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

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC® C031954
www.fsc.org

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

Modalità e scelta della terapia sostitutiva renale: il ruolo del medico di famiglia, PARTE I, R. Cavalli, C. Ferrier e B. Vogt **101**

L'essenziale sulla Calcium pyrophosphate deposition disease (CPPD), A. Badaracco **105**

Resezione endoscopica di lesioni precancerose intestinali, G. Lollo **108**

Patologia in pillole, L. Ronchetti, S. Bellentani e M. Kouros **111**

Revisione Cochrane per il medico di famiglia **113**

ATTIVITÀ E COMUNICAZIONI DELL'OMCT

Date da ricordare **115**

Offerte e domande d'impiego **115**

Corsi Laboratorio Ticino, Corsi Radioprotezione 2023 **118**

Concorso OMCT per 5 posti di medico assistente nell'ambito del programma cantonale "Assistentato in ambulatorio privato di Medicina Interna Generale". **119**

Concorso OMCT per 5 posti di medico con titolo di specialista in Medicina Interna Generale quale formatore in studio di medicina di famiglia **120**



L'HERPES ZOSTER SI PUÒ EVITARE: PERCHÉ ASPETTARE?

SHINGRIX.
Fino al 97% di efficacia.[1]
Protezione di lunga durata.[2]

SHINGRIX È RACCOMANDATO DA UFSP/CFV E RIMBORSATO[3,4,†]

DIETRO OGNI CASO DI HERPES ZOSTER C'È UN PAZIENTE CHE SOFFRE.

Non si tratta soltanto di un'eruzione cutanea: i dolori da herpes zoster sono stati descritti come il peggior dolore immaginabile.[5]

CON SHINGRIX POTETE PROTEGGERE I VOSTRI PAZIENTI PER MINIMO 10 ANNI DA HERPES ZOSTER E NEVRALGIA POSTERPETICA[2]

10 ANNI

97.2%
DI EFFICACIA
negli adulti ≥ 50 anni [IC 95%: 93,7%-99%, periodo di osservazione mediano 3,2 anni][1,6,‡]

91.3%
DI EFFICACIA
negli adulti ≥ 70 anni [IC 95%: 86,8%-94,5%, periodo di osservazione mediano 3,7 anni][1,7,‡‡]

89%
DI EFFICACIA COMPLESSIVA
in un periodo di osservazione dall'anno 1 al 10 dopo la vaccinazione. Il profilo di sicurezza è rimasto clinicamente buono senza variazioni.[2]

SHINGRIX possiede un **profilo di tollerabilità** clinicamente accettabile. I possibili eventi indesiderati comprendono dolore, arrossamento e gonfiore in sede di iniezione. Possono comparire anche mialgia, stanchezza, cefalea, brividi, febbre o disturbi gastrointestinali. La maggior parte di queste reazioni si risolve velocemente (durata mediana da 2 a 3 giorni).[1,6,7]

‡ Nello studio ZOE-50 l'efficacia contro l'herpes zoster è stata del 97,2% negli adulti ≥ 50 anni (SHINGRIX n/N: 6/7344; placebo n/N: 210/7415).[1]

‡‡ In un'analisi aggregata dell'efficacia contro l'herpes zoster, ZOE-50 e ZOE-70 (SHINGRIX n/N: 25/8250; placebo n/N: 284/8346).[1]

Riferimenti: 1. Shingrix Informazione professionale. www.swissmedicinfo.ch, accesso in gennaio 2023. **2.** Strezova A, et al. Long-term Protection Against Herpes Zoster by the Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine: Interim Efficacy, Immunogenicity, and Safety Results up to 10 Years After Initial Vaccination. Open Forum Infectious Diseases, Volume 9, Issue 10, October 2022, ofac485, https://doi.org/10.1093/ofid/ofac485. **3.** UFSP, Nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le zona (Herpes zoster): vaccin Shingrix.UFSP-Bulletin 47/2021;22;9-15. **4.** Elenco delle specialita UFSP, www.listedesspecialites.ch, accesso gennaio 2023. **5.** Curran D; Journals of Gerontology: Quality of Life Impact of an Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine in Adults Aged 50 Years and Older. Medical Sciences;2019;74;1231-1238. 6. 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. **6.** Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, Chlibek R, Diez-Domingo J, Hwang S-J, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. N Engl J Med. 2015 May;372(22):2087-96. **7.** 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 or older. N Engl J Med. 2016 Sep;375(11):1019-32.

† con limitatio

Gli operatori sanitari possono richiedere a GSK i riferimenti menzionati.

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. **G/A:** non sono disponibili dati clinici sull'uso durante la gravidanza e l'allattamento. **EI:** *molto comune:* cefalea, disturbi gastro-intestinali (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:* linfoadenopatia, 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:** flaconcino con polvere e flaconcino con sospensione, ×1. **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 addizionale. Per ulteriori informazioni si veda l'informazione professionale di Shingrix su www.swissmedicinfo.ch.*

SHINGRIX
(ZOSTER VACCINE RECOMBINANT, ADJUVANTED)

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3, 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.
©2023 GSK group of companies or its licensor.

GSK

PM-CH-SGX-ADVT-230002-02/2023

La politica cantonale ci dice grazie per il nostro operato, ma ci vuole pagare meno.

Care Colleghe, Cari Colleghi,

Sono stati, a oggi, 7 mesi assai complicati sia a livello della politica cantonale, sia federale. La pressione sul corpo medico nazionale e il rischio di perdere la medicina liberale, fiore all'occhiello della sanità svizzera, è grande, tanto che ha indotto la FMH a reagire, pur con i suoi tempi, per cambiare rotta.
Infatti **la FMH ha costituito un "comitato politico"** ("Steering Komitee") composto dalla **Presidente della FMH**, dal **sottoscritto** e dai **Presidenti** regionali della **VEDAG** e della **SMSR**, esteso ai **Presidenti** degli Ordini più numerosi, come **Berna** e **Zurigo**; per preparare una strategia per fronteggiare le problematiche sanitarie pendenti in Parlamento federale e anche in vista del rinnovo delle cariche federali il prossimo autunno.
La recente decisione del Consiglio di Stato di abbassamento del VPT **è deludente, frustrante, vessatoria e irrispettosa del ruolo sociale che ricopriamo** e di **quanto facciamo e abbiamo fatto** anche **durante la pandemia**, per non dire poi della disponibilità che l'Ordine ha sempre dato al Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) e al Dipartimento delle Istituzioni (DI), quando ci hanno chiesto qualcosa; e sempre in modo gratuito.
Una vera frustrazione, che provoca amarezza e tanta rabbia, **ma noi non ci fermeremo e non ritorneremo nessun centesimo ai "cassamalatari"** HSK (**Helsana**, **Sanitas** e **KPT**) e **CSS**. Non la daremo vinta alle casse malati che hanno disdetto la convenzione con l'OMCT, chiedendo l'abbassamento del VPT **senza dimostrare una sola cifra a supporto di tale decisione**. Se così dovrà essere questi 2 cts dovranno finire nelle tasche dei cittadini-pazienti e non degli assicuratori.
Le richieste di HSK e CSS erano di ridurre il VPT a fr. 0.87 a partire dal 1.1.2021. HSK in via subordinata richiedeva di raggiungere il VPT a fr. 0.87 in modo scalare sull'arco di tre anni.
Era ed è evidente che l'obiettivo finale di questi assicuratori **è di raggiungere l'allineamento del nostro VPT** ambulatoriale **con quello vigente negli ospedali** e nelle **cliniche cantonali** che è di fr. 0.83, ma **che ha tutta un'altra storia**.
Una storia basata fino alla fine del 2011 su un finanziamento da parte del Cantone all'EOC, che si vedeva pagato gli oneri finanziari, gli ammortamenti più gli interessi passivi. Parliamo di 30-40 e forse più milioni annui.
Questo finanziamento pubblico è poi cambiato con l'avvento del DRG dove il Cantone dovrebbe pagare il 55% (ma non l'ho fà) delle prestazioni stazionarie, mentre il 45% è pagato dai cittadini-pazienti attraverso il premio di casse malati.
Con la sua decisione di ridurre il VPT a fr. 0.91 dall'1.1.2021 il Consiglio di Stato ha dichiaratamente condiviso nel principio **le assurde analisi del Sorvegliante federale dei prezzi** (SPr), che nella procedura di fissazione del VPT, che deve essere consultato obbligatoriamente e che ha postulato una decrescita scalare del VPT da 0.93 a 0.83 sull'arco di 5 anni con l'obiettivo finale di allineare il VPT dei medici indipendenti con il VPT ambulatoriale ospedaliero/cliniche.
Sia il Consiglio di Stato, sia il SPr hanno sorvolato che il VPT ospedaliero in Ticino, oltre a essere il più basso di tutta la Svizzera, non è mai stato stabilito in base ai costi e alle regole dell'economia, ma è stato fissato sulla base di considerazioni di politica sociale, approfittando fra l'altro del fatto che fino a fine 2011 i costi delle immobilizzazioni EOC erano assunti dal Cantone. Si tratta peraltro di fondi che oggi sono venuti a mancare **mettendo in seria difficoltà anche l'EOC** (vedasi il ricorso "perso" a livello di TAF dall'EOC contro il CdS, che era contrario a modificare verso l'alto il VPT ambulatoriale ospedaliero). A ciò si aggiunge la significativa diversità quanto al ventaglio e alla quantità delle prestazioni fornite dentro e fuori gli ospedali/cliniche.

L'OMCT è stato l'unico a presentare un'analisi dei dati MAS, **che mette in luce che il costo per paziente in Ticino è nella media, anzi leggermente inferiore alla media nazionale e noi curiamo pazienti, non assicurati,** che invece hanno visto aumentare i costi tra il 2012 e il 2019 del 50% in Ticino, rispetto la media svizzera del +30%.
A nulla è valso spiegare che l'aumento della spesa sanitaria indotta dagli studi medici può essere determinato da vari fattori, indipendenti o meglio che non giustificano il taglio delle tariffe, come: il trasferimento di prestazioni dallo stazionario all'ambulatoriale (il cosiddetto principio dell' "ambulant vor stationär" fortemente voluto dal Consiglio federale), l'aumento del numero degli assicurati, l'aumento del numero di medici, il maggior ricorso al medico da parte dei singoli pazienti, il crescente invecchiamento della popolazione. Del tutto improbabile è invece che la causa sia da attribuire a un deliberato e generalizzato aumento delle cure dispensate da noi singoli medici a nostri (singoli) pazienti.
Un'altra motivazione avanzata dal CdS è l'allineamento del VPT ticinese a un VPT mediano nazionale di fr. 0.86 (valore medio in CH del VPT: fr. 0.87). Anche qui a nulla sono valse le nostre osservazioni che il confronto va fatto con Cantoni comparabili al nostro: **non ha alcun senso ad esempio includere nel confronto un Cantone come Appenzello Interno che per l'offerta di prestazioni ambulatoriali fa capo a San Gallo**; **o includere nel confronto Cantoni che a differenza del nostro ammettono la dispensazione diretta di medicamenti.** Il confronto con gli altri Cantoni che ammettono la dispensazione di medicamenti dimostra che il Ticino è perfettamente in linea con il suo VPT.
Non solo, Helsana, Sanitas e KPT (HSK) e CSS non hanno mostrato una cifra a favore delle loro pretese, ma anche il **DSS non ha mai supportato con delle cifre le sue proposte durante gli incontri avuti**.
Durante l'ultimo incontro avvenuto il 16.6.2023, poco prima della "sciagurata" decisione, il DSS ci aveva addirittura proposto una riduzione del VPT di 4 centesimi dal 2021, "per dare un segnale politico"?!
L'OMCT ha evidentemente respinto tale proposta che non si fondava su elementi razionali ed economici, ma solo su una sorta di "isterismo" politico dovuto all'aumento dei premi di cassa malati (aumento che richiede ben altri interventi e misure) e ha ribadito, cifre alla mano, che il VPT di fr. 0.93, non solo è giustificato da ragioni

di economia di impresa, ma che anzi, tenendo conto della perdita del potere di acquisto del nostro salario nel corso degli ultimi 10 anni, unitamente all'aumento dei costi e all'inflazione, oggi ci sarebbe margine per aumentarlo.
La cosa più preoccupante però, è che il CdS ha sposato in modo acritico le argomentazioni di MisterPrezzi, che, ricordo, ha proposto di adottare un allineamento del VPT a quello ospedaliero di fr. 0.83, entro 5 anni.
Cosa dire ai giovani che vogliono (e sono sempre meno) studiare medicina, o ai giovani medici assistenti in formazione a rischio di essere dei precari come avviene in altri sistemi sanitari a noi prossimi.
Eccovi esposto, anche se in modo estremamente sintetico tre anni di lotte, ma come detto sopra **"Noi non ci fermeremo, non ci stancheremo di batterci a difesa della medicina ambulatoriale e della libera professione sul territorio!"** ed è inutile precisare che se c'è margine per contestare l'incomprensibile e vessatoria decisione del CdS, noi lo faremo!

Pianificazione tetti massimi dei medici

Entro la fine di agosto dobbiamo esprimerci anche sul progetto di regolamento per la determinazione di numeri massimi di medici attivi nel settore ambulatoriale che, da una prima analisi, sembrerebbe darci qualche soddisfazione in più rispetto al precedente tema.
Infatti, **il testo proposto dal CdS accoglie diverse delle nostre proposte**, come **la creazione del Gruppo di accompagnamento** all'implementazione dell'ordinanza federale sulla determinazione dei numeri massimi dei medici nel settore ambulatoriale, **composto da medici attivi nel settore ambulatoriale privato e nel settore ambulatoriale ospedaliero, pubblico e privato**; la possibilità, nuova, **di poter cedere il proprio studio medico** senza far capo a liste di attesa, se il subentrante ha la medesima specializzazione. Lo studio dovrà rimanere nello stesso comune e il passaggio dovrebbe svolgersi entro 3 mesi (anche se su questo termine abbiamo delle criticità ritenendolo troppo corto).
Abbiamo inoltre ottenuto un'applicazione meno rigida dei criteri per determinare le specialità soggette al blocco (da un tasso di approvvigionamento del 100% a uno del 120% e più di 10 equivalenti a tempo pieno) e **l'esclusione dal blocco**, a prescindere dal tasso di approvvigionamento, **della medicina interna generale, della pediatria e della psichiatria infantile.**
Infine, sarà richiesto il preavviso dell'OMCT per la concessione di eccezioni sul territorio.

Misure di sensibilizzazione

Il CD OMCT sente l'esigenza di esternare il nostro malessere e di protestare pubblicamente contro il trattamento che ci riserva la politica federale e cantonale. Sicuramene ci coordineremo con la campagna di sensibilizzazione, che lo Steering Komitee della FMH sta elaborando a livello federale, con l'aiuto di un'agenzia di comunicazione e con la nomina recente di una nuova responsabile della comunicazione della FMH.
A inizio settembre parteciperò a una clausura della FMH per definire i dettagli di questa azione politica che verrà fatta anche in italiano e che durerà fino a fine 2025. Con il CD valuteremo come declinarla nel nostro Cantone per riflettere al meglio la situazione della medicina in Ticino e i rischi a cui andiamo incontro se i politici non cambiano orientamento.

Resto convinto che se, la nostra bella professione vorrà avere un futuro, dovrà restare sempre vicina ai nostri pazienti, perché per noi il nostro lavoro è una missione e non la mera difesa di un cadreghino che per salvarsi agisce a forza di decreti populisti!

L'OMCT non si fermerà, non si stancherà di battersi a difesa di una medicina del territorio liberale e di qualità.

Buona fine estate

Dr. med. Franco Denti,
Presidente OMCT

Sintesi delle osservazioni al Consiglio di Stato sul decreto urgente e sul decreto legislativo.

OSSERVAZIONI OMCT:

1. Contrario ai progetti dei decreti
2. OMCT contro l'approccio restrittivo della limitazione dei medici ambulatoriali che potrebbe avere effetti negativi sull'approvvigionamento futuro dei medici
3. OMCT contrario all'utilizzo del tasso di approvvigionamento regionali calcolati dal DFI/Obsan, per valutare quali specializzazioni devono essere assoggettate al limite massimo durante il periodo transitorio (2023/2025)
4. OMCT ritiene eccessiva l'ampiezza della «delega in bianco» del CdS

OSSERVAZIONI DELLE CLINICHE ACPT:

1. Hanne pure contestato che la base legale formale fosse rispettata dai due decreti basandosi su una decisione del Tribunale Cantonale di BS campagna del 18.01.2023
2. L'abbandono del progetto di regolamentazione ritenendo ingiustificata l'adozione della clausola d'urgenza

"Ringraziamo"
Il Consiglio di Stato
Per l'ingiusto trattamento riservatoci !

Durante la pandemia
non siamo mai venuti meno alle nostre responsabilità.
Siamo rimasti vicini ai pazienti
e corso il rischio di ammalarci noi stessi.
Abbiamo contribuito a evitare il collasso
del sistema sanitario.

Il ringraziamento del Governo ticinese ?

TUTTI I MEDICI DEVONO GUADAGNARE MENO !

Non siamo d'accordo
E ci batteremo per difendere la nostra dignità.
Lo faremo restando vicini
ai cittadini - pazienti, con passione e qualità !
Perchè il nostro lavoro
è in primo luogo una missione !