

III COMMISSIONE**“SANITA’ E POLITICHE SOCIALI”****Audizione del 15 marzo 2017****Audizione n. 15/2017**

Audizioni in merito alla PDA n. 51 “Piano regionale di Prevenzione 2014 – 2018” con:
SNOP –SITI –UNPISI – SiMLii – AsNAS – POLICLINICO SAN MATTEO DI PV e
OSPEDALE ASILO VITTORIA DI MORTARA

Sono presenti:

GARBELLI Claudio

GATTINONI Antonio

BODINI Laura

CANTONI Susanna

PESENTI Bruno

CARNELLI Celeste Antonio

POLONI Mario

FERRARIO Marco

BETTINELLI Patrizia

FERRAGNI Marco

BODINI Giuliana

STRONATI Mauro

MARSEGLIA Gian Luigi

FILICE Gaetano

ROSSI Sandro

BOTTANI Giorgio

VICINI Davide

Presidente SITI (Società Italiana di Igiene -
Medicina preventiva e sanità pubblica)

Direttivo SITI Lombardia

Medico del Lavoro – Rappresentante SNOP
(Società Nazionale Operatori della Prevenzione)

Rappresentante SNOP

Responsabile del Dipartimento di prevenzione
ATS Bergamo

Rappresentante UNPISI (Unione Nazionale
Personale Ispettivo Sanitario d'Italia)

Rappresentante UNPISI

Presidente SIMLII (Società Italiana Medicina
del Lavoro) Sezione Lombardia

Rappresentante ASNAS (Associazione Nazionale
Assistenti Sanitari)

Rappresentante SIMLII

Presidente ASNAS

Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo (PV)
Dipartimento Materno – Infantile della
Neonatologia e Patologia Neonatale –

Direttore Pediatria, Policlinico S. Matteo (PV)

Direttore Reparto Malattie infettive, Policlinico
S. Matteo (PV)

Direttore UOC Medicina III Policlinico S.
Matteo (PV)

Direttore UOC Chirurgia ASST Pavia

Medico Specialista Urologia

Risultano presenti i Consiglieri della III Commissione:

ROLFI Fabio	LL-LN – Padania
BARBONI Mario	Partito Democratico della Lombardia
BORGHETTI Carlo	Partito Democratico della Lombardia
BUSI Michele	Con Ambrosoli Presidente – Patto Civico
MACCHI Paola	Movimento 5 Stelle
PIANI Silvia	LL-LN – Padania
SANTISI SAITA Silvana	LL-LN – Padania
VALMAGGI Sara	Partito Democratico della Lombardia
VIOLI Dario	Movimento 5 Stelle

Presiede l'audizione il Presidente Fabio ROLFI.

Alle ore 10.10 il Presidente Fabio ROLFI dà inizio all'audizione che termina alle ore 13.15.

Gli interventi sono riportati nell'allegata trascrizione.

Presidente ROLFI

Buongiorno a tutti. Iniziamo questa lunga serie di audizioni sulla PDA n. 51 “Piano regionale di Prevenzione 2014 – 2018”, che ci impegnerà indicativamente fino alle 13.30.

Iniziamo con SITI (Società Italiana di Igiene - Medicina preventiva e sanità pubblica), con il Presidente di SITI Lombardia Claudio Garbelli, al quale cedo subito la parola, ricordando a tutti gli auditi di dire nome e cognome per esigenze di audizione e di registrazione e di tassativamente, visto che abbiamo una lunga serie di interventi richiesti per i nostri lavori, tenersi entro i dieci minuti di tempo per poi dare spazio anche alle domande dei Consiglieri.

GARBELLI

Presidente e Commissione, grazie per l'attenzione per l'audizione. Sono Claudio Garbelli, presidente della Società Italiana di Igiene e Medicina preventiva – Sezione Lombardia. E' con me il dottor Antonio Gattinoni che è componente del Consiglio direttivo.

Avevamo già inviato un documento all'attenzione della Commissione sulla deliberazione di Giunta regionale "Piano regionale di prevenzione 2014 – 2018". Peraltro richiamo anche altre note che abbiamo inviato non solo come SITI, ma anche con altre società scientifiche qui presenti, sottolineando che vi è ormai da tempo una presentazione anche con più società scientifiche, con comuni valutazioni e anche comuni obiettivi. In particolare su questo credo che il dottor Poloni entrerà nel merito della lettera che è stata inviata a nome di quattro società scientifiche sulla prevenzione con particolare attenzione al tema delle risorse.

Entrando nel merito del piano regionale, innanzitutto questo piano regionale ha ben tredici obiettivi ed è un piano che introduce non solo nuovi obiettivi, ma anche nuove funzioni e anche un aumentato impegno per tutte le attività di prevenzione che i dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria e non solo, tutto il complesso delle attività, per il tramite delle ATS e delle ASST, dovranno portare avanti. Quindi non è un piano che ripete, è un piano che impegna e questa ovviamente è una valutazione positiva, ma credo che di questo bisogna tenere conto, infatti il primo ragionamento è sulle risorse adeguate. Per ogni programma sottolineiamo con evidenze stime di costo e conseguente verifica delle disponibilità economiche a sostegno, stima numerica per ruoli e competenze professionali degli operatori coinvolti, che vuol dire che non è soltanto il ruolo sanitario coinvolto in questo, ma ci sono tutti gli altri ruoli tecnici e professionali che insieme possono raggiungere gli obiettivi che il piano si propone.

C'è un'attenzione particolare ai cronoprogrammi con scadenza 2018. E' giusto fare i cronoprogrammi, è giusto identificare le scadenze, però questo ovviamente impegna ed è a fronte di un oggettivo invecchiamento degli operatori addetti (questo è un tema che non solo nel settore della prevenzione, ma in tutti i settori sanitari è venuto avanti) e di un diminuito turnover. Sotto questo profilo, è evidente che un piano non deve definire quanti operatori debbano essere assunti, ma è altrettanto evidente che un piano assunzioni che Regione Lombardia annualmente definisce deve essere coerente con gli impegni e gli obiettivi che ci si dà.

Sottolineiamo in particolare alcuni aspetti, ad esempio: Programma 8 "Prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive": sicuramente è necessaria una sostenibilità economica (è presente poche volte il rischio di sostenibilità economica quando vengono delineati i programmi, però su questo c'è) ad esempio per il miglioramento dell'anagrafe vaccinale informatizzata (non è di dettaglio avere un'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale perché questo tiene effettivamente in modo aggiornato e preciso ciò che sta avvenendo in termini di adesione o non adesione); implementare nel più breve tempo possibile un unico sistema informativo vaccinale regionale come strumento per consentire la completa misurazione delle adesioni, delle non adesioni e delle percentuali di copertura (non spendo nulla su questo perché mi sembra che nell'ultimo trimestre ci sia stata veramente una notevole sottolineatura di che cosa vuol dire la percentuale di copertura sull'intera popolazione per avere la maggiore sicurezza possibile per tutti quanti); richiamare l'offerta vaccinale prevista dall'aggiornamento dei LEA (non sono stati ancora pubblicati, però sono stati approvati dal Consiglio dei Ministri e quindi l'esplicitazione che c'è all'interno dei nuovi LEA

dei percorsi per l'introduzione di nuovi vaccini, con relativi obiettivi di copertura vaccinale, è importante richiamarla); i requisiti degli standard erogativi di qualità dei servizi preposti alle vaccinazioni (sappiamo che alcuni sono delineati, però è esattamente in analogia con quelli che sono i requisiti di accreditamento di ogni struttura e di ogni servizio; è assolutamente importante fare questo perché attraverso questo poi vi è anche, non solo, la garanzia che gli obiettivi che si è data anche Regione Lombardia, aumentando l'offerta sensibilmente in quest'ultimo periodo, siano mantenuti).

Analoghe considerazioni valgono per alcune azioni correlate, ad esempio il Programma 9 "Tutela della salute e della sicurezza del lavoratore", l'"Integrazione salute e ambiente", il Programma 11 "Piano dei controlli delle sostanze chimiche". Occorre avere certezza della sostenibilità economica di quanto ci stiamo prefiggendo.

Il piano dovrebbe anche chiarire la trasversalità della promozione della salute e della prevenzione, come sottolineato dalle deliberazioni regionali in materia di istruzione e adozione dei POAS e definire i criteri di valutazione delle performance di: Prevention process owner delle ASST, questo ovviamente in riferimento a screening, vaccinazioni e UOOML; RICCA per l'integrazione fra i programmi di sanità pubblica delle ATS e le azioni di promozione della salute/prevenzione negli ambiti di cura; RICCA per il sostegno delle vaccinazioni ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologie croniche.

Non c'è una posizione che dice che non bisogna introdurre novità anche dal punto di vista dei ruoli e dell'organizzazione, occorre però misurare esattamente queste innovazioni che cosa poi portano rispetto a ciò che viene fissato nel piano regionale della prevenzione.

Sinergia con la strategia regionale di presa in carico del cronico. L'ultima deliberazione regionale per il governo della domanda e l'avvio della sperimentazione di percorsi di presa in carico rivolti a pazienti cronici indica di ripensare in senso proattivo il sistema regionale della prevenzione (ricordo quei famosi tre livelli dove ad un certo punto il terzo livello non è soltanto il cronico con una modesta fragilità, ma è anche legato a chi non lo deve diventare, quindi questa è una partita da giocare; non spendo parole sull'entità di quello che significa la patologia cronico-degenerativa sia in senso di salute, sia in senso di sostenibilità economica; è chiaro che giocare bene il ruolo della prevenzione probabilmente può dare dei buoni effetti, sicuramente non nell'immediato perché sappiamo che nell'immediato, tranne che per alcuni interventi chiari come sono le vaccinazioni e qualcun altro, non ci sono, ma nel medio periodo è possibile ottenerli) e richiede percorsi preventivi personalizzati e cita espressamente il Programma 6 "Prevenzione della cronicità".

Il Programma 6 dovrebbe essere implementato (forse l'intero piano) rispetto a queste istanze (le due DGR non sono lontane tra di loro, ma la n. 1 "Piano della prevenzione" e la n. 2 "Governo della domanda" sono l'ultima conseguente dall'altra in termini temporali). In particolare si sottolinea come la deliberazione identifica il numero di pazienti utenti per lavoro di domanda mentre nel Programma 6 non è identificata la numerosità della popolazione di riferimento e le sue classificazioni. Crediamo che anche questo abbia importanza. Se è giusto nella DGR sul governo della domanda identificare quanti cittadini potenzialmente sono di riferimento, la stessa cosa dovrebbe essere fatta sul fronte delle attività di prevenzione. Crediamo che questa considerazione si possa trasferire ad altri programmi dove i valori spesso si riferiscono al campione oggetto dell'azione e non alla potenziale domanda. Citiamo, per esempio, il numero di aziende che aderiscono alla rete di welfare. La relazione dovrebbe proprio considerare anche il numero potenziale di aziende e non le sole aziende iscritte alla rete. Il tema è: quanti sono oggettivamente interessati? Non soltanto coloro che aderiscono, ma l'insieme del nostro riferimento complessivo.

Si propone, infine, di valorizzare le competenze nutrizionali che si riferiscono all'Unità complessa igiene e alimenti della nutrizione proprio rispetto al Programma 6 "Prevenzione della cronicità", competenze che potrebbero sicuramente contribuire all'auspicato ruolo proattivo della prevenzione. Tutti sanno che su questo tema si gioca ormai una partita non di dettaglio per ottenere un beneficio complessivo sulla salute della popolazione e degli individui che compongono la popolazione.

Mi fermo sulle considerazioni, spero di essere stato nei tempi.

Se il dottor Gattinoni intende intervenire, se è possibile aggiungere qualche ulteriore considerazione.

Presidente ROLFI

E' stato nei dieci minuti esatti, quindi al dottor Gattinoni do poco tempo.

GATTINONI

Siccome da giovane ero un operatore, mi interessava far presente una cosa. Quando noi parliamo – faccio l'esempio delle vaccinazioni – degli standard organizzativi e di qualità per le vaccinazioni riteniamo importante non solo che queste vengano rese come da LEA, promosse eccetera (e qui vorrei ricordare che la nostra Regione su questo, a mio avviso o non solo mio purtroppo, è un po' indietro rispetto ad altre Regioni non virtuose dal punto di vista dei bilanci) ma bisognerebbe anche tenere conto delle risorse umane e dei posti. Per certi ospedali per accreditarli ci sono gli standard: tot minuti di assistenza, tot metri quadri, eccetera; per le vaccinazioni, ma anche per molte altre prestazioni della prevenzione, non ci sono, per cui anche all'interno delle varie ATS ex ASL o delle ASST c'è una situazione storica che si strascina: c'è chi ha personale, chi ne ha meno, chi ne ha e ne vorrebbe di più perché non basta mai per definizione, però bisognerebbe almeno dire quanto. In certi posti una vaccinazione ad un bambino viene calcolata in cinque o sei minuti, dieci, e poi avanti il prossimo e le mamme dicono (potrei portarvi degli esempi, fidatevi, sennò vi ci porto a vedere) "bravissimi, va tutto bene ", "cosa desidera?", "locali più accoglienti", non dico un posto giochi come al supermercato mentre la mamma fa la spesa, e anche "più tempo per parlare con gli operatori". Poi ci lamentiamo che le vaccinazioni non vanno.

Una cosa importante, quindi, sono gli standard. Noi abbiamo richiamato non per nulla i POAS, ma ognuno va per la sua strada. L'assistenza in una chirurgia a Pavia o a Brescia deve avere certi requisiti e anche le attività di prevenzione a Pavia o a Brescia dovrebbero avere certi requisiti, comprese le ore/personale. Poi ci sono tutte le differenze territoriali eccetera, ma devi avere uno zoccolo da cui partire. Ogni direttore, nel bene o nel male, fa ciò che vuole, non ci sono degli standard. Non sto chiedendo la blindatura o una rendita di posizione, ma, bocconianamente, uno studio di queste cose. La SITI è disponibile sulle varie funzioni, visto che abbiamo operatori, professori universitari e quant'altro, a dare una mano su questo. Sono anni che lo stiamo chiedendo, decenni direi. Grazie e scusate questa cosa di bassa lega, ma senza questo non si va avanti.

Presidente ROLFI

Ci sono domande da parte dei Consiglieri presenti? Consigliere VALMAGGI, prego.

Consigliere VALMAGGI

Grazie e grazie anche per la chiarezza e soprattutto la praticità dell'ultimo intervento, che metto in evidenza anche alla Commissione per sottolineare l'importanza delle cose che sono state dette. Ormai quella che viene chiamata "medicina low cost", cioè il privato non accreditato, si sta buttando, tra virgolette, sul mercato delle vaccinazioni per cui credo che quello che abbiamo sentito e questo richiamo sia importante.

Ho una domanda per il dottor Garbelli sempre relativa alla questione delle vaccinazioni. Nel documento e nella relazione c'è una richiesta chiara rispetto alla necessità di informatizzazione dell'anagrafe vaccinale, della costituzione di un unico sistema informativo. Sarebbe interessante capire come stanno invece le cose oggi, cioè se esiste comunque un sistema informatizzato che non è unitario e che viene gestito dalle singole ATS, cioè se si ha una consapevolezza o un racconto della situazione così come è oggi.

Sul Programma 6 mi pare che quello che ha detto il dottor Garbelli sia comprensibile e anche condivisibile, tenendo conto che noi oggi discutiamo di un piano della prevenzione regionale che arriva in ritardo e rischia di non essere contemporaneo alle scelte successive della Giunta.

Presidente ROLFI

Ci sono altre domande da parte dei Consiglieri presenti? Nessuna.

Prego.

GARBELLI

Effettivamente su questo ci sono delle esperienze locali, ma sappiamo esattamente che cosa occorre avere. Mi viene in mente il governo dei tempi di attesa: se sul governo dei tempi di attesa io comunque ho un sistema di monitoraggio e controllo da tempo in atto non solo nelle singole ATS, ma anche sul territorio regionale, con magari i limiti e le difficoltà che qualche volta vengono evidenziati, lo stesso non c'è sul fronte delle vaccinazioni. Questo genera non solo una non precisa identificazione di quello che è stato sottolineato, ma anche ritardi nella pianificazione. Questo è vero anche a livello nazionale perché a livello nazionale ci arrivano i dati mediamente dopo due anni, a consuntivo, e questo non va bene. Infatti, se voi leggete il piano nazionale della prevenzione vaccinale, questo è uno dei temi più stressati. Vuol dire che da una parte occorre investire su questo perché da questi investimenti non c'è soltanto un'azione più precisa di controllo, ma consegue anche un buon investimento economico perché non si perdono le risorse, si razionalizza ciò che c'è.

Questo è uno dei punti chiave che è esattamente in analogia con altri obiettivi prioritari di sistema che si sono dati, cioè ha esattamente pari dignità, pari opportunità, pari sostenibilità economica. Questo non vale solo sul tema delle vaccinazioni, ma vale anche su alcuni obiettivi fondanti che non solo noi abbiamo identificato nel piano regionale della prevenzione; risottolineo che addirittura ad un Forum Ambrosetti di qualche anno fa si diceva che 1 miliardo investito in prevenzione te ne porta a casa 3 o 4. I fattori in campo sono questi, quindi credo che spingere in questa direzione sia un beneficio per tutto il sistema e non solo di nicchia.

Presidente ROLFI

Ringraziamo il dottor Garbelli e il dottor Gattinoni per il contributo anche in termini di slide, che distribuiremo ai Consiglieri della Commissione.

Invito ad accomodarsi la SNOP (Società Nazionale Operatori della Prevenzione). Io ho segnati: dottoressa Bodini Laura, dottoressa Susanna Cantoni e dottor Pesenti. Chi parla per primo? Prego, dica nome e cognome. Avete dieci minuti anche voi.

BODINI

Sono Laura Bodini, sono un medico del lavoro, sono il coordinatore del gruppo lombardo della SNOP. La dottoressa Cantoni è sempre del gruppo lombardo della SNOP e già direttore del dipartimento dell'ASL di Milano, il dottor Pesenti di Bergamo.

Io ho mandato delle slide: nella prima ci sono tutti i documenti che il gruppo delle associazioni ha inviato; le ultime due sono le nostre osservazioni al PRP; poi c'è quella dell'utilizzo fondi sanzioni di cui parlerà il dottor Poloni.

Gli elementi positivi sono tanti. Ovviamente il piano regionale lombardo è non una copia, ma una sintesi di quello nazionale. Quello che noi diremo come un po' buchi del piano regionale lombardo sono i buchi del piano nazionale, quindi non abbiamo fatto né un passo indietro, né un passo in avanti. Un'osservazione ai margini: spesso (io me li sono letti tutti) le Regioni che funzionano meno hanno dei piani di cinquecentomila pagine, il piano regionale lombardo è più stringato.

Un punto importante: noi abbiamo ottenuto, nella modifica della legge regionale, il passaggio dal 4 e qualcosa al 5 per cento. In Lombardia veniva speso meno del 4,5 per cento. La prevenzione è basata soprattutto sulle risorse umane, cioè sono le persone, quindi i nostri servizi, i nostri dipartimenti non hanno tecnologie complicatissime, hanno figure professionali.

Il primo punto è rendere effettivo il piano regionale, quindi mi riferisco all'aumento al 5 per cento del fondo eccetera e all'utilizzo delle risorse delle sanzioni, un punto importantissimo perché Regione Lombardia era praticamente quasi l'ultima ad utilizzare questo fondo, che voi dovrete chiedere ufficialmente a Regione nelle varie voci negli ultimi due anni 2015/2016, le varie voci su

salute e sicurezza sul lavoro e sugli alimenti visti come servizio alimenti e veterinaria. Si tratta comunque di un tesoretto che possiamo stimare tra i 12 e i 15 milioni di euro l'anno, risorse che sono diminuite rispetto al passato perché le aziende funzionano meglio e anche perché noi forse miriamo in modo diverso. Risorse per un aumento diversificato di personale.

Il secondo punto che noi giudichiamo potenzialmente critico è che non ci sia una tenuta forte dei territori, che non significa centomila strutture complesse, che noi non abbiamo, peraltro, mai avuto, ma mantenere le sedi territoriali dei servizi di prevenzione, perché la Lombardia già ha scelto da tempo delle ASL vaste, poi le ha ulteriormente allargate, pensiamo a quella di Milano, ma è evidente che non possiamo perdere tre ore per andare da un cantiere all'altro attraversando la provincia di Milano. Faccio questo esempio, ma ne potrei fare mille.

Perché noi diciamo: nuove risorse professionali? (Nuove risorse professionali vuol dire anche nuove risorse professionali come ingegneri, chimici, oltre allo standard medico di sanità pubblica, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari.) Perché ci sono dei nuovi compiti. Salute e ambiente è un nuovo compito che era sostanzialmente preso in seria considerazione non da tutte le ASL. Qua ne abbiamo due, Milano e Bergamo, che sono quelle più avanti.

Salute e sicurezza sul lavoro: nuovi bisogni. Il lavoro oggi è diverso dal lavoro delle grandi aziende dei miei tempi, quindi dare un occhio alla polverizzazione del lavoro è molto più difficile oggi che rispetto al passato dove c'era una rete di aziende magari anche più sindacalizzate, quindi è un problema.

Poi c'è il problema degli ambienti di vita, che è molto poco sottolineato nel piano nazionale e nel piano regionale, ma come dal nostro documento che abbiamo dato in Commissione, è un problema serio quello delle case, dei luoghi di ritrovo, dei centri benessere, della vivibilità urbana. Sono temi che il piano un po' sorvola.

Poi c'è la questione dei migranti perché è un problema sociale, ma anche sanitario, perché è chiaro che dobbiamo coprire le vaccinazioni, la salute, l'igiene di dove vengono accolti.

Poi c'è la gestione delle emergenze, che portano degli effetti sanitari evidentemente.

Poi ovviamente c'è la questione del potenziamento dei laboratori. Nel nostro documento c'è una parte su questo. Noi, tra l'altro, nel nostro documento parliamo anche di un potenziamento della struttura centrale della Regione. Tra l'altro alla Regione Lombardia è stato dato il coordinamento di salute e sicurezza sul lavoro di tutte le Regioni, una cosa molto positiva, però è chiaro che questo implica un grosso lavoro per le funzionarie che se ne occupano. Di questo parlerà meglio Mario Poloni.

C'è anche il problema delle tossicodipendenze perché evidentemente oggi non parliamo più della solita vecchia dipendenza da alcool; oggi, quando parliamo delle dipendenze, parliamo delle dipendenze da una miriade di sostanze chimiche, parliamo di dipendenze da gioco, parliamo di dipendenze da comportamento, se pensiamo al cyberbullismo, oppure da social.

Poi abbiamo l'importanza della comunicazione. Stiamo vedendo – questo è un piccolo allarme – un certo appiattimento dei siti ASL, che erano stati fatti a costo zero (Milano è un esempio classico), che erano dei siti belli, interattivi, con tanti materiali. Cerchiamo di salvare le cose migliori, non di appiattirle per forza.

Poi c'è il rimodulare i rapporti con le Università. Del legame con il Dipartimento veterinario e con ARPA ne abbiamo già parlato.

Per il lavoro futuro, anche proprio citando le slide dei colleghi della SITI, c'è la questione del monitoraggio dei POAS e dell'applicazione, il monitoraggio sull'uso dei fondi per la prevenzione strettamente e quello del piano cronicità nella parte prevenzione, come aveva brillantemente detto il dottor Garbelli. Grazie.

Presidente ROLFI

Prego.

CANTONI

Sono Susanna Cantoni. Se posso aggiungere alcune cose, siamo assolutamente d'accordo con quanto diceva il dottor Gattinoni prima sugli standard di attività che devono essere estesi non solo alle vaccinazioni, ma a tutto il campo della prevenzione perché servono per una corretta programmazione, per una valutazione dei risultati, per valutare le esigenze di personale, che non devono essere a sensazione, ma basate su criteri, appunto, standardizzati, e anche per un'omogeneizzazione del modo di lavorare che spesso ci viene rimproverato come carente.

Una parola ancora sulla questione delle risorse. Come diceva la dottoressa Bodini, le risorse in prevenzione sono soprattutto umane. In questi anni abbiamo assistito ad un blocco del turnover con delle perdite consistenti di personale. Nella mia ATS, per esempio, in un anno e mezzo abbiamo perso il 9 per cento degli operatori e l'attuazione della legge di riforma regionale, con il passaggio di parte delle funzioni di personale alle ASST, ha comportato una diminuzione del 15 per cento di personale, salvo Milano che non ha ancora ceduto il personale, quindi sarà molto di più.

E' chiaro che abbiamo ceduto delle funzioni, quindi una parte del personale dovrà essere conteggiata nella parte di prevenzione che svolgono le ASST, ma ricordiamoci che molto del personale che era presente in ATS svolgeva funzioni miste, cioè non solo di erogazione, ma anche di governance, di promozione della salute eccetera e queste vengono a mancare. Il problema del ripianamento del turnover, del reintegro del personale è un problema urgente che viene visto in sanità soprattutto per il personale degli ospedali, ma quasi mai per il personale della prevenzione.

Presidente ROLFI

Vuole intervenire anche lei? Le do un minuto, prego, Pesenti.

PESENTI

Sono Pesenti, responsabile del Dipartimento di prevenzione dell'ATS di Bergamo. Solo una sottolineatura. Ormai non c'è documento in cui non venga messa una grande enfasi sul tema della promozione della salute. Su questo tema è stata individuata l'ATS come titolare della governance dei problemi, c'è sempre un richiamo molto forte all'attivazione del sistema regionale. Senza una pianificazione territoriale adeguata e senza un'attivazione concreta di tutti gli attori, fare promozione della salute diventa una petizione di principio che resta sulla carta. Credo che la Regione Lombardia abbia gli strumenti e, immagino, anche la volontà per l'attivazione di tutti gli altri attori, quindi non solo l'ASST, che è complicatissima, ma, per esempio, i comuni (io potrei citare alcune iniziative che abbiamo avuto con i comuni). Se non c'è un'attivazione reale dei comuni nei piani di governo del territorio, parlare di città sane e di pianificazione che consenta un'effettiva pratica, per esempio, dell'attività motoria, restano chiacchiere.

Presidente ROLFI

Ci sono domande da parte dei Consiglieri presenti? Consigliere Busi, prego.

Consigliere BUSI

Grazie. Volevo evidenziare due aspetti che sono stati già evidenziati. Il primo riguarda i laboratori di prevenzione e sanità pubblica, che è un tema, in effetti, mi rendo conto, particolarmente delicato, anche perché passano attraverso questi lavoratori, direi, molti dati delicati e quindi giustamente forse la preoccupazione di poter conciliare un controllo che sia il più possibile pubblico su questi aspetti che riguardano la salute dei nostri cittadini penso che sia un passaggio molto importante. Quindi è evidente che ci sono tanti aspetti sia di struttura, forse, che di organico, quindi volevo sapere se c'è una mappatura che avete voi a livello regionale, se ci sono zone più potenziate e altre più sguarnite.

L'altro aspetto, mi collego all'ultimo intervento, riguarda il poter conciliare delle ATS che sono ormai sempre molto grandi nella gestione con la capillarità che deve essere invece garantita per quanto riguarda la prevenzione. Anch'io, quindi, sottolineerei, e quindi vorrei chiedere se c'è

qualche indicazione su questo, il coinvolgimento degli enti locali su questi aspetti della prevenzione. Come poter conciliare la dimensione ampia che abbiamo della nostra riforma sull'ATS con la necessità, però, che la prevenzione sia sempre più capillare?

Presidente ROLFI

Prego, Consigliere Valmaggi.

Consigliere VALMAGGI

Una richiesta di specifica alla dottoressa Bodini. Nelle slide sono messi in evidenza alcuni temi che, è stato detto, sono poco sviluppati o poco espansi nel piano. Facilmente comprensibile è il tema dei migranti. Magari sarebbe necessario un po' approfondire, proprio dal punto di vista pratico del comprendere, quali sono invece le funzioni e qual è la necessità di espandere questo tema alle altre due questioni che sono state citate, cioè la questione degli ambienti di vita, che cosa vuol dire e che cosa è cambiato e che cosa bisognerebbe aumentare nelle indicazioni, e anche sul tema della gestione delle emergenze, che è comunque un tema, forse, di cui ci siamo anche noi resi conto più direttamente soltanto leggendo la cronaca.

Presidente ROLFI

Prego.

CANTONI

Sui laboratori io credo che un sistema di prevenzione senza i laboratori sia zoppo. Di laboratori ce ne sono sparsi per la Lombardia, sono anche loro in sofferenza e credo che occorrerebbe un piano di razionalizzazione delle attività dei laboratori in maniera che non ci siano duplicazioni, questo anche per un discorso di economicità, perché mentre per la prevenzione in senso lato le risorse sono soprattutto il personale, per i laboratori le attrezzature costano molto e quindi farli funzionare per poche analisi non ha senso.

Razionalizzazione e poi potenziamento. Di questo si parla da quando io ero piccola e lavoravo in Regione con il dottor Pesenti e con il dottor Carreri, ma un vero piano di razionalizzazione è rimasto un po' sulla carta, quindi bisognerebbe finalmente metterci mano. Potenziamento vuol dire rispondere a delle esigenze nuove. Faccio solo un esempio: noi abbiamo nel piano un programma sul controllo delle sostanze chimiche (REACH e CLP), cioè il controllo della produzione e dell'immissione sul mercato delle sostanze chimiche. Se non siamo in grado di controllare analiticamente anche quello che andiamo a vedere sulle carte, abbiamo un controllo zoppo.

Sulla capillarità, intanto il discorso della capillarità da una parte si aggancia alla necessità di avere delle strutture decentrate, di mantenere delle strutture di servizi decentrate. Un conto è l'accentramento di alcune funzioni di tipo amministrativo che si avvale di un risparmio economico notevole, ma i servizi che devono garantire delle attività dirette alla persona e un rapporto con il territorio stretto, di conoscenza e di raffronto continuo, a mio avviso devono mantenere un discreto livello di decentramento. Naturalmente un primissimo elemento di successo, come diceva il dottor Pesenti, di alcune attività di promozione e di prevenzione in senso lato è il rapporto con gli enti locali, ma non solo, anche con tutte quelle strutture che sul territorio agiscono, parlo anche, per esempio, del terzo settore, che tanta parte ha nella promozione della salute.

Sugli ambienti di vita, questo è un argomento che è trascurato da tempo sia nel piano nazionale che nel piano regionale. Per gli ambienti di vita una volta si parlava della vecchia igiene pubblica, che è un po' scomparsa e che forse va rivista in termini più moderni. Esistono dei problemi di sicurezza e igiene degli ambienti di vita che non sono affrontati nei piani di prevenzione. Mi riferisco a tutti quei momenti e strutture in cui c'è una presenza di persone, di cittadini, luoghi di ritrovo, luoghi di divertimento, centri di benessere che si espandono. Diciamo che si deve incrementare l'attività fisica, si incrementano i centri benessere, ma non si pone attenzione alla qualità di questi centri benessere così come alla qualità delle abitazioni, alla qualità delle città. Questi sono tutti temi, dall'urbanistica fino alla casa, alla prevenzione domestica, che a nostro avviso devono essere

sviluppati. Su questo punto diciamo che anche la normativa è molto carente, bisognerebbe fare qualcosa anche a livello nazionale o magari, visto che il Titolo V lo consente, anche a livello regionale.

Sulla gestione delle emergenze, le emergenze sono di vario tipo. Per quanto riguarda le emergenze ambientali, è di qualche tempo fa uno sversamento di idrocarburi importanti per una falla in un oleodotto nella zona ex Milano 1 che ha comportato dei problemi nella popolazione. Questo è solo un esempio, poi c'è l'inquinamento che si scopre nei terreni o nella falda acquifera. Ci sono emergenze costanti, per non parlare dei migranti, per non parlare anche di quell'emergenza che tutti noi auspichiamo lontanissima, del bioterrorismo o terrorismo chimico, nel quale anche i dipartimenti sono chiamati a dare il loro apporto.

Presidente ROLFI

Grazie alla dottoressa Bodini, alla dottoressa Cantoni e al dottor Pesenti.

PESENTI

Scusi, posso avere trenta secondi per raccogliere una sollecitazione?

Presidente ROLFI

Se vuole, sì, prego, in trenta secondi però.

PESENTI

Un esempio molto concreto: per quanto riguarda la legge regionale sul risparmio del suolo, la cui attuazione compete ovviamente ai comuni, credo che un monitoraggio su come sta andando da parte della Regione potrebbe essere molto utile per vedere se effettivamente nei piani di governo del territorio è previsto che si incominci a lavorare su questo tema.

Presidente ROLFI

Grazie del suggerimento al dottor Pesenti e a tutta la Società Nazionale Operatori della Prevenzione.

Chiamo i terzi auditi, l'Unione Nazionale Personale Ispettivo Sanitario d'Italia, di cui abbiamo due rappresentanti: Celeste Antonio Carnelli e Mario Poloni. Anche voi avete dieci minuti di tempo per la vostra illustrazione. Grazie della vostra disponibilità.

POLONI

Sono Mario Poloni, sono un tecnico della prevenzione dell'ATS di Bergamo e sono un componente della segreteria dell'Associazione UNPISI, che è un'associazione professionale che raccoglie le professioni di quelli che una volta erano gli storici vigili sanitari, oggi tecnici della prevenzione, tutto questo pezzo professionale importante che opera all'interno dei nostri servizi.

Avevo già avuto modo di fare questo intervento qualche mese fa, a ottobre, nella precedente audizione, quindi avevo già un po' rappresentato il ruolo e la dimensione di queste figure.

Non abbiamo slide, ci siamo riservati di mandarvi successivamente una breve relazione descrittiva, anche perché i colleghi che mi hanno preceduto di SITI e SNOP sono i rappresentanti di due associazioni, insieme a AsNAS che parlerà dopo di me, con le quali in questo ultimo anno e mezzo, due anni abbiamo cominciato a fare un lavoro intersocietario comune lavorando insieme tutti gli operatori e tutti i professionisti della prevenzione e, pur con ottiche e punti di vista diversi, siamo riusciti a trovare una linea comune di azione strategica sulla materia della prevenzione, che è un ambito di attività che a noi ovviamente sta particolarmente a cuore. Hanno detto già moltissimo, quindi mi esimo dal ritornare esattamente su quelle cose che condivido tutte e che sono state oggetto di ripetuti incontri, confronti, discussioni e approfondimenti.

Mi soffermo solo su un paio di aspetti. Innanzitutto vorrei dire che parlare di risorse non è esattamente una cosa indifferente. Non significa dare tanto di più, significa però ogni tanto almeno

salvaguardare alcuni livelli di finanziamento e di risorse perché, come dicevano alcuni dei colleghi che mi hanno preceduto, c'è stata una riduzione. Su questo non abbiamo neanche dei dati regionali, che forse potrebbe essere interessante avere. Io ho un ultimo dato sull'andamento delle risorse professionali nel sistema della prevenzione che risale al 2009, quindi è abbastanza vecchio, ci dice com'era la fotografia della situazione delle risorse professionali nelle quindici ASL nell'anno 2009. Oggi non ce l'abbiamo. Posso citare l'esperienza dell'ATS di Bergamo, che penso che possa essere rappresentativa: copre più o meno il 10 per cento della regione, eravamo in 240-245 qualche anno fa, nel 2010 e 2011, adesso siamo 220, in un trend in lenta, ma graduale contrazione. Non è tanto solo un problema di numeri, è che dietro al numero c'è il fatto che noi stiamo invecchiando e non c'è ricambio, il turnover è praticamente fermo. Non solo, c'è quest'altro elemento secondo me importantissimo per quanto riguarda soprattutto la prevenzione: alcune professioni, sto pensando ai tecnici della prevenzione piuttosto che agli assistenti sanitari, che poi approfondiranno i colleghi che mi seguiranno, sono operatori che trovano uno spazio professionale soprattutto all'interno delle ex ASL oggi ATS, è difficile trovare le nostre professioni all'interno delle ASST, quindi è difficile dire: attingo ad una graduatoria che è stata bandita dall'ASST. Se ho bisogno di infermieri posso attingere dalla graduatoria concorsuale bandita dall'ASST di una qualsiasi Azienda. Noi oggi abbiamo praticamente esaurito in Lombardia le graduatorie utili a cui attingere per assumere tecnici della prevenzione o assistenti sanitari. Gli ultimi assistenti sanitari siamo andati ad attingerli alla graduatoria di Mirano, in provincia di Venezia, quindi abbiamo oggettive difficoltà da questo punto di vista. Tra l'altro adesso l'effetto della riforma Fornero sta andando a regime, una serie di persone il cui pensionamento era stato bloccato qualche anno fa, in questi prossimi due anni fuoriusciranno, tra l'altro persone portatrice di conoscenze e di competenze molto significative, quindi se non ci attrezziamo su questo credo che avremo oggettive difficoltà. E' per questo che dicevo che non è solo un problema di numeri, sennò è facile venire a dire: siamo in pochi, abbiamo bisogno, ci date poco, dateci di più. Il modo è difficile per tutti, giustamente è difficile anche per noi. Possiamo razionalizzare? Certamente possiamo razionalizzare? Possiamo fare le stesse cose meglio? Certamente possiamo fare meglio. Abbiamo già fatto molto, io credo, complessivamente, come sistema, però dobbiamo avere questa attenzione perché la risorsa umana è il capitale del nostro sistema della prevenzione. L'80 per cento delle spese è sostenuto dalle spese del personale e se riusciamo a garantire un livello di turnover adeguato, riusciamo anche a portarci in casa dei saperi, delle conoscenze che sono indispensabili per fare quelle cose anche innovative che anche la dottoressa Bodini prima citava, la linea della salute e ambiente piuttosto che una recuperata attenzione sul problema degli ambienti di vita, che, concordo, è un aspetto che è passato in secondo piano e quindi le risorse sono assolutamente indispensabili in questo senso.

Sarebbe interessante avere una fotografia da parte dei nostri uffici regionali su qual è l'attuale dotazione di personale nei nostri dipartimenti. Vorrei ricordare che la prevenzione è uno dei pezzi erogativi rimasti in capo all'ATS, oltre ad alcune funzioni di governance, però è uno dei pezzi grossi. La prevenzione umana e la prevenzione veterinaria sono sostanzialmente le due grosse funzioni erogative rimaste in capo all'ATS e quindi sarebbe interessante avere la fotografia di oggi rispetto a qualche anno fa.

Anche per queste ragioni e per questa materia abbiamo predisposto un documento intersocietario sul discorso dell'utilizzo degli introiti delle sanzioni, quel valore che la dottoressa Bodini indicava tra i 12 e i 14 milioni di euro l'anno. E' molto apprezzato il fatto che la nuova legge affermi in modo formale il finanziamento del 5 per cento, che era già scritto da qualche parte perché sul Patto per la salute era un'affermazione che già c'era, però in Regione Lombardia, non so come mai, abbiamo sempre fatto fatica ad arrivare a quella cifra, ci siamo sempre attestati sotto, al 4, al 4,2, al 4,3. Il fatto che nella legge ci sia è importante, poi non è garantito, dovremmo impegnarci tutti perché quei soldi effettivamente arrivino. Quello 0,5 per cento in più o in meno a volte può fare la differenza anche in termini di qualità della spesa. E' interessante anche il fatto che nella legge si dica altrettanto esplicitamente che una quota parte degli introiti delle sanzioni viene destinata al mantenimento, al potenziamento, a cose di questo tipo. Perciò la cosa che noi chiediamo è:

cerchiamo adesso di tradurre in modo concreto queste affermazioni in azioni pratiche cercando di capire che cosa intendiamo per questa quota parte, ad esempio, e sulla base di quali criteri questa quota parte viene destinata e su che cosa. Noi, ad esempio, diciamo che dovrebbe essere destinata a mantenere i livelli del personale, a dare un minimo di spazio sugli aspetti tecnologici, a lavorare attorno al tema della formazione, che è sempre un tema comunque importante.

Consigliere PIANI

Ringrazio il dottor Poloni. Il dottor Carnelli vuole aggiungere qualcosa? No. I Consiglieri hanno domande? No.

Lascio il posto al Presidente.

Presidente ROLFI

Grazie per il vostro contributo e buona giornata.

Procediamo con la Società Italiana Medicina del Lavoro – Sezione Lombarda, con il presidente Marco Ferrari. Prego.

FERRARI

Sono il professor Marco Ferrari, sono docente all'Università dell'Insubria e sono presidente della Sezione Lombarda della SiMLi. Io ho mandato un documento, però l'ho mandato ieri sera tardi e lo rimanderò perché stamattina, leggendolo sul treno, ho visto che c'è qualche errorino e qualche omissione lessicale, quindi lo rimando. Intanto leggo quello che c'è scritto pedissequamente così non c'è nessun problema.

Innanzitutto una premessa: con la riforma regionale lombarda, la legge regionale n. 23/2015, si è voluto attribuire alle ASST la maggior parte dell'erogazione delle attività di prevenzione, sia per malattie infettive e vaccinazioni che per malattie croniche, screening oncologici, malattie cardiovascolari e metaboliche. Tutto questo farebbe supporre la necessità di istituire dipartimenti di prevenzione anche all'interno delle ASST, ma non mi risulta che i POAS in corso di rivalutazione ne abbiano previsti anche in fase sperimentale. Questo dice di quanto sia il gap tra organizzazione e realtà sanitaria esistente. Nel caso della prevenzione, ciò ha basi ben evidenti; dipendono dalla vision in sede regionale e centrale. Mi chiedo se sia finalmente concepibile un'attività di prevenzione nelle ASST coordinate e non lasciate all'iniziativa creativa, ma spesso autoreferenziale, di specialisti che di norma poco hanno a che fare con la prevenzione (per esempio gli screening oncologici vengono normalmente gestiti dai chirurghi).

Una realtà sui generis e forse un poco dimenticata, ma forse non a caso, in questo contesto sono le unità operative ospedaliere di medicina del lavoro. Trattasi di dizione lessicale forse arcaica, non esistono più le unità operative, ma le strutture complesse e le strutture semplici, ma anche questo rende ragione della scarsa rilevanza data a queste strutture. Le UOOL sono state oggetto di riorganizzazione qualche anno fa (nel 1999 è uscito un documento in questo senso) senza di fatto intaccare la rete territoriale. Sono reparti che svolgono vari ruoli, ma che di fatto rappresentano una risorsa all'interno degli ospedali che svolge attività qualificate in ambito clinico (valutazione delle malattie professionali e collaborazione con i COR tumori), patologie specifiche di origine professionale e correlate, di tipo preventivo (sorveglianza sanitaria qualificata, workplace health promotion) e di valutazione dei rischi in campo ergonomico, igienistico e tossicologico (stress lavoro correlato eccetera). Sarebbero, quindi, da considerare una risorsa consolidata in ambito delle ASST ai fini dell'attuazione degli obiettivi di prevenzione, che, se dimentica, si rischia di disperdere o comunque perlomeno di non essere sufficientemente sfruttata.

E' in elaborazione una ridefinizione del ruolo e delle caratteristiche delle UOOL sulla base del riassetto delle ATS connesso con la recente riforma citata. Il documento preliminare è stato reso disponibile in base ad un mandato specifico.

Ricordo che alcune UOOL di Regione Lombardia sono a valenza universitaria, come quella del Policlinico di Milano con l'Università degli Studi di Milano, quella di Brescia con l'Università di

Brescia, la Fondazione Maugeri con l'Università di Pavia e l'ASST Sette Laghi con l'Università dell'Insubria. Le UOOML universitarie citate sono tutte sedi autonome di scuole di specializzazione di medicina del lavoro e collaborano con altre UOOML ospedaliere per la formazione dei medici del lavoro con stage residenziali anche in base alle reti formative ben consolidate delle scuole. Esistono poi delle UOOML ospedaliere a Bergamo, Monza-Desio, Lecco, Garbagnate Milanese e Cremona.

Ribadisco che le UOOML universitarie rappresentano un patrimonio ulteriore per aspetti di evidenze scientifiche e possono efficacemente collaborare per linee guida ed altri documenti evidence based. Le UOOML universitarie sono depositarie di specifici know-how. A titolo esemplificativo, si ricorda quella del Policlinico per il COR mesoteliomi, il registro COR mesoteliomi e laboratori di genetica molecolare in ambito di medicina del lavoro ed ambientale; quella di Brescia per i laboratori di tossicologia e per le malattie professionali, in particolare il tumore polmonare; quella di Pavia per i laboratori di igiene industriale e di ergonomia; quella dell'Insubria per quanto riguarda le ricerche su alcuni tumori, in particolare dei seni nasali e paranasali e della vescica, e per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza e di promozione della salute in ambito ospedaliero.

Entrando nel merito del piano, si desidera sollecitare: 1) che vengano previste sperimentazioni, nel presente piano, di dipartimenti di prevenzione in selezionate ASST che poi servano da modello per essere implementate nel prossimo piano; 2) che si evitino riferimenti espliciti di specifiche attività, nell'ambito della prevenzione, a particolari istituzioni che non tengono conto della rete UOOML che si sta realizzando e che quindi dovranno essere considerate a breve obsolete (così, infatti, sono stati strutturati analoghi piani; per esempio, i piani delle Regioni Piemonte e Emilia-Romagna, che ho avuto occasione di leggere, non hanno riferimenti particolari a istituzioni per definire specifiche attività), si consiglia, per ora, che vengano tolte; 3) che vengano enfatizzate le attività in ambito lavorativo che riducano il gap di salute tra classi di genere e classi sociali tramite specifici programmi di prevenzione che abbiano caratteristiche di riconosciuta efficacia; 4) che nel testo venga tenuto conto in modo più esplicito dei riferimenti tecnici e delle indicazioni delle buone prassi indicate da autori scientificamente probanti. In questo contesto andrebbe attentamente valutato l'impatto che avrà la cosiddetta legge Gelli, appena approvata, su responsabilità mediche, che rimanda a linee guida di società scientifiche riconosciute e verificate dall'Istituto Superiore di Sanità; 5) che nel testo si faccia riferimento esplicito ai dati disponibili nella DG Sanità di Regione Lombardia sull'efficienza ed efficacia del metodo Occam nel contesto del sistema informativo della prevenzione, così come siano resi disponibili i volumi delle prestazioni effettuate e gli standard di qualità sia della rete dei laboratori di riferimento (REACH e CLP) che delle attività cliniche con particolare riferimento al sistema MAPI. Senza avere un'idea dei volumi e senza avere un'idea degli standard è difficile poter provvedere a fare qualche cosa che abbia un minimo di senso e soprattutto che cerchi di declinare appropriatezza, accuratezza e buona prassi.

A conclusione mi permetto di ricordare che l'intero piano, soprattutto per la parte di medicina del lavoro, avrebbe potuto prevedere una strutturazione più attualizzata in riferimento alle evidenze based preventive, su cui ritengo che sia un po' troppo generico. Ovviamente questo risente, secondo me, dell'assenza o della scarsa partecipazione alla stesura da parte di società scientifiche riconosciute.

Presidente ROLFI

Ci sono domande da parte dei Consiglieri? Consigliere Sara Valmaggi, prego.

Consigliere VALMAGGI

Poi leggeremo in specifico il documento. Comprendo una difficoltà che è dovuta, forse, più che al piano, all'impostazione della legge, cioè il tema è che della complessa questione della prevenzione se ne occupano, seppure con funzioni diverse, ATS e ASST e questo comporta delle difficoltà e delle complessità.

Una curiosità. Nella relazione diceva: evitiamo di richiamare nel piano particolari istituzioni. Non ho capito questa parte.

FERRARI

Ringrazio della domanda perché è una precisazione che meritava di essere ulteriormente esplicitata. Si tratta di questo: nel piano, inaspettatamente secondo me, ci sono delle considerazioni sul fatto che certi tipi di attività (per esempio certi COR oppure certi riferimenti per il REACH e CLP) vengano caratterizzati in base a certe specifiche realtà. La percezione che abbiamo, che ha la stragrande maggioranza dei nostri associati, è che questi riferimenti non tengano conto della reale situazione per quanto riguarda soprattutto le UOOL di tipo universitario e quindi si rischia di focalizzare o di incentrare l'attività solo su poche strutture, con la percezione anche, lo sottolineo, che le medesime strutture, secondo me, difficilmente potranno avere la capacità di poter assolvere a questo. Secondo me il fatto di avere una rete, soprattutto una rete di UOOL sia universitaria che ospedaliera, dovrebbe essere un plusvalore.

Presidente ROLFI

Ringraziamo il professor Ferrari della Società Italiana Medicina del Lavoro della Lombardia per il contributo e per il documento che nuovamente ci inoltrerà in giornata e che metteremo a disposizione di tutta la Commissione.

Chiamo i prossimi auditi, l'AsNAS – Associazione Nazionale Assistenti Sanitari; ho qua la nota della presenza della presidente lombarda dottoressa Giuliana Bodini e anche di Patrizia Bettinelli. Anche voi per il vostro intervento avete massimo dieci minuti di tempo. Prego.

BODINI

Sono Giuliana Bodini, presidente della Sezione Regione Lombardia dell'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari. Sono qui con la collega Patrizia Bettinelli.

Questa professione è una professione antica per l'area della prevenzione, diciamo che ha un tratto tipicamente lombardo, Regione Lombardia ne ha usufruito sempre molto e noi riteniamo che alla posizione di Regione Lombardia, che è stata a livello internazionale ai primi posti per l'area della salute delle persone e per la prevenzione, abbia contribuito fortemente anche la nostra professione. Purtroppo, però, devo segnalare che negli ultimi tempi è in una condizione di oggettiva difficoltà. La nostra formazione, insieme a quella dei tecnici della prevenzione, con il passaggio all'Università è stata bloccata per alcuni anni. La nostra popolazione professionale sta invecchiando e molti colleghi sono in uscita senza che ci sia un'opportuna valutazione e attenzione al turnover e quindi al reintegro dei nostri colleghi e della nostra professione.

Per quanto attiene al piano di prevenzione abbiamo alcune considerazioni da fare. Intanto ci piace molto che sia un piano che dà così tanta attenzione alla promozione della salute, il nostro campo di lavoro, di battaglia fin dalla nascita di questa professione. Ci piace perché è trasversale a tutte le varie attività. Dobbiamo sottolineare, però, un'attenzione che dobbiamo avere a quest'area di intervento che spesso è trattata in maniera semplicistica o legata molto allo slogan e vogliamo ricordare che non la possiamo ridurre semplicemente alla divulgazione di stili di vita corretti. Lo affermano le carte principali di riferimento, la Carta di Ottawa stessa afferma che la promozione della salute non si risolve certamente con lo stile di vita. Allora è necessario l'approfondimento nella promozione della salute, noi chiediamo di andare avanti in questo studio, in questa ricerca come Regione, utilizzando le risorse formate per fare questo tipo di riflessione e di ricerca.

Per quanto riguarda un altro aspetto del piano, ci interessa che si parli anche di ridurre lo svantaggio della popolazione come lavoro su un determinante di salute importante. Noi siamo quegli operatori, insieme ad altre figure professionali, che hanno lavorato da sempre nel cercare di ridurre lo svantaggio di alcune categorie di popolazione. Vi faccio un esempio e riprendo il discorso dei colleghi che mi hanno preceduto, che ovviamente condividiamo in pieno come associazione, che è quello legato alle vaccinazioni. Il dottor Gattinoni ha chiesto che venga preparato e presentato un

documento rispetto agli standard per la vaccinazione, noi condividiamo pienamente questa posizione. Per la vaccinazione, la categoria svantaggiata, le persone svantaggiate devono essere accompagnate, devono essere portate ad arrivare all'ambulatorio vaccinale. Vengono scoperti bambini che non sono vaccinati fino a cinque o sei anni. Questo non può succedere, secondo me, in uno Stato italiano con le risorse che abbiamo e con le possibilità che abbiamo. Non succedeva, secondo me, qualche tempo fa, quando avevamo una rete di assistenti sanitari che lavoravano su tutti i comuni e avevano un'attenzione precisa alla popolazione di riferimento. Per l'ambito vaccinale sicuramente anche noi ribadiamo prima di tutto risorse dedicate, formate, come è la figura che rappresentiamo, e con ambienti che siano adatti all'attività vaccinale e con tempi studiati per poterci consentire di lavorare bene.

Con il passaggio all'ASST noi ci confrontiamo con operatori che sono abituati a pensare i tempi di intervento con la logica ospedaliera e noi invece dobbiamo lavorare con i tempi di intervento che sono della logica territoriale. Un colloquio vaccinale dove io devo lavorare su una mamma perché si convinca a vaccinare il proprio figlio mi vede impegnata su due realtà: o è la mamma con una cultura piuttosto approfondita che fa ostruzionismo alla vaccinazione e documenta e io devo essere in grado di andare avanti in questa discussione per portarla alla scelta di vaccinare, o mi posso trovare con la mamma incompetente alla quale devo dare tutti gli strumenti per arrivare a comprendere la vaccinazione, o con la mamma extracomunitaria che ha bisogno di informazioni. Non è possibile, quindi, pensare ad una vaccinazione fatta in cinque minuti altrimenti non stiamo lavorando assolutamente bene.

Altro aspetto. Il momento vaccinale è un momento di incontro con un bambino che è appena nato e che dovrebbe avere messe a disposizione dalla comunità tutte le potenzialità per vivere bene. Con queste mamme noi abbiamo sempre fatto un lavoro di individuazione delle famiglie a rischio, anche della depressione materna. Una mamma depressa è una mamma che non riesce a sviluppare bene le potenzialità del bambino e sappiamo che ci sono danni che poi si trascinano nel tempo e quindi noi dobbiamo cercare di individuare le persone che hanno bisogno per dare loro un aiuto.

Un'altra area che è molto di interesse per noi ed è sempre stata di interesse è quella della promozione della salute nella scuola. Anche qua dobbiamo entrare un po' di più a vedere operativamente, anche con dei provvedimenti, com'è questa attività di promozione della salute nella scuola. Noi chiediamo di poter essere presenti nella scuola come lo siamo sempre stati per poter veramente portare nella scuola di nuovo un sistema di sorveglianza, un sistema di controllo, un sistema di promozione della salute, riportare ancora un'idea del corpo nella scuola. Gli studenti non sono solo menti che devono imparare, menti che devono riprodurre quanto viene detto dagli insegnanti, ma sono anche corpi che hanno delle necessità, che hanno delle esigenze.

Per quanto riguarda il mondo della scuola cerco di riportarvi quelle che sono le emergenze che noi vediamo nella comunità e non possiamo pensare che le telecamere siano la soluzione della crisi che sta attraversando il mondo della scuola. Le telecamere possono essere un mezzo, ma noi dobbiamo pensare che le situazioni di aggressività che stiamo vedendo da parte dei docenti nel mondo della scuola sono la punta dell'iceberg di un malessere. La stessa scuola, leggevo nel vostro piano, denuncia di essere sovraccaricata. Di questo malessere l'istituzione sanitaria se ne deve fare carico con un intervento di promozione della salute rivolto a questi lavoratori della scuola perché abbiano spazi di promozione della salute, perché non possiamo mettere tutti in galera e risolvere con la telecamera che va ad indagare. Il malessere nella scuola c'è sempre stato e la nostra presenza all'interno delle scuole ha fatto molto perché ci fosse un controllo anche di questa situazione, di questo sistema, creando una condizione anche di controllo sui docenti e sulle altre figure presenti all'interno del mondo della scuola.

La scuola non può essere un sistema chiuso che definisce quali sono i bisogni di salute, un sistema chiuso che fa l'educazione e la promozione della salute, ma deve essere un sistema dove anche le istituzioni sanitarie entrano e vanno a svolgere il loro ruolo che è quello di collaborare all'identificazione dei bisogni di salute, che non può essere fatto esclusivamente dal dirigente scolastico.

Nel piano non è stato trattato il tema della famiglia, così come non abbiamo visto accennare alla salute di tutta una popolazione che non arriva a colpire magari l'interesse perché sono i giovani studenti che non vanno più a scuola, perché sono i disoccupati, perché sono gli immigrati, perché sono i profughi. Tutte queste categorie sono nella nostra osservazione, noi lavoriamo in mezzo alla gente, siamo dei camminanti in mezzo alla comunità. Io penso che tutto quello che io ho raccontato stia nel capitolo della promozione della salute della comunità e vogliamo veramente che la nostra figura professionale venga tenuta presente e vogliamo dei tavoli di confronto anche sulle strategie che pensiamo per questi tipi di realtà.

Mi potrei fermare sul problema della home visiting, delle visite domiciliari che vengono fatte nel periodo dopo la nascita del bambino. Sono una situazione molto importante, l'Inghilterra le ha riprese completamente con un'assunzione importante di personale perché servono per il controllo della comunità, servono per promuovere la salute nelle famiglie e forse tante violenze all'interno della famiglia possono essere lette prima che diventino una tragedia.

Continuo parlando del rapporto con l'Università. Le nostre professioni hanno bisogno che la Regione, che dà i soldi, finanzia la nostra formazione con le Università, sia più presente per vedere come l'Università lavora con le nostre professioni affinché il personale che viene pagato dalla Regione per lavorare per l'Università sia effettivamente dedicato alla formazione.

L'ultima cosa è l'aspetto della ricerca. Sottolineo che la ricerca non può essere soltanto pensata a livello clinico dell'ospedale, dei reparti ospedalieri. Noi della prevenzione abbiamo bisogno di ricerca, la prevenzione si alimenta nella ricerca. Noi dobbiamo essere immediatamente pronti per tutte le novità che si vanno a realizzare sul territorio e quindi dobbiamo avere tempi e personale per poter svolgere bene il nostro lavoro e svolgerlo con un occhio indispensabile perché non si fa prevenzione se non si inserisce immediatamente nel nostro intervento un approccio di ricerca.

Credo di avere detto tutto. Chiudo rammentando che abbiamo veramente, per la criticità dei servizi, la necessità di aumentare il personale, gli assistenti sanitari destinati all'ambito della prevenzione. Lo denuncio come presidente di associazione per le numerose segnalazioni che mi vengono dalle colleghe per la difficoltà enorme di questi ultimi mesi sulla pratica vaccinale. Sono tempestate di telefonate e di richieste anche per la criticità legata alla meningite. Non possiamo pensare di potere affrontare i problemi senza avere risorse.

Presidente ROLFI

Grazie alla dottoressa Bodini.

Diamo la parola ai Consiglieri presenti per eventuali domande. Prego, Consigliere Sara Valmaggi.

Consigliere VALMAGGI

Un collega mi sollecitava sulle vaccinazioni, ma sulle vaccinazioni siamo consapevoli delle complessità che ci sono. Torno invece su un tema che è stato richiamato qui per la prima volta nelle audizioni e su cui ci siamo soffermati anche quando abbiamo discusso la revisione della legge sul titolo della prevenzione, che è il tema della promozione della salute nella scuola. Sappiamo che non esiste più da tempo la medicina scolastica, sappiamo che Regione Lombardia, è richiamato anche nel piano, ha attivato da anni interventi e progetti che si chiamano "Scuole che promuovono salute". Mi farebbe piacere sapere se voi come operatori siete stati coinvolti in questi progetti e qual è la sua valutazione e se basta l'attivazione di questi progetti oppure lei individua anche qualcosa in più che si potrebbe fare, perché è vero che se si parla di prevenzione è necessario partire dai luoghi in cui crescono i ragazzi e le ragazze e i bambini.

BODINI

La promozione della salute è pensata con dei progetti grandi. Faccio un esempio per essere chiara. Se io vado in una scuola e parlo ai ragazzi dell'importanza della salute della schiena, del peso dello zainetto e poi comunque nella scuola i docenti hanno una programmazione scolastica per cui i ragazzi portano a scuola dieci chili di libri e sapete che la legge prevede che la responsabilità sia dei

genitori rispetto a uno zainetto troppo pesante, allora (e prendo solo questo come esempio e gli esempi sono sempre parziali) che cosa succede? Che sovraccarichiamo i ragazzi di informazioni in cui gli dimostriamo di essere inappropriati, bugiardi alla fine, perché se davvero tu hai a cuore la mia schiena, tu risolvi il problema. Allora la promozione della salute nella scuola è un incontro con i docenti dove un operatore esterno fa una valutazione, li aiuta a fare una valutazione, una valutazione che serve per vedere: questa organizzazione scolastica si può migliorare affinché, per esempio, facciamo di due ore in due ore e non una, una e una e quindi abbiamo non cinque ore da portare nello zaino, ma ne abbiamo due da portare nello zaino? Oppure l'operatore si interessa per valutare se ci sono altre modalità, potrebbero essere libri frazionati, tablet, non lo so, ma questo vuol dire che se io metto un operatore nella scuola che si occupa di questo e che ha questa formazione... perché naturalmente deve esserci una formazione di prevenzione per avere questa ottica e vi sottolineo che sapete meglio di me che la salute di una popolazione dipende anche dai servizi sanitari almeno per un 10-15 per cento. I servizi sanitari hanno un valore, pesano per la salute delle persone, anche per gli operatori che ci sono dentro. Se nella nostra comunità abbiamo soprattutto operatori legati alla cura, perseguiremo degli obiettivi di cura e continuerà un linguaggio della cura.

Noi facciamo fatica a sopravvivere perché siamo in minoranza. Il nostro linguaggio di operatori della prevenzione è un linguaggio che spesso è contrastato, non è capito e facciamo veramente una fatica immane. Allora all'interno della scuola ci vuole un operatore che ha questa mentalità e che aiuterà il gruppo scolastico, che aiuterà la comunità scolastica ad individuare quelle che sono le strategie utili per risolvere il problema banale dello zainetto, ma che può essere anche un'altra cosa.

Pensiamo agli orari della scuola: i bambini stanno a scuola tante ore, vanno a casa con quintali di compiti e non c'è una preoccupazione su se questo bambino si muove abbastanza, che cosa fa.

Sapete che in Piemonte sono arrivati alle mani e i genitori a denunciare la scuola per il problema della mensa. Io credo che quando succede questo è perché non c'è stata una cura del dialogo scuola-famiglia, cura di cui noi ci siamo sempre occupati.

I bambini molto assenti perché malati sono bambini che spesso provengono da famiglie dove ci sono anche maltrattamenti. Non possiamo mandare a casa l'assistente sociale in questa prima fase. Il linguaggio del corpo, l'idea della salute ci apre moltissime porte all'interno della comunità, ci consente di entrare, poi noi creiamo il terreno perché arrivino altri, non risolviamo da soli i problemi, abbiamo bisogno delle équipes di appoggio come le abbiamo sempre avute, come gli psicologi, gli assistenti sociali, come il medico igienista, come il pediatra, lavoriamo con tante figure professionali, ma per entrare dobbiamo avere qualcosa che ci consente di entrare. Qualsiasi mamma davanti al fatto che c'è qualcuno che si interessa della salute del suo bambino ci apre la porta e possiamo iniziare a mettere una premessa a una condizione di intervento successivo.

Presidente ROLFI

Grazie alla presidente Bodini dell'associazione AsNAS – Associazione Nazionale Assistenti Sanitari e alla dottoressa Bettinelli per il contributo dato sul PDA n. 51.

Proseguiamo con la sesta audizione. Ora abbiamo il Responsabile del Dipartimento Materno-infantile della Neonatologia e Patologia Neonatale del Policlinico San Matteo di Pavia, dottor Stronati. Prego, anche lei ha dieci minuti di tempo.

STRONATI

Buongiorno a tutti. Sono Mauro Stronati, direttore della Neonatologia e Terapia intensiva neonatale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e anche presidente della Società Italiana di Neonatologia.

Certamente a mio avviso il piano regionale sarebbe stato più completo se avesse preso in considerazione una categoria di individui ad alto rischio, che richiede un forte impegno assistenziale e anche economico, dove la prevenzione gioca un ruolo fondamentale. Sto parlando dei neonati pretermine, una categoria poco conosciuta, quelli che normalmente sono chiamati prematuri.

Chi sono i prematuri, i neonati pretermine? Sono tutti quei neonati che nascono dopo le 22 settimane, perché altrimenti sarebbe un aborto, e prima delle 37 settimane, altrimenti sarebbe un neonato a termine.

Che dimensione ha il problema? In Italia nascono 40 mila neonati pretermine ogni anno, in Europa 500 mila, nel mondo 15 milioni.

Qual sono le cause? Le cause possono essere molte: materne, ostetriche, fetali. Non è qui il momento, né la sede per parlare di queste cose, però ne vorrei sottolineare due di cause. La prima è l'età materna. Oggi la donna non partorisce più a 18, 19, 20, 21, 22 anni, che sarebbe l'età naturale per partorire, oggi la donna partorisce sempre più frequentemente dopo i 30 anni, per cause personali, per la carriera, per gli impegni e soprattutto per i problemi economici. Questo, quindi, a mio avviso, è un problema sociale. La seconda causa sono le tecniche di fecondazione assistita. Secondo alcune riviste scientifiche, mi riferisco a una che è abbastanza importante, il *New England Journal of Medicine*, la principale causa della prematurità sono le tecniche di fecondazione assistita perché queste tecniche aumentano i gemelli, aumentando i gemelli, aumentano i nati pretermine.

Un neonato quando nasce ha molti problemi: respiratori, neurologici, infettivologici, ma non entriamo in questi aspetti. Io vorrei solo parlarvi della mortalità e della qualità di vita ovvero degli esiti permanenti che possono avere questi neonati.

Faccio presente per chi non lo sapesse che parliamo di neonati di 2 chili, 1,7 chili, ma parliamo anche di neonati di 350 grammi, 400 grammi, 500 grammi, 600 grammi. Vedo che il Consigliere Silvia Piani asserisce, lei lo sa bene perché ci ha lavorato e ha svolto un ruolo fondamentale perché in questi reparti il personale infermieristico svolge un ruolo vitale, fondamentale.

Dicevo della mortalità. Io credo che poche branche della medicina abbiano fatto dei progressi tali come la neonatologia. Nel 1960 dei neonati che nascevano di peso inferiore a 1500 grammi (quindi non parlo di neonati con un peso estremamente basso) su 100 ne morivano 73, oggi su 100 ne muoiono 14,4 secondo il Vermont Oxford Network, che è un network che riunisce tutte le più importanti terapie intensive neonatali del mondo (australiane, neozelandesi, argentine, statunitensi eccetera). Ho messo con un po' di presunzione anche la nostra casistica personale a Pavia: noi nel 2014 avevamo una mortalità dell'8,70 per cento.

Anche sulla qualità di vita c'è stato un grande balzo in avanti: nel 1960 i neonati, tra virgolette, normali ovvero senza nessun esito, senza nessuna conseguenza dovuta alla prematurità, erano solo il 26,8 per cento, oggi i neonati normali sono l'84 per cento. Se andiamo a vedere le sequele lievi o moderate, mentre negli anni Sessanta erano il 52 per cento, oggi sono l'11 per cento; quelle gravi erano il 22 per cento, oggi sono il 5 per cento. Progressi enormi, che non vanno però dispersi quando il neonato pretermine esce dall'ospedale.

A pagina 69 di questo piano regionale viene riportato: "come sostenuto dall'OMS nel terzo obiettivo riportato in Health21, è importante investire sulla salute nelle fasi precoci della vita"; qual è il soggetto ideale su cui investire se non il neonato pretermine?

Che dobbiamo fare? A mio avviso è necessario creare una rete di specialisti in modo tale che questo tipo di neonato, una volta uscito dall'ospedale, trovi una rete di esperti che lo possano prendere in carico. Non dico che già non c'è, la Regione Lombardia devo dire che ha fatto molto da questo punto di vista; abbiamo gli screening oftalmologici, gli screening audiologici, che non permettono più che un neonato esce dall'ospedale e poi ci si accorge che non sente dopo sette mesi, quando è tardi e quando non riesce più neanche a parlare. Sono state fatte sicuramente delle iniziative utili, però io credo che queste iniziative vadano organizzate meglio sul territorio, ci deve essere una compenetrazione maggiore tra i nostri reparti e il territorio in modo che questi neonati e questi genitori, che già tanti problemi hanno, non debbano avere anche il problema di organizzarsi.

Noi riteniamo che sia importante che nel piano regionale siano prese in considerazione le problematiche dei neonati pretermine. Parliamo di costi? Io vi riporto dei dati degli Stati Uniti, uno studio fatto dieci anni fa: la prematurità negli Stati Uniti, dieci anni fa, nel 2005, è costata 26,2 miliardi di dollari, quindi prevenire vuol dire anche risparmiare.

Vorrei toccare anche un altro argomento molto rapidamente, quello delle vaccinazioni. A pagina 104 il piano regionale affronta un problema che è di grande importanza e dice: "Nella programmazione è fondamentale tenere in considerazione che il fenomeno del rifiuto delle vaccinazioni è in crescita e comincia a interessare anche aree in cui non sono presenti gruppi dissidenti organizzati. L'elaborazione di una risposta da parte della sanità pubblica richiede innanzitutto di approfondire le dimensioni, la natura dei fenomeni e la ricerca dei loro determinanti ed estendere l'impiego di eventuali buone pratiche al livello locale. Inoltre sono previste azioni di miglioramento della comunicazione in ambito vaccinale sia nei confronti del cittadino che nel rapporto tra i diversi soggetti delle ASSR che propongono ed effettuano vaccinazioni, riconfermando il ruolo di governance delle ATS in raccordo con la Regione nelle strategie di offerta vaccinale". Perfetto, sono d'accordo su tutto. Vi chiedo come tecnico, non come politico: non sarà per caso necessario fare qualcosina di un po' più energico? Si potrebbe pensare a un certificato vaccinale per i bambini che vanno all'asilo? E' una domanda che pongo alla vostra attenzione perché questo limiterebbe molto la caduta del numero delle vaccinazioni che vengono effettuate ovvero la copertura vaccinale. Vi faccio presente che il piano nazionale vaccini 2017-2019 pone tra i suoi obiettivi una copertura vaccinale superiore al 95 per cento, che è la copertura di sicurezza dell'OMS per le vaccinazioni antitetano, difterite, poliomielite e epatite B. Oggi in Italia siamo sotto questa percentuale, credo quindi che anche questo sia un problema da prendere in considerazione.

Io vorrei chiudere presentandovi chi sono questi pazienti. Questo che vedete è un neonato che è ricoverato presso di noi. Sono pazienti fragili, vulnerabili, sono pazienti che non protestano, non suonano il campanello né chiamano l'infermiera, l'infermiera e il medico devono essere talmente bravi da prevenire quello di cui loro hanno bisogno, quindi vi chiedo un po' di attenzione per questo tipo di pazienti che troppo spesso non sono conosciuti e sono trascurati.

Vorrei chiudere con l'ultima diapositiva, con un po' di ottimismo. Anche in passato ci sono stati neonati pretermine, anche in passato ci sono stati neonati rianimati, ma questo non ha impedito che questi neonati si chiamassero Voltaire, Goethe, Picasso e Roosevelt.

Vi ringrazio dell'attenzione.

Consigliere PIANI

Io volevo ringraziare il dottor Stronati. Scende sempre un po' la lacrimuccia quando vedo i nostri neonatini pretermine.

Ci sono delle domande da parte dei Consiglieri? Consigliere Sara Valmaggi, prego.

Consigliere VALMAGGI

Torno sui vaccini. Sono tra le firmatarie di un progetto di legge promosso dalla Lista Ambrosoli, che aveva un intento provocatorio ovviamente, che chiedeva alla Lombardia di fare quello che hanno fatto in altre Regioni, cioè prevedere per l'entrata all'asilo nido l'obbligatorietà dei vaccini. Lei parlava di un certificato vaccinale, che mi pare sia quello che più o meno ha fatto la Regione Veneto, cioè la richiesta comunque della produzione di un certificato vaccinale nel momento in cui si iscrive il bambino almeno alle classi educative che sono direttamente gestite da Regioni e Comuni, per cui era interessante per me approfondire questo tema.

STRONATI

Per la verità non è che io sia molto al dentro degli aspetti politici, ma questo era uno degli obiettivi della Società Italiana di Neonatologia e della Società Italiana di Pediatria, che, come lei certamente saprà, da anni conducono una campagna estremamente forte, se vogliamo dire anche, tra virgolette, aggressiva sull'importanza delle vaccinazioni. Credo che questo sia in merito alla proposta di legge n. 361 del 16 gennaio 2017, modifiche alla legge regionale del 16 giugno 1980, n. 59, recante norme sugli asili nido. Le dico questa legge non perché io sia un esperto, sono veramente un tecnico, non sono un politico, però questo è quello che riporta un documento sul tavolo vaccini della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Neonatologia.

Credo che sia importante questo aspetto perché a scendere sotto il 96 per cento di copertura vaccinale a mio avviso cominciamo a rischiare. Credo che su questo non solo le società scientifiche, che già lo fanno, ma anche i politici, indipendentemente dal colore, debbano proprio impegnarsi perché vaccinare è una cosa fondamentale.

Consigliere PIANI

Proseguiamo con il professor Marseglia, direttore della Pediatria del Policlinico San Matteo.

MARSEGLIA

Buongiorno a tutti. Ringrazio di questa opportunità. Io sono il direttore della Clinica pediatrica dell'Università di Pavia – Policlinico San Matteo e solo anche direttore della Scuola di specializzazione in pediatria della stessa Università.

Sono stato, in diversi interventi di chi mi ha preceduto, indirettamente tirato in ballo per vari motivi che la figura istituzionale che ricopro mi porta a rimarcare. Il primo problema è che ho sentito da più parti che mancano i pediatri e purtroppo questo è un grosso problema. Ricevo tutti i giorni da direttori generali di strutture della regione Lombardia e di fuori Regione richieste per pediatri. Questo è un problema che noi pediatri conosciamo benissimo, è una situazione per cui chi va in pensione non viene sostituito dai giovani che noi riusciamo a formare, questo è un primo problema sostanziale.

Detto questo, mi permetto di sottolineare anche un altro aspetto. Ieri mi sono riletto con molta attenzione il piano, l'avevo letto a suo tempo, e devo dire che l'ho trovato benfatto, l'ho trovato molto benfatto. Mi sono riletto soprattutto la parte che è di mia stretta competenza a partire da pagina 103, relativa alla pianificazione e organizzazione delle progettualità in tema di prevenzione in ambito pediatrico, che mi compete in modo diretto. Per quanto mi riguarda, vorrei sottolineare un aspetto. Prima di tutto non possiamo prescindere, nella gestione generale e nella prevenzione in particolare, dalle malattie infettive, questo è un aspetto sostanziale. Recentemente, la settimana scorsa, sono stato eletto coordinatore di tutte le Scuole di specializzazione di pediatria italiane per pianificare una progettualità, uniformare la formazione didattica soprattutto in funzione della certificazione europea della funzione del pediatra. Ribadisco che ho correlato e ho confrontato il progetto della Regione Lombardia con il progetto europeo di formazione pediatrica e sono collimanti. Questo per dire che manca nell'ambito della preparazione dei pediatri italiani una grossa fetta per quanto riguarda la prevenzione, quindi è un argomento su cui dobbiamo battere molto quello delle malattie infettive e della prevenzione.

Il secondo punto sostanziale. Io parlo per la mia area di influenza, cioè il Policlinico San Matteo e il territorio dell'ASST. Sottopongo con fermezza a questa autorevole autorità che oggi mi consente di fare questo intervento il fatto che io credo che la nostra istituzione potrebbe costituire un progetto pilota. Vi spiego bene perché dico questo.

Prima di tutto all'interno del Policlinico San Matteo, che voi conoscete tutti ovviamente, che è un IRCCS universitario, esiste, ed è codificato nel progetto che stiamo discutendo, il laboratorio di microbiologia e virologia sito all'interno della struttura di malattie infettive come laboratorio di riferimento per il monitoraggio di alcune malattie infettive, in particolare morbillo, rosolia, citomegalovirus, virali soprattutto, e alcune malattie invasive, batteriche soprattutto, tubercolosi o malattie invasive da meningococco e pneumococco. Quindi abbiamo questa competenza specifica.

Il secondo punto sostanziale è che la rete pediatrica all'interno dell'ASST che compete alla nostra area pediatrica pavese è una sorta di *experimentum naturae*, come si suol dire, perché tutti i pediatri della rete pediatrica vengono dalla scuola pediatrica pavese, quindi c'è un rapporto diretto e questo è un dato da non sottovalutare nell'ambito dei rapporti di comunicazione. Siamo già tutti in rete, soprattutto per la gestione dei pazienti a tutti i livelli, quindi è un dato che potrebbe essere estremamente efficace nella pianificazione di una progettualità di integrazione.

Il terzo punto è legato a tre aspetti fondamentali su cui si basa il capitolo relativo alla prevenzione del piano di cui stiamo discutendo. Tre parole: integrazione, razionalizzazione, comunicazione. Io

credo che questi tre concetti vadano trasformati in una realtà operativa. Comincio dall'ultimo, dalla comunicazione. Purtroppo, come già abbiamo visto negli interventi precedenti, esiste, come la dottoressa ha sottolineato, un'ampia difficoltà nell'aspetto comunicativo sul problema vaccinale. Questo è un dato che va assolutamente ribaltato. La comunicazione deve essere la prima fonte di dialogo con la popolazione. Il secondo punto è la razionalizzazione. La razionalizzazione a mio avviso si potrebbe ottenere attraverso la costituzione di un dipartimento interaziendale fra il Policlinico San Matteo come IRCCS e l'ASST, un dipartimento di malattie infettive interaziendale che potrebbe costituire a mio avviso, all'interno della nostra istituzione viste le competenze sia in ambito pediatrico, sia soprattutto in ambito infettivologico con i laboratori di riferimento, un modello assistenziale particolare. Mi riferisco sia al monitoraggio, sia alla gestione di pazienti particolarmente gravi e all'applicazione delle vaccinazioni difficili, le vaccinazioni in ambito protetto. A noi viene richiesta quasi tutti i giorni la necessità di praticare vaccinazioni in ambito ospedaliero, quindi potrebbe costituire un punto di riferimento. Il terzo punto, nell'ambito di questi tre concetti principali, è l'integrazione. Questo potrebbe costituire un vero e proprio modello di integrazione, come ha già avuto modo di sottolineare il dottor Stronati e anche la collega che parlava degli assistenti sanitari, fra una struttura ospedaliera universitaria di riferimento e il territorio. Credo che questo potrebbe costituire un viatico per la realizzazione di una progettualità che ha un obiettivo principale: quello della prevenzione soprattutto in ambito vaccinale visto che viaggiamo su numeri del 60-70 per cento quando abbiamo sentito che c'è la necessità di una copertura di oltre il 90 per cento per poter raggiungere una copertura adeguata. Dico questo non solo per sentito dire o per quello che si legge, perché purtroppo nella struttura che ho l'onore di dirigere, essendo una struttura di riferimento, siamo abituati inevitabilmente a gestire le problematiche gravi che derivano da una mancata applicazione sostanziale delle vaccinazioni. Quest'anno abbiamo avuto tre casi di meningite grave e meningococcica, un'enormità di infezioni pneumococciche invasive, ma la cosa che deve fare veramente riflettere è che abbiamo avuto molti casi di morbillo e di complicanze del morbillo; pensiamo tutti che il morbillo sia una malattia irrilevante, invece ha complicanze di particolare serietà.

Ringrazio ancora questa autorevole Commissione che mi ha concesso questa opportunità. Credo che la possibilità di costituzione di una struttura integrata fra l'ospedale San Matteo e il territorio nell'ambito di una sorta di dipartimento di malattie infettive integrate dell'adulto e del bambino sicuramente potrebbe costituire un punto di riferimento, un punto di partenza per l'applicazione di progettualità che sono già molto ben definite nel progetto che siamo qua a discutere.

Presidente ROLFI

Ci sono richieste o interventi da parte dei Consiglieri presenti? Non ci sono. Ringraziamo il professor Marseglia

MARSEGLIA

Se posso ancora intervenire, la ringrazio molto, dottoressa, e approfitto dicendo che la carica che mi sono permesso di portare alla vostra attenzione di riferimento per tutte le scuole di specialità mi consente, insieme al presidente della Società Italiana di Pediatria, di poter sedere a breve in un tavolo di lavoro con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Università proprio nell'ottica di un ampliamento del numero dei pediatri. Siamo veramente in carenza a livello nazionale e quindi sicuramente per quanto mi riguarda io ce la metterò tutta, glielo prometto. La ringrazio.

Consigliere PIANI

Chiamiamo adesso il professor Gaetano Filice, Direttore del Reparto di Malattie infettive del Policlinico San Matteo.

FILICE

Sono il professor Gaetano Filice, professore ordinario di malattie infettive e direttore della Clinica di Malattie infettive tropicali.

Innanzitutto vi ringrazio per avermi dato questa opportunità e ringrazio anche il professor Marseglia, di cui chiaramente condivido pienamente tutto quello che ha detto. La mia brevissima relazione di oggi riguarda l'altro aspetto della medaglia, gli anziani, le malattie infettive negli anziani. Io vi dico questo: ho diretto e ancora per un qualche anno dovrò dirigere la Clinica di Malattie infettive, quindi vi porto dei dati molto semplici per darvi una dimensione del problema. Innanzitutto va detto questo, vi do subito dei dati nudi e crudi, sono dati percentuali fatti su 14 mila pazienti che sono i pazienti ricoverati in questi venti anni: nel 1997 i soggetti (noi ricoveriamo in media 600 persone l'anno) maggiori di 65 anni erano il 6,72 per cento, nel 2016 sono il 44,13 per cento. Attenzione, se li scomponiamo e andiamo a vedere quelli maggiori di 75 anni, nel 1997 erano l'1,56, adesso sono il 32,76. Vi dico questo: stamattina, su 40 posti letto, 22 erano occupati da soggetti con età superiore ai 65. Sono fondamentalmente infezioni respiratorie molto serie, infezioni delle vie urinarie e anche sepsi.

E' chiaro, io ho letto il piano sulla fragilità e sull'anziano e vi devo dire che la Regione Lombardia ha una sensibilità e vi faccio i complimenti – non lo dico per piaggeria perché sono sempre stato molto critico su determinate cose – soprattutto per l'attenzione che viene posta sul paziente fragile. Ho in mente di fare un progetto nazionale pilota sulle infezioni dell'anziano, una discussione anche con la direzione generale programmazione sanitaria del Ministero, per cui mi permetterò successivamente di chiedervi un parere, sarà proprio un parere su questo piano perché mi sembra che si armonizzi su questo.

Vi do alcuni dati su come dovremmo agire. Chiaramente dobbiamo pensare a qualcosa di estremamente innovativo. Il sistema ricovero così non regge più. Purtroppo i dati sull'invecchiamento della popolazione si sono confermati: nel 2020 si preventivava un 24,5 per cento della popolazione anziana, purtroppo nel 2017 siamo al 23 per cento, quindi sicuramente arriveremo al 26 per cento, il che vuol dire che 1 su 4 ha più di 65 anni. Non lo dico a voi, voi sapete perfettamente – questo è il vero nocciolo del problema – che il 70 per cento delle risorse del Servizio sanitario nazionale viene consumato dai soggetti con età superiore ai 65 anni. Un piccolo esempio: assistiamo anche adesso all'introduzione di nuovi farmaci biologici, io il problema del costo l'ho vissuto con l'epatite e con l'AIDS, ma soprattutto con quelli antitumorali; se andiamo di questo passo ci dovremmo porre un problema: o manteniamo l'attuale assetto per gli anziani o curiamo il quarantacinquenne con la metastasi polmonare. Questi sono i problemi, tra di noi ce li dobbiamo dire con molta franchezza, senza stare lì a ipotizzare.

Poi c'è il problema delle RSA, anche quella non è una cosa che possiamo pensare che venga perpetuata. Pavia ne ha 144 per un totale di 4400 posti letto. Quello che succede a Pavia, che spero di essere capace a spiegarvi, anticipa quello che succederà. Noi dobbiamo ragionare pensando che siamo arrivati al top, 4400 posti letto forse non ci sono in tutta la regione Calabria, che io conosco molto bene. Questo che cosa significa? Che c'è una lista di attesa di 600 persone, che vuol dire, detto in termini brutali, che se un soggetto muore la mattina, il pomeriggio il posto letto viene occupato.

In questi 4400 posti letto qual è l'incidenza delle malattie infettive? Io l'ho fatta questa ricerca, l'ha fatta la Comunità Europea. Si sono considerati due giorni, il 15 gennaio e il 15 giugno, per vedere qual è l'incidenza delle infezioni. Cosa intendiamo per infezioni? Sono valutate in base a dei criteri molto restrittivi della società Nord Americana. Fatta una media, l'incidenza è circa l'8 per cento. Significa che ogni giorno ci sono 320 soggetti che hanno un'infezione. Ammettiamo che solo per il 20 per cento di questi soggetti dall'infezione si passa alla malattia, vi spiegate i dati che vi ho fatto vedere: abbiamo necessità di ricoverare 60 persone al giorno. Con questo criterio, non li abbiamo i posti letto, quindi non vale più il criterio ospedalocentrico, dobbiamo pensare a qualcosa di nuovo, di diverso e sarà mio compito poi sottoporre a voi il progetto che dicevo, che in parte lo si sta elaborando, perché può essere sviluppato questo progetto nazionale nuovo. Di cui vi dico questo:

bisogna utilizzare molto la telematica. Attualmente con l'ATS – ecco perché si parlava di dipartimenti integrati – abbiamo selezionato 13 RSA che metteremo in rete con noi; quando loro hanno un problema, ci mettiamo in rete e vediamo di incominciare ad aiutarli a risolverlo lì prima di arrivare al pronto soccorso del Policlinico. Sulla base dell'esperienza che ho avuto sempre con la Clinica di Medicina tropicale, al posto di dargli il pesce, diamogli la rete, insegniamogli a pescare. Poi, visto che il posto letto da noi, ho fatto il calcolo, costa 750 euro al giorno, perché poi questi sono costi reali, troviamo anche altre strutture. Il concetto è questo: mettere a posto i parametri vitali e poi ritrasferire il paziente, prima che nell'RSA, in una struttura che possa costare sui 200-220 euro. Come creare queste strutture? E' chiaro che noi dobbiamo cambiare completamente e radicalmente il discorso. Potremmo considerare l'anziano una risorsa e non un problema, poiché ce l'abbiamo il problema, quindi affrontiamolo sotto questo aspetto, perché attorno all'anziano potremmo costruire anche posti di lavoro, soprattutto utilizzando tantissimo il volontariato, il sociale. Su questo problema, noi, da Pavia, proprio per questa rete che è stata fatta, che è unica, forse, in Italia, potremmo anticipare anche degli sviluppi, quello di cui parlavo anche con il direttore generale del Ministero, per quella che è la programmazione.

Vi ringrazio per il tempo che mi avete concesso e soprattutto perché c'è una sensibilità notevole da parte della Regione Lombardia sulla fragilità in generale e sull'anziano in particolare.

Consigliere PIANI

Ringraziamo il professor Filice. Se ci sono domande, prego. Non ci sono domande. Grazie mille. Chiamiamo il dottor Vicini, medico specialista in Urologia. Grazie di essere intervenuto. Prego.

VICINI

Grazie a voi per l'invito. Mi chiamo Davide Vicini, ho fatto l'urologo per quarantasette anni, ho cominciato veramente in un'età preistorica dell'urologia rispetto all'urologia di oggi.

Parlerò della prostata e ho pensato di intitolare questa breve riflessione sulla prevenzione delle malattie prostatiche "Grandezza e servitù della prostata", perché in realtà la prostata è veramente un organo fondamentale poco conosciuto per secoli, ma fondamentale perché senza la prostata non ci sarebbe qui nessuno di noi, la riproduzione degli uomini non può avvenire se non esistesse la prostata. Poi vedrete che sono anche altre le servitù perché vedrete come questa ghiandola, che è inserita nella parte urinaria e sessuale della vita maschile, presenti molti problemi.

Prima di parlare di prevenzione, una frase che si adegua molto alla problematica della prevenzione prostatica, è una riflessione del Dalai Lama: "Che cosa l'ha sorpresa di più nell'umanità?" e lui ha risposto: "Gli uomini perché perdono la salute per fare soldi e poi perdono i soldi per recuperare la salute". E' tipico soprattutto delle persone di una certa età che hanno dedicato tutta la vita alla loro professione in modo, direi, esorbitante, ritrovarsi poi con grossi problemi prostatici.

Vediamo la prostata nella storia. Come dicevo, è stata una ghiandola sconosciuta per molto tempo, Ippocrate non sapeva neanche che cosa fosse, che esistesse. Fu Erofilo, un anatomo alessandrino, che 300 anni avanti Cristo descrisse la prostata come un organo doppio, e si sbagliò, che era davanti alla vescica. Da qui, dal greco "proistemi", "prostata". La definì "prostatai adenoides" perché pensava che fosse doppia. La ghiandola prostatica invece si trova al di sotto della vescica e ha davanti il pube o sta lei dietro il pube. La storia della medicina si è accompagnata allo studio della prostata e alla cura delle sue patologie. Nei secoli trascorsi molti uomini importanti hanno sofferto di problematiche prostatiche e il loro agire è stato condizionato da queste patologie. Qui ho citato alcuni dei più famosi, uno dei più importanti fu Napoleone III, che girava con un cappottino, una redingote, solo per un problema: perché sotto la redingote c'erano quantità incredibili di asciugamani che raccoglievano la sua urina avendo lui un'incontinenza paradossa da patologia prostatica. Dopo la battaglia di Sedan si fece operare dagli inglesi e fu fatto fuori.

Torniamo a dov'è la prostata. Qui vedete uno spaccato di uomo visto di fianco, qui vedete l'apparato urogenitale in sintesi: i reni, l'uretere e la vescica e la prostata che sta sotto la vescica. Abbiamo visto che sta sotto la vescica e poi vi farò vedere come la prostata sia attraversata da un canale che sta sotto, che si chiama uretra prostatica, che poi continua nell'uretra del pene. Questo canale nel

maschio ha una funzione unica per due fattori importanti: la fuoriuscita dell'urina e la fuoriuscita dello sperma, quindi è un crocevia di problematiche molto interessanti, meravigliose da un punto di vista scientifico, ma anche piuttosto pericolose. Qui vediamo il concetto che ho appena detto. A sinistra abbiamo uno spaccato del corpo umano, si è tolta la parte anteriore: vedete che l'uretra femminile è solo 5 centimetri, vedete le due vie nella donna per quanto riguarda la minzione, l'uretra, e per quanto riguarda la sessualità e la fertilità, il parto, la vagina; nel maschio, invece, vedete quello che dicevo prima. A destra si vede uno spaccato di maschio che presenta la prostata al di sotto del collo vescicale e questa prostata poggia su un muscolo fondamentale che è lo sfintere striato, che hanno sia le femmine che i maschi, ma quello dei maschi è decisamente più robusto, che permette di non perdere l'urina. Questa è una visione laterale, fa vedere tutta la parte bassa del nostro corpo: in alto, la testa; in basso, i piedi; c'è la vescica, la prostata, che è appunto messa appena dietro il pube, le vescicole seminali, il canale uretrale, il pene con i corpi cavernosi. Questo è un pene tagliato che io faccio sempre vedere, soprattutto quando andavo a parlare ai ragazzini delle scuole medie superiori a Pavia e nel Pavese, perché fa vedere non solo i due corpi cavernosi e sotto lo spongioso dell'uretra, ma anche quei puntini rossi che sono le arterie. Le arterie del pene sono molto piccole e risentono molto della qualità della vita e di come si maltrattano, ad esempio, fumando e i giovani questo problema ce l'hanno perché poi vent'anni dopo si troveranno impotenti, soprattutto con difficoltà di erezione.

La vita della prostata è molto importante. Qui andiamo dalla giovinezza alla morte. Alla nascita la prostata pesa 1 grammo e cresce con la pubertà sotto l'azione degli ormoni sessuali maschili e soprattutto di un derivato del testosterone, cioè senza testosterone non ci sarebbe la prostata; senza i testicoli e quel po' di surrene che fanno il testosterone non ci sarebbe la vita della prostata.

La prostata completa il suo sviluppo a 25 anni e rimane stabile fino ai 50 anni, quando aumenta il volume per la variazione dell'equilibrio ormonale causata dall'età. La prostata, in associazione con le ghiandole sessuali accessorie, cioè le vescicole seminali e le ghiandole di Cowper, partecipa alla produzione dello sperma e questo è il suo lavoro fondamentale tra gli esseri umani. Il volume medio del secreto prostatico è 3 centimetri cubici. Gli spermatozoi sono l'1 per cento dell'eiaculato e hanno una concentrazione di 100 milioni circa per millimetro cubo. Il liquido seminale è ricco di una serie di sostanze incredibili, una pagina intera, qui ho citato solo le più importanti. Pare che sia anche da un punto di vista della nutrizione estremamente importante, ma credo che pochi ne facciano uso. Il contenuto soprattutto è: acido citrico, fruttosio, zinco, spermina, che è la proteina che dà l'odore sui generis dello sperma. L'elemento fondamentale è lo zinco perché è lo zinco che permette agli spermatozoi di mantenersi attivi, muoversi, muovere la loro codina per andare a fecondare l'uovo che è nella tuba, quindi devono fare un lungo viaggio.

La prostata produce anche una glicoproteina che è l'antigene prostatico specifico. Questa sostanza viene prodotta dalle cellule epiteliali e ha una funzione fondamentale che è quella di mantenere fluido lo sperma appena uscito dal pene nell'interno della vagina in modo che possa avere lo spermatozoo che riesce solo lui a risalire in alto. C'è da dire che l'antigene prostatico specifico ha rivoluzionato lo studio della patologia prostatica perché questa sostanza si può dosare attraverso un prelievo ematico. Il suo valore va da 0,1 o 0,2 fino a 4 nanogrammi per millilitro, concetto base che serve soprattutto a livello di prevenzione: più basso è il PSA meglio sta la prostata. Infatti, quando ci sono patologie come la prostatite acuta, l'ipertrofia prostatica benigna, ma soprattutto il cancro della prostata, il PSA aumenta.

Qui vi faccio vedere una diapositiva importante che dà un concetto base del rischio che a livello dell'apparato urinario e urogenitale, accanto al passaggio dell'urina e a quello dello sperma, si possono formare delle infezioni in tutte le età, prevalentemente nell'età centrale della vita, ma anche nell'età più avanzata, come abbiamo sentito anche precedentemente dal dottor Filice.

Qui si vede come c'è un controllo vescicale, poi c'è la prostata che fa vedere la sua uretra con in mezzo l'utricolo prostatico o utero maschile, vicino ci sono i due dotti iaculatori e tutti i dotti prostatici. Quando si ha l'atto sessuale il controllo vescicale si chiude e si chiude anche lo sfintere striato. Questo canale intraprostatico è lungo 1,5 centimetri circa e lì si raccoglie lo sperma che

distende l'uretra prostatica e crea a livello di sensazione quello che è l'orgasmo. Quando questa distensione uretrale è arrivata al massimo, fa da camera di scoppio, resta chiuso il controllo vescicale, si apre sotto e si ha l'eiaculazione. Nell'operato di prostata questo non avviene più perché il collo vescicale resta sempre aperto, così pure anche in molti diabetici e neurolesi.

Vediamo le malattie della prostata. Possono essere infiammatorie o infettive. Ci sono le prostatiti acute e croniche, l'ipertrofia prostatica benigna e soprattutto, quello di cui parleremo per la prevenzione, il carcinoma della prostata. Nella prostatite le infezioni delle vie urinarie entrano tutte dal basso, sia nel maschio che nella femmina, quindi attraverso il pene, solo la tubercolosi scende per via ematica. La prostatite è acuta e cronica: l'acuta è come avere un fuoco dietro il pube, si va a urinare tutti i momenti, si ha febbre, si ha tenesmo, si può avere anche del sangue; la forma cronica invece è più subdola, può nascere cronica o può essere la cronicizzazione di una forma acuta. L'agente patogeno più frequente, che deriva anche dalla vita intestinale, di cui poi parlerò, è l'escherichia coli.

L'ipertrofia prostatica è la crescita della ghiandola intorno al canale uretrale, può crescere comprimendo l'uretra o allungandola e creando fondamentalmente due tipi di sintomi: i sintomi ostruttivi classici di una persona di una certa età che va in bagno, si mette lì al bagno e non esce più, con la moglie che va a chiedere cosa sta combinando, oppure la componente irritativa, l'urgenza, la classica urgenza minzionale del professionista che torna a casa la sera e prima di riuscire a mettere la macchina in garage ha un bisogno di urinare pazzesco. Sono tutti segni classici dell'inizio della problematica prostatica in genere benigna.

Il cancro della prostata invece ha la caratteristica di nascere lateralmente, nelle porzioni più esterne della prostata stessa ed è qui che deve essere diagnosticato. Nascendo lontano dal canale della pipì, praticamente per anni non dà sintomi.

L'epidemiologia è importante. In Italia avevamo nel 2010 2 milioni 600 mila persone affette da tumore, attualmente sono circa 3 milioni. Il 25 per cento di esse guarisce. Nella donna la forma più frequente è alla mammella con 600 mila casi. Nell'uomo è il cancro della prostata con 300 mila casi, pari al 26 per cento della popolazione maschile. Ogni anno vengono segnalati 36 mila nuovi casi. Dopo i 50 anni in Italia 1 uomo su 16 può essere colpito dal carcinoma della prostata a cui segue come incidenza quello del polmone e del retto.

Vediamo i fattori di rischio. Prima di tutto possiamo già avere la consolazione che è una malattia che se prendiamo in tempo con una diagnosi precoce, la possiamo non solo curare, ma addirittura guarire. I fattori di rischio sono l'età avanzata, la razza, l'etnia. Il Nord del mondo è decisamente più colpito dal cancro della prostata del Sud del mondo e in Italia il Nord Italia è più colpito del Sud dell'Italia. Esiste poi la predisposizione familiare che è importantissima: se in una famiglia il papà, il nonno o gli zii diretti hanno avuto un cancro della prostata, il figlio maschio si deve preoccupare e stare molto attento. Lo stile di vita è un elemento chiave. Non andiamo, direi, in posti ospedalieri, ma nella qualità della vita e dell'assistenza sanitaria per ora extra ospedaliera. Fondamentale è anche e soprattutto l'alimentazione con le sue caratteristiche. I sintomi sono modesti, sorgendo lontano dall'uretra, l'inizio è subdolo, quasi asintomatico, solo quando ci sono casi molto avanzati che strozzano la ghiandola prostatica, anche tra atroci dolori, la situazione diventa difficile anche da gestire.

Che cosa fare a 50 anni, età chiave per la problematica delle malattie prostatiche benigne, ma soprattutto del cancro? L'uomo di 50 anni e oltre senza familiarità per la malattia deve fare una cosa semplice, che costa anche poco al sistema sanitario: il PSA, con un prelievo di sangue, e soprattutto deve tenere uno stile di vita adeguato, seguendo una dieta mediterranea, conducendo una vita attiva, camminando, nuotando. La vita sessuale è un antidoto al carcinoma prostatico. Studi recenti valorizzano soprattutto il numero di eiaculazioni come profilassi. Qui vediamo come si fa la diagnosi con un'esplorazione rettale, poi abbiamo anche l'esame banale del prelievo di sangue per vedere l'antigene prostatico specifico, che è ancora oggi il marcatore biochimico più usato e valido. In commercio sono uscite altre cose che hanno costi esorbitanti, ma il PSA fondamentalmente deve essere fatto dai 50 anni. Con l'età avanzata, però, crescere ancora rispetto ai valori che qui ho

scritto. Il PSA deve essere basso, ma non è detto che – questo è un concetto base nella prevenzione – una persona che abbia un PSA mosso, ad esempio superiore a 5 nanogrammi, debba avere già in atto un carcinoma prostatico. Ci sarà un contatto con l'urologo, con lo specialista, che metterà in atto alcuni dati di laboratorio per cercare di arrivare, attraverso un'osservazione precoce, alla diagnosi precoce. Gli esami sono la visita rettale, l'ecografia e in questi ultimi tempi la risonanza magnetica multiparametrica che permette di fare una diagnosi molto accurata di eventuale tumore della prostata riducendo molto le biopsie. Certo, la biopsia è la certificazione ufficiale della presenza di un cancro. Purtroppo la risonanza magnetica multiparametrica è poco diffusa ancora e poco conosciuta e ci sono pochi centri che la applicano.

Consigliere PIANI

Scusi, la interrompo velocemente perché abbiamo altre due audizioni dopo la sua, quindi le chiedo di proporci qualcosa da inserire nel piano per la prevenzione, grazie.

VICINI

Il fatto è che non c'è, la prostata non è considerata, quindi un concetto fondamentale può essere questo: la prevenzione riguarda il cibo. Bisogna consumare cibi freschi, ricchi di antiossidanti che contrastino i radicali liberi. Sono antiossidanti il carotene, il selenio e lo zinco. In sintesi, bisogna assumere cibi colorati, che proteggono, oltre che l'intestino, anche la vita della prostata. Tutti i pesci vanno bene. Bisogna camminare un'ora al giorno e a 50 anni fare il PSA se non si ha familiarità; se si ha familiarità, ogni sei mesi. Il tumore è curabile e anche guaribile.

Non sono necessari, questo è un concetto che dovete avere presente, screening di massa, ma solo un'informazione e formazione per la vita di ogni giorno. Essere estremamente igienici e non esagerare con il cibo permette di prevenire molte situazioni prostatiche. Grazie.

Consigliere PIANI

Ci sono domande? Consigliere Borghetti, prego.

Consigliere BORGHETTI

Per agganciare alla prevenzione l'audizione che abbiamo fatto in maniera ancora più significativa, vedo segnalate tra le attività preventive, a partire in particolare dai 50 anni, l'esame del PSA. E' vero che comunque un PSA alto, oggi, rispetto al passato, è ritenuto sempre meno indicatore della possibilità della presenza di un tumore? Si sente dire che non è più così scontato come una volta che il PSA è l'indicatore più sicuro e più significativo.

Consigliere PIANI

Consigliere Paola Macchi, prego.

Consigliere MACCHI

Io volevo solo ringraziarla per quello che ha detto sul fatto che non è necessario uno screening di massa, ma quello su cui bisogna intervenire è la prevenzione sull'alimentazione, perché è una cosa che cerchiamo di portare avanti e sentirlo dire da un medico mi fa estremamente piacere.

Consigliere PIANI

Non ci sono altre domande? No.

Prego, può rispondere, dottor Vicini.

VICINI

L'alimentazione è fondamentale per la patologia della prostata, ma essendoci poco tempo, non mi sono potuto dilungare.

Il PSA quando uscì sembrava che fosse la panacea di tutte le diagnosi, in realtà, però, ancora oggi è il campanello di allarme, lo possiamo prendere in considerazione come il campanello di allarme, per diversi motivi: primo, perché con il movimento del PSA, faccio l'esempio più banale, un cittadino normale di 55 anni che va dal suo dottore e trova che ha 5,5 nanogrammi, poi dovrà fare l'esame per vederlo nelle varie frazioni, può essere anche espressione di una congestione, a proposito dell'alimentazione, di una cattiva digestione del suo apparato digerente, del coli che può andare ad inquinare con piccole prostatiti di cui il paziente non si accorge. Però è anche la spia, il campanello di allarme che deve alertare il medico. Qui il concetto di prevenzione va soprattutto sui medici extra ospedalieri, i medici di famiglia, i medici di base, i quali non devono spaventare a morte il paziente mandandolo subito a fare la biopsia, da cui può avere anche delle situazioni di complicanza notevoli come delle infezioni mostruose e delle emorragie, ma lo devono mettere in pista per fare alcuni accertamenti, che si controlli e che cambi, interrogandolo sul tipo di vita che fa, il suo sistema di vita.

Una piccola cosa, la leggenda metropolitana della bicicletta. Tutti coloro che fanno bicicletta a cinquant'anni sulla bici da corsa pensano di avere problematiche prostatiche. Nella maggioranza dei casi non è vero. C'è stata una grande intuizione di quelli che vendono le biciclette perché hanno inventato la "sella della prostata" con un buco in mezzo in modo tale che la persona si appoggi. Le problematiche sono prevalentemente del basso addome, dello scavo pelvico e del diaframma genitale per la cattiva postura. Uno avrebbe problematiche della prostata in bicicletta se avesse una prostata enorme.

Consigliere PIANI

Ringraziamo il dottor Vicini.

Proseguiamo con il Direttore di Medicina generale ed Ecografia interventistica del Policlinico San Matteo, il dottor Sandro Rossi, che invito al tavolo. Prego.

ROSSI

Buongiorno. Vi ringrazio di avermi chiamato per questa audizione. Mi occupo di ablazione dei tumori del fegato e degli organi parenchimatosi con delle tecniche mininvasive, che significa delle tecniche che possono provocare la distruzione del tessuto neoplastico attraverso cambiamenti chimici o termici indotti nel tessuto stesso. L'alcolizzazione è stata la prima tecnica, poi abbiamo fatto tutte le tecniche di termoablazione con le microonde, la radiofrequenza, il laser, con la sottrazione di calore e adesso ci sono delle altre tecniche che usano anche onde meccaniche e radiazioni focalizzate. Per onde meccaniche intendo un sistema di focalizzazione delle onde ecografiche che inducono un cambiamento di energia nel tessuto attraverso dei cambiamenti della meccanica del tessuto. Penso che tutti abbiate sentito parlare del CNAO di Pavia in cui si pratica l'adroterapia oncologica, in cui si focalizzano degli ioni carbonio all'interno del tessuto neoplastico. Tutti questi tipi di trattamento non sono nati perché qualcuno si è alzato una mattina e ha avuto un pensiero, sono nati per un'esigenza clinica dovuta al fatto che la popolazione invecchia, tutte le patologie neoplastiche derivano probabilmente da malattie croniche infiammatorie che hanno delle durate di trenta, quarant'anni. Prendiamo il tumore del polmone: non è che viene a uno che ha il polmone perfettamente sano, che non ha mai fumato una sigaretta e che vive a Cortina d'Ampezzo; viene a un signore che lavora qui a Milano, che si fuma un pacchetto di sigarette al giorno, magari lavora in una fabbrica dove l'ambiente non è corretto, sviluppa una bronchite cronica, un'infiammazione cronica del polmone che produce delle cicatrici continue all'interno del tessuto del polmone e alla fine esita nel tumore, che è l'end stage, la parte finale di tutte queste malattie croniche. Nel fegato il tumore inizia con un'infiammazione indotta dal virus C, almeno qua in Italia, perché se andiamo nei paesi sub-sahariani c'è il virus B, ci sono altre cause, ma qui in Italia abbiamo il virus C che induce l'epatite da virus C, cronicizza, si sviluppa nel tempo e alla fine porta la cirrosi e dopo un certo periodo di cirrosi c'è l'end stage della cirrosi che è il tumore primitivo del fegato. Capite che queste patologie intervengono in una popolazione anziana. Il picco di incidenza,

per intenderci, del tumore primitivo del fegato in cirrosi qui in Italia è a 69 anni, quindi sono pazienti che hanno precluso l'intervento chirurgico di trapianto di fegato perché a quell'età è impossibile trapiantarli, sono pazienti ad alto rischio chirurgico, ma sono pazienti in cui la chirurgia resettiva non fa cose diverse dalla termoablazione.

Ci ho messo un po' di anni a far capire al chirurgo che io faccio la stessa cosa che fa lui, nel senso che io metto dentro un ago, brucio il tumore e quando lo brucio ho fatto la stessa cosa che fa lui togliendolo. Quando io vado ad operare un paziente con un tumore primitivo del fegato, io vado a fare un atto chirurgico che produce una degenza di una settimana se va tutto bene, con un grave disturbo per il paziente. Quando io faccio una termoablazione, faccio una cosa che in linea teorica potrei fare ambulatorialmente con un'anestesia locale sulla cute. Per quale motivo mi devo andare a giocare la chirurgia come prima scelta quando magari il secondo nodulo che fa questo paziente cirrotico – e lo farà il secondo nodulo perché io gli vado a curare il tumoretto, ma non gli ho tolto il fegato cirrotico e sul fegato cirrotico rifarà degli altri noduli – gli viene vicino alla colecisti? Io mi sono giocato la chance chirurgica sulla prima battuta e ne ho bisogno sulla seconda dove non posso più farlo. Questo per dire che queste terapie si svilupperanno sempre di più e quindi Regione Lombardia deve prendersi carico di questo.

Io ai tempi ho fatto i DRG per Regione Lombardia per questo tipo di terapie, ho fatto i DRG per questo, per i mezzi di contrasto ecografico. Adesso è necessario, però, che ci sia uno sforzo a che si capisca che queste terapie non possono essere fatte in tutti i posti, ma vanno concentrate in alcuni posti, nel senso che è necessario che ci sia la collaborazione multidisciplinare che coinvolge dall'internista al medico infettivologo, al chirurgo, al radiologo interventista e al coordinatore del tutto che può essere un medico di medicina interna o un oncologo, a seconda di quello che c'è sul pezzo. Soprattutto queste strutture devono avere a disposizione una sala angiografica dove posso andare a correggere le complicanze possibili di queste terapie e un chirurgo in grado di trattare questo tipo di patologie. Il mio invito è di identificare dei centri regionali dove queste terapie possono trovare l'esecuzione migliore con il minimo di rischio per i pazienti e rientrare anche in un progetto di screening della popolazione con patologie croniche infiammatorie d'organi, quindi bronchite cronica, cirrosi epatica e pancreatite cronica, tutte le malattie che possono portare alla comparsa di un tumore nell'organo. Vi ringrazio per la cortesia.

Consigliere PIANI

Grazie al dottor Rossi, anche per la velocità dell'esposizione.

Ci sono domande? Non ci sono domande.

Grazie della disponibilità.

Concludiamo l'intensa giornata di audizioni con il dottor Giorgio Bottani, direttore di Chirurgia generale dell'Ospedale Asilo Vittoria di Mortara. Grazie, dottor Bottani per essere intervenuto.

Dottor BOTTANI

Grazie, Consigliere Silvia Piani. Considerato che sono l'ultimo e considerato che è un orario ingrato per tutti, ho pensato di portare una piccola relazione piuttosto leggera. Avevo due tagli, ma ho scelto la più leggera per cercare di far passare un messaggio. Io faccio il coordinatore della Regione Lombardia per quanto riguarda la Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità. Lavoriamo a gomito con la Società Italiana dell'Obesità e con quella dei dietologi, quindi abbiamo sostanzialmente fatto un lavoro interdisciplinare.

La nostra proposta è questa, è contenuta in questo titolo: "la rete bariatrica", cioè noi proponiamo che in questo elaborato regionale venga introdotta una rete di patologia. Come c'è la rete per l'ictus, come c'è la rete per l'infarto, come c'è la rete per vari tipi di altre patologie, dovrebbe esserci anche una rete per l'obesità, se non vogliamo chiamarla bariatrica, una rete di centri che abbiano questo tipo di competenze.

L'obesità è una malattia, è considerata malattia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non è una caratteristica, è una malattia con un eccessivo accumulo di grasso corporeo che determina gravi

danni per la salute. E' causata nella maggior parte dei casi da stili di vita scorretti: un'alimentazione scorretta ipercalorica e un ridotto dispendio energetico, quindi è una condizione chiaramente prevenibile, è una delle patologie che possono essere prevenute, come, ad esempio, il tumore del polmone.

Qui vedete l'evoluzione fenotipica dell'uomo, lo si vede molto bene anche nei telefilm americani come ormai gli attori abbiano una conformazione di questo genere.

Volevo che vi rimanesse in mente esattamente il dato. Il dato macroscopico è questo: in Italia il 58 per cento è normopeso, il 32 per cento è in sovrappeso e il 10 per cento è obeso.

E' un argomento che viene volentieri trattato da tutti gli organi di stampa, che subito ne fanno oggetto di copertine.

In Italia quando c'è una minima complicità va subito a Canale 5, va subito al TG1, in Italia si specula soprattutto sulle complicità.

Malgrado questi dati che sono giganteschi, in Italia questo è uno dei più trascurati problemi di salute pubblica sia per la prevenzione che per la cura. Non riconoscerlo significa emarginare e violare i diritti costituzionali, ma soprattutto diminuire l'aspettativa di vita (questa è un'acquisizione molto recente che adesso vi illustrerò). Il tema è una priorità per ogni amministratore per gli aspetti sanitari, sociali ed economici che conducono a fare dell'obesità una vera e propria epidemia come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, quindi è necessaria una strategia di prevenzione importante.

Gestione integrata. Al momento nessun paese del mondo ha sviluppato un protocollo, un framework efficace per la prevenzione o il trattamento generale dell'obesità. L'obesità è una patologia epidemica. Gli interventi di prevenzione si sono dimostrati inefficaci anche in Italia perché basati sull'idea che ci sia una responsabilità personale nei confronti di questo tipo di malattia. Di fatto è un'epidemia che è sempre più grave. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità c'è 1 miliardo di persone in tutto il mondo in sovrappeso, di cui 300 milioni sono obese. Le morti sono 3 milioni all'anno nel mondo, una cifra importantissima. In Italia, lo ripeto continuamente in modo che usciamo di qui tutti con questa memoria, 1 su 10 è obeso.

L'obesità è una malattia complessa dovuta a fattori genetici, ambientali e individuali, con alterazione del metabolismo energetico e accumulo eccessivo di tessuto adiposo. Le più comuni forme di obesità sono dovute a un disturbo del comportamento, quindi non sono dovute a un dismetabolismo, non sono dovute alla tiroide, a tutte queste favolette che ci siamo raccontati per trent'anni, sono un disturbo del comportamento, sono conseguenza di un tentativo di compensazione a uno stato ansioso depressivo in seguito a disagi familiari, shock affettivi e una prolungata tensione emotiva, di stress soprattutto. In queste condizioni il cibo ha il significato che ha nei primi stadi di vita: protezione, amore, comunicazione, gratificazione; questo si traduce in forme nevrotiche di comportamento alimentare.

Io ho coordinato nel 2006 un bel lavoro dell'IRER in cui ho coordinato 172 medici di medicina generale della città di Milano e dell'hinterland milanese per cercare di avere il dato dell'incidenza dell'obesità in Regione Lombardia. Abbiamo fatto un'indagine sui mutuatati, cioè non un'indagine ISTAT perché l'indagine ISTAT sono dati sulle cartelle cliniche, cioè sulle SDO, sulle dimissioni, mentre questi sono i dati veri perché sono dati dei medici di medicina generale sui loro assistiti, quindi sono dati reali. Nel 2006 i dati erano questi: 9,5 per cento di obesi, 34 per cento in sovrappeso in regione Lombardia. Nell'allegato che mi è stato inviato da voi i dati sono superiori. In questo grafico potete vedere come negli Stati Uniti è previsto che nel 2020 si arrivi al 70 di eccesso ponderale, in Inghilterra al 60 per cento, in Spagna anche. I numeri sono spaventosi, non preoccupanti. Questi sono i dati della Lombardia rispetto alle altre regioni in Italia, che sono quelli noti, è quello che avete inviato voi e il dato riportato è corretto: 31 per cento in sovrappeso e 10,2 per cento obesi, quindi c'è una crescita ormai non più arrestabile.

La classificazione viene fatta in base a un rapporto peso/altezza che si chiama BMI, cioè facendo peso diviso altezza al quadrato si ha un numero che va da 18 a oltre 40; si parla di persona obesa

quando il BMI è da 30 a 35, di gravemente obeso da 35 a 40, di obesità patologica quando è maggiore di 40.

Quello che è importante è questo: tanto più siamo di fronte a un'obesità importante, tanto maggiore cresce la mortalità, quindi c'è relazione tra BMI, cioè indice di obesità, e rischio di mortalità. Quindi l'obesità non è un problema estetico, non è mai un problema estetico, ma fa ammalare e uccide perché si accompagna a tante comorbidità.

Questo è un manifesto che c'è negli Stati Uniti, che ho fotografato in un ambulatorio di Boston. Documenta tutte le comorbidità che si accompagnano all'obesità: dalla dislipidemia all'asma, alle malattie cardiache, all'ipertensione, al reflusso, alla sindrome metabolica, al diabete, all'ovaio policistico eccetera.

Sull'aspettativa di vita hanno fatto un lavoro importantissimo per la prima volta gruppi di gerontologi americani, cinesi e russi, che hanno dimostrato, dopo uno studio di 14 mila persone, che c'è un'inversione del processo di allungamento dell'aspettativa di vita, questa è la cosa grave, cioè vuol dire che se i nostri genitori hanno avuto un'aspettativa di vita intorno ai 60-70 anni e noi ce l'abbiamo intorno agli 80, adesso, con questa incidenza importante dell'obesità, stiamo assistendo ad una diminuzione dell'aspettativa di vita di tutta la popolazione, quindi è una cosa veramente importante. Nella razza bianca tra i 20 e i 30 anni con un BMI che supera il 45 abbiamo meno 13 anni per gli uomini di aspettativa di vita e meno otto 8 anni per le donne, nel senso che un uomo di 25 anni che ha un'obesità importante ha un'aspettativa di vita ridotta del 20 per cento, quindi nei prossimi cinquant'anni la durata media diminuirà da 2 a 5 anni.

Mi riferisco alla media generale, l'aspettativa generale di tutta la popolazione. L'obeso sappiamo che vive meno, ma è l'aspettativa media di tutta la popolazione che è destinata a diminuire, questa è la cosa importante. Ci sono complicanze di tipo cardiaco soprattutto, di tipo respiratorio, di tipo renale, scheletrico e metabolico, questo è il motivo. Abbiamo un'aspettativa di vita, oggi, di circa 80 anni e si prevede che raggiungeremo i 100 anni nel futuro, ma questo è vero per i normopeso; per gli individui obesi, il diabete, le malattie cardiovascolari, l'ipertensione e il cancro (perché l'incidenza del cancro è il 20 per cento superiore nelle persone sovrappeso) riducono l'aspettativa di vita a circa 65 anni. I rischi sono quelli evidenti: con un BMI maggiore di 30 si ha un aumento del 55 per cento della mortalità, del 70 per cento delle coronaropatie, dell'ictus e soprattutto del diabete. Nei soggetti obesi di sesso maschile con un'età compresa tra i 25 e i 35 anni il tasso di mortalità è 12 volte superiore rispetto ai soggetti di peso normale.

Il paziente obeso muore di notte, dormendo.

Un altro dato che è interessante e che è poco saputo è questo: la percentuale di mortalità per obesità è tre volte quella del cancro del colon e della mammella messi insieme. Noi facciamo sempre le campagne di prevenzione per il tumore del colon, per il tumore della mammella, abbiamo stanziato un bel po' di soldi. Tre volte questo numero di mortalità di questi tumori dà la mortalità per l'obesità.

Tra gli obesi la mortalità è la somma della mortalità del tumore del colon e della mammella per tre, sono numeri giganteschi. Il problema è serio se si pensa che obesità e fumo costituiscono le due principali cause di malattie completamente prevenibili.

C'è anche il problema pediatrico. In età pediatrica oggi il 25-30 per cento di bambini che vanno ai nostri asili e scuole materne sono in sovrappeso o obesi. Noi abbiamo il primato in Europa di questa situazione. Il 15 per cento dei bambini in sovrappeso soffrirà di obesità patologica in età adulta.

Quello che vi ho dipinto è il bisogno.

Nella maggior parte dei casi i pazienti obesi vengono curati in maniera settoriale per la gestione di specifici sintomi delle comorbidità, cioè il paziente va dal diabetologo, va dal dietista, va da uno specialista, ma non va mai da una persona che si occupi globalmente del problema, quindi c'è un trasferimento inappropriato dei pazienti da uno specialista all'altro. Questo genera sfiducia, rassegnazione e aggravamento del problema. C'è un'insufficiente comunicazione tra strutture ospedaliere di prevenzione e medici di medicina generale, c'è un'assenza di un approccio integrato e

condiviso al problema, c'è un'insufficiente conoscenza dei bisogni dei cittadini, un'insufficiente conoscenza della qualità percepita dei servizi erogati.

L'obiettivo della proposta è questo: dare agli operatori conoscenze aggiornate su cosa fare di fronte a un paziente obeso, fornire gli strumenti per comportamenti professionali omogenei, individuare percorsi integrati e condivisi per un appropriato uso delle risorse, fornire indicazioni sui percorsi di cura e approfondire l'appropriatezza tecnologica perché tutti sappiano sui nuovi strumenti e sulle nuove procedure.

La proposta sostanziale che facciamo noi come società scientifica è questa: realizzare in Lombardia la rete bariatrica o rete dell'obesità coinvolgendo tutti gli attori che si occupano a vario titolo di obesità. L'ha già fatto il Veneto, l'ha già fatto l'Umbria, è ora che lo facciamo anche noi perché in Lombardia facciamo il 52 per cento delle procedure bariatriche di tutta Italia. Si propone una gradualità di intervento che definisca le fasi di un percorso dalla periferia al centro: un primo livello può essere identificato nel medico di medicina generale che ha il compito di valutare la salute degli assistiti e prendere le decisioni; un secondo livello sono le strutture specialistiche di ambulatorio ASL e, in assenza di tali ambulatori, si può fare riferimento agli internisti, agli endocrinologi, ai diabetologi e, in assenza di queste figure, ai dietisti; il terzo livello è garantito dagli ospedali delle Aziende ospedaliere in possesso di tutte le componenti necessarie a organizzare questa assistenza multidisciplinare. In queste strutture devono essere presenti le figure di internista, dietista, chirurgo bariatrico, cardiologo, pneumologo. A questo livello dovrebbe fare riferimento la maggioranza dei pazienti con obesità medio-grave che hanno subito un fallimento dell'intervento con la sola terapia dietetica, che sono il 90 per cento. Tra i centri di terzo livello si possono identificare dei centri di alta specializzazione. Io lavoro in un centro codificato come centro di eccellenza perché la Società Italiana di Chirurgia dell'obesità ha individuato in Italia una decina di centri di eccellenza in rapporto ai volumi, in rapporto al tipo di procedure, in rapporto ai follow-up, in rapporto ad una serie di caratteristiche. Questi centri di alta specializzazione devono predisporre un percorso pianificato e standardizzato.

I destinatari di questo messaggio, di questa proposta sono gli attori che devono far parte di questa nuova rete assistenziale. E' necessario un protocollo operativo che colleghi il centro con i presidi ospedalieri presenti sul territorio e anche un rapporto verso le strutture di riabilitazione nutrizionale. Si tratta di un centro di alta specializzazione che abbia un rapporto con le unità operative, con le strutture specialistiche ambulatoriali delle ASL e con i medici di medicina generale. L'obiettivo è di realizzare una rete assistenziale che tenga conto della complessità del problema obesità dando risposte efficaci e complete, quindi un sistema a rete creato sui bisogni del cittadino.

Quando il paziente deve essere eleggibile, cioè deve essere mandato per una chirurgia bariatrica? Ci sono ormai delle linee guida su questo, che sono nazionali e internazionali, a cui bisogna attenersi. Quelle che ho riportato sono linee guida SICOB che abbiamo fatto nel 2016, di cui io sono uno degli autori, poi si fa riferimento alle linee guida europee e alle linee guida mondiali. L'importante è non dare a tutti la giacca blu perché bisogna dare a ognuno la giacca giusta, quindi una terapia personalizzata, un approccio decisionale clinico che si applica al singolo soggetto, che ha come prerequisito un'identificazione delle caratteristiche del paziente e un'applicazione delle conoscenze in rapporto a ogni individuo. Bisogna fare questo lavoro molto personale per motivi non solo medici, ma anche medicolegali perché ogni caso è diverso, non si può fare a tutti la stessa procedura, a tutti lo stesso percorso, ma ognuno deve avere un percorso personalizzato. La valutazione deve essere fatta in maniera molto approfondita.

Lo scopo del trattamento dell'obesità è di ottenere una perdita di peso utile a ridurre il rischio di complicanze. Questa perdita di peso non deve essere imponente come leggete sui mass media, come leggete sui giornali, come c'è su Facebook eccetera, ma deve essere almeno del 10 per cento. Un paziente obeso che diminuisce di un 10 per cento già si mette in una condizione di sicurezza cardiovascolare. Ci possono essere due o tre strade: se c'è un'adeguata motivazione, una compliance alle indicazioni terapeutiche fornite e una buona risposta in termini di calo ponderale, il paziente continua il percorso multidisciplinare in atto per il trattamento dell'obesità, quindi un trattamento di

tipo sostanzialmente dietistico o dietologico; se non c'è adeguata motivazione o ci sono disturbi psicotici o c'è una depressione severa o disturbi del comportamento alimentare in atto bisogna avviarlo a un percorso terapeutico psichiatrico individuale o di gruppo; se c'è una buona motivazione, un'adeguata compliance, però un fallimento di terapie multidisciplinari oppure un grave BMI, una grande obesità, allora bisogna fare una valutazione multispecialistica collegiale e valutare un intervento chirurgico. Il controllo deve essere di tipo multidisciplinare. Addirittura nel 2009 l'American Diabetes Association, che è una delle società scientifiche più serie e più rigorose del mondo, ha inserito la chirurgia bariatrica negli standard di cura del diabete. Oggi dal diabete dovuto all'obesità si guarisce, questa è la verità, con la chirurgia bariatrica si guarisce dal diabete.

Cosa si intende per educazione terapeutica? E' l'atto continuo caratterizzato ad accompagnare il paziente, cioè vuol dire mettersi insieme nel percorso della malattia per la realizzazione di un massimo risultato clinico possibile.

Abbiamo poi l'organizzare una rete assistenziale con un modello hub e spoke che prevede la concentrazione dell'assistenza in relazione alla diversa criticità del paziente in centri di eccellenza (hub) e l'invio dei pazienti i centri periferici (spoke) in relazione alla prosecuzione del percorso terapeutico. Un centro hub deve avere queste aree funzionali: interisti, chirurghi, scienza della nutrizione, psichiatri, scienze motorie e deve fare un volume importante di casi; uno non può arrogarsi il titolo di centro hub solo perché mette fuori la targhetta, ma deve sviluppare almeno 500 casi all'anno, fare un numero di interventi importanti e avere un numero di prestazioni decisamente alto. I centri spoke invece hanno altre caratteristiche.

Per la risoluzione del diabete, il metodo più semplice, che è il bendaggio gastrico, che è ancora la procedura più fatta al mondo, dà una risoluzione del diabete intorno al 50 per cento, il bypass gastrico all'82 per cento, la diversione biliopancreatica al 97 per cento, quindi capite che il diabete, che è una delle malattie più costose in termini sociali, può essere adeguatamente risolto. Soprattutto, poi, le malattie di tipo cardiaco, cioè le malattie coronariche, hanno un crollo dopo il trattamento bariatrico.

I rischi morte vedete come sono ridotti: quando il rischio di morte è lo 0,17 per cento, dopo il trattamento bariatrico diventa lo 0,68 per cento.

Vediamo il costo sociale in Lombardia. In Lombardia abbiamo 9.742.000 abitanti, una popolazione adulta di 8.050.000, la popolazione obesa è 724.507, che vuol dire un costo sociale di 1.231.661.934 euro, che è il 14,8 per cento del costo della spesa sanitaria nazionale, una cifra imponente. Quello che sto dicendo è uno schema dell'ISTAT che è facilmente reperibile.

Quanto costano questi interventi bariatrici o questi interventi chirurgici? Un bendando gastrico costa intorno ai 4-5 mila euro, un bypass un po' di più, la diversione un po' di più. La Regione Lombardia riconosce a queste procedure 5.700 euro per quelli della regione Lombardia e per quelli fuori regione 1.000 euro meno.

Il tasso di crescita degli interventi è molto alto. Osservando la distribuzione regionale degli interventi possiamo apprezzare che, se escludiamo la Campania, gli interventi di chirurgia bariatrica nelle regioni meridionali sono pochi e molti pazienti sono costretti a rivolgersi ai centri del Nord Italia, principalmente alla Lombardia, dove noi realizziamo il 52 per cento degli interventi italiani. E' per questo che bisogna pensare a un modello di un centro che utilizzi differenti procedure, anche perché potrà risultare idoneo a fornire risposte adeguate in termini di bisogni dei pazienti.

Quello che vedete è lo schema sull'albero decisionale.

Penso di aver finito. Sostanzialmente la proposta è di affiancare una rete bariatrica alle altre reti per patologia.

Consigliere PIANI

Ci sono domande? Prego, Consigliere Borghetti, poi il Consigliere Paola Macchi.

Consigliere BORGHETTI

Ringrazio per l'audizione che è veramente interessante, non avevo contezza della dimensione del fenomeno. Credo che sia un'ignoranza la mia, ahimè, non così solitaria. Non parlo per i colleghi, in generale mi sembra di capire che il tema sia forse più sottovalutato di quello che in realtà.

BOTTANI

E' sottostimato, sì, sono numeri sottostimati perché anche nei mass media, anche nelle trasmissioni televisive arrivano solo gli aspetti, direi, più coreografici, estetici.

Consigliere BORGHETTI

Sì, folkloristici, estetici, che non quelli in termini di salute e anche di costo per il sistema sanitario. Tra l'altro, se abbiamo capito bene, ci sarà una regolamentazione un po' più stringente per i flussi di pazienti da regione a regione prossimamente, forse è già stato posto qualche limite, per cui credo anche questo porrà qualche problema per chi deve venire in Lombardia e per gli stessi centri della Lombardia.

BOTTANI

Sì, cerchiamo di fare in modo che quelli del Lazio se li operino loro, quelli della Toscana se li operino loro, questo è giusto.

Consigliere BORGHETTI

Quello che le volevo chiedere è se c'è stata mai una proposta formale da parte della vostra società scientifica o da qualche altro soggetto a Regione Lombardia per la costituzione di questa rete, se c'è comunque una storia dentro a Regione Lombardia rispetto a questa cosa o se la proposta emerge adesso, perché sarebbe per noi interessante, come Commissione e come Consiglio, tornare su questa proposta e farla in maniera un po' più sostenuta a Regione Lombardia, nelle forme che poi possiamo individuare. Volevo capire se ci sono stati dei precedenti.

Consigliere PIANI

Prego, Consigliere Paola Macchi.

Consigliere MACCHI

Volevo chiedere innanzitutto se ci lascia le diapositive, per cortesia, perché sono davvero molto interessanti, contengono dei dati che sono davvero importanti, è interessantissima la sua esposizione. Più che sulle operazioni volevo concentrarmi sulla prevenzione, che mi pare che sia il punto fondamentale perché con la prevenzione potremmo anche non arrivare all'intervento chirurgico. Che cosa viene fatto su questo? So che ci sono delle azioni a livello di alcuni comuni, che però sono azioni, se posso permettermi, un po' blande, come, per esempio, il fatto di dire: mettiamo le macchinette ma non mettiamoci dentro le merendine, le bibite gasate eccetera. Sono delle azioni, per carità, meglio che niente, però un po' blande, anche perché penso che il problema vero sia la presa in carico della persona e addirittura della famiglia e in questo caso la domanda che le volevo fare è proprio specifica su questo perché penso che riguardi la formazione alla fine.

Concordo assolutamente, penso che potremmo anche addirittura pensare a una risoluzione a livello di Commissione sulla rete bariatrica perché effettivamente sulla cronicità, visto che è un argomento degli ultimi mesi, la Giunta sta deliberando, mi veniva proprio in mente di riuscire a comprendere – lei avrà visto sicuramente la delibera della Giunta sulla gestione della cronicità – in questo caso chi saranno i soggetti, vista l'incidenza davvero pesantissima, che potranno essere... cioè, l'obesità non mi pare che sia una delle cinque patologie comprese... e questo è gravissimo perché se vediamo che ha un'incidenza così alta, questo è davvero un campanello di allarme molto grosso, perché se consideriamo cinque patologie come quelle croniche che maggiormente incidono anche sulla spesa

e poi invece le cifre sono quelle che ci ha fatto vedere, forse c'è qualcosa che non funziona. Stavo guardando le cifre e ho pensato: non mi torna qualcosa. Immagino che avrà considerato questa cosa; se magari ci dice qualcosa su questo, grazie.

Consigliere PIANI

Prego, Consigliere Silvana Santisi in Saita.

Consigliere SANTISI

Intanto grazie a tutti perché è stata una mattinata arricchente. Io vengo dal mondo della scuola, insegnavo scienze ed è stata una lunga battaglia coinvolgere i genitori sull'alimentazione, perché questa diventa poi prevenzione. C'è la lotta contro le pubblicità, le merendine e ormai c'è anche la fretta per cui tutti vanno ai fast-food. Lei ha fatto un quadro stupendo di quello che c'è oggi di cura sull'obesità, noi forse dovremmo muoverci magari prendendo nota di quello che ci ha detto e mettendolo in evidenza perché non si conosce, dovremmo lavorare sulla prevenzione vera di cui abbiamo parlato stamattina, ma che purtroppo ancora, anche dal punto di vista della nostra Regione, non ha messo abbastanza né impegno, né risorse. Io ho un punto fisso nella mia mente sulla prevenzione, ma è una battaglia un po' impari. Ho sentito la relazione bellissima dell'urologo. Io sto battagliando per avere degli screening per i ragazzi, che non fanno più la visita militare e non hanno più neanche un passaggio di questo tipo. Di là mi hanno messo per iscritto che non c'è evidenza scientifica. Questa è la lotta che facciamo noi, ma ci saremo ancora.

Consigliere PIANI

Prego, dottor Bottani.

BOTTANI

Queste diapositive sono evidentemente a disposizione ed eventualmente ve le posso integrare soprattutto sui costi/benefici, su cui ho fatto un lavoro ben più approfondito.

Noi abbiamo un passato in Regione Lombardia, era stato costruito un gruppo di approfondimento tecnico, un GAT, di cui facevo parte io e facevano parte altre quindici figure (direzioni sanitarie, medici di medicina generale, dietologi, dietisti, psicologi, psichiatri), c'era effettivamente un gruppo di approfondimento tecnico multidisciplinare che aveva lavorato su queste linee guida. Noi poi come società scientifica abbiamo fatto le nostre linee guida tenendo presenti queste. Fu l'assessorato Melazzini che aveva promosso questo gruppo di approfondimento tecnico e avevamo lavorato parecchio, ci sono state almeno una decina di riunioni importanti, approfondite, con materiale che è agli atti. Io proporrei di riprendere questo discorso, perché secondo me è materiale prezioso che ci riguarda perché abbiamo studiato bene il nostro territorio, abbiamo approfondito la cosa.

Per quanto riguarda la prevenzione, due sono le figure che sono alla base: i pediatri di libera scelta perché noi abbiamo un'incidenza nell'età pediatrica che è paurosa, noi siamo i primi d'Europa, abbiamo il record europeo di bambini in sovrappeso e obesi; poi i medici di medicina generale, bisogna trovare un sistema per coinvolgerli direttamente. Il medico di medicina generale non deve essere quello che manda il paziente a fare la curva glicemica, deve mandarlo in un centro dove questa patologia venga vista nella sua completezza e venga affrontata adeguatamente, altrimenti si perde tempo, come ho detto, in mille rivoli. Il paziente che ha 150 chili non deve essere mandato dall'ortopedico perché gli fa male il ginocchio, sarebbe meglio che diminuisca di 50 chili, cerchiamo di non sbagliare i percorsi. I medici di medicina generale hanno una responsabilità importantissima.

Consigliere PIANI

Grazie al dottor Bottani.

Grazie a tutti. Direi che possiamo concludere qua il giro delle audizioni, Buona giornata a tutti.

IL PRESIDENTE
(*Fabio ROLFI*)

IL RESPONSABILE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA
(*Germana RENCRICCA*)

IL FUNZIONARIO VERBALIZZANTE
(*Cristina ROGGA*)