

TMT
Bimestrale organo ufficiale
Ordine dei medici del Cantone Ticino

Corrispondenza
 OMCT, Via Cantonale,
 Stabile Qi – CH-6805 Mezzovico
 info@omct.ch
 Tel. +41 91 930 63 00 - fax +41 91 930 63 01

Direttore responsabile
 Dr. med. Vincenzo Liguori
 Pian Scairolo 34 a
 6915 Lugano-Noranco
 Tel +41 91 993 21 10 - fax +41 91 993 21 32
 vincenzo.liguori@hin.ch

Redazione Scientifica
 Coordinatore Responsabile
 Prof. Dr. med. Mario Bianchetti
 mario.bianchetti@usi.ch
 Assistente di redazione
 Dr. med. Gregorio Milani
 milani.gregoriop@gmail.com

Comitato Scientifico
 Prof. Dr. med. Luca Mazzucchelli
 Prof. Dr. med. Christian Candrian
 Dr. med. Mauro Capoferri
 Dr. med. Fabio Cattaneo
 PD Dr. med. Christian Garzoni
 Dr. med. Curzio Solcà
 Dr.ssa med. Sandra Leoni-Parvex
 Dr. med. Ottavio Bernasconi
 PD Dr. med. Marco Delcogliano

Fotocomposizione-stampa e spedizione
 Tipografia Poncioni SA,
 Via Mezzana 26 - CH-6616 Losone
 (tribunamedica@poncioni.biz)
 Tel. +41 91 785 11 00 - fax +41 91 785 11 01



Ordine dei medici vicino alla natura

Pubblicità
 Zürichsee Werbe AG
 Fachmedien
 Laubisrütistrasse 44
 8712 Stäfa
 Telefono +41 44 928 56 53
 tribuna@fachmedien.ch
 www.fachmedien.ch

Abbonamento annuale
 Fr. 144.–
 Medici Assistenti Fr. 48.–

SOMMARIO

EDITORIALE

SEZIONE SCIENTIFICA

- Le lesioni osteocondrali del Talo:** **131**
Sfida diagnostico-terapeutica per il curante e per lo specialista
 E.A. Testa, J.S. Mueller, J. Menini, M. Delcogliano,
 P. Gaffurini e C. Candrian
- La salute nelle persone richiedenti l'asilo in Ticino - Parte II** **137**
 A. Nobile, I. Truninger, G. Merlani e M. Lazzaro
- Revisione Cochrane per il medico di famiglia** **141**
Perla pediatrica: **145**
Perchè nessun lattante vorrebbe avere una mamma bionda
 D. Djokic, C. Lavagno e G.P. Milani
- Nuovo documento di posizione dell'ASSM:** **147**
Strategie per un'assistenza sanitaria sostenibile
 J. Gonzalez Holguera, N. Senn

ATTIVITÀ E COMUNICAZIONI DELL'OMCT

- Date da ricordare** **152**
Offerte e domande d'impiego **154**

I VOSTRI PAZIENTI OLTRE I 50 ANNI SONO A RISCHIO.^{2,3,7,10} L'HERPES ZOSTER RARAMENTE SI ANNUNCIA.^{11,12} VACCINATE CON SHINGRIX.^{1,10}

Da ora
farmaco
coperto
dalla cassa
malati!^{1,9}

**SHINGRIX È ORA DISPONIBILE IN SVIZZERA
E RACCOMANDATO DALL'UFSP!¹⁰**

L'herpes zoster e le complicazioni potenzialmente gravi²



- In Svizzera ogni anno ci sono tra i 17000 e i 30000 casi di herpes zoster.²
- Il 99,6% degli adulti oltre i 50 anni sono infettati dal virus che causa l'herpes zoster. In 1 persona su 3, il virus latente della varicella-zoster (VZV) si riattiva e causa l'herpes zoster.^{2,3}
- Nevralgia post-erpetica (NPE): colpisce fino al 30% dei malati di herpes zoster.^{2,7}



- Il declino dell'immunità legato all'età aumenta il rischio di herpes zoster nei pazienti oltre i 50 anni in su.^{2,4-6}
- L'immunodeficienza causata da immunosoppressori o immunodeficienze porta a una ridotta efficacia del sistema immunitario.^{2,4-6}



- SHINGRIX ha mostrato un'efficacia superiore al 90% nella prevenzione dell'herpes zoster in tutti i gruppi di età oltre i 50 anni e riduce significativamente il rischio di sviluppare la nevralgia post-erpetica (NPE).^{1,8,*}

* Dati dallo studio di fase 3 ZOE-50. Casi di herpes zoster (n) nel gruppo SHINGRIX (N): 50-59: 3 (3492); 60-69: 2 (2141); 70-79: 19 (6468); ≥80: 6 (1782). Casi di herpes zoster (n) nel gruppo placebo (N): 50-59: 87 (3525); 60-69: 75 (2166); 70-79: 216 (6554); ≥80: 68 (1792).

† con limitatio

Riferimenti: 1. Shingrix Informazione professionale. www.swissmedicinfo.ch, accesso in ottobre 2021. 2. Commissione federale per le vaccinazioni (CFV). Évaluation de la vaccination contre le zona (herpes zoster) selon les critères pour l'élaboration de recommandations nationales en Suisse. 14 décembre 2015; 1-34. 3. Hillebrand K, Bricout H, Schulze-Rath R, Schink T, Garbe E. Incidence of herpes zoster and its complications in Germany 2005-2009. Journal of Infection 2015 Feb; Vol 70:178-186. 4. Mahalingam R, Wellish M, Wolf W, Dueland AN, Cohrs R, Vafai A, et al. Latent varicella-zoster viral DNA in human trigeminal and thoracic ganglia. N Engl J Med. 1990 Sep;323(10):627-31. 5. Weinberg A, Lazar AA, Zerbe GO, Hayward AR, Chan IS, Vessey R, et al. Influence of age and nature of primary infection on varicella-zoster virus-specific cell-mediated immune responses. J Infect Dis. 2010;201(7):1024-30. 6. Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-zoster vaccine for the prevention of herpes zoster. N Engl J Med. 2007 Mar;356(13):1338-43. 7. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. BMJ Open. 2014 Jun;4(6):e004833. 8. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, Chlibek R, Hwang S-J, Diez-Domingo J, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age and older. N Engl J Med. 2016 Sep;375(11):1019-32. 9. Elenco delle specialità UFSP. www.listedesspecialites.ch, accesso febbraio 2022. 10. UFSP, Nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le zona (Herpes zoster): vaccin Shingrix. UFSP-Bulletin 47/2021;22:9-15. 11. Lungu O, Annunziato P, Gershon A, Staugaitis S, Josefson D, LaRussa P, Silverstein S. Reactivated and latent varicella-zoster virus in human dorsal root ganglia. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, Vol. 92, 1995 Nov; 10980-84. 12. Heinger U, Seward J. Varicella. Lancet 2006;368:1365-76.

I professionisti possono richiedere i riferimenti menzionati a GSK.

Shingrix (vaccino per l'herpes zoster, ricombinante, adiuvato). **PA:** glicoproteina E (antigene gE) del virus varicella zoster. **I:** prevenzione dell'herpes zoster (HZ) in adulti di età pari o superiore a 50 anni e in adulti di età pari o superiore a 18 anni ad aumentato rischio di HZ. **P:** posologia abituale: immunizzazione di base: due dosi da 0,5 ml ciascuna a distanza di almeno 2 mesi l'una dall'altra. Posologia specifica: vedere l'informazione professionale. Per via intramuscolare nel m. deltoide. Non sono disponibili dati sulla necessità di vaccinazioni di richiamo. **CI:** ipersensibilità verso uno qualsiasi dei componenti. **A/PRE:** Shingrix potrebbe non indurre una risposta immunitaria protettiva in tutti i soggetti vaccinati. **IA:** Shingrix può essere somministrato in concomitanza con un vaccino antinfluenzale stagionale non adiuvato nonché con il vaccino PPV23 o dTpa. Iniettare i vaccini sempre in siti diversi. **GA:** non sono disponibili dati clinici sull'uso durante la gravidanza e l'allattamento. **EI:** molto comune: cefalea, disturbi gastrointestinali (inclusi nausea, vomito, diarrea e/o dolore addominale), mialgia, reazioni in sede di iniezione (dolore, arrossamento, gonfiore), stanchezza, brividi, febbre. **Comune:** prurito in sede di iniezione, malessere. **Non comune:** linfadenopatia, capogiro, artralgia. **Esperienze post-marketing:** Raro: reazioni di ipersensibilità. Molto raro: sindrome di Guillain-Barré. Non nota: tossicità cutanea grave. **Cons.:** in frigorifero (2-8 °C). **C:** fialoncino con polvere e fialoncino con sospensione, x1. **CD:** B. **Stato dell'informazione:** marzo 2021. GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3-5, 3053 Münchenbuchsee. Per informazioni dettagliate, consultare il sito www.swissmedicinfo.ch. Notificare gli effetti indesiderati del medicamento all'indirizzo pv.swiss@gsk.com.

Questo medicamento è soggetto a monitoraggio aggiuntivo. Per ulteriori informazioni si veda l'informazione professionale di Shingrix su www.swissmedicinfo.ch.



SHINGRIX
(ZOSTER VACCINE
RECOMBINANT, ADJUVANTED)

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3-5, CH-3053 Münchenbuchsee
Tel. +41 (0)31 862 21 11, Fax +41 (0)31 862 22 00, www.glaxosmithkline.ch

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2022 GSK group of companies or its licensor.



Come fare nel modo più semplice quello che sappiamo fare? E come farlo meglio?

In un clima spesso teso e preoccupato per la spesa sanitaria ci sono per fortuna anche iniziative orientate a cercare risposte concrete, fondate sul dialogo fra le parti e su presupposti parzialmente innovativi.

Nel corso dell'estate ho per esempio avuto il piacere di rappresentare l'OMCT a un simposio dal titolo "1° Simposio di Locarno sulla sanità sostenibile", organizzato da Swiss Medical Network (SMN), che detiene e gestisce 22 ospedali nelle tre regioni linguistiche della Svizzera, che ha fornito una serie di spunti interessanti, che meritano di essere approfonditi con curiosità e disponibilità.

Fra i relatori, oltre al sottoscritto, erano presenti tra l'altro: **il Sig. Raymond Loretan**, Presidente del Consiglio di amministrazione di Swiss Medical Network, **l'On. Raffaele De Rosa**, Consigliere di Stato e Direttore del Dipartimento di sanità e di socialità del Canton Ticino, **l'On. Pierre Alain Schnegg**, Consigliere di Stato e Direttore del Dipartimento di sanità del Canton Berna, **la Sig.ra Philomena Colatrella**, CEO di CSS, **la Prof.ssa Samia Alexandra Hurst**, Direttrice dell'Institut Ethique, Histoire, Humanités, **la Prof.ssa Séverine Vuilleumier**, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, **il Sig. Dino Cauzza**, CEO di Swiss Medical Network, **la Sig.ra Annamaria Mueller**, Presidente del Consiglio di amministrazione dell'Ospedale Latour di Friburgo, **il Prof. Boas Erez**, Professore presso l'Università della Svizzera Italiana, **il Prof. Giovanni Pedrazzini**, Decano della Facoltà di scienze biomediche dell'Università della Svizzera

Italiana, **il Prof. Guido Garavaglia**, Professore Master in Medicina presso l'Università della Svizzera Italiana.

Gli interventi dei relatori, esperti del sistema sanitario, hanno spaziato dalla prevenzione, alla promozione di condizioni di lavoro moderne e attrattive negli ospedali/cliniche, alla necessità di rivedere il sistema di finanziamento del settore ambulatoriale (finanziamento unitario del settore stazionario e ambulatoriale, EFAS), alla preoccupazione per l'approvvigionamento di medici nelle cure di base (citando espressamente il nostro progetto Cantone/OMCT del Praxiassistenz), a temi più tecnici come la biomedicina e il suo ruolo nella medicina moderna personalizzata.



Ho avuto personalmente conferma di posizioni, che l'OMCT aveva già espresso a più riprese nel passato, come per esempio la necessità di sviluppare una discussione senza pregiudizi fra gli attori del sistema sanitario, oppure il riconoscimento dell'importanza di promuovere prestazioni di base (prevenzione, medicina ambulatoriale, medicina di famiglia, servizi infermieristici), che possano assicurare il rispetto del principio di proporzionalità, appropriatezza ed economicità nella di-

spensazione delle prestazioni medico-sanitarie (limitando gli interventi di "punta" e specialistici laddove sono veramente necessari).

Ha suscitato il mio interesse fra le altre cose, anche la presentazione di un modello d'intervento integrato, che porta alla collaborazione sul piano regionale di tutti gli attori (medici, pazienti, ospedali/cliniche, assicuratori), secondo una visione che metta sullo stesso piano la salvaguardia della salute e la lotta alla malattia.

Si tratta di un modello indubbiamente interessante.

Entrando più nel dettaglio del progetto di modello di cure integrate proposto e presentato al simposio di Locarno, troviamo degli aspetti, come la prospettiva di uscire dalla dinamica dove "ognuno (ospedale privato, ospedale pubblico, pronti soccorsi, riabilitazione, medici specialisti, medici di base, farmacie...), pensa a sé stesso", per entrare nella logica di "un accompagnamento dei membri durante l'intero corso della vita attraverso il sistema di cura integrato" (per l'intera vita, dalla nascita all'età anziana).

La sfida dichiarata del modello è quella di passare dall'approccio tradizionale della "triangolazione fatale" (Assicurati/Pazienti, Assicuratori/Stato, Medici/Ospedali/Industria), a un approccio integrato dove i vari attori, dagli interessi attualmente divergenti, vengono riuniti e collaborano in un processo prestabilito di presa a carico globale del paziente, che metta il focus sui risultati delle cure, che sfrutti l'effetto di scala e

che promuova l'alta efficienza delle cure prestate (tramite investimenti nella formazione e nella ricerca), integrando nel sistema anche i partner assicurativi.



Ispirandosi al modello americano del "Kaiser Permanente", è stato avviato un progetto pilota regionale nella Svizzera francese dove il settore pubblico (Cantone) e privato, che detengono assieme la proprietà di un ospedale, intendono unirsi a dei partner assicurativi e sviluppare assieme una rete in cui convergano e collaborino tutti i settori, che partecipano alla presa a carico dei pazienti lungo il corso della loro vita (ospedali, cliniche, riabilitazione, casse di riposo/aiuti domiciliari, telemedicina, ecc.).

Le sfide del progetto passano dal superamento di numerosi ostacoli più o meno elevati nei seguenti ambiti: di partenariato con le assicurazioni, della disponibilità della popolazione per una scelta limitata dell'ospedale/ del medico, dell'informatica e della protezione dei dati/accesso ai dati, ma anche delle modalità di retribuzione del lavoro dei medici.

Di fronte a proposte come quella di creare un sistema di cure integrate, penso innanzitutto, che sarebbe sbagliato assumere un atteggiamento pregiudizialmente negativo:

l'evoluzione dei costi della salute giustifica un esame serio e completo di ogni suggestione.

Penso però anche, che le soluzioni innovative non debbano convincere soltanto perché suscettibili di produrre un contenimento dei costi, ma anche e soprattutto perché (e solamente se) contribuiscono a salvaguardare la qualità e l'accessibilità delle prestazioni a beneficio di tutte le cittadine e di tutti i cittadini.

Per fare questo è necessario, che i modelli di cure integrate sviluppino i loro pregi (coordinamento delle cure e eliminazione degli incentivi sbagliati come le fonti diverse di finanziamento a seconda del trattamento, le remunerazioni differenti, o inadeguate, l'eccedenza dell'offerta) e abbandonino definitivamente i "difetti", quali la perdita eccessiva della libera scelta del medico, i sistemi di budget globali imposti dagli assicuratori, rispettivamente riescano a integrare nei loro sistemi, sulla base di criteri di qualità oggettivi, i medici/fornitori disposti ad accettare la sfida.

L'ha giustamente ricordato il CdS Direttore del DSS Raffaele De Rosa nel corso del citato convegno: il sistema sanitario svizzero è solidamente fra i migliori al mondo non solo per la qualità delle cure prestate, ma anche per l'accessibilità delle prestazioni, il livello di informazione e di coinvolgimento dei pazienti.

La sfida del futuro non è pertanto solo quella di limitare i costi della salute, ma di riuscire a farlo mantenendo l'eccellenza nei diversi ambiti

che concorrono a misurare la qualità del sistema.

Inevitabile concludere sottolineando, che questa sfida è per sua natura molto complessa. Richiede un approccio serio e anche, per certi versi, umile, un grande rispetto per tutti gli attori e un grande impegno nel fornire alla popolazione – che in definitiva sarà ancora chiamata a esprimersi direttamente su temi di politica sanitaria – informazioni complete e oggettive.



In questa direzione intende muoversi l'Ordine dei Medici del Cantone Ticino, mentre dal suo osservatorio privilegiato continuerà a seguire con attenzione, promuovere e appoggiare iniziative, che rispettino il ruolo e il lavoro dei medici.

Per concludere, Care Colleghe e Cari Colleghi, rinnovo l'invito a ritrovarci numerosi **all'Assemblea Generale autunnale dell'OMCT** del prossimo **23 novembre 2022** alle ore 18:00 con aperitivo di benvenuto, che tra le trattande vedrà la nomina del Consiglio Direttivo OMCT e del Presidente OMCT.

Dr. med. Franco Denti,
Presidente OMCT