

# IL DECALOGO

## La ripartenza delle cure

# Nel breve termine

- 1** Rassicurazione sull'attenzione e sulle misure messe in atto dalle strutture sanitarie per prevenire il contagio da COVID-19
- 2** Conferma dell'importanza della ripresa delle cure per evitare il peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti
- 3** Volontà di riprendere l'operatività normale ante COVID-19
- 4** Dare priorità alle necessità cliniche più urgenti
- 5** Il ruolo della telemedicina come possibile supporto per riprendere il contatto del paziente con il contesto sanitario e alleggerire il carico sull'ospedale
- 6** Dialogo costruttivo con le Istituzioni per favorire la ripresa delle cure, grazie anche alle risorse previste all'interno del PNRR

# Nel medio termine

- 7** Sanità digitale come mezzo per incrementare l'efficienza del sistema della sanità
- 8** Sanità digitale come fonte di dati per migliorare l'appropriatezza terapeutica e la risposta ai bisogni dei pazienti
- 9** Definire il ruolo dell'ospedale come riferimento per il trattamento dell'acuto e considerare l'inserimento di nuove professionalità per compiere la transizione digitale
- 10** Rafforzare la rete, sia di tipo virtuale sia sul territorio, per gestire la cronicità, oltre che la parte diagnostica e di follow up

# **Commenti al Decalogo “La mia salute non può aspettare” di Società Scientifiche e Organizzazioni Professionali**

**Francesco Basile**

---

**Presidente SIC, Società Italiana di Chirurgia**

La campagna “La mia salute non può aspettare” è una iniziativa meritoria. Purtroppo, i pazienti hanno ridotto le visite in ospedale per paura, gli screening sono stati in larga parte disattesi e alcune persone non hanno ricevuto una diagnosi in tempo. Risultato: assistiamo a malattie oncologiche avanzatissime, con una riduzione del tasso di sopravvivenza e un aumento della mortalità anche nel breve periodo.

Servono dunque proposte concrete. La Regione Sicilia è partita con un progetto di incentivazione, offrendo sedute operatorie nei pomeriggi o il sabato, fuori dall’orario di lavoro, a fronte di un sostegno economico per il personale chirurgico, infermieristico e anestesilogico. Tuttavia, il progetto ha riguardato solo i pazienti in lista d’attesa per patologie non oncologiche nel periodo compreso tra marzo e dicembre 2020. Se il periodo fosse stato più lungo il successo sarebbe stato maggiore.

Un’altra strada è quella utilizzare i fondi del Recovery Plan per assumere altro personale dedicato alla chirurgia, per aumentare le sale operatorie negli ospedali e dotarle delle tecnologie più avanzate. In questo senso è anche necessario sfruttare le potenzialità della digitalizzazione, per sollevare il personale sanitario dal peso della burocrazia. Infine, va rinforzata la sanità territoriale. La pandemia ci ha mostrato quanto questa organizzazione fosse deficitaria.

**Giovanni Muriana**

---

**Presidente SICT, Società Italiana di Chirurgia Toracica**

Durante la pandemia abbiamo vissuto uno scenario simile a quello di una guerra. Ora possiamo ripartire, ma ripensando il sistema in generale. L’ospedale non deve essere più il luogo in cui si curano le malattie, ma quello in cui si curano gli ammalati. È inoltre necessaria una maggiore integrazione tra ospedale e servizi sul territorio, una continuità che accompagni il paziente nelle varie fasi del suo percorso.

Nell’immediato dobbiamo puntare sulla digitalizzazione, perché aiuta nella gestione del paziente e nell’attività chirurgica e consente di ridurre il carico burocratico del medico. Inoltre, è importante contenere i contenziosi medico legali che frenano le attività, e questo obiettivo si può raggiungere attraverso un’alleanza terapeutica e coinvolgendo le associazioni dei pazienti.

Nel lungo periodo è importante non solo riorganizzare gli ospedali, ma anche coinvolgere la famiglia e i medici di base. L’obiettivo è avere ricoveri brevi per ridurre al massimo la permanenza negli ospedali.

Per questo la nostra Società aderisce e condivide il Decalogo.

### Flavia Petrini

**Presidente SIAARTI Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva**

Le società scientifiche devono lavorare insieme per snellire e riorganizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e per essere propositivi nei confronti delle istituzioni, favorendo approcci assistenziali appropriati a gestire il rischio aggiunto dalla circolazione di virus mortali come quello da SARS-Cov2.

Il ruolo delle società scientifiche è quello di elaborare e diffondere protocolli, linee guida e buone pratiche cliniche che garantiscano uno standard qualitativo di base accessibile per tutte le strutture, a garanzia dei cittadini. Solo garantendo la qualità delle cure erogate riusciremo a tranquillizzare i pazienti sul livello di sicurezza e farli tornare negli ospedali, mantenendo quella fiducia sul sistema che è persa vacillare ma è il primo requisito del processo assistenziale.

Serve inoltre ridisegnare quanto necessario alla continuità assistenziale sul territorio e con l'ospedale: sono necessarie nuove competenze e figure professionali (con numeri su profili e competenze necessarie ancora da identificare) che facciano da supporto tra l'ospedale e il territorio.

La disomogeneità tra Regioni e PA relativamente ai servizi disponibili ed all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie era già critica e preesistente al COVID-19, quindi non ci si può illudere che sia risolta magicamente e rapidamente ora. Ci vorrà tempo per capire di quante e quali risorse umane abbiamo bisogno, ma soprattutto ci vorrà il tempo necessario a formarne le competenze.

Dobbiamo tuttavia dare un quadro trasparente di quanto si prospetta, per offrire messaggi rassicuranti ai cittadini e ristabilire l'indispensabile alleanza terapeutica, perché forse non abbiamo comunicato correttamente quanto fatto in questi mesi. Oggi negli ospedali abbiamo migliori dispositivi di protezione, percorsi di sicurezza più chiari, prestiamo una maggiore attenzione al controllo delle infezioni acquisibili in ambiente ospedaliero grazie all'uso di disinfettanti, all'aumentata attenzione al lavaggio sociale delle mani, a protocolli mirati. Dunque, dobbiamo far capire ai pazienti che, grazie al COVID-19, gli ospedali sono e possono essere ancora più sicuri di prima, e che i team medico-infermieristici lavorano correttamente per garantire la loro sicurezza.

Ben venga la telemedicina, anche per favorire la medicina perioperatoria e migliori cure per i pazienti fragili, ma attenzione a non tagliare fuori quella fetta di popolazione che non ha dimestichezza con il digitale, oltre che a ottenere che i dati ottenibili possano finalmente sostenere un processo di digitalizzazione e networking nazionale, garantendo così una reale verifica degli indicatori e processi di ricerca clinica osservazionale.

### Wanda Petz

**Segretario Tesoriere SICE, Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie**

In questo momento è fondamentale rassicurare i pazienti, che si devono sentire sicuri per tornare in ospedale a ricevere le cure necessarie. Le società scientifiche hanno un ruolo importante nel divulgare il sapere tra i medici, ma è importante anche essere al servizio dei pazienti. Come fare? Il ritardo diagnostico non deve diventare un'abitudine. Bisogna coinvolgere i medici di medicina generale, sono loro che nella pandemia hanno rappresentato il filtro tra i pazienti e noi specialisti, ed è dunque necessario sensibilizzarli e coinvolgerli nella rassicurazione dei pazienti.

### Antonio Curcio

#### Segretario Generale SIC, Società Italiana di Cardiologia

In questi mesi di pandemia abbiamo investito nella formazione, aumentando la distribuzione di materiale scientifico con video pillole, webinar, corsi intramoenia, per coinvolgere anche i medici in formazione specialistica e farci trovare pronti nelle situazioni di emergenza. Ma è importante agire su due fronti: da un lato rassicurando la popolazione sulla sicurezza dei centri di cura, dall'altro agendo sul territorio e sensibilizzando su quello che i pazienti possono fare al di fuori delle strutture ospedaliere. Abbiamo bisogno di ricoveri più brevi, e di destinare le strutture di alta specializzazione a procedure mirate: nel medio termine, è opportuno ridefinire il ruolo dell'ospedale nel trattamento dell'acuto.

### Diego Foschi

#### Presidente SICOB, Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche

La nostra società aderisce in pieno al Decalogo. Nella chirurgia bariatrica abbiamo riscontrato un calo del 30 per cento nel 2020. Nel 2021 abbiamo avuto una ripresa, che ci ha fatto tornare quasi ai livelli del 2019. Questo ci fa capire che chi ha bisogno di assistenza, se rassicurato, torna a farsi curare. Siamo stati capaci di dimostrare ai pazienti che il nostro sistema agiva in sicurezza.

Tuttavia, ci vorrà del tempo per arrivare alla normalità: circa il 10 per cento della forza lavoro in chirurgia se n'è andata. Dunque, attenzione a cantare vittoria troppo presto: se i pazienti dovessero perdere la fiducia faremmo un grande danno.

È dunque necessario invertire la rotta. In Italia c'è un grave problema di ingiustizia sanitaria, preesistente al Covid, e che la pandemia ha accentuato. Tornare alla vera normalità richiederà un lavoro di medio-lungo periodo.

### Alessandro Gronchi

#### Presidente SICO, Società Italiana di Chirurgia Oncologica

La risposta alla pandemia è stata focalizzata al reperimento delle risorse necessarie a garantire il trattamento dei pazienti affetti da COVID-19 e contemporaneamente ad arginare la diffusione dell'infezione in ambito sanitario. La conseguente revisione d'urgenza dei percorsi assistenziali di molte patologie ed in particolare delle patologie neoplastiche ha determinato, come ormai purtroppo noto, rallentamenti diagnostici e terapeutici il cui impatto sulla speranza di cura dei malati oncologici è solo parzialmente noto, ma sicuramente preoccupante.

Con l'intento di superare il concetto di priorità, proprio di uno stato d'acuzie, superare le difficoltà e i ritardi nella diagnosi e perseguire la miglior strategia terapeutica possibile per ogni singolo paziente, riteniamo necessaria una riorganizzazione della gestione del malato oncologico basata sulla creazione di reti collaborative efficienti. Questo tipo di organizzazione dovrebbe fornire un modello generale elastico e plasmabile sulle necessità e risorse peculiari delle singole regioni e del territorio. Con questo intento, anche le falle del sistema messe in luce dallo stato emergenziale dovrebbero fungere da stimolo per ripensare l'intera organizzazione oncologica nazionale. Il modello che proponiamo dovrebbe essere adattato a fronteggiare stati di emergenza ma anche e soprattutto migliorare lo standard qualitativo ordinario.

**Carlo Lavallo**

**Consigliere Nazionale AIAC, Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione**

Durante l'emergenza Covid-19 abbiamo condotto una survey su 84 centri di elettrofisiologia su tutto il territorio nazionale. I risultati indicano che c'è stata una riduzione importantissima (quasi il 70 per cento in meno) nell'impianto di pacemaker e defibrillatori in prevenzione primaria e secondaria, e l'azzeramento di interventi di ablazione nelle tachiaritmie. Il risultato di questa riduzione è rappresentato dal picco nel numero di morti improvvise per abitanti contestuale al picco della pandemia, e da un secondo picco successivo, dovuto alla mancanza delle procedure di elettrofisiologia.

Oggi sappiamo che le liste d'attesa variano tra le due settimane e i due mesi per le procedure più elettive. Il problema principale è rappresentato dalla scarsa disponibilità di posti elettivi: i nostri ospedali continuano a trattare pazienti emergenti che approdano al Pronto Soccorso, ma quello che non facciamo in elezione oggi lo faremo in emergenza domani.

Per fortuna c'è stato un aumento importante dei pazienti messi in controllo remoto con tecnologie di telemedicina, con le quali noi aritmologi abbiamo grande confidenza. Da almeno un decennio i nostri dispositivi sono controllati in remoto. Abbiamo implementato la televisita, in diverse regioni italiane (nel Lazio per esempio) sono state sviluppate piattaforme dedicate al teleconsulto. Tuttavia, questi tool devono essere considerati un complemento per alcune classi selezionate di pazienti, restano le altre criticità.