativi, peggiora la qualità della relazione al punto da creare un rapporto perverso tra paziente e soggetto-davanti-al-computer (MMG), che ha tutto in mente fuorché la salute, l'aiuto, la comprensione del paziente. Viene abolita la Compassione (il mettere in comune la valutazione della persona sofferente) in favore di una burocrazia fine a sé stessa, che consuma tempo e risorse mentali di chi aveva scelto di fare ben altro e che, appena può, non senza essersi speso, lascia anche precocemente il lavoro. Fatte queste considerazioni non stupisce che, anche alla luce delle carenze numeriche per deficit di programmazione, la professione di Medico sia sempre meno ambita.

Conclusioni

L'affidamento di incarichi amministrativi ai medici, connessioni lente, programmi e banche dati che non comunicano tra loro, cioè "lentezza digitale", dimostrano che l'inefficienza non sempre è degli operatori, ma dei sistemi informatici. Ad oggi il passaggio alla digitalizzazione, fondamentale per il nostro Sistema Sanitario, è avvenuto in modo distorto: si perde molto tempo in pratiche burocratiche e questo **va a discapito del tempo di cura**. La digitalizzazione della sanità deve essere un aiuto, non un ostacolo, e diventa imprescindibile riuscire a implementare i processi digitali, completamente privandoli della cosiddetta "Burocrazia digitale", fattore capace di rendere irrilevante buona parte dei vantaggi organizzativi, procedurali ed economici in essa insiti.

Da una parte abbiamo la digitalizzazione, che ha lo scopo principale di consentire il ridisegno dei processi organizzativi, a partire dall'eliminazione di attività manuali e ridondanti, dall'altra, la burocrazia digitale spinge il personale sanitario a compiere azioni manuali e ripetitive, paradossalmente, utilizzando dispositivi "fisici" che possono causare disservizi senza preavviso.

È assurdo pensare di costellare la quotidianità dei medici di rallentamenti e procedure che possono causare disservizi e criticità, rischiando di vanificare parte degli investimenti fatti in digitalizzazione.

La parola d'ordine deve essere **semplificare, sburocratizzare e informatizzare**. La salute dei cittadini resta una priorità assoluta e bisogna rimuovere le barriere che impediscono ai malati di accedere a terapie innovative ed ai percorsi di assistenza, cura, riabilitazione e sostegno, semplificando i processi burocratici che rallentano il sistema sanitario, pur con attenzione al contenimento della spesa pubblica ma anche alla dignità del lavoro di tutti coloro che operano nel SSN.



La medicina burocratizzata non mette assolutamente al centro il cittadino nel momento in cui diventa paziente ed è in una situazione di fragilità: il medico in quel momento è l'unica persona che può far in modo di restituire dignità alla persona, dando dignità alla malattia. Per fare questo **ha bisogno di tempo**, laddove "il tempo di relazione è tempo di cura" (codice deontologico, art.20). La medicina amministrata non concede questo tempo. I medici devono poter tornare a svolgere il loro compito secondo le regole di Ippocrate, senza essere utilizzati "per archiviare dati informatici", seppur utili, ma per altri scopi, riconsegnando loro il ruolo di assistenza e cura del paziente.

Proposte

- **eliminare o ridurre l'impatto dei piani terapeutici** oppure renderli omogenei ed aggiornarli, così da limitare la burocrazia
- **implementare sistemi e piattaforme informatiche uniformi** sul territorio, intuitive, rapide, che utilizzino lo stesso linguaggio e interscambino i dati tra loro
- scegliere **partner tecnologici adeguati** e non in base a mere considerazioni economiche
- lasciare al medico l'obbligo di firma ma non di compilazione;
- creare (se non già presenti) figure professionali ad hoc **quali l'assistente per la documentazione, formato con corsi dedicati**, per l'inserimento di documentazione, l'aggiornamento delle banche dati e la prenotazione di ulteriori visite che attualmente sottraggono ai medici molto tempo.

RIORGANIZZAZIONE DEL 118

L'INTERVENTO DELL'ORDINE DEI MEDICI

L'ipotesi di riorganizzazione del servizio 118 da parte della Regione impone alcune riflessioni, visto che la direzione intrapresa è quella di una presenza costante del personale infermieristico sulle ambulanze e una relativa limitazione degli interventi dei medici sul posto.

Non è il caso di proporre una sorta di 'guerra' di religione tra le due componenti, entrambe essenziali, del sistema dell'emergenza, ma di effettuare un'analisi il più possibile serena. Innanzitutto occorre sottolineare come il primo obiettivo sia quello della risposta sanitaria al paziente che richiede l'intervento del 118: è lui che deve essere al centro della programmazione regionale. Pare evidente che la maggiore garanzia possibile è quella che vede intervenire il medico insieme all'infermiere. Ci pare invece che limitare la presenza del medico sulle ambulanze risponda a un altro problema, ovvero quello dell'assenza di un numero sufficiente di medici nel servizio 118. Un'emergenza che ben difficilmente si potrà colmare, stante il fenomeno, sempre più accentuato, di abbandono del Servizio sanitario pubblico da parte dei sanitari. Quindi, invece di intervenire alla radice del problema (ovvero trovare il modo di aumentare il numero dei medici) si trova il palliativo di mettere in ambulanza solo degli infermieri, per altro certamente preparati.

La direzione comunque è stata presa. L'importante è che almeno si trovi l'opportunità di organizzare il servizio in modo che vi sia un costante, continuo e preciso collegamento tra l'infermiere in ambulanza e il medico di centrale, in maniera tale che vi possa essere comunque un intervento medico.

E infatti vorremmo sottolineare altri due punti importanti: la comunicazione della riorganizzazione del 118 è stata comunicata dall'Azienda Zero ad alcuni Ordini e non a tutti e soprattutto a cose fatte senza una minima interlocuzione né con gli Ordini dei Medici, né degli Infermieri.

Infine l'aspetto medico legale. Chi risponde in caso di contenzioso: il Medico in centrale che magari non è stato nemmeno interpellato e comunque non era presente? L'infermiere? Credo che sia utile un confronto, seppur a posteriori, con la Federazione degli Ordini dei Medici da parte della Regione.

Cordiali saluti.



Dott. Federico D'ANDREA
Presidente OMCEO Novara
referente Federazione Piemontese degli
Ordini dei Medici e degli Odontoiatri

CON IL RACCONTO "IL MUSEO DEL TEMPO"

ALBERTO ARNAUDO VINCE IL PREMIO CRONIN 2023

Il premio letterario "Cronin 2023", sezione narrativa - è stato aggiudicato al racconto "IL Museo del tempo" del medico cuneese Alberto ARNAUDO con la seguente motivazione:

«Che cosa è il tempo? Un elemento che scandisce il ritmo della società e dei contatti tra le persone o che vive dentro di noi attraverso l'orologio biologico? Una variabile fondamentale nello sviluppo storico o un eterno ripetersi delle stagioni? Essere fuori dal tempo vuol dire essere semplicemente fuori dalla società o dialogare con noi stessi? La continua connessione col mondo è un vantaggio o fonte di superficialità o alienazione? Tutte riflessioni affrontate in un racconto fluido, sorretto da un lessico appropriato e da eleganti descrizioni paesaggistiche, con una conclusione aperta».



Alberto ARNAUDO

È un medico. Nato nel 1958 a Cuneo, dove abita e lavora. Sposato, ha una figlia che in questo momento studia all'Università, è un appassionato di letteratura.

Dal 1990 collabora con la Publiedit ed è cofondatore della rivista del settore tossicodipendenze (attualmente è direttore del Servizio Dipendenze Patologiche - Ser.D - di Cuneo) intitolata Dal Fare al Dire che dal '98 ha assunto una dimensione nazionale (viene inviata ai servizi pubblici e privati del settore in tutta Italia). Ha pubblicato per l'editrice Publiedit: 1999 «Il rumore del bosco e altri racconti» raccolta, 2002 «Davanti agli occhi di tutti» romanzo. Presso la "Edizioni Progetto Cultura 2003" pubblica nel 2006 la raccolta di racconti «Confini» poi - nel 2012 - il "L'omino di burro" e nel 2013 "Il raggio di sole", racconti scritti a quattro mani con lo psicologo Giovanni Cappello. Seguono nel 2015 i racconti dal titolo "Il giorno che i gabbiani smisero di volare", nel 2017 il libro "Sordità", sul tema dell'incomunicabilità sociale.

Il racconto «Il museo del Tempo» è scaricabile al seguente indirizzo web:
<https://www.premiocronin.com/wp-content/uploads/2023/09/NAR-IL-Museo-del-tempo.pdf>

IL PIACERE DELLA PITTURA

"PERSONALE" DI LUCIO MASTROLIA A PALAZZO SAMONE

Fino al 5 novembre 2023 in Palazzo Samone di Cuneo le opere pittoriche di Lucio Mastrolia sono in mostra con ingresso libero dalle 16 alle 19 nei giorni di venerdì, sabato e domenica. La "personale" nell'ambito di "grandArte 2023" è stata allestita con finalità benefiche a sostegno della Fondazione Ospedale Cuneo Onlus.



Canto Sudamericano, 2004, olio su tela, 100 x 120 cm

«Il carattere specifico della pittura di Lucio Mastrolia risiede nella spontanea attrazione per le forme e i colori di gusto post-impressionistico, interpretato con semplicità disegnativa e vivacità coloristica (...) si va dall'autoritratto alle scene di vita quotidiana delle popolazioni latinoamericane, dal repertorio iconografico dell'antico popolo dei Maya alla raffigurazione di sculture dell'arte classica o rinascimentale, dagli scorci di antichi insediamenti urbani o di note città d'arte inserite in contesti paesaggistici o ancora di contesti metropolitani rivisitati con intento

visionario e surreale alle vedute di piacevoli interni domestici (...) con echi anche da Van Gogh, accompagnato dall'utilizzo di colori vividi, fluidi ed essenziali. Si può senz'altro affermare che l'attrazione coinvolgente e impellente per la figurazione sia avvertita da Mastrolia con lo spirito sostanzialmente espresso dall'artista accostabile al linguaggio rappresentativo caratteristico della "Naïve Art". (...) Lucio si dimostra qui al massimo della sua sincerità comunicativa, libero di lasciar fluire all'esterno il suo più intimo "duende", per dirla con la cultura spagnola rappresentata da un Federico Garcia Lorca, ovvero la sua forza espressiva più inconscia e incontrollabile».

Enrico Perotto

Lucio Mastrolia, nato nel 1956 a Salerno, vive e opera a Bra (Cn). È vissuto ad Eboli fino all'età di vent'anni. Nel 1973, dopo una lunga malattia, esegue il primo olio su tela, seguito da una quindicina di dipinti con la stessa tecnica. Interrompe l'attività pittorica per quasi 25 anni mentre si laurea in Medicina e Chirurgia (1983) e inizia la professione di odontoiatra. Nel 1998 torna alla pittura, come autodidatta. La sua prima personale si tiene a Bra nel 2003.

Nel corso del 2004, espone a Firenze, Alba (Cn) e Napoli ed entra in contatto con l'associazione Sitiarte (www.sitiarte.it), di cui fa tuttora parte, partecipando alle tappe della collettiva "Un viaggio d'arte nel mondo". Il comune di Eboli lo ha inserito nel sito degli artisti ebolitani (www.eboli.sa.it). La stampa si è spesso interessata alle sue mostre tenute anche a Roma, Milano, Torino, Modena, Piacenza, Giffoni Valle Piana (Sa), Oliveto Citra (Sa), Salerno e Napoli.

Lucio Mastrolia

Il piacere della pittura

Testo critico di Enrico Perotto

29 settembre - 5 novembre 2023

Palazzo Samone
via Amedeo Rossi 4, Cuneo

Venerdì sabato e domenica
dalle ore 16.00 alle ore 19.00
Ingresso libero



L'evento fa parte del progetto
"grandArte - Tra grandi nomi e giovani emergenti"
sostenuto dalla Regione Piemonte
ed è svolto in collaborazione con la Fondazione Ospedale Cuneo Onlus

La mostra dell'artista Lucio Mastrolia viene allestita anche con finalità benefiche a sostegno della Fondazione Ospedale Cuneo ONLUS.

Alcune opere saranno messe a disposizione del pubblico che voglia in questo modo, attraverso una donazione liberale, contribuire alla realizzazione dei progetti avviati dalla Fondazione in favore dell'Ospedale di Cuneo.

Inaugurazione
Venerdì 29 settembre 2023 alle ore 18.00

info@grandarte.it



MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

TARANTINO Stefano	Genova
-------------------	--------

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

RUBERTO Maria Luisa	Genova
---------------------	--------

MEDICI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

DI TULLIO Carmen	Saluzzo
------------------	---------

GALVAGNO Silvio	Manta
-----------------	-------

PALLOTTI Aureliano	Pietra Ligure
--------------------	---------------

MEDICI DECEDUTI

LOPARCO Giovanni	Alba
------------------	------

NECROLOGIO

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa del Collega

Dott. LOPARCO Giovanni, medico chirurgo di anni 87

A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai famigliari le più sentite e affettuose condoglianze.



**Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Cuneo**
Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

CUNEO, Via Mameli, 4 bis Tel. **0171. 692195**

Direttore responsabile:
Andrea Giorgio Sciolla

Comitato di redazione:
B. Allasia, C. Blengini, R. Gallo, U. Goglia,
G. Mozzone, A. Pellegrino, M. Vallati

Comitato scientifico:
F. Borghi, Q. Cartia, L. Fenoglio, L. Vivalda