

BOLLETTINO



01 | 2023

MEDICOTRENTINO

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO



OSPEDALE VECCHIO E OSPEDALE NUOVO RIFLESSIONI SULLE SCELTE DELLA PROVINCIA

All'interno un articolato documento redatto da un gruppo di lavoro

Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • 70% NE/TN • Anno LXIX - N. 2/2022 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51 • Contiene I.R.

LA CARDIOLOGIA IN LINEA
PARLA LA DOTTORESSA CAINELLI

TELEMEDICINA E TELECONSULTO
PER ABBATTERE LE LISTE DI ATTESA

NEWS DALL'ORDINE
UNA NUOVA RUBRICA



IL PRIMO PASSO DIPENDE DA TE

CENTRO PER UOMINI AUTORI DI VIOLENZA

chiama

379 2106182

PUOI CHIEDERE AIUTO

chiama il numero del Centro per Uomini Autori di Violenza 379 2106182

www.provincia.tn.it



SOMMARIO

EDITORIALE

Insieme, per garantire la salute di tutti **5**

IN PRIMO PIANO

Nuovo Ospedale di Trento: una riflessione sul futuro **6**

Il parere dell'Ordine sulla proposta Cia per l'Apss **16**

Telemedicina e teleconsulto per abbattere le liste d'attesa **18**

L'efficacia del progetto "Cardiologia in linea" **20**

LE NOSTRE NEWS

News dall'Ordine **22**

Gastroenterologia all'avanguardia al S. Chiara **26**

PROFILI

La malattia mentale e le nuove frontiere del "fareassieme" **27**

Ricordando il prof. Furlanello **30**

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

Quadrennio 2021-2024

Ioppi Marco *Presidente*
Cavagnoli Guido *Vicepresidente*
Ziglio Andrea *Segretario*
Filippi Lorena *Tesoriere*
Costantini Monica *Delega speciale per la medicina territoriale*

CONSIGLIERI:

Paolo Bortolotti, Tommaso Cai, Michele Caliarì, Monica Costantini, Giovanni De Pretis, Luca del Dot, Maurizio Del Greco, Francesca Desiderato, Antonella Ferro, Matteo Giuliani, Carla Sperandio, Stefano Bonora (odontoiatra), Laura Albertini (odontoiatra)

REVISORI DEI CONTI:

Marcello Malossini (Presidente), Sandro Zuech, Damiano Berti, Renzo Barbacovi (supplente)

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

Stefano Bonora (Presidente), Laura Albertini, Francesca Campagnola, Nicola Furlini, Thomas Zorzi

LE COMMISSIONI DELL'ORDINE:

Commissione Ambiente:

coordinatore Paolo Bortolotti

Commissione Formazione e Aggiornamento:

coordinatore Tommaso Cai, Carla Sperandio

Commissione Giovani:

coordinatrice Francesca Desiderato

Commissione Ricerca e Sviluppo:

coordinatore Giovanni De Pretis

Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione:

coordinatrice Bruna Zeni

Commissione delle medicine non convenzionali:

coordinatrice Maria Claudia Di Geronimo

Commissione Ricerca Storica:

coordinatore Gianni Gentilini

Sportello permanente di ascolto:

tutti i consiglieri e revisori dei conti

Osservatorio per la professione al femminile:

coordinatrice Monica Costantini

Commissione per la medicina di genere:

coordinatore Maurizio Del Greco

Commissione riorganizzazione delle cure primarie:

coordinatrice Monica Costantini

Responsabile digitalizzazione dell'Ordine

e sito web:
Damiano Berti

BOLLETTINO MEDICO TRENINO NUMERO 01 - MARZO 2023

COMITATO DI REDAZIONE:

Consiglio dell'Ordine

Direttore Responsabile: **Marco Ioppi**

Segretario di redazione: **Michele Caliarì**

Editore: Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento

CONTATTI:

Tel. 0461 825094 - Fax 0461 829360

info@ordinemedicn.org

Ordine: segreteria.tn@pec.omceo.it

Odontoiatri: presidenzacao.tn@pec.omceo.it

GRAFICA, PUBBLICITÀ:

OGP srl - Agenzia di pubblicità

Via dell'Ora del Garda, 61 - Tel. 0461 1823300

info.ogp@ogp.it - www.ogp.it

STAMPA:

Nuove Arti Grafiche - Trento

QUANDO SCEGLI UN APPARECCHIO ACUSTICO DA NOI HAI MOLTO DI PIÙ...

- ▶ **STORIA:** dal 1978 al servizio del tuo udito.
- ▶ **ECCELLENZA:** la tecnologia più avanzata **Oticon, Maico** di cui siamo concessionari esclusivi e **Phonak** di cui abbiamo in esclusiva **Lyric**.
- ▶ **PROFESSIONALITÀ:** 12 dottori audioprotesisti costantemente aggiornati pronti ad accoglierti ovunque tu sia.
- ▶ **PRESENZA CAPILLARE SUL TERRITORIO:** 2 sedi, 15 filiali, 15 recapiti.
- ▶ **SEMPRE APERTO:** sede di Trento anche sabato mattina e tutto agosto.
- ▶ **ASSISTENZA A DOMICILIO E NELLE RSA:** per chi non può raggiungerci.
- ▶ **SCREENING GRATUITO:** in 120 farmacie aderenti alla campagna di prevenzione dell'udito.
- ▶ **ACCESSIBILITÀ ALLA SEDE:** comoda anche per disabili con 10 posti auto.
- ▶ **AMBULATORIO OTORINO:** a disposizione dei nostri clienti.
- ▶ **CORSO UDITO FACILE:** video tutorial per familiarizzare con i tuoi apparecchi acustici sul **nostro canale youtube**.

...E TUTTO INCLUSO!

Per info e prenotazioni



ACUSTICA TRENINA
innanzitutto persone

TRENTO Viale Verona 31/2 - tel 0461 913320 - www.acusticatrentina.com



■ Insieme, per garantire la salute di tutti

La cura della salute, come bene collettivo da garantire e tutelare, è la misura del grado di civiltà di una società moderna

Il 20 febbraio scorso Ordini e volontariato sono stati i protagonisti per la terza “Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socio-assistenziale e del volontariato”, ricorrenza istituita con la legge 13 novembre 2020 “per onorare il lavoro, l’impegno, la professionalità e il sacrificio del personale medico, sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato nel corso della pandemia da Coronavirus”. Una data che non è stata scelta a caso. Il 20 febbraio, infatti, è il giorno in cui a Codogno, nel 2020, fu scoperto il “paziente uno” affetto da Covid. Tutti riuniti a Roma per una manifestazione, “la cui istituzione ha costituito per i professionisti un pubblico riconoscimento dell’attività quotidianamente svolta a tutela della salute dei cittadini” recita, testualmente, la presentazione dell’evento dal titolo “Insieme, per garantire la salute di tutti”. A rappresentare l’Ordine di Trento il presidente dott. **Marco Ioppi** e la dott.ssa **Laura Albertini**.

“Il capitale umano è la leva principale dei servizi sanitari”. “Riconoscere i meriti e l’importanza degli operatori sanitari e sociosanitari che vuol dire attivarsi per valorizzare al meglio la loro professionalità, dando risposte concrete a tutte le urgenze oggi più che mai attuali è una mia priorità”. ha detto il ministro **Orazio Schillaci**.

“Le professioni emergono sempre di più come fondamentali per il diritto alla salute, senza le competenze non si può garantire questo diritto. Ma bisogna fare un cambio di passo. È importante sostenere la sanità, ma bisogna cambiare, invertire il paradigma e puntare sulle professioni. Sempre di più c’è un grido di dolore dei nostri colleghi che deve essere colto perché noi oggi siamo qui per difendere il Servizio sanitario nazionale affinché sia sempre più potenziato” ha detto il presidente **Filippo Anelli** ringraziando il presidente Mattarella per la vicinanza dimostrata in questi anni.

“Attenti all’Alzheimer culturale”, ha ammonito monsignor **Francesco Savino** Vicepresidente della CEI. “Fare memoria consente di raccogliere il senso della storia e porgersi con maggiore responsabilità di fronte al futuro. La salute è un bene inviolabile”.



Marco Ioppi
Presidente dell’Ordine

Esplicita la richiesta rivolta al ministro Schillaci e alle istituzioni “è indispensabile allocare maggiori risorse per la salute di tutti” e ha indicato le tre direzioni verso le quali procedere: dare a tutti la possibilità di accedere all’alta qualità delle cure. “Non è possibile che ci sia sempre qualcuno più uguale degli altri”; riequilibrare l’ospedale e la medicina di prossimità in particolare con i servizi domiciliari alla persona e infine potenziare l’offerta di servizi e strutture a carattere socio assistenziale in favore delle persone più fragili e vulnerabili. “ Si impone una riflessione sulla qualità di cura degli anziani, vera memoria storica, biblioteca vivente del tempo che passa, che hanno sopportato, durante il COVID-19, le conseguenze più gravi” e ha concluso “Il diritto alla salute negato è una violenza, che può essere arginata, come ci ricorda papa Francesco, attraverso stili di assistenza orientati alla compassione, alla vicinanza e alla tenerezza”.



Il presidente Anelli, la dott.ssa Albertini e il dott. Ioppi

Nuovo Ospedale di Trento: una riflessione sul futuro

Riflessioni e proposte in merito all'Ospedale Santa Chiara a seguito delle scelte operate dalla Giunta Provinciale in ordine al Nuovo Ospedale di Trento e la conseguente necessità di ristrutturazione ed ammodernamento dell'attuale presidio



Una proposta progettuale per il NOT

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO

Sulle vicende del nuovo ospedale di Trento, delle quali più volte abbiamo parlato nel Bollettino, un gruppo di lavoro spontaneo ha elaborato un articolato documento nel quale valuta la situazione attuale e le prospettive legate al Polo ospedaliero ed universitario, preannunciato dalla Giunta Provinciale. Il documento offre anche l'opportunità di una serie di riflessioni e suggerimenti per superare l'attuale momento di difficoltà della sanità trentina.

Ecco il documento, che riportiamo integralmente.

L

a Giunta Provinciale con delibera n. 1667 del 19-09-2022 a fronte delle numerose e sostanziali criticità individuate nel progetto dell'impresa Guerrato - aggiudicataria della gara di appalto per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Trento - ha annullato l'esito della gara stessa con conseguente, presumibile allungamento dei tempi per la realizzazione del Nuovo Ospedale.

Si pone ora per tutta la Comunità, ed in primis per gli Operatori Sanitari, una seria, puntuale riflessione in ordine alle conseguenze che la scelta, peraltro condivisa, fatta dalla Giunta Provinciale, determina.

Il nostro Gruppo di lavoro - per un positivo, sentito senso di appartenenza e l'esercizio di una responsabilità che non può esimerci dall'essere parte attiva e propositiva - ha ritenuto di formalizzare alcune riflessioni che ci si augura possano essere strumento di analisi e valutazione da parte del decisore, vuoi politico che amministrativo.

La situazione determinatasi con la scelta sopra ricordata, non può prescindere dal prendere atto di due emergenze che necessitano di una valutazione e conseguente proposta operativa immediate:

1. Risulta necessaria una riflessione sul come consentire all'attuale compendio ospedaliero del Santa Chiara - che risente di una vetustà di oltre 60 anni - di poter svolgere le proprie funzioni in sicurezza, obiettivo questo che impone un intervento radicale sull'attuale struttura, che va implementata inoltre di quelle tecnologie imprescindibili per un'assistenza al passo coi tempi, per un periodo di tempo che decorre dal nuovo bando di gara fino all'avvio delle attività assistenziali e diagnostiche, di concerto con la formazione di medici e personale infermieristico.
2. Non può essere, poi, sottaciuto il fatto che con l'anno accademico 2022-23, è iniziato il 3° anno del corso di laurea in medicina dell'Università di Trento, che prevede parte della formazione da espletarsi in ospedale con conseguente necessità di garantire spazi adeguati per i corsisti, fenomeno questo che si incrementerà con il susseguirsi degli anni accademici con l'esigenza di dover garantire ulteriori spazi fisici che potranno essere trovati anche in altri presidi del territorio, ma tenendo conto della presenza di quasi tutte le specialità presso il presidio ospedaliero S. Chiara, è su questa struttura che graviterà il maggior carico della formazione per i futuri medici.

Il nostro percorso esperienziale all'interno del Santa Chiara ci porta a fornire alcune riflessioni - talune di merito in ordine alla riorganizzazione delle attività sanitarie del presidio ospedaliero, altre di carattere gestionale/ organizzativo - finalizzate alla programmazione e gestione dei lavori di messa a norma dell'attuale compendio, come pure per l'individuazione di nuovi spazi da dedicarsi all'installazione di nuove tecnologie.

Le oggettive criticità, anche se sommariamente elencate, possono costituire preziosa ed irripetibile occasione e strumento per una riflessione a tutto campo su di un nuovo modello di organizzazione delle attività sanitarie dell'ospedale Santa Chiara, modello che richiede alla Politica ed all'Amministrazione Sanitaria una visione di prospettiva, il coraggio delle scelte e la rivoluzione copernicana di un sistema ormai avvilito

su se stesso, senza margini che consentano innovazione e tensione verso i reali bisogni della persona.

L'esito del partecipato confronto e della discussione che ci ha impegnato in numerosi incontri, ci porta a mettere a fattore comune un'ipotesi di lavoro ed una proposta prevedente l'attivazione di:

Modello di assistenza sanitaria per Intensità di Cura

- L'assistenza sanitaria, sia ospedaliera che territoriale, dovrebbe essere reimpostata secondo i criteri dell'intensità **di cura**: gestire cioè i pazienti in base alla gravità clinica ed alle necessità assistenziali in un continuum di cure integrato tra territorio-ospedale-territorio utilizzando di volta in volta i setting di cura più appropriati.
- I meccanismi organizzativi e di funzionamento di tale modello, a livello ospedaliero, superano e vanno oltre l'attuale divisione e parcellizzazione strutturata in reparti prevedendo la costituzione di aree di degenza omogenee per profilo professionale, regolate nel loro funzionamento da comuni modalità secondo percorsi di cura multiprofessionali e gestione integrata di spazi e risorse.
- Per quanto riguarda la gestione dei pazienti ricoverati per acuzie, l'attuale organizzazione frammentata in molti singoli reparti a gestione autonoma tende da un lato a "congelare", sino alla dimissione, una significativa percentuale di pazienti indipendentemente dalle necessità cliniche e dai bisogni assistenziali (problematiche sociali) e dall'altro tende a non rendere disponibili posti letto per effettuare i ricoveri programmati. Ne consegue quindi una mancanza critica di posti letto per nuovi ricoveri.

- Tale situazione determina un'asimmetrica gestione complessiva dei ricoveri da Pronto Soccorso che in una percentuale molto elevata vengono effettuati da alcuni reparti (in particolar modo nei reparti di Medicina Interna e di Geriatria) con una rapida saturazione dei posti letto disponibili e conseguenti ripercussioni in termini di qualità e sicurezza delle cure (pazienti in appoggio "fuori reparto" o pazienti che rimangono "in attesa di ricovero" a lungo in PS).
- L'evoluzione organizzativa della degenza per intensità di cura ha come conseguenza l'identificazione nell'Ospedale di Trento di aree omogenee a gestione unitaria, sia in ambito medico che chirurgico, operative secondo standard definiti e comuni in setting ad Alta intensità di cura (Terapie intensive e Semintensive) ed a Media intensità di cura (degenze "cosiddette ordinarie", ma evolute in termini di prestazioni erogate e di dinamicità dei processi diagnostici e terapeutici).
- Nell'ambito delle Aree di degenza a Media intensità di cura (per i pazienti che vi accedono direttamente o per i pazienti trasferiti dalle aree ad Alta intensità di cura) vanno utilizzati processi organizzativi comuni, sistematici, in grado di categorizzare - a impostazione diagnostico terapeutica definita - i pazienti in base al loro profilo clinico-assistenziale
- Il processo permette di identificare fenotipi diversi di pazienti:
 1. pazienti con previsione di dimissione definita
 2. pazienti con dimissione non prevedibile. In quest'ultimo ambito vanno identificati:
 - i pazienti con caratteristiche di sub-acuzie, con necessità di prosecuzione di terapie non complesse e di monitoraggio clinico e strumentale
 - pazienti con caratteristiche di post acuzie per i quali è ipotizzabile un lungo tempo di recupero clinico e/o la necessità di una prosecuzione prolungata di terapie non complesse e/o con fabbisogni assistenziali per il rientro a domicilio.
- Questo fenotipo di pazienti, sub acuti e post acuti, dovrà trovare spazio in un setting assistenziale più appropriato e non permanere ricoverato all'Ospedale di Trento.
- La permanenza in modo improprio della categoria dei pazienti sovraindicati in setting per pazienti acuti instabili o per acuti ad elevata attività diagnostico-terapeutica- caratterizzati da un ambiente "stressante"- come riportato in letteratura scientifica, è in grado di determinare esiti clinici sfavorevoli: complicanze mediche intercorrenti come le infezioni ospedaliere, ritardo nel recupero clinico, delirium, perdita ritmo sonno veglia, depressione, malnutrizione, aumentata probabilità di re-ricoveri.
- La categorizzazione dei pazienti sopra illustrata ha, a nostro parere, la funzione di far erogare nell'ambito dell'Ospedale di Trento al malato acuto le cure appropriate e di identificare nel contempo i pazienti che necessitano di setting diversi e più confacenti alle loro necessità cliniche, rendendo possibile la gestione in maniera ottimale dei posti letto in coerenza tra la complessità clinica e la tipologia di setting ospedaliero (come effetto non marginale favorirebbe la disponibilità per la parallela attività medico chirurgica programmata e/o la riserva di posti letto per creare spazi per la ristrutturazione del compendio.



Il progetto del NOT in un rendering digitale

Al riguardo ci permettiamo proporre una categorizzazione clinica, e relativo setting di degenza dei pazienti acuti degenti nell'Ospedale di Trento, in base ai criteri dell'intensità di cure:

- paziente acuto instabile: in setting di Alta intensità di cura (Terapie intensive o Semintensive ed Aree ad Alta intensità di cura)
- paziente acuto stabile ma "complesso": in setting di Media intensità cura per situazioni cliniche con necessità di diagnosi e terapia con percorsi ad alta dinamicità, richiedenti complessità diagnostiche e terapeutiche ed alta integrazione multi professionale
- paziente acuto stabile non complesso: in setting di Media intensità cura per situazioni cliniche dovute al riacutizzarsi di patologia definita e che non necessitano di valutazioni diagnostico-terapeutiche multiprofessionali o trattamenti complessi o per situazioni cliniche caratterizzate da monopatologia acuta non complessa
- paziente sub-acuto: in setting di Media intensità di cura, per situazioni cliniche con patologia e terapia definite, ma con necessità di protrarre a lungo i trattamenti e/o necessità di monitoraggio clinico-strumentale ospedaliero
- paziente post-acuto: setting residenziale Territoriale a Bassa intensità di cura, dedicato a situazioni cliniche con definita diagnosi e terapia, ma con l'impossibilità alla dimissione in quanto vi è la necessità di prosecuzione di trattamenti medici non complessi e/o di recupero clinico/fisiatrico estensivo e/o di preparazione di una adeguata transizione assistenziale sul territorio (a domicilio o con accesso in residenze sanitarie). L'area di degenza organizzata per questo setting si deve caratterizzare per un ambiente di cura e per modalità di assistenza che si avvicinano alla situazione domiciliare.

È noto che una delle principali problematiche determinanti la disponibilità di posti letto all'Ospedale di Trento è dovuta ai ricoveri nelle degenze per acuti di un largo numero di pazienti grandi anziani e di pazienti pluripatologici che, superata la fase acuta, si configurano con le caratteristiche dei pazienti in fase post acuta: dai dati del Dipartimento Medico provinciale almeno il 20%, dei ricoverati presso i Reparti di medicina interna e geriatria dell'Ospedale di Trento sono

da considerarsi post acuti ed in attesa di dimissione, dati analoghi con percentuali sino al 26% sono riportati da una valutazione della Federazione Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI. Una quota sovrapposibile di pazienti è verosimilmente presente anche nelle aree chirurgiche e nelle altre aree specialistiche per organo ed apparato.

È altresì noto che un numero non irrilevante di pazienti è ospedalizzato o rimane ospedalizzato per situazioni cliniche acute non complesse o per situazioni cliniche di sub acuzie.

Queste categorie di pazienti determinano una occupazione impropria dei posti letto per il setting ospedaliero dell'Ospedale di Trento ed una carenza degli stessi per altri pazienti acuti o per i pazienti programmati.

Per affrontare e migliorare la gestione di questa popolazione di pazienti si dovrebbe operare su due fronti:

- sui flussi in uscita/dimissione dall'Ospedale: per i pazienti post acuti e sub acuti identificando setting di degenza più appropriati e diversi dall'Ospedale di Trento
- sui flussi in entrata/ricovero dal Pronto Soccorso: per i casi clinici definibili, dopo gli appropriati accertamenti (PS/OB/Medicina di urgenza), come post acuti o come acuti stabili e non complessi identificando i setting degenza più appropriati e diversi dall'Ospedale di Trento

Tale disegno richiede di:

1. Organizzare l'Ospedale di Trento come un unicum che fa propria la metodologia per intensità di cura favorendo lo sviluppo della degenza per intensità di cura per aree professionali omogenee (ad Alta intensità di cura ed a Media intensità di cura) sia in area medica che chirurgica, compresi i reparti per specialistica d'organo e d'apparato¹

2. Identificare e categorizzare i pazienti degenti in area a Media intensità di cura con i criteri dei pazienti post acuti che necessitano di un setting a bassa intensità di cura. Questi pazienti dovrebbero trovare spazio in un nuovo setting di Cure intermedie a gestione territoriale nell'area di Trento: per soddisfare la dimissione ospedaliera nel setting più adeguato a questi pazienti è ipotizzabile la necessità di almeno 40-50 posti letto di Cure intermedie territoriali (organizzate con supervisione ospedaliera). Il modello di riferimento, significativo ed esemplare, è stato già sperimentato negli anni 2018-2020 nell'area di Trento presso l'APSP de Tschiderer, modello di fatto analogo agli attuali ipotizzati Ospedali di Comunità²
3. Identificare i pazienti degenti in area a Media Intensità che presentano criteri di pazienti sub-acuti coinvolgendo in modo sistematico ed incrementale per la prosecuzione dei trattamenti in regime di ricovero nei reparti a Media intensità di cure delle Strutture Ospedaliere private convenzionate dell'area di Trento, favorendo in tale ambito anche specifici accordi tra queste strutture e le aree di degenza dell'Ospedale di Trento per specifici ambiti (cardiologia, geriatria, chirurgia, medicina interna)
4. Si deve prevedere per il Pronto Soccorso e la Medicina d'Urgenza, struttura essenziale ed imprescindibile per la gestione ospedaliera nel suo complesso, l'espansione dell'area di degenza, l'aumento dell'organico medico e infermieristico - da incentivarsi con specifiche, signifi-

cative misure - e la definizione di meccanismi organizzativi attraverso i quali i consulenti coinvolti si facciano carico in modo integrato e proattivo dei casi clinici.

In questo contesto sarà da favorire l'espletamento degli accertamenti necessari per categorizzare ed identificare i pazienti acuti non complessi e i pazienti post acuti avvalendosi anche della degenza in Osservazione Breve-Medicina d'urgenza ed aventi quale esito:

- l'indirizzo a ricovero del paziente acuto non complesso, coinvolgendo in maniera maggiore anche i setting dei reparti a Media Intensità di Cura delle Strutture Ospedaliere private convenzionate dell'area di Trento
- l'indirizzo a ricovero del paziente post-acuto al setting delle Cure Intermedie dell'area di Trento

I meccanismi di funzionamento del modello organizzativo descritto prevedono una attiva partecipazione dei professionisti: l'attività deve essere svolta con alta dinamicità secondo una rigida e precisa regia (regole di ingaggio e di funzionamento condivise) al fine di differenziare le categorie dei pazienti non dimissibili o acuti non complessi da indirizzare nel setting di cura più appropriato garantendone la continuità delle cure: "il paziente giusto al posto giusto"



Il modello per intensità di cura non può prescindere dalla messa in comune di risorse umane, logistiche e strumentali, e richiede un modesto incremento di personale rispetto agli organici standard, in particolare per quanto attiene le figure di regia che devono favorire la selezione dei pazienti ed il coordinamento dei flussi dei pazienti tra i diversi setting come è strategico e dirimente per il successo degli eventuali nuovi nuclei di Cure intermedie che il governo degli stessi afferisca alla responsabilità del presidio ospedaliero Santa Chiara, per quanto riguarda il responsabile medico e infermieristico, ai quali compete la pianificazione dei flussi in ingresso e in uscita tra i diversi setting.

L'organizzazione per intensità di cura e la traslazione delle attività dall'Ospedale al Territorio: l'esempio delle funzioni geriatriche nella gestione della cura del paziente anziano polipatologico fragile, dalla trasversalità tra aree di degenza ospedaliera alla transmuralità tra ospedale e territorio

Posto l'accento sul macro-modello organizzativo sopra illustrato che, se attuato, costituirebbe un'innovazione sistemica, anche se sperimentale del servizio ospedaliero e territoriale, avente i requisiti della scientificità, della dinamicità e dell'innovazione, ulteriori riflessioni, valutazioni ed approfondimenti si rendono opportuni.

In questo ambito rilevante è il realizzarsi di componenti organizzative a matrice per alcune attività professionali al fine di fornire un diffuso miglioramento delle cure incentrate sulla persona e non sulla malattia e che siano comuni ai diversi setting assistenziali.

A giudizio dei componenti del Gruppo in questo nuovo modello organizzativo a matrice riveste un ruolo di rilievo la strutturazione del Dipartimento Transmurale Anziani e Longevità - che vede al suo interno la presenza delle Unità Operative di Geriatria, il Servizio Dietetica, l'Unità Operativa di supporto RSA e le RSA del Trentino.

I percorsi di cura per il paziente anziano polipatologico fragile con o senza disabilità rientra in questa fattispecie con la imprescindibile necessità di attuare processi assistenziali che siano comuni trasversalmente ai vari reparti ospedalieri e che risultino traslabili in termini di continuità delle cure in senso transmurale (bidirezionale tra ospedale-territorio).

Prima componente della matrice: trasversalità delle cure intraospedaliera

- da molti anni ormai, ed in modo sempre più evidente, in ospedale non esiste più una differenziazione del ricovero basato sul criterio età, ma il ricovero è effettuato per patologia acuta nei diversi reparti, in base alla competenza e/o disponibilità di posti letto; di fatto i pazienti anziani sono ricoverati indistintamente in pressoché tutti i reparti dell'ospedale
- come già esplicitato, un tema importante per gli esiti del processo di cura, in particolare nei pazienti anziani polipatologici, è il permanere ricoverati impropriamente in setting per acuti
- pertanto la funzione geriatrica ospedaliera va sviluppata in maniera sistematica, trasversalmente a tutte le aree di degenza - mediche o chirurgiche - con due fondamentali obiettivi:
 1. contribuire a indirizzare la cura in relazione alla multimorbilità ed alla fragilità dei pazienti anziani con l'obiettivo di cure appropriate centrate sulla persona e non sulla prestazione
 2. contribuire a categorizzare i pazienti anziani non dimissibili (sub acuti o post acuti) da indirizzare ai setting di cura più adeguati
- alla luce di quanto espresso, nell'ottica della organizzazione ospedaliera per intensità di cura, ne deriva che la funzione geriatrica dovrebbe svilupparsi nel contesto di un'area di degenza comune ed omogenea in termini di affinità professionali e ad alta prevalenza di ricoveri per acuti come è attualmente l'ambito della funzione della medicina interna e l'ambito della funzione dell'osservazione breve e medicina di urgenza del pronto soccorso
- nel contempo, come citato, la funzione geriatrica dovrà svilupparsi in modo sistematico anche nelle altre aree di ricovero, e in particolare nei reparti chirurgici in cui l'anziano fragile deve essere gestito con una visione olistica della cura (cfr l'esperienza positiva della ortogeriatrics).

Seconda componente della matrice: transmuralità delle cure tra territorio-ospedale-territorio

- lo sviluppo della transmuralità strutturata delle cure e quindi la continuità delle stesse dal Territorio all'Ospedale ed al Territorio è un'evoluzione non facile, ma necessaria e imprescindibile al fine di perseguire un unico percorso di cura da traslare dai reparti ospedalieri al domicilio
- La creazione di comuni percorsi di cura necessita di strumenti gestionali organizzativi tali da portare tutti i professionisti coinvolti a lavorare a questo scopo. A giudizio dei componenti del Gruppo in questo nuovo modello organizzativo a matrice riveste un ruolo di rilievo la strutturazione del Dipartimento Transmurale Anziani e Longevità - che vede al suo interno la presenza delle Unità Operative di Geriatria, il Servizio Dietetica, l'Unità Operativa di supporto RSA e le RSA del Trentino. Tale modello organizzativo si basa sulla presenza di professionisti operativi nei reparti geriatrici ospedalieri e di professionisti operativi in altri ambiti quali il domicilio, l'attività ambulatoriale distrettuale, la residenzialità territoriale (APSP, Lungodegenze e Cure intermedie)
- il Dipartimento, tra le proprie funzioni, dovrebbe essere chiamato ad apportare sia il contributo professionale specifico geriatrico sia nella costruzione dei percorsi di cura, che nella definizione delle attività assistenziali specifiche territoriali per quanto attiene la cronicità/demenza e l'interazione con le attività svolte nelle strutture residenziali
- la funzione geriatrica transmurale territorio-ospedale-territorio può dare un contributo nell'influenzare in modo significativo l'attività ospedaliera in quanto finalizzata a ridurre la necessità di ricovero per acuti della popolazione anziana fragile. Perché questo modello si realizzi è necessario:
 1. favorire sul territorio azioni proattive nella creazione di percorsi assistenziali più appropriati rispetto al ricovero ospedaliero, sia a livello domiciliare che residenziale (cfr Cure Intermedie)
 2. accelerare i flussi di dimissione dall'ospedale identificando nelle diverse aree di degenza i pazienti anziani definibili come sub acuti o post acuti che necessitano di una attivazione precoce di percorsi assistenziali transmurali domiciliari o di ricovero in setting ospedaliero o residenziale territoriale

Per quanto riguarda in specifico l'aspetto dell'occupazione dei posti letto dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, i processi complessivi descritti qualora messi in atto determinerebbero una significativa riduzione dell'occupazione dei posti letto:

- in funzione dell'aumento dei flussi di pazienti in uscita (stimabili almeno il 20% dei ricoverati, sia per l'area medica che per l'area chirurgica) da inviare nei setting di ricovero più appropriati: Cure intermedie per i pazienti post acuti, Aree a media intensità presso gli Ospedali privati convenzionati per i pazienti sub acuti
- in funzione della riduzione dei flussi di pazienti in entrata grazie alla diversa gestione a livello del Territorio o del Pronto Soccorso dei pazienti definibili, dopo gli accertamenti e le cure effettuate, come "post acuti" da indirizzare direttamente a ricovero nella residenzialità delle Cure intermedie dell'area di Trento (stima 5%) o dei pazienti acuti non complessi da destinare alle Aree mediche a media intensità degli Ospedali Privati Convenzionati di Trento (5%).

In conclusione le azioni descritte nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera porteranno, oltre ad un miglioramento complessivo dei processi di cura, ad un uso più razionale delle risorse e permetterà una migliore gestione dei posti letto. Dalla sinergia delle attività descritte ne risulterà infatti una riduzione nel numero dei pazienti ricoverati e quindi una maggiore disponibilità dei posti letto.

Per riassumere e quasi banalizzare il percorso delineato, la nostra proposta organizzativa prospettata potrebbe portare a:

- recupero di circa 50 posti letto con la creazione del modello Cure Intermedie
- recupero di ulteriori 50 posti attraverso la riduzione dei flussi di pazienti in entrata e l'incremento dei flussi in uscita

Resta peraltro indubbio che se non si attiveranno radicali e sostanziali trasformazioni dell'attuale organizzazione dell'Ospedale di Trento - sulla scorta e con l'obiettivo sopra delineato - sarà difficile affrontare l'impegno per un necessario, e non più procrastinabile intervento edilizio sull'attuale struttura. Altre scelte avranno, a giudizio del Gruppo, ricadute di basso impatto e non potranno supportare - sia sul piano qualitativo che quantitativo - la già delicata e, per aspetti che hanno origine anche al di fuori del contesto del nostro territorio, precaria situazione della nostra sanità trentina.



Creazione Polo Materno-Infantile

Ulteriore ipotesi si riferisce alla percorribilità di uno spostamento dal PO Santa Chiara in altra struttura ospedaliera delle UU.OO. di Ginecologia-Ostetricia, di Pediatria e la Terapia intensiva neonatale, creando di fatto il Polo Mamma-Bambino:

- tale proposta è suffragata dal fatto che queste unità operative possono svolgere la loro funzione anche in un contesto ospedaliero meno integrato con le altre specialità,
- le problematiche legate all'oncologia ginecologica dovranno essere demandate alla rete chirurgica, individuando un presidio ospedaliero ove sia possibile effettuare questi interventi in collaborazione fra chirurgo generale e ginecologo interventista.

Tuttavia l'ipotesi della creazione del Polo Materno Infantile, all'interno del gruppo è stata individuata ma ritenuta difficilmente percorribile, soprattutto in una fase come quella attuale ove la sensibilità della popolazione sull'assistenza ostetrica è molto alta.

Nota aggiuntiva

Non superfluo, infine, richiamare ulteriori, necessarie, azioni strategiche:

1. Il potenziamento dei presidi informatici di telemedicina, in particolare la teleassistenza e il teleconsulto, costituisce uno strumento

strategico nella corretta gestione dei flussi di pazienti che accedono al PS o agli ambulatori divisionali per le visite specialistiche. L'utilizzo di "finestre" per il teleconsulto fra medico di medicina generale e specialista permetterà il confronto fra pari e ridurre, anche in maniera significativa, il ricorso al PS o a visite "improprie" che determinano un allungamento dei tempi di attesa.

2. L'Azienda sanitaria dovrà favorire la formazione - all'interno dei gruppi di medicina generale - di competenze specialistiche di primo livello almeno per quelle malattie croniche inserite nel documento della Cronicità del 2016. Tale formazione garantirà un ricorso agli ambulatori specialistici più corretto attraverso l'invio di pazienti con documentazione ed esami clinici o strumentali necessari per un corretto inquadramento della patologia rispetto a quanto, frequentemente, avviene oggi.
3. Per una corretta gestione dei flussi è necessario attivare la funzione del bed manager, con mandato alla gestione dei letti disponibili su tutto il territorio provinciale. Il percorso di efficientamento che viene intrapreso per garantire l'appropriatezza dei ricoveri non deve essere contrastato dal fenomeno del sovraccollamento in Pronto soccorso e

dalla conseguente drastica diminuzione del numero dei posti letto nelle unità operative. Il bed manager dovrà avere il mandato di creare le condizioni per usare al meglio i posti letto disponibili nella struttura attraverso la programmazione di tutta l'attività di ricovero e la pianificazione in modo dinamico della logistica dei pazienti in base alle fasi della degenza.

4. Il modello gestionale per intensità di cure può aprire nuovi scenari innovativi relativi alle risorse umane di area chirurgica ove la reale applicazione del DM 70/2015 porterà a definire i volumi e gli esiti per struttura e per chirurgo. L'area chirurgica si potrebbe ipotizzare come un "dipartimento aperto" con elevata valenza gestionale che permetta così a tutti i professionisti accreditati che lavorano in APSS di poter accedere alla piastra operatoria e alla degenza dei relativi pazienti presso il Santa Chiara utilizzando degli spazi (definibili slot) e mantenere così le proprie competenze cliniche nonché avviare programmi di formazione anche sulle rispettive equipe. Il superamento della visione dei reparti di degenza come enclave gestionale potrà garantire un netto miglioramento di prestazioni, risultati, attrattività e formazione con uso di un numero inferiore di posti letto; e un uso appropriato dei posti letto trasferendo in periferia i pazienti al calare della intensità di cura stessa.
5. L'avvio di esperienze di assistenza infermieristica sul territorio, fra le quali non va dimenticata la figura dell'infermiere di comunità e famiglia, permetterà di gestire setting assistenziali al domicilio del paziente o in strutture di prossimità riducendo ulteriormente la pressione sui presidi ospedalieri che potranno dedicarsi sempre più alla gestione dell'evento acuto.

Conclusioni

In un momento tanto delicato per il Servizio Sanitario Nazionale, che sembra destinato a perdere il ruolo dell'universalità assegnatogli dalla carta Costituzionale - vuoi per pregresse mancate scelte di programmazione in campo formativo e di interventi in campo tecnologico-immobiliare, che di una costante, progressiva riduzione delle risorse assegnate al comparto - abbiamo la convinzione che la nostra Provincia - non disconoscendo, peraltro, le oggettive difficoltà del settore vuoi per la carenza di professionisti che di risorse finanziarie dedicate - possa giocare un ruolo strategico nell'individuazione e gestione di modelli organizzativi scientificamente acclarati ed economicamente sostenibili costituenti premessa per la presa in carico del Nuovo Ospedale che ci si augura possa essere messo a disposizione della Comunità nel minor tempo possibile.

Trento, 16 gennaio 2023

**Brunori Giuliano, Cai Tommaso,
Cavagnoli Guido, Ciarleglio
Francesco, de Pretis Giovanni,
Leonesi Dino, Ioppi Marco,
Ramponi Claudio, Spagnolli Walter,
Sperandio Carla**

Riferimenti:

¹ L'esperienza sul campo della organizzazione per intensità di cure è stata già effettuata all'Ospedale di Trento nella U.O. di Medicina Interna negli anni 2013-2020 con la creazione di una Area omogenea data dalla riunificazione di due UO di Medicina Interna e della UO di Reumatologia: sono disponibili i dati relativi alla gestione di oltre 10.000 pazienti acuti ed agli esiti clinici valutati e validati prima e dopo il cambio del modello organizzativo (assistenza standard storica vs assistenza per intensità

di cura: ne sono derivati i primi dati pubblicati a livello nazionale ed internazionale sull'efficacia del modello, anche in termini di esiti clinici).

² Cure intermedie a gestione territoriale a Trento: il riferimento è la sperimentazione già effettuata nell'area di Trento presso la APSP De Tschiderer (2018-2020): disponibili dati di ingaggio, di gestione e di efficacia di circa 1.000 pazienti post acuti.

Offerta UnipolSai Assicurazioni - ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO



LAVORO

OFFERTA DEDICATA

Assicura la tua attività e proteggiti in caso di richieste di risarcimento derivanti da responsabilità professionale.



CASA

-20%

Offri maggiore protezione alla tua casa e alla tua famiglia con la polizza multirischi.



MOBILITÀ

- COSTI
+ SERVIZI

Assicura la tua auto e risparmi il 25% su RCA e il 40% su Incendio e Furto. Installa gratis **Unibox**: scopri servizi innovativi e ulteriori sconti.



PROTEZIONE

FINO AL -20%

Assicura la serenità tua e della tua famiglia con le soluzioni **Infortuni e Salute**.



RISPARMIO

+ VANTAGGI

Investi in modo sicuro, **proteggi i tuoi risparmi** e garantisci un futuro sereno alla tua famiglia.



RATEIZZA IL PREMIO DELLA POLIZZA IN UN PAGAMENTO
FRAZIONATO SENZA COSTI AGGIUNTIVI

**OFFERTE ESCLUSIVE RISERVATE AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO E FAMILIARI CONVIVENTI.**

TI ASPETTIAMO IN AGENZIA

ASSITRE

di Avi Federico, Fondriest Alessandro e Vecchi Riccardo

TRENTO • Via Brigata Acqui, 4
Tel. 0461 982114 - 0461 982569
agenzia@assitretn.it

Il parere dell'Ordine sulla proposta Cia per l'Apss

D

Di recente il consigliere provinciale **Claudio Cia** ha presentato una proposta di disegno di legge che prevede la valorizzazione del personale infermieristico mediante l'inserimento nel Consiglio di direzione dell'Azienda sanitaria provinciale di una quinta figura di vertice. In sostanza con la presenza di un rappresentante degli infermieri. Su questa proposta, già approvata in commissione provinciale, si è sviluppato un intenso dibattito. In proposito il Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici e degli Odontotecnici della provincia di Trento ha espresso il suo parere con il comunicato qui riportato.

“Le notizie di stampa di questi giorni e l'accurata lettera della Federazione dei Collegi dei Primari degli ospedali del Trentino ci spingono

ad intervenire in un dibattito che invece che delinearsi come normale dialettica finalizzata al bene della Sanità Trentina e, quindi, di tutti i cittadini ha preso la piega di una lotta tra professioni.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha sempre creduto, e sempre crederà, che l'apporto di tutte le professioni sanitarie sia fondamentale per il buon funzionamento della sanità ospedaliera e territoriale e che tutte le professioni contribuiscano, ognuna secondo le proprie competenze e responsabilità, a raggiungere tale obiettivo.

Affermare che ciò non sia, vuol dire spostare l'attenzione dal vero obiettivo, vuol dire guardare il dito e non la luna, perché anche l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri condivide piena-



mente quanto affermato dal Collegio dei Primari dei nostri ospedali: “non vi è alcun conflitto tra medici ed infermieri, nessuna recriminazione, ma piuttosto grande rispetto reciproco per ruoli professionali diversi che costituiscono due facce della stessa medaglia e che sono complementari in ogni istante ed in ogni processo, assistenziale od organizzativo che sia”.

A conferma di ciò il Consiglio Direttivo di questo Ordine, non più tardi del 16 novembre 2022, ha organizzato una seduta congiunta al Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche, e con piacere abbiamo avuto modo di dialogare con il presidente Pedrotti e con tutto il Consiglio di idee, di proposte e di collaborazione.

Nel comunicato del 2 febbraio 2023 del Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche si legge che “oggi il sistema sanitario trentino non è più attrattivo ed è sostenuto dal senso di abnegazione e dalla continua compensazione degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, che si trovano spesso ad assistere i cittadini in situazioni di organici sottodimensionati e facendosi carico di attività improprie (es. burocratiche)”. Nulla di più vero, ma allora prendiamo atto che anche i medici e per-

sino i medici direttori di struttura si trovano nella stessa condizione, e troviamo una soluzione.

Non perdiamo di vista il problema, e davvero cerchiamo insieme di portare il Sistema Sanitario Provinciale “ad essere attrattivo per i professionisti, riconoscendo il valore inestimabile e la pari dignità di tutte le professioni sanitarie”.

Non è certo definendo “baroni della sanità” i medici, ma cercando insieme una strada per migliorare che ci sarà un cambiamento. Questo dovrebbe passare per una nuova figura dirigenziale? Secondo questo Ordine probabilmente no, ma abbiamo sempre dimostrato di saperci confrontare, di saper ascoltare e di metterci al servizio del bene comune.

Facciamolo tutti insieme, nella libertà – di ciascuno – di esprimere le proprie idee, le proprie proposte e le proprie osservazioni senza che la suscettibilità individuale frantumi una collaborazione che gli Ordini stanno portando avanti: sarebbe la fine più ingloriosa per gli Ordini e per il Sistema Sanitario Provinciale.

Il Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento



—Il mondo Mezzacorona e Rotari

TRENTINO

Visite guidate con degustazione

—Proponiamo visite personalizzate (in italiano, inglese, tedesco e francese) con degustazioni guidate di spumanti Rotari Trentodoc e vini Mezzacorona Trentino DOC in abbinamento a prodotti tipici del territorio.

Visitate il nostro Wine Shop

—Vi aspettiamo presso il Punto Vendita per offrirvi vini dai profumi e aromi inconfondibili che rispecchiano la natura e la purezza del Trentino.


MEZZACORONA
1904


ROTARI
TRENTODOC

Shop — Wine shop Mezzacorona
Via Tonale 110 - SS 43 Val di Non 38016

♥ Per visite e degustazioni guidate in Cantina: +39 0461 616300/1, visite@mezzacorona.it

Telemedicina e teleconsulto per abbattere le liste d'attesa

G

Grande partecipazione al terzo congresso regionale "Cardiologia dello Sport" svoltosi a Rovereto e dedicato in particolare alla condivisione di percorsi diagnostici degli atleti con potenziali problematiche cardiologiche.

Il congresso è stato promosso e organizzato dal dott. **Maurizio Del Greco** e dal dott. **Massimiliano Maines**.

Dopo le tappe di Caldaro nel 2017, Rovereto nel 2019 il convegno è stata nuovamente l'occasione per creare una rete tra cardiologi e medici dello sport e per ottimizzare la gestione degli atleti e delle risorse impiegate nello screening.

All'apertura dei lavori è intervenuta l'assessore alla salute **Stefania Segnana** sottolineando l'importanza "della collaborazione tra ospedale e territorio, e ancora di più tra professionisti per una presa in carico completa del paziente. Approccio che è nello spirito della giornata di lavoro di oggi. Tra le strategie messe in cam-



Il dott. Del Greco e il dott. Maines



Un momento del congresso

po per sopperire alla carenza di figure mediche anche nella medicina sportiva è necessario, come sta avvenendo a livello nazionale, puntare a strumenti quali la telemedicina e al teleconsulto. In questa direzione va l'accordo siglato a fine gennaio per i nuovi obiettivi fra i medici di medicina del territorio e la Provincia autonoma di Trento con un investimento di 12 milioni di euro e l'attivazione di cinque progetti tra i quali uno rivolto alla telemedicina. L'obiettivo - conclude Segnana - è quello di abbattere le liste d'attesa e gli accessi impropri al Pronto soccorso".

Nel corso del convegno è stato ricordato che da gennaio 2021 è attivo presso la Cardiologia dell'ospedale di Rovereto il primo ambulatorio di Cardiologia dello sport del Trentino. L'apertura dell'ambulatorio è l'ultimo dei passaggi di un percorso di collaborazione con i medici dello sport e passato anche per l'organizzazione dei tre congressi regionali con la FMSI (Federazione Medico Sportiva Italiana). L'ambulatorio è stato voluto per raccogliere, dando una risposta concreta, le esigenze dei Medici dello Sport di avere un riferimento Aziendale per le problematiche cardiologiche. Responsabile dell'ambulatorio di Cardiologia dello Sport è il dottor Massimiliano Maines. L'attività di consulenza di II livello dell'ambulatorio e la collaborazione con i medici dello sport ha lo scopo principale di condividere i percorsi diagnostici degli atleti con potenziali problematiche cardiologiche, al fine di uniformarne la gestione, ridurre la richiesta di esami poco utili ed intercettare i pazienti a rischio di problematiche aritmiche cardiologiche per avviarli ad esami più approfonditi. Nei primi 2 anni di attività dell'ambulatorio di cardiologia dello sport sono stati visti 156 pazienti.

Innovazione e sostenibilità per i tuoi eventi in Trentino

@APT Garda Dolomiti SpA



Centro Congressi

Tecnologie innovative in 12 sale modulabili con luce naturale e spazi esterni per unire il leisure alla formazione



Spiaggia Olivi

Un luogo unico ed esclusivo dove organizzare momenti indimenticabili di convivialità e networking



ITAS Forum

La nuova e modernissima struttura per ospitare convegni e riunioni nel centro di Trento

La nostra esperienza e professionalità a supporto nell'organizzazione del tuo evento

Riva del Garda Fierecongressi S.p.A.
Loc. Parco Lido
38066 Riva del Garda (TN)
+39 0464 570139

meeting@riva.fc.it
www.rivadelgardacongressi.it

info@spiaggiolivi.com
www.spiaggiolivi.com

info@itasforumeventi.it
www.itasforumeventi.it



L'efficacia del progetto "Cardiologia in linea"

La dottoressa Lucia Cainelli, responsabile del Servizio Cardiologia in linea e cardiologa presso la divisione di cardiologia dell'ospedale S. Chiara di Trento, diretta dal dott. Roberto Bonmassari, di recente ha pubblicato sul Giornale italiano di Cardiologia, un articolato e documentato articolo che illustra i risultati positivi raggiunti grazie a questo servizio



In Europa le malattie cardiovascolari sono ancora oggi la principale causa di mortalità. La cardiopatia ischemica interessa il 38% delle morti nelle donne e il 44% negli uomini e sono la maggior causa di morte prematura fra gli uomini di età <70 anni.

Il burden delle malattie cardiovascolari non è solo una questione sanitaria, ma rappresenta anche un onere economico, costituendo il 19% della spesa sanitaria globale sostenuta dagli stati europei nell'ultimo decennio.

Negli ultimi anni la graduale introduzione della telecardiologia ha permesso di ottimizzare i tempi di assistenza e migliorare l'iter diagnostico, evitando ricoveri inappropriati. La telecardiologia, oltre a trovare un valido e utile impiego nelle emergenze cardiologiche, riveste un ruolo fondamentale nella gestione e nel trattamento di pazienti affetti da patologie croniche, come lo scompenso cardiaco, nel monitoraggio e trattamento delle aritmie e nei percorsi di prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria, oltreché essere un valido supporto nella riabilitazione cardiologica.

La possibilità di un teleconsulto tra il medico di medicina generale (MMG) e lo specialista si realizza mediante il contatto telefonico o mediante l'invio di esami e/o referti per via telematica. Spesso il MMG non è sufficientemente

dotato di risorse e mezzi per poter risolvere autonomamente le problematiche della sua pratica quotidiana e che lo costringono a demandare le decisioni alle strutture sanitarie di emergenza o agli ambulatori specialistici con conseguente allungamento dei tempi dell'iter diagnostico-terapeutico e talora un aumentato rischio di ricoveri inappropriati.

L'attuale pandemia da SARS-CoV-2 ha inoltre messo in luce la carente integrazione tra ospedali e strutture territoriali, ovvero la mancanza di correlazione tra chi gestisce le patologie nella fase acuta e nella fase cronica.

Il progetto trentino "Cardiologia in linea" è nato nel 2017 e si rivolge prevalentemente ai MMG con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra strutture ospedaliere e professionisti extraospedalieri mediante un contatto facilitato per via telefonica e/o telematica con una specialista cardiologa dedicata, per fornire risposte rapide e immediate a quesiti in ambito cardiologico.



Lucia Cainelli
Medico specialista in cardiologia

Materiali e metodi

Nel periodo gennaio 2017-ottobre 2022, 316 MMG della provincia di Trento e professionisti sanitari extraospedalieri hanno partecipato al progetto “Cardiologia in linea”, che prevedeva un contatto telefonico e/o telematico con una specialista cardiologa dedicata, dipendente dell’azienda sanitaria della provincia di Trento per ricevere risposte rapide ai rispettivi quesiti. Per questo progetto sono stati attivati un numero telefonico ed un indirizzo di posta elettronica dedicati. Utilizzando questi recapiti il MMG poteva contattare la specialista e/o inviare la documentazione clinica relativa alla problematica da affrontare, in osservanza alla legge che tutela i dati personali del paziente (GDPR europeo n.679/2016).

La prima parte del contatto si realizzava mediante l’invio della storia clinica e la formulazione del quesito, mentre i successivi contatti con il MMG sono stati telefonici, alla presenza o meno del paziente. Durante tale consulto, che veniva effettuato in tempi molto brevi rispetto alla richiesta, la cardiologa poteva discutere con il MMG il percorso diagnostico-terapeutico più efficace.

Risultati

Dal 2 gennaio 2017 al 15 ottobre 2022 sono state ricevute 2066 richieste di consulto telefonico e/o telematico corrispondenti ad altrettanti pazienti, da parte di 316 MMG della provincia di Trento, professionisti sanitari extraospedalieri e di strutture sanitarie periferiche, con un picco della frequenza dei consulti osservato durante l’emergenza SARS-CoV-2.

L’età media dei pazienti era 76.4 anni e il 53% era di sesso maschile.

Le risposte immediate ai quesiti cardiologici sono state 1989 (96% dei casi) e le visite cardiologiche richieste in seguito al colloquio sono state solo 29 (1% dei casi).

Complessivamente con il teleconsulto si calcola che si siano evitate 1112 visite presso gli ambulatori di cardiologia (54% dei contatti complessivi), mentre 20 pazienti (1%) sono stati inviati in Pronto Soccorso e 11 (1%) casi sono stati risolti entro 24 h in seguito all’invio telematico della documentazione clinica da parte del MMG.

È stato calcolato che 894 consulti (43%) non avrebbero avuto bisogno della visita cardiologica perché riguardavano chiarimenti della gestione clinica (Tabella 1).

Il teleconsulto in 537 casi (31%) ha riguardato la prima prescrizione o il rinnovo del Piano Terapeutico, e in 50

casi (3%) problematiche relative alla gestione della terapia anticoagulante orale con antagonisti della vitamina K; infine 76 richieste (4%) riguardavano la possibile sospensione della terapia antiaggregante prima di un intervento di chirurgia non cardiaca. Inoltre 241 quesiti (14%) riguardavano la gestione e il trattamento dell’ipertensione arteriosa e 98 (6%) quello delle dislipidemie. Le richieste di teleconsulti relative alla gestione e al trattamento della fibrillazione atriale (FA) sono state 267 (16%) mentre quelle relative allo scompenso cardiaco sono state 63 (4%). Dobbiamo rilevare inoltre 179 (10%) richieste classificate come consulti formativi in ambito cardiovascolare, di questi 110 (6% del totale) riguardavano referti degli esami di laboratorio e 22 (1%) la gestione e il trattamento delle valvulopatie.

Un contatto facilitato tra cardiologo e MMG ha prodotto richieste relative all’iter diagnostico-terapeutico nella cardiopatia ischemica in 49 casi (3%), in particolare si trattava di pazienti con storia di sincope. Negli anni 2017 e 2018 sono stati erogati 361 consulti (Tabella 2).

Discussione

Il progetto “Cardiologia in linea” ha permesso di dimostrare la fattibilità e l’efficacia di un servizio di telecardiologia, aprendo un canale nuovo e inusuale che coadiuva il MMG nella corretta gestione e follow-up dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari. Un’intensa attività di pubblicità del progetto finalizzata a sensibilizzare la medicina del territorio all’utilizzo del teleconsulto ha consentito di diffonderlo e nel tempo si è potuto osservare un incremento delle richieste di teleconsulto da parte dei medici rispetto all’anno di inizio in cui il servizio era completamente sconosciuto nel panorama sanitario trentino.



Studi precedenti hanno dimostrato l'efficacia delle prestazioni di telemedicina nella diagnosi precoce della sindrome coronarica acuta; infatti secondo un registro danese i pazienti che vivono in aree periferiche dotate di telemedicina nel caso di diagnosi precoce di infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST hanno tempi di accesso all'emodinamica significativamente inferiori rispetto ai soggetti che vivono in aree sprovviste di tale supporto (92 vs 103 min).

Complessivamente questi risultati sono il razionale per i progetti di attivazione diretta dell'emodinamica di riferimento nel caso del paziente con dolore toracico acuto mediante ECG trasmesso in telemedicina.

Il progetto trentino "Cardiologia in linea", relativo al paziente non acuto, si propone come un servizio di comunicazione diretta e in tempo reale tra il MMG e la specialista che ha permesso nel 54% dei casi di evitare una visita presso gli ambulatori specialistici ospedalieri.

La maggioranza dei consulti ha riguardato la gestione della terapia anticoagulante orale in pazienti con FA. Nel 31% dei casi ha portato alla prescrizione di un anticoagulante diretto in pazienti naive o in sostituzione dell'antagonista della vitamina K, evitando la programmazione di una visita specialistica ad hoc ed ha permesso l'implementazione della nota AIFA 97.

Si è potuto osservare che nel 31% dei casi il ricorso al servizio è stato motivato da quesiti per la gestione degli anticoagulanti orali diretti e come questi abbiano rappresentato la maggioranza (58%) delle visite cardiologiche complessivamente evitate.

La gestione della FA, dello scompenso cardiaco, dell'ipertensione arteriosa e di altri campi specifici hanno

Contatti	2066	100%
Quesiti risolti immediatamente	1989	96%
Casi non richiedenti visita cardiologica	894	43%
Casi risolti in 24-48 h dopo invio documentazione	11	1%
Visite cardiologiche in seguito al colloquio	29	1%
Invii a visita cardiologica evitati	1112	54%
Invii al Pronto Soccorso	20	1%

Tabella 1 - Risultati del progetto "Cardiologia in linea"

inciso sulla riduzione degli accessi ai Pronto Soccorso o agli ambulatori specialistici ma in misura minore. Alcuni dati di letteratura suggeriscono un incremento dell'incidenza di FA nel periodo pandemico, il 23-33% dei pazienti critici con sepsi o sindrome da distress respiratorio acuto ha avuto recidive di FA e il 10% ha sviluppato una nuova insorgenza di FA che ha complicato ulteriormente la gestione, con un più elevato rischio di mortalità a breve e a lungo termine, un tasso di recidiva a lungo termine molto elevato e un aumento del rischio di scompenso cardiaco e ictus. In questo caso l'utilizzo degli anticoagulanti diretti, in sostituzione agli antagonisti della vitamina K è risultato vantaggioso.

Il teleconsulto, in particolare per valutare l'efficacia del controllo della frequenza cardiaca e del ritmo, è importante nella gestione dei pazienti con FA e nella prevenzione della morbilità correlata. In questo senso le richieste di consulto relative alla gestione della FA hanno permesso di razionalizzare l'uso di esami strumentali come l'Holter delle 24 h e l'ecocardiogramma.

Come recentemente riportato dalle linee guida europee sulla prevenzione cardiovascolare, la telemedicina e il teleconsulto rivestono un ruolo fondamentale nel controllo e nel follow-up dei fattori di rischio delle ma-

Gestione e indicazione terapia anticoagulante	537	31%
Fibrillazione atriale e aritmie	267	16%
Ipertensione arteriosa	241	14%
Richiesta informazioni e chiarimenti generali	179	10%
Lettura referti	110	6%
Dislipidemie	98	6%
Gestione terapia antiaggregante	76	4%
Scompenso cardiaco	63	4%
Gestione terapia con antagonisti della vitamina K	50	3%
Cardiopatia ischemica	49	3%
Valvulopatie	22	1%
Sincope	13	1%

Tabella 2 - Quesiti posti dai medici di medicina generale.

lattie cardiovascolari, soprattutto se intesi come l'insieme dei provvedimenti multidisciplinari volti a ridurre in maniera più tempestiva e intensiva il rischio cardiovascolare¹². Le linee guida sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari raccomandano di valutare il rischio cardiovascolare globale e di intensificare gli interventi, adattandoli e personalizzandoli in base al grado di rischio del singolo soggetto.

Un maggior ricorso al teleconsulto da parte del MMG consentirebbe di identificare precocemente quei soggetti a rischio cardiovascolare che possono beneficiare di interventi tempestivi ed intensivi con lo scopo di rallentare il processo aterosclerotico e di ridurre gli eventi a medio-lungo termine¹³. Nella nostra esperienza abbiamo potuto constatare che il teleconsulto permette di ottenere un maggior controllo delle dislipidemie, del profilo glicolipidico e un più rapido raggiungimento del target.

L'utilità del servizio "Cardiologia in linea" si è dimostrata anche nel monitoraggio dell'ipertensione arteriosa, soprattutto nei pazienti anziani e fragili, nonché nello screening di quelli con sospetta ipertensione arteriosa secondaria. Il teleconsulto ha facilitato la gestione di pazienti ipertesi anziani affetti da molteplici morbidità che vivono distanti da strutture sanitarie; ciò si è particolarmente accentuato durante il periodo di isolamento imposto dalla recente pandemia da SARS-CoV-2 che ha ulteriormente intensificato il flusso di richieste per il trattamento di pazienti ad alto rischio cardiovascolare.

La nostra esperienza ha riguardato anche la gestione di pazienti anziani affetti da malattie valvolari, con particolare riferimento alla stenosi aortica. Il teleconsulto ha permesso di eseguire accertamenti strumentali mirati (compresi ecocardiogramma transtoracico e transesofageo) e di avviare 5 pazienti ad impianto transcattetero di valvola aortica.

Il teleconsulto si è dimostrato efficace anche nella gestione domiciliare di patologie croniche come lo scompenso cardiaco e la cardiopatia ischemica. Il numero relativamente basso di contatti dei MMG, per quesiti relativi a queste patologie, è verosimilmente secondario al fatto che nella Provincia di Trento vi sono strutture ambulatoriali specialistiche dedicate che hanno già in carico questi pazienti. Comunque anche in questi casi la comunicazione tra MMG e specialista potrebbe migliorare la qualità di vita dei pazienti, ridurre le riospedalizzazioni, l'instabilizzazione clinica, nonché migliorare la qualità delle prestazioni degli MMG.

Infine il progetto trentino "Cardiologia in linea" ha dimostrato la fattibilità di un nuovo strumento di comunicazione tra cardiologo e MMG in grado di ridurre gli accessi presso gli ambulatori specialistici, il Pronto Soccorso, migliorando l'iter diagnostico-terapeutico del paziente e la comunicazione, offrendo una nuova modalità di gestire la malattia cardiovascolare con un limitato dispendio di risorse economiche e un modesto impiego di personale specialistico.

Il progetto in breve

Razionale. L'avvento della telemedicina ha consentito ai pazienti di migliorare l'assistenza mediante una semplificazione delle procedure e una riduzione significativa degli accessi negli ambulatori e nei Pronto Soccorso. Il progetto "Cardiologia in linea" nasce con lo scopo di migliorare la comunicazione tra strutture sanitarie ospedaliere e professionisti extraospedalieri, in primis i medici di medicina generale (MMG), per ottimizzare l'assistenza e ridurre gli accessi agli ambulatori e nei Pronto Soccorso.

Materiali e metodi. Nel periodo gennaio 2017-ottobre 2022 il progetto ha fornito risposte prevalentemente immediate a quesiti cardiologici mediante un contatto per via telefonica o telematica tra una cardiologa ospedaliera dedicata al progetto, i MMG e le strutture extraospedaliere della provincia di Trento.

Risultati. Durante il periodo di studio sono stati richiesti 2066 teleconsulti corrispondenti ad altrettanti pazienti, da parte di 316 MMG e altri professionisti sanitari. L'età media dei pazienti era di 76.4 anni, il 53% di sesso maschile. Le risposte immediate ai quesiti sono state 1989 (96%), le visite specialistiche evitate sono state 1112 (54%), le visite cardiologiche richieste in seguito al colloquio sono state 29 (1%), 20 (1%) pazienti sono stati indirizzati al Pronto Soccorso, 35 (2%) hanno richiesto un consulto entro 24 h in seguito ad invio telematico di documentazione clinica. I quesiti prevalenti hanno interessato la prima prescrizione e il rinnovo del Piano Terapeutico degli anticoagulanti orali diretti in 537 (31%) casi e il trattamento dell'ipertensione arteriosa in 241 (14%) casi.

Conclusioni. Il progetto ha dimostrato che tramite il teleconsulto e un limitato utilizzo di risorse professionali è possibile migliorare i percorsi di assistenza, la comunicazione tra strutture sanitarie ospedaliere ed extraospedaliere e ridurre gli accessi agli ambulatori e ai Pronto Soccorso offrendo la possibilità di un confronto in tempo reale tra il MMG e lo specialista delle malattie cardiovascolari.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i medici di medicina generale della provincia di Trento e altri professionisti sanitari che hanno partecipato alla realizzazione del progetto. Si ringrazia inoltre Leonardo Bentini, informatico, che ha contribuito allo studio nella raccolta e calcolo dei dati statistici.

News dall'Ordine

Questa rubrica vuole essere uno spazio nel quale raccontarci un po', ovvero riportare notizie che possono riguardare tutti noi: nuovi incarichi, pensionamenti, riconoscimenti, partecipazioni a convegni importanti, lauree dei figli ecc. Sarà anche un modo per conoscerci meglio. **Quindi scrivete alla segreteria dell'Ordine dei medici o telefonate.** Ecco intanto le prime news.

NUOVI DIRETTORI PER 4 OSPEDALI

Nuove nomine per le direzioni degli ospedali di Trento, Rovereto, Arco e Tione. Dal primo di marzo il dott. Michele Sommavilla dirigerà l'ospedale Santa Chiara di Trento, la dottoressa Camilla Mattiuzzi quello di Santa Maria del Carmine di Rovereto mentre il dott. Andrea Ziglio sarà invece direttore degli ospedali di Arco e Tione.

Michele Sommavilla è nato a Vipiteno nel 1969. Si è laureato nel 1997 in medicina e chirurgia all'Università di Verona dove, nel 2001, si è specializzato in igiene e medicina preventiva. Il professionista ha iniziato la propria carriera lavorativa all'Ulss n. 6 di Vicenza per poi passare all'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona dove ha lavorato per quasi 14 anni anche come responsabile della struttura semplice «Igiene ospedaliera con particolare riferimento alla prevenzione delle infezioni da assistenza sanitaria». Dal luglio 2019 fino a giugno 2021, quando gli è stato conferito l'incarico di direttore della direzione medica dell'ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto, è stato direttore della direzione medica dell'Ospedale di Brunico dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Camilla Mattiuzzi è nata a Motta di Livenza (TV) nel 1970. Si è laureata nel 1999 in medicina e chirurgia all'Università di Verona dove, nel 2003 si è specializzata in igiene e medicina

preventiva. La dottoressa Mattiuzzi ha iniziato la carriera lavorativa all'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona- direzione medica dell'ospedale di Borgo Trento dove ha lavorato per più di sei anni. Da settembre 2011 è dirigente medico del Servizio governance clinica dell'Apss dove ha ricoperto incarichi di alta professionalità sull'organizzazione di attività di prevenzione e gestione del rischio clinico.

Andrea Ziglio è nato a Trento nel 1985. Si è laureato nel 2010 in medicina e chirurgia all'Università di Verona dove, nel 2016 si è specializzato in igiene e medicina preventiva. Il professionista ha iniziato la propria carriera lavorativa nel 2016 all'ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto per poi passare a fine 2017 all'Azienda Usl di Modena dove, dal 2018 a fine giugno 2021, ha ricoperto l'incarico di dirigente medico responsabile della direzione medica di stabilimento dell'ospedale di Carpi. Da luglio 2021 è medico della direzione sanitaria dell'IRCCS- Istituto delle scienze neurologiche dell'Ausl di Bologna dove ricopre l'incarico di struttura semplice «Governo dei processi clinico-assistenziali d'istituto» e dove, da gennaio 2021 è direttore sanitario sostituto. Il dottor Ziglio ha conseguito il master di II livello in «Gestione dell'innovazione in sanità» della Graduate school of management del Politecnico di Milano.

Il dott. Ziglio da due mandati è segretario dell'Ordine dei medici e coordinatore della commissione giovani.

DE VIGILI E CHESANI IN PENSIONE

Il dott. Giorgio De Vigili, responsabile del centro sanitario dell'ospedale di Mezzolombardo, è andato in pensione, dopo 38 anni di attività. Laureato in medicina e chirurgia all'università di Bologna e successivamente specializzatosi in cardiologia e medicina interna, il dott. De Vigili ha lavorato all'ospedale di Rovereto, a quello di Trento e successivamente è diventato responsabile di quello di Mezzolombardo. Durante l'epidemia del Covid era salito alla ribalta dei media nazionali perché per parecchie settimane aveva allestito un gazebo nella piazza di Mezzolombardo al fine di convincere la gente a vaccinarsi. È stato per tre anni (dal 1990 al 1993) anche assessore alla cultura nel Comune di Mezzolombardo.

Anche il dott. Fabio Chesani è arrivato alla pensione. Nell'occasione "Vita Trentina" a firma di Sandro Bampi gli ha dedicato un simpatico articolo, nel quale, tra l'altro, si legge: "Sabato 20 gennaio erano in tanti all'oratorio di San Pio X a Trento alla festa organizzata per il pensionamento del medico Fabio Chesani. Tante famiglie, tanti giovani. Tutti lì per stringergli la mano, tra sorrisi e qualche pacca sulle spalle. Sembra quasi incredibile, ma il nostro amico dottore non lo troveremo più nel suo ambulatorio di via San Martino. Dopo più di 40 anni di professione, Fabio "appende le scarpe al chiodo" e lo fa con commozione, ma senza rimpianti, nella certezza – e lo dimostrano i tantissimi attestati di simpatia e riconoscenza da parte di intere famiglie – di aver svolto al meglio la sua missione.

DAMIANO PAPADIA A BORGO

Dal primo febbraio il dottor Damiano Papadia è il nuovo responsabile facente funzioni della struttura semplice dipartimentale Ortopedia e traumatologia dell'ospedale San Lorenzo di Borgo Valsugana.

Il professionista arriva a Borgo Valsugana dopo aver ricoperto il ruolo di dirigente medico presso l'U.O. Ortopedia e traumatologia di Trento. "Sono particolarmente onorato ed entusiasta di questo nuovo incarico", le sue parole. "Spero di essere all'altezza e di ripagare la fiducia riposta nella mia persona, ma soprattutto di offrire un buon servizio ai pazienti e alla comunità. Ho trovato sin da subito grandissima disponibilità ed ho voglia di far bene il mio lavoro insieme all'intero reparto".

ANTONIO MUSETTI A TIONE

Dal 1° febbraio c'è un nuovo direttore, facente funzioni, dell'U.O. Ortopedia e traumatologia dell'ospedale di Tione. Si tratta del dottor Antonio Musetti. Il nuovo direttore è stato accolto nei giorni scorsi in Provincia dall'assessore alla salute, politiche sociali, disabilità e famiglia Stefania Segnana, insieme al vicepresidente Mario Tonina, presente anche il direttore dell'APSS dott. Ferro.

"Con l'arrivo del dottor Musetti, che ha una grande esperienza in campo traumatologico, l'ospedale di Tione - ha detto il dott. Ferro - si porrà come punto di riferimento per sostenere tutta l'attività ortopedica legata al turismo invernale del territorio, oltre che alle problematiche ortopediche degli abitanti delle Giudicarie e della valle del Chiese."

I PROFESSORI IN CONVENZIONE

Sono Mattia Barbareschi, Giacomo Bellani, Bruno Giometto e Carlo Cosimo Quattrocchi i primi professori in convenzione del corso di laurea di medicina e chirurgia dell'Università di Trento che svolgeranno attività assistenziale nelle Unità operative di Aps. I quattro professori guideranno rispettivamente l'Unità operativa multizonale di anatomia patologica, l'Unità operativa di anestesia e rianimazione 1 dell'Ospedale di Trento, l'Unità operativa multizonale di neurologia e l'Unità operativa multizonale di radiologia degli ospedali di Rovereto e Arco.

Professor **Mattia Barbareschi** – direttore Unità operativa multizonale di anatomia patologica- Dipartimento laboratori- Servizio ospedaliero provinciale. Professore associato di anatomia patologica è dal 2014 direttore dell'Unità operativa multizonale di anatomia patologica dell'Apss. Specializzato in anatomia patologica all'Università degli studi di Brescia ha ottenuto il dottorato di ricerca in patologia umana all'Università degli Studi di Milano e Università di Pavia. Ha ricoperto l'incarico di struttura semplice patologia molecolare dell'ospedale Santa Chiara di Trento.

Professor **Giacomo Bellani** – direttore Unità operativa anestesia e rianimazione 1 Ospedale di Trento - Dipartimento anestesia e rianimazione - Servizio ospedaliero provinciale. Professore ordinario di anestesiology. Ha conseguito la laurea in medicina, la specializzazione in anestesia e rianimazione e il dottorato di ricerca in tecnologie biomediche all'Università Milano Bicocca. È stato ricercatore e dal 2015 professore associato.

Professor **Bruno Giometto** – direttore Unità operativa multizonale di neurologia- Dipartimento emergenza- Servizio ospedaliero provinciale. Professore associato di neurologia dell'Università degli studi di Trento e, in doppia appartenenza, dell'Università degli studi di Trieste. Dirige dal 2017 l'unità operativa multizonale di neurologia dell'Apss. In precedenza è stato dapprima direttore della Struttura complessa di neurologia all'Azienda Ulss 9 di Treviso – Ca' Foncello e successivamente di quella del presidio ospedaliero S. Antonio all'Azienda Ulss 6 di Padova.

Professor **Carlo Cosimo Quattrocchi** – direttore Unità operativa multizonale di radiologia ospedali di Rovereto e Arco- Dipartimento radiologia- Servizio ospedaliero provinciale. Professore ordinario proviene dal Policlinico Universitario Campus Bio-Medico dove ha ricoperto l'incarico di responsabile dell'Unità organizzativa complessa diagnostica per immagini e radiologia interventistica. Specializzato in radiodiagnostica ha ottenuto il dottorato in neuroscienze. È coordinatore scientifico del master di I livello in Tecniche di risonanza magnetica in ambito clinico e di ricerca.

Gastroenterologia ■ all'avanguardia al S. Chiara

Un ampio servizio giornalistico dedicato al reparto diretto dal dott. Giovanni De Pretis

A

Attrezzature all'avanguardia e un'equipe giovane e motivata sono le due componenti che hanno permesso alla gastroenterologia trentina di diventare un punto di riferimento per l'endoscopia terapeutica. Comincia così un ampio servizio che il quotidiano l'Adige, domenica 12 febbraio, ha dedicato al reparto di gastroenterologia dell'ospedale Santa Chiara di Trento, diretto dal dott. **Giovanni De Pretis**.

È lo stesso dott. De Pretis ad illustrare ampiamente le nuove tecniche introdotte, che consentono di rimuovere in endoscopia i tumori allo stomaco, esofago, colon e al retto. Con queste tecniche si realizzano circa 100 interventi all'anno e con Rozzano il reparto del



Il dott. De Pretis



L'equipe del reparto

Santa Chiara è quello che raggiunge la maggior casistica. "Ci siamo specializzati al punto – precisa il dott. De Pretis – che specialisti di varie parti d'Italia chiedono di venire qui ad imparare o ci invitano a tenere corsi".

"La gastroenterologia – racconta il dott. De Pretis – in collaborazione con la chirurgia del dott. Giuseppe Tirone si occupa anche di obesità. Per ridurre il volume dello stomaco prima mettevamo il cosiddetto palloncino, che però poteva rimanere un tempo limitato. Ora lo stesso risultato si ottiene con l'endoplicatura gastrica, ossia con una procedura endoscopica attraverso un particolare sistema di sutura si arriva a ridurre le dimensioni dello stomaco". Un'altra novità riguarda l'utilizzo di un nuovo sistema di visualizzazione, chiamato SpyGlass, utile per la diagnosi e il trattamento delle malattie pancreatico-biliari. Questa procedura consente di individuare con estrema precisione eventuali patologie del fegato, colecisti, pancreas e dotti biliari.

Il servizio giornalistico, firmato da Patrizia Todesco, illustra queste ed altre novità in modo ampio ed esaustivo.

La malattia mentale e le nuove frontiere del "fareassieme"

Un libro di Renzo De Stefani

Q

“La psichiatria del *fareassieme* – Valori e pratiche orientate alla *recovery*”, è questo il titolo del libro firmato dal dott. **Renzo De Stefani**, psichiatra, e realizzato in collaborazione con Jacopo Tomasi, giornalista professionista, appena uscito per i tipi della Casa Editrice Erikson.

Un libro che è di fatto un manuale. “Un manuale di salute mentale – come si legge in copertina – molto diverso dai testi che di solito si trovano sull’argomento: non ci sono capitoli sulla psicopatologia, sui principali disturbi psichici, sui trattamenti più in voga. Si trovano invece i valori e le pratiche che un buon operatore di salute mentale deve, ogni giorno, mettere in campo per far sì che i Servizi funzionino al meglio. Valori e pratiche mutuati dall’approccio ventennale del *fareassieme*, nato nel Servizio di salute mentale di Trento sotto la direzione del suo ideatore e promotore, Renzo De Stefani”.

Percorrendo la strada aperta da Franco Basaglia, che con la sua riforma, chiuse i manicomi e ridiede cittadinanza e dignità alla malattia mentale e a chi ne era

portatore, il libro del dott. De Stefani racconta e bene illustra i valori e le pratiche dell’approccio del *fareassieme* che, nato a Trento nel 2000 e diffusosi in Italia e in molti Paesi esteri, ha fatto del Servizio di Salute Mentale di Trento uno dei riferimenti più noti della salute mentale di comunità.

“L’approccio del *fareassieme* – spiega il dott. De Stefani – mette al centro, nei fatti e non solo nelle parole, utenti e familiari. In questo modo medici, operatori, utenti, familiari e cittadini sono coinvolti alla pari nei percorsi di cura e nella co-progettazione e co-produzione di tutte le attività, i gruppi e le aree di lavoro del Servizio.



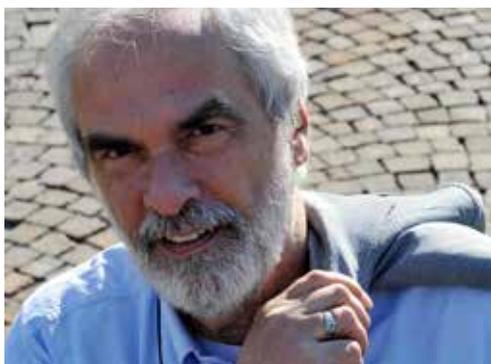
Un approccio dove si impara a «pensare e a lavorare» assieme, ad affrontare in modo nuovo la malattia mentale, valorizzando la presenza, il sapere esperienziale, le risorse di tutti, in un clima amicale e ricco di affettività.”

Il lettore, in un percorso di grande suggestione, con esempi e testimonianze che rendono concreti gli enunciati teorici, vedrà il *fareassieme* incontrare il mondo della recovery, oggi fondamento, certificato dalla letteratura internazionale, della buona salute mentale internazionale, e diventarne inseparabile compagno di strada.

Il libro si divide in tre parti:

1. la prima parte è dedicata all'inquadramento teorico e ai valori e alle pratiche del *fareassieme*.
2. La seconda approfondisce la storia e l'evoluzione di questo approccio dal 1978 al 2018, rendendo chiara la genesi dei suoi valori e delle sue pratiche e narrandone i primi passi nati dal Servizio di salute mentale di Cles e quindi il suo vero e proprio sviluppo nel Servizio di Trento.
3. La terza, infine, è dedicata agli approfondimenti, costituiti nello specifico, dalle interviste ai protagonisti del *fareassieme* e da una panoramica delle iniziative nate da Le Parole ritrovate, il movimento nazionale ed internazionale che aggrega e diffonde tutte le pratiche ispirate dal *fareassieme*.

Il volume, oltre a guardare avanti, illustrando una nuova modalità di cura della malattia mentale, permette di scoprire anche il passato, ovvero che cosa era la psichiatria e le cure



Il dott. De Stefani

delle malattie mentali prima della riforma Basaglia, con tutti gli orrori che allora accompagnavano la vita dei manicomi. Interessante in questo senso la testimonianza con la quale il dott. De Stefani racconta il suo primo incontro col manicomio di Pergine, nel 1978, quando gli affidarono la responsabilità del settore della Valle di Non, un padiglione dove si trovavano 80 pazienti reclusi in due stanze da quaranta letti, senza nessuna privacy e nessuna attività riabilitativa. *“Solo lo scorrere pigro del tempo e l’infinito camminare dei ricoverati lungo i corridoi”*.

Tra le testimonianze dei tempi dei manicomi di grande efficacia quella che Alda Merini, nota poetessa più volte ricoverata in manicomio, scrisse nel 1986: *“In quel manicomio esistevano gli orrori degli elettroshock...la stanzetta degli elettroshock era una stanzetta quanto mai angusta e terribile...ci facevano una premorfina e poi ci davano del curaro perché gli arti non prendessero ad agitarsi in modo sproporzionato durante la scarica elettrica. L’attesa era angosciante. Molte piangevano. Qualcuna orinava per terra. Una volta arrivai a prendere la caposala per la gola a nome di tutte le mie compagne. Il risultato fu che fui sottoposta all’elettroshock per prima e senza anestesia di modo che sentii ogni cosa. E ancora conservo l’atroce ricordo”*.

L'AUTORE

Psichiatra, ha diretto fino al 2018 il Servizio di Salute Mentale della Provincia di Trento introducendo l'approccio del *fareassieme*. È referente nazionale del movimento Le Parole ritrovate, che aggrega le esperienze di *fareassieme* presenti in Italia e nel mondo. Tra le sue pubblicazioni, «Psichiatria mia bella» (Erickson, 2012) e «Le Parole ritrovate. La rivoluzione dolce del *fareassieme* nella salute mentale» (Erickson, 2017). Ha diretto più di 100 corsi di formazione su *fareassieme* e recovery in Italia e in molti Paesi esteri. Ha partecipato e partecipa a progetti internazionali di salute mentale in Svezia, Norvegia, Cina, Giappone, Brasile.

Ricordando ■ il prof. Furlanello

N



Carlo Stefenelli
*Medico cardiologo
all'Ospedale San Camillo
di Trento*

el mese di gennaio è scomparso il prof. Francesco Furlanello, già primario di cardiologia dell'ospedale di Trento, conosciuto nell'ambiente medico italiano e non solo per le sue ricerche nell'ambito della cardiologia. Tra l'altro per parecchi anni aveva promosso a Marilleva convegni internazionali dedicati alla cardiologia ed alle aritmie, ai quale partecipavano esperti di tutto il mondo.

Il dott. Carlo Stefenelli, suo allievo, così lo ricorda:

“Ho conosciuto il prof. Francesco Furlanello nel lontano 1973 quando, giovane studente agli ultimi anni della Facoltà di Medicina dell'Università di Padova, cercavo qualcuno che mi aiutasse a preparare la mia tesi di laurea.



Il prof. Francesco Furlanello

Nel nuovo Ospedale Santa Chiara di Trento era stata appena istituita la Divisione di Cardiologia il cui primariato era stato vinto da Furlanello che proveniva dalla grande scuola di Cardiologia e Clinica Medica dell'Università di Padova, allievo del prestigioso professor Patrassi.

Oltre al primariato ospedaliero di Trento egli aveva mantenuto l'insegnamento di aritmologia nelle scuole di Specializzazione dell'Università di Padova e successivamente di Verona.

Nacque così un rapporto da maestro ad allievo che per me è durato tutta la vita con un continuo arricchimento culturale del quale gli sarò riconoscente per sempre.

La mia tesi di laurea sperimentale mi introduceva nel mondo affascinante degli studi elettrofisiologici per valutare l'effetto dei farmaci antiaritmici: fu premiata con il massimo dei voti e la lode e Furlanello mi trasmise la sua soddisfazione per l'ottimo risultato raggiunto. Grazie a lui potei iscrivermi alla scuola di specializzazione in malattie cardiovascolari dell'Università di Verona conseguendo il titolo di specialista con una tesi sugli effetti elettrofisiologici di un farmaco antiaritmico, premiata con il massimo dei voti e la lode.

Inizì allora una collaborazione per 6 anni come suo assistente nella Divisione di Cardiologia del Santa Chiara: furono anni di lavoro intenso sia in reparto che nell'organizzazione di eventi scientifici.

Sua la grande intuizione di istituire i Seminari Internazionali "Le Nuove Frontiere delle Aritmie" nei quali venivano accolti nella splendida Val di Sole a Marilleva i massimi esperti nel campo dello studio delle aritmie provenienti dalle scuole cardiologiche di tutto il mondo. La notorietà di Furlanello e della sua scuola crebbe in maniera esplosiva: non esiste centro di aritmologia nei diversi continenti che non conosca i lavori e le ricerche di Francesco Furlanello.

Ho avuto il piacere, come Sindaco di Levico Terme, di organizzare assieme a lui due di questi seminari internazionali nella prestigiosa cornice dell'Imperial Grand Hotel: in una di queste occasioni fu presente l'Arcivescovo Luigi Bressan con il quale Furlanello dialogò sul tema del rapporto fra medico e paziente nel momento degli eventi cardiaci terminali.

Infine, dopo il pensionamento dall'ospedale Santa Chiara, il Professore mi ha onorato della sua presenza, come prestigioso consulente, presso la Clinica Villa Bianca nella quale avevo fondato nel 1982 un nuovo reparto di Cardiologia.

Abbiamo quindi lavorato assieme fino al 2020 in un continuo scambio di idee, informazioni ed insegnamenti per me preziosissimi.

Il suo carattere era fortissimo e colpiva la sua incredibile capacità, con una resistenza fisica incomparabile, di continuare ad aggiornarsi con la sua partecipazione come moderatore o relatore nei più importanti congressi internazionali di Cardiologia.

Non si stancava mai di studiare, giorno e notte. Esempio la dedizione ai pazienti ai quali dava tutto se stesso con una disponibilità fuori del comune.

Ha superato l'età di 90 anni lavorando alacremente in ambulatorio e scrivendo articoli e contributi scientifici sulle riviste più prestigiose.

Nell'ultimo anno della sua vita, colpito da un improvviso ictus, ha lottato con tutte le sue energie e la sua proverbiale forza di volontà per cercare di recuperare dimostrando anche nel momento per lui più difficile la sua formidabile tempra di lottatore.

Addio grande Maestro. Mancherai ai tuoi figli ed a tutti i tuoi allievi e pazienti.



Responsabilità Sanitaria e novità legislative

Convenzione con Eurorisk srl

La legge n. 24 del 08.03.2017 conosciuta come “legge Gelli” ha **modificato sostanzialmente** il regime delle responsabilità delle Strutture sanitarie pubbliche e private e del personale sanitario – medico e non medico – sia dipendente che libero professionista.

L’entrata in vigore della legge ha comportato **la necessità**, per i medici, di conoscere il nuovo assetto dei rischi inerenti l’attività professionale e le modalità per poterli trasferire agli assicuratori.

Eurorisk srl, primaria società di brokeraggio assicurativo nella **gestione dei rischi** nel settore della sanità, in accordo con l’Ordine dei Medici di Trento mette a disposizione degli Associati l’attività di **analisi del rischio, formazione e intermediazione** assicurativa.

Spesso i contratti di assicurazione **sono un rebus** ed in questo momento, in particolare, i medici sentono la necessità di chiarezza e di conseguente tranquillità nelle scelte assicurative.

Noi **ci impegniamo costantemente** nella ricerca di soluzioni semplici e funzionali anche per i problemi più complessi.

Il successo dei nostri progetti assicurativi è legato soprattutto al nostro network di professionisti capaci di **interpretare** i bisogni del mercato, fornire il supporto decisionale e soluzioni personalizzate ai nostri clienti.

Eurorisk affianca i medici affinché le scelte, nella gestione di rischi e nel trasferimento all’Assicuratore, siano compiute con la più completa **conoscenza e consapevolezza**.

La collaborazione prevede che Eurorisk si occupi anche delle seguenti attività:

1. **Analisi della posizione assicurativa** del Medico iscritto all’Ordine (rischi possibili, coperture in essere e valutazione dell’adeguatezza qualitativa ed economica delle stesse);
2. **Definizione di un progetto assicurativo** personalizzato che tuteli la Sua attività professionale;
3. Offerta di un’**adeguata copertura assicurativa** integrativa o sostitutiva.

Per quanto sopra specificato Eurorisk applicherà la tariffa di **€ 50,00 a Medico**, per progetti relativi a coperture assicurative.

Contattando Eurorisk, per una **quotazione personalizzata**, vi consiglieremo il massimale, la retroattività o la garanzia postuma a seconda delle vostre specifiche esigenze.

Per la **formazione** assicurativa, elemento fondamentale nel rendere i Medici consapevoli delle proprie coperture e di quelle della Struttura Sanitaria per la quale operano, verranno programmati, in coordinamento con l’Ordine dei Medici, alcuni incontri specifici di cui sarete informati.

Per **info** rivolgersi a:
Eurorisk Srl - Trento
Tel. 0461 433000- Mail: broker@eurorisk.it





UN CONSIGLIO D'ORO?

I lingotti svizzeri
ARGOR-HERAEUS
al miglior prezzo.
A Lavis, solo da Obrelli.



SCOPRI I NOSTRI SERVIZI, PRODOTTI E PREZZI SU:

WWW.ORO.OBRELLI.IT

Autorizzato dalla Banca D'Italia, protocollo n. 5007737 - n. 5009402

GIOIELLERIE DAL 1929
OBRELLI
LAVIS · TRENTO

LAVIS (TN) Via Roma, 27/33 | TRENTO Via Mazzini, 6

Tel 0461 24 20 40 | info@obrelli.it

www.obrelli.it | www.oro.obrelli.it

[f](https://www.facebook.com/gioielleria.obrelli) gioielleria.obrelli | [i](https://www.instagram.com/gioielleria_obrelli) gioielleria_obrelli

